

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

С. О. ХИЛЬКЕВИЧ, О. В. ШИЛОВА

НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран
медицинских вузов**

**Гомель
ГомГМУ
2017**

УДК 616.89 (072)
ББК 56.14-322+56.142я73
Х 45

Рецензенты:

доктор медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Витебского государственного ордена Дружбы народов
медицинского университета

А. А. Кирпиченко;

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Гродненского государственного медицинского университета

В. А. Карпюк

Хилькевич, С. О.

Х 45 Нехимические зависимости: диагностика, лечение, профилактика:
учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса лечебного факультета и
факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран
медицинских вузов / С. О. Хилькевич, О. В. Шилова. — Гомель:
ГомГМУ, 2017. — 36 с.
ISBN 978-985-506-876-2

Учебно-методическое пособие содержит информацию о диагностике, клинике, лечении и профилактике игровой, социальной и интернет-зависимостей в качестве дополнительной подготовки по циклу «Психиатрия и наркология».

Предназначено для студентов 5 курса лечебного факультета и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 11 ноября 2016 г., протокол № 5.

УДК 616.89 (072)
ББК 56.14-322+56.142я73

ISBN 978-985-506-876-2

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Введение</i>	4
<i>1. Азартные игры (гемблинг, лудомания)</i>	8
<i>2. Эротические аддикции</i>	15
<i>3. «Социально-приемлемые» аддикции</i>	22
<i>4. Технологические аддикции</i>	28
<i>5. Пищевые аддикции</i>	33
<i>Литература</i>	35

ВВЕДЕНИЕ

«Химическая аддикция базируется на опыте, который наркотик дает человеку, и месте, которое этот опыт занимает в жизни человека. Все, что дает сравнимый опыт, может также вызвать аддикцию».
(S. Peele, «How Much is Too Much?», Prentice Hall Publishers, New York, 1981)

Аддикция (от лат. *addictus* «слепо преданный, пристрастившийся») — ощущаемая человеком навязчивая потребность в определенной деятельности. В медицинском смысле — это навязчивая потребность в использовании привычных стимулов, сопровождающаяся ростом толерантности и выраженными физиологическими и психологическими симптомами.

Шесть компонентов, универсальных для всех вариантов аддикций (R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1997):

- особенность, «сверхценность» (salience);
- изменение настроения (mood changes);
- рост толерантности (tolerance);
- симптомы отмены (withdrawal symptoms);
- конфликт с окружающими и самим собой (conflict);
- рецидив (relapse).

Аддиктивное поведение — один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций.

Процессу возникновения и развития аддиктивного поведения способствуют четыре группы факторов: **биологические, психологические, социальные и мировоззренческие.**

Биологические предпосылки:

- наследственная психопатологическая отягощённость, в том числе и генетическая предрасположенность к различным формам аддиктивного поведения, обусловленная прежде всего нарушением обмена нейромедиаторов, входящих в «систему удовлетворения»;
- врожденные особенности реагирования на воздействия различных веществ факторов среды.

Социальные предпосылки:

- воспитание в любом варианте дисфункциональной семьи, сопровождающееся отсутствием эмоционального и духовного контакта; безразличием или одобрением данного поведения семьей; наличием в семье зави-

символического лица; отсутствием контроля или гиперконтроля; низкий авторитет членов семьи между собой; отсутствием организованности досуга и воспитательного процесса;

- низкий социально-экономический статус с отсутствием организованности досуга и возможностью социально одобряемых развлечений; невозможность иметь доступ к адекватному уровню учебно-воспитательного процесса;

- влияние микро- и макросоциума — подражательство сверстникам, влияние субкультур, социальная мода на определенный стиль и образ жизни.

Психологические предпосылки:

- характерологические особенности — гипертимный неустойчивый, циклоидный, конформный, истероидный, шизоидный или эпилептоидный типы акцентуаций характера с соответствующим паттерном реагирования и поведения.

Для *гипертимов* наиболее привлекательны формы поведения, приводящие к новым контактам, а также к потреблению веществ, вызывающих эйфорию; *циклоиды*, у которых особенности поведения зависят от фазы цикла настроения; для *эмоционально-лабильных* людей характерны два основных механизма формирования аддикций — это так называемые «крик о помощи» и самоистязание; для *шизоидных* акцентуантов привлекательны те увлечения или вещества, которые способствуют аутистическому фантазированию или же облегчают контакты с другими людьми; у *эпилептоидов* аддикция — проявление самодеструкции (саморазрушения).

Сенситивный и психоастенический вариант акцентуации **не склонен** к аддиктивному поведению вовсе (А. Е. Личко).

- личностная предрасположенность — преобладание избегающей мотивации, снижение мотивации достижения вплоть до отказа считать себя субъектом деятельности («меня заставили»); отсутствие навыков рефлексии, низкий уровень развития самосознания, низкий уровень самоуважения, вплоть до неприятия образа «я», что, однако, может маскироваться защитным поведением, демонстрирующим завышенную самооценку; самозащитный тип реакции на фрустрацию, детерминированный неуверенностью в себе, что проявляется в отказе от деятельности при столкновении с малейшими трудностями; тенденция к уходу от реальности в стрессовой ситуации; несформированность функции прогноза.

- переживание стойких неудач учебной или профессиональной деятельности; конфликты с окружением; чувство одиночества, утрата смысла жизни, ощущение невостребованности в будущем и личная несостоятельность во всех видах деятельности.

Некоторыми учеными выделяются также **мировоззренческие предпосылки:**

- нигилистический взгляд на окружающую действительность, проявляющийся во враждебном, конфликтном, межличностном отношении с окружающими, а также формальным отношением к понятию «жизнь», при котором она не является доминирующей, наделённой абсолютной ценностью.

Классификация мотивационных факторов аддиктивного поведения (В. Ю. Завьялов), правомочная как для химических, так и нехимических зависимостей:

1. Социально-психологические факторы:
 - а) традиционные, социально обусловленные мотивы;
 - б) субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы;
 - в) псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующий о стремлении приспособиться к "ценностям" своей социальной группы.
2. Мотивы, отражающие потребность в изменении собственного состояния:
 - а) гедонистические мотивы — стремление испытать чувство удовольствия;
 - б) аттрактивные мотивы — желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания;
 - в) мотивы гиперактивации поведения — стремление выйти из апатического состояния, улучшить на краткий период работоспособность.
3. Патологическая мотивация, связанная с наличием патологического влечения к наркотику (объекту зависимости):
 - а) мотив купирования абстиненции — стремление избавиться от тягостных проявлений абстиненции с помощью объекта аддикции;
 - б) мотив зависимости (аддиктивный мотив) — фиксация в сознании патологического стремления к наркотику (или иному объекту зависимости);
 - в) мотив самоповреждения — стремление употребить наркотик «назло себе и другим» для того, чтобы ускорить наступление социальных осложнений либо соматических осложнений и даже смерти.

Как уже было отмечено в определении, аддиктивное поведение связано с желанием человека уйти из реальной жизни путем изменения состояния своего сознания. В зависимости от того, посредством чего осуществляется «уход из реальности» выделяются следующие типы аддикций:

1. Психоактивные вещества (*алкоголь, наркотики и т. д.*).
2. Активность, включенность в процесс (*хобби, игра, работа и т. д.*).
3. Люди, другие предметы и явления окружающей действительности, вызывающие различные эмоциональные состояния.

Уход от реальности всегда сопровождается сильными эмоциональными переживаниями. Говоря о нехимических аддикциях эмоции являются движущей силой зависимости. И, как ни парадоксально, в первую очередь важна не модальность эмоции (положительная или отрицательная), а ее интенсивность — чем сильнее эмоция, тем сильнее зависимость.

Нехимическими называются аддикции, где объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не ПАВ. В западной литературе для обозначения этих видов аддиктивного поведения чаще используется термин **«поведенческие аддикции»**.

Критерии для диагностики нехимических зависимостей (Marks, 1990):

1. Побуждение к контрпродуктивной поведенческой деятельности (= тяга).
2. Нарастающее напряжение, пока деятельность не будет завершена.
3. Завершение данной деятельности немедленно, но ненадолго снимает напряжение.
4. Повторная тяга и напряжение через часы, дни или недели (= симптомы абстиненции).
5. Внешние проявления уникальны для данного синдрома аддикции.
6. Последующее существование определяется внешними и внутренними проявлениями (дисфория, тоска).
7. Гедонистический оттенок на ранних стадиях аддикции.

Исследования в области нехимических аддикций подтвердили частое их сочетание с целым рядом психической патологии: аффективными расстройствами, невротическими, чаще обсессивно-компульсивными расстройствами, расстройствами личности, зависимостями от психоактивных веществ. Коморбидность невротических расстройств и нехимических аддикций, по мнению А. Р. Назмутдинова (2000), определяется тремя основными вариантами:

- невроз, манифестировавший на фоне ранее сформировавшейся аддиктивной зависимости (при наличии дополнительных патогенетических моментов, каким, например, является психотравма);
- длительное невротическое состояние, обусловившее своеобразный механизм психологической защиты в виде формирования аддиктивного поведения;
- невротические и аддиктивные расстройства, развивающиеся и протекающие параллельно, относительно изолированно друг от друга, но имеющие общие этиопатогенетические и патопластические феномены.

Классификация нехимических аддикций (А. Ю. Егоров, 2006):

1. Патологическое влечение к азартным играм (гемблинг).
2. Эротические аддикции:
 - 2.1. Любовные аддикции.
 - 2.2. Сексуальные аддикции.
 - 2.3. Любовно-сексуальные аддикции.
3. «Социально-приемлемые» аддикции:
 - 3.1. Работоголизм.
 - 3.2. Аддикция упражнений (спортивная аддикция).
 - 3.3. Аддикция отношений.
 - 3.4. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг).
 - 3.5. Аддикция к модификации собственного тела.
 - 3.6. Религиозная аддикция.
4. Технологические аддикции:
 - 4.1. Интернет-аддикции.

- 4.2. Аддикция к мобильным телефонам.
- 4.3. Другие технологические аддикции (телевизионная аддикция и др.).
- 5. Пищевые аддикции:
 - 5.1. Аддикция к перееданию.
 - 5.2. Аддикция к голоданию.

1. АЗАРТНЫЕ ИГРЫ (гемблинг, лудомания)

Гемблинг («патологическая склонность к азартным играм» (F63.0)) «заключается в частых повторных эпизодах участия в азартных играх, что доминирует в жизни субъекта и ведет к снижению социальных, профессиональных, материальных и семейных ценностей, не уделяется должного внимания обязанностям в этой сфере» (МКБ-10, 1994).

Критерии гемблинга в DSM-5 (4 и более критериев в течение 12 месяцев):

- Частая поглощенность гемблингом: постоянное возвращение в мыслях к прошлому опыту гемблинга, предвкушение и готовность к реализации очередной возможности гемблинга, обдумывание способа достать денежные средства для игры.
- Продолжение игры при возрастающем подъеме ставок, чтобы достичь желаемой остроты ощущений.
- Наличие в прошлом неоднократных, но безуспешных попыток контролировать свое пристрастие к гемблингу, играть реже или совсем прекратить.
- Появление беспокойства и раздражительности при попытке играть реже или совсем отказаться от игры.
- Обращение к игре связано с дистрессом (ощущение беспомощности, чувство вины, тревоги, депрессии). Возвращение к игре на следующий день, чтобы отыграться.
- Лживость по отношению к семье, врачу и другим людям, чтобы скрыть степень вовлеченности в гемблинг.
- Наличие криминальных действий — такие как подлог, мошенничество, кража, присвоение чужого имущества с целью обеспечения средств для гемблинга.
- Поведение не может быть объяснено маниакальным состоянием (критерий исключения).

Эпидемиология:

Азартные игры распространены во всем мире. В США, по данным широкомасштабных эпидемиологических исследований, большинство людей, время от времени, играет в азартные игры. Среди всего населения 86 % когда-нибудь играли на деньги, 68 % играли в течение текущего года (Rotter, 2004). Распространенность патологического пристрастия к азартным играм в популяции оценивается от 1,4 до 5,1 % (Petry, Armentano, 1999). На 1997 г. количество зависимых от игры в США было оценено в 7,5 млн. взрослых и

7,9 млн юных американцев (National Gambling Impact Study Commission, 1999). В период с 1991 по 1995 гг. количество денег, потраченных на игру, выросло в США с 300 млн до 500 млн долларов в год.

Международные исследования распространенности гемблинга приводят данные о 0,2–3 % населения развитых стран (Grall-Bronnec M et al., 2010). Число патологических гемблеров в Германии оценивается от 103 тыс. до 290 тыс., что соответствует 0,2–0,6 % населения (Erbas, Buchner, 2012). Можно предположить, что в среднестатистическом российском городе (500 тыс. чел.) число больных патологической азартной игры составляет не менее 25 тыс. человек (Малыгин, 2009).

Большинство исследований, посвященных патологической азартной игре, ориентировано на мужчин. Наблюдаемое соотношение мужчин–женщин в группах ГА («Анонимные игроки») 7:1; 10:1. В то же время изучение распространенности среди всего населения показывает соотношение мужчин и женщин 2:1 или 3:1.

Женщины втягиваются в опасное увлечение в три раза быстрее и тяжелее поддаются психотерапии. В отличие от мужчин, женщины подпадают под зависимость от азартных игр в более зрелом возрасте и по другим причинам. Наиболее распространенная из них — личные проблемы, от которых они пытаются уйти в игру. Наиболее часто это происходит в возрасте от 21 до 55 лет. Половые различия между мужчинами и женщинами заключались также в том, что гемблингу у женщин чаще сопутствовало депрессивное расстройство, а у мужчин — алкоголизм (Tavares et al., 2003). Отмечено также, что гемблинг среди подростков и молодежи встречается в 2–4 раза чаще, чем среди взрослых.

Этиопатогенез:

К *общепатологическим факторам* относятся пре-, пери- и постнатальные вредности, способствующие возникновению органической неполноценности структур головного мозга. Наследственность, в свою очередь, — основа формирования темперамента и характерологических свойств личности.

В ряде исследований выявлено, что у лиц, зависимых от игры, статистически значимо чаще, чем у здоровых родителей, дети становились патологическими игроками (National Research Council, 1999; Toneatto, Brennan, 2002). Отмечены также случаи семейного накопления патологической зависимости от игры (Eisen et al., 2001). Испанские исследователи А. Ибаньес и его коллеги (2003) в обзоре, посвященном роли *генетических факторов* в развитии патологического гемблинга, отмечают, что исследования в области молекулярной генетики обнаружили разнообразные специфические аллели генов, ответственных за нейромедиаторные системы, участвующие в формировании гемблинга. Группа американских генетиков (Comings et al., 2001) изучали полиморфизм 31 гена, вовлеченного в передачу дофамина, серотонина, норадреналина и ГАМК у 139 гемблеров по сравнению с реле-

вантной контрольной группой. Наибольшие изменения были выявлены при генотипировании в генах DRD2, DRD4, DAT1, TPH, ADRA2C, NMDA1 и PS1 по сравнению с контролем. Оказалось, что изменения в генах, связанных и с дофамином, и с серотонином, и с норадреналином, составляют приблизительно одинаковый риск для возникновения патологического гемблинга.

А. О. Бухановский (2002) особое значение в формировании болезней зависимого поведения (включая патологическую зависимость от азартной игры) придает *органической неполноценности ЦНС* (различным церебральным заболеваниям, мозговым травмам и другим повреждениям ЦНС), что способствует слабости тормозных процессов, гипервозбудимости, ригидности и застреванию психических процессов. Ряд исследователей утверждает, что, как и при химической зависимости, при патологическом гемблинге отмечается снижение чувствительности «системы награды». МРТ-исследования показали снижение стриатумной и вентро-медиальной префронтальной активации у гемблеров по сравнению с контролем, причем, чем более выражена аддикция, тем ниже активация структур, связанных с «системой награды» (Reuter et al., 2005). О связи билатеральных вентро-медиальных поражений префронтальной коры и патологического гемблинга говорят и другие исследования. Так, А. Бехара (Bechara, 2001), отмечая потерю контроля и критики у неврологических пациентов с подобными поражениями, высказывает гипотезу о наличии «соматического маркера» расстройств, связанных с принятием решений.

Катехоламиновая теория нашла своё подтверждение в исследованиях, описывающих значение различных нейромедиаторных структур в формировании патологического гемблинга (Hollander et al., 2000). Так, по мнению исследователей, серотонин связан с поведенческой инициацией и растормаживанием, необходимым для начала гемблингового «запоя», и со сложностью его прекращения. Норадреналин связан с возбуждением и чувством риска, присущими гемблерам. Дофамин, вызывающий положительное или отрицательное подкрепление при воздействии на «систему награды», способствует закреплению аддикции. Существенную роль катехоламиновых структур в формировании гемблинга подтверждают и данные М. Зака и К. Поулоса (Zack, Poulos, 2004) о резком усилении тяги к игре после приема психостимуляторов (амфетамина) у проблемных гемблеров.

Множество исследований подтверждает связь аддиктивных расстройств и *аномалий характера*. При этом риск формирования аддиктивного поведения связан не столько со степенью аномалии характера (психопатия или акцентуация), сколько с ее типом — гипертимным, эпилептоидным, истероидным и неустойчивым (Егоров, 2003). Среди патологических игроков отмечен более высокий уровень нейротизма и импульсивности.

Микро- и макросоциальные факторы, предрасполагающие к гемблингу: неправильное воспитание в семье, участие в играх родителей и знакомых,

стремление к игре с детства (домино, карты, монополия и т. д.), переоценка значения материальных ценностей, фиксированное внимание на финансовых возможностях, зависть к более богатым родственникам и знакомым, убеждение в том, что все проблемы можно решить с помощью денег (Короленко, Дмитриева, 2000). Американский исследователь А. Пастернак (Pasternak, 1997), в свою очередь, в качестве факторов риска выделяет принадлежность к национальному меньшинству, отсутствие семейного статуса. Ситуативная доступность азартных игр как predisposing социальный фактор также отмечается рядом исследователей (Volberg, 1996; Room, Turner et al., 1999).

Патогенетические механизмы формирования зависимого поведения описываются и в рамках *бихевиоральных и психоаналитических теорий*. Отмечается, что существует два варианта возникновения аддиктивного поведения (Бухановский, 2002) — оперантное научение и реактивный импринтинг. Патологическая зависимость от игр формируется посредством оперантного научения, происходящего постепенно, по типу повторных подкреплений. Патогенная ситуация, оказывая влияние через систему слабых, но регулярных или частых воздействий, постепенно формирует устойчивое нарушение в предрасположенной к тому высшей нервной деятельности.

Психоаналитическая концепция патологического влечения к азартной игре исходит из того, что за нелогичной, постоянной уверенностью патологического игрока в выигрыше скрываются инфантильные фантазии всемогущества, ожидания неограниченного удовлетворения своих желаний. Постоянное возвращение к игре означает протест, бессознательное агрессивное отношение к реальной действительности, не желающей приближаться к этим фантазиям (Попов, Вид, 1997).

Клиника

Выделяется три стадии развития гемблинга (R. Custer et al., 1989):

- **Стадия выигрышей:** случайная игра, частые выигрыши, воображение предшествует и сопутствует игре, более частые случаи игры, увеличение размера ставок, фантазии об игре, очень крупный выигрыш, беспричинный оптимизм.

- **Стадия проигрышей:** игра в одиночестве, хвастовство выигрышами, размышления только об игре, затягивающиеся эпизоды проигрышей, неспособность остановить игру, ложь и сокрытие от друзей своей проблемы, уменьшение заботы о семье или супруге, уменьшение рабочего времени в пользу игры, отказ платить долги, изменения личности — раздражительность, утомляемость, необщительность, тяжелая эмоциональная обстановка дома, одалживание денег на игру, очень большие долги, созданные как законными, так и незаконными способами, неспособность оплатить долги, отчаянные попытки прекратить играть.

- **Стадия разочарования:** потеря профессиональной и личной репутации, значительное увеличение времени, проводимого за игрой, и размера

ставок, удаление от семьи и друзей, угрызения совести, раскаяние, ненависть к другим, паника, незаконные действия, безнадежность, суицидальные мысли и попытки, арест, развод, злоупотребление алкоголем, эмоциональные нарушения, уход в себя.

Важным аспектом в понимании гемблинга являются так называемые **«ошибки мышления»**, приводящие к иррациональным установкам гемблеров (В. В. Зайцев и А. Ф. Шайдулина (2003)). Ошибки мышления бывают **стратегическими**, определяющие общее положительное отношение к своей зависимости, и **тактическими**, которые запускают и поддерживают механизм «игрового транса».

К стратегическим ошибкам мышления относятся следующие внутренние убеждения:

- *Деньги решают все, в том числе проблемы эмоций и отношений с людьми.*
- *Неуверенность в настоящем и ожидание успеха вследствие выигрыша, представление о возможности уничтожить жизненные неудачи успешной игрой.*
- *Замещение фантазий о контроле над собственной судьбой фантазиями о выигрыше.*

К тактическим ошибкам мышления относятся:

- *Вера в выигрышный («фартовый») день.*
- *Установка на то, что обязательно должен наступить переломный момент в игре.*
- *Представление о том, что возможно вернуть долги только с помощью игры, то есть отыграть.*
- *Эмоциональная связь только с последним игровым эпизодом при даче себе самому слова никогда не играть.*
- *Убеждение о том, что удастся играть только на часть денег.*
- *Восприятие денег во время игры как фишек или цифр на дисплее.*
- *Представление о ставках как о сделках.*

В. В. Зайцев и А. Ф. Шайдулина (2003) описали развитие фаз и поведение пациентов, составляющее т. н. **игровой цикл**, понимание которого важно в том числе и для формирования психотерапевтических задач при работе с проблемными гемблерами:

• **Фаза воздержания** характеризуется воздержанием от игры из-за отсутствия денег, влияния микросоциального окружения, подавленности, вызванной очередной игровой неудачей.

• **Фаза «автоматических фантазий»**, когда учащаются спонтанные фантазии об игре. Гемблер проигрывает в своем воображении состояние азарта и предвкушение выигрыша, вытесняет эпизоды проигрышей. Фантазии возникают спонтанно либо под влиянием косвенных стимулов.

• **Фаза нарастания эмоционального напряжения**. В зависимости от индивидуальных особенностей возникает тоскливо-подавленное на-

строение, либо отмечаются раздражительность, тревога. Иногда это настроение сопровождается усилением фантазий об игре. В ряде случаев оно воспринимается пациентом как бессодержательное и даже направленное в сторону от игры и замещается повышением сексуального влечения, интеллектуальными нагрузками.

- **Фаза принятия решения играть.** Решение приходит двумя путями. Первый из них состоит в том, что пациент под влиянием фантазий в «телеграфном стиле» планирует способ реализации своего желания. Это «очень вероятный для выигрыша», по мнению гемблера, вариант игрового поведения. Характерен для перехода первой стадии заболевания во вторую. Другой вариант — решение играть приходит сразу после игрового эпизода. В его основе лежит иррациональное убеждение в необходимости отыграться. Этот механизм характерен для второй и третьей стадий заболевания.

- **Фаза вытеснения принятого решения.** Интенсивность осознаваемого больным желания играть уменьшается и возникает «иллюзия контроля» над своим поведением. В это время может улучшиться экономический и социальный статус гемблера. Сочетание этих условий приводит к тому, что пациент без осознаваемого риска идет навстречу обстоятельствам, провоцирующим игровой срыв (большая сумма денег на руках, прием алкоголя, попытка сыграть для отдыха и т. д.).

- **Фаза реализации принятого решения.** Для нее характерно выраженное эмоциональное возбуждение и интенсивные фантазии о предстоящей игре. Часто гемблеры описывают это состояние как «транс»: «Становишься как зомби». Несмотря на то что в сознании пациента еще возникают конструктивные возражения, они тут же отменяются иррациональным мышлением. У игрока доминируют ложные представления о возможности контролировать себя. Игра не прекращается, пока не проигрываются все деньги. Затем начинается фаза воздержания и запускается новый цикл.

Коморбидность. Ряд авторов указывают на высокую распространенность невротических и соматических расстройств среди игроков (Lorenz, Yaffee, 1986; Bergh, Kuhlhorn, 1994). Коморбидность патологического гемблинга с другими психическими расстройствами составляет до 50 % (Cunningham — Williams et al., 1998), а по данным А. Ибаньеса с коллегами (Ibanez et al., 2001), выявляется почти у 2/3 (62,3 %) проблемных гемблеров. Из коморбидной психической патологии авторы чаще всего наблюдали расстройства личности (42 %) и химическую зависимость (33,3 %). Последнюю чаще всего вызывает алкоголь, притом отмечено, что потребление алкоголя в целом выше у гемблеров-мужчин, чем у гемблеров-женщин (Maccallum, Blaszczyński, 2002).

В свою очередь, у зависимых от ПАВ гемблинг как коморбидная патология — тоже не редкость. Как показали исследования Дж. Сельмана с коллегами (Sellman et al., 2002), у 80 % амбулаторных пациентов с зависимостью от алкоголя, в течение предыдущих 6 месяцев перед обследованием отмеча-

лись эпизоды гемблинга, а у 30 % — в течение предшествующей недели. Пятая часть пациентов-алкоголиков отвечала критериям проблемного гемблинга. В другом исследовании говорится, что проблемными гемблерами чаще становятся потребители марихуаны (24 %), чем кокаина (11,8 %), опиатов (4,8 %) и алкоголя (4 %) (Toneatto, Brennan, 2002). Среди наркоманов, находящихся на метадоновой поддерживающей терапии, случаи патологического гемблинга отмечались у 17,7 %, причем прогноз успешности терапии у них был ниже (Ledgerwood, Downey, 2002). Среди 97 подростков, зависимых от ПАВ, социальный (непатологический) гемблинг встречался в 57 % случаев, а 9 % из них были признаны проблемными гемблерами (Kaminer et al., 2002).

Сочетание нескольких нехимических зависимостей также часто встречается у гемблеров: более 30 % сообщили о наличии у них компульсивных сексуальных расстройств, а у 25 % отмечалась аддикция к покупкам (Kausch, 2003).

Из других психических расстройств наиболее часто встречаются обсессивно-компульсивные, синдром дефицита внимания, тревожные и депрессивные нарушения. По данным О. Кауша (Causch, 2003), диагноз депрессивного расстройства в его исследовании был поставлен 43 % проблемным гемблерам. Другие эндогенные нарушения встречались значительно реже: биполярное аффективное расстройство — у 7 %, а шизофрения — у 5 %.

Некоторые авторы считают, что именно обсессивно-компульсивные и расстройства настроения служат основанием для формирования зависимости от игры (Comings et al., 1996; Lesieur, Blume, 1991).

Последствия гемблинга:

- Серьезные социальные и финансовые проблемы у патологических игроков — 23 % игроков имеют серьезные финансовые проблемы, 35 % разведены, у 80 % нарушены межличностные отношения в браке (Ciarrocchi).

- Распространенность противоправных действий — до 60 % среди зависимых от азартных игр совершают правонарушения.

- Высокий суицидальный риск — от 13 до 40 % патологических игроков совершают попытки самоубийства, у 32–70 % отмечаются суицидальные мысли (Егоров, Волкова, 2006; Frank M.L. et al., 1991; Kausch O., 2003).

Принцип лечения

Терапия гемблинга является сложной задачей и базируется на двух подходах — медикаментозном и немедикаментозном. Результаты двух метаанализов показали, что нефармакологические методы лечения в целом эффективнее фармакологических в терапии гемблинга (Leung KS, Cottler LB, 2009).

Немедикаментозный подход:

- 70–90 % посетителей групп GA (Gamblers Anonymous) выбывают на первых этапах участия в терапии и лишь 10 % становятся активными чле-

нами, из них только у 10 % наблюдается ремиссия в течение года и более (Brown, 1985; Lester, 1980).

- Более высокие результаты (до 55 % — Russo et al., 1984) достигаются при применении комбинированной терапии, включающей индивидуальную психотерапию, групповую терапию и участие в ГА.

- Используется поведенческая терапия — терапия отвращения, имажинальная десенсибилизация (McConaghy et al, 1983; Blaszczynsk et al., 1991), реструктурирование опыта решения проблемы, тренинг социальных навыков, научение навыкам предотвращения срывов (Bujold et al., 1994).

- Продемонстрирована эффективность краткосрочных когнитивно-поведенческих групповых интервенций при патологическом гемблинге (Myrseth et al., 2009).

Медикаментозный подход:

Антидепрессанты — в проведенных на сегодняшний день исследованиях отмечена эффективность ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, флувоксамин, эсциталопрам) и кломипрамина (трициклический антидепрессант).

Антагонисты опиоидных рецепторов — отмечена клиническая эффективность налтрексона.

Нормотимики — проводимые исследования показали эффективности карбамазепина, топирамата, карбоната лития и вальпроевой кислоты.

Никаких различий в эффективности трех классов психотропных средств (антидепрессантов, антагонистов опиатов и нормотимиков) выявлено не было.

2. ЭРОТИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ

2.1. Любовная аддикция

Любовная аддикция — это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Такие отношения, как правило, возникают между двумя аддиктами; они получили название *соаддиктивных* или *созависимых*. Наиболее характерные созависимые отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. При таких отношениях на первый план выступает интенсивность эмоций и их экстремальность, как в положительном, так и в отрицательном отношении. В принципе, созависимые отношения могут возникнуть между родителем и ребенком, мужем и женой, друзьями, профессионалом и клиентом и т. д.

Идея о том, что любовные отношения также могут носить аддиктивный характер, была высказана четверть века назад (Simon, 1982). Как отмечает Т. Тимрек (Timmreck, 1990), термин «любовная аддикция» может быть применим к лицам, которые навязчиво добиваются восстановления прежне-

го, доставляющего удовольствия уровня отношений с бывшим объектом любви. Дисфункциональные эмоциональные состояния, такие как недоверие, чувства отклонения, потеря себя, укоренившийся гнев, чувства неудачи, потери и масса других отрицательных эмоций и саморазрушающих моделей поведения, возникают в эмоционально раненом любовном аддикте.

Признаки любовных аддикций, описанные Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриевой (2000), заключаются в следующем:

1. Непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция. Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться.

2. Аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений, без критики к своему состоянию.

3. Любовный аддикт забывает о себе, перестает заботиться о себе и думать о своих потребностях вне аддиктивных отношений. Это распространяется и на отношение к родным и близким. У аддикта имеются серьезные эмоциональные проблемы, в центре которых стоит страх, который он старается подавить. Страх часто находится на уровне подсознания. Страх, который присутствует на уровне сознания, — это страх быть покинутым. Своим поведением аддикт стремится избежать покинутости. Но на подсознательном уровне представлен страх интимности. Из-за этого аддикт не в состоянии перенести «здоровую» близость. Он боится оказаться в ситуации, где придется быть самим собой. Это приводит к тому, что подсознание ведет аддикта в ловушку, в которой он подсознательно выбирает себе партнера, который не может быть интимным. По-видимому, это связано с тем, что в детстве аддикт потерпел неудачу, пережил психическую травму при проявлении интимности к родителям.

Признаки аддикции избегания:

1. Уход от интенсивности в отношениях со значимым для себя человеком (любовным аддиктом). Аддикт избегания проводит время в другой компании, на работе, в общении с другими людьми. Он стремится придать отношениям с любовным аддиктом «тлеющий» характер. Налицо амбивалентность отношений с любовным аддиктом — они важны, но он их избегает, не раскрывает себя в этих отношениях.

2. Стремление к избеганию интимного контакта с использованием техник психологического дистанцирования. На уровне сознания у аддикта избегания находится страх интимности. Аддикт избегания боится, что при вступлении в интимные отношения он потеряет свободу, окажется под контролем. На подсознательном уровне — это страх покинутости. Он приводит к желанию восстановить отношения, но держать их на дистантном уровне.

Вместе с тем любовный аддикт и аддикт избегания тянутся друг к другу вследствие «знакомых» психологических черт. Несмотря на то, что

черты, привлекающие у другого, могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, они привычны с детства и напоминают ситуацию переживаний детства. Возникает влечение к знакомому. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются неаддиктами. Они кажутся им скучными, непривлекательными; они не знают, как себя с ними вести.

Существуют **факторы, способствующие влечению любовных аддиктов к аддиктам избегания:**

- привлекательность того, что знакомо;
- привлекательность ситуации, содержащей в себе надежду на то, что «раны детства» могут быть излечены на новом уровне;
- привлекательность возможности реализации фантазий, созданных в детстве.

2.2. Сексуальные аддикции

Сексуальная аддикция — это существующий и усиливающийся паттерн или паттерны сексуального поведения, которые продолжают реализовываться, несмотря на все более и более серьезные негативные последствия для себя и для других (*The National Council on Sexual Addiction and Compulsivity — NCSAC*).

Согласно А. Goodman (1992), **сексуальная аддикция определяется как** сексуальное поведение, направленное на получение удовольствия и на устранение внутреннего дискомфорта. Р. Carnes (1989) выделил **ключевые аспекты поведения сексуального аддикта: озабоченность**, когда мысли аддикта фокусируются на поведении; **ритуализация**, когда индивидуум следует однотипному методу подготовки к сексуальной активности; **сексуальная компульсивность**, когда сексуальное поведение становится неподвластным контролю индивидуума; **стыд и отчаяние**, возникающие в результате сексуального поведения.

Р. Carnes (Carnes, 1991) сообщает, что сексуальной аддикции подвержены от 3 до 6 % населения США. В более позднем исследовании приводится цифра в 20 млн человек (Coleman — Kennedy, Pendley, 2002).

В генезе сексуальных аддикций большое значение имеет ранняя сексуальная травматизация в детстве: от прямого инцеста до закладки у ребенка убеждений, что он представляет интерес только как сексуальный объект. В такой ситуации формируется комплекс неполноценности, изоляция, недоверие к окружающим и зависимость от них, чувство угрозы извне и сверхценное отношение к сексу (Schwartz, 1992).

Теоретическая модель сексуальной аддикции, предложенная А. Гудманом (Goodman, 1997), включает в себя три компонента:

- нарушение регуляции аффекта;
- нарушение тормозного контроля за сексуальным поведением;
- нарушение функционирования мотивационной системы награды.

А. Goodman (1992) сформулировал **перечень диагностических критериев для сексуальной аддикции**, базирующийся на критериях, прежде предложенных им для аддиктивных расстройств:

А. Периодическая неспособность противостоять импульсам к специфическому сексуальному поведению.

В. Нарастание ощущения напряжения, непосредственно предшествующего началу сексуального поведения.

С. Удовольствие или облегчение во время осуществления сексуального поведения.

Д. По меньшей мере пять из следующих:

1. Частая озабоченность сексуальным поведением или подготовительной к нему активностью.

2. Частое осуществление сексуального поведения в более значительной степени или более длительный период, нежели предполагалось.

3. Повторяющиеся усилия по уменьшению, контролю или устранению сексуального поведения.

4. Много времени тратится на деятельность, связанную с сексуальным поведением, реализацией сексуального поведения, или на то, чтобы оправиться от его эффектов.

5. Частое осуществление сексуального поведения, когда ожидается выполнение профессиональных, учебных, семейных или социальных обязанностей.

6. Важная социальная, профессиональная или рекреационная активность откладывается или прекращается из-за сексуального поведения.

7. Продолжение сексуального поведения, несмотря на знание об имеющихся постоянных или периодических социальных, финансовых, психологических или физических проблемах, связанных или возникающих вследствие сексуального поведения.

8. Толерантность: потребность увеличить интенсивность или частоту сексуального поведения для достижения желаемого эффекта или ограниченный эффект при продолжающемся сексуальном поведении сходной интенсивности.

9. Нетерпеливость или раздражительность в случае невозможности реализовать сексуальное поведение.

Е. Некоторые симптомы расстройства проявляются по меньшей мере один раз в месяц или повторяются периодически в течение более длительного периода времени.

Согласно А. Goodman (1992) и Р. Carnes (1989), индивидуум может стать аддиктивным к любому виду сексуального поведения. Например, Р. Carnes (1989) выделил три уровня аддиктивного сексуального поведения. Первый уровень включает мастурбацию, гетеросексуальность, гомосексуальность и проституцию. Виды поведения этого уровня рассматриваются как нормальные, приемлемые или толерантные, когда осуществля-

ются «умеренно». Второй уровень состоит из форм поведения, уже считающегося противоправным, например эксгибиционизм и вуайеризм. Третий уровень включает инцест, злоупотребление детьми и изнасилование. Эти виды поведения имеют серьезные последствия как для сексуального аддикта, так и для жертвы. Р. Carnes подчеркивал, что эти уровни представляют нарастание рискованного поведения.

Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева (2000) описали **фазы формирования сексуальной аддикции**:

1. *Сверхзанятость мыслями на сексуальную тематику, носящая обсессивный характер.* Секс становится любимой темой размышлений. Фантазирование на сексуальные темы меняет восприятие многих вещей. В окружающих видятся лишь сексуальные объекты. Другие занятия рассматриваются как необходимые, но неприятные.

2. *Фаза ритуализации поведения* с разработкой схем, приводящих к сексуальному поведению. Аддикция начинает включать сексуальные реализации и становится повседневным ритуалом, для которого резервируется специальное время. Окружающие, как правило, этого не замечают, так как аддикт стремится к сохранению имиджа нормальности, демонстрируя свое ложное Я.

3. *Фаза компульсивного сексуального поведения* с явлениями потери контроля, свойственной для других аддикций. На этой фазе аддикт рискует раскрыть себя или нанести себе психологическое и физическое повреждение. Контроль над различными видами сексуальной активности теряется. После реализации компульсивного характера появляются нереализуемые обещания остановиться. Комплекс неполноценности усиливается.

4. *Фаза катастрофы или отчаяния* наступает после неприятностей, обусловленных определенными событиями (наказанием, заболеванием и т. д.). Нарастают отрицательные чувства к себе, могут появиться мысли о самоубийстве.

После некоторого периода затишья наступает повторение цикла, который разворачивается сразу с фазы компульсивного сексуального поведения.

Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева (2000) подразделяют сексуальные аддикции на *ранние*, которые начинают формироваться очень в юном возрасте на фоне общего аддиктивного процесса, и *поздние*, пришедшие на смену другой формы аддиктивного поведения.

Как показали исследования, *у сексуальных аддиктов выше уровень тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивных проявлений*, а также интерперсональной сенситивности, по сравнению с контрольной группой (Raviv, 1993). У сексуальных аддиктов *встречается достаточно высокая коморбидность с другими психическими расстройствами, такими как злоупотребление ПАВ, тревожные и аффективные расстройства* (Black et al., 1997). Л. К. Шайдукова (1993) описала частое сочетание сек-

суальной аддикции с ранним алкоголизмом у женщин, где мотивом и алкоголизации, и промискуитета был поиск новых ощущений.

Традиционная точка зрения, согласно которой депрессия всегда сопровождается снижением либидо, опровергается современными исследованиями, проводившимися в Институте Кинси (Блумингтон, США), которые показали, что у 15 % гетеросексуалов и 25 % гомосексуалов депрессия вызывает усиление сексуального влечения (Bancroft, Vukadinovic, 2004). Авторы показали, что сниженное настроение усиливает сексуальное влечение больше у мужчин, чем у женщин. Кроме того, сексуальная аддикция часто проявляется или сочетается с парафилиями (педофилией, эксгибиционизмом, вуайеризмом и компульсивной мастурбацией). Компульсивная мастурбация в большей степени связана с высоким уровнем тревоги, нежели с депрессией, которая больше коррелирует с неконтролируемым сексуальным поведением по отношению к партнеру.

Сексуальные аддикты часто отрицают наличие у себя каких-либо проблем. Они используют механизм проекции, осуждая других и стараясь преуменьшить то, что может их дискредитировать. Другим часто встречающимся механизмом защиты является рационализация: «Если я не буду заниматься сексом, то не вынесу напряжения, которое во мне накапливается» или «Это мое дело, это никому не вредит, это мой способ расслабления».

У сексуальных аддиктов *при воздержании описаны симптомы, напоминающие проявления синдрома отмены при химических зависимостях: дисфория, тревога, трудности концентрации внимания*. Многие сексуальные аддикты отмечают также *рост толерантности*. При реализации зависимости посредством виртуального секса через Интернет они начинают проводить в сети все больше часов. При неvirtуальном способе реализации у них появляется все больше сексуальных партнеров; контакты становятся все более эксцентричными и рискованными (Schneider, Irons).

Периодически сексуальные аддикты дают себе зарок измениться, приурочивают начало зарока к какому-то конкретному дню, искренне веря, что они это сделают. Тем не менее, «помимо воли» происходит срыв (Bancroft, Vukadinovic, 2004). Сексуальное влечение приобретает компульсивный характер (Souza y Machorro M., 2002). В связи с компульсивным характером влечения и потребностью вступать в интимные отношения со значительным числом партнеров, сексуальные аддикты имеют намного больше шансов заразиться ВИЧ, поскольку пренебрегают безопасным сексом (Schneider, Irons, 2001). В семье аддикция длительно скрывается. Отношения постепенно формализуются. Аддикт ведет двойную жизнь, он перестает интересоваться другими вещами, не заботится о своем здоровье, ему становится трудно преодолевать житейские трудности. Более важным для него представляется все время навязчиво доказывать свою состоятельность в сексуальном плане. Неуспех сексуального характера очень травма-

тичен и может вызвать аутодеструктивные и агрессивные действия. Поражения могут сочетаться со злоупотреблением алкоголя и других ПАВ, призванным избавиться от неприятных чувств. С другой стороны, прием алкоголя может использоваться как запуск сексуальной реализации.

Сексуальная аддикция может реализовываться при следующих формах проявления сексуальной активности:

- Мастурбация.
- Одновременные или повторные последующие сексуальные контакты.
- Порнография.
- Киберсекс, секс по телефону.
- Большое количество незнакомых партнеров.
- Пренебрежение безопасным сексом.
- Восприятие партнера только в качестве сексуального объекта.
- Стрип-клубы и секс-шопы.
- Проституция.

Лечение:

Терапия лиц с патологическим сексуальным поведением — длительный и сложный процесс, базирующийся на двух вариантах подхода: медикаментозном и немедикаментозном.

Возможные варианты медикаментозного подхода:

А. Первые попытки ***использования для лечения сексуальных девиаций гормональных препаратов*** были предприняты параллельно в Германии (Ott, Hoffet, 1968) и США в системе комплексного воздействия на лиц, совершивших сексуальные правонарушения. Не имевшие поначалу клинически значимых результатов, они стали более успешными с появлением нового класса гормонально активных препаратов — т. н. антиандрогенов (ципро-терон-ацетат, медроксипрогестерон-ацетат, флутамид и пр.), позволяющих довольно быстро получить выраженный клинический эффект, проявляющийся в снижении либидо, потере общей активности, а в ряде случаев — в утрате сексуальной мотивации. Механизм действия антиандрогенов заключается в ускорении метаболизма тестостерона в печени, блокировании интрацеллюлярных каналов метаболизма андрогенов и связывании адреночувствительных рецепторов ЦНС. Для добровольного лечения применяются крайне редко.

Б. Возможно ***использование негормональных препаратов, оказывающих специфическое отрицательное влияние на половое влечение у мужчин***, сравнимое с эффектом гиперпролактинемии. Один из таких препаратов — бенперидол — вещество, угнетающее дофаминовую передачу (Банкрофт, 1993).

В. Особое место занимают подходы, связанные с ***купированием коморбидных психических расстройств***, в частности аффективных, а также ориентирующихся на психопатологическую форму проявления самих расстройств влечения.

Немедикаментозный подход:

Главная цель психотерапии и психокоррекции аномального сексуального поведения — *реализация поведения, замещающего парафильное в функции обеспечения эмоциональной стабильности и саморегуляции.*

Стержневой принцип построения стратегии психотерапии при сексуально-зависимом поведении — **принцип «зеркального онтогенеза»**: этапы стратегии должны повторять этапы онтогенеза в обратном порядке. По сути, речь идет об управляемом регрессе психосексуального развития, поскольку «доступ» к симптому, например, расстройства половой идентичности, становится возможным только после разрушения фиксированных форм поведения и шаблонов субъективных переживаний, выработанных по механизмам компенсации на более поздних этапах онтогенеза.

3. «СОЦИАЛЬНО-ПРИЕМЛЕМЫЕ» АДДИКЦИИ

3.1. Работоголизм

Термин «работоголизм» был предложен в начале 1970-х гг. Даже первые работы, посвященные работоголизму, выявили его сходство с другими видами химической зависимости (Mentzel, 1979). *Как и всякая аддикция, работоголизм — это бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния, в данном случае достигающегося фиксацией на работе.* Причем работа не представляет собой того, чем она бывает в обычных условиях: работоголик не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа — отнюдь не одна из составных частей его жизни: она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности (Короленко, 1993).

Достаточно важным является понимание *отличия просто трудолюбивого человека от трудоголика.* Трудолюбивый человек имеет перед собой цель, ему важен результат своего труда, для него профессиональная деятельность — всего лишь часть жизни, способ самовыражения и средство самообеспечения и создания материальных благ. Для трудоголика все наоборот: результат работы не имеет смысла, работа — это способ заполнения времени, такой человек нацелен на производственный процесс. Семейные отношения, сама семья трудоголиком воспринимаются как помехи, отвлекающие от работы и вызывающие раздражение и досаду.

В психологическом портрете трудоголиков преобладает добросовестный тип (В. Кукк, 1999), а ему свойственны следующие черты:

- тщательность в работе; любовь к чистоте, порядку; большое старание, терпение и усердие, но в итоге — достижение средних результатов;
- стремление к безупречности во всем — в моральных и этических нормах, требование этого от других людей;
- затруднения в выборе; также тщательное взвешивание «за» и «против» в поступках, в мыслях и в стратегиях, стремление быть «правильным»;

- застревание в подробностях, деталях, моментах, чрезмерная обстоятельность;
- упорство, перерастающее в упрямство, целеустремленность, прямолинейность в достижении цели;
- системность в мышлении, организованность, застревание на мелочах;
- предусмотрительность, страх перед ошибками;
- накопление стрессов, напряжений, обид (неумение расслабиться, отдохнуть, простить, открыто выразить свои эмоции).

Признаки работоголизма (Ц. П. Короленко, Т. А. Шпикс, 2011):

1. Изменение отношения к работе (все мысли и представления начинают центрироваться на теме «работа»).
2. Повышение толерантности к психологическому эффекту работы (чтобы достичь желаемого психического состояния или состояния измененного сознания, необходимо работать все больше и больше).
3. Появление потери контроля к выполняемой работе (неспособность определить и ограничить длительность и объем работы).
4. Наступление симптомов отнятия при отсутствии работы (снижение настроения, раздражительность, апатия, бессонница, вегетативные симптомы).
5. Непереносимость отсутствия работы, субъективно воспринимаемая как невозможность пережить какое-то время без работы.
6. Развитие психосоциальных нарушений (исчезновение глубокого интереса к людям, потеря друзей, устранение от решения семейных проблем, забота о семье часто сводится только к зарабатыванию денег и др.).

Работоголизм, как и любая аддикция, сопровождается характерными личностными изменениями, затрагивающими, прежде всего, эмоционально-волевую сферу. Развитие процесса сочетается с постепенным нарастанием эмоциональной опустошенности, нарушается способность к эмпатии. Межличностные отношения затрудняются, воспринимаются как тягостные, требующие больших энергетических затрат. Работоголик уже на подсознательном уровне стремится избегать ситуаций, где требуется активное участие, сторонится обсуждения важных семейных проблем, не участвует в воспитании детей, не получающих от него обратного эмоционального тепла. Он предпочитает общаться с неодушевленными предметами (реже с животными), а не с людьми, т. к. это не требует решения насущных межличностных проблем (Короленко, 1993). Вместе с тем следует учитывать, что работоголизм может стать «спасительной» аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации (Егоров, 2004; Hatcher, 1989).

3.2. Аддикция упражнений (спортивная аддикция)

Аддикция упражнений (спортивная) — тяга к физической активности в свободное время, которая выражается в неконтролируемых, чрезмерных занятиях спортом и проявляется физиологическими (напр., толерант-

ность/отмена) и/или психологическими (напр., тревога, депрессия) симптомами (Hausenblas, Downs, 2002).

Аддикция упражнений впервые была упомянута П. Бэкеланд (Baekeland, 1970), когда он исследовал эффект депривации физической нагрузки на паттерны сна. В дальнейшем концепция аддикции упражнений была популяризирована и разрабатывалась М. Сакс и Д. Паргман (Sachs, Pargman, 1984), предложившими термин «аддикция бега» (running addiction). Авторы описали своеобразный синдром отмены, развивающийся при депривации бега: тревога, напряжение, раздражительность, мышечные подергивания и т. д.

Эпидемиология:

- обнаружена у 21,8 % среди студентов американских колледжей, тренировавшихся 360 мин и более в неделю (Garman et al., 2004);
- среди 200 лиц, занимающихся спортом непрофессионально выявлено лишь 3 % спортивных аддиктов (Griffiths et al., 2005).

Этиология

В настоящее время имеется три психофизиологических гипотезы возникновения аддикции упражнений: *термогеническая гипотеза, катехоламиновая гипотеза и эндорфиновая гипотеза*.

Термогеническая гипотеза предполагает, что упражнения увеличивают температуру тела, что снижает тонус мышц и уменьшает соматическую тревогу. **Катехоламиновая и эндорфиновая гипотезы** находятся в русле современных воззрений на нейрофизиологическую и нейрофармакологическую природу возникновения всех химических зависимостей.

Признаки аддикции упражнений (D. Veale, 1987; 1995):

- **Толерантность** — потребность во все увеличивающемся количестве тренировок для достижения желаемого эффекта или ослабление эффекта прежнего объема тренировок.
- **Симптомы отмены** (тревога, утомление), для устранения которых требуется привычный (или даже больший) объем физической нагрузки.
- **Эффекты намерения** — когда человек выполняет более интенсивную или длительную физическую нагрузку, чем намеревался.
- **Потеря контроля** — настойчивое желание или неудачные попытки снизить объем тренировок или взять их под контроль.
- **Время** — огромное количество времени тратится на деятельность, необходимую для получения физической нагрузки.
- **Конфликт** — сокращение важной деятельности, направленной на общение, работу или отдых, потому что она препятствует запланированному объему тренировок.
- **Продолжительность** — тренировки продолжаются, несмотря на знание о существовании физических или психологических проблем, которые были вызваны этими тренировками или усугублены ими.

Коморбидность аддикции упражнений:

- у спортивных аддиктов существует повышенный риск развития химической зависимости (Bell, Doege, 1987; Carrier, 1993; Furst, Germone, 1993);
- у 48 % женщин, страдающих нервной анорексией, было выявлено признаки аддикции упражнений (Klein et al., 2004);
- 25 % женщин, пробегающих более 30 миль в неделю, согласно данным Теста отношения к еде (Eating Attitude Test) имеют высокий риск анорексии (Estok; Rudy, 1996);
- у 12 % бегунов, 14 % велосипедистов и 18 % гребцов имелось расстройство пищевого поведения (Yates et al., 2003).

Важным является то, что спортивная аддикция, как и любая другая зависимость, легко может менять форму и переходить в другую, в том числе и химическую. Именно с этим связан высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов.

3.3. Аддикция отношений

Аддикция отношений характеризуется привычкой человека к определенному типу отношений. Аддикты создают «группу по интересам», члены которой постоянно и с удовольствием встречаются, ходят друг к другу в гости, где проводят много времени. Жизнь между встречами сопровождается постоянными мыслями о предстоящем свидании с друзьями. Важным в формировании данной аддикции является то, что привязанность человека к определенной группе может перейти в аддикцию отношений.

Реабилитационные терапевтические сообщества, работающие по программе «12 шагов», такие как АА (анонимные алкоголики), АН (анонимные наркоманы) и др., при всей безусловной пользе в плане воздержания от приема ПАВ, делают своих членов аддиктами общения в данном сообществе. Практика показывает, что выход из сообщества, как правило, заканчивается рецидивом.

3.4. Аддикция к покупкам (компульсивный шопинг)

Неконтролируемое влечение совершать покупки упоминалось ещё в конце XIX в. в работах Э. Крепелина и Е. Блейера. Аддикция к трате денег проявляется повторным, непреодолимым желанием совершать множество покупок. В промежутках между покупками нарастает напряжение, которое может быть ослаблено очередной покупкой, после чего обычно возникает чувство вины. В целом для аддиктов характерен широкий спектр негативных эмоций, положительные эмоции вплоть до эйфории возникают только в процессе совершения покупки.

Эпидемиология аддикции к покупкам:

- Аддикцией к покупкам страдают 1,1 % населения, начинается обычно в возрасте 30 лет, средний возраст которых составляет 39 лет, ею страдают преимущественно женщины — 92 % (Faber, O'Guinn, 1992).

- Аддикция к покупкам начинается в более молодом возрасте — средний возраст обследованных женщин составил 17,5 лет (Mitlenberger et al., 2002).

- Аддикция встречается у 2–8 % в общей популяции, из которых женщины составляют 80–95 % (Black, 1996).

- 5 % населения США имеет аддикцию к покупкам (Lejoyeux, Weinstein, 2010).

Критерии аддикции к покупкам (McElroy et al., 1994, 1995):

- Часто возникает озабоченность покупками или внезапные порывы что-либо купить, ощущаемые как непреодолимые, навязчивые и/или бессмысленные.

- Регулярно совершаются покупки не по средствам, часто покупаются ненужные вещи, или хождение по магазинам занимает значительно больше времени, чем изначально планировалось.

- Озабоченность покупками, внезапные порывы купить или связанные с этим особенности поведения сопровождаются ярко выраженным дистрессом, неадекватной тратой времени, становятся серьезной помехой как в повседневной жизни, так и в профессиональной сфере, или влекут за собой финансовые проблемы (напр., долги или банкротство).

- Чрезмерное увлечение покупками или хождением по магазинам не обязательно проявляется в периоды гипомании или мании.

Варианты аддикции к покупкам (Ворошилин С.И. 2014):

- Компульсивное влечение к покупкам (компульсивный шопинг).

- Аддиктивное коллекционерство.

- Патологическое накопительство:

- *патологическое накопительство, синдром Плюшкина (как вариант — синдром Диогена);*

- *патологическое собирание мусора;*

- *патологическое собирание животных;*

- *клептомания.*

Аддикция к трате денег часто сочетается с аффективными расстройствами (50 %), химической зависимостью (45,8 %), в том числе алкоголизмом (20 %) и пищевыми аддикциями (20,8 %). Высказывается предположение, что аддикция к трате денег может быть включена в семейный и, возможно, генетический «клинический спектр» расстройств, куда относятся аддиктивные и аффективные нарушения (Lejoyeux et al., 2002).

Последствия (Christenson G. et al., 1994):

- накопление больших долгов (58,3 %);

- неспособность погашать задолженность (41,7 %);

- негативная реакция окружающих (33,3 %);

- судебные и финансовые последствия (8,3 %);

- криминальные проблемы с законом (8,3 %);

- чувство вины (45,8 %).

3.5. Аддикция к модификации собственного тела

Модификация тела как нехимическая аддикция (С.И. Ворошилин, 2012):

- возникает не столько из социальных обстоятельств, сколько из особенностей личности;
- обсессивно-компульсивный характер влечения, невозможность его самостоятельно корректировать;
- поведение человека не соответствует представлениям общества о том, что приемлемо или неприемлемо.

Классификация модификаций тела (Ворошилин С.И., 2012; 2014)

«Обратимые»:

- ношение одежды;
- ношение украшений;
- раскраска тела (макияж, боди-арт);
- манипуляции с волосами (прически, бороды, усы) и ногтями;
- изменение массы тела.

«Необратимые»:

- декорирование кожи татуировками, шрамированием, вживлением инородных предметов (микродермалы, трансдермалы, имплантация);
- пирсинг;
- оперативные модификации зубов, языка, половых органов, пальцев рук и ног, вплоть до влечения к ампутациям конечностей;
- подвешивание;
- повторные косметические операции.

Общие признаки модификаций:

- ведущим мотивом модификаций является получение индивидуумом удовольствия от производимого изменения облика, который частично связан с сексуальным отношением к другому полу;
- удовлетворение в собственных глазах;
- данное влечение сближается с проявлениями полового фетишизма и в первую очередь с фетишистским транссвестизмом.

Основные функции модификаций тела (Медникова М.Б., 2007; Раш Дж. Э., 2011):

- маркирующая — обозначение возраста, гендера, социальной или этнической принадлежности носителя;
- ритуально-социализирующая;
- эстетическая;
- апотрическая — функция оберега;
- средство очищения, так как многие из них направлены на удаление пограничных зон тела (крайней плоти, клитора, зубов и т.д.);
- как маркер изменения социального статуса своего носителя.

3.6. Религиозная аддикция

В последние годы проблема зависимости от религиозных организаций получила широкое распространение в связи с расширением деятельности самых разнообразных религиозных структур, в том числе и тоталитарных религиозных сект. Хотя религиозная аддикция может развиваться в рамках любой конфессии, наибольшим аддиктивным потенциалом обладают тоталитарные секты, применяющие разнообразные психотехники при вербовке неофитов и во время проведения религиозных ритуалов. Религиозная зависимость отличается устойчивой потребностью переложить ответственность за свои взаимоотношения с Богом на сильного наставника.

Религиозная зависимость, как и любая другая, становится одним из способов бегства от тревоги, ответственности, необходимости решать свои личностные и духовные проблемы. По мнению Ц. П. Короленко и Т. В. Дмитриевой (2001), аддикция к секте представляет большую опасность, чем пищевая или даже гемблинг.

Культовая травма — это комплекс воздействий, используемый в деструктивных культах и направленный на изменение сознания индивида.

Последствия вовлечения в тоталитарные культы (Ворошилин С. И., 2014):

- *Психические последствия:* утрата прежних связей, разобщенность вне культа, изменения личности, неспособность самостоятельно принимать решения, суициды, невротические расстройства, психозы.
- *Соматические проблемы:* ухудшение физического состояния, снижение иммунитета, преждевременная смерть из-за отсутствия квалифицированной помощи, сексуальные проблемы.
- *Социальные проблемы:* нарушение семейных и иных связей, нарушение отношений с обществом, финансовые последствия, криминальные последствия.

4. ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АДДИКЦИИ

Для обозначения новых форм нехимических (поведенческих) аддикций, связанных с высокими технологиями, М. Гриффите (Griffiths, 1995) предложил термин «технологические зависимости», которые разделил на пассивные (например, зависимость от телевизора) и активные (интернет-игры). В последующем сюда добавились зависимости от различных электронных приборов (электронных ежедневников, игрушек тамагочи, мобильных телефонов), обозначаемые в западной литературе как гаджет-аддикции (от англ. gadget — безделушка, техническая новинка).

Общие признаки гаджет-аддикции:

- Отчетливая, осознаваемая связь настроения с использованием гаджета.

- Прогрессивное возрастание времени использования гаджета.
- Прогрессивное возрастание материальных затрат на гаджет.
- Чувство вины, связанное с использованием гаджета.
- Сужение интересов до тех, которые связаны с использованием гаджета.
- Физические, психологические, семейные и профессиональные проблемы, связанные с использованием гаджета.

4.1. Интернет-аддикции

«Кажется, нет такого аспекта в жизни, который не затронул бы Интернет» (Y. Amichai-Hamburger, E. Ben-Artzi, 2003).

Родоначальниками психологического изучения феноменов зависимости от Интернета могут считаться два американца: клинический психолог К. Янг и психиатр И. Гольдберг. В 1994 г. К. Янг (Young, 2000) разработала и поместила на веб-сайте специальный опросник. В результате были получены почти 500 заполненных анкет, около 400 из которых были отправлены, согласно выбранному ею критерию, аддиктами. В середине 1990-х гг. для обозначения этого явления I. Goldberg (1996) предложил термин «интернет-аддикция», а также набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета, построенный на основе признаков патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга).

Эпидемиология интернет-аддикции:

- Распространенность интернет-аддикции в США составляет от 1 до 5 % населения (Griffits, 2000).
- Популяционные исследования в США и Европе показывают распространенность интернет-аддикции от 1,5 до 8,2 % (Weinstein, Lejoyeux, 2010).
- Исследование, проведенное с помощью телефонного опроса, показало, что среди населения США только от 0,3 до 0,7 % могут считаться интернет-аддиктами (Shaw, Black, 2008).
- По данным корейских исследователей, среди старших школьников возможная интернет-аддикция регистрируется у 38 % (Kim et al., 2005).
- На Тайване 6 % студентов колледжей являются интернет-аддиктами (Chou, Hsiao, 2000). В более позднем исследовании из 1708 тайваньских школьников подростков 236 (13,8 %) были идентифицированы как интернет-аддикты (Yang, Tung, 2007).
- Польские исследователи показали, что при обследовании 120 школьников г. Лодзь у 25 % выявлена интернет аддикция, причем у мальчиков она встречается почти в два раза чаще (Zboralski et al., 2009).
- Значительная часть (22,8 %) молодежи Санкт-Петербурга вовлечена в проблему компьютерной игровой зависимости (Рыбников В. Ю. и др., 2008).
- Анализ распространенности интернет-зависимого поведения среди московских подростков показал, что 4,3 % из них имеют признаки сформированного интернет-зависимого поведения, а 29,3 % от общей выборки

злоупотребляют интернет-ресурсами и относятся к группе риска возникновения проблемного использования Интернета (Малыгин В. Л. и др., 2010).

Когнитивно-поведенческая модель патологического использования Интернета (Specific Pathological Internet Use) (R. Davis, 2001):

1. Специфическое патологическое использование Интернета представляет собой зависимость от какой-либо специфической функции Интернета (онлайновые сексуальные службы, онлайновые аукционы, онлайновая продажа акций, онлайновый гемблинг). Тематика аддикции сохраняется, а также может быть реализована и вне Интернета.

2. Генерализованное патологическое использование Интернета представляет собой неспециализированное, многоцелевое избыточное пользование Интернетом и включает проведение большого количества времени в сети без ясной цели, общение в чатах, зависимость от электронной почты, т.е. в значительной степени связана с социальными аспектами Интернета.

Согласно исследованиям К. Янг (Young, 1998), опасными сигналами (предвестниками интернет-зависимости) являются:

- навязчивое стремление постоянно проверять электронную почту;
- предвкушение следующего сеанса онлайн;
- увеличение времени, проводимого онлайн;
- увеличение количества денег, расходуемых на Интернет.

Признаками наступившей интернет-аддикции, по мнению К. Янг (2000), служат следующие критерии:

- всепоглощенность Интернетом;
- потребность проводить в сети все больше и больше времени;
- повторные попытки уменьшить использование Интернета;
- при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство;
- проблемы контроля времени;
- проблемы с окружением (семья, школа, работа, друзья);
- ложь по поводу времени, проведенного в сети;
- изменение настроения посредством использования Интернета.

М. Орзак (Orzack, 1998) выделила следующие психологические и физические симптомы, характерные для интернет-зависимости:

Психологические симптомы:

- хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
- невозможность остановиться;
- увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
- пренебрежение семьей и друзьями;
- ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером;
- ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности;
- проблемы с работой или учебой.

Физические симптомы:

● синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);

- сухость в глазах;
- головные боли по типу мигрени;
- боли в спине;
- нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
- пренебрежение личной гигиеной;
- расстройства сна, изменение режима сна.

М. Шоттон (Shotton, 1989) **разработала типологию зависимости от компьютера, включив туда три разновидности такой зависимости:**

«сетевики» (networkers): они оптимистичны, в наибольшей степени — сравнительно с другими типами зависимости — социально активны и позитивно настроены к другим людям, имеют друзей, в том числе противоположного пола, поддерживают нормальные отношения с родителями. Компьютер для них — нечто вроде хобби: они могут интересоваться поиском в удаленных базах данных или, к примеру, играть в ролевые групповые игры, однако при этом они меньше, чем другие выделенные типы зависимых от компьютеров людей, самостоятельно программируют, в меньшей степени интересуются приложениями, в частности компьютерной графикой или аппаратным обеспечением.

«рабочие» (workers) — самая малочисленная группа. Они владеют наиболее современными и дорогими компьютерами. Процесс программирования у них четко спланирован, программы пишутся ими для достижения нужного результата. Как правило, представители этой группы прекрасно учились или учатся, причем их не удовлетворяет стандартная программа обучения, и они посещают дополнительные учебные курсы. Для них характерна весьма строгая «рабочая этика»: например, неприемлем всякий род «компьютерного пиратства».

«исследователи» (explorers) — самая многочисленная группа. Для них программирование сродни интеллектуальному вызову и одновременно развлечению. Они пишут сверхсложные программы, зачастую даже не доводя их до конца и принимаясь за новые, еще более сложные. Представители этой группы с удовольствием занимаются отладкой программ; компьютерное пиратство и хакерство они приемлют, полагая их «честной игрой» против других программистов (разработчиков программ) и/или администраторов вычислительных систем. С формальной стороны уровень образования у них ниже, чем, скажем, у «рабочих», при этом они не только не отстают от имеющих более весомые дипломы коллег, но и зачастую превосходят их объемом знаний. Амбиций также немного: ни высокие должности, ни большие оклады не играют для них главенствующей роли. Таким образом, к социальным критериям жизненного преуспевания они довольно равнодушны.

Для «исследователей» компьютер — своего рода партнер и друг, он одушевлен, с ним проще взаимодействовать, нежели с людьми.

Коморбидность

Среди интернет-зависимых отмечается более высокий уровень аффективных нарушений с преобладанием депрессии и обсессивно-компульсивных расстройств (Kraut et al., 1998; Shapira et al., 2000), а также маскированной депрессии в рамках малопрогредиентной шизофрении (шизотипического расстройства) (Джолдыгулов и др., 2005).

Обобщив результаты разных исследований, Н. В. Чудова (2002) приводит следующий список черт интернет-аддикта: сложности в принятии своего физического «Я» (своего тела); трудности в непосредственном общении (замкнутость); склонность к интеллектуализации; чувство одиночества и недостатка взаимопонимания (возможно, связанное со сложностями в общении с противоположным полом); низкая агрессивность; эмоциональная напряженность и некоторая склонность к негативизму; наличие хотя бы одной фрустрированной потребности; независимость выступает как особая ценность; представления об идеальном «Я» недифференцированы, завышены или даже нереалистичны; самооценка занижена; склонность к избеганию проблем и ответственности.

У интернет-зависимых людей проявляются скрытые формы и других аддикций: сексуальная аддикция переходит в «киберсекс»; коммуникативная зависимость, такая как псевдология (Менделевич, 2003) проявляются в «кибернет-отношениях»; пристрастия к азартным играм находят выход в своеобразном интернет-гемблинге. Д. Гринфилд (Greenfield, 1999) подчеркивает, что зависимости от Интернета очень часто (в 20 % случаев, по его данным) сопутствует сексуальная аддикция. Экран монитора, пишет он, действует гипнотически и вводит пользователей в трансоподобные состояния, отчего, скажем, любовные послания приобретают особую эффективность: побочным эффектом является фиксация зависимости от Интернета.

Лечение

Китайские исследователи предлагают использовать методику электроакупунктуры в сочетании с психотерапевтическим воздействием. По их данным, позитивные эффекты наблюдались в 91,3 % группы, где использовалось сочетание акупунктуры с психотерапией, и в 59,1 % в группе, где использовалась только психотерапия (Zhu et al., 2008). Обучение и тренинги по поводу риска интернет-аддикции могут облегчить многие проблемы, связанные с Интернетом (Young, Case, 2004). В последнее время для терапии некоторых форм интернет-аддикции, в частности интернет-геймеров используются модификации программы 12-ти шагов в рамках Сообщества онлайн-анонимных игроков (Meenan, 2007).

Когнитивно-поведенческая терапия

Закljučается в постепенном замещении времени, проводимом за компьютером, на разнообразную деятельность, которая имела бы для пациента эмоционально позитивную окраску (Егоров, 2009).

Этапы КПТ при интернет-аддикции (Егоров А. Ю., 2009):

- **Преодоление анозогнозии.** Мотивационное интервью, где выясняются мотивации пациента на лечение, предпринимаются попытки ее повышения, обсуждаются возможные перспективы изменения поведения.

- **Идентификация триггеров** — ситуации, которые чаще всего приводят к неконтролируемому использованию Интернета. Когда аддикт осознает свои триггеры, он может выбрать модели альтернативного поведения в этой ситуации. Список альтернативных действий.

- **Планирование альтернативных действий на ближайшую (до следующего сеанса) перспективу.** На последующих сеансах рассматриваются использованные поведенческие стратегии. Используется словесное поощрение успехов пациента. Расширение списка альтернативных действий.

- Параллельно с поведенческими техниками, пациент **обучается технике релаксации, а также элементам аутотренинга**; ему рекомендовалось использовать эти техники не менее 20–30 минут в день.

- **Назначение** мягких антипсихотических, антидепрессивных и противотревожных препаратов **при наличии коморбидной патологии.**

5. ПИЩЕВЫЕ АДДИКЦИИ

Аддикция к еде возникает тогда, когда еда используется в виде аддиктивного агента, применяя который человек уходит от субъективной реальности (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). Нервная анорексия и булимия не являются пищевыми аддикциями.

Эндогенные опиоидные и каннабиноидные системы играют ключевую роль, определяющую подкрепляющее действие пищи: они отвечают за гомеостатическую и гедонистическую стороны пищевого поведения. Пища обладает аддиктивным потенциалом, если в ней содержится повышенное содержание карбонгидрата, который усиливает выработку серотонина в мозгу, тем самым повышая настроение. При сниженном уровне эндорфинов избыточное переедание, как и голодание, приводит к усилению их выброса, что обеспечивает положительное подкрепление.

Клиника

Компульсивное обжорство (binge eating disorder):

- повторяющиеся эпизоды принятия существенно большего количества пищи в течение короткого времени, по сравнению с количеством пищи, съедаемым большинством людей в таких же обстоятельствах;
- данные эпизоды сопровождаются ощущением утраты контроля;

- лица с компульсивным обжорством могут поглощать пищу слишком быстро, даже если они не голодны;
- пациент с таким расстройством может испытывать чувство вины, смущения или отвращения;
- заболевание связано с выраженным дистрессом и эпизоды обжорства происходят не менее одного раза в неделю в течение трех месяцев.

Голодание

Существуют два механизма возникновения аддикции к голоданию: **медицинский и немедицинский** (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000). **При медицинском варианте** используется разгрузочная диетотерапия. Фаза вхождения в голод характеризуется трудностями, связанными с необходимостью подавить аппетит. Затем состояние меняется — появляются новые силы, аппетит исчезает, повышается настроение, усиливается двигательная активность, невротические проявления редуцируются. Некоторым пациентам нравится состояние голода, когда уже исчез аппетит, и они стремятся его продлить. Повторное голодание осуществляется уже самостоятельно. На уровне достигнутой голоданием эйфории происходит потеря контроля и человек продолжает голодать даже тогда, когда это становится опасным для его здоровья, теряется критика к своему состоянию. **При немедицинском варианте** голодать начинают самостоятельно с целью похудеть и, отдавая дань моде, использовать для этого необычную диету. Одним из психологических механизмов, провоцирующих голодание, является желание изменить себя физически, выглядеть лучше, в соответствии с модным на сегодняшний момент имиджем. Другой механизм, запускающий голодание и имеющий большое значение, заключается в самостоятельной постановке задачи и возникновении чувства самоудовлетворенности и гордости от ее выполнения. По мере голодания появляются признаки физического истощения. Контроль за ситуацией уже потерян, поэтому попытки окружающих повлиять на ситуацию ни к чему не приводят. Аддикты живут в воображаемом мире; у них возникает отвращение к еде, выраженное в такой степени, что жевательную резинку или зубную пасту, попавшую в рот во время чистки зубов, они считают достаточным для себя количеством еды (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000).

Коморбидность:

- Лица, страдающие тяжелыми пищевыми расстройствами, достоверно чаще имеют наследственную отягощенность алкоголизмом (Redgrave et al., 2007) и другими химическими зависимостями (von Ranson et al., 2003).
- Ужесточение диеты положительно коррелирует с усилением употребления алкоголя, сигарет и марихуаны. У лиц, страдающих булимией и увлекающихся строгими диетами, отмечалась сходная интенсивность потребления алкоголя (Krahn et al., 1991).

- Больше половины лиц, страдающих расстройствами пищевого поведения, являются регулярными потребителями психотропных веществ (Corcos et al., 2001).

- Пищевые аддикции часто сочетаются с ожирением, ранней прибавкой веса, депрессией, тревогой и злоупотреблением ПАВ (Avena et al., 2009).

Подходы в терапии пищевых аддикций:

- психотерапия;
- «пищевая реабилитация» — восстановление адекватного приема пищи;
- фармакотерапия: антипсихотики, антидепрессанты (ТЦА, СИОЗС, СИОЗСН, ИМАО), корректоры настроения, средства от ожирения, опиоидные антагонисты (налтрексон).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Егоров, А. Ю.* Нехимические зависимости / А. Ю. Егоров. — СПб.: Речь, 2007. — 190 с.

2. *Егоров, А. Ю.* Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. — 2005. — № 1. — С. 65–77.

3. *Менделевич, В. Д.* Руководство по аддиктологии / под ред. проф. В. Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.

4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — СПб., 1994. — 302 с.

5. *Спринц, А. М.* Химические и нехимические зависимости / А. М. Спринц, О. Ф. Ерышев. — СПб.: СпецЛит, 2012. — 127 с.

6. *Минаков, С. А.* Краткая характеристика нехимических зависимостей и их влияние на развитие личности / С. А. Минаков // Психологическая наука и образование. — 2009. — № 2. — С. 97–102.

7. *Макушина, О. П.* Психология зависимости / О. П. Макушина. — Воронеж: Издательско-полиграфический центр Воронежского государственного университета, 2007. — 79 с.

8. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга; пер.с англ. Р. Р. Муртазина. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 240 с.

Учебное издание

Хилькевич Сергей Олегович
Шилова Оксана Владимировна

**НЕХИМИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ:
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса лечебного факультета
и факультета по подготовке специалистов для зарубежных стран**

медицинских вузов

Редактор *Т. М. Кожмякина*
Компьютерная верстка *А. М. Терехова*

Подписано в печать 23.02.2017.
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 2,29. Тираж 90 экз. Заказ № 98.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.