

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭПИФЕНОМЕНЫ В МЕЖДУНАРОДНОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ

Евгений Владимирович Снедков^{1,2}

¹Психиатрическая больница св. Николая Чудотворца,

190121, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, 126, e-mail: esnedkov@mail.ru;

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,

191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

Реферат

В отличие от иных биологических видов, человек способен контролировать внутренние представления, продуктивно мыслить, осознавать цели, смысл и план своих действий, воспроизводить опыт других людей и создавать новое, осуществлять свободный выбор в принятии и реализации решений. Психическая болезнь — патогенетически детерминированные качественные изменения психофизиологического функционирования, сопровождаемые временным, ремиттирующим, относительно стабильным либо нарастающим регрессом человеческих способностей. При аддикциях доминирующее влечение неотвязно, однако сохранены чувство собственной внутренней активности и тесная смысловая ассоциация с содержанием представлений, проявляется изобретательность в реализации влечения и достижении комфорта. Поведенческие аддикции не сопровождаются регрессом человеческих способностей. Они имеют нейробиологическую основу, интерпретация которой как доказательства патогенеза — *idée fixe*. Наивно обосновывать диагноз влиянием страсти на поведение и причиняемым вредом. Диагноз отвлекает внимание от социальных процессов, ставших причиной распространения неприемлемых форм аддикций, размывает ответственность аддикта, открывает простор для экспериментов с психотропными препаратами. Присутствие социально-психологических девиаций в классификациях болезней неправомерно.

Ключевые слова: психическая болезнь, психиатрический диагноз, классификация, МКБ, аддиктология, поведенческие аддикции, любовная аддикция, ошибочные научные доктрины.

BEHAVIOR EPIPHENOMENES IN THE INTERNATIONAL
CLASSIFICATION OF DISEASES

Evgeny V. Snedkov^{1,2}

¹ St. Nicholas Psychiatric Hospital,
190121, St. Petersburg, Moika River, 126,
e-mail: esnedkov@mail.ru;

² I.I. Mechnikov North-West State Medical University,
191015, Russian Federation, Saint-Petersburg,
Kirochnaya street, 41

Abstract

Unlike other species the human is capable to control his internal representations, think productively, understand the goals, meaning and plan of his actions, reproduce other's experiences and create new objects, unrestrictedly make and implement decisions. Mental illness is a pathogenetically determined qualitative change in psychophysiological functioning, accompanied by

temporary, remitting, relatively stable or growing regression of human capabilities. In case of addictions, the dominant attraction is persistent, however, a sense of one's own inner activity and a close semantic association with the content of the representations are preserved; there is ingenuity in the realization of desire and achievement of comfort. Behavioral addictions are not accompanied by regression of human capabilities. They are of neurobiological basis but to interpret them as evidence of pathogenesis is an *idée fixe*. It is naive to substantiate the diagnosis by the effect of passion over behavior and the harm caused. The diagnosis distracts attention from the social processes that caused the spread of unacceptable forms of addictions; blurs the addict's responsibility; opens room for experiments with psychotropic drugs. It is improper to include socio-psychological deviations into the classifications of diseases.

Keywords: mental illness, psychiatric diagnosis, classification, ICD, addictology, behavioral addictions, love addiction, erroneous scientific doctrine.

В 1819–1838 гг. Жан-Этьен Эскироль разработал учение о мономаниях — возникающих в результате «изолированных расстройств интеллекта, аффекта или воли», «помешательствах на одном объекте либо на одной идее». По Эскиролю существует три класса мономаний. При интеллектуальной мономании «больные исходят из ложного принципа, выводят из него логические заключения и приходят к совершенно неправильным выводам, которые видоизменяют их привязанности и волевые акты; вне этого *парциального бреда* они чувствуют, рассуждают, действуют как все люди». Аффективные «мономаньяки» «не представляют никаких расстройств суждения, но зато их привязанности извращены; при помощи правдоподобных мотивов и ловко придуманных объяснений они оправдывают характер своих эмоций, странность и неприличие своего поведения». Наконец, при инстинктивной мономании «больной, сошедший с правильного пути, испытывает влечение к таким актам, которые не диктуются ни разумом, ни чувством и которые осуждаются совестью; однако воля боль-

ного не в состоянии одолеть такие стремления» [1, 2].

Эскироль ограничился описанием мономании суждений (*idée fixe*), эротомании (экзальтированной любовной страсти с игрой воображения и необъективной оценкой своего объекта), дипсомании, пиромании, гомицидомании.

Однако вскоре выяснилось, что по предложенному им принципу перечень мономаний можно расширять до бесконечности. В него включали всё новые и новые «болезни»: клептоманию, дромоманию, суицидоманию, нимфоманию, ониоманию (страсть к покупкам). Многоликие «мании» исчислялись уже десятками, каждой присваивали статус отдельной формы помешательства. Их диагностика не составляла труда.

Так, в романе Дюма «Граф Монте-Кристо» тюремный врач подытожил оценку аббата Фариа, как «человека весьма учёного и разумного», однако же «несносного в том, что касалось его сокровищ», вердиктом: «Это болезнь, которую мы называем мономанией». В «Преступлении и наказании» Достоевского защита обосновывала мономанию у Раскольникова отсутствием прагматических целей совершённых им убийств. Американский врач С. Картрайт в 1851 г. описал драпетоманию (иррациональную страсть к свободе). Эта общественно опасная болезнь поражала только чернокожих. Диагностическим критерием считали совершение рабом повторного побега в течение года [3].

«Жизнь» мономаний в XIX веке была недолгой. В 1854 г. ученик Эскироля Жан-Пьер Фальере опубликовал статью «О несуществующей мономании». Изолированные нарушения психики невозможны в принципе, — писал в ней Фальере, — ибо интеллектуальные, аффективные и волевые процессы не протекают автономно. Поэтические сравнения страстных натур с безумцами в клинической работе неприменимы. Идеи, чувства, поступки могут быть продуктом болезненной почвы, но никак не могут быть ответственными за само её формирование. Душевные заболевания характеризуются качественными изменениями комплекса психобиологических функций. Случаи количественного перерастания в помешательства экзальтированного воображения, ошибочных умозаключений, доминирующих страстей, которым столь часто подвержены совершенно здоровые люди, науке неизвестны. Наивно обосновывать диагноз степенью поглощённости страстью или её влиянием на пове-

дение, несоответствием поведения морали и его опасностью. «Вместо того чтобы концентрироваться на малоинформативных поверхностных явлениях, мы должны сосредоточить внимание на течении болезни в различных её стадиях, мы должны наблюдать все физические и психические симптомы и порядок их последовательности» [4].

Взгляды Фальере разделяли Б. Морель, В. Маньян, В. Гризингер, К. Кальбаум, другие видные психиатры той эпохи. В 1860-х годах «мономании» исчезли из психиатрических классификаций. До конца XX века их прежние терминологические обозначения фигурировали в разделах общей психопатологии, посвящённых импульсивным влечениям. Паттерны девиантного поведения приобретали клиническую значимость только в тех случаях, когда они были обусловлены происходящими в ходе развития психических заболеваний изменениями личности, мышления, эмоций, когнитивных функций. Синдромообразующую роль этим результирующим болезненным процесс внешним проявлениям, разумеется, не приписывали.

Однако ведь недаром говорят, что история движется по спирали. «Классификация психических и поведенческих расстройств» Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) предала забвению принципы нозологической систематики и беспардонно возвратила психиатрию в начало XIX века. Ветхие декорации извлекли из подвалов и кое-как отреставрировали. «Помешательства» переименовали в «расстройства». «Мономаниям» вернули статус самостоятельных диагностических категорий. Теперь они числятся в разделах «Расстройства привычек и влечений» и «Расстройства сексуального предпочтения». «Мономании» снова быстро «размножаются». Теперь этот «крольчатник» называют «поведенческими аддикциями». Каждая из них претендует на членство в международных классификациях болезней.

Карл Ясперс подчёркивал, что все психические заболевания явственно отличаются от состояния здоровья. «Мы не можем понять невротические или психотические явления просто как преувеличенные формы нормальных переживаний и действий; но мы можем, так сказать, «приблизить» их к себе с помощью аналогий (например, шизофреническое мышление может быть сопоставлено с переживаниями, имеющими место при засыпании, а неврозы с элементами навязчивости похожи на некоторые переживания, связанные

с нормальной усталостью и также в каком-то смысле заслуживающие наименования «навязчивых»). Это — повторим ещё раз — ни в коей мере не означает, что явления, о которых идёт речь, представляют собой достигшие чрезмерного развития разновидности общечеловеческого» [5].

Развивая мысль своего учителя, Курт Шнайдер предложил разделить всю обширную область аномальных состояний психики на две группы: патологическую и непатологическую [6].

«Понятие болезни является для нас, в психиатрии, строго медицинским. Болезнь как таковая существует только в телесном. Патологическими являются для нас психические расстройства, обусловленные органическими процессами, их функциональными последствиями и локальными остаточными явлениями. Следовательно, мы основываем понятие болезни в психиатрии исключительно на патологических изменениях организма» [6].

Как и в иных областях медицины, доказательства биологического фундамента болезни должны подкрепляться научными фактами на уровне хорошо обоснованных гипотез. В группу психических патологий Шнайдер включил пороки психического развития (связанные с врождёнными морфологическими или метаболическими дефектами) и психические болезни (формы реализации патогенетического механизма в виде динамических, текущих образований).

Создающие биологическую основу болезни патофизиологические процессы представляют собою континуум, в пределах которого возможны их измерения параклиническими методами. Переход скрытых количественных изменений *pathos'a* в новое качество — в состояние болезни — происходит скачкообразно. Всеобщему закону перехода количества в качество в числе прочих подчиняются случаи медленного развития болезни. Возможные затруднения в ретроспективном определении времени её начала обусловлены только дефицитом информации. Любая психическая болезнь — трансформированный внутренний мир, совершенно новая форма жизнедеятельности. Она непременно содержит некий психологически непонятный элемент. Начало болезни и каждая её стадия — дискретные состояния, потому идентифицируются исключительно клиническим методом. Дименсиональные оценки для этой цели непригодны.

Непатологические психические аномалии — крайние варианты нормы, не имеющие от неё

каких-либо принципиальных, качественных отличий. По этой причине здесь возможны лишь дименсиональные, но никак не категориальные оценки. В непатологическую группу Шнайдер включил «аномальные интеллектуальные задатки» (не обусловленные биологическими причинами формы умственного недоразвития), «аномальные («психопатические») личности», «аномальные наклонности» (извращения), «аномальные реакции на события» и «событийно-реактивные развития» (деформации характера вследствие переживаний).

Хотя и в этой группе можно встретить морфологические или функциональные отклонения от гипотетического «среднего уровня», все они не выходят за пределы допустимых вариаций конституциональной нормы. Какими бы «тяжёлыми» не были психологические аномалии, даже теоретически они не могут формировать патогенетическую основу психических болезней и сугубо количественно никогда в них не перерастают. В случае возникновения болезни они оказывают патопластическое влияние на её картину и течение. «Необъятную сферу психической сущности, в том числе её аномальных вариантов, невозможно ввести в рамки понятий по способу клинической диагностики, с помощью модели наименования болезней. Обозначения психической или чисто социальной необычности как «патологической» не представляют никакой познавательной ценности» [6].

В отличие от иных биологических видов, человек способен контролировать внутренние представления, продуктивно мыслить, осознавать цели, смысл и план своих действий, воспроизводить опыт других людей и создавать новое, осуществлять свободный, независимый от обстоятельств нравственный выбор в принятии и реализации решений. Психическая болезнь — патогенетически детерминированные качественные изменения преморбидного психофизиологического функционирования, сопровождаемые временным, ремиттирующим, относительно стабильным либо нарастающим регрессом человеческих способностей. Спад или утрата хотя бы одной из них ослабляет способность к индивидуальному выживанию. Свобода воли предполагает моральную ответственность человека за выбор им пользы или вреда, добра или зла. Ограничение или утрату жизненно важных способностей вследствие психического заболевания врачи учитывают при выработке тактики курации пациента и экспертных решений.

Страдание не является обязательным атрибутом психических болезней. И вместе с тем психологические страдания, душевные муки — удел большинства здоровых людей. Многим приходится тяжело страдать от собственных недостатков, сомнений в своей правоте или укоров совести. Почти каждого хотя бы иногда страдать заставляют другие люди: ненароком или намеренно, заслуженно или безвинно, в микро- и макросоциальном масштабах. Мировые религии, великие мыслители всех времён и народов сходятся во мнении, что страдания должны способствовать духовному росту личности и эволюции человечества в целом.

Увы, но есть диалектическое противоречие: не все люди умеют переносить страдания достойно и одухотворённо. Детская психика к страданиям не подготовлена вовсе. Мера субъективной значимости интрапсихических, межличностных и/или социальных проблем, содержание и глубина переживаний, форма поведенческой реакции конкретной личности — всё это определяется комплексом её психологических свойств: ценностно-смысловой структурой, интеллектом, социальной компетентностью, чертами характера, антиципационной состоятельностью, способами психологической защиты, копинг-стратегиями и другими факторами плюс текущим состоянием биологических компенсаторных процессов.

Типология «аномальных личностей» (во избежание смещения понятий правильнее называть их акцентуированными) в известной мере определяет избирательную уязвимость в отношении определённого рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим [7, 8]. Неблагоприятные интеракции личностных и средовых факторов могут стать источником девиаций поведения: наркотизации, суицидов, агрессии, делинквентности, фанатизма и т.п. Объективизация и классификация аберрантных форм поведения, обусловленных исключительно социальными причинами — не повод объявлять их «патологическими».

Человек по своему призванию не должен быть «социально адаптированным» к несправедливости, жестокости и насилию, лицемерию, лжи и мракобесию. Печальное исключение представляет собою конформизм — единственное реальное расстройство личности [9], подлинный источник тоталитаризма [10]. Прежде чем утверждать, что «социальная отгороженность», «негативные социальные последствия», «снижение соци-

альной продуктивности», «ухудшение семейного, профессионального и социального функционирования» стали итогом психической болезни или неприемлемых установок психически здорового человека, необходимо удостовериться в том, что эти «признаки» (*терминология МКБ-10*) не образовались в результате отчуждения, стигматизации либо произвола со стороны родственников, иных эмоционально значимых людей, референтных групп, работодателей, представителей власти. Оценки соответствия реакций личности на бытующие в семье, в том или ином обществе моральные/аморальные устои, обычаи, предрассудки — прерогатива социальных психологов и юристов.

Чтобы ориентировочно определиться, имеем мы в каком-то конкретном случае дело с психической болезнью или с социально-психологической девиацией, можно использовать предложенный Р. Пайесом «тест необитаемого острова». Мысленно представляем клиента оказавшимся на необитаемом острове. Несомненно, симптомы психической болезни в этой воображаемой ситуации никуда у него не исчезнут — чего нельзя сказать о неконгруэнтных взаимодействиях с социальной средой [11].

Ну, а теперь самое время перейти к предметному обсуждению того, что Эскироль называл «мономаниями». МКБ-10 именует их «расстройствами привычек, влечений, сексуального предпочтения», а общеупотребительный язык — страстями (англ. *cravings*) и пагубными пристрастиями (англ. *addictions*). В сущности это одно и то же. «Страсть» (нем. *die Leidenschaft*) и «страдание» (нем. *das Leiden*) — слова общего происхождения. Английское «*affection*» обозначает привязанность, склонность, влечение, страдание. Любая страсть — хоть низменная, хоть возвышенная — обладает всеми признаками зависимости от своего объекта и потому губительна. Охваченный страстью человек утрачивает способность к контролю своих переживаний, фактически становясь её рабом. Скорее всего, он продолжит страдать по объекту страсти и на необитаемом острове. Можно ли уже на этих основаниях считать страсть психической болезнью?

Пока оставим в стороне великое множество частных форм аддикций — включая те, что, бывает, заканчиваются гибелью людей, типа диггерской, рафтинговой, руферской, рыболовной, скалолазной, стритрейсерской и им подобных. Обратимся к той самой эскиролевской эротомании, ко

всем знакомой (хотя бы по книгам), старой как мир и вечно юной, прекрасной, но чертовски опасной любовной аддикции. Речь пойдёт о возвышенном, жертвенном чувстве к представителю противоположного пола, не имеющему ничего общего с сексуальной аддикцией нарциссических нимф и донжуанов. Ну, а по силе эйфории, тяжести страданий, масштабам последствий — в том числе негативных — с любовной страстью не сопоставима вообще ни одна из мыслимых аддикций. Исследуем её соответствие диагностическим критериям рубрики F1x.2 МКБ-10 «Синдром зависимости».

Зарождение любви — исключительно волнующее переживание восхищения, восторга, необычайного душевного подъёма. Объект страсти воспринимается как идеал, совершенство, источник божественного вдохновения. Он тотчас становится центральным смыслом жизни. Аддикт испытывает сильную потребность в эмоциональной близости и духовном единении. Все мысли поглощены поиском встреч и завоеванием ответного чувства. Другие представители противоположного пола в качестве альтернатив даже не рассматриваются. Аддикт фантазирует на темы достижения взаимности, помнит мельчайшие детали поведения объекта, придаёт особое значение его взглядам, жестам, словам, интонациям. Он теряет покой и сон, часто забывает о приёме пищи, пренебрегает учёбой или профессиональными обязанностями, забрасывает прежние увлечения, сокращает общение с друзьями, меньше заботится о близких. В присутствии объекта происходит сужение сознания с учащённым сердцебиением, «игрой вазомоторов», невразумительной речью и неуклюжими действиями. Тем не менее, изобретаются способы повстречаться вновь.

Чтобы привлечь внимание, аддикт совершает безрассудные поступки вроде опасных акробатических пируэтов, единоборств с соперниками, финансовых затрат на украшение себя и подарки объекту страсти. Реальные недостатки объекта игнорируются. Разубеждения друзьями, родителями, их призывы трезво оценить последствия ни к чему не приводят. Собственные попытки контролировать содержание мыслей только усиливают влечение.

При безответной любви аддикт становится подавленным, рассеянным и раздражительным, беспрестанно думает об объекте, страдает бессонницей, теряет в весе. Ради избавления от тягост-

ного состояния он стремится с головой увлечься чем-то другим. Новое пристрастие — поначалу одобряемое (типа футбольной аддикции) или сразу порицаемое (типа алкогольной аддикции), но в любом случае тоже чреватое перспективой вредных последствий — любовную страсть иногда вытесняет.

Если же объект вовремя отвечает взаимностью, это вызывает безудержную эйфорию. Быстро растёт толерантность. Одних только свиданий оказывается уже недостаточно. Аддикт настаивает на совместном проживании, а в целях окончательной привязки объекта — на обзаведении детьми. Однако и ежедневного общения в часы досуга вскоре становится мало. Вместо того чтобы посвятить время отпускам интеллектуальным занятиям, домашнему хозяйству, спорту или социально полезной деятельности, он тратит деньги на дорогие совместные путешествия.

В целом расходы, направленные на сохранение благосклонности объекта, всегда превышают пределы разумного. Аддикту приходится много работать, изнашивая организм и увеличивая риск развития заболеваний. Заботящиеся о своём здоровье аддикты затевают во имя любви финансовые авантюры — вплоть до уголовно наказуемых. Во время вынужденных разлук любовный аддикт забывает обиды, вновь наделяет объект страсти сугубо идеальными качествами. Жизнь без него представляется серой, пустой, непривлекательной. Мысли и воспоминания приобретают неотвязный тоскливый характер.

Влечение резко обостряется в ответ на ассоциативные стимулы: места прежних встреч, памятные даты, знакомые ароматы, очертания фигуры, манеры поведения. Чтобы снять дискомфорт, некоторые аддикты прибегают к суррогатным заменителям. Одновременно это позволяет им «омолодиться» и после возвращения к объекту вновь испытать прежнюю гамму ярких чувств.

Бывает, что заменитель оказывает более мощное эйфоригенное действие. Тогда аддикт бросает на произвол судьбы прежний объект и детей, ставит под удар профессиональную карьеру.

Особенно невыносим разрыв отношений по инициативе объекта. Аддикт испытывает душевную боль, тоску, отчаяние, чувство одиночества. Ничто его больше не радует, жизнь утрачивает смысл. Случаются суициды, летальные исходы сосудистых катастроф.

Привязанность к объекту тех, кому посчастливилось избежать тяжёлых драм, со временем превращается в подобие автоматического компульсивного поведения. Предмет любви воспринимается более объективно, отношение к нему становится амбивалентным. При встречах исчезают эмоционально-вегетативные реакции, возникавшие в начальной стадии страсти. Осознаются упущенные альтернативные возможности. Циклы нежной душевной близости сменяются периодами дисфории и мелочных придирок с перерастанием в серьёзные конфликты. Дома аддикт уже не следит за своим внешним видом. Он испытывает потребность хотя бы на время уйти от реальности. Так формируются «коморбидные» аддикции.

Некоторые многократно пытаются прекратить связь с объектом, но тут же понимают, что жить без него не смогут. Наступает очередная фаза умиротворения. Однако и на этом фоне возможны вспышки ревности, иногда с жестоким обращением. В одной из статей [12] приведена статистика ФБР, согласно которой объекты любовной страсти стали жертвами 10% всех убийств, совершённых в США за 2011 г. Персистирующий стресс способствует раннему возникновению у аддикта болезней и преждевременной смерти. Её наступление ускоряется, если объект любви умирает раньше. «Нет повести печальнее на свете...» (Шекспир).

Мнения учёных насчёт того, в каких конкретных случаях универсальное, способствующее созданию семьи, воспроизводству и общему благополучию чувство любви надлежит считать аддикцией, разошлись. Для одних специалистов любовь — аддикция, если, в отличие от «романтической любви», сосредоточенность на ней «снижает адаптивное функционирование в повседневной жизни», «влечёт социальные или судебные издержки», «угрожает безопасности» [12–14]. Другие авторы резонно возражают: увлечения, привязанности, страсти — аддиктивный континуум без чётких разделительных границ. Безмятежная любовь легко становится страстной, страстная — безмятежной; всё зависит от обстоятельств.

Использовать в качестве научных дифференцирующих критериев личные суждения «мало-много», «редко-часто», «быстро-длительно», «преодолимо-неодолимо», «адаптивно-неадаптивно» как-то несерьёзно. Какой бы любовью ни возманил исследователь и сам влюблённый —

«страстной», «зрелой», «романтической», сопровождающие её нейробиологические изменения совершенно не различимы [15–17].

В любом варианте активизируется мезолимбическая дофаминергическая система, а вместе с ней эмоциональная значимость и мотивационно-потребностный драйв. Одновременно дезактивируются связанные с социальными критическими суждениями и негативной окраской эмоций правополушарные регионы, обуславливая эволюционно закрепившуюся безрассудную, маниакальноподобную самоотверженность, жертвенность, не критичность влюблённого. Аналогичный паттерн нейрофизиологических изменений характеризует материнскую любовь.

Мезолимбическая система вознаграждения/выживания активизируется независимо от того, счастлив человек в любви или отвергнут [13, 15, 16, 18–21]. То же самое происходит в ответ на вообще любой побуждающий стимул любой эмоционально-смысловой валентности, будь то сильная жажда, радостное известие, витальная угроза и т.п. [16, 20, 22–25]. Снижение тонического уровня дофамина и его увеличенные фазные выбросы в подкорковых областях среднего мозга — общий коррелят всех химических и нехимических аддикций [12, 15, 16, 19–21, 23, 26], обсессивно-компульсивной болезни [27–31], шизофрении [32–36]. К обсуждению этого универсального нейробиологического эпифеномена мы ещё вернёмся.

Итак, любовь — да простят мне влюблённые преднамеренно ханжескую психологизаторскую версию описания этого хронического трепетного чувства — подобно иным страстям соответствует всем без исключения диагностическим критериям «синдрома зависимости» в том самом виде, как они изложены в МКБ-10. Отчего же мы называем любовь болезнью только в жанре лирических аллегорий? Действительно ли критерии «синдрома зависимости» МКБ-10 охватывают клинические картины наркоманий, алкоголизма? Релевантны ли аддикции психическим болезням?

Ясперс призывал к правильному пониманию феноменов, которые описаны в психопатологии как навязчивости. «Мы не говорим о навязчивости, когда в процессе обычного инстинктивного переживания наше внимание приобретает ту или иную направленность, и в нас возникает то или иное желание. Когда человек испытывает влечение, реализация которого может иметь сколько-нибудь существенные последствия, не

исключено возникновение конфликта мотивов. Решение может приниматься двояко: либо с чувством самоутверждения и осознанием свободы, либо с чувством поражения и осознанием необходимости подчиниться. Это нормальное, всеобщее явление» [5].

Отличительный признак обсессии — осознание больным чуждого побуждения, которое исходит как бы не из самой его личности, противоречит её природе, явно лишено смысла, недоступно пониманию. Вторичное по отношению к обсессивному влечению поведение превращается в бессмысленный ритуал, а процесс его выполнения становится всё более и более мучительным, никогда не принося удовлетворения. Любое отклонение в реализации деталей ритуала исключается. Возможность ошибки порождает сомнение относительно эффективности ритуала и заставляет повторять его с самого начала. В противном случае больного охватывает невыносимая тревога, психическую жизнь заполняют отрицательные смыслы разрушения и распада. У психиатра такой пациент вызывает ощущение чуждого, недоступного образа бытия, переживание встречи с необъяснимой инакостью [5].

Обсессии представляют собой одну из форм психических автоматизмов — идеомоторных или сенсомоторных импульсов, возникающих в результате обусловленного церебральным процессом раздражения локальной группы нейронов. Газтан де Клерамбо назвал эти первичные, лежащие в основе образования целого ряда психопатологических картин феномены вторжения «синдромом S», чтобы подчеркнуть их психологическую «невыводимость», отсутствие логической связи с текущими представлениями. Непроизвольное, насильственное вторжение в сознание чуждых, паразитарных импульсов действует потрясающим образом, сопровождаясь мощной аффективной реакцией. Компенсаторное восстановление самопонимания и сознания непрерывности «Я», новое отграничение «Я» и окружающего мира достигается путём интерпретаций чувственного искажения реальности, проекций во времени, изменения структуры самосознания, защитных ритуалов и других вторичных симптомов [38, 39].

«Синдром может быть понят как результат деятельности всего мозга, как проявление расстройств динамики во взаимоотношениях его функций, однако его компоненты тесно связаны с нарушением определённых областей» (Артур

Кронфельд) [40]. Так, например, в случаях, когда в патологический процесс дополнительно вовлекается правая нижняя теменная доля, первичный эхо-феномен переживается с чувством трансперсонации [40–45]. Иными словами, в механизме формирования клинических картин нейродинамика предшествует психодинамике, но не наоборот. «Между вредностью, поражающей мозг, и клинической картиной находится личность больного. Таков основной закон психопатологии» (Анри Эй) [46]. Тот или иной «фактор S» присутствует в клинической картине любого психического заболевания. Даже при банальной неврастении (F48.0) без привлечения психодинамических спекуляций, на языке понятных психологических связей мы не в силах объяснить, почему сон и отдых не избавляют больного от симптомов, подобных картине переутомления.

В научных публикациях последних лет, посвящённых описаниям аддитивного влечения, всё чаще используют термин «импульсивность». В американском DSM такие дряхлые «монотомии», как клептомания, пиромания, «патологический» гемблинг даже числятся в разделе «Расстройства контроля импульсов». Авторы вкладывают в понятие «импульсивность» чисто психологическое содержание: склонность действовать под влиянием обстоятельств и эмоций по первому побуждению, получая в итоге искомое удовлетворение.

Однако в клинической психиатрии под импульсивностью всегда понимали мгновенный, внезапный аффективный импульс без мотива, без расчёта, противоречащий личностным установкам. Это идеомоторный психический автоматизм, один из вариантов «синдрома S» Клерамбо, результат произвольной деятельности психомоторики вследствие временного выключения корковой регуляции. К примеру, у больных алкоголизмом вследствие прогрессирующей редукции префронтальной коры нарушается управление мыслительной и моторной активностью в соответствии с целями и планами. По этой причине импульсивность усилена даже в периоды длительного воздержания [47, 48].

Метафорическое использование психиатрических терминов превратилось в самостоятельную проблему современной психиатрии [11]. Как тут снова не вспомнить слова Ясперса: «Задача психопатологии — предпринимать дальнейшие попытки дифференцирования многочисленных неясных специальных терминов и приведения их

к той определённости, которая в большей степени, чем до сих пор, позволяла бы не допускать двусмысленности и произвола в их употреблении. Однако исследователь должен не втискивать второпях в заимствованные шаблоны описание того, что он видит, а использовать всё богатство живой речи и давать образные характеристики. Это должно происходить непринуждённо, и то, что не удаётся выразить в этих терминах, лучше оставлять без ярлыков. Большинство неверных диагнозов возникает именно из-за опрометчивого обозначения происходящего специальными терминами» [5].

И.Н. Пятницкая констатировала, что ни количество потребляемого вещества, ни частота его приёмов всё же не играют решающей роли в развитии наркоманий. Оценка количественного контроля — зыбкая платформа для диагностических суждений. Изначально низкая толерантность к веществу прогностически менее благоприятна, чем изначально высокая [37]. И даже очень длительное злоупотребление многими психоактивными веществами (ПАВ) далеко не всегда заканчивается развитием наркомании [24, 37, 49, 50].

Выводы, базируемые на исследованиях только стационарных контингентов, без полного охвата изучаемых популяций, не всегда корректны. В том числе потому, что аддикции у госпитализируемых нередко маскируют основную психическую патологию (главным образом аффективную). Анализ национальных обзоров психического здоровья населения США и проспективных исследований показал, что около трёх четвертей молодых людей с химическими аддикциями приблизительно к 30 годам прекращают злоупотребление, причём независимо от лечения [24].

Одно и то же вещество может быть и ядом, и лекарством. Бесспорно, опьянение увеличивает риск получения различных травм. Вместе с тем алкогольное опьянение статистически значимо снижает вероятность летального исхода тяжёлых черепно-мозговых травм [51–56]. То же самое относится к поведенческим аддикциям: один и тот же объект страсти может приносить пользу и причинять вред — как, например, деньги, власть, покупки, спорт, телевизор, интернет, ковыряние в носу. Итог зависит от того, кто эти объекты использует и зачем.

Синдром отмены вовсе не служит безусловным маркёром сформированного «синдрома зависимости», как принято утверждать в психиа-

трической литературе последних десятилетий. По крайней мере, если «синдром зависимости» синонимичен алкоголизму/наркоманиям с их хроническим течением и необратимыми изменениями психики. Абстиненция есть попытка организма восстановить гомеостаз собственными ресурсами. Будучи компенсаторным процессом, она требует не подавления, а коррекции [37].

Иллюстративны результаты исследований, которые вела профессор социологии и психиатрии Ли Робинс среди ветеранов вьетнамской войны. 80% солдат США употребляли во Вьетнаме марихуану, 40% — опиоиды (героин, опиум). В 1971 г. около 14 тыс. участников боевых действий перед возвращением домой подверглись тотальному скринингу образцов мочи на наличие морфина. Тест оказался положительным у каждого десятого. Из ≈1400 употреблявших героин с позитивным тестом была образована рандомизированная выборка в составе 495 человек. За ними осуществляли катамнестическое наблюдение.

У 54% потребителей героина был диагностирован «синдром зависимости». 2% из них перед возвращением на родину прошли 2-недельную детоксикацию. Более 80% пережили классический синдром отмены самостоятельно. Дома лечение прошёл каждый шестой. В течение года после возвращения возобновили приём героина 5% из числа ветеранов с «синдромом зависимости». И даже через 3 года этот показатель достиг лишь 12%. Воздержание от наркотиков никак не зависело от лечения. Делинквентное поведение в довьетнамском периоде долгосрочный прогноз не предсказывало. Продолжающийся крейвинг среди прекративших приём героина подтвердили 4%. В популяции ветеранов уровень наркотизации приблизился к довоенным значениям [57–60].

Профессор В.К. Смирнов был абсолютно прав, когда говорил о том, что изучение механизмов не-заболевания, саногенетических механизмов — ничуть не менее важное направление, чем изучение патогенеза. Пока мы плохо понимаем, какие проявления болезни связаны с её патогенной основой, которую следует подавлять, какие отражают защитный, противодействующий ей процесс, которому нужно содействовать [61].

Стресс-провоцированный характер аддиктивного поведения у большинства злоупотребляющих седативными ПАВ подтвердили наши исследования, проведённые на афганском театре военных действий. Был обследован 221 военнослужащий, поступавший в психиат-

рическое отделение Кабульского госпиталя в 1986–1988 гг. исключительно по этому поводу. Пациенты с гашишной аддикцией составили 57%, с опийной — 21%, с полисубстантной гашишно-опийной — 22%. Среди непосредственных участников боевых действий пропорции были иными: соответственно 18, 37 и 45%. Злоупотребление гашишем коррелировало с делинквентным поведением в доафганском периоде.

Как и в наблюдениях Робинс, начало употребления опиоидов не имело значимой связи с предшествующим употреблением гашиша. Среди начавших употреблять наркотики в первые 6 мес службы в Афганистане гашишные аддикты составляли 58%, во вторые — 53%, на третьем и на четвёртом полугодиях — 22%. Точно так же снижалась пропорция полисубстантных аддиктов. У лиц с опийной аддикцией поведенческие девиации в доафганском периоде прослеживались редко. Употребление опиоидов отчётливо коррелировало с увеличением экспозиции и тяжести боевого стресса. Среди начавших употреблять наркотики на первом полугодии службы в Афганистане опийные аддикты составляли 9%, на втором — 27%, на третьем — 67%, на четвёртом — 78%.

Использование проективных тестов и опросников позволило доказать, что формирование аддикций было тесно связано со стрессогенными переживаниями. При этом «классические» реактивные состояния у опийных аддиктов развивались крайне редко [62].

Другой пример: среди комбатантов, получавших высокие дозы морфина в связи с ранениями во время войны в Ираке, частота развития посттравматического стрессового расстройства оказалась более низкой [63].

Итак, критерии «синдрома зависимости» на проверку оказались ненадёжными. А ведь для диагноза, согласно МКБ-10, достаточно трёх любых из шести «признаков»: «сильной потребности в веществе», «нарушения контроля его приёма», «синдрома отмены», «роста толерантности», «забвения альтернативных интересов» и «продолжения употребления, несмотря на вредные последствия». Полный набор «диагностических признаков» мы обнаружили в поведенческих аддикциях на примере любви: стоило лишь заменить слово «вещество» на «объект страсти». Однако ни у кого, наверное, не хватит ни фантазии, ни цинизма всерьёз приравнять к болезни самое драгоценное человеческое чувство.

Чего же самого важного недостаёт в тексте рубрики F1x.2? Желая в этом разобраться, наугад мы взяли три авторитетных издания прошлых лет: «Руководство по психиатрии» Эугена Блэйлера (1920), «Клиническую психиатрию» под редакцией Ганса Груле (1967) и «Наркомании» Ирины Пятницкой (1994). И вот каковы общие впечатления.

Ни в одном из источников клиническая картина болезней не была представлена перечнем статичных «признаков» — ни в лапидарном (как в МКБ-10), ни в обстоятельном (как в ряде современных руководств) стиле их изложения. Будучи первоклассными клиницистами, наши предшественники отлично знали, что изолированные симптомы и произвольные их комбинации диагностического значения не имеют. Симптомы приобретают его в нозоспецифичной динамической взаимосвязи с другими проявлениями болезни. Форма болезни складывается из типовых закономерностей возникновения, развития, видоизменения и исчезновения своих структурных компонентов.

Поведение в процессе диагностики служит составной, но не основополагающей частью анализа и интерпретации. Поведение — эпифеномен, придаток к феномену, побочное явление, которое сопутствует другим явлениям, но не оказывает на них никакого влияния [69]. Нет таких видов поведения, констатация которых сама по себе позволяла бы безошибочно определять наличие болезни и отличать болезни друг от друга. «Наивный способ учитывать одни лишь бросающиеся в глаза явления потому обманчив, что он обращает внимание на кричащие различия и сходства, но оставляет нас в полном неведении относительно сущности болезни; в то же время важнейшие, но незаметные основные черты исчезают от внимания». Нужно полагать, эту, имевшую истоки в трудах Фальре и Кальбаума, крепелиновскую формулировку авторы цитируемых изданий из виду никогда не упускали. Главное отличие наркологических болезней от непатологического злоупотребления ПАВ они видели в регрессе человеческих способностей.

Первые признаки регресса — изменения формы потребления и характера опьянения, систематическая утрата ситуационного контроля. Данными симптомами начавшейся болезни проявляет себя произошедший качественный сдвиг с трансформацией самосознания, способа реагирования и взаимоотношений с внешним миром.

В них усматривается запуск процесса ослабления силы суждений, редукции высших эмоций, упрощения побуждений, снижения волевого контроля, расторможения подкорковой аффективности. Именно регресс становится причиной рецидивов. Органический дефект с примитивизацией, олиготимией и опустошением психики далее становится всё более очевидным. Однако даже такие фундаментальные симптомы недостаточно квалифицировать «на срезе». Однозначная диагностика возможна лишь при условии соблюдения принципов «психиатрии течения» [37, 50, 64].

МКБ-10 ничего подобного нам не предлагает. Стандартизованные указания, шкалы, интервью не заменят клиническую диагностику. Распознавание начавшейся болезни требует хорошей профессиональной подготовки и интеллектуальных усилий психиатра.

Ознакомление с текстами даёт ясные представления о каждой отдельной болезни. Не придёт в голову, что болезнь окажется частью дименсионального спектра, который на одном своём полюсе сольётся с крайними вариантами нормы, а на другом перекроется другими «спектрами» и возвратит нас в тупик «единого психоза». Выяснение одних только общепатологических закономерностей не отвечает задачам клинической дисциплины.

С подобным контрпродуктивным «успехом» можно объединить в спектр, предположим, заболевания сердца, которые тоже имеют ряд общих симптомов и эквивалентную сердечную недостаточность. Далее можно порассуждать об «экспрессиях признаков» и придумать, какие ингредиенты, в каком наборе, какое время должны «томиться» до готовности того или иного «диагноза». Кардиология при таком раскладе пришла бы в упадок. Она была бы вынуждена заниматься бесконечными исследованиями одних и тех же проблем с отбором материала по ненаучным диагностическим критериям, получая вследствие этого ненадёжные, противоречивые результаты. Патогенетические механизмы частных форм сердечных заболеваний оставались бы неизвестными. Ибо представление о болезни всегда формируется эмпирическим путём, и только вслед за тем на помощь в понимании её сущности приходит патофизиология (Клод Бернар).

К счастью пациентов, иные дисциплины не последовали примеру психиатрии: рубрики МКБ-10 служат статистическим целям, сущность нозологических форм раскрывается в клини-

ческих руководствах. На попрание описания целостных картин психических заболеваний экспертам из разных стран и следовало бы достигать консенсусов. Поделом главу V МКБ-10 метко сравнивают с книгой кулинарных рецептов. Однако ведь книга представлена нам подобием библии, якобы воплотившим всю психиатрическую мудрость.

Вплоть до 1970-х годов психиатрия США развивалась в двух конкурирующих направлениях: психоаналитическом и бихевиористском.

Психоанализ считает формы психических нарушений разными типами реакций на конфликт между осознанным восприятием реальности и бессознательным. Этот конфликт присущ едва ли не каждому, болезни отличаются лишь более массивной экспрессией реакций. Бездоказательные психодинамизмы подменяют патогенез психогенезом, стирая качественные различия между нормой и болезнью.

Бихевиоризм утверждает, что мысли, чувства, поведение человека всецело обусловлены средовыми переменными — почти как у животных. Соответственно отвергаются духовная сфера человека, осознание им целей и смысла действий, свобода воли при принятии решений. В центре внимания бихевиористов — девиантное поведение. Раз оно сопровождается нарушением социальных норм, значит, это «личностная дисфункция», требующая «модификации».

По сути психологизация и биологизация психических процессов противоположны, но обе теории фокусируются на философской проблеме конфликта человека с обществом, его столкновений с моральными запретами. Для клинической психиатрии они представляют скорее исторический интерес. Хотя американская психиатрия, избрав для себя «прагматическую» (атеоретическую, эклектическую) парадигму, формально отказалась от господства данных теорий, влияние обеих явственно сказывается по сей день, в том числе в конструкте трёх последних версий DSM (1980, 1994, 2013). С накопленным за 200 лет опытом европейской клинической психиатрии американские коллеги знакомы, мягко говоря, поверхностно. Произошло, однако, так, что европейская психиатрия оказалась в фарватере глобализации и американского эклектизма, втихую похоронив все свои лучшие достижения под шумок восторгов заманчивой простотой архаичных подходов.

В преамбуле к вошедшей в состав МКБ-10 «Классификации психических и поведенческих расстройств» её составители честно признались: «Настоящие описания и указания не несут в себе теоретического смысла, и они не претендуют на всеобъемлющее определение современного состояния знаний о психических расстройствах».

Хочется спросить: а какой иной глубокий смысл заложен в классификацию? Что ещё, кроме текущего состояния знаний, может отражать классификация? Почему в классификацию болезней (МКБ) включены состояния, вовсе не являющиеся болезнями? Если деление выполнено не по единому основанию, если оно вмещает причудливый набор болезней, синдромов, психологических и социологических проблем, если всё это называется «расстройствами» и тем самым уничтожает принципиальные различия между ними, если не обеспечена дискретность объектов, логично ли считать такое деление классификацией? Был бы признан легитимным такой подход в смежных областях медицины?

Впрочем, намёк на идею объединения разношёрстных объектов в «гроссбух» можно найти в той же преамбуле: «"Расстройство" не является точным термином, но здесь под ним подразумевается клинически определённая группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств». Дефиницию «личностной дисфункции», которая позволяла бы объективно её квалифицировать, отыскать не удалось. Тем более нет аргументации того, что «личностная дисфункция» всегда имеет однозначно болезненное происхождение. И как нам быть с тем обстоятельством, что «гроссбух» препятствует эффективному функционированию психиатров, что он нередко причиняет страдания здоровым людям?

Некоторые используемые аддиктологами термины в психиатрии обозначают клиническую симптоматику. Под заимствованными терминами нередко описывают психологические переживания, свойственные большинству людей. Хотя доминирующее влечение при аддикциях носит неотвязный характер, его нельзя называть obsessивным. Оно соответствует направленности интересов, сопровождается чувством собственной внутренней активности, имеет тесную смыс-

ловую ассоциацию с содержанием представлений и фантазий. В отличие от абсурдных, изматывающих, однотипных компульсивных ритуалов аддикт всякий раз проявляет изрядную изобретательность в способах реализации влечения и в итоге достигает комфорта.

От настоящих наркологических болезней поведенческие аддикции отличаются отсутствием симптомов регресса человеческих способностей. Сколько бы ни продолжалось поведение, пусть даже самое гадкое, оно не способно вызвать в организме патофизиологический эффект, сопоставимый с действием ПАВ [65]. Само собой, низменные страсти ведут к обнищанию духа, а возвышенные, наоборот, способствуют духовному росту. Однако психические функции головного мозга и духовная сфера — совсем не одно и то же. Медицинские вмешательства в духовный мир недопустимы даже при благих намерениях.

Обоснование нейрофизиологическими находками болезненной природы того, что нельзя признать болезнью эмпирически, выглядит довольно экзотично. Обнаруживаемые при поведенческих аддикциях нейропластические изменения объёма мозговых структур — доказательства обучения, а не патологического процесса [65]. Мозговой субстрат поражения высших психических функций, глубоких изменений личности при алкоголизме и наркоманиях следует искать в корковых отделах и соединяющих их волокнах белого вещества, но никак не в лимбических структурах, строение которых мало чем отличается от аналогичных образований мозга животных [22].

Дофаминергическая активация мезолимбической системы — не более чем индикатор эмоционально-мотивационной значимости внешнего или внутреннего события. Причём без разницы, какую конкретную эмоцию она сопровождает — удовольствие, страх, экстаз, злобу, отвращение, недоверие, — и независимо от того, естественное или болезненное это переживание. «Демонтаж» психотической симптоматики путём блокады мезолимбических дофаминовых рецепторов происходит, разумеется, не потому, что такие сложные феномены, как галлюцинации и бред, будто бы продуцирует средний мозг. Точка приложения нейролептических средств находится в тех функциональных областях, где осуществляется контакт между глубинными витальными слоями и психической надстройкой, образующей и перерабатывающей переживания [66]. Переработка

переживаний происходит уж точно не в подкорке. Разумеется, поведенческие аддикции имеют нейробиологическую основу — как и вся наша психическая деятельность. Интерпретация этой основы как доказательства «патогенеза» — *idée fixe*.

Любовная аддикция непостижима. Мы продолжаем любить и после успешного выполнения задач продолжения рода, и тогда, когда взамен не получаем ничего, и когда объект любви уходит насовсем. Прочие аддикции движимы предсознательными мотивами. «Люди влечений, под которыми обычно подразумевают периодических странников, алкоголиков, мотов, поджигателей и клептоманов, ... представляют собой прежде всего не психологическую, а социологическую (с точки зрения поступка) группу, которая скрывает в себе в психологическом плане самые разные вещи» (Шнайдер) [6]. Одна и та же аддикция, но у разных людей может быть способом повышения самооценки, группирования со сверстниками, избавления от одиночества, бегства от реальности, развлечения, разрядки, копинг-стратегией, реакцией эмансипации, манипулятивным средством, и т.д. [18, 65, 67]. Наконец, аддикция может стать одним из неспецифических проявлений психической болезни.

В дискуссии вокруг поведенческих аддикций на страницах «Неврологического вестника» [68–72] обе стороны по-своему правы. Во все века существовало и будет существовать великое множество пагубных пристрастий. Такова человеческая природа. Обуреваемые страстями люди психологически страдают. Страсти изменяют их поведение, сказываются на благополучии окружающих, иногда приводят к трагедиям. Бесспорно, многие аддикты нуждаются в психологической помощи. На вопрос, вынесенный моим дорогим другом профессором А.Ю. Егоровым в заголовок своей статьи [68], стоит ответить утвердительно: да, поведенческие аддикции — всё-таки сплошные расстройства. Но только не психиатрические, а психологические.

Результаты исследований на материале войн можно экстраполировать на социальные процессы мирной жизни и обусловленные ими аддиктивные тенденции. Остро стоял вопрос выживания в эпоху экономического кризиса, разгула бандитизма — был всплеск злоупотребления алкоголем и героином. Ныне общество погружается в экзистенциальный вакуум — на первый план выходят экстремальные хобби, злоупотребление стимуля-

торами и галлюциногенами. Нивелируются человеческие связи, блекнет живое общение, растут отчуждённость и вражда — есть способ компенсации виртуальным миром интернет-аддикции. Минули времена геростратов-одиночек — теперь пироманы объединяются в мелкие группы и бессмысленно, только из «интереса к виду огня» и ради «сильного возбуждения» (критерии пиромании МКБ-10) поджигают по ночам машины сограждан. Клептоманы, дабы «наказать толстосумов» и одновременно «получить порцию адреналина», крадут вещи и продукты из супермаркетов — эх, «используя не все возможности скрыть воровство» (!), «без материальной выгоды», но зато с глубоким «чувством удовлетворения» (критерии клептомании). Герой романа Достоевского «Игрок» Алексей Иванович, — впрочем, как и сам Фёдор Михайлович, — оба сегодня числились бы психиатрическими пациентами с диагнозом «патологическая склонность к азартным играм».

Вместо того чтобы маркировать больное общество, способствовать его оздоровлению, мы занимаемся непродуктивной маркировкой и якобы лечением им порождаемых маргиналов, а заодно вообще всех страстных, иногда очень талантливых личностей. Кстати, почему обделены диагнозом крупные игроки финансовых бирж, участники чересчур азартных игр в политике? Разве они не страдают от проигрышей (критерий патологического гемблинга), заставляя страдать ещё и миллионы невинных?

Произвольные толкования специальных терминов, психодинамические фантазии, суждения об адаптивности поведения не имеют к объективным оценкам и диагностике никакого отношения [11, 24, 67]. Новоиспечённые претенденты на включение в состав МКБ часто порождаются истерией средств массовой информации. Психиатры, внедряя социально-психологическое явление в наукообразную модель болезни, приумножают страх среди общества [11, 67].

Приводят, например, данные, что в Южной Корее интернет-аддикция диагностирована уже у 24% детей [11]. Социальные последствия не исчерпываются стигматизацией и лишним родительским беспокойством. Психиатрический диагноз отвлекает внимание от негативных социальных процессов, ставших причиной распространения неприемлемых форм аддикций. Правительствам стран проще сосредоточиться на якобы медицинской проблеме, ввести новые запреты, пере-

распределить выделяемые на здравоохранение ресурсы, нежели вплотную заняться решением задач оздоровления общественных отношений.

С другой стороны, диагноз размывает ответственность аддикта и защищает его от мер социального воздействия. В принципе получается такое же злоупотребление психиатрией, в каком упрекали психиатрию СССР [73]. И ладно бы психиатры ограничивались ролью духовных пастырей. Диагноз открывает простор для возрождения евгеники, теперь уже путём экспериментов с психотропными препаратами. Базы научных публикаций пестрят сообщениями об эффективности антидепрессантов. «Компульсивный» шопинг, гемблинг, интернет-аддикцию уже лечат налтрексоном. Совсем скоро планируют начать избавлять народ от любовной аддикции антагонистами окситоцина [12]. А почему бы нам не возвести в ранг болезни фармакофильную аддикцию? Терапевтическая польза нейрорептиков была бы предсказуема.

Сопоставления социально-психологических девиаций с картинами психических болезней — пристрастие, пагубное для психиатрии. Подобие — не тождество. Гораздо полезнее сосредоточить внимание на установлении чётких различий [17].

Будем реалистами: российская психиатрия МКБ-10 не изменит. Однако профессиональное сообщество вправе составить перечень рубрик, рекомендуемых к изъятию из психиатрического оборота в нашей стране с запретом психофармакологических вмешательств. Задача психиатра в отношении обратившихся и направленных к нему в связи с девиантным поведением — исключить психическую болезнь с симптоматической или компенсаторной аддикцией. Если диагноз болезни отвергнут, в МКБ-10 для учёта обращения есть рубрика Z64.3 «Поиск и принятие действий поведенческого и психологического характера, известных как вредные и опасные». Это не диагноз. Это вывод о том, что данный субъект ничем не болен, в медицинской помощи не нуждается.

Целесообразно порекомендовать когнитивно-поведенческую психотерапию. Этот будто бы медицинский термин на деле означает психологически фундированный воспитательный процесс. Доказана эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии при аддикциях. Медицинского образования когнитивно-поведенческая психотерапия не требует, во всём мире её проводят

психологи. Наилучшим средством общественной профилактики неприемлемых зависимостей и сокращения причиняемого ими вреда служит любовь. В истинном значении этого слова. На основе взаимности со стороны родины.

«Инстинктивный человек — личность, которая в общем следует своим влечениям или взаимодействию их сил. Сознательный человек склонен противопоставлять себя своим влечениям, с помощью убеждений и размышлений пробуждать в себе встречные стремления и делать выбор между теми и другими. Эти сами по себе нормальные характерологические тенденции у некоторых людей встречаются аномально повышенными, но ни у одного человека их не бывает в чистом виде. Сугубо инстинктивный человек был бы ещё не человеком, сугубо сознательный — уже не человеком. Человечный человек постоянно дрейфует между этими полюсами» (Шнайдер).

Нужно оставаться человечными. «Именно страстям обязан разум самыми блистательными своими завоеваниями» (Вольтер).

ЛИТЕРАТУРА

1. Esquirol J.-E.D. Monomanie. In: *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*. Paris: Panckouche. 1819; 34: 114–125.
2. Esquirol J.-E.D. *Des maladies mentales: consideres sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*. 2 vols. Paris: J.-B. Baillere. 1838; 78 p.
3. Cartwright S.A. Report on the diseases and physical peculiarities of the Negro race. *The New Orleans Med. Surg. J.* 1851; 691–715.
4. Falret J.-P. De la non-existence de la monomanie. *Archives générales de médecine (5e série)*. 1854; 4: 147–164.
5. Ясперс К. *Общая психопатология*. М.: Практика. 1997; 1053 с. [Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag. 1965; 748.]
6. Шнайдер К. *Клиническая психопатология*. Киев: Сфера. 1999; 236 с. [Schneider K. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950.]
7. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков*. Л.: Медицина. 1983; 256 с. [Lichko A.E. *Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov*. Leningrad: Meditsina. 1983; 256 p. (In Russ.)]
8. Леонгард К. *Акцентуированные личности*. М.: Феникс. 1989; 558 с. [Leonhard K. *Akzentuierte Persönlichkeiten*. Berlin: Fischer. 1976; 328 s.]
9. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 3. *Неврологич. вестн.* 2017; 49 (2): 61–70. [Snedkov E.V. Lichnost' v prizme psikhiatricheskogo mentaliteta (kommentariy k stat'ye V.D. Mendelevicha). Chast' 3. *Nevrologicheskii vestnik*. 2017; 49 (2): 61–70. (In Russ.)]
10. Франкл В. *Человек в поисках смысла*. М.: Прогресс. 1990; 368 с. [Frankl V.E. *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press. 1959; 212 p.]

11. Pies R. Should DSM-V designate "internet addiction" a mental disorder? *Psychiatry (Edgmont)*. 2009; 6 (2): 31–37.
12. Earp B.D., Wudarczyk O., Foddy B., Savulescu J. Addicted to love: what is love and when should it be treated? *Philos. Psychiatr. Psychol.* 2017; 24 (1): 77–92.
13. Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. Is love passion an addictive disorder? *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 2010; 36 (5): 261–267. DOI: 10.3109/00952990.2010.495183.
14. Sussman S. Love addiction: definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 2010; 17 (1): 31–45. DOI: 10.1080/10720161003604095.
15. Burkett J.P., Young L.J. The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology*. 2012; 224 (1): 1–26. DOI: 10.1007/s00213-012-2794-x.
16. Fisher H.E., Brown L.L., Aron A. et al. Reward, addiction, and emotion regulation systems associated with rejection in love. *J. Neurophysiol.* 2010; 104 (1): 51–60. DOI: 10.1152/jn.00784.2009.
17. Hostetler C.M., Ryabinin A.E. Love and addiction: the devil is in the differences: a commentary on "The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction". *Psychopharmacology*. 2012; 224 (1): 27–29. DOI: 10.1007/s00213-012-2858-y.
18. Bartels A., Zeki S. The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*. 2004; 21 (3): 1155–1166. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2003.11.003.
19. Brown L.L. Addiction and sex, romantic love and attachment. *Ann. NY Acad. Sci.* 2010; 1187: 294–315.
20. Esch T., Stefano G.B. The neurobiology of love. *Neuro. Endocrinol. Lett.* 2005; 26 (3): 175–192.
21. Young K.A., Gobrogge K.L., Wang Z. The role of mesocorticolimbic dopamine in regulating interactions between drugs of abuse and social behavior. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011; 35 (3): 498–515. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2010.06.004.
22. Berridge K.C. Comparing the emotional brains of humans and other animals. In: R.J. Davidson, K.R. Scherer, H.H. Goldsmith eds. *Series in affective science*. Handbook of affective sciences. New York, NY, US: Oxford University Press. 2003; 25–51.
23. Blum K., Werner T., Carnes S. et al. Sex, drugs, and rock 'n' roll: hypothesizing common mesolimbic activation as a function of reward gene polymorphisms. *J. Psychoactive Drugs*. 2012; 44 (1): 38–55. DOI: 10.1080/02791072.2012.662112.
24. Heyman G.M. Received wisdom regarding the roles of craving and dopamine in addiction: A response to Lewis's critique of addiction: A disorder of choice. *Perspect. Psychol. Sci.* 2011; 6 (2): 156–160. DOI: 10.1177/1745691611400243.
25. Wise R.A. Dopamine and reward: The anhedonia hypothesis 30 years on. *Neurotox. Res.* 2008; 14 (2–3): 169–183. DOI: 10.1007/BF03033808.
26. Kelley A.E., Berridge K.C. The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *J. Neurosci.* 2002; 22 (9): 3306–3311.
27. Denys D., Zohar J., Westenberg H.G. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J. Clin. Psychiatry*. 2003; 65 (Suppl. 14): 11–17.
28. Modell J.G., Mountz J.M., Curtis G.C., Greden J.F. Neurophysiologic dysfunction in basal ganglia/limbic striatal and thalamocortical circuits as a pathogenetic mechanism of obsessive-compulsive disorder. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1989; 1 (1): 27–36. DOI: 10.1176/jnp.1.1.27.
29. Olver J.S., O'Keefe G., Jones G.R. et al. Dopamine D1 receptor binding in the striatum of patients with obsessive-compulsive disorder. *J. Affect Disord.* 2009; 114 (1–3): 321–326. DOI: 10.1016/j.jad.2008.06.020.
30. Sesia T., Bizup B., Grace A.A. Evaluation of animal models of obsessive-compulsive disorder: correlation with phasic dopamine neuron activity. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2013; 16 (6): 1295–1307. DOI: 10.1017/S146114571200154X.
31. Van der Wee N.J., Stevens H., Hardeman J.A. et al. Enhanced dopamine transporter density in psychotropic-naïve patients with obsessive-compulsive disorder shown by [¹²³I] {beta}-CIT SPECT. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161 (12): 2201–2206. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.12.2201.
32. Grace A.A. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nat. Rev. Neurosci.* 2016; 17 (8): 524–532. DOI: 10.1038/nrn.2016.57.
33. Guillin O., Abi-Dargham A., Laruelle M. Neurobiology of dopamine in schizophrenia. *Int. Rev. Neurobiol.* 2007; 78: 1–39. DOI: 10.1016/S0074-7742(06)78001-1.
34. Heinz A., Schlagenhauf F. Dopaminergic dysfunction in schizophrenia: salience attribution revisited. *Schizophr. Bull.* 2010; 36 (3): 472–485. DOI: 10.1093/schbul/sbq031.
35. Pickar D., Litman R.E., Konicki P.E. et al. Neurochemical and neural mechanisms of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Mod. Probl. Pharmacopsychiatry*. 1990; 24: 124–151.
36. Weinstein J.J., Chohan M.O., Slifstein M. et al. Pathway-specific dopamine abnormalities in schizophrenia. *Biol. Psychiatry*. 2017; 81 (1): 31–42. DOI: 10.1016/j.biopsych.2016.03.2104.
37. Пятницкая И.Н. *Наркомании*. Руководство для врачей. М.: Медицина. 1994; 544 с. [Pyatnitskaya I.N. *Narkomanii*. Rukovodstvo dlya vrachev. Moscow: Meditsina. 1994; 544 p. (In Russ.)]
38. Де Клерамбо Г.Г. *Психический автоматизм*. М.: Городец. 2018; 112 с. [De Clérambault G.G. *Syndrôme mécanique et conception mécaniste des psychoses hallucinatoires*. *Annales médico-psychologiques*. Paris. 1927; 85: 398–413.]
39. Кронфельд А.С. *Современные проблемы учения о шизофрении*. Тр. Института им. Ганнушкина, вып. 1. М.: НИИ психиатрии им. П.Б. Ганнушкина. 1936; 7–56. [Kronfel'd A.S. *Sovremennyye problemy ucheniya o shizofrenii*. Moscow: NII psikiatrii im. P.B. Gannushkina. 1936; 7–56. (In Russ.)]
40. Кронфельд А.С. *К вопросу о синдроме раздвоения*. Тр. 1-й Московской психиатрической больницы, вып. 3. М. 1940; 394–418. [Kronfel'd A.S. *K voprosu o sindrome razdvoyeniya*. Tr. 1 Moskovskoy psikiatricheskoy bol'nitsy, №3 Moscow. 1940; 394–418. (In Russ.)]
41. Farrer C., Frith C.D. Experiencing oneself vs another person as being the cause of an action: the neural correlates of the experience of agency. *Neuroimage*. 2002; 15 (3): 596–603. DOI: 10.1006/nimg.2001.1009.
42. Franck N., O'Leary D.S., Flaum M. et al. Cerebral blood flow changes associated with Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2002; 14 (3): 277–282. DOI: 10.1176/jnp.14.3.277.
43. Frederikse M., Lu A., Aylward E. et al. Sex differences in inferior parietal lobule volume in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 2000; 157 (3): 422–427. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.3.422.
44. Ganesan V., Hunter M.D., Spence S.A. Schneiderian first-rank symptoms and right parietal hyperactivation: a replication using fMRI. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162 (8): 1545. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.8.1545.
45. Spence S.A., Brookes D.J., Hirsch S.R. et al. A PET study of voluntary movement in schizophrenic patients experiencing passivity phenomena (delusions of alien control). *Brain*. 1997; 120 (Pt. 11): 1997–2011. DOI: 10.1093/brain/120.11.1997.

46. Ey H. *Hallucinations et délire: les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal*. Paris: Felix Alcan. 1934; 192 p.
47. Gröpper S., Spengler S., Stuke H. et al. Behavioral impulsivity mediates the relationship between decreased frontal gray matter volume and harmful alcohol drinking: A voxel-based morphometry study. *J. Psychiatr. Res.* 2016; 83: 16–23. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2016.08.006.
48. Kalivas P.W., Volkow N.D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am. J. Psychiatry.* 2005; 162 (8): 1403–1413. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.8.1403.
49. Личко А.Е., Битенский В.С. *Подростковая наркология*. Руководство. Л.: Медицина. 1991; 304 с. [Lichko A.E., Bitenskiy V.S. *Podrozkovaya narkologiya*. Rukovodstvo. Leningrad: Meditsina. 1991; 304 p. (In Russ.)]
50. Staehelin E. Неалкогольные наркомании. В кн.: *Клиническая психиатрия*. Под ред. Г. Груле и др. Пер. с нем. М.: Медицина. 1967; 221–248. [Staehelin E. Nealkogol'nyye narkomanii. In: *Klinicheskaya psikhiiatriya*. Pod red. G. Gruhle. Moscow: Meditsina. 1967; 221–248. (In Russ.)]
51. Berry C., Salim A., Alban R. et al. Serum ethanol levels in patients with moderate to severe traumatic brain injury influence outcomes: a surprising finding. *Am. Surg.* 2010; 76 (10): 1067–1070.
52. Brennan J.H., Bernard S., Cameron P.A. et al. Ethanol and isolated traumatic brain injury. *J. Clin. Neurosci.* 2015; 22 (9): 1375–1381. DOI: 10.1016/j.jocn.2015.02.030.
53. Lustenberger T., Inaba K., Barmparas G. et al. Ethanol intoxication is associated with a lower incidence of admission coagulopathy in severe traumatic brain injury patients. *J. Neurotrauma.* 2011; 28 (9): 1699–1706. DOI: 10.1089/neu.2011.1866.
54. Plurad D., Demetriades D., Gruzinski G. et al. Motor vehicle crashes: the association of alcohol consumption with the type and severity of injuries and outcomes. *J. Emerg. Med.* 2010; 38 (1): 12–17. DOI: 10.1016/j.jemermed.2007.09.048.
55. Salim A., Teixeira P., Ley E.J. et al. Serum ethanol levels: predictor of survival after severe traumatic brain injury. *J. Trauma.* 2009; 67 (4): 697–703. DOI: 10.1097/TA.0b013e3181b5dcf2.
56. Talving P., Plurad D., Barmparas G. et al. Isolated severe traumatic brain injuries: association of blood alcohol levels with the severity of injuries and outcomes. *J. Trauma.* 2010; 68 (2): 357–362. DOI: 10.1097/TA.0b013e3181bb80bf.
57. Robins L.N., Davis D.H., Nurco D.N. How permanent was Vietnam drug addiction? *Am. J. Public Health.* 1974; 64 (12, Suppl.): 38–43.
58. Robins L.N., Helzer J.E., Davis D.H. Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1975; 32 (8): 955–961.
59. Robins L.N. Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction.* 1993; 88 (8): 1041–1054. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02123.x.
60. Robins L.N., Slobodyan S. Post-Vietnam heroin use and injection by returning US veterans: clues to preventing injection today. *Addiction.* 2003; 98 (8): 1053–1060.
61. Смирнов В.К. *Психогигиена и психическое здоровье*. (Некоторые направления исследований.) *Психическое здоровье и пограничные состояния*. Горький. 1983; 38–58. [Smirnov V.K. *Psikhogigiyena i psikhicheskoye zdorov'ye*. (Nekotoryye napravleniya issledovaniy.) *Psikhicheskoye zdorov'ye i pogranichnyye sostoyaniya*. Gor'kiy. 1983; 38–58. (In Russ.)]
62. Снедков Е.В. *Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы)*. Дисс.... д-ра мед. наук. 1997; 456 с. [Snedkov E.V. *Boyevaya psikhicheskaya travma (kliniko-patogeneticheskaya dinamika, diagnostika, lechebno-reabilitatsionnyye printsipy)*. Diss.... d-ra med. nauk. 1997; 456 p. (In Russ.)]
63. Holbrook T.L., Galarneau M.R., Dye J.L. et al. Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder. *N. Engl. J. Med.* 2010; 362 (2): 110–117. DOI: 10.1056/NEJMoa0903326.
64. Bleuler E. *Руководство по психиатрии*. Пер. с нем. Берлин: Врач. 1920; 542 с. [Bleuler E. *Rukovodstvo po psikhiiatrii*. Berlin: Vrach. 1920; 542 p. (In Russ.)]
65. Van Rooij A.J., Prause N. A critical review of «Internet addiction» criteria with suggestions for the future. *J. Behav. Addict.* 2014; 3 (4): 203–213. DOI: 10.1556/JBA.3.2014.4.1.
66. Müller M., Müller C. Лечение шизофрении. В кн.: *Клиническая психиатрия*. Под ред. Г. Груле и др. Пер. с нем. М.: Медицина. 1967; 25–58. [Müller M., Müller C. Lecheniye schizofrenii. In: *Klinicheskaya psikhiiatriya*. Pod red. G. Gruhle. M.: Meditsina. 1967; 25–58. (In Russ.)]
67. Wood R.T.A. Problems with the concept of video game «addiction»: some case study examples. *Int. J. Ment. Health Addict.* 2007; 6 (2): 169–178. DOI: 10.1007/s11469-007-9118-0.
68. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости — «фейк-диагнозы» или всё-таки расстройства? *Неврологич. вестн.* 2019; 51 (1): 38–43. [Egorov A.Yu. Nekhimicheskiye zavisimosti — «feyk-diagnozy» ili vso-taki rasstroystva? *Nevrologicheskiy vestnik*. 2019; 51 (1): 38–43. (In Russ.)]
69. Зобин М.Л. Являются ли поведенческие расстройства фейк-диагнозом? *Неврологич. вестн.* 2019; 51 (1): 44–46. [Zobin M.L. Yavlyayutsya li povedencheskiye rasstroystva feyk-diagnozom? *Nevrologicheskiy vestnik*. 2019; 51 (1): 44–46. (In Russ.)]
70. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях. *Неврологич. вестн.* 2018; 50 (4): 15–18. [Mendelevich V.D. Feyk-diagnozy v psikhiiatricheskikh klassifikatsiyakh. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2018; 50 (4): 15–18. (In Russ.)]
71. Носачёв Г.Н. Место фейк-диагноза и функционального диагноза в психиатрии (институциональный дискурс). *Неврологич. вестн.* 2018; 51 (2): 101–104. [Nosachov G.N. Mesto feyk-diagnoza i funktsional'nogo diagnoza v psikhiiatrii (institutstional'nyy diskurs). *Nevrologicheskiy vestnik*. 2018; 51 (2): 101–104. (In Russ.)]
72. Снедков Е.В. Личность в призме психиатрического менталитета (комментарий к статье В.Д. Менделевича). Часть 1. *Неврологич. вестн.* 2016; 48 (4): 47–57. [Snedkov E.V. Lichnost' v prizme psikhiiatricheskogo mentaliteta (kommentariy k stat'ye V.D. Mendelevicha). Chast' 1. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2016; 48 (4): 47–57. (In Russ.)]
73. Aarseth E., Bean A.M., Boonen H. et al. Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *J. Behav. Addict.* 2017; 6 (3): 267–270. DOI: 10.1556/2006.5.2016.088.

Поступила 11.07.2019; принята в печать 03.09.2019.