

## Аддиктивная личность в зеркале персонологии

СЕМКЕ В.Я.

Академик РАМН, д.м.н., профессор, директор НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН

*Статья представляет собой введение в развиваемое автором новое научное направление, названное клинической персонологией, которое может явиться научно-техническим базисом диагностики и коррекции личностных девиаций. Мультидисциплинарный подход в персонологии определяется её тесной связью с педагогикой, психологией, социологией и философией. Сложившуюся к настоящему времени наркотическую ситуацию нельзя решать изолированно, без учёта социальных, экономических и политических тенденций в обществе, вне радикального преобразования интерперсональных отношений. Становится очевидным, что одними медикаментозными вмешательствами не обойтись, нужны комплексное лечение и личностная реконструкция, в которых существенное значение имеет социально-психологический аспект: вывести пациента из “патогенного” окружения, расширить круг интересов, обрести достойный уровень человеческой культуры (а значит, и здоровья) и удовлетворение необходимых для конкретной личности потребностей (уважения, защиты, избегания неудач, поиска помощи, познания, созидания, признания, независимости, порядка). Формирование надежной стрессоустойчивости, мобилизации физических и душевных ресурсов граждан — задача не только медицинского плана, но и многих слоев общества, начиная от сферы народного образования и заканчивая производственным циклом.*

Тайна личности, её единственности, никому не понятна до конца, личность человеческая более таинственна, чем мир. Она и есть целый мир. Человек — микроскоп и заключает в себе всё.

Н.А. Бердяев

Пристальный интерес к различным аспектам человеческого существования имеет многовековую историю, которая изобилует массой противоречивых теорий, гипотез, концепций и практических находок, позволивших на современном этапе человековедения вычленить относительно самостоятельную научную дисциплину — **персонологию** (учение о здоровой и больной личности). В настоящее время осуществляется эвристический поиск теорий, прибавляющих новые знания в грандиозное здание науки о поведении человека, построенное трудами великих ученых прошлого. Речь идет о гениальных открытиях И.М. Сеченова, И.П. Павлова, В.М. Бехтерева, З. Фрейда и многих других исследователей, постигавших “тайну личности, её единственности” [1]. Осмысливая ситуацию прошлых, современных и будущих взглядов на судьбы человечества, становится всё более очевидной необходимость оценки индивидуальной и общественной характеристики личности с многосторонних мультидисциплинарных позиций, облегчающих гарантированное развитие индивида на пользу общества [17], понимание других людей и совместную полноценную жизнь. По-прежнему актуально звучат страстные слова академика В.М. Бехтерева (1911): “Усилия, направляемые против основного зла нашей действительности, должны быть делаемы не только даже в интересах нервно-психического здоровья населения, но и во имя высших общечеловеческих идеалов, во имя тех нравственных норм, которые не позволяют человеку попира́ть права других, которые устраняют рознь и ненавистничество между людьми и которые ведут человечество к единению и братству на почве общего равенства, взаимопомощи и уважения личности”.

Социально-экономические преобразования, осуществляемые в последнее время в нашей стране, в столкнове-

нии со сложившимися привычными психологическими стереотипами личностного реагирования, требуют от индивида большей мобилизации внутренних ресурсов, пластичности и подвижности, адекватного и целенаправленного приспособления к быстроменяющимся условиям социальной среды. Особого внимания заслуживает факт нарастания хронических патологических состояний, возникающих под влиянием интенсивных психических напряжений, нарушений абиотических свойств окружающей среды, генетически меньшей способности человеческого организма преодолевать подострые и затяжные стрессы. В этой связи развиваемое нами научное направление [11, 12, 13], определяемое как **клиническая персонология**, может явиться научно-техническим базисом диагностики и коррекции личностных девиаций, представляющим собой гуманистическую дисциплину в спектре современных естественных наук с интегративной оценкой в процессе становления личности роли психологических основ культуры, религии, мифологии, традиций, обычаев (естественно, со своих методологических позиций и приёмов) и содействием успешному преодолению переживаемого им “внутреннего апокалипсиса” (V. Kast), обретению душевного равновесия и целостности, психологическому катарсису и выходу индивида из тягостной для него кризисной ситуации. Мультидисциплинарный подход в персонологии определяется её тесной связью с педагогикой, психологией, социологией и философией. Особо продуктивным он может оказаться при рассмотрении проблемы аддиктивного поведения<sup>1</sup>, ухудшающейся демографической ситуации в России, оставляющей “нам шанс, как нации, сохранить себя и выжить, передав эстафету своим потомкам” [3].

На фоне огромного числа негативных оценок настоящей общественной жизни страны и не меньшего количества путающих предсказаний мрачного будущего выделяются предвидения крупного сибирского исследователя В.П. Казначеева [7], связанные с тревожными показателями психического здоровья личности и всего общества. Речь идет, по убеждению ученого, о разрушении этнической основы страны в результате социальной несостоятельности, “обезлюживания” её восточных регионов, экологической и демографической катастрофы; “Россия как глобально-исторический феномен исчезает”, истощается интеллект, культура, наука, “историческое целеполагание в преемственности поколений”, гибнет репродуктивный потенциал (резерв нации), а её историческое здоровье “балансирует” на краю пропасти, идет своеобразный социальный геноцид. Проблемы “сфинкса XXI века” заключены в настоятельной необходимости выживания российского суперэтноса, в реализации строительства в России “новой формы цивилизации”, в формировании перспективного геополитического центра планеты. С позиций восстановления базисного, культурного, научного, технического и нравственного единства проблемы человека становятся важной исторической, государственной задачей.

Общественное психическое здоровье составляет важный показатель духовного развития страны, отражающий оптимальное протекание всех процессов жизнедеятельности личности в обществе; он выражается через функционирование всей социальной системы и высокий личностный тонус, степень удовлетворённости индивида различными аспектами своего бытия. В условиях урбанизации, нарастающего ритма жизни, информационных перегрузок, механизации, компьютеризации и автоматизации производства качественно изменяется социально-биологический стереотип личностного реагирования на усложняющиеся интерперсональные конфликты, предъявляющего повышенные требования к довольно консервативному биологическому “каркасу” личности, в основном к нервно-психическим процессам, к природным (приспособительным) адаптационным механизмам человеческого организма. Биологический базис как бы вступает в противоречие с социальными качествами личности. Именно в этой связи проблема **контаминации** (очищения) морального климата в микросоциальной среде, усиления и утверждения нравственных сил каждого индивидуума, устойчивой направленности на доброту, отзывчивость, эмпатию сегодня становится особенно важной как никогда.

Центральной проблемой клинической персонологии может стать детальная разработка теории здоровья, действенной системы его количественного и качественного определения, построение на этой основе прогноза личностного благополучия — индивидуального и общественного. Понятие “здоровья” (прежде всего психического) включает способность индивидуума приспосабливаться к окружающей среде, своим возможностям и потреб-

ностям, успешно противодействовать многообразным внутренним и внешним влияниям, расширять и увеличивать потенциал полноценной жизнедеятельности. Основными показателями уровня общественного здоровья и социальных недугов являются: социальное качество жизни, нравственный смысл жизни, здоровый образ жизни [15]. От здоровья общества зависит и здоровье конкретных индивидумов, а сам процесс приспособления личности в новых, меняющихся условиях жизнедеятельности отличается чрезвычайной вариабельностью. Во многом масштабы его проявления определяются силой потенциально дестабилизирующего воздействия, исходным состоянием психических и соматических “защитных сил” индивида (предиспозиция) и его типологическими особенностями. При появлении у конкретной личности напряжённых межперсональных проблем способность приспособления в субэкстремальных условиях заметно сужается, что неизбежно приводит к “углублению” прежних характерологических дефектов и присоединению к ним новых качеств, к качественному снижению общей резистентности организма, к возможному обострению дотоле скрытых или же компенсированных форм хронической соматической патологии.

Общественная, жизненная установка личности представлена тремя основными психологическими блоками, формирующими в своей совокупности **стиль жизни**, способ взаимодействия с ближайшим окружением: познавательный (накопленный индивидуумом эмпирический опыт, взгляды, мировоззрение); эмоциональный (со всеми нюансами отношения субъекта к себе и близким: переживание уравновешенности чувств, внутреннего комфорта, эмпатии, сострадания и т.д.); поведенческий (главствующий стереотип линии поведения, используемый для поддержания равновесия, достижения поставленных целей, адаптивных механизмов реагирования). Современная общественная жизнь ставит личность перед необходимостью неизбежного выбора — либо расширение кругозора своих мировоззренческих взглядов, “ассортимента” потребностей и возможностей, направленности на общечеловеческие ценности; либо осознанное ограничение творческих способностей, сужение понимания своей нужности и полезности для общества, уход в мир собственных интересов и непродуктивного самоанализа, отказ от соучастия в сложных процессах социального преобразования. Первый вариант выбора жизненной позиции присущ нормальным, гармоничным, сбалансированным личностям; второй — девиантным, дисгармоничным, психопатическим натурам. Третье (**промежуточное** между психическим здоровьем и психической патологией) состояние в последние годы стремительно пополняется всё новыми, весьма сложными по генезу и структуре валеопсихологическими феноменами. Это широко наблюдаемые в населении психологические и соматопсихические отклонения в виде неумения приспособиться к суровым реалиям се-

<sup>1</sup> В качестве отправной точки зрения на проблему пьянства и алкоголизма в стране сошлемся вкратце на мнение некоторых известных российских писателей, представляющих любопытные мнения (и серьезные, и ироничные) на ряд “наболевших” вопросов общества. Так, Ф. Искандер (2000) дает свое объяснение термина “пьянства” — это революционное изменение внутри человека: “верх и низ меняются местами”; в России “пьют залпом”, поскольку россияне спешат к итоговому состоянию после выпивки ... боясь, что у него отнимут выпивку, пока он будет её прихлебывать”. Два других писателя, А. Мелихов и А. Столяров (2000), в интересной дискуссии с характерным подзаголовком “Писатель и алкоголь” живо обсуждают утверждение, что “человек по природе своей наркоман, он нуждается в экстатической подпитке”, поскольку вынуждает существовать в разладе “с миром и с собой”, принимая внутрь “влагу радости и забвения”, которая в отличие от синильной кислоты убивает не мгновенно, а “мучает человека долгие годы”. Главной особенностью алкоголя (как и наркотиков вообще) является преувеличение: просто хорошее делается с его помощью изумительным, слегка неприятное — мерзким и отвратительным. Этот искусственный, порождающий фантомы масштаб искажает существование индивида. Этанол вызывает “нечеловеческое удовольствие”, в конце концов, пьющий уходит в совершенно особый мир, откуда возврата практически нет: “это мир равнодушия, беспредельного эгоизма”. В целом все же признавая привлекательность “литературных аналогий”, следует иметь в виду, что современная аддиктология нуждается в достаточно конкретных теоретических построениях и научных фактах

годняшней действительности, достойно выжить и продуктивно трудиться, не испытывая при этом психологического дискомфорта. Из этой зоны рекрутируются субъекты с многообразными формами невротических состояний и аддиктивного поведения.

В области клинической и общей персонологии нет более актуальной и перспективной программы, чем рассмотрение многообразных форм **аномального, девиантного поведения личности**. На сегодняшний день она приобретает интегративный, многосторонний, междисциплинарный характер, вовлекая в сферу её компетенции всё новых и новых специалистов. О её значимости свидетельствует неуклонно возрастающее число лиц в популяции, подверженных данной патологии, а также оживлённый интерес к психологии личности, имеющей отношение к уклоняющемуся поведению.

Затрагивая суть клинической характеристики **уклоняющегося** (девиантного, деструктивного) поведения, неизбежно приходится возвращаться к дефиниции нормы общественной жизни, от которой в ту или иную сторону происходит отклонение. Согласно работе [10], она составляет форму группового сознания в виде разделяемых группой представлений и суждений о требованиях к поведению с учётом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его (сюда включаются правовые, нравственные, эстетические нормы).

При **девиантном** поведении поступки субъекта вступают в противоречие с общепринятыми общественными правилами, что проявляется вовне в несбалансированности основных психических актов, нарушении приспособляемости, ослаблении контроля за собственными поступками. Среди его отдельных типов выделяют: делинквентное, аддиктивное, патохарактерологическое, психопатологическое, на базе гиперспособностей (имеющей в виде игнорирование реальности). Крайнее проявление отклоняющегося поведения характеризуется как **делинквентное**, противоправное, преступное, криминальное. В его основе лежит индивидуально-психологическая особенность нарушения или блокирования процесса предвосхищения будущего результата деликта (проступка). В основе таких ситуационно-импульсивных противоправных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается существование неудовлетворённой потребности (С.А. Арсентьев).

**Аддиктивное** поведение характеризуется стремлением ухода от тягостной реальности путём искусственного изменения своего состояния за счёт поддержания определённых видов деятельности и уровня интенсивности эмоций путём приёма некоторых веществ. **Аддиктивная личность** характеризуется следующими психологическими особенностями [18]: сниженной переносимостью трудностей повседневной жизни (наряду с хорошей устойчивостью к кризисным ситуациям), скрытым комплексом неполноценности, внешней социальностью (в сочетании со страхом перед стойкими эмоциональными контактами), стремлением говорить неправду и обвинять других (зная, что они невиновны), избеганием ответственности в принятии решения, зависимостью, тревожностью, стереотипностью и повторяемостью поведения. Согласно концепции Н. Пезешкиана, существует четыре вида “бегства” от реальности: “в работу”, “в контакты или одиночество”, “в тело”, “в фантазию”. Разновидностью патохарактерологического типа девиаций можно считать саморазрушаю-

щее (**аутодеструктивное**) поведение. При нём система поступков индивида направлена не на личностный рост и гармоническое взаимодействие с реальностью, а на аутоагрессию (отсюда такие разновидности поведения, как суициды, наркотизация, алкоголизация и пр.).

В целом девиантное (отклоняющееся) поведение имеет своё выражение в основных клинических феноменах: агрессия; аутоагрессия; злоупотребление веществами, вызывающими изменение состояния психической деятельности; нарушение пищевого поведения (переедание, голодание); сексуальные уклонения (перверсии); сверхценные психологические увлечения (“трудоголизм”, гэмблинг, коллекционирование, “параноя здоровья”, фанатизм — религиозный, спортивный, музыкальный и др.), сверхценные психопатологические проявления (“философская интоксикация”, сутяжничество и кверулянтство, разные мании); характерологические и патохарактерологические реакции (группирование, оппозиции, эмансипации); коммуникативные девиации (аутизация, конформизм, псевдология, нарциссизм); безнравственное (противоречащее нравственным нормам — алчность, гордыня, похоть, тщеславие, зависть) и аморальное поведение; неэстетическое поведение (отказ от правил эстетики в различных сферах — в питании, еде, высказываниях). Одна из “больных” проблем современной молодёжи — это “вещизм”; она уходит своими корнями, как и многие другие девиации, в микроклимат семьи, где процветают стяжательство, голый расчёт, стремление к накоплению, желание “отличиться” не талантом и работоспособностью, а материальным достатком.

**Аддиктивному процессу** содействуют как биологические факторы (допустим, индивидуальная реакция на этанол), так и психологические (личностные качества, психическая травматизация детского периода), социальные воздействия (семейные, межличностные конфликты). Считается, что аддиктивная реализация включает не только само действие, но и мысль о состоянии ухода от реальной действительности.

В качестве антипода аддиктивной личности выдвигается облик **обывателя**. Это хорошо приспособленный к повседневности человек, вполне удовлетворённый устоявшимися нормами взаимоотношений с родными, близкими, друзьями, сослуживцами, действующий в строгом соответствии с общественными традициями и обрядами, достаточно консервативный в своих убеждениях, получающий необходимый эмоциональный стимул в тех небольших “житейских радостях”, которые доставляет ему окружающая действительность. В противовес сказанному у аддиктивной личности формируется аллергия к заданному ритму жизни, непреодолимая тяга к авантюрному стилю поведения, непредсказуемым жизненным ситуациям, своеобразный феномен “жажды острых ощущений” (В.А. Петровский), а также комплекс различных видов “голода” (Е. Верн) по сенсорной стимуляции, признанию, контакту и физическому поглаживанию, сексуальным действиям, инцидентам и так называемый структурный голод (или голод по структурированию времени). На этой основе возникают психологически объяснимые гиперкомпенсаторные реакции, призванные хотя бы на короткий срок преодолеть заниженную самооценку, чувство неполноценности, выполнять навязанные обществом социальные роли. Достигнутая таким путём внешней социальностью приводит к усилению **манипулятивного** поведения, сглаженности обычных эмоциональных симпатий и жажде “сверхинтенсивных” пе-

реживаний, подмене состояния сопереживания, эмпатии суррогатами в сфере чувств и поступков, фиксации на легких, не требующих больших усилий и малоосуждаемых обществом формах аддикции (азартные игры, переедание, сексоголизм, курение марихуаны, а в последние годы — виртуальная аддикция или нетаголизм).

Хорошо осознавая неохватность всех клинических и психологических проявлений аддиктивной зависимости (по нашему убеждению, вопрос их систематики и патогенетического анализа — **неотложная задача современной аддиктологии**), остановимся вкратце на двух вариантах — новой личностной патологии в виде интернет-аддикции даже относит её к “патологии XXI века”) и старой, как мир, алкогольной зависимости, пропущенных сквозь призму их персонологической характеристики.

Виртуальная аддикция (нетаголизм, или **“интернет-зависимость”** по Гольдбергу) определяется притягательностью в качестве “ухода от реальности” в силу ряда обстоятельств: интернет даёт возможность анонимных социальных интеракций; позволяет реализовать свои представления и фантазии с обратной связью; создаёт широкое поле поиска собеседника, соответствующего поисковым критериям и требованиям; открывает безграничный доступ к информации (так называемый информационный вампиризм), которая становится единственным средством общественной коммуникации.

В качестве “опорных” диагностических критериев отмечают следующие параметры: появление дистресса от использования компьютера; возникновение ущерба личностному статусу, семейному, экономическому, физическому положению (в известной мере эти показатели характерны и для других нехимических зависимостей — работоголизма, гемблинга или патологической игры, сексуальных аддикций). Присуща очерченная психологическая и клиническая картина нетаголизма: хорошее (и даже приподнятое) самочувствие за компьютером, невозможность прервать занятие, увеличение проводимого у экрана времени, пренебрежение семейными и приятельскими отношениями, ощущение раздражённости, угнетения, пустоты вне работы за компьютером, появление затруднений в работе (учёбе), комплекс соматических признаков (сухость в глазах, боли в спине, мигренозные боли, диссомнические расстройства, навязчивое предвкушение следующего сеанса и др.).

В последние годы британские ученые описывают одно из типичных “зол” XXI века — **“синдром компьютерного отказа”**. На базе тщательного опроса большого числа сотрудников различных компаний было выявлено, что “плохое поведение” электроники способно ввергнуть многих людей в гораздо больший стресс, чем даже разрыв с любимым человеком. По утверждению профессора психологии Манчестерского университета Гарри Купера, “мы становимся всё более зависимыми от этого стоящего перед нами забавного и коварного аппарата”. Профессор Мари Гриффити называет 10 признаков одержимости информацией — инфоголизма: вы провели много часов в поисках информации, хотя собирались ограничиться несколькими минутами; вы дезинформируете людей по вопросу времени своего пребывания у компьютера; чувствуете себя плохо от многочасового сидения у монитора; вы предвкушаете очередной сеанс в интернете; часто возникающее чувство нахождения “всего в одном шаге от информации, которую ищите”; вы возбуждаетесь от того, что говорите через интернет, взяв псевдоним и не видя

собеседника; импульсивно проверяете вашу электронную почту в поисках “укола” информации; пропускаете время обеда, свидания или занятия ради возможности войти в интернет; испытание смешанного чувства эйфории и вины за долгое сидение у компьютера; вы испытываете тягу и одновременно симптом отторжения, когда находитесь далеко от компьютера. Оценивая в целом эту новую проблему, согласимся, что перегрузка знаниями и информацией неизбежна: проблема лишь в том, как с ней совладать.

Существует определенная **этапность вхождения** в полосу физической или эмоциональной зависимости, постепенного перехода от “вредной привычки” к рабскому подчинению всецельному пороку [16]. **Начальная стадия** отклонения имеет в своей исходной “точке” переживание интенсивного настроения (радости, экстаза, риска, драматизма и пр.) и фиксацию в сознании этой упрочившейся связи. Симптомом осознания того, что индивид “попался на крючок зависимости”, является констатация факта невозможности избавиться от очередной чашечки кофе, алкоголя или лекарства и пр. Вот неполный перечень видов эмоциональной зависимости, приводимый Коринн Свит: голодание, постоянное желание есть, неразборчивость в еде, трудоголизм, увлеченность оздоровительными системами и спортом, мастурбация при просмотре порнографии, периоды влюбленности и романы с “негодаями”, самоистязание, постоянные ушибы, царапины и раны, стремление к сверхприятности, накопительство, игры, стремление к риску, азарт, ложь и притворство, сексуальные фантазии, садомазохизм, страсть к сериалам, спешка, постоянная занятость, склонность к насилию и т.д. В этой инициальной фазе важно установить способ и вид активности, что облегчит своевременное включение превентивных мер в попытке “соскочить с крючка”, обрести нужную духовность и чувство безопасности.

**Вторая стадия** сопряжена с выработкой аддиктивного ритма: поведение отчетливо коррелирует с затрудненными житейскими проблемами, обстановкой “предсказуемого ожидания”, включением новых социальных норм и правил поведения. На этой основе формируются искаженные оценки происходящего вокруг, появляются иные привычки, стереотипы, механизмы ухода от неприятных событий, тягостных ощущений, фрустрации.

**Третий этап** определяется формированием стереотипа **аддиктивного поведения**. На практике речь идет о перестройке личностной структуры, её интегрированного “Я”. Постепенно снижаются волевые процессы, возможности выбора путей преодоления “вредной привычки”, что приводит к усложнению затруднительных проблем, некритичности поведения, иллюзии контроля над пагубной страстью. Именно в этой фазе вырисовываются портрет аддиктивной личности и надвигающаяся неотвратимость разрушения прежнего характерологического склада. На “перекресте” двух стилей жизненного пути (старого и нового) причудливо сосуществуют нормальные и патологические стереотипы социального реагирования; изменяются установки, система ценностей, мотивация, отношения с ближайшим окружением. Прагматические цели подменяются бесплодными раздумьями, надуманными планами и проектами, а фантазии на аддиктивную тематику занимают большую часть свободного времени. Эмоциональный “каркас” личности отчетливо упрощается и

обедневает, наполняясь уплотненными, аддитивными формами психологической защиты.

Последующие этапы лишь усугубляют неотвратимый процесс деградации. Так, **четвертая фаза** отражает полную **доминацию** аддитивного поведения (“пьянство в одиночку”, пассивное подчинение судьбе — “пусть будет, как получится”, сверхотгороженность от семьи и друзей, забвение прежних связей, оживительной ценности которых в поэтической метафоре писал Мелвилл: “Тысячи нитей соединяют нас с другими людьми, и через эти нити, эту симпатическую связь, наши действия становятся причинами и возвращаются к нам как следствие”).

На конечном, **пятом этапе** осуществляется **личностная катастрофа** с очевидными явлениями психологической и физической деструкции (поражение внутренних органов и систем, обострение аутодеструктивного процесса, неуправляемость своим социальным статусом — “бомжи”, “бичи” и т.п.).

Всё многообразие печальных последствий аддитивного поведения сводится к “семи ступеням катастроф” [8]. Вкратце перечислим эти феномены: химическая аддитивная зависимость (с её центральными вариантами алкогольной и наркоманической личности), антисоциальное (асоциальное) поведение (с совершением действий, противоречащих этике и морали), с безответственностью и игнорированием гражданских законов и прав других людей, суицидальное поведение (по Эмилю Дюркгейму, суицид от англ. suicide — “намеренное лишение себя жизни — как проявление иллюзорного выхода из кризиса и вариант аутоагрессии”), конформное поведение (с бросающейся в глаза зависимостью от указаний официального руководства, слабостью собственного мнения, суждений, оригинальности в привычках, взглядах и принципах); нарциссическое (с устойчивой концепцией собственной грандиозности, отсутствием чувства сопереживания и чувствительности в оценке других людей), фантастическое (слепая приверженность какой-либо идее, нетерпимость к другим взглядам) и аутистическое поведение (с явной затрудненностью социальных контактов, оторванностью от действительности, погруженностью в мир мечтаний и фантазий).

Одним из существенных способов скрыть собственные трудности и оторваться от реальности является феномен **созависимости**. Для созависимой личности (во многом совпадающей с зависимым личностным расстройством) присущи несколько опорных критериев: неспособность принимать решения без помощи со стороны; соглашательское поведение (с неумением отстаивать свою точку зрения и страхом разрыва значимых отношений); невозможность проявлять инициативу и претворять в жизнь свои планы. По сути дела, налицо явное стремление манипулировать окружающими и удерживать под контролем отношения с ними. Весьма характерно, что лица с аддитивным поведением страстно нуждаются в созависимых натурах. Как альтернатива этой позиции служат слова К. Свита: “Невозможно жить чужой жизнью, и не следует даже пытаться делать это”.

Формирование **алкогольной зависимости** (как и злоупотребление другими наркотическими и токсическими веществами, приводящее к “наркотизму”, токсикоманическому поведению) имеет отчётливую онтогенетическую специфику. Аддитивное поведение в подростковом возрасте определяется повышенной устойчивостью к употребляемому средству, повторными безуспешными уси-

лиями прекратить его приём. Прерывание алкоголизации вызывает чувство тревоги, напряжённости, состояние физического дискомфорта. Эйфоризирующее действие алкоголя проявляется усилением активности, возрастанием агрессивности, причём алкогольные эксцессы провоцируются компанией, избытком свободного времени, доступностью спиртного в семье. Наряду со стёртыми симптомами абстиненции возникают физические признаки (в виде угасания защитных рефлексов на передозировку, повышения толерантности) и проявления социальной дезадаптации. Обнаруживается качественная перестройка иерархии мотивов личности: конструктивные, одобряемые обществом побуждения (обучение, интересы, семья, спорт, общество, хобби) утрачивают свою значимость, на смену им приходят бездумное времяпрепровождение, поиск спиртного, смена подростковой группы с изменением стиля алкоголизации. В дальнейшем (спустя 1—1,5 года) формируется абстинентный синдром, развивающийся одновременно с признаками утраты контроля, анозогнозией, изменением картины опьянения (вместо эйфории начинают превалировать дисфорические симптомы, более выраженными и частыми становятся амнестические формы опьянения, приобретающего неодолимый, компульсивный характер). На этой стадии обнаруживается существенное преобразование личности подростка, как правило, в сторону выраженной психопатизации (по эпиплептоидному, возбудимому, истерическому, неустойчивому типам). На конечном этапе становления алкогольной болезни у подростков резко снижается переносимость спиртных напитков, появляются истинные псевдозапой, выпивки “в одиночку”, развивающиеся на фоне сомато-вегетативных признаков и нарастающего парциального ослабляющего процесса.

В контексте формирования алкогольной аддикции у подростков представляют интерес полученные нами [14] сравнительные данные по многостороннему изучению девиантного и делинквентного поведения в двух группах обследованных — 386 учащихся спецшколы для несовершеннолетних правонарушителей (1-я группа) и 156 учащихся обычных школ, состоявших на учёте в инспекции по делам несовершеннолетних (2-я группа). Обнаружены полиморфная, сочетанная патохарактерологическая симптоматика и связанное с нею аномальное поведение в 1-й группе; во 2-й группе отклонения имели более изолированный характер. Степень делинквентности также имела различие по группам. Более тяжёлые социальные нарушения (кража личного и государственного имущества, бродяжничество, употребление алкоголя и наркотиков) встречались достоверно чаще в 1-й группе. Сексуальные эксцессы и суицидальное поведение обнаружены с одинаковой частотой в сопоставляемых группах подростков.

Аффективные расстройства в структуре стержневого **“наркоманического синдрома”** — патологического влечения к психоактивному веществу — с большим постоянством сопровождают все этапы формирования болезни, нередко предшествуя ему, развиваясь по мере прогрессирования, манифестируя в состоянии отмены, провоцируя рецидивы и обострения, создавая дополнительные мотивации к употреблению патологически “универсальных адаптогенов”. Лица с низкой фрустрационной толерантностью, перманентным дистоническим фоном настроения, гипофорией (отсутствием хорошего настроения) наиболее подвержены риску появления аддитивной патологии как способу бегства от реальной жизни с после-

дующим формированием депрессивного варианта вторичной (наркотической) психопатизации личности.

Недостаточный антистрессовый эффект проблемно-разрешающего и социально-поддерживающего поведения больных алкоголизмом и наркоманиями предопределяет выбор ими **копинг-стратегии избегания**. Её использование приводит к значительному снижению активности, направленной на разрешение не связанных с наркотизацией проблем и поиск социальной поддержки, что, в конечном счёте, влияет на закрепление гипертрофированной поисковой моноактивности, подчинённой целям наркотизации. Стратегия избегания позволяет активно или пассивно уходить от проблемных ситуаций, уклоняться от источника стресса. При этом используется как психофармакологический путь редукции эмоционального напряжения, так и механизмы психологической защиты. Оба варианта избегания позволяют на время преодолеть тревогу, неуверенность, социальную неопределённость как следствие дистресса, но оставляют без изменения дистресс-причину, вызвавшую эмоциональное напряжение. Употребление химического вещества облегчает или устраняет тягостное давление социальной среды (с которым не справляются механизмы психологической защиты), создаёт в сознании доминанту позитивной оценки наркотического опьянения, обуславливает потребность повторной наркотизации. Признание её в качестве основной жизненной ценности, имеющей личностный смысл для пациента, ведёт к интенсивному вытеснению реальных фактов негативного влияния наркотизации или алкоголизации. Под влиянием систематической наркотизации происходят негативные качественные изменения и резкое уменьшение социальных сетей, их распад и рост нарушенных интерперсональных отношений, смена ориентации поиска социальной поддержки с сетей просоциальных на асоциальные.

Переходя к интегративной оценке личностных качеств при алкогольной зависимости, обратим внимание на динамические характеристики “алкогольной болезни”, оценивая её с учётом биологических, психологических и социальных факторов<sup>2</sup>. Прогрессиентности заболевания способствуют нарушения психофизического развития, делающие менее совершенным “вращение” индивида в общественные, правовые, этнические установки современной жизни, а также наличие психологического “дефекта личности”. В этой связи уместно высказывание А.Д. Дембо (1910): “Пьют независимо от характера, но в зависимости от характера пьют по-разному, и по-разному формируется заболевание”. По-видимому, сказанное оправдывало многочисленные попытки выделения и описания алкогольной личности. При этом подразумевалось, что алкоголизм возникает лишь у лиц с определённым складом характера, тогда как у индивидов, не подпадающих под эту рубрику, болезнь не развивается. В завершённом виде эта точка зрения нашла своё воплощение при соотношении заболевания с конституциональными особенностями. Э. Кречмер (1930) обратил внимание на разную реакцию и отношение к этанолу у циклотимов и циклоидов, с одной стороны, шизотимов и шизоидов — с другой. К. Pohlisch (1933) выделил варианты личностных аномалий, преморбидно определенных у больных алкоголизмом: гипертимный, депрессивный, возбудимый, неу-

стойчивый и смешанный. Особо велика опасность появления заболевания среди мягких, слабовольных, депрессивных личностей, в то время как циклотимные натуры весьма толерантны к алкоголю. Однако С. Amark (1951) при описании вариантов преалкогольной личности среди других в первую очередь выделил именно циклотимиков. Между тем сам факт вычленения в преморбидной структуре лиц противоположных типов делает сомнительным вопрос о специфичности таких личностных вариантов. П.Б. Ганнушкин (1933) считал особенно предрасположенными к алкоголизму неустойчивых, безвольных психастеников, склонных к дистимиям, и возбудимых лиц с грубым аффектом. С. Г. Жислин (1928) описал синтонных и пизоидных алкоголиков. J. Staehelin (1943) различает следующие группы пьющих: простые, бесхитростные натуры с развитым “стадным чувством”; лица угрюмые, необщительные, стремящиеся разогнать тоску; психопаты, невротики и психически больные люди, живущие в разладе с окружающим миром, стремящиеся подавить в себе тревогу, состояние напряжённости, аффекта. По мнению М. Блейлера (1955), лишь 20% больных алкоголизмом можно считать нормальными, а 40% уже до развития болезни были явно больны — ощущали в обществе неуверенность и тревогу, а в одиночестве — чувство неудовольствия и покинутости.

В отличие от концепции структурных аномалий личности в преморбиде алкоголизма существует точка зрения на алкогольную болезнь как на своеобразное патологическое развитие личности. Преимущество такой позиции состоит в том, что она позволяет подойти к проблеме психогенеза алкоголизма у преморбидно здоровых в психическом отношении лиц. Такой подход имеет в виду прогрессирующую перестройку структур личности, что выражается в заострении типологических черт и нарастании эмоционально-волевой дисгармонии. Так, R. Wyss (1967) подчёркивает, что не существует единого типа “будущего алкоголика”, а когда развивается болезнь, то появляются общепатерологические признаки в виде пассивности, слабого использования своих возможностей, эмоциональная заторможенность, капитулирование перед трудностями, напряжённость и тревога. Н.Н. Иванцом и А.Л. Игониным (1988) составлен перечень типов личности, определяющих преморбид алкоголизма (среди них синтонные, неустойчивые, возбудимые, астеничные, истеричные натуры) и влияющих на формирование клиники, прогноз заболевания.

D. Donovan et al. (1983) при исследовании личностных факторов у лиц, систематически употреблявших алкоголь, обнаружили значимость таких черт, как агрессивность, эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, напряжённость. Гиперактивные лица с отклонениями в поведении считаются уязвимыми в плане алкоголизма (Alterman A., Tarter R., 1985). Среди лиц, склонных к систематическому приёму алкоголя, имеются следующие группы: дисгармоничные или синтонные натуры с гипертимной ориентацией, эксплозивные с бедным внутренним миром, с органическими конституциональными изменениями [18].

В настоящее время перечень вариантов личности, предрасположенных к алкогольной аддикции, настолько разнообразен, что трудно указать на характерологические черты,

<sup>2</sup> Более подробно данный аспект проблемы отражен нами в монографии Семке В.Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Бохан Н.А. Алкоголизм: региональный аспект. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1992. 221 с. В ней содержатся ссылки на последующие литературные источники, приводимые в данной статье

которые не обнаруживались бы в преморбидной структуре больного алкоголизмом. Здесь одинаковое значение имеют как несдержанность, аффективная взрывчатость, гипертимность, так и замкнутость, мнительность, сензитивность, “нуждающиеся в коррекции” алкоголем. М.Е. Бурно (1983) приводит 5 личностных типов больных алкоголизмом и описывает новый “простодушный” вариант — это “флегматичные, бесхитростные, покладистые, скромные, слабобольные люди, не способные жить духовной жизнью”. Аналогичных взглядов придерживались А.А. Портнов и И.Н. Пятницкая (1973), которые считали склонных к пьянству лиц примитивными, незрелыми, с низким уровнем психического развития, выпивающих “от скуки, от нечего делать”. Э. Бехтелем (1984) описана преалкогольная личность, обозначенная как “аструктурная”; для неё характерно отсутствие стойких интересов, установок, ценностных ориентаций, повышенная конформность и внушаемость, низкий культурный уровень, склонность к пустому времяпрепровождению.

По мере развития алкогольной аддиктивной патологии у большинства пациентов обнаруживаются стойкие **патологические изменения**. На раннем этапе по типу усиления гипертрофии, шаржирования прежних личностных качеств, а в дальнейшем — по линии деформации или трансформации типологического склада, чаще всего в русле астенического и истерического вариантов индивидуальных черт [4]. Рассмотрение алкогольной аддикции под углом **патологического развития личности** позволяет представить алкогольную болезнь как динамический процесс, движущей силой которого является взаимодействие между факторами личности. Это диалектическое соотношение ведущих патогенетических механизмов опосредуется микросоциальными, ситуационными влияниями. По выражению А.Е. Боброва (1984), “социально-психологическая определённость конкретного человека не только отражается в болезни, но и формирует её дальнейшее течение”. По данным И.Г. Уракова, А.Л. Игониной (1978, 1979), быстрее всего зависимость формируется у лиц, которые начали употреблять алкоголь с целью “компенсировать” личностные особенности. В тех наблюдениях, когда начало болезни связано с психогениями, отмечалась средняя прогрессивность аддикции, если же систематический приём этанола всецело определялся влиянием микросреды, то степень прогрессивности была наименьшей.

В наших исследованиях (Семке В.Я. с соавт., 1992) выявлены с помощью компонентного анализа результатов тестирования методом многостороннего исследования личности (ММРІ) варианты эмоционально-личностных особенностей при алкоголизме. Сочетание различных характерологических признаков сформировало 4 интегральных показателя: личностной дисгармонии, психоэмоциональной лабильности, девиантности и социальной интроверсии. Соответственно им квалифицированы 7 групп больных — дисгармоничных и личностно-адекватных, эмоционально-лабильных и “традиционно алкогольных”, асоциальных конформных и социально-интровертированных. Каждая из этих групп характеризуется определенной клинической картиной, различной эффективностью лечебных мероприятий и психологически обусловленной вероятностью рецидивов. Применённый комплексный подход позволил дифференцировать два альтернативных **симптомокомплекса** — “клинико-социальной стабильности” и “асоциальной алкогольной зависимости”, которым соответствуют два вида течения. Один из

них — “социально компенсированный” — характеризуется поздним формированием основных симптомов, замедленным темпом прогрессивности у лиц пикнического телосложения с хорошими адаптационными возможностями и умеренными колебаниями психоэмоционального фона. Другой — “социально декомпенсированный” — отражает выраженную прогрессивность заболевания у лиц астенического соматотипа с хроническим эмоциональным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией.

Абстрагируясь от частных параметров, полученных в результате комплексного обследования, а также исходя из концепции единого **биопсихосоциального генеза** алкоголизма и опираясь на результаты многомерного статистического анализа, можно получить мультифакториальную диагностическую модель заболевания как перспективный объект для изучения алкогольной аддикции. Выделенные варианты социально компенсированного и социально декомпенсированного алкоголизма учитывают конституционально-морфологические, социальные и психологические признаки, клиническую симптоматику и прогрессивность заболевания. Диагностика альтернативных вариантов с различной динамикой, интенсивностью симптоматики и терапевтическим исходом с определёнными психоэмоциональными особенностями и морфотипической конструкцией даёт возможность аргументированно подойти к психокоррекционной и ресоциализационной работе, регулировать этапы превентивных вмешательств.

Представляют интерес данные [8] по изучению **“алкогольной субкультуры”**, ядро которой составляют натуры с выраженным алкогольным и аддиктивным поведением. Вокруг этого центра располагаются субъекты с менее выраженными аддиктивными отклонениями. У них алкогольные проблемы менее интенсивные, сохраняются связи с микросоциальным окружением. Авторами приводится характеристика основных аддиктивных мотиваций, присущих для данной формы деструктивного поведения: атактическая (приём алкоголя осуществляется с целью смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт); субмиссивная (выделяется тенденция к подчинению, зависимости от других); гедонистическая (употребление с целью ко-эффекта, для получения удовольствия); с гиперактивацией поведения (сочетается с повышенной самооценкой); псевдокультурная (с приданием большого значения атрибутным свойствам алкоголя).

Алкогольная аддикция (как и очень близкая к ней по генезу и социальным последствиям **наркоманическая**) является громадной угрозой не только для личности, но и для всей человеческой популяции, всего общественного уклада. *В известной мере можно говорить об алкогольной эпидемии как реальной национальной трагедии россиян, наносящей урон безопасности личности, общества и государства.* Недалом на I Всероссийском съезде психиатров (1887) В.А.Брянцев назвал алкоголизм “эпидемической болезнью Сибири”. Уже сейчас алкоголь превратился в основного “убийцу”, затронув в разной степени отдельные слои общества, особенно его “маргинальные зоны”. Алкогольные проблемы, впрочем, как и всю наркотическую ситуацию, нельзя решать изолированно, без учёта социальных, экономических и политических тенденций в обществе, вне радикального преобразования интерперсональных отношений. В структуре потребителей этанола и наркотиков преобладают подростки мужского пола, представители неполных семей и семей с низким образова-

тельным, с узким спектром познавательной активности, отсутствием выраженных интересов и не оформившихся профессиональных пристрастий. Отметим ряд факторов, способствующих развитию аддикции в развёрнутую картину заболевания. Это прежде всего воспитание в асоциальной семье (особенно во втором поколении), где один или оба родителя злоупотребляют спиртными напитками, где естественные родственные связи искажены жёсткими взаимоотношениями, повышенной конфликтностью, опытом пребывания в местах лишения свободы. Этот так называемый **“поведенческий мутагенез”** лежит в основе быстро формирующейся склонности к агрессии, асоциальным поступкам, импульсивным действиям, насилию. К сказанному примыкает и влияние подростковой субкультуры, в которой ведущее место занимает употребление наркотических веществ. Общеизвестен прозелитизм наркоманий: каждый наркоман “заражает” 6–10 человек, и тлеющее подспудно, в “единичных случаях”, потребление захватывает огромное число подростков.

В целом наркоманическая ситуация в России остается напряженной и трудно предсказуемой. Данные официальной статистики свидетельствуют, что уровень заболеваемости наркоманиями в стране в 1999 году достиг показателя 41,8 на 100 тысяч населения и возрос по сравнению с 1990 годом в 13,5 раза (“Медицинская газета”, № 15, 26 января 2001 года). Становится очевидным, что одними медикаментозными вмешательствами не обойтись, нужны комплексное лечение и личностная реконструкция, в которых существенное значение имеет социально-психологический аспект: вывести пациента из “патогенного” окружения, расширить круг интересов, обрести достойный уровень человеческой культуры (а значит, и здоровья) и удовлетворение необходимых для конкретной личности потребностей (уважения, защиты, избегания неудач, поиска помощи, познания, созидания, признания, независимости, порядка). Формирование надежной стрессоустойчивости, мобилизации физических и душевных ресурсов граждан — задача не только медицинского плана, но и многих слоев общества, начиная от сферы народного образования и заканчивая производственным циклом.

Требуются совместные усилия для продуктивного взаимодействия общественных, экономических, научных и политических институтов с целью преодоления кризисных ситуаций, улучшения микро- и макросоциального климата, экологической обстановки, поиска средств выхода из кризиса российского общественного здоровья. Объектом пристального внимания должны стать все формы отклоняющегося поведения, начиная с химических зависимостей (алкогольной, наркотической, табакокурения) и завершая относительно безопасными, “респектабельными” (информоголизм, работооголизм, пищевая зависимость и т.п.). Если же мы желаем упрочить позиции

клинической персонологии как новой научной дисциплины в ряду других учений о человеке, то следует придать ей деятельный характер, упрочить теоретический фундамент, помочь обрести свое практическое “лицо” и расширить зону применения в различных областях знаний. В контексте сказанного упомянем замечательные слова современного пастыря и проповедника митрополита Сурожского Антония: “Человек настолько глубок, велик и таинственен, что он может до конца соединиться с Богом, не переставая быть человеком. Нам надо постепенно внедрить в сознание людей абсолютную ценность личности — не индивида как фрагмента человечества, а именно личность, которая может творчески соотноситься с другими личностями, не теряя ничего и вместе с тем давая все”. Выработка стратегий сохранения, укрепления, приумножения всех “составляющих” компонентов гармонического развития личности является ответственной и благородной задачей всего российского народа.

### Список литературы

1. Бердяев Н.А. Самосознание (опыт философской автобиографии). М.: Международные отношения. 1990. 336 с.
2. Бехтерев В.М. Вопросы нервно-психического здоровья в населении России. СПб, 1911. 26 с.
3. Герасименко Н.Ф. Россия в демографической яме (здоровье нации стало жертвой политики реформ). М., 1999. 48 с.
4. Голубков О.З., Семке В.Я. // Вопросы клинико-экспериментальной психиатрии. Барнаул, 1974. С.50—53.
5. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Клиника и симптоматика алкоголизма // Алкоголизм. М., 1988. 432 с.
6. Искандер Ф. Понемногу о многом // Новый мир. 2000. №10. С. 116—148.
7. Казначеев В.П. с соавт. Проблемы “Сфинкса XXI века”. Выживание населения России. Новосибирск: Наука, 2000. 232 с.
8. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семи путей к катастрофе. Новосибирск: Наука, 1990.
9. Мелихов А., Столяров А. Бесплодные земли. Писатель и алкоголь // Октябрь. 2000. № 11. С. 140—145.
10. Платонов К.К. Структура и развитие личности. М., 1986. 256 с.
11. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. 403 с.
12. Семке В.Я. Основы персонологии. М.: Академический Проект, 2001. 476 с.
13. Семке В.Я. Клиническая персонология. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 376 с.
14. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. 162 с.
15. Сидоров П.И., Ганжин В.Т. Общественное здоровье и социальные недуги. М., 1995.
16. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. Архангельск, 1999. 306 с.
17. Badura A. Social learning theory. New York, 1977.
18. Segal B. Drugs and behaviour. New York: Carder Press, 1988.
19. Semke W.Ja. // Psychiatric Praxis. 1992. Vol.2. P. 35—38.