

**ФЕНОМЕН АНГЕДОНИИ: ИСТОРИЯ, ПСИХОПАТОЛОГИЯ
И МЕСТО В КЛИНИКЕ НАРКОЛОГИИ**

Денис Александрович Автономов

*Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы,
109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, e-mail: d-avtonomov@yandex.ru*

Реферат. Представлено описание феномена ангедонии, кратко рассмотрена история зарождения этого концепта. Показано место ангедонических симптомов в современной практике, с акцентом на клинику наркологии. Продемонстрирована связь между травматическим опытом, снижением гедонистического потенциала и попытками самолечения пациентов посредством применения ПАВ и иных форм самостимуляции.

Ключевые слова: ангедония, психопатология, наркотическая зависимость, гедонистический потенциал, самолечение.

THE PHENOMENON OF ANHEDONIA. ITS HISTORY,
PSYCHOPATHOLOGY AND NICHE IN THE SPHERE
OF NARCOLOGY

Denis A. Avtonomov

Moscow Research and Practical Center on Addiction,
109390, Moscow, Lyublinskaya str, 37/1,
e-mail: d-avtonomov@yandex.ru

The study describes the phenomenon of anhedonia and the brief history of its origin. The role of anhedonic symptoms in modern practice, with an emphasis on the narcology is shown. The connection between traumatic experience, reduction of hedonic potential and patients' attempts to self-medicate themselves through the use of psychoactive substances and other forms of self-stimulation has been demonstrated.

Key words: anhedonia, psychopathology, drug addiction, hedonic potential, self-medication.

*Я так отчетливо и ясно вижу их.
Вижу, но не чувствую, как они прекрасны.*

Сэмюэль Тейлор Колридж.
Ода удрученному (1802).

Трактовка понятия «депрессия» обычно зависит от контекста, в котором оно используется. В обычной речи «депрессия» используется для описания состояния печали, возникающей в результате утраты чего-либо ценного или значащего для индивида. В психиатрии этот термин используется для обозначения комплекса симптомов определенной продолжительности: патологически сниженного, подавленного настроения, тоски и безнадежности. Кроме того, депрессия связывается с утратой или неспособностью испытывать удовольствие независимо от уровня настроения.

Ангедония (греч. *án* – отрицательная приставка и *ήδονή* – наслаждение) – снижение или утрата способности получать удовольствие от конвенционально приятной деятельности, например от хобби, еды, напитков, сексуальной активности, осуществления физических упражнений или социального взаимодействия. Существуют разные подходы к описанию, пониманию и классификации ангедонии.

Первое упоминание психопатологического феномена позднее обозначенного как «ангедония», в психиатрической клинике предписывается аптекарю и врачу Джону Хасламу,

который ещё в 1809 году предположительно у пациента с шизофренией обнаружил пренебрежение теми занятиями, которые раньше вызывали у него радость и восторг [16]. В свою очередь, знаменитый психиатр Эскироль так писал об одном пациенте: «Казалось, все чувства умерли в нем: это было не ожесточение и не извращение чувств, но полное отсутствие эмоциональных реакций. Если он шёл в театр (что он продолжает делать ещё по привычке), он не испытывал никакого удовольствия. Мысль о своём доме, о своей жене, об отсутствующих детях, по его собственным словам, трогала его так же мало, как теорема Эвклида» (цит. по У. Джеймсу) [2]. В письме Зигмунда Фрейда от 7 января 1895 года, адресованном Вильгельму Флиссу, которое стало известно как «Черновик G», Фрейд выделил феномен «анестезии» [бесчувственности]. Представленный им оригинальный концепт не просто констатировал факт «отвода ощущений удовольствия», но классифицировал этот феномен, выделяя несколько типов «анестезии» с учётом различных механизмов её реализации. З. Фрейд писал о том, что существует связь «между меланхолией и анестезией», отмечая, что «многим случаям меланхолии предшествует длительная история анестезии» и «всё, что вызывает анестезию, способствует развитию меланхолии» [14]. Под «анестезией» Фрейд понимал скорее снижение или утрату эротического удовольствия («измеряемого степенью разрядки»), рассуждая о взаимосвязи и месте этого симптома в клинике меланхолии, невроза и нервной анорексии.

Сам по себе термин «ангедония» был предложен в 1896 году французским психологом Теодюлем Рибо (Théodule-Armand Ribot) при описании соматического расстройства, а именно хронического заболевания печени. Этим термином он обозначил общую «неспособность испытывать удовольствие» [23]. В качестве иллюстрации Т. Рибо привёл следующую клиническую виньетку: «Одна девочка подверглась болезни печени, и это за короткое время внесло большие расстройства в её психику. Она потеряла всякую привязанность к отцу и к матери. Пробуя играть со своей куклой, она не находила в этом ни тени прежнего удовольствия. То, что раньше заставляло её смеяться до слез, теперь не возбуждало в ней никакого интереса» [2]. В дальнейшем на феномен ангедонии обратил внимание Уильям Джеймс (1903), указавший на то, что длительное укачивание и морская болезнь приводит к развитию у некоторых лиц временного состояния ангедонии: «при которой каждая мысль о каком бы то ни было благе, небесном или земном, вызывает только отвращение» [2]. З. Фрейд (1923) так описывал одного депрессивного художника: «...он был в меланхолии, которая не позволяла ему наслаждаться и вынуждала отвергать самые привлекательные предложения» [8]. Психиатр Э. Блейлер (1911) считал, что для пациентов больных шизофренией,

характерно безразличие и равнодушие относительно друзей, семьи и любых эмоциональных проявлений [11]. Э. Крепелин (1919) не использовал термин «ангедония», но полагал, что снижение, отсутствие интереса, радости типично для пациентов, страдающих *dementia praecox* (шизофренией) [18]. Однако вскоре научный интерес относительно шизофрении сместился в сторону позитивной и негативной симптоматики, изучения когнитивных и аффективных расстройств.

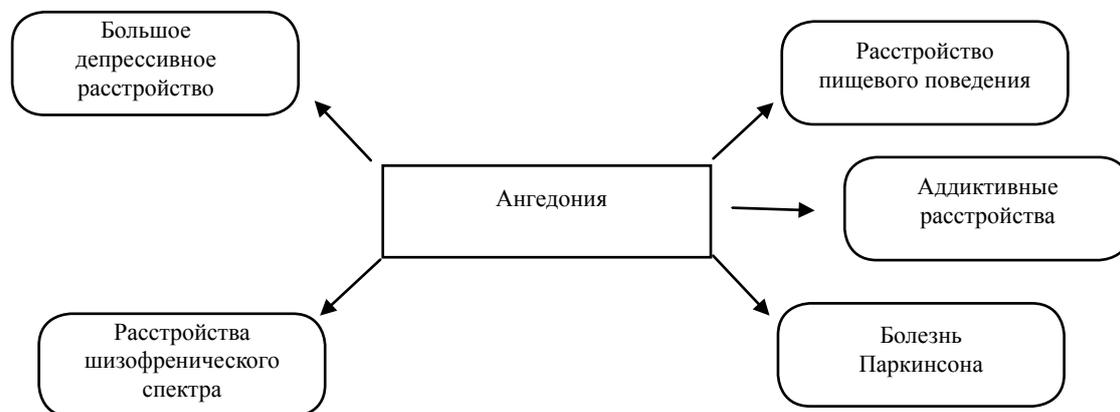


Рис. 1. Ангедония и другие расстройства (no Pelizza L., Pupo S., Ferrari A., 2012).

Только в 1980 году ангедония вновь вернулась в фокус клиники в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам третьего пересмотра (DSM-III), где в качестве одного из двух основных симптомов «большой депрессии» были обозначены: «потеря интереса или удовольствия». В Международную классификацию болезней «снижение способности радоваться, получать удовольствие, интересоваться» было включено в качестве симптома депрессивного эпизода (F32) только с 1992 года с выходом десятого пересмотра. Таким образом, этот феномен повторно и почти спустя столетие вновь привлёк к себе внимание врачей и учёных. Ангедония стала предметом изучения и многочисленных исследований, включая популяционные, клинические, нейробиологические и нейропсихологические. Но, несмотря на это, многие фундаментальные вопросы о природе этого эмоционального расстройства остаются без ответа. Причин тому масса. Во-первых, сказывается изначальная нечёткость дефиниции «ангедония», которая затрудняет диагностику, оценку и психометрию. Во-вторых, ангедония, согласно определению, описывается не позитивно, а напротив, отрицательно, негативно, через отсутствие и снижение удовольствия, конвенциональный, социальный и изменчивый характер которого сложно игнорировать. В-третьих, снижение уровня удовольствия предполагает субъективность оценки индивидом некоего текущего уровня «удовольствия», что в сравнении с условно «нормативным» прошлым опытом уже имеет отношение к избирательности восприятия, оценки, памяти, внимания и многих других факторов [10].

Ангедония как симптом встречается при различных психических, неврологических и личностных расстройствах (шизофрения, шизоаффективное расстройство, расстройства настроения, дистимия, синдром наркотической зависимости, болезнь Паркинсона, нарушение пищевого поведения, ПТСР, СДВГ, пограничное расстройство личности – рис. 1) [22].

Феноменологический подход позволяет провести дифференциацию между физической, социальной и интеллекту-

ально-эстетической ангедонией [4]. Физическая ангедония предполагает снижение удовольствий имеющих в своей основе источник чувственный и телесный. При социальной ангедонии происходит утрата удовольствий проистекающих из социально-межличностных контактов. Интеллектуально-эстетическая ангедония характеризуется снижением способности наслаждаться прекрасным, образным, метафорическим, включая сокращение радости от процесса познания.

Клиническая типология также позволяет провести различие между ангедонией тотальной, затрагивающей все аспекты получения удовольствия, и ангедонией парциальной, когда снижение касается только отдельных, изолированных аспектов гедонистического опыта (сексуального, пищевого и т.д.). Так, В.Д. Менделевич выделил сомническую ангедонию, для которой характерна утрата удовольствия от количества и качества сна [5].

Таким образом, ангедония представляется сложным, нозологически неспецифичным психопатологическим феноменом, наблюдающимся при различных расстройствах. Кроме того, ангедония часто ассоциируется с потерей интереса и снижением мотивации достижения цели, а также с нарушенной способностью соотносить между собой затраты и выгоды при принятии решений [28]. Ряд современных исследователей рассматривают ангедонию как субстрат, который лежит в основании депрессии и тревожного расстройства [15].

Однако следует помнить о том, что отмечаются существенные различия в гедонистических ответах у здоровых лиц. При обследовании общей популяции выявлено, что мужчины обнаруживают более высокий уровень ангедонии по сравнению с женщинами при прочих равных условиях [12]. Низкий уровень дохода, высокий уровень нейротизма, переживание хронического психосоциального стресса, долговые проблемы, житейские неудачи, восприятие своего социального статуса как низкого, дефицит самоуважения, инфекционные заболевания (например, ВИЧ-инфекция) ассоциируются с повышенными показателями ангедонии. Поэтому рассматривая феномен ангедонии необходимо учитывать наследственные, гендерные, индивидуально-психологические, социальные, культурные, религиозные, экономические и многие другие факторы.

Возвращение в фокус клиники «потери интереса или удовольствия» показывает, что в настоящее время тема ангедонии стала вновь актуальной. Как справедливо указывал Д. Карвет, социально-культурные и экономические факторы

формируют допущение проявления тех или иных симптомов и нарушений [3]. Пациенты времён З. Фрейда переживали внутренний конфликт между «да» и «нет», желанием и запретом, были обеспокоены чувством долга или вины. Современные пациенты больше обеспокоены своей невосприимчивостью, зависимостью, ощущением пустоты, социальной изоляции, апатии, равнодушия и/или прибывают во власти собственной никчёмности, переживания неудачи или стыда [1]. Снижение или потеря интереса, наблюдаемая при ангедонии, осложняет участие индивидов в целенаправленной деятельности, души творческий потенциал, способствует усилению прокрастинации (откладыванию «на потом»), что вторично приводит к эскалации самоупрёков и чувству вины, ухудшая качество жизни.

Ангедония влияет на другие психопатологические симптомы и/или частично обуславливает их. Например, одним из признаков расстройств шизофренического спектра является социальная изоляция, которая проявляется в том, что у человека отсутствует заинтересованность в социальных контактах или он активно их сторонится. Этот симптом, по крайней мере частично связан с ангедонией, так как отсутствие переживания удовлетворения не даёт места положительному социальному подкреплению, которое в норме происходит при взаимодействии с приятными людьми.

Ангедония является прямым и непосредственным признаком того или иного заболевания или расстройства. Так например, одним из симптомов депрессивного эпизода, согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), является «снижение способности радоваться, получать удовольствие, интересоваться». А согласно DSM-5, при постановке диагноза большого депрессивного расстройства (БДР) у пациента должно выявляться или подавленное настроение или ангедония, то есть DSM-5 рассматривает ангедонию как один из двух центральных симптомов, необходимых для диагностики этого расстройства [9]. Больше одной трети пациентов с диагнозом большого депрессивного расстройства сталкиваются с клинически значимыми симптомами ангедонии [22]. Выраженная ангедония – фактор риска совершения суицидальной попытки в течение ближайшего года. Ангедония в клинике БДР является особенно трудно корригируемым симптомом при его психофармакологическом лечении, а наличие выраженных ангедонических симптомов считается предиктором плохого ответа на терапию [24].

Другим примером, помимо депрессии, является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В пятом пересмотре DSM ПТСР (309.81) отнесено к категории психических расстройств, связанных со стрессом и психической травмой. Среди прочих диагностических критериев ПТСР в DSM-5 в соответствии с критерием D «У пациента может наблюдаться: ухудшение когнитивного функционирования и настроения, связанное с травматическим событием, начавшееся или усилившееся после завершения травматического события (по крайней мере, два из нижеперечисленных): заметное значимое снижение интереса или вовлеченности в виды деятельности, которые прежде были значимы; чувство отстранённости и отчуждённости от других людей; устойчивая неспособность испытывать положительные эмоции (например, неспособность переживать счастье, удовлетворение или чувства любви и привязанности)» [9].

Таким образом, мы можем отметить, что, хотя формально термин «ангедония» среди прочих диагностических критериев ПТСР как таковой не используется, но предполагается в соответствии с описанием признаков и симптомов (снижение

интереса или вовлеченности, отчуждённости, неспособность переживать счастье, удовлетворение).

Употребление многих законных и незаконных психоактивных веществ (ПАВ) влияет на системы мозга, ответственные за подкрепление, и даёт возможность потребителю пережить чувство удовольствия и/или удовлетворения. Употребление кокаина приводит к увеличению концентрации дофамина в пределах прилежащего ядра. Но в случае злоупотребления кокаином мезолимбическая система начинает противодействовать этому стимулирующему эффекту, снижая чувствительность рецепторов к дофамину, что постепенно приводит к нарастанию симптоматики ангедонии. Особо тяжёлая ангедония наблюдается на «выходе» после длительного употребления кокаина, а также других психостимуляторов (т.н. «марафона»), таких как амфетамин, метамфетамин, мефедрон и др. Опиоидная зависимость ассоциируется с понижением гедонистических ответов на положительные раздражители. Мучительная ангедония, проявляющаяся в ощущении серости, скуки и отсутствии интереса к жизни развивается после процедур дезинтоксикации и отказа от употребления опиоидов (героина, метадона), к которым сформировалась физическая зависимость. Однако ангедония не только сопровождает синдром отмены. В ряде исследований была продемонстрирована непосредственная положительная корреляция между выраженностью симптомов ангедонии и крейвингу к алкоголю [20]. Ангедония может рассматриваться как один из предикторов рецидива наркологического заболевания.

Курение табака может повышать гедонистические ответы индивида, усиливая приятные ощущения, возникающие в ответ на события, с которыми человек сталкивается в повседневной жизни (встреча, кофе, пауза на работе, размышление, решение сложной или творческой задачи, разговор с коллегами и т.д.). Согласно некоторым данным, ангедония может рассматриваться как один из симптомов отмены никотина, являясь существенным препятствием для успешного отказа от употребления табака. Ангедония у курильщика в ремиссии выражается, помимо прочего, в снижении удовольствия от привычных подкрепляющих ситуаций. Что любопытно, описанное снижение не только непосредственно переживается при отказе от курения, но и является прогностическим (ожидаемым) – бросившие курить ожидают получить меньше удовольствия от гипотетических приятных ситуаций [13].

Следует признать наличие массы затруднений при попытках соотнесения ангедонии как клинического феномена с соответствующими нейробиологическими субстратами [28]. Этиология ангедонии точно не известна, обычно ее связывают с нарушением работы дофаминергической системы мозга, отвечающей за подкрепление. Помимо этого накапливается все больше данных о том, что медиаторы глутамат и ацетилхолин также активно участвуют в модуляции вознаграждения. Дофаминергическая система регулирует не только настроение, но и внимание, мотивацию, оказывая влияние на механизмы принятия решений. Изменения в функционировании дофаминергической системы мозга могут привести к изменению мотивации, расстройствам внимания, настроения и снижению уровня гедонического реагирования. Считается, что за упреждающую, «антиципационную», предвосхищающую гедонию отвечает сеть дофаминергических нейронов, локализованных в прилежащем ядре головного мозга. Помимо дофамина, эндогенные опиоиды также играют важную роль в гедонистических ответах индивида. За непосредственное «консумматорное» удовольствие отвечает связанная сеть дофаминергических

и опиоидных нейронов, локализованных в ограниченной области того же ядра. Дофаминовая и опиоидная системы сильно взаимосвязаны друг с другом, и избирательное блокирование опиоидной системы мозга может снизить активность дофаминергической системы. Экспериментальное блокирование мю-опиоидных рецепторов налтрексоном влияет как на предвосхищающую, так и на непосредственную переживаемую гедонию. Исследуя интенсивность чувства удовольствия, получаемого от прослушивания музыки у здоровых добровольцев, было установлено, что введение налтрексона снижает интенсивность как позитивных, так и негативных физиологических реакций (проявлений радости и грусти), возникающих при прослушивании музыкальных композиций. Блокада мю-опиоидных рецепторов субъективно уменьшало удовольствие от приятной музыки, но не влияло на восприятие нейтральной [19]. Фармакологически индуцированная ангедония может быть аргументом в пользу того, что наслаждение музыкой опосредовано через эндогенные опиоидные системы мозга.

яния ангедонии и депрессии у человека посредством применения препаратов интерферона позволяет сделать предвзятые, осторожные, но далеко идущие предположения относительно роли цитокинов в ангедоническом страдании. Ещё одним аргументом в пользу этой гипотезы является то, что СИОЗС не способны купировать интерферон-опосредованную ангедонию, поэтому недостаточно эффективны при лечении депрессии, возникшей на фоне активного воспаления (например, в случае активного опухолевого роста).

С большой определённостью можно говорить о гедонистической отзывчивости или о гедонистической способности индивида, которая частично является генетически предрасположенной чертой. Высокая гедонистическая отзывчивость предполагает увеличение способности к переживанию удовольствия. Сниженный гедонистический потенциал ассоциируется с меньшей вероятностью предвидеть положительные моменты, предвкушать наступление хороших событий и переживать чувственное удовольствие. Люди, имеющие низкую гедонистическую отзывчивость, больше

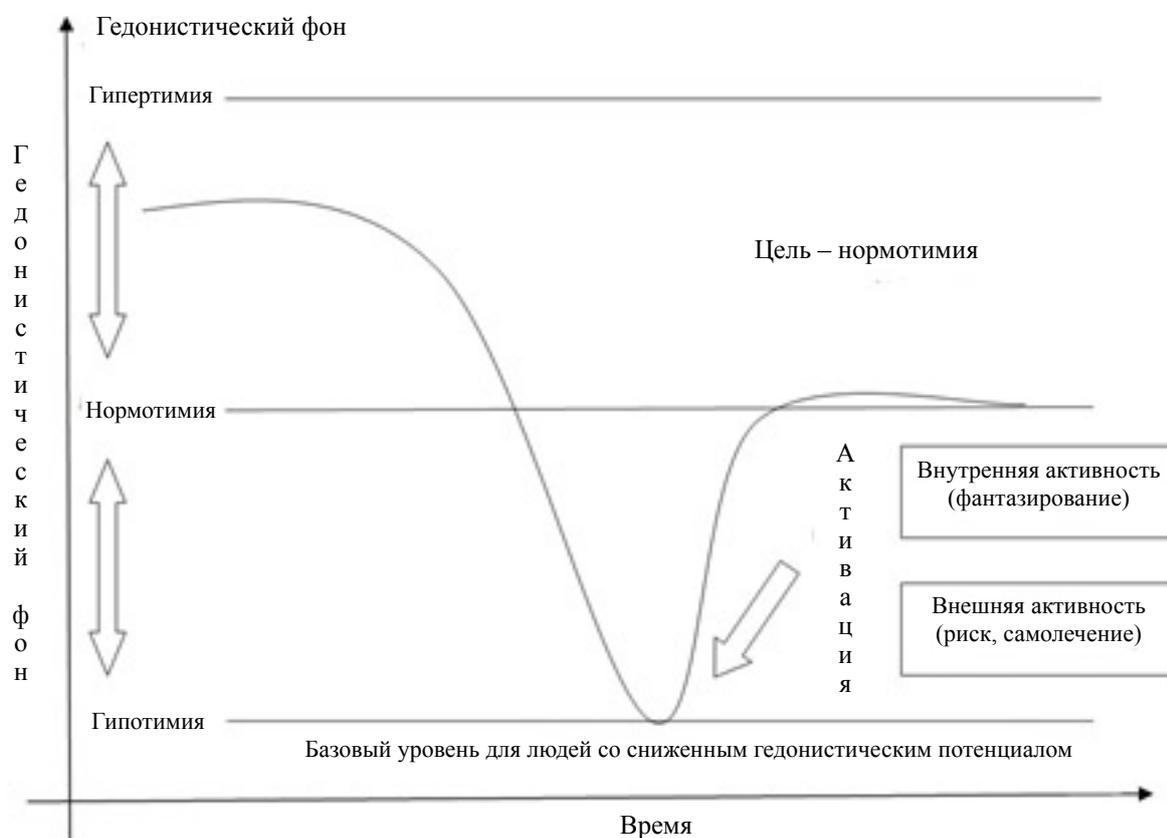


Рис. 2. Базовое снижение гедонистической способности требует активности для достижения нормотимии (no Sternat T., Katzman M.A. 2016).

В последние годы также активно исследуются роль периферических цитокинов, таких как С-реактивный белок (CRP), интерлейкин 1 бета (IL-1beta), растворимый рецептор интерлейкина-2 (sIL-2R), фактор некроза опухолей (TNF-alpha) и других в патогенезе ангедонии и депрессии. Данные, полученные в результате иммуноферментного анализа, показывают повышенную концентрацию медиаторов воспаления у лиц страдающих от большого депрессивного расстройства, биполярного расстройства и шизофрении – тех состояний для которых характерно снижение уровня гедонистической реактивности [26]. А возможность искусственной индукции депрессивного поведения у лабораторных животных и состо-

предрасположены к депрессии и меньше способны представлять себе отдалённые преимущества от совершения той или иной полезной и/или приятной деятельности. В соответствии с этими взглядами ангедония может рассматриваться как врождённая, преморбидная, конституциональная черта, базовая предрасположенность индивида, «первичная ангедония» [22, 25].

Индивидам, у которых имеется преморбидное снижение гедонистических ответов на стимулы, требуется совершать больше усилий просто для того, чтобы чувствовать себя «нормально», или хотя бы чуть лучше, чем обычно. Ангедония может привести к жажде большей стимуляции и

большей потребности совершать действия, необходимые для того, чтобы привести себя в норму, пережить удовлетворение и получение награды [25]. Ангедония снижает способность предвосхищать и предчувствовать получение положительных эмоций, затрудняет попытку продлить, пролонгировать переживание приятных мгновений. Снижение гедонистической способности требует как бы «большой объем» получаемого положительного опыта, необходимого для нормализации и достижения состояния нормотимии. На практике это может выражаться в усилении потребности в самостимулировании. То есть людям, у которых присутствует базовое снижение гедонистической способности, нужно совершать те или иные усилия, чтобы «прийти в норму» и достичь условно среднего состояния (нормотимии), которое у других людей имеется исходно (базово). В качестве стимула часто выступает деятельность, включающая в себя азартные игры, употребление наркотических веществ, алкоголя, искусственное погружение в опасные ситуации и/или рискованное поведение (внешние стимулы). В ряде исследований была установлена положительная корреляция между симптомами ангедонии и степени вовлеченности в азартные игры [27]. Выраженная ангедония побуждает субъектов играть более интенсивно и более часто (рис. 2).

Совершение тех или иных действий, направленных на удовлетворение потребностей, сопровождается и подкрепляется чувством удовольствия. Действия, направленные не на достижение позитивных целей, а, напротив, на избавление от неудачи, негатива, боли или даже потенциального, гипотетического страдания, также переживаются как опыт, доставляющий удовольствие. Рисковать и выпутаться из неприятной ситуации, «отыграться», уйти от наказания, преследования, «выйти сухим из воды» – переживаются некоторыми индивидами как яркий и несомненный позитив. Исходя из этого, становится более понятной взаимосвязь азартных игр и иных искусственно организованных субъектом форм рискованного поведения с гедоническим реагированием.

Другой вариант самостимулирующей активности – усиленное фантазирование, грёзы наяву, попытки погружения в воображаемый сценарий и бегство в иллюзии (внутренние стимулы) [25]. Независимо от выбранной стратегии, лица, базово предрасположенные к низким гедонистическим ответам, вынуждены постоянно совершать действия, необходимые для того, чтобы чувствовать себя «чуть более живыми». Прекращение практик самостимуляции, вынужденная временная остановка могут привести к дрейфу на исходный уровень гипотимии, отсутствию радости и ощущение неудовлетворённости жизнью.

Идея о том, что нехватка удовлетворения зачастую приводит индивидуума к поискам самостимулирующей активности, лекарственных средств и различных заменителей или усилителей удовольствия, в целом не нова. В работе 1898 г. «Сексуальность в этиологии неврозов» З. Фрейд указывает на вполне очевидный факт, что зависимость возникает не у всех людей, которые пробуют применять наркотики. З. Фрейд указывал на место наркотиков в экономике либидо, считая фактором, предрасполагающим к зависимости, дефицит сексуального удовлетворения. «Не у каждого, кто имеет возможность принимать в течение некоторого времени морфий, кокаин, хлоралгидрат и т.п., возникает таким путём «пристрастие» к этим веществам... наркотические вещества являются заменителями... нехватки сексуального удовлетворения» [7]. Наркотическая аддикция понималась сторонниками психоанализа как психически детерминированное, искусственно вызванное заболевание,

которое может существовать, потому что существуют наркотики, но которое возникает по психическим причинам. По мнению психоаналитика Ш. Радо, это происходит потому, что индивиды, злоупотребляющие наркотиками, имеют определённые преморбидные личностные особенности: они реагируют на жизненные фрустрации и события т.н. «напряжённой депрессией». Ш. Радо считал, что наркомания берет своё начало в «первоначальной депрессии». «Первоначальная депрессия» характеризуется огромным болезненным напряжением и высокой степенью нетерпимости к боли (фрустрации). Психический интерес страдающего индивида концентрируется на потребности в облегчении. «Первоначальная депрессия» усиливает чувствительность к фармакогенному удовольствию, которое доставляют наркотики. Ш. Радо подчёркивал, что не важно, каким образом в руки пациента попадает наркотик, страстное желание облегчения и опыт удовольствия определяют его судьбу [6].

В других случаях можно говорить о приобретённой в процессе жизни т.н. «вторичной ангедонии». Система вознаграждения представляет собой совокупность структур мозга, регулирующие и контролирующее поведение посредством наград – приятных ощущений (положительных реакций). Определённо, снижение способности испытывать удовольствие, вызванное травматическими и стрессовыми событиями, может быть устойчивым. По данным мета-анализа 16 эпидемиологических исследований и 10 клинических испытаний, жестокое обращение в детстве, увеличивает риск развития депрессии в два раза, усугубляет её течение и влияет на исход заболевания. Пережитое в прошлом плохое обращение и пренебрежение снижает эффективность лечения во взрослом возрасте и способствует рецидиву депрессивного расстройства [21]. Травматический опыт пренебрежения, злоупотребления и насилия, пережитый в раннем возрасте, может привести к стойкой ангедонии у человека во взрослой жизни. В свою очередь, устойчивая ангедония может провоцировать людей использовать алкоголь, наркотики, азартные игры, сладкие и жирные продукты в качестве доступных им инструментов для самолечения, чтобы посредством этих средств восполнить имеющийся у них дефицит положительных эмоций и недостаток вознаграждения. Эдвард Дж. Ханзян, исследуя причины наркозависимости, пришёл к выводу, что «главная причина всех аддиктивных расстройств – это страдание, а вовсе не успешная работа наркодельцов, доступность наркотиков, давление социального окружения или поиск удовольствий и стремление к саморазрушению. Страдания, которые аддикты пытаются облегчить с помощью наркотиков, отражают базовые трудности в сфере саморегуляции, включающей четыре основных аспекта психологической жизни: чувства, самооценку, человеческие взаимоотношения и заботу о себе» [17].

Снижение или утрата способности получать удовольствие от деятельности которая приносила положительные эмоции раньше, может стимулировать к поиску инструментов или средств, которые могли бы улучшить состояние. Повышение гедонистических ответов, наблюдаемых в начале употребления ПАВ, мотивирует людей применять наркотики чаще и/или более продолжительное время, чем они планировали. Эта попытка самолечения может привести к постепенному формированию аддиктивного расстройства, которое в отдалённой перспективе приведёт к ещё большей эскалации проблем. По этой причине, ангедонию как «первичную» – конституционально обусловленную, так и «вторичную» – развившуюся в результате пережитого травматического опыта, можно рассматривать в качестве предрасположенности

наркологического заболевания. Вероятно, что эта связь двухсторонняя: с одной стороны, ангедония часто предшествует развитию злоупотребления ПАВ, с другой стороны, синдром зависимости также приводит к постепенному нарастанию симптомов ангедонии.

Таким образом, ангедония – это нозологически неспецифичный психопатологический симптом, занимающий важное место в клинике наркологии, который редко выявляется специалистами и не часто становится объектом вмешательства. Низкая гедонистическая отзывчивость индивида может быть предвестником будущих уязвимостей, в том числе и аддитивных, поэтому, может стать мишенью для скрининга и попытки прогнозирования развития расстройств, связанных с употреблением ПАВ, в будущем. Наличие выраженных ангедонических симптомов у пациента, получившего наркологическое лечение, можно рассматривать как фактор риска и один из предикторов рецидива наркологического заболевания. В связи с этим, восстановление гедонистического потенциала у лиц с синдромом зависимости может рассматриваться как важная реабилитационная задача в рамках долгосрочной стратегии третичной профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автономов Д.А. Проблема тревоги, аддикции и «новых» симптомов у современных пациентов с позиции психоанализа // Наркология. 2011. № 8. С. 82–87.
2. Джеймс У. Многообразие религиозного опыта. М.: Наука, 1993. 432 с.
3. Карвет Д. Бессознательная потребность в наказании: проявление или избегание чувства вины? // Психоаналитический вестник. 2006. №15.
4. Крылов В.И. Ангедония при расстройствах аффективного и шизофренического спектра: психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014. № 1. С. 28–33.
5. Менделевич В.Д. Сомническая ангедония: неудовлетворенность сном как психосоматическая проблема // Архивъ внутренней медицины. 2016. № 1. С. 108.
6. Радо Ш. Психоанализ фармакотимии (наркотической аддикции). Психоаналитические концепции наркотической зависимости: Тексты. Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин. Ижевск: Издательский дом «Удмуртский университет», 2004. С. 73–97.
7. Фрейд З. Сексуальность в этиологии неврозов. В кн.: 3. Фрейд. Влечения и неврозы. М.: Академический проект, 2007. С. 34–55.
8. Фрейд З. Невроз Дьявола в семнадцатом веке. В кн.: 3. Фрейд. Собрание сочинений в 10 томах. Т.7 Навязчивость, паранойя и перверсия. М.: ООО Фирма СТД, 2006. С. 283–322.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub, 2013.
10. Berrios G. E., Olivares J.M. The anhedonias: a conceptual history // History of Psychiatry. 1995. Vol. 6 (24). P. 453–470.
11. Bleuler Eugen. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der psychiatrie, 1911.
12. Chan Raymond C.K. et al. A study of trait anhedonia in non-clinical Chinese samples: evidence from the Chapman scales for physical and social anhedonia // PLoS one. 2012. Vol. 7 (4). P. e34275.
13. Cook Jessica W. et al. Anhedonia as a component of the tobacco withdrawal syndrome // Journal of abnormal psychology. 2015. Vol. 124 (1). P. 215.
14. Freud Sigmund. The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess: 1887–1904. 1985. 468 p.
15. Grillo Luigi. A possible role of anhedonia as common substrate for depression and anxiety // Depression research and treatment. 2016. Article ID 1598130, 8 pages.

16. Haslam John. Observations on Madness and Melancholy: Including Practical Remarks on Those Diseases, Together with Cases, and an Account of the Morbid Appearances on Dissection // J. Callow, 1809.

17. Khantzian E.J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence // The American Journal of Psychiatry. 1985. Vol. 142(11). P. 1259–1264. doi: 10.1176/ajp.142.11.1259.

18. Kraepelin Emil R., Barclay Mary, Robertson George M. Dementia praecox. 1919. P. 747–747.

19. Mallik Adiel, Chanda Mona Lisa, Levitin Daniel J. Anhedonia to music and mu-opioids: Evidence from the administration of naltrexone // Scientific Reports. 2017. Vol. 7. P. 41952.

20. Martinotti G., Cloninger C.R., Luigi Janir. Temperament and character inventory dimensions and anhedonia in detoxified substance dependent subjects // The American journal of drug and alcohol abuse. 2008. Vol. 34 (2). P. 177–183.

21. Nanni Valentina, Uher Rudolf, Danese Andrea. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis // American Journal of Psychiatry. 2012. Vol. 169(2). P. 141–151.

22. Pelizza L., Pupo S., Ferrari A. Anhedonia in schizophrenia and major depression: state or trait? Review of the literature // Journal of Psychopathology. 2012. Vol. 18. P. 145–155.

23. Ribot Theodule. La psychologie de 1896 à 1900. IVe Congrès International de Psychologie. Tenu à Paris, du 20 (1901). P. 40–47.

24. Spijker Jan et al. Determinants of poor 1-year outcome of DSM-III-R major depression in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2001. Vol. 103(2). P. 122–130.

25. Sternat Tia, Katzman Martin A. Neurobiology of hedonic tone: the relationship between treatment-resistant depression, attention-deficit hyperactivity disorder, and substance abuse // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2016. Vol. 12. P. 2149.

26. Swardfager Walter et al. Mapping inflammation onto mood: Inflammatory mediators of anhedonia // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2016. Vol. 64. P. 148–166.

27. Thomsen Kristine Rømer et al. Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers // Behavioural pharmacology. 2009. Vol.20(5-6). P. 527–536.

28. Treadway M.T., Zald D.H. Reconsidering Anhedonia in Depression: Lessons from Translational Neuroscience // Neuroscience and biobehavioral reviews. 2011. Vol. 35(3). P. 537–555.

REFERENCES

1. Avtonomov D.A. *Narkologiya*. 2011. № 8. pp. 82–87. (in Russian)
2. Dzheims U. *Mnogoobrazie religioznogo opyta*. Moscow: Nauka, 1993. 432 p. (in Russian)
3. Karvet D. *Psikhoanaliticheski vestnik*. 2006. №15. (in Russian)
4. Krylov V.I. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya im. P.B. Gannushkina*. 2014. № 1. pp. 28–33. (in Russian)
5. Mendelovich V.D. *Arkhiv' vnutrennei meditsiny*. 2016. № 1. P. 108. (in Russian)
6. Rado Sh. *Psikhoanaliz farmakotimii (narkoticheskoi addiktzii)*. *Psikhoanaliticheskie kontseptsii narkoticheskoi zavisimosti: Teksty*. Sost. i nauch. red. S.F. Sirotkin. Izhevsk: Izdatel'skii dom «Udmurtskii universitet», 2004. pp. 73–97. (in Russian)
7. Freid Z. In: *Z. Freid. Vlecheniya i nevrozy*. Moscow: Akademicheskii proekt, 2007. pp. 34–55. (in Russian)
8. Freid Z. In: *Z. Freid. Sbranie sochinenii v 10 tomakh. T.7 Navyazchivost', paranoiya i perversiya*. Moscow: ООО Фирма СТД, 2006. pp. 283–322. (in Russian)

Поступила 07.02.18.