

## ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СТРАДАЮЩИХ ГАШИШНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ МУЖЧИН

М.А. ШУМЕЙЧЕНКО

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Рассмотрен личностный профиль мужчин, страдающих гашишной зависимостью. Показано, что длительное употребление наркотика ведет к формированию шизотипической личности.**

Из первых памятников человеческой цивилизации известны основные вещества, служащие сейчас предметом злоупотребления. Эти данные свидетельствуют о том, что до последних столетий действие и свойства наркотиков человечество знало лишь с положительной стороны [1]. Так, например, первое известное упоминание о гашише содержится в книге по фармакологии «Освободитель от греха», написанной в 2737 г. до н. э. китайским императором Шен Нуем, где он рекомендует употреблять гашиш при такой «болезни», как рассеянность. Опьяняющее действие гашиша использовалось народами Азии и Африки с XV в., а в мусульманских странах Востока он получил широкое распространение после того, как основатель мусульманства Мухаммед запретил правоверным употребление алкогольных напитков. Гашиш стал в этих странах самым популярным заменителем алкоголя и остается им по сей день [2, 3].

И в настоящее время злоупотребление гашишем — наиболее распространенный после алкоголизма вид наркотизма в мире.

Наркомания, как известно, влечет за собой нарушения памяти, внимания, умственной работоспособности, целенаправленности психической деятельности, т.е. поражение всех без исключения психических функций, и, следовательно, представляет собой болезнь личности.

Экспертами ВОЗ выделены четыре психологических типа, наиболее подверженных наркомании [4]. К первому типу относятся незрелые, инфантильные лица, не имеющие твердых моральных устоев, увлечений, легко поддающиеся постороннему влиянию, не способные к направленным волевым усилиям и сопротивлению чужой воле. Второй тип — индивиды с ранимой психикой, сомневающиеся в себе, недостаточно активные, стеснительные, с сознанием собственной неполноценности, с повышенной утомляемостью. К третьему типу относятся эмоционально неустойчивые, склонные к депрессивным реакциям люди, не способные к настоящей душевной теплоте, эмпатии. Последний, четвертый, тип личности — раздражительные, вспыльчивые, не способные сдерживать гнев или неадекватные эмоциональные реакции, любители сильных ощущений, склонные к риску, нередко эгоистичные, обидчивые, неуживчивые индивиды.

Указанные черты, бесспорно, соответствуют характеристикам психопатической личности.

Изучению характерологических изменений, связанных с длительным употреблением наркотиков, посвящено огромное количество исследований психиатров, психологов, наркологов. Выделены такие отличительные черты наркозависимых лиц, как эмо-

циональная незрелость и неустойчивость всех личностных проявлений, социальная дезадаптация, конфликтность. W. Martin [5], обобщив данные многочисленных исследователей и клиницистов, пришел к выводу, что личностные особенности наркоманов близки к тем, которые наблюдаются у лиц с аддитивным поведением. Для них характерны первичная психопатизация, невротические и психопатические реакции, эгоцентризм, незрелость личности; стремление к безотлагательному получению удовольствия является основным движущим мотивом их поведения, в целом импульсивного и незрелого, инфантильного.

В то же время не существует общепризнанного ответа на вопрос, являются ли перечисленные черты следствием болезни или, напротив, их следует считать причиной злоупотребления психоактивными веществами [6].

В отношении потребления гашиша и его способности вызывать физическую зависимость высказываются различные, нередко противоречивые суждения: от мнения, что гашиш не вызывает видимых расстройств здоровья, до того, что при длительном потреблении он приводит к глубоким степеням слабоумия, к шизофреническому типу дефекта.

Д.К. Казиева [7], в частности, допускает, что гашиш прокладывает путь, по которому развивается шизофрения.

По авторитетному мнению Э.А. Бабаяна [6], результатом гашишизма является прогрессирующее снижение энергетических ресурсов, физическое и психическое истощение, нарастание вялости, отупения, потеря социальных связей, появление затяжных психозов, приводящих к тяжелой инвалидности [6].

Целью нашей работы было исследование особенностей личности употребляющих гашиш мужчин с первой и второй стадиями гашишной зависимости, обратившихся за помощью в наркологический кабинет, которые составили основную группу обследованных, и в качестве контрольной группы были обследованы 20 здоровых мужчин, обратившихся в наркологический кабинет по поводу получения справки о состоянии здоровья для получения водительских прав.

Испытуемые были в наиболее активном и трудоспособном возрасте — от 17 до 37 лет. Сроки потребления гашиша составляли от 1 года до 10 лет и больше. Эти характеристики послужили критерием деления испытуемых основной группы на подгруппы.

В первую подгруппу вошли 12 человек в возрасте 17–25 лет со стажем потребления наркотика 1–6 лет; во вторую — 18 человек 26–37 лет, потреблявших гашиш 7 и более 10 лет.

Обследование проводилось по методике много-стороннего исследования личности ММР1 в модификации Ф.Б. Березина с соавт. [8].

При обследовании по этой методике у 6 (20±7%) человек (2 испытуемых первой и 4 испытуемых второй подгруппы) были недостоверны показатели по шкалам L (ложь), F (достоверность), К (коррекция).

Полученные данные по шкале L превышали 80 Т-баллов, но, невзирая на высокий результат по этой шкале, обнаружилось значительные повышения уровня профиля по некоторым клиническим шкалам, поэтому результаты этих испытуемых были учтены в совокупности имеющихся у нас данных.

Повышение по шкале L свидетельствует о тенденции представлять себя в наиболее выгодном свете, обусловленной либо ограниченностью кругозора испытуемых, либо наличием у них психопатологии.

Повышенное значение показателей по шкале F могло быть связано с психотическим расстройством, либо с искаженным восприятием утверждений, невозможностью вникнуть в смысл утверждений и негативной реакцией на них.

Одновременно с повышением по шкале F значительно повысился весь профиль личности, но так как форма профиля при этом не была искажена, сохранилась возможность интерпретации полученных данных. Они оказались характерными для неконформных личностей, поскольку такие личности обнаруживают реакции, не свойственные нормативной группе.

Нарушение конформности было связано со своеобразием восприятия и логики, характерным для лиц шизоидного склада, аутичных и испытывающих затруднения в межличностных контактах, а также с психопатическими чертами у лиц, склонных к неупорядоченному поведению.

Повышенные значения по шкале К были обусловлены склонностью испытуемых отрицать какие-либо затруднения в межличностных отношениях и в контроле собственного поведения. В связи с тенденцией отрицать информацию, свидетельствующую о затруднениях и конфликтах, эти лица не имели адекватного представления о том, как их воспринимают окружающие. Выраженное желание добиться благожелательного отношения к себе сочеталось у них с беспокойством и неуверенностью.

В структуре клинических шкал профиля личности не было выраженного невротического наклона (признак относительной цельности состояния), однако отмечался высокий характер усредненных профилей испытуемых в обеих подгруппах основной группы, что в клинической практике всегда указывает на тяжесть состояния и трудности в социальной адаптации.

Поскольку профиль личности должен оцениваться как единое целое, а не как совокупность независимых шкал и результаты, полученные по одной из шкал не могут оцениваться изолированно от результатов по другим шкалам, мы можем обобщить полученные по используемой методике данные следующим образом.

Усредненный профиль испытуемых первой подгруппы (рис. 1) характеризовался выраженными пиками на четвертой (психопатия) и восьмой (шизофрения) шкалах. Блокада актуализированной потребно-

сти и связанное с этим эмоциональное напряжение находили у испытуемых непосредственное выражение в поведении, минуя систему установок, отношений и социальных ролей, без учета социальной и этической нормы, поэтому в профиле личности это отразилось появлением пика на четвертой шкале.

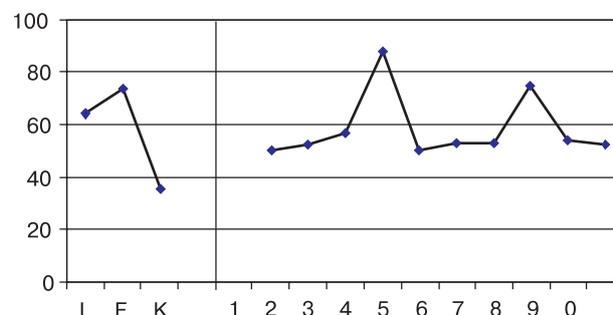


Рис. 1. Усредненный профиль испытуемых первой подгруппы

Шкалы: L — ложь; F — достоверность; K — коррекция;  
 1 — ипохондрия; 2 — депрессия; 3 — истерия;  
 4 — психопатия; 5 — маскулинность;  
 6 — паранойя; 7 — психастения;  
 8 — шизофрения; 9 — мания;  
 0 — социальная интровертированность.

То же на последующих рисунках

Лица с изолированным и выраженным повышением профиля на данной шкале клиницистами-психиатрами обычно расцениваются как больные с расстройством личности, склонные к асоциальным поступкам, что в нашем исследовании подтверждается также и сочетанием значений по шкалам в данном усредненном профиле.

Такого рода лица при благоприятных условиях, в период ремиссии наркомании, могут не обнаруживать психопатических черт асоциальности в течение длительных промежутков времени. Поэтому данные, полученные по этой шкале, представляют ценность для прогнозирования асоциального психопатического поведения.

Для индивидов, профиль которых определяется пиком на четвертой шкале, характерны пренебрежение к принятым общественным нормам, моральным и этическим ценностям, установившимся правилам поведения и обычаям. В зависимости от уровня активности это пренебрежение проявляется в гневных и агрессивных реакциях или выражается более или менее пассивно.

Протест против принятых норм может ограничиваться семейным и ближайшим внесемейным окружением, но может приобретать и генерализованный характер. Неспособность организовать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями делает поведение описываемых лиц плохо предсказуемым. С этим же обстоятельством, по-видимому, связано их неумение планировать свои поступки и неспособность предвидеть их последствия, а недостаточная способность извлекать пользу из опыта приводит к повторным конфликтам с окружающими.

Непосредственная реализация возникающих побуждений и недостаточность прогнозирования

обуславливают отсутствие тревоги и страха перед потенциальным наказанием. Ситуационные затруднения, которые не повлекли за собой тяжелых последствий, также не вызывают у этих лиц тревоги или депрессии. Реальное наказание, если оно достаточно значимо (в частности, лишение свободы), может вызывать депрессивные или агрессивные реакции, провоцируемые не ситуацией в целом, а самим фактом наказания.

В межличностных отношениях (даже наиболее интимных) лица описываемого типа отличаются поверхностными и нестойкими контактами. У них редко возникает чувство глубокой привязанности. Они могут быть приятны в кратковременном общении, но при длительном знакомстве обычно обнаруживается их ненадежность, склонность к дисфориям. В патологических случаях асоциальные тенденции могут проявляться в беспричинной агрессивности, лживости, несдержанности, реализации асоциальных влечений (наркомания, алкоголизм и т.п.). Эти лица, совершая асоциальные поступки, обычно мало заботятся о получении существенных выгод и не принимают во внимание возможность разоблачения и опасных для них самих последствий таких поступков. В то же время после раскрытия их асоциальных действий у таких лиц могут наблюдаться реакции депрессии, тревоги, периоды психопатического возбуждения.

Неспособность планировать свое поведение у личностей, профиль которых определяется пиком на четвертой шкале, не связана с уровнем интеллекта, который может быть достаточно высоким. Часто повышенная самооценка позволяет им рационализировать асоциальное поведение, провозглашая необязательность для лиц их уровня правил, предусмотренных для остальных людей.

Усредненный профиль испытуемых второй подгруппы характеризовался выраженным пиком на восьмой шкале (шизофрения) и повышением на четвертой (психопатии), что видно из рис. 2.

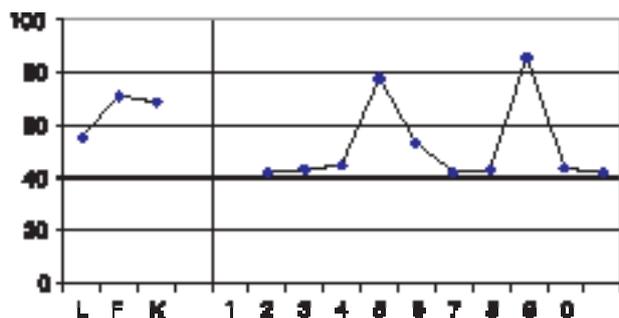


Рис. 2. Усредненный профиль испытуемых второй подгруппы

Что касается лиц, у которых даже незначительные фрустрации ведут к возникновению стойких и длительных отрицательных эмоций, а компенсация достигается путем дистанцирования (т.е. тенденции к соблюдению «психической дистанции» между собой и окружающим миром, которая позволяет воспринимать происходящее как бы со стороны) и ухода из окружающей среды во внутренний мир, в профиле личности обычно отмечается пик на восьмой шкале. В клинически выраженных случаях речь идет о шизоидном синдроме. Термин

«шизоидный синдром» здесь употреблен условно для обозначения той характерной для изменений личности по шизоидному типу совокупности симптомов, которая включает в себя эмоциональную холодность и неадекватность эмоций, своеобразие восприятия и суждений, находящее свое выражение в странных или необычных мыслях и поступках, избирательность или поверхностность контактов.

Для лиц с высоким уровнем профиля на восьмой шкале характерны ориентировка главным образом на внутренние критерии, утрата способности к интуитивному пониманию окружающих, к проигрыванию их ролей (неспособность поставить себя на место того или иного из окружающих людей) и в связи с этим — нарушение адекватного эмоционального реагирования. Для индивида такого типа трудно, а в резко выраженных случаях и невозможно то, что Conrad [цит. по 8] называл «коперниковским поворотом» — способность субъекта взглянуть на себя извне, с некоторого расстояния и оказаться вновь в объективном мире, частицу которого он собой представляет.

Поведение таких лиц нередко эксцентрично, лишено естественной эмоциональной окраски или надменно. Отрицательные сигналы обычно не проникают через окружающую их «скорлупу» лишнего эмоций восприятия, но если какое-либо сообщение или событие все же вызывает у них эмоциональный отклик, они обнаруживают неожиданную для окружающих ранимость.

Поскольку в силу неудовлетворенности и ранимости четко сформулированное представление о социальной ситуации у описываемых лиц часто оказывается источником напряженности, длительных и интенсивных отрицательных эмоций, они избегают ясных и четких формулировок и у них отсутствует четкое представление о том, как именно они должны вести себя в той или иной ситуации или чего именно ждут от них окружающие.

Эти черты, отражающиеся в особенностях мышления и коммуникативных связей с окружающими, обычно отмечаются даже при умеренных пиках профиля на восьмой шкале. Затруднения проявляются, в частности, в том, что, хотя высказывания лиц такого типа логичны и правильно построены грамматически, у окружающих они могут вызывать впечатление двусмысленности или недостаточной понятности. Указанное своеобразие мышления может быть обусловлено утратой возможности контролировать понятность и принятость своих суждений в результате уже отмеченного нарушения социальной коммуникации. В то же время многие из этих лиц обнаруживают большие способности к построению коммуникаций, в которых используются символы, подчиняющиеся изначально заданной жесткой системе правил (например, правила оперирования математическими символами).

Затрудненность повседневных контактов влечет за собой еще большее увеличение изоляции, поскольку ситуации, требующие таких контактов, порождают или усиливают ощущение внутренней напряженности. Дистанцированность, отчужденность приводят к тому, что лица с высоким уровнем профиля на данной шкале испытывают затруднения в реальной оценке ситуации и общей картины мира. Деятельность таких лиц, иногда весьма активная,

протекает вне ситуации. Они нередко ощущают свою отчужденность и непонятность для окружающих, неспособность стать действительным членом группы, к которой они принадлежат формально. Стремление ликвидировать свою отгороженность и неспособность преодолеть коммуникативные затруднения порождает амбивалентность в отношениях с людьми, связанную с ожиданием внимания со стороны окружающих и боязнью холодности с их стороны.

В результате лица, профиль которых определяется подъемом на шкале шизофрении, проявляют к окружающим то чрезмерное дружелюбие, то неоправданную враждебность, причем чрезмерно интенсивные контакты могут сменяться внезапным разрывом.

Недостаточность социальных контактов обуславливает беспокойство испытуемых по поводу значимости своей личности, служит основой для аутистического фантазирования и формирования аффективно насыщенных идей. Если в результате затруднения межличностных связей нарушается социальная адаптация, в профиле личности это обычно отражается сочетанием пиков на восьмой и четвертой шкалах. В клинических случаях это сочетание встречается весьма часто.

Повышение профиля на четвертой шкале отражает затруднения социализации, связанные с недостаточной способностью воспринимать обычаи, правила и нормы, которыми руководствуется в своем поведении большинство окружающих людей. На оценочных шкалах при этом отмечается пик профиля на шкале F.

Такая конфигурация профиля (пики на шкалах F, четвертой и восьмой при относительно низком уровне на третьей и седьмой) типична для шизоидных личностей, обеспокоенных своей отгороженностью и испытывающих трудности в социальной адаптации. Лица с таким типом профиля характеризуются не агрессивным асоциальным поведением, а асоциальными поступками, совершенными в результате недоразумений, неспособностью к тем или иным условиям, неспособности четко осознавать социальную норму, в результате своеобразного подхода к ситуации.

#### Литература

1. *Пятницкая И.Н.* Наркомании: Руковод. для врачей.— М.: Медицина, 1994.— 544 с.
2. *Личко А.Е., Битенский В.С.* Подростковая наркология: Руковод. для врачей.— Л.: Медицина, 1991.— С. 224–228.
3. *Лысенко И.П.* Патопсихологическая диагностика и коррекция расстройств личности у больных наркоманией и алкоголизмом.— К.: Здоров'я, 1999.— 260 с.
4. *Бартол К.* Психология криминального поведения.— С.Пб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.— С. 301–329.
5. *Martin W.K.* Pharmacology and classification of LSD — lice hallucinogens // Drug Addiction.— Berlin-Hei-

delberg; N.Y.: Springer-Verlag, 1977.— Vol. II.— P. 305–368.

6. *Бабаян Э.А.* Наркомании и токсикомании: Руковод. по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова.— М., 2000.— Т. 2.— С. 213–215.

7. *Казиева Д.К.* К клинической характеристике деградации личности при гашишной наркомании.— Учеб. зап. Азерб. мед. ин-та.— Баку, 1966.— Т. 23.— С. 216–221.

8. *Березин Ф.Б., Мирошников М.Л., Рожнец Р.В.* Методика многостороннего исследования личности.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.

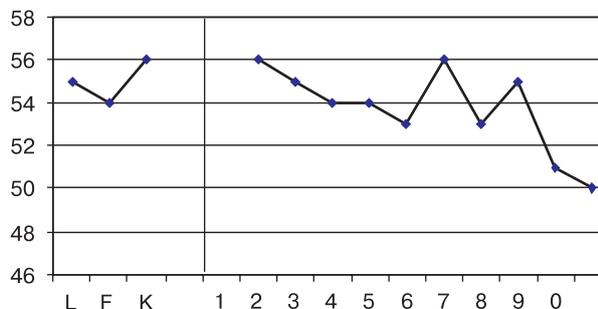


Рис. 3. Усредненный профиль испытуемых контрольной группы

Как видно из представленного графика, показатели всех шкал находятся в пределах нормы, пики не превышают характерных для нее значений, что свидетельствует об отсутствии у испытуемых контрольной группы тенденции к какому-либо из синдромов, предусмотренных данной методикой.

Таким образом, у мужчин первой подгруппы можно выделить конфигурацию личностных шкал с кодовой конфигурацией 48 (депрессия, психопатия, шизофрения), причем шкала психопатии является доминирующей; у мужчин второй подгруппы код профиля 458 (психопатия, маскулинность, шизофрения), причем доминирующей является шкала шизофрении.

В целом результаты проведенного исследования убедительно свидетельствуют о том, что употребление гашиша ведет к формированию шизотипической личности.

Поступила 28.04.2005

## PERSONALITY FEATURES IN MEN WITH HASHISH ADDICTION

M.A. Shumeychenko

### Summary

The personality profile of men with hashish addiction is described. Prolonged use of drugs is shown to cause formation of schizothymic personality.