

Исследовательские подходы к классификации пограничных и аддиктивных расстройств

СЕМКЕ В.Я.

д.м.н., профессор, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, директор ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, Томск

СЕМКЕ А.В.

д.м.н., профессор, руководитель отделения эндогенных расстройств ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, Томск

Даны основные дефиниции пограничных и аддиктивных состояний, приводится их классификация с учетом региональных особенностей. Рассматриваются методологические предпосылки систематизации и клиники пограничных, эндогенных и аддиктивных личностных расстройств. Выявлены механизмы аддиктивного поведения и традиционные и новые клинические формы аддикций.

Польза системы для мышления состоит не только в том, что о вещах начинают мыслить упорядоченно, по известному плану, но и в том, что о них мыслят вообще.
Г. Лихтенберг

Имеющиеся в настоящее время трудности в систематике пограничных и аддиктивных расстройств связаны не только с работой в рамках ICD-10, по сути дела игнорирующей вклад отечественных исследователей в области психической и поведенческой патологии, но и с упразднением вытекающих из него клинико-динамических и методологических подходов. Между тем суровая реальность современного общества свидетельствует о растущей напряженности алкогольной, наркоманической и иной аддиктивной ситуации в России, связанной с негативными социально-экономическими преобразованиями в стране, а также с продолжающейся экспансией пациентов из зоны пограничной («малой») психиатрии.

Основные дефиниции в рассматриваемой проблеме пограничных и аддиктивных состояний

Базой для работы по систематизации и клиническому изучению пограничных и аддиктивных состояний (в их региональном ракурсе) могут служить теория и методология, раскрывающиеся в нозологических и синдромологических понятиях (нозологическая единица, тип, варианты и т.д.). При этом предполагается их известная относительность: по Н.Н. Тимофееву (1965 г.), «нозологической единицы как единицы строго определенной, всегда себе равной, в психической патологии нет». Это перекликается с идеей К.А. Тимирязева о том, что «вида как категории строго определенной в природе не существует». В современных условиях нужен многосторонний анализ проблемы, прежде всего с позиций новых воззрений на дефиниции, создания системного концептуально-понятийного аппарата.

Классификация — это не просто упорядочивание эмпирических данных ради удобства и взаимопонимания, фактически — это общий план строения любой науки. Проблема классификации превратилась в самостоятельную метанауку — таксономию, ботриологию (более общая математическая дисциплина) или общую систематику (всестороннее описание и приведение, в определенной последовательности, в систему всего разнообразия данных). Общая систематика охватывает классификацию и типологию: они различаются рангом на таксономическом дереве. Типы как высшие таксоны охватывают структурированные и качественно разнообразные объекты, и для них адекватнее понятие типология. Классы и виды включают более простые, однотипные, дискретные объекты и под-

лежат классификации (атеоретические, прагматические и теоретические). Развернутый диагноз должен быть многомерным с самостоятельной квалификацией психической и соматоневрологической болезни и патологии с указанием глубины и интенсивности психических расстройств. Дефиниция представляет сжатую формулировку основного содержания понятия и критерии его выделения и отграничения от других понятий. Классификация, систематика характеризуются значительно большей устойчивостью, консервативностью, чем определение.

Классификационный процесс в психиатрии позволяет ранжировать психологические и психопатологические феномены в категории соответственно принятым классам на основе общих характеристик.

Статическая классификация ICD-10 не подменяет прежние концептуальные систематики, сохраняющие свою значимость для науки и практики. Проблемы классификационного строения (как инструмента установления взаимопонимания между клиницистами разных школ и направлений) сосуществуют с явным стремлением многих ученых к отходу от нозоцентрических взглядов к лишенным нозологических границ понятиям.

Экстранозологическая тенденция просматривается в рубрикации ICD-10, где обозначен отказ от понятий *невроза*, *психопатий* в пользу группы *расстройств личности*. Появляется основание говорить не о нозологических формах, а о «родах» болезней как о семейно-генетических констелляциях. Возникает конструктивная возможность употребления вместо нозологических единиц понятия *спектра* изучаемых расстройств, отражающих уровень поражения психики (невротической, патохарактерологической, органический). Для каждой из них может быть дана дифференцированная шкала личностных характеристик, несущая в себе потенциальную возможность разработки адекватной патогенетической дифференцированной терапии.

Учение о классификации, упорядочении и систематизации объектов, которые экзemplифицируются (пояняются) их типичными образцами, называется *типологией* (греч. *tipos* — отпечаток, форма). Типология — классификация, представляющая соотношения между типами объектов, явлений; типологией называется также результат процедуры классификации системы типов. Типологии, связанные с психическими явлениями, с исследованиями личности человека, разнообразны, однако имеют четко очерченные границы и возможности. Задачи типологий —

группировать похожие в определенном смысле описания феноменов (явлений, предметов, объектов), в виде совокупности параметров и моделей. Типология есть метод научного познания, в основе которого содержатся расчленение объектов и их группировка с помощью обобщенной, идеализированной модели или типа. Она используется в целях сравнительного изучения признаков, связей, функций, отношений, уровней организации объектов как сосуществующих, так и разделенных во времени. Будучи одной из наиболее универсальных процедур научного мышления, она опирается на выявление сходства и различия изучаемых объектов, на поиск способов их идентификации, а в своей теоретически развитой форме стремится отобразить строение исследуемой системы, выявить ее закономерности, позволяющие предсказывать существование неизвестных пока объектов. Система классификаций есть постоянно развивающееся интеллектуальное явление, материально существующее в виде таблиц и картограмм. В общем определении *классификация* — это системное деление и упорядочение понятий и предметов.

Региональный подход

Нами изучен региональный аспект оценки психического здоровья и психической патологии в русле социально-психологического и клинко-терапевтического комплексного подхода с использованием трех базисных методов:

клинико-эпидемиологического (позволяющего определить «величину проблемы» и оценить вклад патогенных и саногенных факторов в генез психических расстройств);

клинико-динамического (с акцентом на анализе существенных для регионального рассмотрения и часто встречающихся форм психической патологии — ранних, «донозологических» и подострых, затяжных проявлений);

реабилитационно-превентивного («замыкающего» на себе результаты эпидемиологических и динамических исследований).

Важным теоретико-методологическим аспектом *валеопсихологии* является рассмотрение диалектического единства противоположных процессов: патогенетического (с этапами постепенного утяжеления — от простых, кратковременных и изолированных реакций к полиморфным, длительным, затяжным развитиям) и саногенетического (представленного обратной, регрессионной динамикой с устранением имеющейся патологии за счет уси-

ления компенсаторных и адаптационных возможностей вплоть до реституции). В качестве индикатора адаптационных механизмов используется апробированная нами на региональном уровне технология оценки вегетососудистого тонуса (с выделением типов «гиперреакторов», «нормореакторов», «гипореакторов»), иммунологических показателей, электрофизиологических показателей и т.д.

Полученные комплексные данные позволяют выдвигать гипотезу, согласно которой экологические особенности региона влияют на ход эволюционного процесса в местной популяции. В частности, развиваются и закрепляются такие биопсихосоциальные свойства, которые обеспечивают наилучшее приспособление к окружающей среде, невыгодные с точки зрения адаптации к суровым условиям жизни свойства личности утрачиваются или урежаются. В результате наших многолетних исследований [12] можно считать установленным фактом, что нарушения адаптации больных при эндогенных состояниях обусловлены сочетанием внутренних (патодинамических) и внешних (социально-средовых) влияний, а их динамика варьирует в зависимости от конституционально-биологических особенностей, социально-преморбидных характеристик, темпа прогрессивности и типа течения заболевания, соотношения продуктивных и негативных психопатологических расстройств в его структуре (табл. 1). Сочетание различных по характеру, глубине и сфере поражения расстройств создает новую личностную структуру и является почвой, определяющей основные адаптационные характеристики. В соответствии с этим новый жизненный стереотип больного, качество и уровень социального приспособления слагаются в зависимости от индивидуальных конституционально-биологических адаптационных возможностей и совокупности социальных условий (внутренних и внешних предпосылок). Они являются основой для формирования вторичных компенсаторных образований в виде индивидуальных типов компенсаторно-приспособительной защиты.

Изучение личностных реакций приспособления к неблагоприятным средовым условиям, близким к экстремальным, позволяет выделить 2 группы адаптивных проявлений. Первая из них охватывает относительно стабильные состояния (психоадаптационные, невротические, невротоподобные) и психозеадаптационные расстройства донозологического (ПДАС) и клинического уровней (состояния «нарушения адаптации»). Состояние «перехода от дезадаптации к болезни» структурируется у

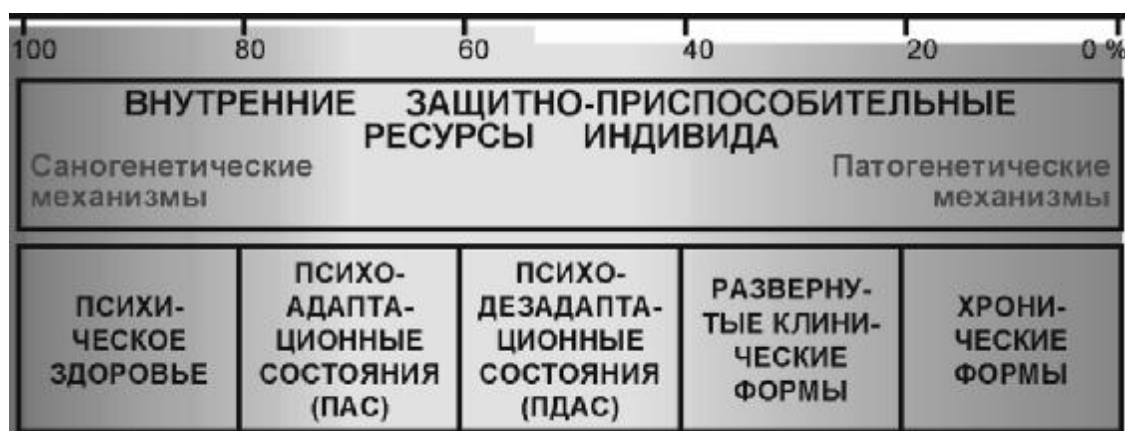


Рис. 1. Синкретная модель пограничных состояний

Модель системы адаптации при эндогенных состояниях

Патогенные		Предпосылки адаптации	Саногенные	
Внутренние			Внутренние	
Индивидуально-биологические (провоцирующие, ускоряющие и отягощающие)	Эндогенные (прогностически неблагоприятные основные клинические параметры заболевания)		Эндогенные	Личностные
Психотические (персистентные)	Дефицитарные резко выраженные		Прогностически благоприятные основные клинические параметры заболевания	Гармоническое сочетание личностных черт, высокий потенциал адаптационных возможностей
Внешние			Внешние	
Неадекватные терапевтические	Неблагоприятные социально-средовые		Адекватная медикаментозная и психотерапия, возможности реконструкции и перестроения личности	Дифференцированная социальная поддержка (медицинская, профессиональная, семейная, микросредовая и пр.)

индивида, психический статус которого квалифицируется как ПДАС: дестабилизирующие агенты приводят к усложнению прежней картины, появлению психоэмоциональных и вегетативно-сосудистых компонентов; феноменологически они соответствуют одной из клинических форм невротических (неврозоподобных) состояний.

Методологические предпосылки

Рассмотрение проблем систематизации и клиники пограничных (невротических, патохарактерологических, невротических и психопатоподобных) и аддиктивных личностных расстройств облегчается благодаря вычлениению доминирующей научной парадигмы. Под этим понятием определяется система научных достижений (теорий, методов), по образцу которых организуется исследовательская практика ученых в данной области.

Выделяют следующие основные этапы в развитии научной дисциплины [17]:

- препарадигмальный;
- парадигмальный («нормальная наука»);
- кризисный (закрывающийся в смене парадигм).

Проблемы классификации пограничных и аддиктивных состояний составляют важнейший раздел современной медицины. Ее научное разрешение содействует преодолению «величайшего кризиса, поразившего нас, — это кризиса в систематизации человеческих знаний и обеспечении доступности их» (Хейнлайн Р., 1993).

В настоящей работе представлен накопленный нами совместно с сотрудниками НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН материал многолетнего клинко-динамического, нейродинамического, клинко-социологического изучения в условиях восточного региона страны большого контингента лиц с пограничными (4638 чел.) и аддиктивными (более 2500 чел.) состояниями. Углубленный и многосторонний анализ определил их прямое или опосредованное психогенное происхождение. Их изучение оказалось плодотворным на путях системного использования разных методологических подходов — эпистемологического, экстранозологического, этиопатогенетического, эпидемиологического, экологического, эволюционно-

го, этнографического, этологического, эниологического, этического, эстетического, экономического (12 «Э»). Необходимость изменения в парадигме научных знаний вызвана преобразованиями в функционировании общественного сознания (в частности, в качественной переоценке ситуации «экологического сознания» и осознании факта, что качество и продолжительность жизни индивида зависят от поведенческих факторов). На основе обширного клинко-патогенетического материала [11] нами выдвинута гипотеза о родстве пограничных и аддиктивных состояний, устанавливаемом как на этапах их раннего формирования, так и последующей клинической динамики (рис. 2).

Такого рода трактовка подводит исследователя к пониманию этиологии и патогенеза указанных психопатологических явлений, к выбору комплексной, патогенетической терапии, реабилитации и превенции. Степень выраженности и клиническое проявление девиаций личности вариabельны, однако в контексте нашего исследования наиболее важно выявление преморбидного персонологического варианта.

Персонологический подход

Знакомство с литературой по современным аспектам общей и клинической персонологии поражает многообразием высказываемых взглядов и гипотез. В этой связи оправданна попытка систематизации имеющихся данных по отдельным разделам современной клинической персонологии. Персонологический подход представляет собой основу для выделения уровня психического расстройства, поскольку у истоков пограничной и аддиктивной патологии находится определенная личностная predisпозиция.

Основными параметрами гармоничной личности являются адаптивность, характеризующая способность приспособления индивида к меняющимся жизненным ситуациям, степень принятия социального окружения, значимость удовлетворения потребностей. Это психологическое качество отражает реализм в восприятии окружающей среды (перцептивная компонента) и способность «принимать» этот мир и людей такими, какие они есть

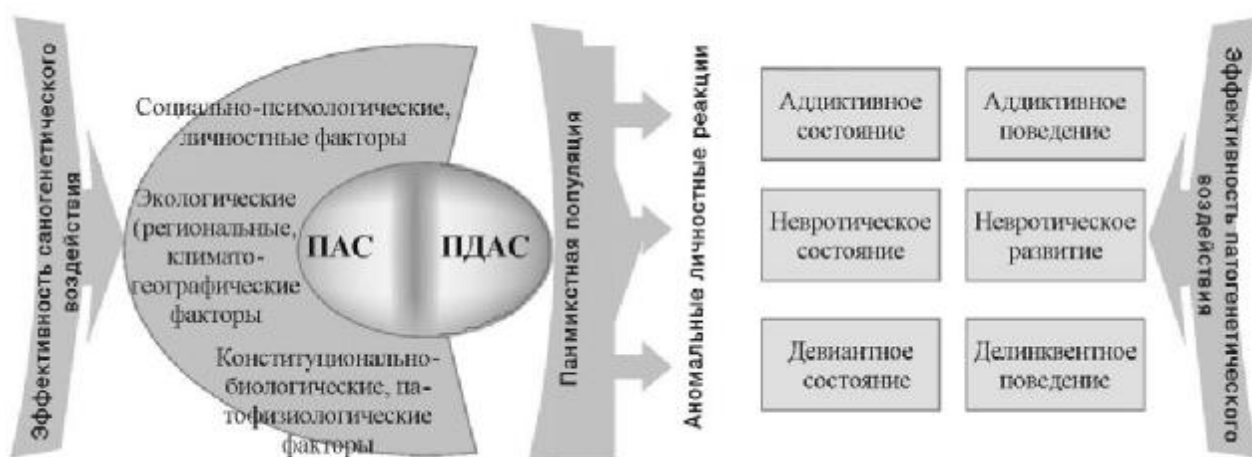


Рис. 2. Общность пограничных и аддиктивных расстройств

(регуляторная компонента). Самоактуализация предусматривает «принятие себя» (оценка возможностей, понимание насущных потребностей, принятие выработанных ценностей), жизнь с внутренней удовлетворенностью, примирение и изживание чувства неуверенности и т.п.

Акцентуированные натуры отличаются индивидуальными качествами, весьма рельефными и выпуклыми, гипертрофированными до такой степени, что возникает впечатление о легкой дисгармоничности психики, хотя и не нарушающей социальной адаптации, но привлекающей внимание своей «необычностью», «своеобразием», «дискордантностью». Классификация акцентуаций характера во многом совпадает с систематикой психопатий. К. Леонгард [5] выделяет демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, тревожный, эмотивный, экстра- и интровертированный типы. А.Е. Личко [6] отмечает особенности акцентуаций характера и темперамента, более часто диагностируемые в подростковом возрасте, а среди них: гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сензитивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый, конформный и конформно-гипертимный.

Систематика пограничных состояний

По мнению О.В. Кербикова [2], отличительной особенностью малой (пограничной) психиатрии является «нечеткость границ между отдельными клиническими формами». При этом форм «переходных и нерезко дифференцирующихся» значительно больше, чем в психиатрии большой, и они «не столько разъединяют, сколько соединяют». Диагностические критерии «пограничной личности», «пограничных личностных расстройств» отражают диагностическую путаницу в области пограничной психиатрии. В основу предложенной нами классификации [14] положены этиологический, патогенетический и клинко-динамический принципы. При этом учитывались как собственный опыт, так и разработки видных отечественных клиницистов в области систематики пограничных состояний (табл. 2).

В зависимости от генеза (преобладающая роль конституционально-биологического, психогенного, экзогенно-органического и соматогенного факторов), степени

выраженности и длительности симптоматики выделяются 4 группы пограничных состояний: невротическая, патохарактерологическая, невротоподобная, психопатоподобная. Каждой из них свойственна этапность формирования клинической симптоматики: начальная (преневротическая, препсихопатическая) стадия; этап структурирования; период относительной стабилизации личностной патологии (формирование невротического, патохарактерологического, патологического развития личности).

Познание механизмов становления пограничных психических расстройств каждого из выделенных регистров подводит нас к рассмотрению сложной проблемы классификации промежуточных форм между психическим здоровьем и болезнью. На практике речь идет о наличии двух границ, зачастую оказывающихся неустойчивыми и неопределенными. Существуют 2 типа предболезненных состояний — истинный (когда диагноз опережает заболевание) и условный (когда имеются выраженные патологические изменения, обнаруживаемые методами дополнительного обследования). Интерес к зоне предболезненных состояний в области пограничной психиатрии выдвигает в этиопатогенетическом плане задачу изучения перехода «от нормальной поведенческой эмоции к эмоции фиксированной, патологической» [1]. Мы предлагаем определять эти проявления как аномальные (недифференцированные в своем содержании) личностные реакции (АЛР), клиническое содержание которых отражает ранний, «донозологический» этап развития заболевания. Они являются нозологически неспецифичными, поскольку могут трансформироваться и в невротические (невротоподобные), и в психопатические (психопатоподобные) состояния. В целом АЛР становятся основной причиной социальной дезадаптации.

Механизмы аддиктивного поведения

Проявляемая на современном этапе науковедения тенденция к всеобъемлющей систематизации и упорядочению знаний в области психиатрической науки, своеобразная «любовь к классификациям» в меньшей степени затронули сферу аддиктивных состояний. Изучением аддикций (от англ. *addiction* — зависимость) занимаются несколько наук, такие, как психология, социология, медицина; на стыке этих дисциплин сформировалась новая наука о зависимостях — аддиктология. Она охватывает

Клинико-патогенетическая систематика пограничных состояний

Этиологические факторы	Этапы динамики				
	Предболезнь	Острый	Подострый	Затяжной	Резидуальный ("патос")
Психогенный	Аномальные (недифференцированные) личностные реакции	Невротические реакции: у гармоничных личностей; у акцентированных натур	Невротические состояния	Невротическое развитие: ситуационное конституциональное	"Краевая" психопатия
Конституционально-биологический (личностный)		Патохарактерологические реакции Психопатоподобные реакции	Препсихопатические и психопатоподобные состояния	Патохарактерологическое развитие	"Ядерная" психопатия
Экзогенно-органический, соматогенный		Неврозоподобные реакции	Неврозоподобные состояния	Патологическое развитие	Органическая психопатия Общеорганическое снижение личности

наркотическую аддикцию (включая токсикоманию), алкогольную, табачную, компьютерную, игровую, пищевую, любовную и сексуальную, некоторые «респектабельные» формы (например, рабочегоголизм).

Аддиктивное поведение связано с желанием человека уйти из реальной жизни путем изменения состояния своего сознания. В зависимости от механизмов ухода из реальности выделяются фармакологические или химические, субстанциональные и пищевые зависимости. Фармакологические (химические) подразумевают наркотизм (наркомания), алкоголизм, табакокурение, токсикоманию; субстанциональные включают компьютерные, игровые, эмоциональные созависимости (секс- и любовные зависимости), трудо- или рабочегоголизм, пищевые зависимости и др.

Подразделение средств аддикций на типы (разновидности) подразумевает:

психоактивные вещества (алкоголь, наркотики и т.д.); активная включенность в процесс (хобби, игра, работа и т.д.);

люди, предметы и явления окружающей действительности, вызывающие различные эмоциональные состояния. Эмоции являются составной частью зависимости; важна не модальность эмоции (положительная или отрицательная), а ее интенсивность (чем сильнее эмоция, тем сильнее зависимость).

Ц.П. Короленко, Т.А. Донских [3] проведено изучение «алкогольной субкультуры», ядро которой составляют натуры с выраженным алкогольным и аддиктивным поведением. Авторы дают характеристику аддиктивных мотиваций, присущих деструктивному поведению:

атарактическая (прием алкоголя осуществляется с целью смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт); субмиссивная (выделяется тенденция к подчинению, зависимости от других); гедонистическая (употребление с целью козфекта, для получения удовольствия);

с гиперактивацией поведения (сочетается с повышенной самооценкой); псевдокультурная (с приданием большого значения атрибутивным свойствам алкоголя).

Аддиктивное поведение синонимично понятию *тяжелой компульсивности*, которая включена в самую сущность невротического процесса [20]; ее визитной карточкой является ненасытность, автоматичность и бесконечная повторяемость («навязчивые повторения»). Другой важный критерий заключается в поляризации противоположностей, разделении всех оценок по полюсам; третий — чувство абсолютности и глобальности большинства переживаний, требование тотальности эмоционального или когнитивного понимания себя и мира («нарциссизм»). Эти характеристики подтверждают установленную нами связь между аддиктивным поведением и невротическим процессом.

Зависимость развивается как результат длительных невротических конфликтов, структурного дефицита, генетической предрасположенности, семейных и культурных условий, влияний окружающей среды. У каждого человека присутствует ядро аддиктивных процессов, которое проявляется в таких мягких формах, как пристрастие к еде, табаку, сладостям или кофе. Решающее значение, определяющее форму зависимости, играют отношения «дти—мать», превратности на раннем этапе формирования Эго и на этапе последующего созревания, способствующие фиксации и поддерживающие регрессию. Сущность проблем аддикта заключается в неспособности управлять своими аффектами, поддерживать здоровые отношения с окружающими, адаптивно изменять и контролировать свое поведение [18]. Обширная психопатология, включающая дефицитарность мотивационно-аффективной сферы, неспособность заботиться о себе и контролировать свои импульсы, предопределяет возникновение аддикции [15].

По мнению J. Krystal [16], многие аддиктивные пациенты не способны дифференцировать свои чувства, склонны соматизировать аффект и не могут выражать свои чувства словами; не могут идентифицировать у себя эмоциональные состояния, например отличить тревогу от депрессии, переживая дефект аффективной защиты. Вещества, вызывающие зависимость, помогают аддиктам компенсировать дефицитарность защиты от сильных эмо-

циональных переживаний. F. Schiffer [19] описал феномен «продления боли», согласно которому аддиктивные пациенты намеренно продлевают состояние дистресса, продолжая употреблять вещества, вызывающие зависимость, с целью повторять оставшуюся неразрешенной боль, появившуюся на ранних стадиях развития. Однако аддикция не всегда означает признак патологической слабости, это и проявление фонтанирующей жизненной силы (например, творчество кофеиномана Оноре де Бальзака). При этом аддиктивная активность носит избирательный характер: в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации и бесчувственности, он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Основной особенностью индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме психически здоровые люди легко (автоматически) приспосабливаются к требованиям обыденной жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий. Для аддикта традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью тягостна. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и эффектами являются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими. Отсюда проистекает феномен «жажды острых ощущений» (В.А. Петровский), характеризующийся побуждением к риску, обусловленным опытом преодоления опасности. Ключевым аспектом поведения аддиктов является нечестность, проявляющаяся в обманах и сокрытии фактов аддиктивного поведения. Аддикты обманывают сами себя (целью этого обмана является прерывание контакта со своими чувствами, осознанием происходящего, со своими настоящими потребностями); обманывают окружающих (членов семьи, коллег, провоцируя нечестность внутри семейной и рабочей системы) и «мир в целом» (стараясь произвести ложное впечатление на окружающих).

Клинические формы аддикций

Это прежде всего *алкогольная*, в основе которой лежит употребление спиртосодержащих напитков. Алкоголь является пищевым продуктом или входит в них, не являясь запрещенным, как наркотики. Алкогольная аддикция (как и очень близкая к ней по генезу и социальным последствиям наркоманическая) является угрозой не только для личности, но и для человеческой популяции, общественного уклада: «поведенческий мутагенез» лежит в основе быстро формирующейся склонности к агрессии, асоциальным поступкам, импульсивным действиям, насилию.

Наркотическая аддикция — болезненные состояния, характеризующиеся явлениями психической и физической зависимости, настоятельной потребностью в повторном потреблении психоактивных веществ. Наркотическими признаются вещества или лекарства, которые обладают способностью специфического действия на ЦНС (стимулировать, вызывать эйфорию, изменять восприятие окружающего).

Токсикомания развивается в связи с употреблением лекарственных средств и веществ, не отнесенных к наркотическим, но изменяющих состояние психической деяте-

льности человека и его поведение. Диапазон веществ с токсикоманическим действием широк — от медикаментов (аналгетиков, транквилизаторов, снотворных, стимуляторы) до технических растворителей и средств бытовой химии.

Лекарственная зависимость формируется при употреблении психотропных веществ; характеризуется патологической потребностью в приеме таких веществ для того, чтобы избежать развития абстиненции или психических нарушений и состояния дискомфорта, возникающих при прекращении их приема либо при введении антагонистов этих веществ.

Табакокурение — один из распространенных видов наркомании, охватывающий большое количество людей и являющийся поэтому бытовой наркоманией. Сигарета является больше отвлекающим фактором: переключение сознания на нее помогает отодвинуть неприятные мысли, прервать тяжелую работу. Совместное курение облегчает контакт между людьми, является предлогом для знакомства.

Игровая аддикция, гэмблинг (от англ. *gambling* — игра) включает зависимость от казино, карт, игровых автоматов, других азартных игр. Также сюда относятся и зависимости от компьютерных игр.

Трудоголизм (работоголизм), в отличие от многих видов других зависимостей, является социально-одобряемой аддикцией. Но на самом деле трудоголик — это личность с определенными психологическими проблемами. Источником психологического дискомфорта чаще всего бывает реально пережитый или мнимый страх (боязнь неудачи, страх перед одиночеством или боязнь общения, страх постоянного напряжения в личной жизни, результат несложившихся или утраченных отношений с детьми). Работа становится своего рода заслоном, психологической защитой, щитом, отражающим отрицательные эмоции.

Сексоголизм (эротомания) — сложная по структуре аддиктивная зависимость, здесь сложно проследить грань между естественным физиологическим процессом и зависимым поведением, сложно различить любовь и секс.

Другие разновидности аддикций

«Пестрая» картина этого раздела аддиктологии определяется известной новизной генеза, клинического содержания рассматриваемых форм и персонологической характеристикой персонологии¹. Схематически речь идет о редких формах (носящих культурологическую направленность): их казуистическое содержание носит на современном этапе знаний эскизный характер, однако в недалеком будущем они могут приобрести «узаконенное» положение в систематике аддикций с очерченными дифференциально-диагностическими гранями². Другая группа представлена микстовыми (смешанными, малодифференцированными, сочетанными) формами, близкими по содержанию к клинике «болезней здоровых людей» [11] — «болезнь Фамусова», «болезнь Обломова» и др., отобра-

¹ Подробно данный аспект рассмотрен в статьях «Аддиктивная личность в зеркале персонологии» (Наркология. — 2003. — № 1. — С. 27—34), «Психокоррекция аддиктивного поведения в современных условиях» (Наркология. — 2004. — № 1. — С. 52—55).

² Возможности «перерастания» такого рода казуистических случаев в систематизированное представление в рамках «новой болезни» были отмечены старыми клиницистами, в частности, известным сибирским ученым Э.Г. Салищевым (Тучин Б. Хроника Томского университета. — Новосибирск, 1989. — С. 143).

жающих социально-личностные артефакты и девиации. Осознавая неохватность клинических и психологических проявлений аддиктивной зависимости (по нашему убеждению, вопрос их систематики и патогенетического анализа — задача современной аддиктологии), остановимся вкратце еще на двух вариантах — новой личностной патологии в виде интернет-аддикции и пищевой зависимости.

Виртуальная аддикция (нетаголизм, «интернет-зависимость») определяется притягательностью в качестве «ухода от реальности» в силу ряда обстоятельств:

Интернет дает возможность анонимных социальных интеракций;

позволяет реализовать свои представления и фантазии с обратной связью;

создает возможности поиска собеседника, соответствующего определенным критериям и требованиям;

открывает доступ к информации (информационный вампиризм), которая становится единственным средством общественной коммуникации.

В качестве диагностических критериев отмечают появление дистресса от использования компьютера; возникновение ущерба личностному статусу, семейному, экономическому, физическому положению. Описывают одно из типичных «зол» XXI в. — «синдром компьютерного отказа»: «плохое поведение» электроники способно ввергнуть многих людей в гораздо больший стресс, чем даже разрыв с любимым человеком. Оценивая в целом эту новую проблему, согласимся, что перегрузка знаниями и информацией неизбежна: проблема лишь в том, как с ней совладать.

Анализ клинической гетерогенности пациентов с *пищевой аддикцией* [4] позволяет выделить варианты патологии пищевого поведения:

нарушение пищевого поведения по типу нервной булимии;

аномальное пищевое поведение, характеризующееся избыточным употреблением калорийной пищи и нарушением режима питания;

патологическое пищевое поведение с эпизодами гиперфагии в ситуации дистресса в форме психогенной реакции гипералиментации;

нарушение пищевого поведения с депрессивной симптоматикой.

Определены факторы, способствующие возникновению деформации пищевого поведения: конституционально-биологические, психологические (персоналогические), социокультуральные, психогенные, соматогенные. Анализ психологических особенностей личности свидетельствует о нарастании дезадаптации, связанной с недостаточной эффективностью действующих защитных механизмов. Пищевая аддикция, по сути являясь защитным механизмом, представляет собой сочетание нарушений пищевого поведения по типу гипералиментации с психическими расстройствами невротического и личностного уровня, приводящее к развитию избыточного веса или ожирения различной степени выраженности. Ее цель — уход от реальности с фиксацией на атарактической или гедонистической мотивации приема пищи.

Среди «новых болезней цивилизации» описывают психологическую зависимость по типу гаджет-аддикции (гаджет — любимая игрушка для взрослых: цифровые камеры, мобильные телефоны, портативные телефоны), в ходе которой решение проблемы «здесь и сейчас» осуществляется путем выбора аддиктивной реализации, ухода

личности из реального социального мира (приобретение электронной техники и устройств без всяких разумных оснований, становящейся навязчивой привычкой). Ради покупки нового гаджета люди экономят на необходимых статьях семейного бюджета, влезают в долги.

Трансформация психогенных потребностей (*needs*, по Мюррею) в аддиктивную форму поведения определяет и многообразные синдромологические формы. Среди них распространены аддикция к ритмической музыке (джазомания, клиптомания, меломания и др.), проявления вещизма, тяги к приобретению (включая варианты шопингомании, бессмысленного коллекционирования, стяжательства, накопительства), поиска помощи (сектантство и др.), необычных увлечений в области литературы и искусства (эрастомания, поттеризм, толкинизм, гарримания, библиомания, киномания и др.) и другие зависимости (в этом контексте упомянем «синдром казино» — с превращением клиентов заведения в послушных должников, ссуживанием денег на продолжение игр, заманиванием их в расчете на проигрыш целых состояний и пр.). Не имея возможности детального изложения своих позиций, сошлемся на опубликованную А.Е. Личко рабочую классификацию типов увлечений: информационно-коммуникативные, азартные, эгоцентрические, накопительские, телесно-мануальные, лидерские, интеллектуально-эстетические, сексуальные (дон-жуанизм, пигмалионизм, трансвестизм, фетишизм, гомосексуализм, онанизм, петтинг, промискуитет). Она может послужить «отправной точкой» последующих клинико-динамических изысканий в области систематизации аддиктивных состояний.

В целом процесс познания развивается по спирали, поэтому на современном «витке» развития классификационная система может оказаться полезной для углубленного и типологического анализа. Важно понимать, что методы и результаты типологической и классификационной деятельности различны, как многообразны сами термины *типология* и *классификация*. Обоснованность широкого вселенского типологического рассмотрения живых людей и литературных персонажей утверждалась русским поэтом К.Д. Бальмонтом¹: «Существуют великие мировые типы, неизменно приковывающие наше внимание. Похититель небесного огня Прометей, обративший свою неземную душу к земножителям; волшебник и чернокнижник Фауст, вступивший в договор с Дьяволом; несчастный отец неблагодарных детей король Лир; смешной и трагичный рыцарь мечты Дон Кихот; гений сомнения Гамлет; царственный себялюбец и убийца Макбет; демонический Ричард Третий, полный разрушительного сарказма; злой дух обмана Яго, этот дьявол в образе человека; красивый соблазнитель женщин Дон Жуан — эти призраки более живучие, чем миллион так называемых живых людей, они составляют ее часть и влияют на наши чувства и наши поступки».

Естественно, в современных условиях возможности реализации задач систематизации знаний несоразмерно возрастают, осуществляя методами многомерной биостатистики (факторный, кластерный, дискретный анализы, логистическая регрессия, анализ соответствий, обобщенные линейные модели и др.) достижение основных целей доказательной медицины. Они осуществимы в условиях строгого клинического отбора, научной разработки отде-

¹ Бальмонт К.Д. Тип Дон Жуана в мировой литературе// Горные вершины. — М., 1904.

льных диагностических рубрик с позиций клинико-динамической и персонологической характеристик отдельных случаев и целых когорт населения, клинико-патогенетической оценке аддиктивных состояний в их «длиннике».

Список литературы

1. Анохин П.К. Избранные труды. — М.: Наука, 1978. — 400 с.
2. Кербиков О.В. Избранные труды. — М., 1971. — 312 с.
3. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. — Новосибирск, 1990.
4. Красноперова Н.Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — Томск, 2001. — 25 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности/ Пер. с нем. — Киев, 1981. — 390 с.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л., 1985. — 416 с.
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике/ Пер. с англ. Под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: АДИС, 1994. — 302 с.
8. Огурцов А.П., Юдин Б.Г. Типология// БСЭ. 3-е изд. — Т. 25. — С. 563—565.
9. Семке В.Я. К проблеме систематизации пограничных состояний// Журн. невропатологии и психиатрии. — 1987. — Вып. 11. — С. 1673—1679.
10. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
11. Семке В.Я. Основы персонологии. — М.: Академический Проект, 2001. — 476 с.
12. Семке В.Я. Психогении современного общества. — Томск, 2003. — 408 с.
13. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. — Томск, 2005. — 212 с.
14. Семке В.Я. Типология и классификация в социологических исследованиях. — М., 1982. — 295 с.
15. Khantzian E.J. Addiction and the Vulnerable self. — New York, 1990.
16. Krystal J.H. Assessing alexithymia. — New York: Analytic Press, 1988. — P. 286—310.
17. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. 2-nd ed. — Chicago, 1970.
18. Milkman H., Frosch N.A. On the preferential abuse of heroin and amphetamine// J. Nerv. Ment. Dis. — 1973. — P. 242—248.
19. Schiffer F. Psychotherapy of nine successfully treated cocaine abusers// J. Subst. Abuse. — 1988. — Vol. 5. — P. 133—137.
20. Wursmer L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use// J. Amer. Ass. — 1974. — P. 820—843.

EXPLANATORY APPROACHES TO CLASSIFICATION OF BORDERLINE AND ADDICTIVE DISORDERS

SEMKE V.YA. Academician of RAMSci, Professor, Honored Scientist of Russian Federation, Director of SI MHRI TSC SB RAMSci
SEMKE A.V. Professor, Head of Endogenous Disorders Department of SI MHRI TSC SB RAMSci

In this article basic definitions of borderline and addictive states have been presented, their classification with account for regional peculiarities has been introduced. Methodological preconditions of systematization and clinic of borderline, endogenous and addictive personality disorders are considered. Mechanisms of addictive behavior and traditional and new clinical forms of addictions have been revealed.