

АДДИКТИВНЫЙ СПЕКТР: *PRO ET CONTRA*

Алексей Юрьевич Егоров

*Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук,  
194223, г. Санкт-Петербург, пр. Тореца, 44;*

*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,  
191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41;*

*Санкт-Петербургский государственный университет,  
199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9, e-mail: draegorov@mail.ru*

## Реферат

Последние десятилетия в психиатрии всё больше и больше дискутируются вопросы, связанные со спектрами психических расстройств. В статье проанализированы современные классификации психических расстройств с позиций спектрального подхода. Рассмотрены различные концепции спектра аддиктивных расстройств. Подробно разобрана польза спектрального подхода: лучшее понимание этиологии и патогенеза, исследование новых форм аддиктивных состояний/расстройств, расширение терапевтических подходов, мультидисциплинарность. Представлен анализ альтернативных точек зрения: что спектральный подход приводит к анологизму, стиранию границы нормы и патологии, медикализации ненозологических состояний, релятивизму психофармакотерапии. В заключение предложена концепция — что в аддиктивный спектр должны входить расстройства, у которых есть сходная симптоматика, сходные генетические предрасполагающие факторы, сходные нейробиологические механизмы, сходные психологические механизмы, сходные (эффективные) фармакологические и психотерапевтические вмешательства.

**Ключевые слова:** спектры психических расстройств, аддиктивный спектр, обсессивно-компульсивный спектр, аутистический спектр, нехимические (поведенческие) зависимости.

ADDICTIVE SPECTRUM: *PRO ET CONTRA*

Alexey Y. Egorov

*I.M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and  
Biochemistry Russian Academy of Sciences,  
194223, St. Petersburg, pr. Toreza, 44;*

*I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University,  
191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41;  
St. Petersburg State University,*

*199034, St. Petersburg, Universitetskaya Embankment, 7–9,  
e-mail: draegorov@mail.ru*

## Abstract

In recent decades psychiatry has increasingly debated issues related to the spectrum of mental disorders. The article analyzes modern classifications of mental disorders from the standpoint of the spectral approach. Various concepts of the addictive disorder spectrum are discussed. The benefits of the spectral approach are

discussed in detail: a better understanding of the etiology and pathogenesis, the study of new forms of addictive states/disorders, the expansion of therapeutic approaches, and multidisciplinary. Alternative points of view are analyzed that the spectral approach leads to anosologism, erasure of the border of norm and pathology, medicalization of non-nosological conditions, relativism of psychopharmacotherapy. In conclusion, the concept is proposed that the addictive spectrum should include disorders that have similar symptoms, similar genetic predisposing factors, similar neurobiological mechanisms, similar psychological mechanisms, similar (effective) pharmacological and psychotherapeutic interventions.

**Keywords:** spectra of mental disorders, addictive spectrum, obsessive-compulsive spectrum, autism spectrum, nonchemical (behavioral) addictions.

Последние десятилетия в психиатрии всё больше и больше дискутируются вопросы, связанные со спектрами психических расстройств. Под спектром сегодня понимают:

1) расстройства, которые качественно различаются по внешнему виду, но имеют в своей основе общие черты патогенеза;

2) континуум феноменов/симптомов, простирающийся от нормы до патологии.

Вместе с тем, само понятие «спектра» в психиатрии имеет достаточно продолжительную историю. Ещё в 1921 г. Э. Кречмер [1] выделил ось «шизотимия (темперамент) — шизоидная психопатия — шизофрения» и ось «циклоид (темперамент) — циклотимия — маниакально-депрессивный психоз», заложив таким образом понятие о спектре как о континууме феноменов/симптомов. Впервые термин «спектр» был использован в психиатрии в 1968 г. С. Кети [2] в связи с постулируемым им шизофреническим спектром, куда он отнёс шизоидных личностей, людей с диагнозом «шизофрения» и их генетических родственников.

Обсессивно-компульсивный спектр [6]

Категория	Типичные расстройства
Телесная озабоченность	Дисморфоманическое расстройство
	Ипохондрия
	Пищевые расстройства
Импульсный контроль	Патологический гемблинг
	Сексуальная компульсивность
	Клептомания
	Трихотилломания
	Преходящее эксплозивное расстройство
	Пищевые расстройства
Неврологические расстройства	Аутизм
	Синдром Аспергера
	Синдром Туретта
	Хорея Сиденгама (пляска Святого Витта)

Сегодня понятие «спектра» уже давно присутствует в психиатрических классификациях. Так в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) [3] выделяют шизофренический спектр и аутистический спектр. По факту мы имеем аффективный спектр [«аффективные расстройства настроения» в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [4] и сходную рубрику в DSM], тревожный спектр («невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»), спектр зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) — «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ» в МКБ-10, даже аддиктивный спектр в DSM-V, поскольку в эту рубрику входят не только химические зависимости, но и патологический гемблинг («Расстройства, связанные с употреблением ПАВ, и аддиктивные расстройства»). Сходная, только ещё более расширенная рубрика («Расстройства вследствие потребления ПАВ и аддиктивные поведения»), должна появиться и в МКБ-11 [5], куда, кроме гемблинга, войдёт также игровое расстройство (ИР), причём оба в он-лайн и офф-лайн формах.

Любопытную концепцию обсессивно-компульсивного спектра предложил Е. Холландер [6] в 1993 г. (табл. 1). Спектр включает три категории расстройств, связанные с:

- 1) телесной озабоченностью;
- 2) нарушением контроля над импульсами;
- 3) неврологическими расстройствами.

При этом пищевые расстройства присутствуют и в категории «Телесная озабоченность» (анорексия и булимия), и в категории «Импульсный контроль» (компульсивное обжорство — binge eating disorder, согласно современной DSM-V). Очевидно, что все расстройства этого спектра имеют в своей клинической картине проявления obsessions и compulsions. В категории импульсного контроля находятся расстройства, которые сегодня принято относить к нехимическим зависимостям [7]. Остаётся непонятным, почему автор не включил в спектр само обсессивно-компульсивное расстройство.

Почти через 20 лет идея Е. Холландера получила развитие у З. Деметровича и М. Гриффитса [8], которые обозначили возможные рамки группы поведенческих зависимостей, включив туда наряду с общепризнанными формами нехимических аддикций все расстройства импульсного контроля (Impuls Control Disorders), обсессивно-компульсивное расстройство, а также ряд других диагнозов, связанных с расстройствами функций влечения и воли, а также и синдром дефицита внимания и гиперактивности: патологическое влечение к азартным играм, проблемное использование интернета, проблемное использование компьютера и зависимость от видеоигр, онлайн-игр, социальных сетей, пиромания, kleptomania, перемежающееся эксплозивное расстройство, трихотилломания, онихофагия, зависимость от татуировок, навязчивые покупки, гиперсексуальные расстройства, навязчивые накопления, аддикция упражнений, обсессивно-

компульсивное расстройство, различные типы расстройств пищевого поведения, дизморфофобическое расстройство, ипохондрия, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

В России безусловным апологетом концепции спектрального подхода в психиатрии и наркологии был основоположник отечественной аддиктологии профессор Ц.П. Короленко (1933–2020) [9]. Его концепция, в частности, базировалась на положении, что существует континуум, состоящий из двух зон:

1) зоны психического здоровья — это психические состояния абсолютного здоровья, а также психические состояния, приближающиеся к спектрам психических нарушений;

2) зоны психических нарушений, где находятся спектры психических расстройств невротического, личностного и психотического уровня.

Автор выделил следующие спектры: шизофренический, аутистический, нарциссический, диссоциативный, эпилептический, антисоциальный, аффективный, суицидальный, пограничный, аддиктивный, а также смешанные — шизофренический/эпилептический и шизофренический/пограничный. Следует отметить, что выделяемые зоны психических состояний, отклоняющихся от общепринятых социокультуральных норм и не имеющих достаточных признаков для их классификации в рамках психической патологии, рассматривают не только в негативном аспекте, но и в плане их позитивных предпосылок психического созревания и формирования творческих мотиваций и их реализаций в процессе жизненного развития [9].

В этом плане концепция Ц.П. Короленко отчасти перекликается с идеей В. Глассера о «позитивной аддикции» в одноимённой книге [10]. Автор писал, что такая деятельность, как бег трусцой или трансцендентальная медитация, относится к позитивным аддикциям и должна всячески культивироваться, чтобы ослабить воздействие тяжёлых форм аддиктивных расстройств. По В. Глассеру, позитивные аддикции должны, с одной стороны, относиться к тем видам деятельности, которую одобряют, а с другой — вызывать повышенное чувство собственной эффективности. М. Гриффитс полагает, что эти аддикции лучше называть «аддикциями двойственного блага» («mixed blessing addictions»), как позже предложил Р. Браун [11], поскольку и позитивные аддикции имеют свои негативные стороны.

С точки зрения В. Глассера [10, 12], как и при реализации негативной аддикции, при реализации позитивной аддикции человек чувствует себя очень хорошо. Однако в отличие от негативной, которая даёт положительные эмоции, но не силу, положительная зависимость обеспечивает и эмоции, и силу. Чтобы попасть в это состояние человек должен принять самого себя полностью и заниматься позитивной деятельностью. Это полное принятие рутины, обычной ритмической активности, которое позволяет перейти в своеобразное изменённое состояние сознания. Когда такие изменения состояния сознания происходят достаточно часто, человек становится зависимым от такой деятельности.

Коннотация «позитивный» привела к широко распространённому и даже легкомысленному использованию термина «зависимость» в спортивных и научных кругах. К примеру, бегуны, которые утверждали, что они зависимы от своих пробежек, на самом деле имели очень высокий уровень приверженности к занятиям спортом. В. Морган [13] понял, что это ключевая дилемма. По этой причине, чтобы обсудить негативные аспекты избыточных спортивных упражнений, он ввёл термин «негативная аддикция» как антоним «позитивной аддикции» В. Глассера. Дело в том, что все виды зависимого поведения, включая занятия спортом, представляют собой дисфункцию и, следовательно, негативны по своей сути [14–16].

Для разграничения дефиниций «позитивной аддикции» (приверженности) и негативной аддикции нам представляется целесообразным использование критерия синтонности. Приверженность должна быть эгосинтонна, то есть гармонична для субъекта. В противовес ей аддиктивное расстройство («негативная аддикция») становится эгодистонной — вспомним один из критериев зависимости Брауна–Гриффитса [11, 17] — «конфликт с окружающими и самим собой». Отсюда очевидно, что приверженность ведёт к личностному росту, а аддикция в конце концов приводит к снижению этого роста, если не к деградации.

Ещё один вопрос, который возникает, являются ли «позитивные аддикции» аддикциями по своей сути? Дело в том, что критерии, которые предложил В. Глассер для идентификации этих аддикций, мало напоминают ставшие почти классическими критерии аддикций Брауна–Гриффитса. Итак, позитивная аддикция должна быть:

- неконкурентной и отнимать у человека не более часа в день;
- лёгкой, чтобы для её реализации не прилагать умственных усилий;
- простой, чтобы быть реализованной в одиночестве, независимо от других людей;
- представлять собой какую-либо ценность для здоровья, ума и/или духовности;
- давать уверенность, что при длительном существовании принесёт определённое улучшение в жизни;
- не вызывать самокритики.

Действительно, непонятно, что в этих критериях есть от аддиктивного расстройства — особенно первый критерий. Аддикция не может быть неконкурентной! С другой стороны, это положение следовало бы рассмотреть как идею перевода больного-аддикта в социально-приемлемую форму заместительной нехимической зависимости.

В аддиктивный спектр Ц.П. Короленко и Т.А. Шпикс [9] относят следующий континуум состояний:

- синдром неудовлетворённости;
- формирование аддиктивных идеаций;
- поиск аддиктивного агента;
- аддиктивное «экспериментирование»;
- развитие психологической аддиктивной зависимости;
- формирование аддиктивного процесса как нозологии.

Содержание неудовлетворённости может быть эксплицитным (внешним) и имплицитным (внутренним). Эксплицитная неудовлетворённость обусловлена отношением с окружающим миром, прежде всего, межличностными контактами. Имплицитная неудовлетворённость относится к внутренним переживаниям, связана с воображением, мечтами, фантазиями, а также переживанием религиозного чувства. Именно наличие синдрома неудовлетворённости способствует формированию аддиктивных мотиваций к употреблению ПАВ или развитию активностей, также изменяющих психическое состояние, что в конце концов приводит к формированию химических и/или нехимических аддикций.

Таким образом, аддиктивный спектр включает состояния и нарушения, входящие в зону психического здоровья и психической патологии. То, что относится к психической патологии, можно рассматривать как отдельные формы химических

и нехимических аддикций (например, алкоголизм и патологический гемблинг).

Ц.П. Короленко и Т.А. Шпикс [9] подчёркивают, что общность психофизиологических механизмов различных химических и процессных аддикций — компонент структуры каждой аддиктивной формы. Каждую форму следует оценивать, диагностировать и анализировать с выделением как общих характеристик, так и характеристик, связанных с видом основного аддиктивного агента. Иными словами, исследование аддикции следует проводить как на базисном уровне общих психофизиологических механизмов, так и на уровне клинических проявлений, симптомов психических и соматических нарушений в каждой её форме.

В плане терапии нужно учитывать, что два уровня аддиктивной структуры имеют разную обратимость. Так, клинические проявления зависимости (первый уровень) в целом более обратимы, легче поддаются терапевтическому воздействию при прекращении аддиктивных реализаций. Нарушения же второго уровня (базисные механизмы формирования зависимости) значительно более резистентны и не исчезают после прекращения реализаций. Именно на их основе и возникают рецидивы аддикции под влиянием внутренних или внешних триггеров.

Отдельно следует остановиться на особом положении интернет-аддикций, которые могут выделяться как отдельные нозологические формы в рамках концепции болезни. Благодаря особым функциям интернета, его привлекательности как средства ухода от существующей реальности формируется специфическая «интернет-аддиктивная личность» [18]. Ц.П. Короленко относит интернет-зависимость к группе нехимических зависимостей, или, как их в последнее время называет сам автор, «процессных аддикций» [19, 20]. Авторы подчёркивают, что «исследования процессных аддикций позволяют, очевидно, в большей степени, чем изучение химических аддикций, более чётко выделить роль объединяющих аддиктивные процессы психодинамических механизмов, являющихся ключевыми в структуре и динамике аддиктивных установок, привычек, аддиктивного стиля жизни, патологическим компонентом бытия человека в постсовременной культуре» [20].

Вместе с тем, авторы включают интернет-аддикцию в «аутистический спектр», куда также

определены злоупотребление интернетом, интернет-аутизм и синдром Аспергера [9]. С точки зрения феноменологии, действительно, люди с синдромом Аспергера часто злоупотребляют интернетом и могут быть от него зависимы. С другой стороны, интернет-аддикты также живут в своём виртуальном мире, плохо пересекающимся с существующей реальностью.

По нашему мнению, это лишь внешнее сходство. Синдром Аспергера как вариант расстройства аутистического спектра формируется с раннего детского возраста, и очевидно, что его патогенетические механизмы принципиально отличаются от формирования интернет-зависимости. В свете этого, соглашаясь, что сам по себе интернет может быть привлекателен для «бегства от существующей реальности» — основного механизма становления аддиктивного поведения и аддикции, включение в один спектр аутизма и зависимости представляется необоснованным.

Пропагандируя психодинамический (психоаналитический) подход в аддиктологии, Ц.П. Короленко пишет: «Наиболее популярными являются методы “терапии”, основывающиеся, к сожалению, до сих пор на запрете той или иной аддиктивной реализации в качестве главного подхода. Эффективность подобных методов кратковременна, поскольку оставшиеся незатронутые аддиктивные механизмы порождают рецидив той же аддикции и/или обуславливают возникновение новой аддикции, которую объединяют с прежней сохранившиеся аддиктогенные механизмы. Психодинамические механизмы, объединяющие разные формы аддикций, не полностью осознаются аддиктами. Замена одной аддикции другой не является решением аддиктивной проблемы. Несмотря на это, может создаваться впечатление, что ситуация исправилась, так как новая аддикция носит как бы менее злокачественный, менее деструктивный и более социально приемлемый характер. Тем не менее, за фасадом такого внешнего благополучия, как правило, скрывается другая, значительно менее адаптивная сторона. Примером этого может служить смена алкогольной аддикции на работогольную, протекающую на фоне нарастающего антисоциального поведения, которое делает невозможной семейную жизнь в связи с усиливающимися конфликтами и насилием» [20].

При всём уважении к психоаналитической концепции Ц.П. Короленко, собственный много-

летний опыт показывает, что успеха в лечении и реабилитации химической зависимости достигают в тех случаях, когда больному удаётся реально «переключиться» на какую-то деятельность, которая захватывает его целиком, принося при этом положительный эмоциональный эффект. Это может быть религия (чаще нетрадиционная), спорт, любовь, секс, работа, дающая реальное материальное и духовное удовлетворение, компьютер в разных вариантах и т.д. Иными словами, это деятельность, которая обладает всеми признаками нехимической зависимости и которая в той или иной степени социально приемлема [21]. Альтернативой этому у аддикта может быть переход в другую форму химической зависимости: героиновый наркоман становится алкоголиком, а алкоголик — зависимым от снотворно-седативных средств или стимуляторов и т.д. В этом случае, на наш взгляд, правомерно говорить о достижении ремиссии в форме социально-приемлемой зависимости.

Мы согласны, что базовые проблемы современной аддиктологии ещё далеки от своего разрешения. Как справедливо пишут в одном из недавних обзоров Н. Петри и соавт. [22], сам термин «зависимость (addiction)» противоречив, поскольку некоторые исследователи считают, что он является стигматизирующим, в то время как другие полагают, что он надлежащим образом описывает природу симптомов, связанных с проблемным использованием ПАВ или чрезмерным вовлечением в какую-либо деятельность. Не только термин «зависимость» несёт в себе определённые противоречия, но и сам факт рассмотрения новых психических расстройств.

В частности, это касается поведенческих аддикций, которые связаны с чрезмерным участием в деятельности, не связанной с приёмом ПАВ. Попытки включения их в классификации стимулируют широкие дискуссии. С одной стороны, признание совокупности симптомов как психического расстройства позволяет диагностировать состояние и последовательно классифицировать его. Диагностика также облегчает изучение этиологии, профилактики и лечения, что в свою очередь может снизить заболеваемость и смертность. С другой стороны, широкое распространение психических расстройств может девальвировать отношение к людям с выраженными нарушениями. Если пристрастие к шоколаду или любовная зависимость — психические

Аддиктивный спектр: *pro et contra*

<i>Pro</i>	<i>Contra</i>
Понимание условности современной нозологии — это больше к философии медицины	Забываем лучшие традиции (в том числе отечественной психиатрии-наркологии) — это больше к философии медицины
Лучшее понимание этиологии и патогенеза	Анозолизм
Исследование новых форм аддиктивных состояний/расстройств	Стирание границы нормы и патологии [23, 24]
Расширение терапевтических подходов	Медиализация ненозологических состояний [23–25]
Мультидисциплинарность	Релятивизм психофармакотерапии [26]

расстройства, то как они соотносятся с шизофренией, биполярным расстройством или тревожными расстройствами в отношении приоритетов финансирования исследований и лечения? И вообще, что мы можем называть «психическим расстройством»? Однозначных ответов на эти вопросы пока нет.

Существуют противоречивые оценки, касающиеся и собственно аддиктивного спектра, основные из которых представлены в табл. 2.

Действительно, современные классификации в значительной степени строятся больше на дименсиональном принципе. Мы в определённой степени можем согласиться с Е.В. Снедковым [25], который, имея в виду современное понимание расстройств личности, пишет, что «установление некоего количественного показателя как границы, якобы разделяющей норму и патологию, не имеет отношения ни к теории, ни к практике. Ибо в соответствии с законом перехода количества в качество по достижении этого рубежа должен был бы происходить скачок в качественно иное состояние» и далее «норма и болезнь, стадии болезни, формы болезней различаются между собою качественными, а не количественными характеристиками». Действительно, при диагностике расстройства личности на первый план выходят критерии социальной нормы, морали и нравственности, а не медицинские. Однако так ли это в отношении зависимостей?

При установлении диагноза зависимости от ПАВ есть чёткие медицинские симптомы (критерии) как в МКБ, так и в DSM. С этим принципиально практически никто не спорит. Значительно больше вопросов возникает к нехимическим зависимостям, особенно относительно «социально-приемлемым» (от рабочеголизма, спортивной и любовной зависимости до интернет-аддикций). Оставляя за скобками гемблинг и игровую зависимость (или ИР), де факто уже

признанные профессиональным сообществом и включённые в МКБ-11, остаётся ещё много форм поведенческих зависимостей, которые пока не включены, а некоторые, скорее всего, никогда не будут включены в международные классификации. Остаётся ответить на вопрос, являются ли они по сути аддикциями?

На наш взгляд, ответ на этот вопрос должен быть положительным, если они удовлетворяют универсальным критериям Брауна–Гриффитса [11, 17] — качественный переход от условной нормы к пока ещё условной патологии произошёл. Следует отметить, что это вовсе не означает, что такую аддикцию нужно начинать немедленно лечить, особенно медикаментозно.

В качестве примера критики «медиализации» ряда поведенческих зависимостей можно привести возражения против консенсусного решения о включении ИР в МКБ-11 [27], о которой мы уже писали ранее [28]. Авторы сводят основные возражения к трём пунктам:

- 1) текущая исследовательская база ИР имеет низкое качество;
- 2) текущая дефиниция ИР слишком сильно основана на критериях употребления ПАВ и гемблинга;
- 3) в настоящее время отсутствует консенсус как по симптоматике ИР, так и по его оценке.

Кроме того, непроблематичные геймеры могут быть стигматизированы включением ИР в МКБ-11, а само ИР как диагностическая категория есть лишь результат моральной паники специалистов, которые не знают, что с ним делать.

С первым пунктом, безусловно, можно согласиться — законченных исследований почти всегда не хватает, несмотря на сотни публикаций по этой проблеме. Второй пункт как раз, на наш взгляд, отражает спектральный подход к аддиктивным расстройствам, поскольку показывает, что и ИР во многом феноменологически и патогенети-

чески сходно с признанными на сегодня зависимостями. Что касается третьего пункта, то всегда, если есть противники концепции, — это отсутствие консенсуса, что абсолютно нормально при развитии науки, но не свидетельствует об отсутствии правильности и перспективности гипотезы.

Именно поэтому мы согласны с мнением группы экспертов [29], которые отмечают, что этот вопрос должен базироваться исключительно на клинических данных и потребностях общественного здравоохранения. Авторы подтверждают свой вывод о том, что включение ИР отражает суть МКБ и облегчит лечение и профилактику для тех, кто в них нуждается. Во всём мире существует потребность в лечении людей с ИР, поскольку они испытывают серьёзный дистресс, функциональные нарушения и страдания. Всё это лежит в основе неотложной и своевременной необходимости включения ИР в МКБ-11.

Сходной точки зрения придерживаются М. Гриффитс и соавт. [30], которые пишут, что исследование ИР связано с патологизацией не здорового образа жизни, а чрезмерного и проблемного поведения, которое приводит к значительным психологическим трудностям и ухудшению жизни человека. Это два связанных, но (в конечном счёте) очень разных явления.

В связи с вышеизложенным отдельного рассмотрения требует проблема коррекции и терапии так называемых социально приемлемых зависимостей. На наш взгляд, ответ на вопрос, лечить или не лечить такую аддикцию, неоднозначен. Чтобы избрать правильную тактику, следует руководствоваться интересами конкретного пациента и гиппократовским правилом «не навреди», или «из двух зол выбирают меньшее» [21]. Выбирая тактику лечения пациента-аддикта, следует прежде всего разобраться, первична социально приемлемая аддикция или вторична, то есть имеет заместительный характер.

В первом случае необходимо разобраться, какой урон она причиняет пациенту. В более лёгких случаях аддикции (например, работоголизм, спортивная аддикция) при отсутствии жалоб самого пациента, на наш взгляд, не следует пытаться избавить его от зависимости. При наличии жалоб самого пациента нужна полноценная психотерапевтическая помощь. Вместе с тем, у врача, занимающегося аддикциями, всегда должен быть ответ на вопрос, а куда я переведу эту аддикцию? Помня о риске перехода нехимической

зависимости в химическую, у таких пациентов лучше ограничиться наблюдением и приёмами, главным образом, поведенческой психотерапии, направленными на снижение неблагоприятных последствий такого рода поведения.

Иными словами, следует проводить психотерапию и коррекцию в рамках существующей социально приемлемой зависимости. Сюда относятся работа по снижению последствий аддикции в семье, обучение самоконтролю, приёмам релаксации и т.д. В более тяжёлых случаях (например, культовая травма при религиозной аддикции) мы считаем необходимым проведение всего комплекса психотерапевтических, а если требуется, то и активных психиатрических лечебных мероприятий с возможным применением психофармакотерапии для устранения последствий зависимости. Впрочем, это уже будет лечением коморбидного расстройства.

Если социально приемлемая аддикция имеет заместительный характер, то здесь тактика должна быть ещё более осторожной, чем в первом случае. Для любого здравомыслящего человека очевидно, что работоголизм, любовная аддикция или даже аддикция к трате денег по своим последствиям представляют меньшую опасность, чем, к примеру, героиновая наркомания или тяжёлый алкоголизм. Если удалось перевести химического аддикта в социально приемлемую аддикцию, то это следует рассматривать как несомненный успех. И это — не избыточное терапевтическое воздействие и уж точно не проявление «релятивизма психофармакотерапии».

Мы полагаем, что нельзя считать психофармакологическим релятивизмом и попытки использования препаратов, давно применяемых для лечения химических зависимостей (алкоголизма, опиоидной наркомании), в терапии поведенческих аддикций. Сегодня существует ряд публикаций, свидетельствующих об успешном применении блокатора опиоидных рецепторов налтрексона в терапии гемблинга, трихотилломании, клептомании [31], расстройства экскорации, компульсивного шопинга, гиперсексуального расстройства, компульсивного обжорства (пищевой аддикции) [32], а также проявлений поведенческих аддикций при болезни Паркинсона, вызванных заместительной терапией дофаминомиметиками — гемблинга, аддикции к покупкам, гиперсексуального поведения и пищевой аддикции [33]. Эти примеры показывают

возможности расширения терапевтических стратегий, исходя из понимания общих механизмов патогенеза всех аддиктивных расстройств, что следует из концепции аддиктивного спектра.

Говоря о преимуществах спектрального подхода в современной аддиктологии, на наш взгляд, следует руководствоваться биопсихосоциальной моделью в психиатрии. В соответствии с ней современная аддиктология исходит из того, что расстройства данного спектра отличаются [8, 34]:

- 1) сходная симптоматика;
- 2) сходные генетические предрасполагающие факторы;
- 3) сходные нейробиологические механизмы;
- 4) сходные психологические механизмы;
- 5) сходные (эффективные) фармакологические и психотерапевтические вмешательства.

Исходя из этого, и следует строить современные классификации с учётом спектров психических и поведенческих расстройств.

Объём данной статьи не позволил нам более подробно остановиться на сходных генетических, нейробиологических и психологических механизмах расстройств аддиктивного спектра, чему посвящены сотни и тысячи работ, опубликованных за последние пару десятилетий. Дальнейшие мультидисциплинарные исследования помогут расширить наши знания и либо подтвердить, либо опровергнуть столь перспективную на данный момент концепцию.

*Работа выполнена при поддержке Госзадания, тема №АААА-А18118012290373-7.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кречмер Э. *Строение тела и характер*. М.: Академический проект. 2015; 327 с. [Krechmer Je. *Stroenie tela i karakter*. М.: Akademicheskij proekt. 2015; 327 p. (In Russ.)]
2. Kety S.S., Rosenthal D., Wender P.H., Schulsinger F. The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: Rosenthal D., Kety S.S. *The transmission of schizophrenia*. Oxford: Pergamon Press. 1968: 345–362.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013; <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> (access date: 04.06.2020).
4. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр)*. *Классификация психических и поведенческих расстройств*. Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на русск. яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Адис. 1994; 302 с. [*Mezhdunarodnaja*

- klassifikacija boleznej (10-j peresmotr)*. *Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv*. *Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike*. Per. na russk. jaz. Pod red. Ju.L. Nullera, S.Ju. Cirкина. SPb.: Adis. 1994; 302 p. (In Russ.)]
5. World Health Organization. *ICD-11 beta draft — Mortality and morbidity statistics. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders*. 2018. <https://icd.who.int/dev11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentfenty%2f334423054> (access date: 04.06.2020).
6. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Ann*. 1993; 23: 355–358.
7. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции: вопросы типологии, диагностики и классификации. *Вопр. наркол*. 2020; (4): 7–23. [Egorov A.Ju. Nehimicheskie (povedencheskie) addikcii: voprosy tipologii, diagnostiki i klassifikacii. *Voprosy narkologii*. 2020; (4): 7–23. (In Russ.)]
8. Demetrovics Z., Griffiths M. Behavioral addictions: Past, present and future. *J. Behav. Addict*. 2012; 1 (1): 1–2. DOI: 10.1556/JBA.1.2012.1.0.
9. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. *Постпсихиатрия: спектры психологических и психических нарушений*. Новосибирск: Центр НГМУ. 2018; 154 с. [Korolenko С.Р., Shpiks Т.А. *Postpsihiatrija: spektry psihologicheskikh i psihicheskikh narushenij*. Novosibirsk: Centr NGMU. 2018; 154 p. (In Russ.)]
10. Glasser W. *Positive addiction*. New York: Harper and Row. 1976; 160 p.
11. Brown R.I.F. Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions. In: Eadington W.R., Cornelius J.A. *Gambling behavior and problem gambling*. Reno: University of Nevada Press. 1993; 241–272.
12. Glasser W. Promoting client strength through positive addiction. *Revue Canadienne de Counseling et de Psychotherapie*. (Canadian J. Counselling and Psychotherapy.) 2012; 11 (4): 173–175.
13. Morgan W.P. Negative addiction in runners. *Physician and Sports Med*. 1979; 7: 57–77.
14. Егоров А.Ю., Сабо А., Фельсендорфф О.В. Модели спортивной аддикции. *Вопр. психол*. 2016; (3): 96–109. [Egorov A.Ju., Sabo A., Fel'sendorff O.V. Modeli sportivnoj addikcii. *Voprosy psihologii*. 2016; (3): 96–109. (In Russ.)]
15. Szabo A. *Exercise addiction: A symptom or a disorder?* New York: Nova Science Publishers Inc. 2010; 167 p.
16. Egorov A.Y., Szabo A. The exercise paradox: An interactional model for a clearer conceptualization of exercise addiction. *J. Behav. Addict*. 2013; 2 (4): 199–208.
17. Griffiths M.D. Exercise addiction: a case study. *Addict. Res*. 1997; 5 (2): 161–168.
18. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Интернет-аддиктивная личность и психодинамические механизмы её формирования. *Сибирский мед. вестн*. 2019; (3): 50–53. [Korolenko С.Р., Shpiks Т.А. Internet-addiktivnaja lichnost' i psihodinamicheskie mehanizmy ee formirovanija. *Sibirskij medicinskij vestnik*. 2019; (3): 50–53. (In Russ.)]
19. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Психосоциальная аддиктология*. Новосибирск: Олсиб. 2001; 251 с. [Korolenko С.Р., Dmitrieva N.V. *Psihosocial'naja addiktologija*. Novosibirsk: Olsib. 2001; 251 p. (In Russ.)]
20. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А., Турчанинова И.В. *Психодинамическая психиатрия и аддиктология*. Новосибирск: Немо Пресс. 2020; 300 с. [Korolenko С.Р., Shpiks Т.А., Turchaninova I.V. *Psihodinamicheskaja psihiatrija i addiktologija*. Novosibirsk: Nemo Press. 2020; 300 p. (In Russ.)]

21. Егоров А.Ю. *Социально-приемлемые поведенческие зависимости*. Saarbrücken: Lambert. 2016; 113 с. [Egorov A.Ju. *Social'no-priemlemye povedencheskie zavisimosti*. Saarbrücken: Lambert. 2016; 113 p. (In Russ.)]
22. Petry N.M., Zajac K., Ginley M.K. Behavioral addictions as mental disorders: To be or not to be? *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2018; 14: 399–423. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045120.
23. Менделевич В.Д. Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях. *Неврологич. вестн.* 2018; 50 (4): 15–18. [Mendelevich V.D. Fejk-diagnozy v psichiatricheskikh klassifikacijah. *Nevrologicheskij vestnik.* 2018; 50 (4): 15–18. (In Russ.)]
24. Снедков Е.В. Поведенческие эпифеномены в международной классификации болезней. *Неврологич. вестн.* 2019; 51 (3): 5–19. [Snedkov E.V. Povedencheskie jepifenomeny v mezhdunarodnoj klassifikacii boleznej. *Nevrologicheskij vestnik.* 2019; 51 (3): 5–19. (In Russ.)]
25. Снедков Е.В. Повышает ли психометрия качество психиатрической диагностики? *Неврологич. вестн.* 2020; 52 (3): 15–20. [Snedkov E.V. Povyshaet li psihometrija kachestvo psichiatricheskoj diagnostiki? *Nevrologicheskij vestnik.* 2020; 52 (3): 15–20. (In Russ.)]
26. Mendelevich V. Toward diagnostic and therapeutic relativism in psychiatry and addiction medicine. *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl.* 2019; 21 (5): 9–14.
27. 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.
28. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости — «фейк-диагнозы» или всё-таки расстройства? *Неврологич. вестн.* 2019; 51 (1): 38–43. [Egorov A.Ju. Nehimicheskie zavisimosti — “fejk-diagnozy” ili vsjo-taki rasstrojstva? *Nevrologicheskij vestnik.* 2019; 51 (1): 38–43. (In Russ.)]
29. Rumpf H.J., Achab S., Billieux J. et al. Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *J. Behav. Addict.* 2018; 7 (3): 556–561. DOI: 10.1556/2006.7.2018.59.
30. Griffiths M.D., Kuss D.J., Lopez-Fernandez O., Pontes H.M. Problematic gaming exists and is an example of disordered gaming. *J. Behav. Addict.* 2017; 6 (3): 296–301. DOI: 10.1556/2006.6.2017.037.
31. Aboujaoude E., Salame W.O. Naltrexone: A pan-addiction treatment? *CNS Drugs.* 2016; 30 (8): 719–733. DOI: 10.1007/s40263-016-0373-0.
32. Piquet-Pessôa M., Fontenelle L.F. Opioid antagonists in broadly defined behavioral addictions: a narrative review. *Expert Opin. Pharmacother.* 2016; 17 (6): 835–844. DOI: 10.1517/14656566.2016.1145660.
33. Mouaffak F., Leite C., Hamzaoui S. et al. Naltrexone in the treatment of broadly defined behavioral addictions: A review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur. Addict Res.* 2017; 23 (4): 204–210. DOI: 10.1159/000480539.
34. Grant J.E., Potenza M., Weinstein A., Gorelick D.A. Introduction to behavioral addictions. *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 2010; 36 (5): 233–241. DOI: 10.3109/00952990.2010.491884.

Поступила 07.11.2020; принята в печать 23.11.2020.