

Клиническая
психология

Г.В. Старшенбаум

АДДИКТОЛОГИЯ **психология** **и психотерапия** **зависимостей**

Геннадий Владимирович Старшенбаум

Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей

Текст предоставлен издательством

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180012

Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей: Когнито-

Центр; Москва; 2006

ISBN 5-89353-157-4

Аннотация

Книга известного отечественного психотерапевта Г.В. Старшенбаума посвящена одной из наиболее актуальных проблем современной России – проблеме зависимостей. Многолетний опыт работы с пациентами, страдающими как химическими, так и эмоциональными зависимостями, позволяет автору проанализировать глубинные механизмы различных аддикций и на этой основе выделить новую клиническую дисциплину – *аддиктологию*, лежащую на стыке психиатрии, наркологии и сексологии. В книге дается детальное описание клинической картины, диагностики и терапии различных форм аддиктивного поведения, приводятся выдержки из историй болезни пациентов, успешно прошедших курс психотерапии по методике, разработанной автором. Рекомендуются в качестве практического руководства и учебного пособия для

практикующих и обучающихся психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов и сексопатологов.

Содержание

Пролог	5
Социология и биология наркотизма	9
Психология зависимого поведения	22
Личностные особенности	35
Клинические аспекты наркологии	65
Конец ознакомительного фрагмента.	74

Геннадий Владимирович Старшенбаум Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей

Пролог

Все мы бразжницы здесь, блудницы.
А. Ахматова

Теренс Маккена (1995), автор нашумевшей книги «Пища богов», считает, что обезьяну человеком сделал вовсе не труд, а галлюциногенные грибы. Под влиянием галлюцинаций у нашего предка развилось воображение, он научился уходить от тягот реальной жизни в фантазии. С помощью наркотиков первобытный человек поддерживал связь с предками, которые продолжали заботиться о нем и после своей физической смерти. Так что *Homo sapiens* изначально оказался между Сциллой трезвой реальности и Харибдой опьяняющего вымысла.

Эта книга о тех, кто в попытке убежать от реальности

попал в ловушку зависимости – об аддиктах (лат. *addictus* – приговоренный за долги к рабству). Зависимость – более широкое понятие, чем наркомания.

Зависимое поведение проявляется следующим образом. Вы не контролируете *это*, скорее *это* контролирует вас. Вы чувствуете, что не имеете иного выбора, кроме как делать *это*, брать *это*, поступать так, как требует *это*. Та или иная привычка настолько укореняется в вашей жизни, что становится не заметной для вас. Вы делаете *это* все чаще и чаще, стараясь получить все более сильный эффект. Вы начинаете регулярно делать *это*, когда предчувствуете неприятные ощущения – скуку, одиночество, физическую боль и т. п. Вы чувствуете, что уже не можете справиться с вашими жизненными проблемами без помощи *этого*. Вы можете провести значительную часть жизни, сражаясь с *этим*. Вы можете потратить драгоценную энергию души, страдая от *этого* и безуспешно пытаясь избавиться от *этого*. На *это* уходит часть ваших денег, вашего времени, вашей энергии в ущерб чему-то более полезному, в результате вы еще больше ненавидите себя за эти бессмысленные траты. Вы теряете самоуважение, душевные силы, возникает угроза разрушения всего вашего жизненного уклада (семья, карьера, друзья), физического и душевного здоровья. Некоторых *это* в конце концов убивает.

Аддикции включают химическую и эмоциональную зависимость, в том числе созависимость. *Химическая зави-*

симос ть, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), – это психическое, а иногда соматическое состояние, являющееся следствием повторного употребления естественного или синтетического психоактивного вещества. *Психоактивное вещество* (ПАВ) – вещество, оказывающее наркотическое воздействие на организм. К ПАВ относятся наркотики и официально не причисленные к наркотикам вещества: алкоголь, никотин, кофеин, ряд средств лекарственной и бытовой химии. *Наркотик* (греч. *narkotikos* – одурманивающий) – вещество, которое вследствие социальной опасности официально признано таковым из-за его способности при однократном употреблении вызывать комфортное психическое состояние, а при систематическом – психическую или физическую зависимость. Зависимость от ПАВ, официально не отнесенных к наркотикам, называется *токсикоманией*. Используется также ненаучный термин *привыкание*, который подразумевает психическую зависимость больного от препарата, принимаемого с целью облегчить труднопереносимые проявления болезни.

Эмоциональная зависимость выражается в азартном поведении, при котором, в отличие от обычных навязчивостей, побуждение к деятельности является или становится витальным, как сильный голод или жажда, и овладевает человеком полностью. Эротоманам требуются эйфоризирующие вещества, выделяющиеся в головном мозгу при сексуальном возбуждении. Они же выделяются и во время «творческого за-

поя» у трудоголика. Созависимым необходимы так называемые токсические эмоции: тревога за зависимого, жалость к нему, периодическое появление стыда, вины, обиды, ненависти. При удовлетворении этих патологических эмоциональных потребностей у аддикта возникает чувство удовольствия и облегчения. Азартное поведение делится на *импульсивное* – без борьбы мотивов, и *компульсивное*, где эта борьба присутствует. Импульсивное поведение характерно для *патологических влечений*. Это может быть воровство при kleптомании, азартные игры при патологическом гемблинге, поджог при пиромании, переедание при булимии. Компульсивное поведение наблюдается при *сверхценных увлечениях*: при аддикции к деньгам, трудоголизме, фанатизме и т. п.

Аддикта характеризует стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния, развития и поддержания интенсивных эмоций посредством приема психоактивных веществ или чрезмерной фиксации на определенных видах деятельности. Выделяют 5 этапов развития аддикции: 1. человек открывает способ, с помощью которого может сравнительно легко менять свое психическое состояние. 2. он привычно использует этот способ в трудные моменты. 3. аддиктивное поведение становится частью его личности и не подлежит критике. 4. аддиктивная часть личности начинает полностью определять жизнь аддикта. 5. разрушается психика и биологические процессы в организме (Королев, 2000).

Социология и биология наркотизма

Пить, когда никакой жажды нет, и во всякое время заниматься любовью – только этим мы и отличаемся от других животных.

Пьер Бомарше

История распространения ПАВ. Упоминания о вине и пиве встречаются уже в египетских папирусах, относящихся к третьему тысячелетию до н. э. В Древней Греции употребляли сухое виноградное вино, наполовину разведенное водой (так вас угостят в греческой деревне и сейчас). По римским законам вино разрешалось пить мужчинам начиная с 35 лет. Пушкин в цикле «Подражания древним» писал: «Юноша! Скромно пируй, и шумную Вакхову влагу с трезвой струею воды, с мудрой беседой мешай».

Египетские врачи с XV в. до н. э. применяли одурманивающие вещества для наркоза и уменьшения болей. В Каирском музее находится мумия малолетней принцессы, жившей в XIV в. до н. э. Во рту у нее были обнаружены остатки опиума – следы то ли обезболивающего лечения тяжело больной, то ли передозировки у юной наркоманки. Вдыхание наркотических паров издревле использовалось во время шаманских обрядов и богослужений. Известно, что скифы еще в V в. до н. э. садились вокруг костра, сыпали на раскаленные камни коноплю и дышали этим дымом, доходя до опья-

нения. В Средней Азии из конопли делали гашиш, который курили и добавляли в пищу. Великий древнеримский врач Клавдий Гален (130–201 гг. н. э.) ввел опий в широкую медицинскую практику в качестве панацеи чуть ли не от всех болезней.

На Руси издавна варили брагу, медовуху, пиво, сидр и пили эти слабоалкогольные напитки лишь по праздникам. В 800 г. арабский алхимик изобрел первый самогонный аппарат для изготовления этилового спирта, который применяли в медицинских целях. В XV в. генуэзские купцы завезли в Россию «белое вино» – 20 % водку, хотя татаро-монгольские завоеватели еще в конце XIV вв. ввели запрет на крепкие алкогольные напитки, просуществовавший 160 лет – до середины XVI в. Петр I спаивал приближенных на ассамблеях и в то же время «боролся» с пьяницами, заставляя их носить на шее 5-килограммовую чугунную медаль «За пьянство».

В 1492 г. Колумб открыл Америку. Высадившись на Кубе, матросы обнаружили туземцев, куривших табак. С этого момента началась пандемия никотинизма в Старом Свете. Попытки запретить курение табака были безуспешными, а иногда и катастрофическими. Именно запрещение курения табака в Китае в XVII в. привело к распространению опия. Он тоже был запрещен, однако к концу XVIII в. и опий, и тот же табак привычно курили по всей стране. В 1838 г. в Китае попытались покончить с контрабандным ввозом опия. Были сожжены склады с опиумом и британские суда, ожидавшие

разгрузки в порту – всего около тысячи тонн. В результате началась «опиумная война», закончившаяся поражением Китая. Ему пришлось выплатить Великобритании огромную контрибуцию и отдать Гонконг. Через 15 лет разразилась новая война, в которой к Англии присоединились Франция и США. Китай вновь проиграл, вынужден был легализовать торговлю опиумом, а чтобы сократить отток золота из казны и предотвратить инфляцию, начал выращивать собственный опийный мак.

В XVII в. в Европе начали широко употреблять чай, кофе и какао, а также рафинированный сахар, производимый из сахарного тростника, растущего в тропических странах. С этим связано историческое «Бостонское чаепитие». В 1773 г. американских колонистов возмутило повышение цен на чай, и они утопили весь чай, которым были нагружены суда британской метрополии, стоявшие в порту Бостона. Этот конфликт стал последним шагом на пути рождения самостоятельного американского государства – США. В XIX в. по инициативе Наполеона в Европе стали выращивать сахарную свеклу, и с этого времени чай, кофе, шоколад и сахар стали самыми распространенными стимуляторами.

В начале XIX в. один немецкий аптекарь выделил из мака опий, который назвал морфином в честь древнегреческого бога сна Морфея. В 1865 г. в Америке была изобретена игла для подкожного впрыскивания, и вскоре морфий стал широко применяться как болеутоляющее, снотворное и средство

для наркоза. «Маковые соски» еще не так давно рекомендовали в качестве успокоительного средства даже для маленьких детей. В наших аптеках настойку опия можно было купить без рецепта до 60-х годов.

В 1938 г. швейцарский химик Альберт Хоффман синтезировал диэтиламид лизергиновой кислоты – ЛСД, самый мощный на сегодняшний день галлюциноген. В 1950 г. американские ученые начали серию исследований препарата с целью выяснения его терапевтической ценности. Несмотря на отрицательные и пугающие результаты, ЛСД был широко разрекламирован известными деятелями литературы и искусства как средство «расширения сознания». Началась психоделическая революция 1960-х годов.

В 50-х годах. Генрих Дрезер, сотрудник американской «аспириновой» компании Байер, обработав морфин дешевым и доступным уксусным ангидридом, получил новое средство от кашля – героин. Вскоре выяснилось, что по своим аддиктивным свойствам героин еще опаснее морфина и он был изъят из врачебной практики, но было уже поздно – из лабораторного сосуда был выпущен еще один джинн...

Подводя итоги, можно сказать, что лекарственная зависимость пришла из медицины в следующей последовательности: 1) опиаты в качестве оглушающих при болевом синдроме, 2) барбитураты в качестве снотворных, 3) анальгетики, 4) психостимуляторы, 5) транквилизаторы, 6) галлюциногены, используемые в США и других странах в рамках психолити-

ческой и психоделической терапии. По оценкам специалистов, в настоящее время лекарственная зависимость в России охватывает 30 млн. человек. Это положение является результатом сделки государства и аддикта. Государству дешевле подготовить профессионала, который может лишь выписать рецепт, не задумываясь о последствиях, а аддикту легче принимать лекарства, чем работать над собой.

Социальные корни зависимости. В доисторическую эпоху, как показывают остатки материальной культуры и искусства того времени, отношения между членами племени основывались на сотрудничестве, люди поклонялись матери-природе и высоко ценили деторождение. С появлением сельского хозяйства, животноводства, ремесел и денег возникли частная собственность, семья и государство. Последние четыре тысячелетия являются историей авторитарного общества с его культом силы, принимающим форму грабежа, насилия, убийства. Люди, берущие на себя бремя власти, контролируют доходы и распределяют их таким образом, чтобы держать остальных в материальной зависимости. Екатерина II ввела государственную монополию на водку и сделала бюджет России «пьяным», так как почти половину доходов давала торговля водкой. «Пьяным народом легче управлять», – цинично заявляла государыня. Если деревенский сход решал не покупать водку и не посещать кабаки, бунт подавлялся силой.

В современном обществе существуют условия, способ-

ствующие распространению аддиктивного поведения. Возможность легкого и немедленного получения удовольствий, которое становится стилем жизни, обедняет эмоции, мотивацию к обучению и интересной работе, содержательному досугу. Все это можно заменить развлекательными телепередачами, компьютерными играми, «быстрым» сексом, алкоголем и наркотиками. Эти способы легко доступны и широко рекламируются, в то время как престижность многих профессий падает. В 90-е годы самыми доходными занятиями стали рэкет и валютная проституция. Стремление людей получить, как Остап Бендер, «все и сразу» привело к появлению гигантских финансовых пирамид. Их вершиной стала правительственная спекуляция государственными казначейскими обязательствами (ГКО). Во время дефолта 1998 г. эта пирамида рухнула, погрузив страну на самое дно кризиса. Уровень жизни населения падает, преступность растет, человеческая жизнь обесценивается, нет уверенности в завтрашнем дне. Исчезли многие формы государственной защиты, увеличилось число неблагополучных семей, в которых растут больные и невротизированные дети. По данным МВД РФ, число беспризорных детей и подростков составляет четыре миллиона человек. Смертность возросла в полтора раза, рождаемость снизилась вдвое.

Государственные меры по борьбе с наркоманией ограничиваются карательным подходом. В зависимости от вида правонарушений, связанных с незаконным оборотом нар-

котиков, и степени их тяжести предусмотрена административная и уголовная ответственность. Административная ответственность включает штраф (его обычно приходится платить родителям) и задержание на несколько суток. Уголовными преступлениями считаются: незаконное изготовление, потребление, перевозка, сбыт наркотических средств; хищение наркотических средств; организация или содержание наркотических притонов для потребления этих средств; посев или выращивание запрещенных к возделыванию культур, содержащих наркотические вещества. Наказания за эти преступления предусматривают лишение свободы на срок до 10 лет с конфискацией имущества. Уголовную ответственность несут лица, достигшие 16 лет, а в случае совершения тяжких преступлений – 14 лет.

Распространенность химических зависимостей. Сегодня человечество тратит на психоактивные вещества столько же, сколько на медицину или искусство. Число злоупотребляющих наркотиками и другими психоактивными веществами в мире сейчас составляет около 50 млн. человек, 85 % из них приходится на долю американского континента (в Азии в 10 раз меньше). По данным опросов общественного мнения наркомания оценивается как одна из самых страшных социальных проблем, серьезно угрожающих человечеству, и ее ставят на пятое место – после бедности, роста преступности, безработицы и загрязнения окружающей среды. Алкоголизм и наркомания связаны с распростра-

ненностью преступности и самоубийств, дорожных и производственных аварий. Огромные доходы наркомафии большей частью идут на финансирование террористов.

Алкоголики и наркоманы разрушают собственное здоровье, семью и судьбы своих детей. Каждую четвертую койку в больнице занимает тот, кто лечится от последствий алкоголизма, каждый четвертый ребенок растет в семье алкоголика. Количество смертельных исходов при алкоголизме возрастает в 10 раз, при наркомании – в 30. Злоупотребление алкоголем сокращает жизнь на 15–20 лет. Длительность жизни наркомана с момента формирования зависимости – 5–10 лет. В США существует более пяти тысяч центров лечения алкоголизма и наркоманий, обслуживающих свыше миллиона больных в год с ежегодными затратами, превышающими 15 млрд. долл. Общий финансовый ущерб от употребления алкоголя и наркотиков в США составляет 250 млрд. долл. в год.

По данным на 1998 г. под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях России находилось три миллиона больных алкоголизмом и наркоманией. Фактическое количество больных превышает учтенные показатели в десятки раз. На каждого химически зависимого приходится в среднем четыре человека, страдающих от его злоупотребления ПАВ. При этом выявлено, что молодежная наркомания представляет опасность для 63 % друзей опрошенных. По данным ряда авторов, под угрозой сейчас находится треть

молодого поколения страны, а это в ближайшей перспективе может привести к социальной нестабильности общества.

Прослеживается связь аддиктивных и невротических механизмов между собой и с чертами национального характера. Так, американцы ирландского происхождения практически не страдают невротическими расстройствами, зато у них высока заболеваемость алкоголизмом. У лиц же еврейской национальности, наоборот, минимальна заболеваемость алкоголизмом, в то же время уровень невротических расстройств значительно выше, чем в других этнических группах. Определенное значение имеют и условия жизни. Среди хмонгов, живущих в Азии и занимающихся выращиванием опийного мака, выявлено 20 % наркоманов при полном отсутствии неврозов. Среди представителей той же народности, проживающих в США, наркоманы составляют всего 1 %, при этом неврозом страдает 90 %.

Биологические механизмы аддиктивного поведения. У детей, родившихся от пьющих матерей («детей субботы»), наблюдается алкогольный синдром плода: задержка роста, характерная лицевая аномалия и мозговая дисфункция. Этот синдром является основной причиной задержки умственного развития детей, оставляющий болезнь Дауна далеко позади. По некоторым данным, среди бедных слоев населения заболеваемость составляет 80 %. На последствия данного синдрома в США ежегодно тратится 320 млн. долл.

Еще более распространен у детей такой неспецифический

синдром, как *минимальная мозговая дисфункция*, приводящий к гиперактивности и плохой обучаемости. Подростки с этим синдромом не могут безболезненно освободиться от влияния родителей, построить хорошие социальные и сексуальные отношения со сверстниками и разумно планировать свою жизнь. Часто они пытаются контролировать свою гиперактивность с помощью марихуаны и других наркотиков; снижают остроту депрессивных реакций, принимая алкоголь.

У детей алкоголиков часто имеется врожденная predisposition к употреблению алкоголя, представление о положительном воздействии алкоголя в период стресса, оценка алкоголя как вознаграждения; для них характерны отсутствие похмелья, эмоциональная неустойчивость, трудности в планировании и организации своих действий, проблемы с прогнозированием последствий своих поступков, склонность к отчаянному риску.

В 1954 г. американский нейрофизиолог Джеймс Олдс открыл в головном мозгу *центры удовольствия*, стимуляция которых вызывает эйфорию, по интенсивности близкую к оргазму. В обычных условиях подобные ощущения подкрепляют полезное, адаптивное поведение и облегчают невыносимую боль. Предполагается, что центры удовольствия аддиктов не получают достаточной активации в повседневной жизни, поэтому у них с рождения наблюдается *синдром дефицита удовольствия*. Дети с этим синдромом испытыва-

ют постоянное чувство скуки; источником «острых ощущений» для них становится гиперактивность, непослушание, лживость и агрессивность. Вследствие повышения толерантности (переносимости) прежние ощущения притупляются и в ход идут психоактивные вещества.

Было установлено, что однояйцевые близнецы, т. е. генетические копии — дети алкоголиков становятся алкоголиками независимо от того, кто из них воспитывался в какой семье — алкоголиков или благополучной. В 1990 г. коллега Олдса Кеннет Блум обнаружил ген аддиктивности, передающийся по наследству и отвечающий за предрасположенность к зависимости. Этот ген обнаружен не только у алкоголиков и наркоманов, но и у злостных курильщиков, патологических обжор, гиперсексуальных личностей и азартных игроков.

В конце прошлого века были обнаружены расположенные на поверхности нервных клеток головного мозга опиатные рецепторы и выделены *нейромедиаторы*, воздействующие на эти рецепторы: дофамин, энкефалины, эндоморфины (эндорфины) и др. Оказалось, что ПАВ имитируют действие нейромедиаторов, стимулируют их выработку и задерживают распад. При этом мозг постепенно отвыкает вырабатывать медиаторы сам, его требуется подстегивать все большими дозами ПАВ. Без допинга мозг не может сразу восстановить свою прежнюю активность, в результате резко ухудшается настроение и самочувствие.

Алкоголь и транквилизаторы таким образом понижают выработку в головном мозгу нейромедиатора ГАМК (гамма-аминомасляная кислота), опиоиды – эндорфинов, кокаин и амфетамины – дофамина. Недавно был обнаружен нейромедиатор, который действует почти так же, как ТКГ (тетрагидроканнабиол), основной активный алкалоид конопли. Чрезмерное потребление марихуаны снижает выработку этого медиатора.

Хотя эротическую аддикцию относят к числу нехимических, в ней тоже участвуют биохимические стимулы. Это феромоны – летучие вещества, вызывающие у партнера сексуальное влечение. К ним относятся андростенон, присутствующий в поте мужчины и обладающий мускусным запахом, и копулин, входящий в состав женских половых выделений. В пылу любовного увлечения в мозгу вырабатываются фенилэтиламин и дофамин, которые стоят в одном ряду с эйфоризирующим наркотиком амфетамином. Пребывание наедине с любимым человеком стимулирует выработку эндорфина, а эротические ласки приводят к выделению «вещества объятий» окситоцина, с которым связано переживание оргазма и сексуального удовлетворения, а также удовольствия от комплимента или похвалы.

☺ Любимый анекдот М.С. Горбачева. После введения закона об ограничении продажи спиртных напитков мужчина стоял-стоял в очереди в винный отдел, потом не выдержал и говорит: «Ну, все, я его

убью, этого Горбачева!», и пошел в Кремль. Через час приходит, очередь чуть-чуть продвинулась. Его спрашивают: что так быстро вернулся. А он отвечает: «Да там очередь еще больше!»

Психология зависимого поведения

Сознание боится пустоты.
Поль Валери

ПАВ соотносится с реальной проблемой аддикта как градусник с лихорадкой. Главное – не форма зависимости, а личность аддикта, на нее следует обращать основное внимание. Аддиктивную личность отличают черты незрелости: невыраженность интеллектуальных и духовных интересов, твердых нравственных норм, неустойчивость, ненасытность, безответственность, чувство стадности. Аддикт хуже переносит трудности повседневной жизни, чем кризисные ситуации («Пьяному море по колено»). Преувеличение своих достоинств маскирует скрытый комплекс неполноценности. Внешняя социабельность сочетается со страхом перед стойкими социальными контактами и манипулятивностью. Отмечается стремление аддикта уходить от принятия решений, говорить неправду, и в частности обвинять других, зная, что они невиновны. Для него также характерны зависимость и тревожность, склонность к колебаниям настроения, стереотипность, повторяемость поведения.

Аддикт существует вне реального времени и пространства, в момент иллюзорного наполнения. Он живет от одного момента к другому, но не может удовлетвориться ни в од-

ном из них. Он то заполняет пустоту настоящего с помощью наслаждения, опьянения, выигрыша, успеха и т. д., то оказывается одержим нереальностью своего переживания в форме неудовлетворенности и похмелья, непреодолимо вынуждающих к немедленному повторению аддитивных действий.

Аддикты страдают *синдромом дефицита удовольствия*, который проявляется в постоянном ощущении скуки. Жизнь представляется аддикту серой и однообразной, он нуждается в дополнительной стимуляции и направляет всю свою энергию на ее поиск. Он сосредоточивается на той сфере, которая позволяет ему на какое-то время вырваться из состояния бесчувственности и апатии. К остальным сферам жизни аддикт интереса не проявляет, все больше уходя от участия в них.

Н. Пезешкиан (1996) выделяет четыре формы аддитивного поведения как бегства от реальности: 1) бегство в тело – физическое или психическое «усовершенствование» себя; 2) бегство в работу – концентрация на служебных делах (учебе); 3) бегство в контакты или одиночество – постоянное (утрированное) стремление к общению или, наоборот, к уединению; 4) бегство в фантазии – жизнь в мире иллюзий и фантазий. Эта типология перекликается с мнением Берна (1997) о существовании у человека шести видов голода: голод по впечатлениям, по признанию, по контакту и физическому поглаживанию, сексуальный голод, голод по структурированию времени, по событиям.

У аддиктивных личностей вследствие плохой переносимости ими трудностей повседневной жизни, постоянных упреков окружающих и самоупреков формируется комплекс неполноценности. Тревожный аддикт может компенсировать свое чувство неполноценности гиперсоциальностью, например трудоголизмом. Защитой от чувства неполноценности у аддиктов часто служит гиперкомпенсация в виде завышенной самооценки с демонстрацией своего превосходства над окружающими. Аддикт противопоставляет толпе обывателей свою романтическую жизнь, свободную от обязательств, а значит, и от обвинений. Некоторые аддикты посвящают свою жизнь карьере, борьбе за власть, обогащению.

По Короленко и Донских (1990), основные мотивации аддиктивных расстройств таковы: 1) противотревожная, 2) субмиссионная (подчиненная влиянию других), 3) гедонистическая (эйфоризирующая), 4) активирующая (часто для сексуальной гиперстимуляции), 5) псевдокультурная (демонстрирующая принадлежность к данной культуре, компенсирующая комплекс неполноценности; может проявляться, например, в стремлении играть роль тамады).

Выделяют следующие причины употребления наркотиков: эйфорию, доступность, влияние культуры, подавление боли, скуку, бунт, развлечение и любопытство, ухудшение провоцирующей ситуации, давление сверстников, подавление стресса, разрешение общества, самолечение, биохимическую предрасположенность, физическую зависимость,

подкрепление интоксикации, внешний локус контроля, привычку, социальное подкрепление, низкую самооценку, зависимую личность, уход от реальности, импульсивность, моментальное удовольствие, неспособность увидеть альтернативы наркотикам.

Цитренбаум с соавторами (1998) представили наиболее частые выгоды, даваемые курением, пищевой аддикцией и алкоголизмом, в виде таблицы.

Курение	Переедание/ Избыточный вес	Алкоголизм
облегчение стресса/ самоуспокоение	облегчение стресса/ самоуспокоение	облегчение стресса/ самоуспокоение
упрямство/ независимость	удовольствие/ подарок	удовольствие/ подарок
удовольствие/ подарок	упрямство/ независимость	надежный «друг»/ «компаньон»
надежный «друг»/ «компаньон»	надежный «друг»/ «компаньон»	средство избежать интимных взаимоотношений
подражание идеалу	средство избежать интимных взаимоотношений	социализация/ вхождение в группу
средство меньше есть и не полнеть	средство избежать сексуальности	оправдание импульсивности
стимуляция	подражание идеалу	облегчение скуки
глубокое дыхание	облегчение скуки	подражание идеалу
социализация/ вхождение в группу	социализация/ вхождение в группу	

Выделяют 5 этапов формирования аддикции. На 1-м этапе человек испытывает небывалый эмоциональный подъем, связанный с рискованным, азартным поведением или химическим воздействием. На 2-м этапе человек прибегает

к предмету аддикции в ситуациях фрустрации, при этом межличностные отношения постепенно отходят на второй план, нарастает душевный дискомфорт, провоцирующий аддиктивное поведение. На 3-м этапе аддиктивное поведение становится стереотипным ответом на требования реальности, аддиктивные потребности доминируют в мотивационной сфере личности; человек не реагирует ни на критику его поведения, ни на проблемы близких людей. На 4-м этапе аддикт полностью отчуждается от общества и своей прежней личности, окружающие воспринимают его как «конченого» человека, он теряет даже способность манипулировать людьми. 5-й этап является катастрофой: разрушается не только психика, но и организм; происходит истощение всех жизненных ресурсов. К такому же исходу приводят и нехимические аддикции – из-за духовного опустошения и постоянного стресса, ведущего к сердечно-сосудистым расстройствам.

В развитии химических зависимостей выделяют следующие механизмы. 1. Эволюционный механизм. По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. Деструктивный механизм. Разрушение личностной структуры, вызванное какими-либо психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменени-

ем ее ценностной ориентации. Значение доминирующих прежде потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в ПАВ может неожиданно стать доминирующим, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. Механизм, связанный с изначальной аномалией личности (Бехтель, 1986).

Выделяются три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполное усвоение групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление ПАВ.

Поведение аддиктов мотивируется следующими иррациональными представлениями. Взрослому человеку совершенно необходимо, чтобы его любили или одобряли все значимые люди в его окружении. Чтобы считать себя достойным, надо соответствовать высоким требованиям и преуспевать во всех отношениях. Некоторые люди плохие, и их надо сурово наказывать. Когда что-то не получается, это катастрофа. Если не везет, то от человека практически ничего не зависит. Если человеку что-то угрожает, надо постоянно думать о том, как это случится. Легче избегать трудностей и ответственности за себя, чем справляться с этим. Надо по-

лагаться на сильного человека и зависеть от него. Текущая жизнь в основном определяется прошлыми воздействиями. Нужно очень сопереживать другим людям. Если не найти идеальное решение проблемы, все погибнет (Эллис, 1999).

Аддикт страдает вследствие переживания внутренней дисгармонии, дискомфорта и фрагментации или из-за неспособности думать хорошо о себе, а следовательно, и о других. Еще больше мучений аддикту доставляют *психологические защиты*, с помощью которых он пытается скрыть свою уязвимость, но которые оказываются для него разрушительными. За спасительную помощь этих патологических защит приходится платить чувством изоляции, обеднением эмоциональной сферы и неустойчивостью взаимоотношений с людьми. Основными психологическими защитами поврежденного и уязвимого Эго аддикта являются:

- примитивная идеализация объекта зависимости;
- фантазии инкорпорации – поглощения объекта отвержением тела (ртом, глазами, вагиной);
- интроекция – замена отношений с внешним объектом отношениями с его интроектом;
- всемогущество – преувеличение собственной силы;
- девальвация – презрительное обесценивание чего-то важного;
- проекция – приписывание другому собственных эмоционально значимых мотиваций;
- проективная идентификация – проекция своих чувств и

мотиваций на объект зависимости, над которым аддикт затем пытается установить контроль с помощью идентификации;

- расщепление (сплиттинг) – разделение себя и объекта (объектов) на хороших и плохих;
- отрицание – игнорирование важных аспектов реальности;
- контрфобия – удовольствие от опасной деятельности, бравада;
- псевдонезависимость – бессознательная демонстрация независимости от объектов аддикции;
- экстернализация – перенос внутреннего конфликта вовне и отыгрывание его компульсивным или импульсивным действием;
- рационализация – сознательное обоснование своего поведения приемлемыми мотивами вместо скрытых неприемлемых.

Занимая центральное место в жизни аддикта, объект аддикции *идеализируется*. Воображение аддикта заполняется фантазиями, в которых он предвкушает каннибальское поглощение объекта аддикции или оргастическое слияние с ним. Благодаря *интроекции* аддикт тотально и безраздельно контролирует избранный объект. Используя его *магическую* силу, аддикт приобретает *всемогущество*. Обладая интроектом, аддикт может позволить себе *обесценить* объект аддикции, чтобы не испытывать зависть к его силе. Под воз-

действием *проекции* пациент перекладывает на объект аддикции собственные импульсы и аффекты. В результате *проективной идентификации* больной может приписать объекту аддикции собственную враждебность и затем со страхом ожидать какого-то вреда, а свою агрессию считать реакцией на это. Дихотомическое разделение мотиваций, интроектов и объектов на жизненно необходимые и смертельно опасные приводит к *расщеплению*. Чтобы сохранить контроль над внутренним и внешним миром, расщепленное сознание прибегает к *отрицанию*, игнорируя наличие аддикции и ее опасность. Невыносимый страх перед этой опасностью удается блокировать с помощью *контрфобии*, вызывающей чувство азарта с эйфорией от переживания своего бесстрашия, обеспеченной выбросом внутреннего наркотика – эндорфина. Избежать чувства унижительной зависимости помогает *псевдонезависимость*.

Вермсер (2000) описывает возможные пути формирования аддиктивных защит против карающего Суперэго и возвращения отрицаемого. Вместо того, чтобы стремиться к достижению своего идеала, аддикт ищет состояние абсолютного удовлетворения, грандиозности и умиротворения здесь и теперь. Вместо того, чтобы обладать внутренней самокритичностью и при необходимости наказывать себя изнутри, аддикт провоцирует получение наказания извне. Вместо тонко настроенной, функционирующей способности к самонаблюдению, у аддикта присутствуют постоянная готовность

чувствовать стыд и унижение перед другими людьми, которые эти чувства провоцируют. Вместо того, чтобы принять ограничения, которых требует реальность и принятые ранее обязательства, аддикт одновременно и бежит от них, и ищет их. Он не переносит ограничений и в то же время парадоксальным образом стремиться к ним. Не заботясь о себе и пренебрегая самозащитой, которую способна дать внутренняя власть Суперэго, аддикт демонстрирует неожиданные колебания и абсолютную эмоциональную ненадежность. В то же время у аддикта наблюдается страстное стремление к человеку, заслуживающему доверия, с ожиданием, что партнер никогда не разочаруется в аддикте, даже если последний злоупотребит его доверием.

Автор выделяет 4 типа семей, формирующих будущего аддикта: 1) травмирующая семья, в которой ребенок может идентифицироваться либо с агрессором, либо с жертвой, испытывая чувства стыда и беспомощности и в последствии избавляясь от них с помощью ПАВ; 2) навязчивая семья, возлагающая собственные грандиозные ожидания на ребенка, который впоследствии компенсирует свою фальшивую идентификацию с помощью ПАВ; 3) лживая семья, в которой ребенок утрачивает чувство реальности и собственной личности, испытывает стыд, отчуждение и деперсонализацию, компенсируя эти чувства с помощью ПАВ и 4) непоследовательная семья, когда правила родителей различаются и к тому же меняются на ходу, из-за чего нарушается стабиль-

ность Суперэго и социализация, вследствие чего создается мотивация для употребления ПАВ.

Винникотт (2000а) указал на значение *переходных объектов* (предметов или деятельности), символизирующих для ребенка отсутствующую мать, пока он еще не способен интроецировать материнскую фигуру как функцию внутренней хорошей матери. Если процессу интроекции препятствует поведение родителей, ребенку приходится расщепить образ себя на две части: одна часть – ложная – соглашается с требованиями внешнего мира, а другая – тайная – составляет субъективный мир ребенка. Затем человек живет так, как будто он «не вполне настоящий», и всю жизнь злоупотребляет переходными объектами, которые приносят лишь временное облегчение: наркотиками, сексуальными ритуалами, другими людьми или компульсивной деятельностью («чем бы дитя ни тешилось...»).

Аддиктивные личности, не получив в раннем детстве доступа к эмпатичной (эмоционально чуткой и теплой) матери, помещают свой материнский идеал вовне и отгораживают его, чтобы идеальная мать была внешней, но легко доступной, как пища. В результате идолопоклоннического переноса все доброе приписывается только идеализированной матери, поэтому ее любовь необходимо получить любой ценой. Однако пользоваться любовью – значит нарушить материнские границы, а это переживается как преступление Прометея, заслуживающее мучительного наказания, которое ху-

же смерти (на плечах наших алкоголиков выколото: «Не забуду мать родную» и «Нет в жизни счастья»). Выходом становится поворот от матери к вещам, так как они заслуживают большего доверия и в результате становятся аддиктивными объектами. Они приносят удовлетворение и наказание, временное забвение в смертельных объятиях и возрождение (Кристал, 2000).

В формировании наркотической зависимости отмечают роль бессознательных страхов и желаний матери, которые тормозят формирование способности младенца быть одному. В результате у него вырабатывается наркотическая зависимость от ее присутствия и ее функций по уходу за ним, формируются *созависимые* отношения. Со временем ПАВ замещают переходные объекты детства, однако они не могут обеспечить формирования механизмов независимости, поэтому автор называет объекты аддикции патологическими преходящими объектами. Роль таких объектов могут играть и другие люди, тогда речь идет об эротической зависимости или созависимости (МакДугалл, 1999).

Карпман описал «*драматический треугольник*», который лег, в частности, в основу проанализированной Берном игры «Алкоголик». Каждый игрок попеременно занимает одну из 3 позиций: Преследователь, Жертва и Спаситель. В день получки муж приходит пьяный, без зарплаты и устраивает дома дебош, играя роль Преследователя (а жена – Жертвы). Наутро он мучается с похмелья и исполняет роль Жертвы,

вымаливая прощение жены, которая вначале находится в роли Преследователя, а простив и дав похмелиться – в роли Спасителя. Очевидно, что Преследователь и Жертва нуждаются друг в друге для садомазохистских созависимых отношений, при этом Жертва-алкоголик использует готовность Спасительницы-жены самоутверждаться за его счет. Со временем алкоголик подрывает свою самооценку и впадает в зависимость от жены. Когда ей, наконец, удастся привести мужа лечиться, для нее это передача роли Спасителя профессионалу, а для мужа – ее предательство и появление совсем уже безжалостного Преследователя («Обложили меня, обложили...») (Берн, 1997).

Личностные особенности

Эффективность психотерапии аддиктов во многом зависит от учета их личностных особенностей, поэтому стоит на них остановиться.

Параноидное расстройство личности нередко лежит в основе аддикции к власти и других сверхценных увлечений. Особенно заметно данное расстройство проявляется при тоталитарном режиме, когда высоко ценятся проявления силы и власти, а все слабое и ущербное вызывает презрение. Основной его спецификой является наличие сверхценной идеи об особом значении собственной персоны.

Диагностические критерии: 1) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; 2) постоянное недовольство другими людьми, склонность не прощать оскорбления, пренебрежительное отношение или причиненный ущерб; 3) подозрительность и стойкая тенденция к искажению пережитого, когда нейтральное или дружественное отношение других неверно истолковывается как враждебное или пренебрежительное; 4) бранчивость, сварливость, неуживчивость и стойкое, неадекватное ситуации отстаивание собственных прав; 5) частые неоправданные подозрения в неверности супружеских или сексуальных партнеров; 6) повышенная оценка собственной значимости с тенденцией относить происходящее на свой счет и 7) частые необоснованные мысли

о заговорах, субъективно объясняющих события в близком или широком социальном окружении.

Психодинамика: проекция, отрицание, рационализация, стыд; оборонительные, мазохистские, ипохондрические черты; несостоявшаяся индивидуализация и проблемы автономии, идентификация с агрессором. Когнитивные мишени: 1) я благочестивый, невинный, благородный, уязвимый; 2) они вмешивающиеся, злобные, дискриминирующие, склонные к злоупотреблению; 3) мотивы людей вызывают подозрения, будь начеку, не доверяй; 4) надо быть настороже, искать скрытые мотивы, обвинять и мстить.

Применяется когнитивно-поведенческая терапия, направленная на снижение фонового уровня тревожности и совершенствование навыков решения проблем. Необходима предельная открытость и искренность, последовательность тактики, ясность и однозначность высказываний, исключение юмора в общении, поддержка сохранных сторон личности, акцент на реальности. Внимательно вслушиваясь в жалобы и обвинения больного, следует избегать вставать на чью-либо сторону в конфликте.

☺ В шесть лет я хотел быть Колумбом, в семь — Наполеоном, а потом мои притязания постоянно росли.
Сальвадор Дали

Шизоидное расстройство личности имеет в своей основе глубокую неспособность к эмпатическим отношениям, что приводит к замкнутости больных. С целью получения

удовольствия они могут пристраститься к наркотикам и алкоголю, прибегать к различным половым перверсиям, увлекаться философскими и религиозными течениями, схемами построения здорового образа жизни за счет необычных диет и спортивных занятий и т. п.

Диагностические критерии: 1) лишь немногие виды деятельности доставляют радость; 2) эмоциональная холодность, дистанцированность или уплощенный аффект; 3) снижена способность к выражению теплых, нежных чувств или гнева к окружающим; 4) внешнее безразличие к похвале и критике окружающих; 5) сниженный интерес к сексуальному опыту с другими людьми; 6) почти постоянное предпочтение уединенной деятельности; 7) чрезмерная углубленность в фантазирование и интроспекцию; 8) отсутствие близких друзей или доверительных отношений и нежелание их иметь и 9) отчетливо недостаточный учет социальных норм и требований, частые ненамеренные отступления от них.

Психодинамика: социальная заторможенность, эмоциональные ограничения и неприятие. Отмечаются также проекция, отрицание, интеллектуализация, уход, изоляция, аутистическое фантазирование. Когнитивные мишени: 1) я самодостаточный, одиночка; 2) они назойливые; 3) мне не нужны другие люди; взаимоотношения с людьми беспорядочны и нежелательны; 4) надо дистанцироваться от людей.

Используется групповая терапия, направленная на идентификацию эмоций, коммуникативный тренинг, повышение

социальной активности в условиях терапевтической среды. Необходимо индивидуализировать программу адаптации в социальном окружении, проявлять к больному теплое, заботливое отношение без навязчивости, для повышения мотивации к лечению использовать тенденцию больного к интроспекции.

☺ Чтобы быть собой, нужно быть с кем-то.

Станислав Ежи Лец

Антисоциальное расстройство личности заключается в грубом игнорировании прав окружающих. Основная черта – стремление непрерывно получать удовольствие, избегая всякого напряжения и труда. Начиная с подросткового возраста характерны прогулы, побеги из дома, драки, воровство, злоупотребление ПАВ, промискуитет, суицидный шантаж. В местах заключения такие пациенты могут составлять до 75 % осужденных. Многие формально не нарушают законов, эгоистично эксплуатируя других в рамках избранной профессии.

Диагностические критерии: 1) бессердечное равнодушие к чувствам других, неспособность к эмпатии; 2) отчетливая и стойкая безответственность и пренебрежение социальными нормами, правилами и обязанностями; 3) неспособность к поддержанию устойчивых отношений при отсутствии затруднений в их установлении; 4) крайне низкая фрустрационная толерантность и низкий порог появления агрессивного, в том числе насильственного поведения; 4) отсутствие

осознания своей вины или неспособность извлекать уроки из негативного жизненного опыта, в особенности наказания; б) выраженная склонность обвинять окружающих или предлагать благовидные объяснения поведению, приводящему к конфликту с обществом и 7) постоянная раздражительность.

Психодинамика: импульсивность поведения обусловлена снижением способности личности к планированию и суждениям; имеются нарушения или пробелы в структуре личности; примитивное или недостаточно зрелое сознание; дефицит в общении с окружающими (отсутствие эмпатии, любви и доверия); признаки садомазохизма, нарциссизма, депрессии. Когнитивные мишени: 1) я одиночка, независимый, сильный; 2) они уязвимые, подчиненные, но эксплуатирующие; 3) другие – это лохи и слизняки, они занимаются эксплуатацией; так как я особенный, я заслуживаю особых правил, я стою над правилами; 4) надо нападать, грабить, обманывать и манипулировать, использовать других, нарушать правила.

Психотерапия включает длительное, повторное установление допустимых границ. Важны четкие рамки, затрудняющие манипулирование со стороны больного, в особенности суицидный шантаж. Необходимо помочь больному отличать тестирование реальности от запугивания, согласованный с ним контроль от нарушения его прав; его надо стимулировать к нахождению альтернативных решений. Полезно участие в группе взаимопомощи, супружеская и семейная тера-

пия.

Садистическое расстройство личности начинается в ранней молодости и проявляется в следующем. Больной проявляет физическую жестокость и применяет силу с целью установления доминирования в отношениях. Издевается или унижает других в присутствии окружающих. Жестоко обращается с кем-то, кто находится в его власти: с ребенком, учащимся, больным, подчиненным по службе. Развлекается или получает удовольствие, если другие испытывают психологические или физические страдания. Он в восторге от сцен жестокости, ранений или пыток, обожает оружие. Лжет, чтобы оскорбить другого или вызвать у него боль. Заставляет других делать то, что он хочет, запугивая и терроризируя их. Ограничивает независимость близких людей: не позволяет супруге уходить из дома или дочери-подростку – ходить на вечеринки. Садизм, как правило, сочетается с мазохистскими чертами, особенно у женщин.

Фрейд считал, что садизм является обращением инстинкта саморазрушения на другого человека, активной формой этого инстинкта. Садист получает удовлетворение не только от причинения боли своей жертве, но и от мазохистской идентификации с ней. Большое значение имеет чувство безнаказанности за нарушение культурного запрета на причинение боли и ощущение безграничной власти над объектом, что может вызывать сексуальное возбуждение. Садистические личности могут направляться на принудительное лече-

ние; используются, в частности, аверсивные методы терапии, которые имеют кратковременный эффект.

☺ Человек, научившийся быть равнодушным к чужим страданиям, становится нечувствительным к своему собственному.

Маркиз де Сад

Пассивно-агрессивное расстройство личности отличается постоянной установкой к скрытому саботажу, пассивному сопротивлению руководству, при этом открытое проявление агрессии не допускается. Больные постоянно всем недовольны, все критикуют, находят особое удовольствие в том, что обескураживают других и портят им удовольствие. Негативные реакции окружающих на их поведение замыкают порочный круг. Расстройство нередко сочетается с алкоголизмом и демонстративно-шантажным суицидным поведением. Пассивно-агрессивное поведение народа исподтишка подточило экономические и политические основы СССР. Теперь оно же тормозит возврат к рыночной экономике и строительство демократического общества.

Диагностические критерии: 1) невыполнение сроков, оттягивание и откладывание завершения выполняемых повседневных заданий, в особенности когда завершение стимулируется окружающими; 2) необоснованный протест против справедливых требований и замечаний окружающих, заявления о неправомерности этих требований; 3) упрямство, раздражительность или конфликтность при вынужденной

необходимости выполнять нежелательные для больного задания; 4) необоснованная критика в адрес начальства и ответственных лиц; 5) намеренно медленная или плохая работа при выполнении нежелательных заданий; 6) препятствование усилиям других за счет невыполнения своей части работы и 7) избегание выполнения обязательств со ссылкой на забывчивость.

Когнитивные мишени: 1) я некомпетентный, самодостаточный, уязвим к контролю и вмешательству; 2) они назойливые, требующие, вмешивающиеся, контролирующие, доминирующие; 3) другие ограничивают мою свободу действий; контроль со стороны других недопустим; я должен делать все по-своему; 4) надо использовать пассивное сопротивление и поверхностное подчинение, избегать правил и уклоняться от следования им.

Применяется ассертивный и социально-психологический тренинг. Выраженное сопротивление терапии преодолевается с помощью парадоксальных предписаний, когда пациенту предлагают делать противоположное тому, чего от него добиваются. На суицидные угрозы следует реагировать не как на депрессивную реакцию по поводу утраты любви, а как на скрытую агрессию.

☺ Энергия осла проявляется в полной мере только тогда, когда он не двинется с места.

Николае Йорга

Импульсивное расстройство личности проявляется в

эпизодах потери контроля над агрессивными побуждениями сопровождающихся нападением на окружающих и повреждением имущества (кlastомания, от греч. *klastos* – ломать, *manía* – страсть). Уровень агрессии в это время намного превышает обычную реакцию больного на проблемные ситуации. Перед эпизодом возбуждения наблюдаются признаки нарастающего дисфорического напряжения с ощущением своего бессилия, невозможности изменить окружающее. Данное расстройство наблюдается преимущественно у мужчин, многие из них пребывают в исправительных заведениях, тогда как страдающих этим расстройством женщин чаще можно встретить в психиатрических учреждениях. В отличие от страдающих антисоциальным расстройством личности эти больные искренне раскаиваются в своем поступке, обвиняют себя. Провоцирующими ситуациями для вспышки агрессии обычно служат обстоятельства или поведение партнеров, ассоциирующиеся с травмирующими ситуациями детства. Родители больных склонны к алкоголизму, промискуитету и насилию; среди прямых родственников часты случаи импульсивного расстройства личности.

Диагностические критерии: 1) отчетливая тенденция к ссорам и конфликтам с другими, в особенности при воспрепятствовании импульсивным действиям или их порицании; 2) отчетливая тенденция к неожиданным поступкам без учета их последствий; 3) склонность к вспышкам ярости или насилия с неспособностью контролировать эксплозивное пове-

дение; 4) трудности в сохранении линии поведения, которое не подкрепляется непосредственным удовлетворением и 5) лабильное и непредсказуемое настроение.

Выделяют тип *чрезмерно контролирующих себя агрессоров*, очень сдержанных, внешне покорных и пассивных. Однако когда их терпение лопается, они проявляют неожиданную крайнюю жестокость. Такое поведение в массовом масштабе Пушкин описал двумя фразами: «Народ безмолвствует» и «Русский бунт, бессмысленный и беспощадный».

В психодинамике ведущую роль играет перенос, когда угрожающая фигура ассоциируется с агрессивным родителем, а также идентификация с агрессором во время приступа ярости. Пациент выводит свою агрессию вовне и таким образом защищает себя двумя способами: во-первых, удалением разрушительной энергии изнутри и, во-вторых, уничтожением чужой агрессивности, которая может уничтожить его извне.

Психотерапия направлена на то, чтобы помочь больному противостоять фрустрации и поверить в собственные силы, а также на то, чтобы научить его распознавать первые признаки появляющегося раздражения и выражать его в приемлемых формах. В терапевтической группе следует быть готовым к нападению пациента на других ее участников. Необходимо создать жесткие ограничительные условия, назначить литий и финлепсин. Для детей и подростков полезна семейная терапия, направленная, прежде всего, на сглаживание

социальных последствий агрессивного поведения.

☺ Бойся гнева терпеливого человека.

Джон Драйден

Пограничное расстройство личности характеризуется крайней нестабильностью аффекта, отношений и самооценки. Больные употребляют наркотики, переедают, транжирят деньги, их сексуальное поведение беспорядочно, сексуальная ориентация неопределенна. Характерны отчаянные попытки избежать реального или воображаемого одиночества, неустойчивые и бурные межличностные отношения с поочередными колебаниями между крайней идеализацией и крайне негативной оценкой объекта фиксации. На фоне хронической скуки и чувства опустошенности возникают эпизоды выраженной дисфории, раздражительности или тревоги, которые могут длиться от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаются суицидальным поведением. У больных берет верх то жажда власти, то влечение к смерти, и нередко они рискуют жизнью, пытаясь с помощью суицидального шантажа предотвратить уход любимого. Больные совершают правонарушения, занимаются рискованным сексом, лихой ездой на автомобиле, периодически наносят себе раны, ожоги и другие повреждения, чтобы избавиться от непрерывной опустошенности, скуки и невозможности ощутить себя. Сами больные объясняют свои саморазрушительные действия следующими потребностями: убедиться, что они еще живы или реально существуют; уменьшить негатив-

ные чувства, такие, как гнев, страх или чувство вины; подавить мучительные воспоминания; получить повод позвать окружающих на помощь.

Диагностические критерии, кроме сформулированных для импульсивного типа, включают следующие: 1) нарушения и неуверенность в восприятии себя, своих целей и внутренних предпочтений (включая сексуальные);

2) склонность к установлению интенсивных, но нестабильных отношений с окружающими, часто с последствиями в виде эмоциональных кризисов;

3) преувеличенные усилия, направленные на избегание состояния покинутости и одиночества; 4) повторяющиеся элементы саморазрушительного поведения или угрозы его и 5) стойкое чувство внутренней пустоты.

Психодинамика определяется конфликтом между избыточной агрессивностью и невыносливостью к тревоге сепарации. В качестве защиты используется расщепление (сплиттинг), следствием которого является слабость Я и низкий импульсивный контроль. Непредсказуемость вспышек гнева связана с чрезвычайно быстрым переходом от примитивной идеализации к девальвации («от любви до ненависти – один шаг»). Примитивная идеализация позволяет не опасаться разрушить внешний объект. Объекты, воспринимаемые как идеально хорошие, также используются пациентом для подкрепления ощущения собственной грандиозности, он пытается манипулировать ими для достижения чувства

удовлетворения и защищенности, а когда разочаровывается в объекте, обесценивает и отвергает его прежде, чем последний превратится в опасного преследователя. Разочарование в партнере можно объяснить через механизм проективной идентификации: бессознательным желанием вызвать у партнера те же чувства, которые пациент испытывает сам. Если в ответ на ожидание больного, что партнер будет любить его как себя самого, тот не отвечает взаимностью, он – предатель, враг. Благодаря проективной идеализации пациент проецирует свою агрессию на значимый объект и идентифицируется с ним, обретая всемогущество, при этом он опасается его нападения и нападает первым. Потребность реализовать агрессивные импульсы и жажда общения часто сменяют друг друга, в результате тенденция к постоянству выражена слабо. Эти дихотомические образования могут функционировать благодаря отрицанию эмоций, противоположных испытываемым в данный момент.

Когнитивные мишени: 1) я не в состоянии дисциплинировать себя; я плохой человек и заслуживаю наказания; 2) если они узнают меня, то никогда не полюбят; они готовы использовать и обижать меня; 3) я должен контролировать свои эмоции, чтобы не случилось катастрофы; мне нужен надежный друг, иначе я не справлюсь; я всегда буду одиноким, никому не нужным и 4) надо подчинять свои желания желаниям других, иначе они отвергнут меня или нападут; я должен в одиночку защищаться от окружающих.

В психотерапии используется сочетание поддерживающей и разъясняющей терапии. Психотерапевт выступает в роли вспомогательного Я. Поведенческая терапия применяется с целью контроля за импульсивностью и вспышками гнева, понижения чувствительности к критике и мнениям окружающих, обучения социальным навыкам. Декомпенсация расстройства может потребовать непродолжительной госпитализации. При назначении фармакотерапии возможно развитие лекарственной зависимости.

☺ Граница между светом и тенью – ты.

Станислав Ежи Лец

Истерическое расстройство личности часто проявляется в форме любовной и алкогольной зависимости, стремления к лидерству, в виде демонстративных агрессивных эпизодов («истерик») и демонстративно-шантажного суицидного поведения. Диагностические критерии: 1) показной характер, театральность поведения или преувеличенное выражение чувств; 2) внушаемость, легкое подпадание под влияние ситуативных воздействий или окружающих; 3) поверхностный, лабильный аффект; 4) постоянный поиск возбуждающих переживаний и взаимодействий, в которых субъект находится в центре внимания; 5) неадекватное подчеркивание своей сексуальности во внешности и поведении и 6) чрезмерная озабоченность своей внешней привлекательностью.

Психодинамика: фантазии, эмоциональность и театраль-

ный стиль поведения, импрессионистское и обобщенное мышление. Подавление, отрицание, идентификация, отыгрывание действием, психогенные нарушения чувств и движений, психосоматические расстройства, диссоциация и приписывание своих внутренних конфликтов внешним факторам. Ложная идентификация и амбивалентные отношения с родителем противоположного пола. Патологическая фиксация на раннем генитальном уровне развития обуславливает страх перед сексуальностью, несмотря на склонность к обольщению.

Когнитивные мишени: 1) я обаятельный, впечатляющий; 2) они чувствительные, восхищающиеся; 3) я могу руководствоваться своими чувствами; 4) надо использовать обаяние, истерики, вспышки раздражения, плача, суицидные попытки. Эффективна индивидуальная и групповая психодинамическая психотерапия, направленная на осознание и проработку вытесненного травмирующего опыта.

☺ Не искушай меня без нужды.

Александр Пушкин

Для **нарциссического расстройства личности** характерно преувеличение собственной значимости и повышенная озабоченность вопросами самоуважения, завышенные притязания, жажда славы и богатства, зависимость от ПАВ. Диагностические критерии: 1) переоценка собственной значимости, достижений и талантов, ожидание признания своего превосходства в отсутствии оправдывающих это притя-

вание достижений; 2) фиксация на фантазиях о безграничном успехе, власти, уме, красоте или идеальной любви; 3) убежденность в своей особенностях, уникальности, возможности быть понятыми и принятыми лишь особыми или влиятельными людьми (или общественными учреждениями); 4) потребность в чрезмерном преклонении перед собой; 5) необоснованное представление о своем праве на привилегированное, льготное положение; 6) импульсивное удовлетворение желаний; 7) склонность эксплуатировать, использовать других для достижения собственных целей; 8) недостаток эмпатии, нежелание признавать чувства и нужды окружающих и считаться с ними; частая зависть к окружающим или убеждение в завистливом отношении к себе и 9) заносчивое, высокомерное поведение и соответствующие установки.

В психодинамике основное значение имеет дихотомия: чувство собственной значительности – ранимости. Всомощество защищает от страха, примитивной агрессии и переживания зависти. Убежденность в своей избранности и масштабности (хотя бы в постановке грандиозных целей или безмерного хвастовства) компенсирует скрытое чувство собственной неполноценности и трудности в формировании значимых привязанностей. Высокомерное, напыщенное и доминирующее поведение защищает от параноидальных черт, образующихся в результате проекции орального гнева. Объектные отношения отсутствуют из-за неспособности за-

висеть от интроецированных хороших объектов, что объясняется наличием примитивных и вызывающих страх интроектов.

Кохут (2003) описал два типа нарциссических переносов: зеркально отражающий, с возрождением инфантильной потребности получать ответную реакцию и быть ценимым, и идеализирующий, с воссозданием потребности в идеальном объекте для поддержания ощущения целостности Я. Первый тип связан с грандиозно-эксгибиционистской потребностью младенца демонстрировать себя матери в ожидании невербальных проявлений восхищения с ее стороны. Фрустрация этой потребности оставляет незаживающую нарциссическую рану. Потребность в зеркализации остается примитивной и проявляется у взрослого в виде нереалистической самоуверенности и хвастовства; повторная фрустрация вызывает у больного нарциссическую ярость с захлестывающим аффектом обиды и ненависти. Идеализирующий перенос связан с потребностью в идеальном родительском образе, фрустрация этой потребности приводит к дефекту самости, который лишает взрослого чувства юмора, вдохновения, жизнерадостности.

Когнитивные мишени: 1) я особенный, уникальный, заслуживаю особых правил; 2) они восхищаются, соблазняются мною; 3) я лучше других; люди должны служить мне или восхищаться мною; они не имеют права отрицать мои достоинства; 4) надо использовать манипуляции. Лечение вклю-

чает индивидуальную психотерапию, поддерживающую или ориентированную на формирование адекватной самооценки; полезны ролевые игры, направленные на тренинг обратной связи и эмпатии; в тяжелых случаях необходима терапия средой. Важно сохранять самоуважение пациента, которое может пострадать от вмешательства терапевта, подчеркивать его права, избегать соперничества, обнадеживать.

☺ Самые самолюбивые люди – это люди, не любящие себя.

Николай Бердяев

Компульсивное расстройство личности проявляется, в частности, в трудоголизме. Диагностические критерии расстройства: 1) постоянные сомнения и чрезмерная предосторожность; 2) постоянная озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или планами; 3) перфекционизм, стремление к совершенствованию и связанные с этим многочисленные перепроверки, что нередко препятствует завершению выполняемых задач; 4) чрезмерная добросовестность и скрупулезность; 5) неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб получению удовольствия и межличностным отношениям вплоть до отказа от них; 6) чрезмерная педантичность и следование социальным условностям; 7) ригидность и упрямство; 8) необоснованное требование, чтобы другие подчинялись его привычкам или столь же необоснованное нежелание позволить им что-либо делать самим.

Психодинамика: изоляция эмоций, реактивное образование, отмена, интеллектуализация, рационализация. Эмоциональная недоверчивость, проблемы подчинения и неповиновения, фиксация на анальной стадии развития. Гиперконтроль, регламентация всей жизни является защитой от опасных побуждений. Жесткость суждений помогает избежать осознания и вербализации подавленного содержания. Этой же цели служат постоянные сомнения, откладывание решений и дел на потом.

Когнитивные мишени: 1) я дисциплинированный, ответственный, разборчивый, компетентный; 2) они безответственные, легкомысленные, некомпетентные, потакающие своим желаниям; 3) я знаю, как лучше; детали имеют решающее значение; люди должны работать лучше и больше стараться; 4) надо стремиться к совершенству, применять правила и оценки, контроль и наказания, использовать слово «должен».

Коррекция компульсивных проявлений включает разъясняющую или ориентированную на формирование адекватной самооценки индивидуальную и групповую терапию. Лечение должно проводиться с учетом проблем, связанных с контролем, подчинением, интеллектуализацией. Следует показать пациенту то положительное, что содержится в его мучительной самокритике (высокая требовательность к себе), постоянно напоминать о необходимости как можно интенсивнее взаимодействовать с окружающей реальностью; необ-

ходимо поощрять живое фантазирование, развивать образное, эмоциональное начало с помощью арттерапии. Приходится считаться со склонностью пациентов навязывать собственный план обследования и лечения. Поскольку больные ценят точность, вникают в детали, не следует жалеть времени на систематизированные рациональные объяснения. Нужно терпеливо выслушивать пациента, уважать его стремление к самостоятельности, занимать неконфликтную, гибкую, доброжелательную позицию, заменять моральную модель психологической.

☺ Мы не так домогались бы всеобщего уважения, когда бы твердо знали, что достойны его.

Люк де Вовенарг

Уклоняющееся (избегающее) расстройство личности в быту называют комплексом неполноценности. У пациентов с этим расстройством нередко развивается аддикция избегания. Диагностические критерии расстройства: 1) стойкое, глобальное чувство напряженности и озабоченности; 2) убежденность в своей социальной неловкости, непривлекательности или малоценности в сравнении с другими; 3) повышенная озабоченность критикой или неприятием в социальных ситуациях; 4) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться, хотя желание завязать близкие отношения с другими людьми имеется; 5) ограниченность стиля жизни из-за потребности в физической безопасности и 6) уклонение от профессиональной или соци-

альной деятельности, связанной с интенсивными межличностными контактами, из страха критики, неодобрения или отвержения.

Психодинамика: уклонение от активной деятельности и подавление своих чувств является защитной реакцией на глубоко укоренившийся страх неодобрения. Присутствует фоновая агрессия, появившаяся до или после возникновения эдипова комплекса. Отмечается интроверсия – обращение либидо внутрь вследствие чувства неполноценности.

Когнитивные мишени: 1) я уязвим к недооценке, отвержению; 2) они критически настроенные, унижающие, стоящие выше, идеализированные; 3) ужасно быть отвергнутым, униженным; если бы люди знали меня настоящего, они бы меня отвергли; не могу терпеть неприятных чувств; 4) надо избегать ситуаций оценки, неприятных чувств или мыслей. Психодинамическая терапия направлена на исследование истории формирования заниженной самооценки, отреагирование аффектов, связанных с негативным опытом. Используется ассертивный тренинг с акцентом на закреплении самоутверждающего стиля поведения в обыденных ситуациях общения.

☺ В самом ли деле я робок? Мне не хватает смелости ответить на этот вопрос.

Бенни Хилл

У зависимых личностей обычно развивается созависимость, склонность «цепляться» за значимых других, в тени

которых они живут – обычно это тоже аддикт (нередко муж-алкоголик). В случае утраты (или угрозы утраты) близких отношений они чувствуют опустошенность и подавленность, никчемность и ненужность. В одиночестве пациенты переживают чувства дискомфорта и беспомощности из-за преувеличенного страха, что они не способны сами позаботиться о себе.

Диагностические критерии: 1) неспособность принимать решения без советов других людей; 2) готовность позволять другим принимать важные для пациента решения; 3) готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы; 4) затруднения в том, чтобы начать какое-то дело самостоятельно; 5) готовность добровольно идти на выполнение унижительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; 6) плохая переносимость одиночества – готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;

7) чувство опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь; 8) охваченность страхом быть отвергнутым и 9) легкая ранимость, податливость малейшей критике или неодобрению со стороны.

Когнитивные мишени: 1) я социально уязвимый, нуждающийся, некомпетентный, слабый, беспомощный; 2) они заботящиеся, поддерживающие, компетентные; 3) чтобы выжить и быть счастливым, мне нужны люди; я нуждаюсь в постоянной поддержке и поощрении и 4) надо устанавливать

зависимые отношения. Психотерапия аналогична лечению избегающей личности и должна включать ассертивный тренинг. Групповая терапия женщин особенно эффективна в однородных по полу группах. При индивидуальной терапии имеется риск формирования зависимости пациента от терапевта. Следует быть готовым к появлению негативных контртрансферных чувств в связи с чрезмерными ожиданиями пациента, что терапевт будет опекать его и принимать за него решения.

Конформист безгранично разделяет авторитетную точку зрения. Попав под влияние группы, такой человек легко спивается, втягивается в групповые правонарушения или становится адептом культа. Последователей кумиров-харизматиков называют *эконоиками* (греч. ек – из; поос, нус – ум, разум). Конформист лишен каких-либо индивидуальных черт характера, он «плывет по течению», слепо подчиняясь своей среде, и постоянно готов следовать мнению большинства. Он некритически воспринимает мнение авторитета или группы, даже если оно явно не соответствует действительности. Совершенствование ограничивается у конформистов подражанием. Они неинициативны, им свойственна шаблонность, банальность, склонность к морализации, консерватизм. Их речь изобилует трафаретными фразами, бюрократическими штампами (вспомните героев Зощенко). Они одеваются по форме, ведут себя «как положено». Конфор-

мисты настороженно относятся к незнакомцам, часто проявляют ксенофобию и враждебность к инакомыслию.

М.И. Еникеев приводит перечень наиболее характерных черт тотализированного типа личности. Конвенционализм – некритическое принятие догматических норм и правил, тревожная озабоченность за их повсеместное исполнение. Верноподданность, авторитарная зависимость – преклонение перед официальной властью, некритическая идеализация политических лидеров, вера в их незаменимость. Авторитарная агрессивность – ненависть ко всем инакомыслящим. Этноцентризм – крайняя переоценка роли своей нации во всемирно-историческом процессе, наделение других народов отрицательными качествами. Ригидность, косность мышления, безапелляционность суждений, оценок, неспособность к диалогу, пониманию оппонентов. Уверенность в «моральной чистоте» представителей только своей группы, стремление к самоутверждению через принадлежность к корпоративным, кастовым объединениям; высокомерие и враждебное отношение к людям, не входящим в корпорацию. Депрофессионализация – утрата компетентности, профессиональных знаний, социальной ответственности (по: Антонян, 2003).

Первичная выгода конформизма заключается в бегстве от личной ответственности, вторичная – в ожидании награды за свое верноподданничество. При этом конформист жертвует своими правами человека и самоуважением в обмен на

групповую идентификацию и возможность занятия безопасной социальной высоты. После развала СССР огромное число конформистов оказалось не готово к переменам и превратилось в фанатиков коммунистической идеи и прошлого образа жизни; этим в определенной степени можно объяснить замедленный выход страны из кризиса.

☺ Объединяйтесь, люди! Смотрите: ноль – это ничто, но два ноля уже кое-что значат.

Станислав Ежи Лец

Депрессивное расстройство личности. Диагностические критерии: 1) преобладает унылое, мрачно-подавленное настроение; 2) отношение к себе основано на убеждении в своей неполноценности, никчемности, низкой самооценке; 3) выражена тенденция к самокритике, самообвинению и преуменьшению своих заслуг; 4) типичен пессимизм, склонность переживать чувство вины или сожаления; 5) имеется склонность к печальным размышлениям и поиску поводов для беспокойства и 6) отмечается негативное, критическое или осуждающее отношение к окружающим. При этом больные доброжелательны, застенчивы, готовы прийти на помощь, склонны брать на себя основную работу. Велик риск суицида.

Психодинамические факторы: отсутствие самоуважения, самонаказание, неотреагированная ранняя утрата объекта любви с возложением ответственности за это на «плохого» себя. Идентификация с другими путем приписывания им

своей идентичности, интроекции или симбиоза. В результате человек избегает реальных отношений с партнером. Используются также перенос, реактивное образование (чрезмерная забота вместо вытесненной обиды и т. п.), обращение агрессии на себя (аутоагрессия).

Когнитивные мишени: 1) я не могу жить без него или нее; если я сделаю ошибку, это будет означать, что я бестолковый; 2) они лучше меня; их хорошее отношение надо заслуживать; 3) если человек спорит со мной, значит, я ему не нравлюсь; мое человеческое достоинство зависит от того, что думают обо мне другие; 4) чтобы быть счастливым, нужно, чтобы все меня любили за безотказность или уважали за успехи.

Динамическая терапия депрессивной личности направлена в первую очередь на поощрение вскрытия и отреагирования враждебных чувств, которые позволены с терапевтом в отличие от того, как это было с родителями. Необходимо поддерживать у пациента проявления эгоизма, соперничества, а иногда и оппозиции, интерпретируя их как победу над страхом и угодничеством. Важно признавать свои терапевтические ошибки и соглашаться с критикой пациента в свой адрес, чтобы помочь ему перейти из позиции «снизу» в положение «на равных». Готовность пациентов к самокритике следует использовать для атаки их сурового Суперэго. Прохождение завершающей фазы терапии требует бережной работы со страхом разлуки, который связан у этих больных с детским переживанием необратимой сепарации или утраты.

Применяется также групповая и межличностная (например, супружеская) терапия.

☺ Если вы начинаете с самопожертвования ради тех, кого любите, то закончите ненавистью к тем, кому принесли себя в жертву.

Бернард Шоу

Пораженческое (мазохистское) расстройство личности характеризуется саморазрушительным стилем жизни. Обычно им страдает женщина, для которой характерны следующие черты. Она выбирает людей или ситуации, которые приводят к разочарованию, неудаче или плохому обращению, хотя лучшие варианты явно были доступны. Отвергает или делает неэффективными попытки других помочь ей. Собственные успехи и другие положительные события в жизни вызывают у нее подавленность и чувство вины, она реагирует на них неосознанным стремлением причинить себе боль (например, с ней происходит несчастный случай). Провоцирует злобу или отвержение со стороны других, а затем чувствует себя оскорбленной, побежденной или униженной (например, публично высмеивает мужа, а когда он выходит из себя, чувствует себя обиженной). Она отвергает собственное удовольствие, игнорируя возможности его получения или не желая признать, что получила удовольствие, хотя имеет возможность наслаждаться жизнью. Не может выполнять трудные задания ради себя, хотя делает что-то не менее трудное ради других. Не интересуется теми, кто хорошо

обращается с ней, оставляет их без внимания и отвергает. Постоянно стремится принести себя в жертву, несмотря на противодействие и неодобрение партнеров. Вступает в связи, где заведомо будет только страдать.

Мазохисты склонны к *виктимности* (англ. victim – жертва), под которой понимают предрасположенность человека становиться жертвой правонарушений, несчастных случаев и т. п. Обнаружено, что каждая четвертая жертва убийства ускоряет нападение своего агрессора. Мазохисты сходны с параноидными личностями: и те, и другие постоянно ожидают угрозы. Однако параноидные личности нападают на предполагаемого агрессора, а мазохисты – на себя. Параноидные люди приносят в жертву любовь ради ощущения власти, а мазохисты наоборот.

Мазохистские черты в ответ на жестокое обращение в детстве чаще развиваются у девочек, поскольку мальчики в этом случае идентифицируются с агрессором и впоследствии развиваются в садистическом направлении. В отличие от депрессивных личностей, мазохистские не примиряются со своей судьбой, а используют саморазрушительное поведение для получения ощущения морального превосходства. Как и депрессивные личности, мазохисты используют такие психологические защиты, как интроекцию, обращение против себя и идеализацию. Кроме того, они часто применяют морализацию и отреагирование вовне саморазрушительными действиями. Их поведение укладывается в следу-

ющую схему: 1) провокация; 2) умиротворение («Я уже страдаю, поэтому не надо меня наказывать»); 3) эксгибиционизм («Обрати внимание на мое страдание»); 4) избегание чувства вины («Видишь, что ты заставил меня сделать!»). Мазохисты нередко отрицают страдания, чтобы продемонстрировать свою выносливость к боли, всепрощение и неспособность заподозрить обидчика в плохих намерениях.

К мазохизму приводит сексуализация ситуаций, связанных с объективной опасностью. Агрессивная энергия, которая не получила разрядки в борьбе, может быть захвачена Суперэго и служить источником чувства вины (Гартман и др., 2000). Влечение мазохиста к страданию связано со стремлением повторить ранний болезненный опыт общения с матерью. Мазохист стремится к боли из-за того, что она ассоциируется с объектом любви, который раньше причинял боль.

При проведении динамической терапии укладывание пациента на кушетку подчеркивает доминирование терапевта; предпочтительнее положение лицом к лицу, избегание проявлений как всемогущества и превосходства, так и готовности к самопожертвованию, акцент на реальных отношениях и способности пациента улучшить свое положение. Если терапевт принимает на себя ответственность за несчастье такого пациента и пытается найти решение его проблем, он угрожает лишить пациента выгод от его обычной стратегии. В этом случае у «отвергающего помощь жалобщика» развива-

еся негативная терапевтическая реакция: «Только попробуй помочь мне – станет хуже и мне, и тебе». Следует игнорировать попытки пациента привлечь к себе внимание своими страданиями и поддерживать его, когда он открыто отстаивает свои права.

В анализе невроза переноса акцент делается на осознании склонности пациента к подчинению и провоцированию партнера, пассивному сопротивлению контролю, использованию партнера с целью поддержания собственного депрессивного состояния, скрытому бунту, агрессии и упадку духа, маневрам, позволяющим избежать личной ответственности.

В работе с чувствами основное внимание уделяется таким запретным для пациента эмоциям, как чувства гнева и удовольствия. Они обычно прячутся за маской апатии или саботажа терапии. Переживания гнева и удовольствия блокируются страхом наказания и чувством вины. Терапевт должен вначале вскрыть и разрешить пациенту испытывать и выражать открыто чувства страха и вины, а затем гнева и удовольствия. На заключительном этапе терапии акцент перемещается на работу с чувством печали по поводу первоначальной трагедии и упущенных вследствие мазохистского стиля жизни возможностей. В это время необходимо поощрять отказ пациента от желания отомстить за перенесенные в прошлом потери.

☺ Встречаются садист и мазохист. Мазохист: «Мучай же меня, мучай!» Садист: «А вот и не буду, не буду!»

Клинические аспекты наркологии

*Призвание врача – обеспечить здоровье людей,
ведущих нездоровый образ жизни.*

Наркологические симптомы включают формы потребления ПАВ, толерантность, защитные реакции, формы опьянения, патологию влечений, способность достижения физического или психологического комфорта в состоянии опьянения.

Формы потребления ПАВ: эпизодическая (ситуационная, ритуальная) и измененная (с патологическим влечением, одиночным потреблением). При измененной форме потребления различают систематическое и периодическое потребление. К периодической форме потребления относят ложные запои, которые начинаются и прерываются под влиянием ситуации, и истинные запои, возникающие под влиянием актуализирующегося влечения и прекращающиеся спонтанно вследствие нарастающей непереносимости ПАВ.

Толерантность – максимально переносимая доза ПАВ при сохранении функционирования. Поведенческая толерантность проявляется в способности контролировать внешние признаки опьянения. Функциональная толерантность отражает биохимические нарушения и заключается в необходимости со временем повышать дозу ПАВ для достижения

такой же степени опьянения.

Защитные реакции свидетельствуют о том, что доза ПАВ превышает физиологическую толерантность. Специфическими защитными реакциями являются: на алкоголь – рвота; на опий – зуд кожи лица, заушной области, шеи и верхней трети груди; на барбитураты – икота, обильное потоотделение, слюнотечение, резь в глазах, чувство дурноты, тошнота и головокружение. Неспецифические защитные реакции встречаются при интоксикации разными ПАВ и проявляются в виде тошноты, рвоты, вегетососудистых расстройств (боли в сердце, озноб, болезненно обостренная кожно-мышечная чувствительность). С переходом к регулярной интоксикации неспецифические реакции исчезают, что является признаком второй стадии заболевания.

Формы опьянения – комплекс психических, поведенческих и соматоневрологических проявлений, развивающихся вследствие приема ПАВ. Измененная форма опьянения – нарушение соотношения и проявлений отдельных компонентов классического варианта опьянения соответствующим веществом, появление несвойственных ему проявлений или изменение его динамики. Так, на первом этапе болезни ослабевает, а затем исчезает соматовегетативный компонент интоксикации, на втором – уменьшается интенсивность эйфории с необходимостью увеличить дозу для достижения прежнего эффекта, на третьем эйфория не вызывается даже максимальной дозой наркотика, он способен лишь нормализо-

вать состояние.

Патология влечения встречается в двух формах: 1) психическая – с навязчивыми мыслями об объекте влечения, борьбой мотивов и неспецифичностью влечения и 2) физическая – с влечением, доминирующим даже над витальными потребностями, полностью определяющим поведение, почти без борьбы мотивов, с выраженной вегетативной симптоматикой: расширением зрачков, потливостью, тремором, повышением сухожильных рефлексов.

Способность достижения психического и/или физического комфорта (не эйфории!) в состоянии опьянения. Только прием ПАВ купирует психические нарушения (эмоциональное напряжение, раздражительность, депрессивные реакции с идеями самообвинения, дисфорические состояния, несобранность, повышенную отвлекаемость, снижение работоспособности) и ощущение соматического неблагополучия.

Наркологические синдромы включают опьянение, большой наркоманический синдром и последствия хронической интоксикации ПАВ. *Опьянение* включает психические и соматоневрологические компоненты. Психический компонент состоит из аффективных расстройств, расстройств восприятия, мышления и сознания. Соматоневрологический компонент во многом зависит от вида и дозы ПАВ; общим для большинства ПАВ является повышенная сексуальная возбудимость, снижение аппетита, мышечного тонуса, скорости и координации движений. Исключение составля-

ют стимуляторы, кодеин и галлюциногены. Аффективные расстройства выражаются в первую очередь в эйфории, которая при употреблении различных ПАВ имеет свои особенности. Так, опий дает ощущение соматического наслаждения и чувства покоя, блаженства. Стимуляторы вызывают энергетический и эмоциональный подъем и переживание интеллектуального просветления. Гашиш и ЛСД нарушают восприятие и сознание с появлением мистических, фантастических переживаний. Ингалянты делают восприятие действительности более красочным. Быстрая смена психосенсорных впечатлений контрастирует с замедленностью мышления, что дает ощущение «наплыва», задержки, навязчивости мыслей. Возможна диссоциация мышления, отстраненное наблюдение за своими переживаниями. «Все становится ясным», «другой смысл всего» с невозможностью для опьяневшего сказать, что «все» и какой «другой».

Большой наркоманический синдром объединяет три клинических синдрома: 1) синдром измененной реактивности – утрата защитных токсических реакций, нарастание толерантности, появление измененных форм потребления и опьянения; 2) синдром психической зависимости – обсессивное (навязчивое) влечение к опьянению, способность к психическому комфорту в состоянии интоксикации и 3) синдром физической зависимости – компульсивное влечение к опьянению, маскирующее психическое влечение; способность к физическому комфорту в опьянении с формирова-

нием психических и физических расстройств при прекращении действия ПАВ и восстановлением физического комфорта при интоксикации (другие названия – синдром отмены, или абстинентный синдром от лат. *abstinentia* – воздержание).

В отличие от обсессивного, компульсивное влечение полностью овладевает сознанием, вытесняя все конкурирующие представления и соображения. Оно определяет фиксацию внимания и аффективный фон, диктует поведение, устраняет противоречащие мотивы и контроль – все усилия направляются на поиск наркотика и преодоление препятствий к этому. Ряд характеристик абстинентного синдрома зависит от вида ПАВ. Так, признаки абстиненции появляются уже через несколько часов после алкоголизации и лишь через сутки после приема опиатов и гашиша. При алкоголизме абстинентный синдром формируется медленно, быстрее – при гашишизме, еще быстрее – при злоупотреблении снотворными препаратами и стимуляторами, и в самый короткий срок – при опиомании. При отмене снотворного больше выражены психопатологические симптомы, при лишении гашиша и опиатов – вегетативные.

И.Н. Пятницкая (1988) описывает патогенез абстинентного синдрома следующим образом. При отсутствии поступления ПАВ в организм он пытается собственными ресурсами воспроизвести состояние опьянения. Структуры и функции, на которые воздействует ПАВ, приводятся в состояние,

близкое к состоянию интоксикации. Однако отсутствие наркотика ведет к гиперкомпенсации: вместо умеренной тонизации сосудистой системы – гипертония, вместо достаточной активации психики – тревога, депрессия.

Диагноз наркомании в отечественной наркологии ставится при наличии хотя бы одного из трех синдромов, входящих в большой наркоманический синдром.

Диагностические критерии синдрома зависимости от ПАВ по МКБ-10 (Международная классификация болезней, 10-й пересмотр): в течение по меньшей мере одного месяца (или если меньше месяца, то повторно в течение последнего года) в клинической картине должны быть совместно представлены три или более из шести приведенных ниже критериев. 1. Комппульсивная потребность приема вещества. 2. Снижение контроля за приемом вещества (начала, окончания, дозы), характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием снизить потребление; 3. Абстинентный синдром. 4. Повышение толерантности. 5. Увеличение времени, затрачиваемого на добывание ПАВ, прием и перенесение последствий, сопровождаемое изменением здоровой социальной активности и интересов личности. 6. Продолжение приема, несмотря на наличие вредных последствий и знание пациента об этом вреде.

Критерии злоупотребления ПАВ как ранней формы зависимости по американской классификации ДСМ-IV (Диа-

гностический и статистический справочник, IV пересмотр).

1. Повторный прием вещества вызывает очевидное снижение адаптации в важных сферах социальной активности (прогулы и снижение производительности труда; успеваемости в учебе, пренебрежение воспитанием детей и домашним хозяйством).
2. Повторный прием в ситуациях физической опасности для жизни (управление транспортом, станком в состоянии интоксикации).
3. Повторные конфликты с законом в связи с обусловленными приемом вещества отклонениями поведения и противоправными действиями.
4. Продолжающийся прием ПАВ, несмотря на вызываемые или усиливаемые им постоянные межличностные проблемы (конфликты с супругом относительно последней интоксикации и т. д.).

Течение зависимостей чаще хроническое, прогрессивное, рецидивирующее. Объект аддикции обычно избирается не сразу. Постепенно круг интересов сужается на доминирующей аддиктивной потребности, заостряются преморбидные личностные расстройства, обедняются межличностные отношения, возникают семейные и профессиональные конфликты, совершаются аморальные и асоциальные поступки. Физическая зависимость, как правило, имеет последствия в виде соматоневрологических и психических расстройств, вплоть до выраженного психоорганического синдрома и деградации личности.

Выделяют три стадии развития наркоманий. На 1-й ста-

дии быстро формируется психическая зависимость от наркотика: без него нет душевного комфорта, трудно сосредоточиться, страдают память и мышление. Абстиненция (воздержание) вызывает дисфорию и усиление влечения, растет толерантность. 2-я стадия развивается через несколько недель. Формируется физическая зависимость, резко возрастает толерантность, приходится резко повышать дозы. Наркотик нужен как допинг, выражены соматовегетативные нарушения, утрачиваются аппетит и половое влечение. Деньги на наркотики помогают добывать гомосексуализм, проституция, воровство и разбои. Высока смертность от суицида, передозировки наркотика, СПИДа и других соматических осложнений. 3-я стадия встречается редко из-за высокой летальности второй стадии. Больные нетрудоспособны из-за крайнего истощения (залеживаются в постели) и сведения круга интересов к добыче наркотика, который необходим, чтобы самостоятельно поесть и элементарно себя обслужить.

Особенности течения химических аддикций иллюстрирует следующая таблица (Колесов, 2000б).

Критерий, фаза болезни	Обобщенная оценка существования	Гедонистический эффект ПАВ	Функциональная роль ПАВ	Ведущий синдром	Личностный критерий
Скрытая	Нейтральная	Отсутствует	Требуемая	Нет	Норма или отягощенность
Первая	Супероптимальная	Супергедонизм	Стимулирующая	Психическая зависимость	Формирование наркогенной личности
Вторая	Оптимальная	Нормогедонизм или супергедонизм	Компенсирующая	Физическая зависимость	Функционирование наркогенной личности
Третья	Пессимальная	Агедонизм	Субкомпенсирующая	Соматическое истощение	Деградация личности

Принципы и организация лечения. Выделяют три цели лечения: соматическое оздоровление, психическая стабилизация и включение в социальную среду. Терапевтические концепции лечения химически зависимых пациентов классифицируют следующим образом (Бюрингер и Ферстль, 2003). А. *Медикаментозное лечение*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.