

«Черный ящик» наркотизма

Название главы как нельзя лучше соответствует ее содержанию. Действительно, наркотизм — опасное социальное явление, любая его разновидность — алкоголизм, наркомания, токсикомания — жестокое и мрачное заболевание. Даже курение — сравнительно безобидная его разновидность — наносит человечеству огромный ущерб. Эпитет «черный» выражает не только нравственную, но также и исследовательскую оценку: до настоящего времени неясно, что же конкретно происходит в психике человека, начавшего употреблять наркотенные вещества — алкоголь, наркотики, токсические вещества. Это действительно «черный ящик», о содержании которого приходится судить лишь по входным и выходным параметрам, соотнося факт потребления наркотенных веществ с его проявлениями и последствиями.

В попытке приоткрыть содержание этого «черного ящика» мы будем основываться на анализе морфинной наркомании как хорошо клинически изученной, давно и широко распространенной и вместе с тем наиболее типичной, можно сказать эталонной по своим проявлениям. Действие других наркотенных веществ будет затрагиваться в порядке сопоставления: наркотизм может быть представлен в виде дерева, имеющего корни и ствол, от которого отходят различные ветви — в соответствии с видами наркотенных веществ.

Итак, после нескольких начальных проб наркотического вещества (для морфина — 4—8, для героина — 1—2 инъекции) человек впервые испытывает состояние эйфории. Близкая к классической ее картина раскрывается следующим, типичным во многих отношениях клиническим наблюдением (выдержки из анамнеза больного-наркомана).

Через несколько секунд после введения 2 мл 1%-ного раствора морфина возникло ощущение «мягкой волны, идущей из низа живота невыразимо мягким толчком вверх, наполняющей грудь теплом и поднимающейся к голове. Это было настолько приятное ощущение, что оно превосходило все испытанное раньше. Оно было гораздо приятнее, чем опьянение, даваемое вином, сильнее даже сексуального оргазма». После этого голова «наполнилась слабым мелодичным звоном, напоминающим нежную музыку, окружающее уплывало, все тело стало легким, и эта легкость доставляла необыкновенное наслаждение. Теплая волна прекратилась через несколько секунд, но за эти секунды испытал такое наслаждение, какого не было никогда в жизни». Вслед за этим он погрузился в мечты. «Все тело было расслабленным, не хотелось двигаться, не хотелось даже думать, мечты наплывали сами собой, все было как в приятном легком сне, который нельзя пересказать, но который вспоминается очень долго и всегда хочется испытать его снова». Окружающего как будто не существовало, однако он знал, что и его приятели испытывают такое же блаженство, и от этого они казались ему ближе, чем раньше. «Все их поступки и мысли стали мне близки, у них осталось только хорошее, думал о них как об очень милых и сердечных людях». Такое состояние длилось около трех часов, затем его интенсивность стала снижаться, было «очень жаль расставаться с мечтами, не хотелось, чтобы их сменила грубая реальная жизнь». *После всего этого желание испытывать действие наркотика стало постоянным и больше никогда не исчезало. Он начал запасать его, «чтобы, введя... в удобное время, когда никто не сможет помешать, доста-*

вить себе удовольствие», всегда «заранее ожидал тех приятных ощущений, которые появятся после укола». Через полгода регулярного потребления заметил, что прежняя доза уже не дает желаемого эффекта, и к концу года увеличил ее в четыре раза.

Поскольку эффективность действия наркотика продолжала снижаться, решил перейти (по совету «опытных» знакомых наркоманов) на внутривенное его введение. Первый опыт самостоятельного внутривенного введения также «был очень удачным». Вновь, как и раньше, возникло ощущение теплой волны, идущей от живота вверх. «Было ощущение невыразимого восторга, веселья и радости, много приятных образов теснилось в голове, пришло ощущение полета из-за легкости во всем теле, а вслед за этим — чувство полного покоя, отрешенности от всего реального, от всего грубого, что окружает в жизни. Остались лишь истома и покой»¹.

Первое, на что необходимо обратить внимание: психический эффект, в своей основе и по своей сути подкрепляющий, изначально выступает здесь как самоцельный, как потребный результат начинающего формироваться особого потребностного цикла. Можно, разумеется, сказать, что этот эффект подкрепляет ведущую к нему деятельность (введение наркотического вещества), но все дело в том, что эта деятельность не имеет иной цели, кроме достижения этого же самого эффекта. Иными словами, данный гедонический эффект в принципе не является подкреплением какой-либо деятельности, имеющей собственную направленность, собственную цель. Даже в случаях начала наркотизации из подражания (это нередко указывается в качестве ее причины) человек основывается на рассказах более искушенных в этом людей о тех приятных ощущениях, которыми она сопровождается, стремясь испытать именно эти ощущения, а не просто сделать укол из подражания. Во всяком случае нам не приходилось слышать о людях, которые делали бы себе из подражания уколы, например, антибиотиков.

Ведущая к достижению эйфории деятельность получает свое «оправдание» только благодаря этому эффекту. Ее подчиненный характер проявляется и в том, что именно ради его достижения она легко модифицируется, трансформируется, «усовершенствуется» (увеличение дозы и переход от внутримышечного к внутривенному введению наркотика в указанном примере, переход от опия к морфину, а от него — к героину в истории наркотизма).

Второе, на что необходимо обратить внимание: между первой физической пробой наркотического вещества и первой психической пробой («прочувствованием» его эффекта) проходит некоторое время. Как сказано выше, эйфорическое состояние при использовании морфина возникает обычно лишь после 4—8 его инъекций. Период от первой физической пробы до первого «прочувствования» эйфорических свойств наркотика принципиально важен тем, что за это время наркотик как бы прорывает некий защитный барьер психики, базирующийся на устойчивом течении обменных процессов в нейронах головного мозга.

Правда, встречаются индивиды, у которых морфин вызывает состояние эйфории практически с первого же раза. Дело здесь, по-види-

¹ Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Морфинизм. М., 1984. С. 16—17.

тому, не в принципиальных различиях реакции «предрасположенных» и «не предрасположенных» к наркомании индивидов, а в устойчивости указанных барьеров к действию наркотика и, следовательно, в различных темпах (*resp.* сроках) развития болезненной зависимости. «Конечно, не всякий, кому впрыскивается морфин, становится морфинистом. Для этого требуется известное предрасположение, а именно: неустойчивая нервная система, слабая воля и своеобразное реагирование на морфин. От указанных выше количеств (0,01) вместо обычного снотворного эффекта предрасположенные к морфину люди испытывают, наоборот, оживляющее действие: скучный становится веселым, жизнерадостным; молчаливый — оживленным, словоохотливым; робкий — смелым; слабый чувствует прилив энергии, причем сознание собственных сил и способностей у него возрастает в высокой степени. Эти ощущения прекрасного психического самочувствия и подъема энергии приобретают при повторном впрыскивании морфина вскоре такую демоническую власть над человеком, что он страстно стремится постоянно вызывать и ощущать подобное состояние»². К сожалению, распространение наркотизма в современном мире давно опровергло мнение о принципиальной предрасположенности или полной устойчивости индивида к развитию болезненного пристрастия, равно как и роковую ошибочность суждений о том, что сильная воля якобы надежно предохраняет человека от этой опасности, несмотря на продолжающееся использование наркотического вещества. Все различия сводятся лишь к различиям в сроках развития болезненного пристрастия в случае повторного употребления наркотика, да в степени критичности индивида по отношению к проявлениям этого пристрастия, что, правда, имеет принципиальное значение с точки зрения перспективы лечения (см. ниже).

Поскольку эффект наркотика имеет гедонический характер, можно сделать вывод, что наркотическое вещество обладает средством с теми образованиями (отделами, участками) центральной нервной системы, которые являются морфологической основой гедонического ядра психики (*resp.* относятся к центрам подкрепления). По-видимому, наркотик вмешивается в обмен веществ в этих образованиях и постепенно изменяет его таким образом, что нормальное их функционирование в его отсутствие затрудняется. Принципиальная возможность именно такого хода событий подтверждается опытами выращивания нервных клеток в культуре ткани с добавлением морфина. При этом характерно, что, с одной стороны, в части клеток происходят деструктивные изменения, с другой — «при хроническом введении клетки начинают переносить такие дозы морфина, от которых гибнут контрольные клетки культуры нервной ткани. Морфин становится в значительной мере необходимым для метаболизма клеток. В хронических опытах резкое прекращение введения морфина в питательную

² Фармакология/Под ред. Н. В. Вершинина. Минск, 1963. С. 147.

среду приводит к гибели большей части нейронов»³. Логично предполагать, что в культуре тканей в отсутствие морфина гибнут в первую очередь нейроны, имеющие наиболее близкое отношение к центрам (и функции) подкрепления: именно они обладают наибольшей чувствительностью к этому веществу и скорее прочих становятся морфин-зависимым.

Понятие гедонического ядра психики (см. гл. 5), выдвинутое нами, имеет модельный и функциональный характер. Морфологическая же его основа, видимо, не компактна, а рассредоточена в различных частях лимбической системы (хотя эволюционная иерархия здесь, несомненно, должна иметь место) и вместе с тем взаимосвязана — как родственностью функции, так и, вероятно, нервными, а также, возможно, и гуморальными путями. Во всяком случае у животных реакцию самораздражения удается вызвать при вживлении электродов в различные и достаточно многочисленные участки мозга. При исследовании мозга человека были выявлены четкая иерархия и вариативность гедонически значимого эффекта стимуляции различных зон. При раздражении 360 точек из общего числа 643 наблюдались эффект расслабления, переживание благополучия в сочетании с легкой сонливостью; при раздражении 31 точки больные ощущали легкость, испытывали удовольствие, часто улыбались; при раздражении 8 точек отмечалась чрезвычайно интенсивная эйфория; при раздражении 3 точек появлялись ощущения типа оргазма с последующим рефрактерным периодом и отказом больных от продолжения стимуляции; раздражение 200 точек сопровождалось тревогой, печалью, подавленностью или страхом; раздражение 38 точек давало неустойчивые (по знаку) результаты — вызывало то приятные, то неприятные ощущения⁴. В целом у человека интенсивную эйфорию вызывает раздражение электрическими импульсами с введенных в мозг электродов гипоталамуса и покрывки, а раздражение перегородки уменьшает боль и создает ощущение благополучия.

Первое «прочувствование» специфического эйфоризирующего эффекта наркотического вещества вполне может рассматриваться как признак того, что в центральной нервной системе начинающего наркомана уже сформировалась (в основном) новая морфофункциональная «территория», объединенная этим эффектом. Эта «территория» может рассматриваться как морфофункциональная основа устойчивого патологического состояния центральной нервной системы и психики, свойственного больным наркоманией. Она может рассматриваться и как «территория» новой доминанты, определяющей отныне ход его желаний, мыслей, поступков, а также и как некая функциональная система, ориентированная на достижение эйфории как таковой (а не в результате успешности достижения какого-либо иного по-

³ Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 115—117.

⁴ Sem-Jacobsen C. W. Depth-electrographic stimulation of the human brain and behavior. Springfield, 1968. P. 222.

требного результата), на стимуляцию центров положительного подкрепления как системообразующий фактор.

О размерах и характере этой «территории» можно судить по компонентам эйфорического состояния. Оно включает собственно *гедонический базис* (приятность как таковую) и его распространение на восприятие человеком окружающей обстановки и своего собственного тела (здесь в первую очередь следует отметить *повышение порогов восприятия интероцептивных нервных импульсов*, в результате чего возникает ощущение невесомости тела, легкости, «парения»); на характер отношения к окружающим (возникновение состояния, которое можно определить как *наркотическую эмпатию*); на характер мышления (в первую очередь *изменение соотношения логического и наглядно-образного мышления*, характера оценки объектов мышления); на потребностно-мотивационную сферу (*торможение прочих желаний, побуждений*, намерений, общая умиротворенность). Тем самым осуществляется *гедоническая (наркогенная) модуляция* всех этих процессов, выступающая в роли фактора объединения их в некую целостность.

Это хорошо согласуется с выводом о том, что «под влиянием повторных стимуляций резко активизируется зона стимуляции, приобретает свойства доминантного очага со всеми вытекающими отсюда последствиями «притягивания» возбуждения и появления таким образом эмоциональной реакции при стимуляции исходно нейтральной зоны за счет дистальной активации собственно эмоциогенной зоны»⁵. При развитии наркомании происходит стимуляция именно гедонического ядра центральной нервной системы с последующим появлением уже и эмоциональных (как вторичных по отношению к этому гедоническому ядру) реакций, а также и гедоническое насыщение различных психических процессов. В целом сам характер эйфории позволяет судить о глубине и широте охвата наркотическим эффектом психики человека, о «весомости» захватываемой наркотиком морфофункциональной «территории».

Характер и глубина свойственных состоянию эйфории ощущений и переживаний запоминаются надолго, если не на всю жизнь, и при отсутствии критического к ней отношения начинают служить ориентиром в поведении испытывавшего ее индивида: так, память становится механизмом формирующегося устойчивого патологического состояния центральной нервной системы, свойственного наркомании. Своеобразной разновидностью такой памяти является устойчивое изменение обмена веществ в нервных клетках, вызываемое наркотиком: чем оно устойчивее, тем, следовательно, память о воздействии наркотика прочнее и тем вероятнее повторный прием индивидом этого вещества.

Определяется ли скорость формирования указанного морфофункционального комплекса устойчивостью к метаболическим сдвигам, вызываемым наркотиком, лишь самого гедонического ядра или же

⁵ Бехтерева Н. П. Здоровый и больной мозг человека. Л., 1988. С. 113.

наркотический эффект постепенно отвоевывает себе территорию? Вероятнее, видимо, первое. Как мы уже говорили, гедоническое ядро психики морфологически имеет, по-видимому, рассредоточенный характер (хотя и в основном в пределах лимбической системы), и поэтому наркотик может действовать одновременно в нескольких местах, на несколько различных участков мозга, звеньев системы подкрепления. Вместе с тем характер воздействия модифицируется индивидуальными особенностями мозга (можно говорить «о внутривидовой вариативности строения эмоционального мозга человека»⁶) и разновидностью наркотического вещества (алкоголь, различные наркотики, токсические вещества). «Можно сделать вывод, что в мозге нет локальных «центров», которые служили бы мишенью для действия морфина. В различных аспектах действия наркотических веществ участвуют разные системы мозга, и можно говорить лишь о преимущественном вовлечении тех или иных систем и образований мозга в реализацию действия морфина, особенно при хроническом применении наркотика»⁷. Однако следует признать излишне категоричным мнение о том, что «было бы ошибкой искать «начальные» места или «место действия наркотиков в центральной нервной системе»⁸, равно как и ему предшествующее. Ясно, что наркотические вещества действуют хотя и на различные участки мозга, но все же на участки, объединенные общим их участием в процессах подкрепления, в функционировании гедонического ядра. «Возможность суммации двух одновременно вызываемых положительных эмоциональных реакций свидетельствует о функциональной близости анатомически удаленных друг от друга структур и делает правомочным предположение о существовании в мозге двух самостоятельных и реципрокно работающих систем»⁹. При этом возможные различия в характере действия того или иного наркотического вещества на тот или иной участок мозга в принципиальном плане ничего здесь не меняют.

Судя по клиническим описаниям, эйфория впервые возникает как бы вдруг, она неожиданна для человека (хотя последний и предполагает заранее нечто приятное, основываясь на рассказах более «опытных» знакомых) и имеет индивидуальную окраску, совпадая у различных индивидов лишь в главном. Не случайно многие наркоманы, имея возможность выбора, пытаются найти «свой» наркотик, останавливая выбор окончательно именно на нем, другие же постоянно испытывают различные наркотики и разнообразные их сочетания, не останавливаясь на чем-то определенном.

Указанный характер возникновения эйфории позволяет сделать вывод, что главное здесь — прорыв (преодоление) наркотиком некое-

⁶ Бехтерева Н. П. Указ. соч. С. 111.

⁷ Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 36.

⁸ Clouet D. H., Williams N. Localisation in brain particulate fractions of narcotic analgesis drugs administered intracisternally to rats// Biochem. Pharmacol. 1973. V. 22. P. 1283—1294.

⁹ Макаренко Ю. А. Системная организация эмоционального поведения. М., 1980. С. 81.

го защитного барьера в метаболизме нейронов центров подкрепления, а далее его эффект распространяется по нервным путям, связывающим центры подкрепления с другими отделами мозга, причем характер этих связей в известной мере вариативен, что, собственно, и определяет нервно-психическую индивидуальность. Это преодоление защитного барьера происходит постепенно, с накоплением предшествующего эффекта, и чем этот барьер прочнее (устойчивее обмен веществ в нервных клетках), тем большее число «безрезультатных» (с точки зрения ожидаемого эффекта) инъекций (проб) приходится сделать начинающему наркоману. В представленном выше клиническом наблюдении первое введение морфина вызвало «только легкое ощущение звона в голове», но не эйфорию. Несмотря на то что несколько начальных введений наркотика (до первого появления эйфории) не сопровождаются ощутимым эффектом, каждое его введение и контакт с нейронами центров подкрепления, как уже сказано, расширяют их метаболическую защиту, как бы истощая ее.

Таким образом, эйфория становится потребным результатом особой, вновь сформировавшейся потребности и мотивирует деятельность, которая направлена на достижение этого результата. Поскольку иного потребного результата у этой деятельности нет, а возникновение этого результата объясняется воздействием наркотика на центры подкрепления, можно сделать вывод, что именно в этих центрах и находится ядро новой потребности. В сравнении с обычными потребностями, имеющими самостоятельный потребный результат, достижение или недостижение которого, соответственно, подкрепляется положительно или отрицательно, эта потребность имеет характер как бы короткого замыкания: она не разомкнута на какую-либо деятельность, служащую удовлетворению базисных, данных природой потребностей и восходящих к ним вторичных потребностей, а замкнута сама на себя. Это система с положительной обратной связью, не имеющая в психике естественного ограничения, кроме чисто временного ограничения в повторении введения наркотика, связанного со скоростью его обмена в нейронах центров подкрепления. Отсюда вытекает много важных практических следствий, которые мы рассмотрим ниже.

Формирование (новообразование) этой потребности — при всем зловещем и тяжком ее характере — семантически содержит в себе элемент некоей «прогрессивности»: действительно, образуется новая и весьма важная — если судить по ее влиянию на поведение — потребность. Естественно предполагать, что и в мозгу происходят какие-то новые процессы, которые можно разделить на два вида: деструктивные (так как любое наркотическое вещество в той или иной мере ядовито) и продуктивные (так как образуется новая потребность, осваиваются новые виды деятельности, служащие ее удовлетворению, формируется новая система отношений с внешним миром). При этом продуктивные процессы должны происходить во всех тех зонах, которые участвуют в обеспечении психических процессов,

вовлекаемых в симптомокомплекс эйфории — мышления, восприятия, общения, не говоря уже о функциях собственно подкрепления — эмоционального, волевого, нравственного, восходящих к гедоническому ядру. Дистрофические процессы должны происходить (в меньшей степени) во всех этих зонах, а также (в большей степени) во всех прочих отделах мозга. Поскольку при наркомании происходит перестройка всей потребностно-мотивационной сферы индивида и существенно изменяется характер его деятельности, взаимоотношений с внешним миром, частично деструктивные (инволютивные) процессы в тех или иных участках мозга могут быть объяснены и угасанием ряда регуляторных процессов с инволюцией их структурно-функционального обеспечения.

Результаты морфологических исследований головного мозга в эксперименте хорошо согласуются со сказанным выше. Электронно-микроскопическое изучение синапсоархитектоники коры полушарий большого мозга (*resp.* коры больших полушарий) при введении морфина позволило выявить наряду с повреждением определенного числа контактов и активацию некоторой части синапсов, а также образование новых межнейрональных контактов. «Новообразование синапсов выражается в появлении колб роста, разрастании мелких веточек аксонов, формирующих десмосомовидные контакты, увеличении числа активных зон синапсов... Количество синапсов увеличивается в целом в коре полушарий большого мозга... Увеличение количества синапсов сочетается с изменением синапсоархитектоники, так как разрастание мелких отростков аксонов, образующих новые синапсы, имеет очаговое расположение... Выявляется перераспределение различных форм синапсов... Новообразование контактов изменяет синапсоархитектонику коры не только количественно, но и качественно... Наиболее часто наблюдаются скопления пресинаптических отростков, расположенных друг подле друга и образующих как бы синаптические поля. Формирование при морфинизме синаптических полей несколько нарушает вертикальную организацию коры полушарий большого мозга, основу которой создает система апикальных дендритов пирамидальных клеток с расположенными на них синапсами... Большинство пресинаптических окончаний в синапсах коры полушарий большого мозга содержит 1—2, редко до 4 митохондрий. При хронической морфинной интоксикации в возрастающей дозе... в коре полушарий большого мозга появлялись синапсы, в пресинаптических отделах которых насчитывалось до 10 митохондрий и даже более... По-видимому, синапсы с многочисленными митохондриями в пресинаптическом отростке обладают повышенной функциональной активностью... Иногда пресинаптические окончания и постсинаптические компоненты с увеличенным числом митохондрий образуют определенные системы»¹⁰.

Таким образом, под влиянием морфина происходят, по-видимо-

¹⁰ Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 94—95, 104.

му, стабильное повышение функциональной активности определенных систем нейронов, изменения структурно-функциональной организации коры больших полушарий, имеющие продуктивный характер. С этим хорошо согласуются данные о том, что при острой морфинной интоксикации наряду с деструктивными изменениями в одних нейронах наблюдается увеличение синтеза белка и фосфолипидов, повышение окислительного и энергетического обмена в других, причем сходные изменения происходят в коре больших полушарий, ядрах гипоталамуса, некоторых ядрах таламуса, стриатуме и ретикулярной формации. Среди подкорковых образований наиболее отчетливые изменения были выявлены в нейронах гипоталамуса и в ретикулярной формации варолиева моста. При хронической морфинной интоксикации наблюдаются в целом аналогичные изменения¹¹.

Первичная (или, точнее, преимущественная) «заинтересованность» подкорковых отделов головного мозга при приеме наркотических веществ подтверждается и наблюдениями влияния на центральную нервную систему экспериментальных животных ингаляционных органических растворителей (бензин, толуол, хлороформ, ацетон). При этом, в частности, наблюдается возникновение патологической высоковольтной активности, которая «в ряде случаев... регистрируется только в подкорковых структурах (хвостатое ядро, гиппокамп, миндаля, обонятельный бугорок, гипоталамус), в других, *рано появляясь в подкорковых структурах, она распространяется и на сравнительно широкие области коры одного или обоих полушарий*»¹². Если бы речь здесь шла только о токсическом влиянии этих веществ, следовало бы ожидать наиболее высокой чувствительности к ним именно коры как эволюционно наиболее молодого отдела головного мозга, менее устойчивого к неблагоприятным факторам в сравнении со значительно более древними подкорковыми отделами. Здесь же дело обстоит как раз наоборот, причем характерна взаимозаменяемость указанных веществ: «Продолжение интоксикации толуолом вместо ацетона или хлороформа и наоборот не меняло характера развивающегося процесса»¹³.

В целом механизм формирования ядра новой потребности, отличающей наркомана от здоровых людей,— потребности в эйфорическом эффекте наркотических веществ — можно представить так: в группе нейронов, компактной или диффузной, но обязательно относящейся к центрам подкрепления, под влиянием наркотического вещества постепенно изменяется обмен веществ: наркотик, алкоголь, токсическое вещество становится неким промежуточным звеном в его цепи. В результате снижение уровня наркотического вещества в среде затрудняет уже перестроенный обмен, создавая в нем «узкий» уча-

¹¹ См.: Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 46—52.

¹² Лежава Г. Г., Ханаева З. С. Нейрофизиологическое исследование влияния органических растворителей на центральную нервную систему//Вопр. наркологии. 1989. № 2. С. 15—16, 18.

¹³ Лежава Г. Г., Ханаева З. С. Указ. соч. С. 18.

сток, что порождает ситуацию лишения, дефицита, проявлением которой становится особая импульсация — сигнал об отсутствии (нехватке) этого вещества и стимул к деятельности, которая в конечном итоге ведет к поступлению наркотического вещества в зону испытывающих в нем потребность пейцмекерных нейронов (поиск, добывание, введение в организм этого вещества). Прием наркотического вещества не только тормозит эту импульсацию, но и оказывает стимулирующее действие на нейроны, составляющие формирующееся ядро новой потребности, вызывая импульсацию противоположного по биологическому значению (и субъективному восприятию) характера, — развивается состояние эйфории.

Можно выделить две стадии (фазы) созревания ядра этой новой потребности — потребности в состоянии, вызываемом приемом наркотического вещества. На первой стадии ядро функционирует периодически, постоянной пейцмекерной активностью не обладает, и отсутствие наркотического вещества эту активность возбуждает лишь при наличии каких-либо дополнительных факторов (т. е. с участием механизма условных связей). На второй стадии ядро потребности функционирует постоянно, его пейцмекерная активность возникает сразу же, как прекращается действие на его нейроны наркотического вещества, и происходит это независимо от каких-либо иных, посторонних, дополнительных факторов. На этой стадии достигается состояние полной зрелости не только ядра потребности, но и всего ее потребностного цикла, включая, естественно, и исполнительную систему. По интенсивности воздействия на поведение индивида и субъективному восприятию потребностного состояния данная потребность вполне сопоставима с базисными потребностями, причем по характеру потребностного состояния она ближе всего к потребности в пластическом и энергетическом обеспечении жизнедеятельности: находясь в потребностном состоянии, индивид испытывает к наркотическому веществу (будь то алкоголь, наркотики, токсические вещества) нечто вроде чрезвычайно интенсивного голода или жажды, которым он практически не в состоянии противостоять.

Предположение о формировании в центрах подкрепления под влиянием наркотического вещества особого пейцмекерного очага хорошо согласуется с мнением о том, что, «если без введения концепции о пейцмекере в организации и реализации психической деятельности обойтись трудно, пейцмекер в этом случае должен быть принципиально отличным от жестко структурно-фиксированных образований и иметь вид первичной нейродинамической констелляции структур, возникающих под влиянием внутренних или внешних факторов среды... Специфические зоны мозга, участвующие в пейцмекерной организации, прежде всего те, куда адресуется раздражитель, явившийся поводом к развитию деятельности... Передача закодированного возбуждения от пейцмекерной системы идет далее к другим звеньям психической деятельности, включая первоначально наиболее значимые нейронные популяции или распространяясь

сразу на все зоны мозга, имеющие отношение к психической деятельности»¹⁴.

Этот пейцмекерный очаг начинает выступать в качестве системообразующего фактора особой функциональной системы, занимающей в деятельности центральной нервной системы позиции доминанты. Сила этого очага и его способность «притягивать» к себе другие возбуждения, а также тормозить другие очаги возбуждения определяют его доминирование. Его же локализация (морфологическая и функциональная), природа породившего его фактора и специфика его функционирования определяют общие особенности всей функциональной системы. В этом состоит его функция детерминанты: «В функциональной системе детерминанта — это рабочая часть программного аппарата, которая формирует функциональную посылку определенного паттерна в соответствии с целевой задачей программной реакции. Такая посылка упорядочивает деятельность нервных образований, которые ее реализуют и которые включаются, таким образом, в системную реакцию... Патологической детерминантой может быть любая структура, если она, во-первых, представляет собой такое образование центральной нервной системы, которое имеет важное значение для деятельности той или иной системы, и, во-вторых, формирует усиленную, чрезмерную по своей интенсивности функциональную посылку»¹⁵.

Неясно, являются ли генераторами импульсов того и другого характера одни и те же нейроны, или же в присутствии наркотика происходит стимуляция нейронов, генерирующих импульсы «положительного» знака, а в его отсутствие — нейронов, генерирующих импульсы «отрицательного» знака. В пользу второго говорит то, что по мере развития наркомании эффект наркотика все в меньшей степени сводится к эйфории и все в большей — к купированию явлений абстиненции. Центры положительного и отрицательного подкреплений находятся между собой в отношениях реципрокного характера, детали которого до настоящего времени неясны, и чем больше (интенсивнее и дольше) стимулируются центры положительного подкрепления (а именно их стимуляция является базисом всего симптомокомплекса эйфории), тем интенсивнее становятся в отсутствие наркотика явления отрицательного подкрепления.

К этому надо добавить, что эйфория имеет по крайней мере две основы (об этом упоминалось выше): собственно гедонический эффект наркотического вещества, распространяющийся на различные системы мозга, активность которых необходима для удовлетворения потребностей, и эффект повышения порогов interoцепции, вследствие чего ослабевает восприятие импульсации от внутренних органов, которая может быть и неприятной (койнестопатия). В ча-

¹⁴ Бехтерева Н. П. Указ. соч. С. 133, 134—135.

¹⁵ Крыжановский Г. Н. Устойчивое патологическое состояние и патологическая система // Физиология человека. 1984. № 5. С. 788.

стности, анальгезирующий эффект морфина объясняют нарушением под его влиянием процессов суммации ноцицептивной импульсации в таламусе¹⁶. В отсутствие привычного вещества у индивида регуляторный «маятник» перемещается в противоположную («отрицательную») сторону, и тем сильнее, чем сильнее до этого он был сдвинут в сторону «положительную», процессы суммации импульсов усиливаются, и он начинает ощущать перистальтику кишечника, испытывает неприятные ощущения при напряжениях мышц и вообще при любых локальных и общих перемещениях тела (незначительные ушибы, на которые обычно не обращают внимания, микротравмы суставов и связок, мелкие надрывы мышечных волокон, возможные при движении), которые в норме до его сознания не доходят, но теперь начинают доходить и весьма его отягощают.

Этот компонент (механизм) абстиненции — снижение порогов восприятия различных импульсов, в том числе и interoцептивных, — дополняется еще одним. Дело в том, что ситуация отсутствия наркотика для наркомана — это ситуация интенсивно выраженного потребностного состояния. А последнее имеет собственное сенсорное обеспечение (об этом мы говорили ранее), и снижение порогов восприятия interoцептивных импульсов дополняется снижением порогов восприятия всей прочей сенсорной информации, поток которой в результате всего этого в состоянии абстиненции начинает значительно превышать переносимый для индивида уровень. В конечном итоге он испытывает неприятные ощущения близкого к болевому характера, его раздражает, угнетает, выводит из себя и все прочее, даже если это и не ноцицептивные ощущения. Громкий звук, яркий свет буквально «бьют» по органам чувств.

Сходные явления (в первую очередь усиленное восприятие информации от внутренних органов) имеют место при истерии, при ипохондрическом синдроме шизофрении (больной ощущает, в частности, как у него «переворачиваются внутренности», т. е. перистальтику кишечника), а также и у детей при так называемом школьном неврозе. У испытывающего активное нежелание идти в школу ребенка могут возникать болевые ощущения в животе, голове, общее недомогание и слабость, побледнение кожных покровов, которые буквально в течение нескольких минут проходят, как только решается вопрос, идти или не идти ему сегодня в школу: родители или твердо настаивают на школе, или оставляют ребенка дома. Помогает и то и другое, но эффективнее, естественно, второе. Явления подобного рода вообще не редкость в жизни. Например, если зубная боль не очень интенсивна, человек, отвлекшись, может на время «забыть» о ней, но быстро «вспоминает», как только прекращается действие отвлекающего фактора. Целый день не кашлявший не вполне здоро-

¹⁶ См.: Закусов В. В. О механизме изменения способности центральной нервной системы к суммации импульсов при действии морфина // Фармакология и токсикология. 1943. № 3. С. 10—13.

вый ребенок начинает кашлять сразу же, как только ложится в постель, и т. д.

Второй компонент абстиненции — состояние, противоположное гедоническому эффекту наркотика: активация в его отсутствие зон отрицательного подкрепления, распространяющаяся по тем же путям, необходимым для удовлетворения потребностей, и на те же психические процессы, вызывает разного рода отрицательные эмоции, состояние «необъяснимой неудовлетворенности», общего недовольства собой и жизнью, сниженное настроение и т. д.

Третий компонент абстиненции — вегетативные и сопутствующие им явления. Стимуляция центров положительного подкрепления в норме является сигналом достижения потребного результата, удовлетворения потребности, и поэтому она ведет к снижению активности индивида, прекращению деятельности — ведь последняя всегда направлена именно на его достижение и не бывает бесцельной, а в случае достижения потребного результата необходимости в ней уже нет (разумеется, на время). Потребностное же состояние требует активной деятельности, мобилизации сил организма на достижение потребного результата, функциональной его готовности к гибкому реагированию путем своевременного формирования адекватной функциональной системы.

Хорошо известно, что такая мобилизация — на соматовегетативном ее уровне — связана с активацией именно симпатико-адреналовой системы, и поэтому в начале абстинентного синдрома, будь то абстиненция при наркомании, алкоголизме или токсикомании, наблюдаются вегетативные сдвиги типа симпатико-адреналового криза. Вместе с тем значительная активация любого из отделов вегетативной нервной системы всегда ведет к последующей активации противоположного отдела (смена фаз), и поэтому в ходе абстиненции происходят последовательные чередования явлений симпатического и парасимпатического кризов, начиная с симпатического. В условиях снижения порогов восприятия интероцептивных импульсов это является дополнительным отягчающим состоянием наркомана (алкоголика, токсикомана) фактором: для него болезненны переходы от расширения к сужению (и наоборот) сосудов, бронхов, кишечника, желчных ходов, мочеточников и т. д. (т. е. любых трубчатых и способных изменять свой просвет органов).

Следует учитывать также, что явления абстиненции во многом соответствуют закономерностям переходной фазы от стабильного регуляторного состояния в условиях сильнодействующего фактора (наркотика) к стабильному состоянию в его отсутствие: в течение всего периода, пока у наркомана есть наркотик, он не прекращает его прием и не допускает даже намека на предабстинентное состояние, и тем большую интенсивность набирают в отсутствие наркотика переходные процессы. Для этой фазы характерны актуализация всего множества степеней свободы регуляторных систем и исполнительных органов, из которых затем (по мере стабилизации состояния на

новом уровне), когда наркогенный гомеостаз сменяется гомеостазом нормальным, «отбирается» и закрепляется определенное их сочетание.

Всем вышесказанным объясняется хорошо клинически известная картина соматовегетативных сдвигов при абстиненции: «Начальные признаки формирующегося синдрома абстиненции при морфинной наркомании включают наряду с изменением психического состояния больного... такие вегетативные явления, как расширение зрачков, слезотечение, насморк и чихание, гусиная кожа. В дальнейшем наряду с усилением чувства напряженности и влечения к морфину (до непреодолимого) возникают перемежающиеся состояния озноба и жара, потливость, гиперсекреция слизистых оболочек, напряжение и боль в мышцах шеи, рук, ног, спины. Мышечная боль усиливается, на ее фоне возможны периодические судороги мышц ног... Больные двигателью беспокойны, не находят себе места и удобного положения тела, так как мышечная боль становится все интенсивнее. К ней присоединяется боль в желудке, кишечнике»¹⁷ и т. д.

В состоянии абстиненции можно выделить острую фазу, фазу остаточных явлений и латентную фазу. Острая фаза длится обычно до 4—5 недель (вегетативные сдвиги), а затем переходит в длящуюся 1—2 месяца фазу остаточных явлений (сохранение выраженного влечения к наркотику, дистрофия или психический дискомфорт, общая слабость и адинамия). Следует учитывать, что по мере ослабления эйфоризирующего действия наркотика, а при прекращении его приема — активных проявлений абстиненции все более отчетливыми становятся разнообразные дегенеративно-дистрофические последствия хронической интоксикации, уже не заглушаемые более «яркими» симптомами.

Латентная фаза абстиненции может длиться весьма значительный срок и изучена мало. Вместе с тем тенденция к возобновлению острых абстинентных явлений (характеризуемых, на наш взгляд, не вполне удачным термином «псевдоабстиненция»¹⁸) свидетельствует, что в организме и психике реконвалесцента все далеко не столь хорошо, как кажется. Это возобновление острых явлений абстиненции, а главное, острого влечения к наркотику может происходить как в определенной обстановке, напоминающей ему о прежнем пристрастии (т. е. условнорефлекторно), так и в связи с какими-либо интеркуррентными заболеваниями, психической или физической нагрузкой — здесь-то и выясняется, что регуляторные системы организма все еще не достигли нормального состояния, хотя индивид эти нарушения уже не воспринимает. И тем неожиданнее для него может оказаться возобновление этих явлений, равно как и оживление (возобновление) влечения к наркотику, алкоголю. Это одна из важнейших причин рецидива наркомании или алкоголизма.

¹⁷ Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 19.

¹⁸ См.: Стрельчук И. В. Клиника и лечение наркоманий. М., 1956.

Следует учитывать, что «затухание» любых отклонений в состоянии организма имеет волнообразный характер в соответствии с общими закономерностями регуляторных процессов. Это отчетливо выражено, например, при лекарственной болезни, сывороточной болезни, аллергическом субсепсисе Висслера — Фанкони и др. Несомненно, так же дело обстоит и при затухании явлений абстиненции, причем в какие-то периоды индивиду в большей мере угрожает рецидив, в какие-то — в меньшей, он же об этом, как правило, не подозревает. Поэтому период клинического наблюдения за больными наркоманией и алкоголизмом должен быть длительным, и в течение длительного времени реконвалесцент сам должен быть весьма осторожен по отношению к ситуациям, где что-либо ему может напомнить о наркотическом веществе, его эффекте, о том, где и когда он его принимал. Иногда скрытое усиление влечения к алкоголю или наркотику, не доходящее до сознания непосредственно, проявляет себя мыслями о том, что хорошо бы, например, испытать свою устойчивость, попробовать наркотическое вещество еще разок, чтобы убедиться, что уж теперь-то все в порядке.

Вообще, проблеме сознания и «бессознательного» давно пора выйти из чисто академических рамок. Неосознаваемость влечений, побуждений, мотивов имеет самое непосредственное отношение к проблеме рецидива алкоголизма и наркомании, здесь большое поле для совместной деятельности клиницистов и психологов. Справедливо отмечается, что высказываемая больным «установка на трезвость», более того, даже его искреннее стремление убедиться себя в нежелании употреблять наркотическое вещество отнюдь не выражают истинного положения дел. Происходящее при наркотизме перерождение личности (см. ниже) подчиняет себе и механизмы психологической защиты: отныне они не психику защищают от наркотического вещества, а наркотические интересы, желания и стремления защищают от возможных препятствующих им факторов. Следует учитывать также, что «установка в строгом психологическом значении не может быть «высказана», являясь сложным многоуровневым, в значительной части неосознаваемым образованием»¹⁹. И если отношение к наркотическому веществу сформировалось прочно, перестройка его не может быть сопоставима по срокам с процессами нормализации соматических функций.

Для правильного понимания психического состояния индивида, прекратившего потребление наркотического вещества, важно учитывать также наличие различных уровней, «слоев» сознания — как в процессуальном, так и в содержательном плане — соответственно клинически различаемым состояниям сонливости, оглушения, сопора и комы, что хорошо выявляется в специально организованных наблюдениях и оценивается по свертыванию (развертыванию) систе-

¹⁹ Братусь Б. С., Розовский И. Я., Цапкин В. Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М., 1988. С. 21.

мы языка и механизмов речи²⁰. Этим объясняется известный в наркологической практике и в эксперименте феномен диссоциации: и животные, и человек лучше воспроизводят навыки, выработанные в состоянии опьянения, при повторении этого состояния; этот эффект проявляется и у здоровых людей под влиянием различных фармакологических препаратов²¹.

В принципе это свидетельствует о многослойной, многоуровневой структуре психики, причем при систематическом употреблении средств, акцентирующих и функционально (деятельностно) фиксирующих тот или иной уровень сознания, происходят усиление этого уровня, повышение его самостоятельности в рамках целостной психики с постепенным нарушением этой целостности. В результате в рамках исходной психической целостности формируется некое психическое (и базирующееся на собственной нейрофизиологической основе) образование — от базисной личности как бы отпочковывается новая, вторичная измененная личность, которая может получить самостоятельное развитие в случае продолжения действия фактора, породившего ее возникновение. Именно этим механизмом можно объяснить различия в поведении некоторых индивидов в трезвом состоянии и в состоянии опьянения — как будто это два совсем различных (судя по поведению) человека. Динамика и конечный результат этого процесса определяются начальной устойчивостью психики, причем ключевым фактором здесь является устойчивость мотивационного поля к систематическому воздействию наркотического вещества.

Общебиологически это можно объяснить не столько спецификой действия вещества, вызывающего изменение состояний сознания, сколько различной качественной определенностью и значимостью этих состояний. Вряд ли устойчивую последовательность изменений состояний сознания от полной его ясности к полной его утрате и обратно — пусть в конкретном наблюдении это и вызвано химическим воздействием — было бы справедливо лишать его эволюционной значимости: вполне допустимо предположить, что в ходе эволюции именно такие стадии проходила эта функция психики — от полного отсутствия через смутность и спутанность ко все большей ясности и устойчивости. Феномен диссоциации, или феномен «разрывной памяти»²², можно расценить как специфическое проявление следующей закономерности: то, что произошло в данном психическом состоянии, значимо в первую очередь именно для данного состояния, поэтому соответствующая информация преимущественно в данном состоянии и мобилизуется, поскольку в значимостную связь с другими состоя-

²⁰ См.: Спивак Д. Л. Лингвистика измененных состояний сознания. Л., 1986.

²¹ См.: Бородкин Б. С., Грекова Т. И. Алкоголизм: Причины, следствия, профилактика. Л., 1987. С. 42.

²² Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю. Личность и алкоголь. Новосибирск, 1987. С. 156—157.

ниями психики она попросту не вошла. Это можно считать нормальным механизмом распределения информации по ее биологической значимости, лишь специфически преломляющимся и выявляющимся в условиях действия определенного фармакологического агента. Естественно, что в роли такого агента часто выступают наркогенные вещества. При этом сам феномен диссоциации, или «разрывной памяти», свидетельствует в пользу самостоятельности различных состояний сознания, далеко не случайного их характера и последовательности в условиях воздействия.

Необходимо учитывать, что иногда рецидив алкоголизма, наркомании, курения может иметь буквально механический характер (разумеется, при доступности наркогенного вещества). Ослабление самоконтроля может вести к тому, что человек не успевает затормозить чисто рефлекторную реакцию. Так бывает, например, при возобновлении курения: человек, совершенно не осознавая своих действий, в соответствующей обстановке может взять сигарету, зажечь спичку, сделать затяжку и лишь затем опомниться. И в норме желание нередко всплывает в сознании не как таковое, а как мысль о действии, ведущем к его удовлетворению. Иногда может быть и так, что желание проявляет себя сразу же как побуждение к действию, причем немедленному, и человек совершает его как бы по механизму короткого замыкания, так что ни разум, ни воля, попросту говоря, *не успевают* включиться в ситуацию. Этот механизм хорошо объясним множественностью путей прохождения в мотивационное поле патологического возбуждения из ядра потребности (вследствие того, что оно расположено в центрах подкрепления), в том числе и сразу же на исполнительную систему, минуя предыдущие зоны мотивационного поля (рис. 10).

Характерно, что даже после весьма длительного воздержания прием прежнего наркогенного вещества ведет к возобновлению прежнего влечения с ошеломляющей человека интенсивностью и неудержимостью. «След однажды пережитой доминанты, а то и вся доминанта могут быть частично вызваны вновь в поле внимания, как только возобновится, хотя бы частично, раздражитель, ставший для нее адекватным»²³. «На ранних этапах патологического процесса роль патологической детерминанты как консолидирующего и стабилизирующего фактора решающая: ликвидация детерминанты ведет к распаду и ликвидации патологической системы... Вследствие длительной поддерживающей активности, продуцируемой патологической детерминантой, происходит постоянное облегчение (проторение) путей от детерминанты к другим частям системы и между взаимодействующими частями системы. С течением времени связи эти закрепляются развивающимися пластическими процессами (изменения синаптических структур и др.)... В течение какого-то периода еще сохраняются скрытые, но действенные следы патологической детер-

²³ Ухтомский А. А. Собр. соч. Т. 1. Л., 1950. С. 186.

минанты. Если на этой стадии окажут свое влияние факторы, повышающие общую возбудимость мозга, нарушающие общие механизмы компенсации и выздоровления, если будет отменена поддерживающая терапия, подавляющая патологическую доминанту, то последняя может вновь активироваться»²⁴. Именно это и происходит при рецидиве наркомании, алкоголизма, курения: наркогенное вещество, воздействуя на ядро болезненной потребности, ведет к возобновлению его активности. Неясно лишь, почему это происходит с такой интенсивностью. Разумеется, здесь имеет место феномен проторения: вся нервная констелляция, «обслуживавшая» эту потребность, сохранена, и возобновляющаяся из ядра потребности импульсация не встречает каких-либо препятствий. Однако этого было бы недостаточно. Возможно, здесь имеет место и связанный с механизмом проторения эффект мультипликации, родственный тому, что используется в процессах иммунизации.

Необходимо учитывать, что пониженная устойчивость индивида к наркогенному соблазну сохраняется весьма длительный период после исчезновения острых и остаточных проявлений абстиненции.

Во-первых, вследствие психического оскудения, утраты прежних интересов и угасания прежних видов деятельности он, попросту говоря, не знает, куда себя деть, чем заняться, испытывает мучительную скуку, ему хочется «убить» время. Наркогенное отчуждение проявляется в отчуждении не только от реальности, но и от времени: в период активного течения заболевания индивид вообще утрачивает прошедшее и будущее время — оно теряет для него свое значение, и живет не то что одним днем, а одним моментом — моментом активных проявлений эйфории. Только это и сохраняет для него свою значимость, от всего прочего он стремится как можно быстрее уйти, чтобы вернуться в это состояние.

Во-вторых, каждый нормальный человек нуждается для психологического тонуса в определенном количестве положительных эмоций, в состоянии телесного комфорта. Это состояние достигается, в частности, нормальным функционированием эндогенной опиоидной системы, функционирование которой нарушается при употреблении как опиоидных наркотиков, так и алкоголя. В результате лишенный привычного ему подкрепляющего положительно действия наркогенного вещества индивид в течение длительного времени (пока не сформируются новые потребности, интересы, отношения) испытывает тягостное состояние эмоциональной опустошенности и сниженного жизненного тонуса. Кроме того, нормальный человек испытывает удовлетворение и положительные эмоции в результате успешной деятельности. Но как раз эту деятельность находящийся в латентной фазе абстиненции индивид эффективно организовать некоторое время еще не способен. Поэтому помощь ему должна носить комплексный характер и продолжаться длительное время, пока он наконец

²⁴ Крыжановский Г. Н. Указ. соч. С. 792—793.

не «встанет на ноги». И в первую очередь ему необходимо помочь найти занятие, доступное по силам и ведущее к достижению четко определенного и интенсивно положительно подкрепляемого результата.

В течение этого периода следует учитывать, что, пройдя опыт наркотизации и испытав на себе все губительные ее последствия, индивид все равно оказывается менее устойчивым к наркогенному соблазну, чем до начала приема наркогенного вещества. Это разумно учитывается в деятельности общества анонимных алкоголиков (см. ниже): если умеренно употребляющий алкоголь индивид считается здесь здоровым, то бывший алкоголик, полностью переставший употреблять алкоголь, алкоголиком считается не перестает всю оставшуюся жизнь, разумеется, «алкоголиком непьющим».

Известно, что целью жизни и высшим благ приверженцы школы гедонизма, начиная с Аристиппа из Кирены, считают наслаждение, причем стремление к земным радостям как таковым, по их мнению, должно предписываться людям как принцип нравственности. Опыт наркотизма полностью дискредитирует это учение. Действительно, наркотизм — это гедонизм, подчиненный не удовлетворению потребностей, а самому себе, обслуживающий себя самого, и ничего более. И вот практика многих миллионов людей на протяжении многих лет позволяет сделать однозначный вывод: только ценой деградации личности, да еще и густо замешанной на страдании, расплачивается человек за свое стремление к удовольствиям как таковым, а не в награду за добрые дела. Вряд ли в природе возможно найти фактор, который изначально был бы способен породить столь интенсивные гедонические ощущения и переживания, как наркогенные вещества. Это идеальный фактор гедоники. И вместе с тем ни за что индивиду не приходится расплачиваться столь жестоко. Гедонизм — это ловушка, превращающая жизнь в безумную и трагическую погоню за удовольствием, подхлестываемую ужасом страдания. Если же человеку и удастся остановиться в этой погоне, выясняется, что ничего, кроме духовного опустошения и телесного обветшания, он не обрел.

Все наркогенные вещества несут на себе маску биологической полезности: иначе они не могли бы оказывать стимулирующее действие на центры положительного подкрепления, поскольку, как говорилось ранее (гл. 5), «приятность» воздействия фактора, вещества — сигнал для индивидуального существа о видовой их полезности (а за ней стоит и общебиологическая). Правда, эта «полезность», «благоприятность» эффекта наркогенных веществ многократно перекрывается разнообразными и чрезвычайно вредными их свойствами. Однако ее выявление и изучение — важное направление в выяснении природы наркомании, токсикомании, алкоголизма, необходимое для выработки более глубоко биологически (и структурно-биохимически) обоснованных средств медикаментозной профилактики и лечения различных проявлений наркотизма.

Прослеживается и тесная (неразрывная?) общебиологическая связь между эффектом стимулирования центров положительного подкрепления и формированием зависимости от наркотических веществ: чем вещество «полезнее» (т. е. чем оно интенсивнее стимулирует эти центры), тем оно, естественно, и «необходимее», и поэтому наиболее наркотические соединения (героин, «крэк», первитин и др.) наиболее стремительно вызывают и развитие зависимости. По этой же причине возможно формирование влечения к получению и электрических воздействий в случае, если они сопровождаются приятными ощущениями.

Следует сказать, что еще одним фактором быстрого развития зависимости является, как это ни покажется странным на первый взгляд, сохранение в состоянии эйфории ясного сознания, контроля за поведением и некоторых произвольных функций, в частности мышления и восприятия. Именно по этой причине развитие зависимости от наркотических и токсических (органические растворители) веществ происходит быстрее, чем от алкоголя. При употреблении указанных веществ интеллектуальные процессы сразу же насыщаются положительной гедонической оценкой эйфории (естественно, если нет изначального критического отношения к ней как к сигналу опасности, но тогда индивид к ней вообще не стремится и не предпринимает соответствующих действий), тогда как при употреблении алкоголя, заглушающего сознание и затормаживающего мышление, соответствующий вывод делается не сразу, а путем постепенного накопления опыта опьянения. Это подключение мышления к оценке своих ощущений и переживаний в состоянии эйфории быстро закрепляет зависимость.

При обследовании группы подростков, регулярно вдыхавших в течение различного периода (от нескольких дней до 3 лет) с целью достижения состояния эйфории пары органических растворителей (бензина, бензола, ацетона), было отмечено, что «с самого начала или после 3—4-го сеанса вдыхания паров (курсив мой.— Д. К.) одного из перечисленных выше средств у больных появлялись разнообразные пластичные, подвижные (реже статичные) зрительные образы (видения), яркость восприятия которых приближалась по уровню к объективной реальности... Эти образы, нередко множественные, носили отчетливо субъективный характер, причем главной отличительной чертой их являлась произвольность в возникновении и исчезновении. Зрительные образы были объединены определенной фабулой, которая также в известной степени была подчинена воле субъекта. Содержание видений, связанных с эмоциональным состоянием, было психологически понятным. Возникали они на фоне непопращенного сознания, о чем свидетельствовала целостность воспоминаний о переживаниях, произвольная прерываемость этих состояний. Характерно, что в случае ситуационного обрыва сюжета, например при появлении посторонних лиц в момент вдыхания паров, при устранении помех и возобновлении ингаляции сюжетная линия пере-

живаний продолжалась с того момента, на котором обрвалась»²⁵. Поскольку содержание и динамика этих визуализированных представлений являлись основой для быстрого возникновения психологической зависимости от вдыхаемых препаратов, включение процессов саморегуляции с возможностью управления образами, изменения их содержания или их прекращения эффективно «работало» на развитие болезненного влечения. Несомненно также, что и быстрое развитие зависимости от морфина связано с тем, что под его влиянием «сознание, восприятие внешних впечатлений не только не ослабляются, но даже становятся более энергичными... деятельность высших органов чувств, в особенности слуха, даже обостряется»²⁶.

Таким образом, наркогенные вещества не являются «ядами» в собственном смысле слова (как, например, цианистый калий и подобные ему соединения, зависимости от которых ожидать не приходится), хотя и настолько ядовиты, что само состояние опьянения — алкогольного или наркотического (а также и токсическими веществами) — при всем его эйфорическом характере нередко определяется наркологами как состояние алкогольной или наркотической (например, морфинной) интоксикации.

Выше мы уже говорили, что все наркогенные вещества несут на себе маску биологической «полезности». Это находит подтверждение и в прямых экспериментах. В частности, «в подпороговых концентрациях некоторых наркотиков (спирт, уретан, хлоралгидрат и др.), прибавленных к рингеровскому раствору», мышцы лягушки «живут даже дольше, чем в чистом рингеровском растворе, причем в подпороговой концентрации спирта срок переживания мышцы по сравнению с контролем увеличивается в два раза. Причина этого удлинения срока жизни в слабых концентрациях яда пока не ясна»²⁷.

Во всем многообразии вариантов воздействия на центральную нервную систему наркогенных веществ (особенно если принять во внимание множество разновидностей токсических веществ) помимо эйфоризирующего особое внимание следует обратить на стимулирующий, «оживляющий» их эффект. Видимо, в нем и заключена та биологическая «приманка», на которую попадают клетки головного мозга. У одних наркогенных веществ этот стимулирующий (*resp.* повышающий активность, интенсивность течения каких-то важных жизненных процессов) эффект доминирует изначально (кокаин, фенамин, первитин — повышение работоспособности, умственной и физической активности, остроты восприятия сенсорных стимулов), у других повышение работоспособности, подъем энергии, улучшение восприятия сенсорной информации первоначально «разбав-

²⁵ Грушин В. В., Рыбальский А. М., Чудин А. С. Некоторые особенности развития психологической зависимости при становлении токсикомании у подростков//Вопр. наркологии. 1989. № 2. С. 26—29.

²⁶ Кравков Н. П. Основы фармакологии. М., 1928. Ч. 1. С. 251, 252.

²⁷ Насонов Д. Н. Местная реакция протоплазмы и распространяющееся возбуждение. М.; Л., 1959. С. 61.

ляются» эффектом расслабления, умиротворения (морфин), и лишь на определенной стадии заболевания, по мере угасания способности индивида приходить в состояние эйфории, выходят на первый план. Известно, что только прием морфина позволяет наркоману привести себя в относительно работоспособное состояние (подобное наблюдается и при алкоголизме в отношении алкоголя).

Не случайно у холоднокровных морфин вызывает лишь эффект возбуждения, и только по мере эволюционного усложнения центральной нервной системы все более отчетливо проявляет себя его эйфорирующий (подкрепляющий) эффект, а следовательно, и увеличивается возможность развития болезненного пристрастия. Причина этого заключается, видимо, в следующем: усложнение головного мозга (повышение активности существа, расширение сферы значимого, развитие сферы потребностей, расширение возможностей деятельности) требует и расширения возможностей центров подкрепления с повышением эффективности их функционирования: при всем потенциальном многообразии вторичных потребностей соответствующие потребностные циклы должны быть «подключены» к механизмам подкрепления, и процесс этого «подключения» с соответствующим нейрофизиологическим обеспечением происходит в онтогенезе постоянно. Несомненно, эволюционное развитие головного мозга, особенно на высшем к настоящему времени его этапе — этапе антропогенеза, шло не только в направлении расширения возможностей мышления и возникновения сознания, но также и (обязательно!) расширения центров подкрепления. Без этого жизнедеятельность индивидуального существа не могла бы становиться более эффективной. При этом все более развитыми должны были становиться связи гедонического ядра с другими отделами усложняющегося головного мозга. Потенциальные возможности этих связей, соответственно эволюционному уровню, достигаются (или не достигаются) в ходе онтогенеза.

Если исходить из того, что система подкрепления функционирует как некая целостность, то многообразие синапсов с самыми различными типами биохимической медиации²⁸, в том числе, по-видимому, и относящихся к этой системе, делает возможным наличие множества химических «входов» в нее, широкий доступ к протекающим в ней биохимическим (а затем и физиологическим) процессам различных классов химических соединений, с одним лишь условием: уже отмеченной выше способностью оказывать стимулирующий эффект. В зависимости от того, какой участок системы подкрепления обладает наибольшим биохимическим сродством с данным химическим агентом, находятся и характер эйфорического состояния, его субъективная однородность или многообразие. При этом любое такое вещество (обладающее сродством с нейронами центров подкреп-

²⁸ См.: Глебов Р. Н., Крыжановский Г. Н. Функциональная биохимия синапсов. М., 1978.

ления) воздействует в той или иной мере на всю эту систему, оказывая как непосредственный, так и различные опосредованные эффекты.

Этот же полихимизм мозга, являющийся в принципе фактором биологической его надежности, благодаря, в частности, возрастающей помехозащищенности регуляторных каналов (так как каждый из них имеет свою обменную специфику и поэтому устойчив к регуляторным факторам, значимым для другого канала), ставит мозг в положение объекта приложения действия самых разнообразных химических соединений в практике индивидов, вовлеченных в круг потребителей наркотических веществ. С этим связано и широкое экспериментирование с наркотическими веществами — как кустарное, так и организуемое наркомафией, и растущий удельный вес полинаркомании. В частности, больные полинаркоманией употребляют «сочетание самодельных препаратов опийной группы со снотворными барбитурового или небарбитурового ряда, комбинации лекарственных препаратов различных групп (холинолитики, транквилизаторы, снотворные, антигистаминные средства и др.) с алкоголем или алкоголем и опиатами...»²⁹.

Здесь следует вновь обратиться к вопросу о влиянии морфина на синапсы. Давно уже сложилось мнение, что эффект наркотиков связан с изменениями характера синаптической передачи. Отрицать его нет оснований. Вместе с тем особого внимания, на наш взгляд, заслуживает факт стимулирования морфином новых межнейронных контактов. Известно, что морфин облегчает (в условиях эксперимента) процесс обучения, а последний на нейрональном уровне следует рассматривать «либо как отключение детекторов от командного нейрона (привыкание), либо как подключение детекторов к командному нейрону (фасилитация). Память с этой точки зрения есть сохраняющееся локальное изменение коэффициента связи детектора с командным нейроном»³⁰. Синапсы вообще обладают высокой пластичностью, и вместе с тем они высоко чувствительны к действию морфина: при однократном введении последнего различного рода гистохимические сдвиги в нервных клетках наступают через 30, 60 мин, несколько часов, сутки³¹. Это подтверждает обоснованность выделения нами особой стадии развития болезненной потребности — от первой пробы наркотического вещества до первого «прочувствования» эйфории³². Именно здесь и происходят процессы, определяющие цепь дальнейших событий, причем формирование патологических связей идет параллельно и, возможно, опережает формирование ядра болезненной потребности. Под влиянием повторных приемов

²⁹ Врублевский А. Г., Рохлина М. Л., Власова И. Б. и др. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркоманий // Вопр. наркологии. 1988. № 3. С. 39.

³⁰ Соколов Е. Н. Нейронные механизмы памяти и обучения. М., 1981. С. 3.

³¹ См.: Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 41, 46, 101.

³² См.: Колесов Д. В. Не допустить беды. М., 1988.

наркогенного вещества не только изменяется обмен веществ в определенной группе нейронов центров подкрепления, но также и формируются новые межнейрональные связи, пока, наконец, величина патологических сдвигов не превысит некий порог — развивается первое в жизни индивида искусственно вызванное состояние эйфории, которое, как следует из представленного ранее описания, имеет весьма генерализованный характер.

Развитие наркогенного заболевания выступает, таким образом, как двухфакторный морфофункциональный процесс: формирование связей нейронов, становящихся наркотик-зависимыми, с другими отделами центральной нервной системы и включение наркотика (или другого наркогенного вещества) в обмен веществ в нейронах центров подкрепления в качестве необходимого фактора, отсутствие которого порождает патологическую импульсацию, распространяющуюся по указанным связям. Патологический характер системы определяется природой вещества, под влиянием которого она сформировалась, — эффект наркогенных веществ противоречит нормальной жизнедеятельности индивида и выполнению им его биологических и социальных функций. Новая, болезненная потребность, обладающая, как уже говорилось, свойствами базисной, отличается от других базисных потребностей: ее удовлетворение не укрепляет организм, а ослабляет его, не поддерживает его жизнедеятельность, а угнетает. Сама же эта потребность не сочетается с другими потребностями (как все они), а подавляет и вытесняет их в той мере, в какой это вообще совместимо с поддержанием минимума жизнедеятельности. При этом, естественно, различные наркогенные вещества по-разному влияют на формирование нейрональных связей и на обмен веществ в нейронах центров подкрепления. Этим и объясняются различия в скорости формирования болезненной зависимости и глубине ее при употреблении различных наркогенных веществ — от наименее вредного среди них алкоголя до наиболее опасного (наркогенного) героина.

Не полностью до настоящего времени ясный характер взаимоотношений центров положительного и отрицательного подкрепления не позволяет дать детальную схему участия их нейронов в функционировании ядра новой потребности. Ясно лишь, что наркогенные вещества способны стимулировать центры положительного подкрепления независимо от их исходного состояния, т. е. как на спокойном фоне, так и на возбужденном, усиливая в этом случае удовольствие от каких-либо вызывающих приятные ощущения или переживания факторов. Ясно также, что наркогенные вещества способны тормозить центры отрицательного подкрепления, если они находятся в состоянии возбуждения, ослабляя или полностью затормаживая неприятные ощущения или переживания, а в невозбужденном состоянии этих центров не вызывая какого-либо отчетливого эффекта. Зато отсутствие наркогенного вещества после того, как нейроны центров отрицательного подкрепления «запомнили» определенную

его концентрацию и «стремятся» ее поддерживать, вызывает отчетливую их стимуляцию, которая дополняется в этом случае торможением центров положительного подкрепления. В результате в психике алкоголика, наркомана, токсикомана не остается ничего субъективно для него приятного и желательного. Складывается впечатление, что модель потребного результата ядра новой потребности находится преимущественно в центрах положительного подкрепления, а генератор возбуждения — в центрах отрицательного подкрепления.

Следует учитывать также, что различные наркогенные вещества по-разному действуют на центры положительного и отрицательного подкрепления. Так, кокаин вызывает в первую очередь и главным образом эффект стимуляции центров положительного подкрепления, тогда как морфин действует более «равномерно», стимулируя одни и затормаживая другие центры. Этим могут объясняться и различия в вызываемой ими картине как наркотического опьянения, так и абстиненции.

Формирование и функционирование ядра новой потребности — первый ключевой вопрос в понимании природы наркотизма. Второй ключевой вопрос — позиция этого ядра в мотивационном поле. На рис. 10 представлена схема мотивационного поля большого одной из разновидностей наркотизма (в данном случае безразлично, наркомана, алкоголика или токсикомана). Хорошо видно, что нахождение этого ядра в центрах подкрепления создает условия для доминирующего влияния этой потребности на поведение индивида. Все зоны мотивационного поля, участвующие в обработке потребностных возбуждений, формировании мотивов и программы действий, значительная часть путей информации о внешнем мире, а также и все процессы подкрепления оказываются наполненными наркогенным содержанием.

Потребностный цикл этой новой потребности обладает всеми свойствами потребностных циклов всех прочих потребностей. Здесь есть не только ядро потребности (генератор возбуждения и модель потребного результата), но и собственная исполнительная система, нацеленная на достижение наркогенного опьянения (эйфории). Она включает в себя сложные поведенческие реакции, специфическую адаптацию к среде (у потребителей наркотиков и алкоголя — в различной степени). Имеется здесь и собственная сфера значимого: знакомые — потребители наркогенного вещества; источники его добыwania; круг тех, кого придется особенно опасаться, и т. д. Потребность эта сама себя подкрепляет: такой потребностный цикл не нуждается в подкреплении как *дополнительном факторе* достижения потребного результата, так как механизм подкрепления оказывается включенным в сам потребностный цикл.

Вместе с тем эмоции сохраняют свое подкрепляющее значение в сфере деятельности, связанной с «обслуживанием» этой потребности: наркоман, алкоголик может быть рад, что удалось достать

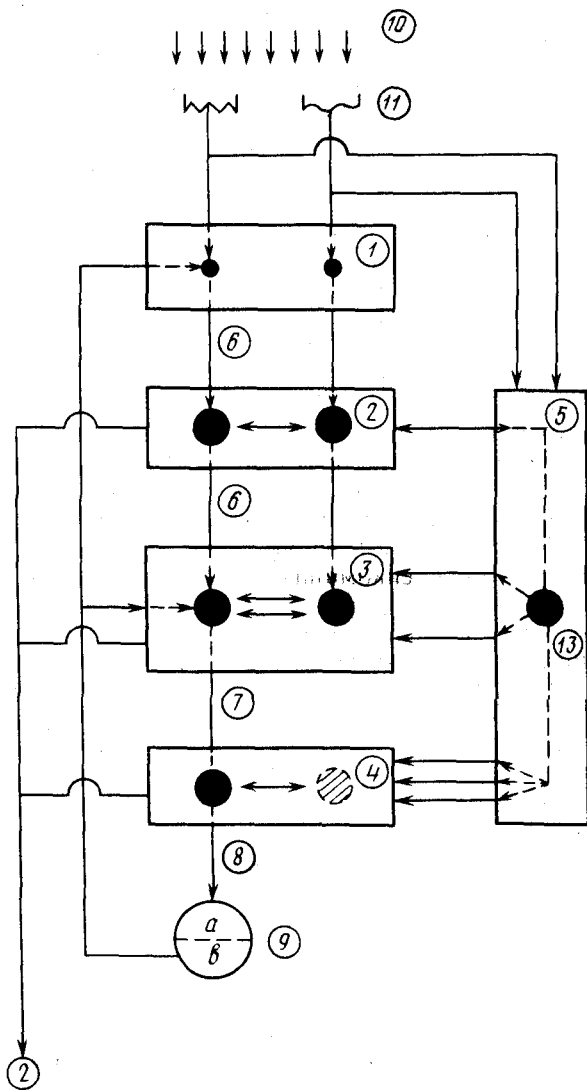


Рис. 10. Взаимодействия в мотивационном поле больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

Обозначения те же, что и на рис. 9; 13 — ядро болезненной потребности, расположенное в центрах подкрепления. Пунктирными стрелками показаны пути насыщения наркотическим содержанием эмоционального, волевого, нравственного подкрепления и распространения потребностного возбуждения этой потребности по мотивационному полю с несколькими путями выхода на исполнительную систему (через вторую, третью и четвертую зоны).

желаемое вещество; огорчен, если это не удалось; рад, если цена оказалась доступной; досадует на какие-либо помехи и т. д. На уровне второй зоны мотивационного поля отсутствие наркогенного эффекта проявляет себя как общая неудовлетворенность, на уровне третьей — как усиленная мотивация к добычанию и приему наркогенного вещества, на уровне четвертой — как лихорадочное обдумывание и перебор возможных способов его добычания и оценка возможной их эффективности в конкретной ситуации. Для всех прочих потребностей почти уже не остается возможностей эмоционального реагирования, так как центры подкрепления постепенно истощаются, а сами эти потребности утрачивают свою значимость в совокупной сфере значимости индивида. Динамический стереотип его базируется на этой ведущей потребности как системообразующем факторе, постепенно перестраиваясь в соответствии с возрастанием толерантности, необходимостью добычания и все более частых приемов наркогенного вещества. Функциональное содержание, которым наполнялось мотивационное поле индивида в процессе развития ребенка, подростка, юноши и жизни взрослого, начинает в обратном порядке оскудевать.

Это происходит потому, во-первых, что расположение ядра потребности в центрах подкрепления имеет своим следствием то, что любое возбуждение этих центров (различные эмоциогенные факторы) активирует и это ядро, поскольку составляющие его нейроны — это специфические нейроны именно подкрепления. Особенно наглядно это проявляется на стадии формирования наркомании, когда ядро еще полностью не созрело и его нейроны временно могут нормально функционировать и в отсутствие наркогенного вещества. Здесь-то и выясняется, что это ядро (генератор возбуждения) проявляет активность всегда вместе с центрами подкрепления, по причинам, которые ведут к активации этих центров. Поэтому желание принять наркогенное вещество индивид испытывает не постоянно, а в связи с какими-либо событиями, которые оживляют его влечение к вызываемому этим веществом эффекту. Это хорошо известный клинический факт, вполне убедительно объясняемый данной моделью. И лишь после полного созревания ядра потребности поведение индивида определяется уровнем в крови наркогенного вещества, мало завися от внешних факторов (в той мере, в какой эта независимость вообще возможна).

Во-вторых, новая потребность изнутри подчиняет себе эмоциональную, волевою, нравственную сферы индивида, наполняя наркогенным содержанием мысли, представления, убеждения, отношения. В результате механизм подкрепления становится неполноценным — пристрастным не столько с точки зрения сформированных воспитанием взглядов, отношений, убеждений индивида (как это и должно быть в жизни), сколько с точки зрения новообретенных им наркогенных интересов, которые выражаются краткой формулой: добыть и принять наркогенное вещество.

По сути дела, все прежние критерии ориентации индивида в окружающем мире или утрачиваются, или трансформируются под влиянием этих интересов. Вероятность удовлетворения этой потребности и мера стоимости этого удовлетворения становятся для индивида главным критерием в его поведении. Особенно хорошо перестройка системы нравственных ориентиров прослежена при алкоголизме: «друг — это тот, кто последнее продаст, а угостит» (даже если «последнее» — это личные вещи членов семьи), «честный тот, кто разливает по справедливости» и т. д. Не случайно также, что наркоманы, как правило, хорошо относятся к сбытчикам наркотиков, даже если последние вовлекли их в болезнь. И только индивид с устойчивыми нравственными критериями может сохранить критическое отношение к своему положению, но при этом возникает душевный конфликт, порождающий стремление или к лечению, или к уходу из жизни, если, разумеется, новая потребность не подчинит себе психику полностью.

Что касается так называемого безволия наркоманов, то оно имеет сугубо избирательный характер. Поскольку многие из прежних интересов и дел для наркомана утрачивают значение, о слабости в соответствующих ситуациях говорить нет оснований. Напротив, движимый потребностным побуждением, наркоман способен проявить и настойчивость, и решимость в преодолении разного рода препятствий в добывании наркотика, и хитрость, и изворотливость, и способность пойти на любое (в принципе) правонарушение, а последнее не просто даже технически. Так называемый путь наименьшего сопротивления — это скорее внутренних, психологический путь навстречу своему желанию, чем путь внешних действий, который может быть и нелегким. «Феноменология действия наркотиков и, прежде всего, алкоголя позволяет предполагать функциональное включение „системы сомнений“ (гиппокамп и миндалина). В результате поведение субъекта оказывается ориентировано на удовлетворение сиюминутно актуальных, к тому же упрощенных и огрубленных потребностей. Потеряв способность учитывать конкурирующие мотивы и сигналы, относящиеся к этим мотивам, субъект пренебрегает и тем, и другим: море становится ему по колено. Как это ни парадоксально, бесстрашие, безоглядность и тупое упрямство опьяневшего человека есть искаженная модель функционирования воли, утратившей в данном случае свою индивидуальную и социальную ценность»³³.

Когда эмоции и воля подчинены болезненной потребности, нравственность лишается гедонической энергетизации и оказывается не регулятором поведения, а выхолощенной совокупностью известного. При этом и известное постепенно трансформируется, чтобы не было конфликта между реальным поведением, подчиненным всепоглощающей потребности, от которого индивид отказаться самостоятельно не в состоянии, и прежними его взглядами, убеждениями, пред-

³³ Симонов П. В. Эмоциональный мозг. М., 1981. С. 138.

ставлениями. И более слабый (менее энергетизируемый) элемент конфликтной ситуации начинает уступать: происходит трансформация этих взглядов, убеждений, формируется новая система ценностей. Это и проявляется в приведенных выше оценочных суждениях алкоголика. Аналогичны они и у наркоманов.

Следует учитывать также, что специфическое расположение ядра новой потребности в центрах подкрепления обеспечивает свойство наркогенного вещества быть «универсальным подкрепителем» любой деятельности, которая имеет то или иное отношение к его приему. Любая деятельность, осуществляемая в состоянии наркогенного опьянения (а следовательно, совместимая с ним), оказывается положительно подкрепленной, и в результате к ней вырабатывается положительное отношение. Любая деятельность, не совместимая с состоянием наркогенного опьянения, оказывается подкрепленной отрицательно, и к ней вырабатывается соответствующее отношение. Этот механизм лежит в основе преобразования сферы значимого у индивида, потребляющего наркогенные вещества.

В-третьих, новая потребность имеет существенные динамические преимущества перед любой другой потребностью, включая базисные. Дело в том, что ее потребностное возбуждение может идти через любую из трех зон, минуя зону представительства потребностей, где возможна наибольшая его задержка. Кроме того, путь этого возбуждения значительно короче, чем путь потребностного возбуждения любой прочей потребности, даже если это потребность в пище или воде. В результате новая потребность всегда выигрывает борьбу в мотивационном поле за конечный путь, и деятельность индивида подчиняется всегда именно ей, разумеется, если ядро данной потребности находится в активном состоянии и уже вполне созрело. Все это полностью соответствует тому, что известно в клинике об алкоголизме, наркомании, токсикомании. Если наркоман имеет наркотическое вещество в достаточном количестве, он практически постоянно находится в состоянии наркотического опьянения, и лишь скорость обмена (нейтрализации, элиминации) наркотика будет определять периодичность его введения. Для остальных потребностей остается ровно столько места, сколько позволяет эта новая потребность.

Как отмечалось в предыдущей главе, в развитии каждой новой потребности можно выделить ряд стадий.

Первая стадия — первичное замыкание потребностного цикла, первое состояние удовлетворения в процессе определенного рода деятельности. Обычно это происходит в рамках удовлетворения какой-либо иной потребности — под давлением окружающих, из подражания, из любопытства. Не случайно, например, первые опыты курения или потребления алкоголя для будущих завязых курильщиков или алкоголиков бывают неприятными. В частности, большой наркоман, о котором рассказывалось выше, «курит с 16 лет. Первые попытки курения вызваны подражанием и сопровождались головокружением, головной болью, которые старался преодолеть, чтобы самому

себе доказать, что могу побороть слабость»³⁴. Но затем индивид впервые испытывает удовлетворение (удовольствие), связанное с функциональным содержанием этой деятельности, и начинает курить (соответственно, потреблять алкоголь, наркотические, токсические вещества) регулярно, уже не для того, чтобы «побороть слабость» или «не отстать от товарищей», а ради вызываемого этими веществами эффекта. Сначала такой потребностный цикл неустойчив, потребностное состояние возникает лишь при восприятии предмета потребности (табак, алкогольные напитки, наркотические вещества) или человека, которому индивид подражает, при условиях, благоприятствующих потреблению. Это незакрепившаяся потребность, не сформированная окончательно.

Вторая стадия — укрепление потребности. Потребностное возбуждение возникает все более самостоятельно и независимо от внешних факторов и обстоятельств, хотя здесь еще могут проявлять себя моменты условнорефлекторного характера: например, индивид может испытывать желание принять наркотенное вещество лишь в определенное время суток, в остальное время он о нем «забывает». В любом случае новая потребность на этой стадии — лишь одна из многих.

Третья стадия. Удельный вес новой потребности в мотивационном поле возрастает, она постепенно выходит на первый план как наиболее важная и неотложная (в потребностном состоянии), причем сначала она начинает доминировать в определенной ситуации, а затем уже внеситуационно, подчиняя другие потребности, заставляя их служить себе: индивид испытывает влечение к наркотенному веществу постоянно и его общение с окружающими в значительной мере становится способом добывания этого вещества или же способом познания их, умышленно или неумышленно, в его потребление; познание направляется на поиск информации о новых, более эффективных наркотенных веществах, способах их приготовления и введения в организм и т. д. Новая потребность не просто «надстраивается» над прежней иерархией потребностей, деятельностей и мотивов, но преобразует эту иерархию, самые мотивы и потребности личности. Она, с одной стороны, как бы придавливает их, вытесняя всё, что требует сложноорганизованной деятельности, оставляя лишь несложные и примитивные потребности, а с другой стороны, придает (точнее сказать, прививает) даже неалкогольным видам деятельности способы реализации и установки, выработанные в деятельности по удовлетворению потребности в алкоголе³⁵. Это справедливо, разумеется, и для потребности в любом другом наркотенном веществе. Это стадия развития потребности, соответствующая полностью сформировавшемуся заболеванию — алкоголизму, наркомании, ток-

³⁴ Морозов Г. В., Боголепов Н. Н. Указ. соч. С. 16.

³⁵ См.: Братусь Б. С., Розовский И. Я., Цапкин В. Н. Указ. соч. С. 18.

сикомании, переходу от первой ко второй его фазе (см. таблицу).

При наркогенном заболевании наряду с некоторыми продуктивными морфологическими и нейрофизиологическими процессами происходят также и продуктивные психологические процессы — формирование личности алкоголика, наркомана, токсикомана осуществляется на основе не деградации и оскудения, а особого психического новообразования, глубоко нейрофизиологически фундированного: сначала имеет место даже некоторое «обогащение» потребностно-мотивационной сферы и лишь затем ее перестройка с постепенным угасанием всего отныне «ненужного» на фоне развития «нужного» и наконец уже общая деградация и оскудение. Поэтому в личностно-психологическом плане наркотизм правильнее было бы определить не только как тяжелое психическое заболевание, но и как особое рода перерождение личности.

Действительно, ключевая функция психики — оценочная — наполняется наркогенным содержанием и подчиняется наркогенным интересам: индивид начинает приносить себе не пользу (чему, собственно, и призвана эволюционно и онтогенетически служить психика), а вред, который вполне «ясен» организму, поскольку «обмануть» его так, как удастся обмануть психику, наркогенное вещество не в состоянии — отсюда и повышение толерантности, и соматические проявления абстиненции. Сфера значимого индивида и система его ориентиров в этой сфере изменяются, возможности его адаптации к среде специфически преобразуются — отсюда и столь типичные для алкоголиков и наркоманов правонарушения, и лишь в среде себе подобных они (да и то до поры до времени) адаптируются адекватно. Наркоман, алкоголик оказываются отчужденными от мира нормальных, здоровых людей. Не вдаваясь в детали этого вопроса (индивидуально-личностные и межличностные аспекты наркотизма, а также проблемы его преодоления будут рассмотрены нами в другой работе), отметим лишь, что при наркотизме реализуется уникальный вид отчуждения: отчуждение психики от тела. Действительно, если психика жадно «стремится» ко все новым и новым приемам наркогенного вещества, то тело всячески этому «противится» и в любой момент пытается перестроиться на здоровый режим жизнедеятельности. Выражением этого служит быстрое развитие явлений абстиненции, которые, как уже отмечалось, связаны именно с переходными процессами к существованию без наркогенного вещества. Других примеров подобного предельного по глубине отчуждения не найти ни в природе, ни в обществе.

Если алкоголизм, наркоманию, токсикоманию считать болезнью (а это, несомненно, болезнь), необходимо видеть их специфику как болезни. С одной стороны, наркотизм, несомненно, заболевание «заразное» — заражаются индивиды один от другого, но не путем восприятия болезнетворного микроорганизма, а путем восприятия и усвоения особой наркогенной информации, что, собственно, и ведет (при не критическом к ней отношении) к первой пробе наркоген-

ного вещества. А далее все развивается описанным выше путем. С инфекционным началом организм борется — до полной победы или до полного истощения защитных сил. При алкоголизме, наркомании, токсикомании же происходит иное: организм и психика действуют порознь, организм, как уже говорилось выше, сопротивляется до последней возможности, психика же этой борьбе препятствует, прочно встав на сторону врага.

Некоторые авторы считают потребность больного в алкоголе (соответственно, наркомана в наркотике, токсикомана в токсическом веществе) «мнимой»³⁶. Справедливо ли это? Мнимое значит кажущееся, но в реальности отсутствующее. Потребность же алкоголика, наркомана, токсикомана в эйфорическом эффекте соответствующего вещества вполне реальна. На этой потребности и его готовности рди ее удовлетворения буквально на все базируются деятельность международной наркомафии с многомиллиардными доходами, распространение преступности, нравственно-этическая деградация потребителей наркотических веществ и т. д. Поэтому классифицировать эту потребность (потребности) следует не в координатах «мнимое — реальное», а в координатах «разумное — неразумное»: то, что потребность «неразумна», сомнений ни у кого возникать не может, и вместе с тем она вполне реальна.

Не следует также смешивать позицию внешнего наблюдателя и индивида, испытывающего неудержимое пристрастие к наркотическому веществу: вообще, многие потребности индивида с позиции внешнего наблюдателя представляются мнимыми (надуманными, кажущимися, недостаточно осмысленными). Но для индивида они реальны, иначе бы они не могли направлять соответствующим образом его поведение. Вместе с тем координаты «разумное — неразумное» здесь также недостаточно специфичны. Дело в том, что поведение индивида, страдающего пристрастием к наркотическому веществу, направляется отнюдь не мыслью, а именно желанием, и мысли ему безоговорочно подчинены, независимо от того, мысли это конкретного характера, связанные с моментом проявления желания или относящиеся к другому временному периоду. Желание всегда определяет поведение индивида, конкурируя лишь с другими желаниями, мысли же действительны лишь в той мере, в какой они «обслуживают» то или иное желание, и поэтому критерий «разумное — неразумное» является здесь подчиненным, а следовательно, и не может использоваться в качестве определяющего.

Следует принять во внимание еще один момент. Любая вторичная потребность может считаться «мнимой» на стадии, когда собственной мотивации к соответствующей деятельности еще нет и соответствующий потребностный цикл не сформировался. Применительно к наркотическим веществам это та стадия развития заболевания, когда индивид много слышит об эффекте соответствующего нар-

³⁶ См.: Левин Б. М., Левин М. Б. Мнимые потребности. М., 1987.

когенного вещества и стремится испытать его на себе, исходя не из собственной в нем потребности, а из любопытства, из подражания, из стремления не отстать от приятелей и т. д., т. е. мотив к соответствующей деятельности (добыванию и приему наркогенного вещества) находится вне его и им «заимствуется».

Известны различные классификации динамики и клинических форм тех или иных наркогенных заболеваний, в первую очередь алкоголизма и наркомании. Это правильно и важно, так как борьба с каждым видом наркотизма требует, наряду с общими, и специфических методов, способов, приемов. Вместе с тем необходимы и четкое выявление и характеристика всего того общего, что их объединяет: это важно как для понимания проблемы наркотизма в целом, позволяющего лучше познать и конкретные его варианты, так и для борьбы с ним как с особым социальным явлением, требующим усилий не только медиков (а также работников правоохранительных органов), но и социологов, психологов, педагогов, экономистов. У представителей каждой специальности должно быть не только ясное понимание своих специфических задач в борьбе с этим явлением, но и наличие общей основы для объединения усилий со специалистами другого профиля. Такое объединение может быть продуктивным и полноценным лишь на основе междисциплинарной методологии, которая требует соответствующей проработки. Образно говоря, специалисты разного профиля должны не только и не столько заходить на «территорию» других специальностей, сколько объединяться на основе равноправия на общей для всех них «территории», не допуская доминирования на ней какого-либо одного специального подхода. При этом объединяющим фактором должно быть понимание человека в его целостности и в его реальной практической жизнедеятельности, в его взаимосвязях с внешним миром.

Хорошо известно, что каждое из наркогенных заболеваний формируется вследствие повторного приема того или иного вещества, способного вызывать специфический гедонический эффект, причем первоначально этот прием инициируется внешними факторами. В ходе систематического потребления наркогенного вещества происходит возрастание толерантности к нему, ведущее к необходимости увеличения его доз (при этом каждый индивид «останавливается» на индивидуальном количестве и ритме введения); в случае более или менее длительного перерыва в приеме наркогенного вещества постепенно развивается симптомокомплекс абстиненции (индивидуально, а также в зависимости от свойств вещества). В конечном итоге происходит глубокое соматическое истощение и психическое оскудение, индивид гибнет как личность, как гражданин, как человек. Некоторые общие черты течения различных форм наркотизма представлены в таблице.

Лечение наркогенных заболеваний в настоящее время вынужденно содержит элемент принуждения, отказаться от которого можно было бы лишь в случае нахождения способов выработки в психике

Общая характеристика течения наркотических заболеваний (алкоголизм, наркомания, токсикомания)

Критерий	Обобщенная характеристика существования (жизненный тонус, самочувствие) в координатах оптимум-пессимум	Гедонический эффект наркотического вещества	Функциональная роль наркотического вещества	Ведущий клинический синдром	Личностно-психологический критерий
Фаза заболевания					
Скрытая	Нейтральное	Отсутствует	Основной фармакодинамический эффект*	Отсутствует	Здоровье или преморбидная отягощенность
Первая	Супероптимальное	Выражен интенсивно (супергедонизм)	Стимулирующая	Психическая зависимость	Формирование личности алкоголика, наркомана, токсикомана
Вторая	Оптимальное или субоптимальное	Выражен умеренно (нормогедонизм или субгедонизм)	Компенсаторная	Физическая зависимость	Функционирование наркотической личности
Третья	Пессимальное	Отсутствует (агедонизм)	Компенсаторная (неэффективно)	Соматическое истощение, агония	Деградация личности

* Основной фармакодинамический эффект — тот, ради которого вещество введено в практику: у морфина — обезболивающий, у барбитуратов — снотворный, у фенамина — стимулирующий и т. п.

большого реального противодействия болезненной одержимости наркотическим веществом, маниакальному стремлению к состоянию наркотического, алкогольного, токсикоманического опьянения.

В лечении четко подразделяются два аспекта. Один, хорошо разработанный и относительно успешно реализуемый, — устранение явлений абстиненции, восстановление соматических функций. Здесь все достаточно ясно и достижимо, и на нем мы останавливаться не будем. Второй, разработанный слабо и реализуемый без особого успеха, — устранение (подавление, вытеснение и т. д.) влечения к вызываемому наркотическим веществом психическому состоянию, восстановление психических функций. Здесь многое неясно, а практический успех невелик. Вместе с тем принципиально проблема излечения различных видов наркотизма находится именно здесь — в излечении психическом, душевном. Каковы же пути возможного ее решения?

Прежде всего в полной мере справедливо мнение о том, что «аффект может быть ограничен или уничтожен только противоположным и более сильным аффектом, чем аффект, подлежащий укрощению»³⁷. Вместе с тем «приходится думать, что прямое торможение ζ коры, направленное на доминанту „в лоб“, достигается наиболее трудно.

Наверное, кора более успешно борется с доминантами, не атакуя их непосредственно, но создавая новые компенсирующие доминанты в центрах»³⁸. В случае использования относительно малоспецифичных лечебных факторов, равномерно действующих на всю патологическую систему, «сначала исчезает патологическая активность в тех частях системы, которые испытывают наименьшее влияние со стороны патологической детерминанты, затем нормализация происходит в более зависимых от детерминанты звеньях; последней сохраняется активность в той структуре, которая играла роль детерминанты данной системы»³⁹. Напротив, ликвидация детерминанты ведет к распаду и ликвидации патологической системы.

Таким образом, излечение наркомании, алкоголизма, токсикомании возможно лишь путем эффективного подавления активности ядра болезненной потребности — детерминанты сложившейся и доминирующей в центральной нервной системе (и, соответственно, в психике) больного патологической системы. Теоретически здесь возможны два пути.

Первый путь: выяснение локализации и особенностей функционирования этого ядра и воздействие на него с целью изменений обмена веществ в нейронах таким образом, чтобы наркогенное вещество перестало быть для них необходимым. Проблема сложна в обоих этих аспектах: нелегко выяснить локализацию ядра потребности; нелегко найти вещества, обладающие достаточно высоким сродством с соответствующими нервными клетками и способностью действовать в нужном направлении, или какие-либо иные пути и методы воздействия на это ядро. По-видимому, в культуре тканей целесообразно было бы проследить особенности формирования зависимости от того или иного наркогенного вещества нейронов различной функции (командные, модулирующие, исполнительные) и различных биохимических характеристик (адренэргические, холинэргические, гистаминэргические, серотонинэргические, пептидэргические, ГАМКэргические и др.); определить характер пейцмейкерной (генераторной) активности различных типов зависимых от наркогенного вещества нервных клеток при различной его концентрации в среде; оценить характер изменений этой активности под влиянием различных веществ как ориентир в разработке конкретных способов фармакотерапии наркотизма.

Второй путь: выявление в психике больного какого-либо психического образования, на которое можно было бы опереться в борьбе с доминирующей патологической системой, иными словами, устойчивого очага возбуждения, который, соответственно укрепляя, можно было бы противопоставить патологическому. Поскольку болезненная потребность полностью подчиняет себе психику больного, в ней не остается основы для актуального критического отношения к болезненному пристрастию. Вместе с тем потенциально возмож-

³⁸ Ухтомский А. А. Указ. соч. С. 197.

³⁹ Крыжановский Г. Н. Указ. соч. С. 793.

ность для выработки такого отношения сохраняется. Необходимо найти нечто, что сохраняет для больного свое значение (пусть и подавлено): забота о близких (потребность в общении), опасение за свое здоровье (потребность в самосохранении), интерес к какому-либо делу (потребность в новой информации). Известно, что пробудившееся интенсивное чувство может подавить, по крайней мере на время, влечение к наркотическому веществу. Это особенно вероятно на стадии формирования болезненной зависимости. В положительном варианте это любовь, в отрицательном — страсть к наживе: убедившись в том, какую огромную прибыль может принести сбыт наркотиков, не обладающий нравственными тормозами, но стремящийся к наживе индивид иногда может побороть свое пристрастие, если, конечно, болезнь не зашла слишком далеко. Это, разумеется, не пример для подражания, а иллюстрация принципиальной возможности успешной конкуренции со стремлением к эффекту наркотического вещества какого-то иного стремления. Именно по этой причине желание индивида излечиться от алкоголизма или наркомании является фундаментом достижения этого излечения, будучи основой, на которой могут консолидироваться все необходимые для этого усилия. И напротив, нежелание лечиться не оставляет никаких надежд на успех.

Таким образом, выявление психического образования или выработка новообразования, с позиций которого у больного появилась бы возможность для критического отношения к своему пристрастию, т. е. особой внутренней позиции, отличающейся от наркотической и ей противостоящей, — сущность этого пути лечения. Действительно, индивид должен *иметь или представлять нечто, ради чего он мог бы (стал способен) отказаться от потребления наркотического вещества*. Иными словами, в психике больного необходимо найти нечто, что можно противопоставить болезненной потребности. Следующим шагом на этом пути является всяческое укрепление выявленного или сформированного психического образования и поддержание его в активном состоянии.

Антинаркотические очаги в центральной нервной системе, в психике могут быть двух видов: внешние по отношению к наркотическому очагу, как бы посторонние (например, любовное увлечение в противовес болезненной пристрастию), тормозящие всю патологическую систему вместе с ее детерминантой и создающие этой детерминанте конкуренцию внутри ее же патологической системы с возможностью замещения (устойчивые опасения за свою жизнь или здоровье вследствие его ухудшения под влиянием наркотического вещества; сочувствие к другим алкоголикам или наркоманам с искренним стремлением помочь им, что усиливает и собственное стремление к выздоровлению, и т. д.).

Укрепление антинаркотического очага может достигаться различными способами, в частности не без успеха используется внушение. Примером является метод «кодирования» по Довженко, обязатель-

ные условия которого — активное стремление больного к излечению и способность его некоторое время воздерживаться от алкоголя, что свидетельствует о наличии в его психике здоровой основы, на которую можно опереться, укрепляя ее методом внушения («кодирования»), а также о том, что желание больного к излечению носит не вербальный, а подлинный характер, но ему недостает лишь энергии для успешной борьбы с болезнью.

Наиболее последовательно и систематизированно принципы этого направления лечения наркотизма реализуются в практике ассоциаций анонимных алкоголиков с той лишь разницей, что здесь используется не внушение специалиста, а лечебное общение равных.

Во-первых, сюда приходят добровольно, а следовательно, имея желание излечиться, поэтому здесь никого насильно не удерживают.

Во-вторых, здесь ищут помощи и готовы оказывать ее — это ассоциация *взаимопомощи*. Человеку трудно, а порою и невозможно оценить самого себя непосредственно, но возможно, «глядясь в другого человека как в зеркало», — это позволяет понять себя и тем самым найти точку опоры для усилий по преодолению недуга.

В-третьих, общение здесь анонимное, что позволяет избежать опасений социально-психологического характера (например, уронить престиж, признаваясь в своем пристрастии или общаясь с людьми иного общественного положения, и т. д.) и ощутить себя просто человеком — возвращение к своей общечеловеческой первооснове еще никого и никогда духовно не обедняло.

В-четвертых, заболевание, от которого все стремятся избавиться, считают здесь неизлечимым. С одной стороны, это способствует укреплению бдительности в борьбе с ним: стоит убедить себя, что ты уже здоров, и установка на лечение — этот внутренний стержень, база консолидации антинаркотических сил личности — начнет угасать, из подсознания поплывут заторможенные там мысли типа уже упомянутого желания «убедиться в своем полном выздоровлении», а за этим следует неизбежный рецидив, так как нейрофизиологически готовность к нему сохраняется чрезвычайно длительное время — для надежности лучше считать, что всю жизнь. Поэтому-то члены ассоциации считают себя не употребляющими алкоголь больными, а отнюдь не здоровыми трезвенниками. Кроме того, одно дело считать болезнь излечимой и видеть свою слабость в борьбе с ней (например, рецидив потребления алкоголя), другое — считать ее неизлечимой и отмечать свои успехи (например, продолжительное воздержание) в этой борьбе.

В-пятых, регулярность встреч и сам характер общения в ассоциации становятся системообразующим фактором образа жизни больного, укрепляя его бдительность по отношению к возможному срыву и давая возможность общаться с людьми, которые здесь абсолютно равны и которые, как никто, в состоянии его понять и готовы ему квалифицированно помочь, причем ни у кого из них нет оснований как-то «заноситься», ставить себя выше прочих и упрекать их в чем-либо,

а это способствует обретению им чувства собственного достоинства. К тому же содержание бесед в ассоциации полностью соответствует сохраняющемуся в психике больного навязчивому интересу к алкоголю, но здесь эта навязчивость используется во благо. Действительно, одно дело в компании собутыльников обсуждать свойства спиртного и выслушивать рассказы о том, как «приняли» вчера, где достали и что потом делали, другое — всей группой слушать, внутренне проецируя всё на себя, искренний рассказ о том, как человеку удалось победить свой недуг, какие при этом были трудности, как он их преодолевал и как ему в результате жить стало намного приятнее. Следовательно, группа лечебного общения и психологической поддержки (механизм энергетизации общением!) заменяет прежних собутыльников (которые, как известно, весьма ревниво относятся к тому, кто решил «завязать»), удовлетворяя вместе с тем в полной мере саму потребность в общении и направленность мышления на алкоголь.

Наконец, член ассоциации, вступая в нее, честно и открыто (главным образом для самого себя — не зря общество анонимно) признает, что он — алкоголик и нуждается в лечении. Тем самым устраняется основа поддержания защитных барьеров, которые формируются в психике вокруг болезненного пристрастия и мешают его преодолению. Весьма важно, что при этом теряют силу многие неосознаваемые болезненные установки, ведущие в период латентной абстиненции к срыву (см. выше).

Таким образом, в основу деятельности ассоциации анонимных алкоголиков положен ряд вполне разумных и понятных психологически (и вместе с тем весьма эффективных практически) принципов, которые, к сожалению, пока не учитываются в практике обычной психиатрии вследствие свойственного последней стремления избегать «психологизации», что имеет своим следствием несостоятельность психотерапевтической практики. Неконструктивной представляется и свойственная ей тенденция отделять от себя наркологию как специальность менее высокого ранга, чем общая психиатрия. Одним из проявлений пренебрежения психиатрии психологией является печальная практика так называемой трудотерапии наркоманов и алкоголиков путем привлечения (принуждения) их к работе, условия и содержание которой могут, как правило, вывести из себя и вполне здорового человека, не говоря уже о больных с их ранимой психикой. В сравнении со всем этим намного более разумным и гуманным является основополагающий принцип отечественной школы внутренней медицины — лечить не болезнь, а больного.

Среди страдающих тем или иным наркогенным заболеванием индивидов выделяется группа тех, кто не только не стремится к излечению, но даже и не высказывает таких намерений. Кто же они?

Во-первых, это примитивные, которые не способны воспринимать ничего, кроме собственных желаний и того, что непосредственно необходимо для их удовлетворения, ничего, кроме собственного удо-

вольствия или неудовольствия.

Во-вторых, это индивиды, перенесшие травму головного мозга или органические заболевания центральной нервной системы. Им свойственны нарушения настроения (различного рода дисфории), неспособность в обычных условиях обрести душевное равновесие. Поэтому они готовы продолжать потребление наркотического вещества, лишь бы не возвращаться к свойственному им дискомфортному психическому состоянию. Труднее им и отвыкнуть от приема алкоголя, наркотиков, токсических веществ в связи с особенно выраженными явлениями абстиненции: им изначально свойственны вегетативная неустойчивость, сниженное качество вегетативной регуляции, проявляющееся повышенной колеблемостью параметров вегетативных функций, что делает абстиненцию особенно мучительной.

В-третьих, это психически неустойчивые. У них новая, пусть и болезненная, потребность играет роль системообразующего фактора, упорядочивающего относительно себя весь их сумбурный, хаотичный внутренний мир. И по этой причине они в некотором смысле даже нечто приобретают от употребления наркотического вещества: внутреннюю психологическую целостность, пусть и патологическую. Если лишить их этого вещества (что крайне трудно вследствие нежелания лечиться и выраженности пристрастия), психика их вообще «рассыпается», дезинтегрируется. Отказ их от лечения во многом связан именно с психостабилизирующим эффектом наркотического вещества, существенно дополняющим эйфоризирующий его эффект: отказаться от него для них значит как бы потерять себя. По этой же причине и темпы развития зависимости у них значительно стремительнее, чем у индивидов с развитой потребностно-мотивационной сферой и устойчивым функционированием психики как целостности, поскольку основы для борьбы пронаркотических и антинаркотических мотивов в их психике нет изначально. Естественно, что у подобных индивидов снижена критичность как способность оценивать нечто относительно неких устойчивых критериев. Поэтому, впервые обретая способность критической оценки окружающего, они сразу же обретают ее наркотенно ориентированной, и вся информация, связанная с наркотическим веществом, оказывается у них не объектом критики, а ее субъектом, эффект наркотического вещества — базисной ценностью, не подвергаемой критике, а служащей основой для критической оценки всего прочего.

Следует отметить, что индивиды, не испытывающие желания лечиться, вместе с тем объективно и наименее устойчивы к последствиям систематической наркотизации. Если у нормальных до начала потребления наркотического вещества индивидов происходит главным образом сглаживание индивидуальных черт, возрастает степень их сходства (алкогольное или наркотическое «клеймо») вследствие того, что одинаков характер доминирующей в мотивационном поле потребности, то у отягощенных преморбидно индивидов (а именно они и составляют главным образом группу не желающих лечиться) быстро

наступает деградация личности с выраженным морально-этическим снижением, падением трудоспособности и всеми прочими неблагоприятными последствиями.

Профилактика наркотизма должна основываться на нетерпимости общества к этому явлению и быть нацеленной на формирование в нем антинаркотических барьеров (антиалкогольных, антинаркотических)⁴⁰. Следует различать внутренние и внешние антинаркотические барьеры.

Внутренние антинаркотические барьеры — это, во-первых, биологическая устойчивость индивида к действию наркотических веществ (здоровый образ жизни родителей, эффективная перинатальная профилактика); во-вторых, это психологическая устойчивость индивида к наркотическому соблазну: наличие развитой и устойчивой потребностно-эмоциональной сферы, общественно полезных ценностных ориентаций и соответствующих им видов деятельности, приносящей удовлетворение, а также актуальных мотивов воздержания от знакомства с наркотическими веществами на основании знания их разрушительного действия на организм и психику; знание способов противостояния наркотическому давлению среды, в частности правильной тактики поведения в ситуации наркотического заражения.

Внешние антинаркотические барьеры — это, во-первых, непримиримость к наркотизму общественного сознания, достигаемая совместными усилиями педагогов, социологов, социальных психологов, работников средств массовой информации, деятелей религии; во-вторых, это эффективное пресечение незаконного оборота наркотических веществ с достижением неотвратимости наказания за участие в их производстве и сбыте (правоохранительные органы при поддержке общественности).

Подразделение антинаркотических барьеров на внешние и внутренние оправдано необходимостью максимально четкого распределения функций субъектов целостной антинаркотической деятельности общества. Необходимо учитывать также и результаты исследований об относительной роли внутренних и внешних факторов в регуляции жизнедеятельности индивидов: одни строят свое поведение исходя из собственного, четко определенного отношения к внешнему миру и устойчивы к воздействию ситуационных факторов, другие, напротив, легко уступают внешнему давлению. Эти различия могут быть интерпретированы как в духе представлений об интернальности — экстернальности Дж. Роттера (внутренний и внешний локусы контроля), так и с точки зрения развитости и устойчивости личностного начала: если индивид достиг высокого уровня личностного развития и обладает указанными выше внутренними антинаркотическими барьерами, ситуации наркотического заражения для него практически безопасны. Наличие установки на постоянство внутреннего мира,

⁴⁰ Преодоление алкоголизма у подростков и юношей: Психолого-физиологический аспект/Под ред. Д. В. Колесова. М., 1987. С. 94.

на полное владение своими психическими функциями, способность достигать состояния душевного равновесия за счет внутренних ресурсов психики делают неприемлемым возможное желание изменить свое психическое состояние с помощью каких-то химических веществ, теряя при этом ясность восприятия окружающего мира, утрачивая, хотя бы частично, переживание своего «Я». Напротив, если индивид личностно незрел, переживание собственного «Я», его устойчивость и ясность могут и не быть для него ценными и важными, и он легко готов уйти от самого себя ради какого-либо удовольствия (по сути дела, это и есть основа так называемого примитивного гедонизма). Естественно, что его устойчивость к наркогенному соблазну будет определяться только эффективностью внешних антинаркогенных барьеров: активным неодобрением или порицанием окружающих, большой вероятностью наказания. Естественно также, что любое ослабление внешнего контроля в этом случае чревато началом наркотизации. Не случайно ослабление внимания общества к проблеме наркотизма (имеется в виду квалифицированное внимание!) всегда вело к расширению потребления наркогенных веществ, к возрастанию числа алкоголиков и наркоманов.

Заключение

Нами рассмотрен ряд аспектов развития психики, важных для понимания природы наркотизма. В работе использована методология целостного подхода к человеку как предмету познания, позволяющая обобщать и взаимно объяснять разнородные и разноуровневые явления, традиционно относимые к различным сферам знания — философии, социологии, общей и социальной психологии, этологии, этике, физиологии и медицине. В ее основе — *принцип структурно-функционального обобщения*, восходящий к диалектике предмета и свойства и позволяющий рассматривать в единстве морфологические и функциональные аспекты проблемы, представляя их совокупность в виде работающего как целое механизма. Это дает единое основание для сравнительной оценки их роли в рамках целого и, что не менее важно, позволяет точно локализовать естественные в ходе развития знания исправления, дополнения, уточнения, делать их соразмерными в рамках предложенного целого, а в случае отрицания этого целого требует не менее конкретной и наглядной по форме замены, делая несостоятельной критику «вообще».

Естественно, что невозможно дать обзор всей литературы по предмету исследования. Поэтому мы шли путем изложения собственной позиции, делая ссылки лишь на те положения других авторов, которые помогали продвигаться вперед по избранному пути. Очевидно, что любые вновь выдвигаемые положения не могут рассматриваться

как абсолютная истина — дальнейшее развитие науки неизбежно ведет к частичному или полному их отрицанию, независимо от того, насколько часто автор употребляет выражение типа «можно думать», «быть может», «возможно» и т. д. Поэтому утвердительная форма многих впервые выдвинутых в данной работе положений выражает не уверенность автора в их абсолютном и окончательном характере, а надежду на то, что на данный момент это наиболее адекватное выражение существа дела.

Среди выдвинутых и разработанных нами положений наиболее существенными являются представления о потребностном цикле и его эволюционном развитии как магистральном пути развития психики, а также теория мотивационного поля, позволяющая связать в единое целое явления нейрофизиологического и психологического характера. Принципиально важны и положения о возникновении гедонического начала как источника и механизма субъективности, с которого, собственно, и начинает проявлять себя новая форма отражения объективной реальности — психическое отражение, а также о сфере значимого и отношениях объективной (видовой) и субъективной (индивидуальной) значимости, вплоть до столь высокого уровня ее развития, как личностный смысл. Представления о потребностном цикле дали возможность внести ряд дополнений и уточнений в теорию потребностей.

В исследовании наркотизма наиболее существенными являются представления о потребностно-мотивационной его природе и о специфической позиции ядра болезненной потребности, что определяет его доминирование в мотивационном поле с подчинением себе всей жизнедеятельности индивида, начавшего употреблять наркогенное вещество. Другие вопросы — пронаркогенный фон и факторы его формирования и устойчивости, наркогенная информация и ее роль в распространении наркотизма, проблема наркогенного «заражения» и др. — относятся не к природе, а к функционированию в обществе этого явления и его преодолению, включая антинаркогенное воспитание подрастающих поколений. Эти вопросы будут рассмотрены в другой работе.