

## Синергетическая концепция зависимого поведения

СИДОРОВ П. И. д. м. н., профессор, академик РАМН, заслуженный деятель науки РФ, директор Института психологии и психиатрии Северного государственного медицинского университета, Архангельск

*Анализируется эволюция взглядов на природу зависимого поведения. В рамках биопсихосоциальной модели дается определение социогенеза, психогенеза и биогенеза (соматогенеза) психических расстройств. Обоснованы новизна и методологическая эффективность синергетического подхода к проблеме зависимого поведения. Синергетика — междисциплинарное научное направление о развитии и самоорганизации диссипативных структур, рассеивающих энергию. Прослежено развитие зависимого поведения в рамках нелинейной и многовариантной синергетической модели по трем основным векторам: социо-, психо- и соматогенеза. Обоснованы новые подходы к психопрофилактике и коррекции.*

Человеческий социум зависим и манипулятивен по своей природе. Успешные поведенческие стратегии в экологии судьбы возможны только при адекватной оценке всего многообразия влияний и отношений. Любое поведение чем-то предопределено и от чего-то зависимо. В буквальном смысле слова независимого поведения нет, есть лишь различные модальности и векторы, степени и уровни зависимости.

Предметом клинической психологии и психиатрии зависимое поведение как вариант отклоняющегося становится при следующих характеристиках:

- непреодолимой подчиненности чужим интересам;
- чрезмерной фиксации внимания на определенных видах деятельности или предметах;
- снижении способности выбирать и контролировать свое поведение;
- увеличении толерантности;
- утрате альтернативных интересов;
- пренебрежении осложнениями и вредными последствиями;
- появлении абстинентного синдрома.

К *зависимому поведению* относят:

- 1) «химическую зависимость», или зависимость от психоактивных веществ — алкоголя и наркотиков, седативных и снотворных препаратов, стимуляторов и галлюциногенов, табака и летучих растворителей;
- 2) зависимость от приема пищи — анорексию и булимию;
- 3) сексуальные девиации и перверсии (парафилии);
- 4) психостимулирующие нехимические зависимости — экстремальную спортивную деятельность, гемблинг, клептоманию, пироманию, серийные убийства;
- 5) викарные (занимающие психологическую пустоту) зависимости — накопительство, трудоволизм, светские развлечения, созависимость, «запойное чтение», фанатизм как зависимость от референтной группы или лидера;
- 6) электронные формы и версии зависимостей — кино- и телевизионная, компьютерные игры, избыточное пользование компьютером и Интернетом [3, 4, 5].

В настоящее время механизмы этиопатогенеза и клиническая феноменология зависимостей отличаются большой дискусионностью. Кратко и обобщенно в исторической динамике можно выстроить следующую эволюцию взглядов на концепции зависимого поведения [5].

**Социально-гигиеническая концепция** объясняет природу зависимостей условиями жизни и взаимоотношениями людей, характером обычаев социальной микросферы, производственных и экономических отношений.

**Социально-психологическая концепция** трактует зависимости как неспецифические показатели социально-психо-

логической несостоятельности личности, неразвитости ее нравственно-ценностной сферы как показатель невключенности человека в социально активную жизнь.

**Генетическая концепция** на основании клинко-генеалогических и близнецовый методов исследования достаточно убедительно показывает роль наследственной предрасположенности. Молекулярно-биологические исследования показали, что индивидуальная предрасположенность к алкоголизму и наркомании генетически детерминирована и определяется особенностями функций «системы подкрепления» мозга, различной организацией деятельности катехоламиновой системы и ее контроля со стороны генетического аппарата.

**Генетотрофическая концепция** пытается объяснить зависимое поведение наследственно обусловленными нарушениями обмена веществ, в основе которых лежит необычайно высокая потребность в некоторых необходимых для организма пищевых продуктах (витамины группы В, ненасыщенные жирные кислоты, микроэлементы и т.д.).

**Этаноловая (наркоманическая) концепция** главную причину алкоголизма и наркомании усматривает в специфическом действии на организм самого алкоголя и наркотика. Согласно этой концепции, людей разделяют на «алкоголеустойчивых» и «наркоустойчивых», «алкоголеустойчивых» и «нарконеустойчивых».

**Адренохромная концепция** объясняет пристрастия нарушениями катехоламинового обмена, приводящими к постоянному психическому напряжению. Психическая напряженность зависит от соотношения в организме адреналина и продуктов его распада — адренохрома и адренолютина, а также предшественников, т.е. чем больше в организме адреналина и меньше его метаболитов, тем сильнее выражено напряжение, снимаемое той или иной зависимостью.

**Эндокринопатическая концепция** сводится к тому, что у зависимых личностей имеет место первичная слабость эндокринной системы и для адекватных эмоциональных реакций необходима ее постоянная искусственная стимуляция, особенно в экстремальных условиях. Алкоголь и наркотики, иные формы зависимого поведения, являясь такими стимуляторами и воздействуя на гипофиз, активируют эндокринную систему и таким образом облегчают выход личности из психотравмирующей ситуации.

**Психопатологическая концепция** подчеркивает роль психических, преимущественно характерологических, особенностей личности в этиологии зависимости. Правда, не всегда бывает возможно однозначно оценить — первичны или вторичны эти особенности.

**Биоэнергетическая концепция** исходит из того, что алкоголь и токсиканты действуют прежде всего на

водно-ионную структуру организма, нарушая ее стабильность. При хронической интоксикации возникает патологическая архитектоника водно-ионных систем с резонансной спектральной памятью. Резонансная настройка биоэнергетической системы требует постоянного употребления алкоголя и наркотиков, что приводит к потере устойчивости биоэнергетических структур организма человека и физической зависимости.

**Системная концепция** механизмов зависимости от различных ПАВ исходит из того, что биологические механизмы синдрома зависимости идентичны, независимо от химической принадлежности веществ, вызывающих его развитие, и связаны со специфическими нарушениями функций дофаминовой нейромедиаторной системы, нарастающими при повторных и регулярных приемах ПАВ.

Приведенное многообразие взглядов подчеркивает необходимость мультидисциплинарных исследований зависимого поведения.

Новым методологическим инструментом изучения зависимого поведения является *синергетика* — междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации. Основными принципами синергетики являются: нелинейность, неустойчивость, незамкнутость, динамическая иерархичность, наблюдаемость. Методология синергетики основана на интегративном подходе к изучению термодинамически открытых и неравновесных диссипативных структур. *Диссипативные структуры* — дискретные самоорганизующиеся системы, рассеивающие энергию (от англ. dissipation — диссипация, рассеивание, потеря, исчезновение). Эти структуры отличаются спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носят многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний выбор системой траектории развития может предопределяться *сверхслабыми воздействиями*, в том числе и от спонтанных флуктуаций в самой диссипативной системе, т.е. от случайностей вблизи точек бифуркации [6, 8].

Диссипативные системы образуются и присутствуют и в социуме, и в биосфере, и в психике, в гео- и космических системах. Природные, экономические и популяционные катаклизмы также развиваются по этим механизмам. Организм человека является совокупностью динамически сменяющих одна другую диссипативных систем, определяющих состояние его здоровья.

Интегративность синергетического подхода можно обобщенно представить (рис. 1) тремя основными плоскостями (векторами) биопсихосоциальной модели онтогенеза [10].

*Биогенез* (соматогенез) — развитие систем и функций организма. На стыке с социогенезом и психогенезом — стиль и качество жизни, с одной стороны, и нейропсихологические и нейрохимические процессы, с другой.

*Психогенез* — развитие психических функций. На стыке с социогенезом и биогенезом — поведенческие процессы.

*Социогенез* — развитие социальных ролей и отношений. Модель предполагает мультидисциплинарный и интегральный подход к комплексным и сложным причинно-следственным отношениям.

«Поперечная» графическая развертка представленной модели (рис. 2) позволяет увидеть варианты глубины взаимопроникновения основных плоскостей онтогенеза с выделением трех вышеописанных переходных зон и цент-

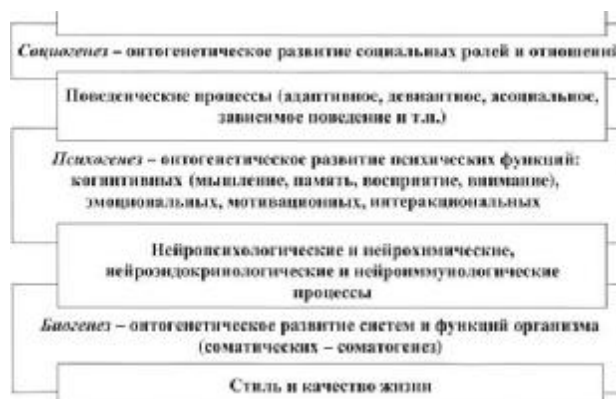


Рис. 1. Биопсихосоциальная модель онтогенеза

ральной зоны, смысловым содержанием которой является структурирующий экологию судьбы принцип активности и духовности субъекта, аккумулирующий нравственно-ценностный и волевой потенциал личности. В динамике онтогенеза ресурсная амплитуда и ритмика основных составляющих снижаются и к этапу угасания ведущим субъектом жизни остается, образно говоря, дух, последним покидающий тело.

Обобщенно и несколько условно можно следующим образом представить синергетическую концепцию зависимого поведения (рис. 3). Для удобства восприятия модель приведена в плоскостной проекции, хотя она многомерна и нелинейна, неустойчива и незамкнута, траектории развития задаются и корректируются в точках бифуркации, приобретая спиралеобразность и многовариантность. На смену линейной нозоцентрической динамике с традиционными этапами и стадиями приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Фрактал — это проекция на широкое естественнонаучное поле квантовых представлений. *Фрактал* — интервал развития диссипативной системы со своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве [7]. На иллюстрации (рис. 4) приведен только прогрессивный вариант развития аддикции в трех многомерных взаимозависимых плоскостях: социогенеза, психогенеза и соматогенеза. Прогрессивность заболевания и его индивидуальная траектория развития определяются уникальным сочетанием разнообразных биопсихосоциальных факторов, эффективностью защитно-компенсаторных и адаптационных механизмов, предопределяющих качество ремиссии, риск рецидивов и осложнений.

*Социогенез* (рис. 3) зависимого поведения в определенной мере предопределяется нарушением структуры и

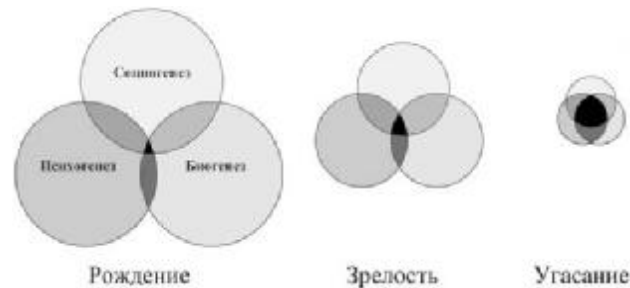


Рис. 2. Возрастная динамика ассимиляции плоскостей онтогенеза

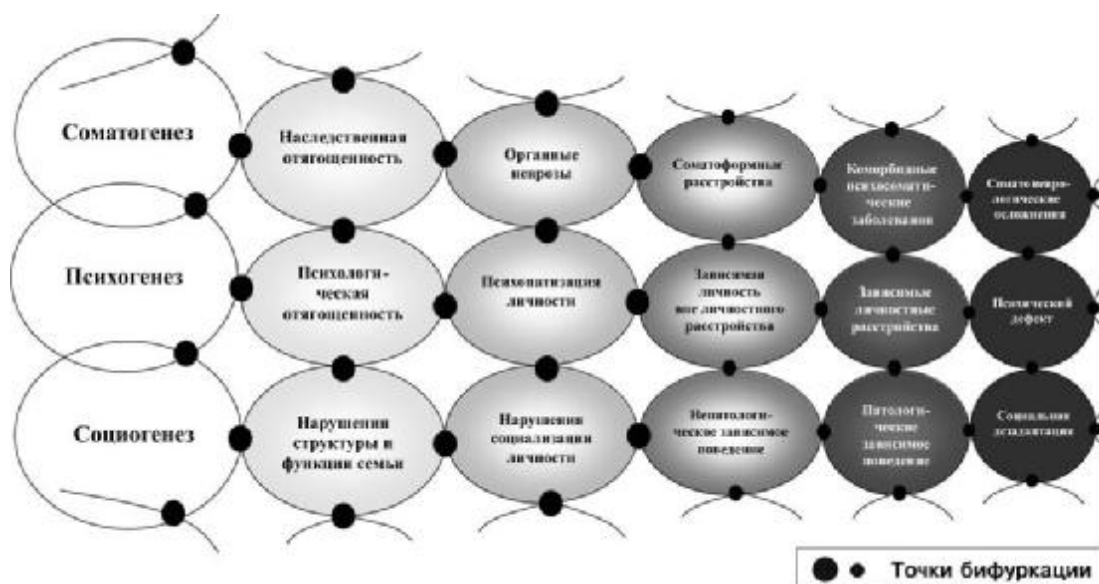


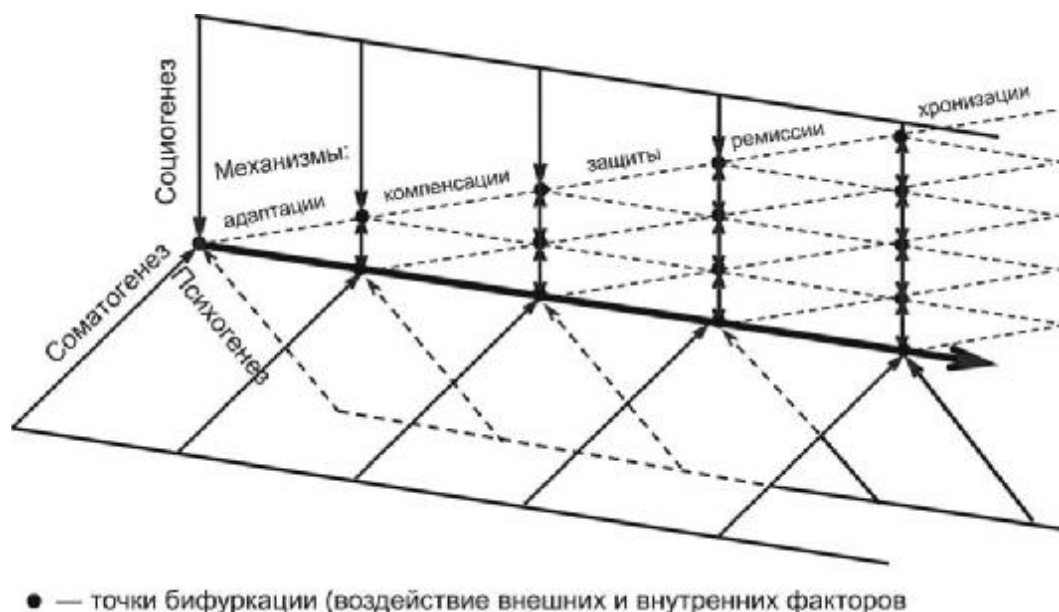
Рис. 3. Синергетическая модель зависимого поведения

функции родительской семьи, *нарушением созревания и социализации личности* в дисгармоничной миллисоциальной среде. Такая личность не имеет психосоциальных ресурсов для продуктивной самореализации в учебной и трудовой деятельности, коммуникативной среде и семейных отношениях. Во многом именно поэтому по компенсаторным механизмам развивается *непатологическое зависимое поведение*, характеризующееся навязчивыми фантазиями, реализуемыми в навязчиво-компульсивных действиях по отношению к животным, подчиненностью собственных интересов парафилии, длительной фиксацией внимания и снижением способности контролировать погружения в зависимость, несамостоятельностью и пассивностью в выборе стратегий поведения. *Патологическое зависимое поведение* отличается наличием эпизодов измененных состояний сознания при реализации психической

и физической зависимости, непреодолимостью и импульсивностью зависимости, стереотипизацией криминального стиля жизни, синдромом отмены. В исходе — *тотальная социальная дезадаптация*.

Траектория прогрессивного развития зависимого поведения может измениться в точках бифуркации при мобилизации ресурсов адаптации, компенсации или защиты. В этом случае может меняться объект или стиль реализации зависимости. Ремиссия в синергетическом контексте означает переключение зависимой личности на иную поведенческую траекторию при сохранении зависимого паттерна.

*Психогенез* (рис. 3) в существенной мере предопределен *преморбидной психопатологической отягощенностью*, отличающейся эмоциональной и коммуникативной дефектностью, которые в дальнейшем проявляются шизо-



● — точки бифуркации (воздействие внешних и внутренних факторов)

Рис. 4. Траектория развития зависимого поведения

Таблица

## Дифференциально-диагностические критерии различных форм психосоматических расстройств

Критерии	Формы			
	Психосоматическая реакция	Функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)	Соматоформные расстройства	Коморбидные психосоматические заболевания
Основные проявления	Учащение пульса; повышение артериального давления; изменение частоты, глубины дыхания; внезапная мышечная слабость, кратковременное нарушение стула и др.	Кардио- и ангионеврозы, синдром гипервентиляции (психогенная одышка), ахалазия (кардиоспазм), синдром "раздраженного" желудка, "раздраженной" толстой кишки, "раздраженного" мочевого пузыря и др.	Гастроинтестинальные, кардио-респираторные, болевые, конверсионные и псевдоневрологические симптомы	Артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, язвенная болезнь, сахарный диабет, ревматоидный артрит
Жалобы на соматическое состояние	На единичные симптомы	Одна или несколько со стороны одной системы	Повторяющиеся, множественные, клинически значимые жалобы	Симптомы четко соответствуют нозологической форме заболевания
Локализация расстройства	В пределах одной функции органа	В рамках одного органа/системы	Наличие жалоб, как минимум в четырех точках или функциях	Зависит от нозологической формы болезни
Характер нарушений функций	Нет	Функциональный, обратимый	Функциональный, обратимый	Органический, необратимый
Время от воздействия стрессора до появления симптомов болезни	Несколько минут, дней	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких дней до 2–3 мес.	Несколько месяцев, лет
Длительность расстройства	Несколько минут, дней	Превышает 6 мес.	Превышает 6 мес.	Хроническое течение (всю жизнь)

идным радикалом *психопатизации и деформации личности*. Такая личность, сталкиваясь даже с банальными жизненными трудностями, может давать разнообразные социально-стрессовые расстройства, которые запускают процесс формирования первичного зависимого паттерна. У *зависимой личности вне личностного расстройства* появляются яркие реалистические реминисценции и фантазии на фоне инфантильности и внушаемости, простодушия, чувственной непосредственности, любопытства или высокой поисковой активности, максимализма и эгоцентризма, впечатлительности и нетерпеливости, склонности к риску и вызову опасности. *Зависимые личностные расстройства* характеризуются оскудением нормативной социальности, деформированием личности и эмоциональным выгоранием, неспособностью самостоятельно принимать решения за пределами криминального стиля жизни, сочетанием шизоидных черт личности с плохой переносимостью одиночества, что поддерживает развитие тревожной депрессии и толкает к совершению деликта, дающего временную психоэмоциональную разрядку.

К зависимым личностным расстройствам в МКБ-10 относят: неспособность принимать решения без советов других людей; готовность позволять другим принимать важные для него решения; готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы; затруднение начать какое-то дело самостоятельно; готовность добровольно идти на выполнение униженных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих; плохую переносимость одиночества — готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать; ощущение опустошенности или беспомощно-

сти, когда обрывается близкая связь; охваченность страхом быть отвергнутым; легкую ранимость, податливость малейшей критике или неодобрения со стороны.

В исходе можно ожидать *психический дефект*, существенно различающийся при различных формах зависимости: от синдрома эмоционального выгорания при работоголизме до психоорганического синдрома при химических зависимостях.

*Соматогенез* (рис. 3) зависимого поведения относится к наименее разработанным аспектам этой проблемы. Важную роль играет неспецифическая *наследственная отягощенность*, неблагоприятные интра- и перинатальные воздействия. Ответом на разнообразные вызовы и трудности могут быть различные нормативные психосоматические реакции (таблица), которые в дальнейшем переходят в *функциональные психосоматические расстройства (органные неврозы)* и *соматоформные расстройства*, клинически описывающие индивидуальные особенности формирующегося «синдрома отмены». Тяжесть возможных коморбидных *психосоматических заболеваний* определяется длительностью «синдрома отмены», неспособностью деформированной личности добиваться психической разрядки в рамках адаптивного поведения. Иллюзию снятия напряжения дают только деликт и зависимое поведение. При всех формах зависимого поведения отсутствует параллелизм в выраженности психических, неврологических и соматовегетативных расстройств. Если химические зависимости дают в соматогенезе эволюцию расстройств, существенно связанных с токсическим агентом, то нехимические зависимости (и, в частности, парafilльные) в качестве компенсаторного варианта развития

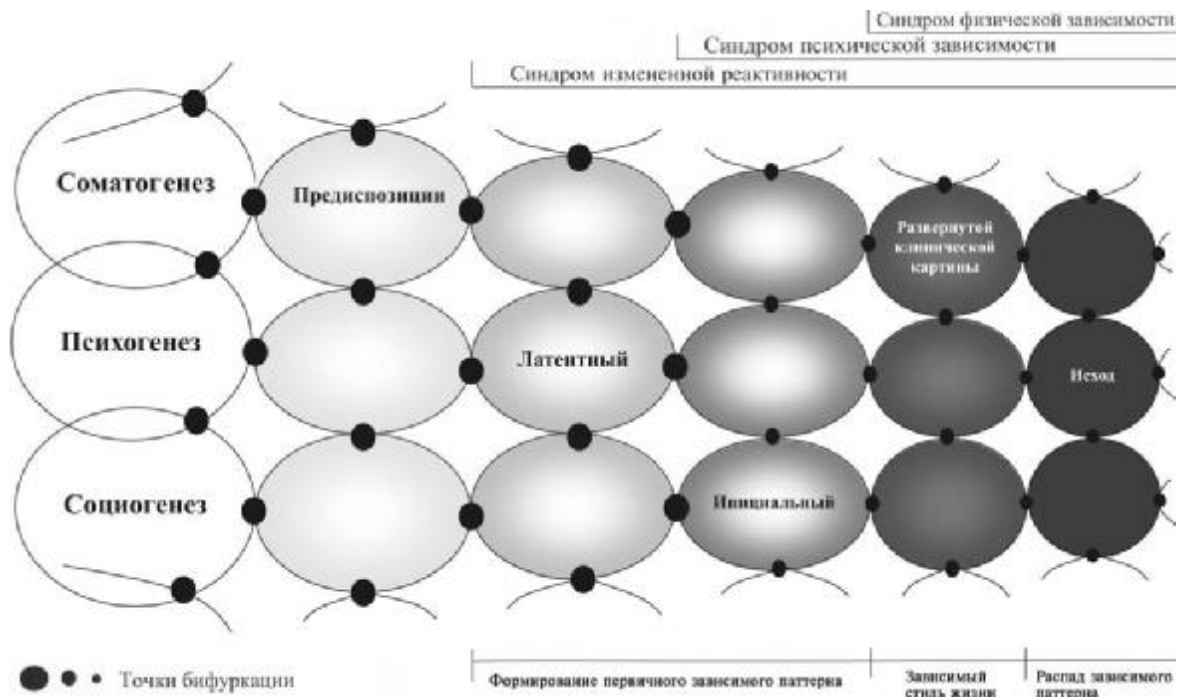


Рис. 5. Фрактальная динамика зависимого поведения

имеют коморбидные психосоматические заболевания. Это можно назвать механизмом соматизации зависимости. В исходе можно ожидать *соматоневрологические осложнения*. Понятие *коморбидности* базируется не столько на традиционном представлении о сочетаемости патологии, сколько на этиопатогенетическом единстве большинства форм зависимого поведения [4].

Развитие зависимого поведения имеет нелинейную динамику, траектория которой включает фракталы: предиспозиции, латентный, инициальный, развернутой клинической картины, исхода (рис. 5). Зависимость возникает после импринтинга или в процессе научения [1]. В наиболее прогрессивном варианте происходит смена фракталов: **предиспозиции** — измененная биопсихосоциальная «почва»; **латентный** — воспоминания навязчивые реминисценции; **инициальный** — обсессивные фантазии обсессивно-компульсивные действия (продром развернутой клинической картины); **развернутая клиническая картина** — поведение с признаками зависимости; **исходный** — обратный патокинез.

Признаки зависимости могут обуславливать опасные агрессивные действия и проявляются в следующих синдромах:

1) *синдром измененной реактивности* представлен учащением деликтов, ростом толерантности, оскудением внеэпизодной нормативной социальности;

2) *синдром психической зависимости* проявляется обсессивным влечением, состоянием психического комфорта в девиантной ситуации, изменением формы переживания деликта;

3) *синдром физической зависимости* представлен компульсивным влечением, состоянием физического комфорта в девиантной ситуации, изменением формы проявления деликта, «синдромом отмены».

Синдромы психической и физической зависимости детерминируют многоэпизодность и принудительность зависимого поведения, непроизводность его возникновения,

трудность преодоления аномального влечения в начавшемся эпизоде, влияют на степень свободы при выборе поведенческого паттерна и, тем самым, выступают психопатологической основой возможных опасных действий [1].

Рост толерантности выступает психопатологической основой нарастания степени агрессивности и тяжести повторно совершаемых опасных действий.

Внеэпизодная динамика прогрессивных форм зависимого поведения проявляется нарастающим эмоциональным выгоранием и деформацией личности, развитием коморбидных психосоматических расстройств.

Синергетический подход предполагает существенный пересмотр профилактических и лечебно-реабилитационных стратегий помощи зависимым личностям, изменения идеологии и методологии традиционного наркологического сервиса. Зависимая личность требует непрерывной и интерактивной санации и коррекции, которые могут изменить лишь вектор и модальность зависимости [2]. Традиционные подходы к рассмотрению эффективности терапии по продолжительности ремиссии нуждаются в дополнении оценкой коморбидных психосоматических заболеваний. Самосохраняющий стиль жизни и ее достойное качество становятся главным реабилитационным приоритетом. Биопсихосоциальная синергетическая модель зависимого поведения требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации психопрофилактики и коррекции. Субъектом профилактической деятельности должен стать новый класс специалистов-превентологов [5], профессионально занимающихся самосохраняющим поведением.

Синергетический подход позволяет обрести единую методологию для анализа всех форм зависимого поведения — от алкоголизма и наркотизма до фанатизма и терроризма [9], корреспондируясь с приоритетными направлениями развития современной психиатрии.

### Список литературы

1. Бухановский А.О., Бухановская А.О., Шостакович Б.В. Психические расстройства у серийных сексуальных преступников. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 72 с.
2. Григорьев А.И., Сидоров П.И., Лабутин Н.Ю., Ничипорук И.А. Способ интерактивного лечения зависимого поведения. Патент на изобретение № 2252038. — 2005. — 15 с.
3. Короленко У.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический проект, 2000. — 460 с.
4. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: Медпресс-информ, 2003. — 328 с.
5. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. — М.: Гениус, 2005. — 797 с.
6. Трубецков Д.И. Введение в синергетику. Хаос и структуры. — М: Едиторная УРСС, 2004. — 240 с.
7. Чернобровкина Т.В., Кершенгольц Б.М. Философские проблемы биологии и медицины: синергетика в аддиктологии // Аддиктология. — 2005. — №1. — С. 14–20.
8. Чернявский Д.С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации. — М.: Наука, 2001. — 245 с.
9. Ястребов В.С. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004. — №6. — С. 4–8.
10. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiatry. — 1980. — Vol. 137. — P. 535–544.

### SYNERGETIC CONCEPT OF DEPENDENT BEHAVIOUR

**SIDOROV P.I.** Academician of the Russian Academy of Medical Science, honoured scientist of the Russian Federation, Director of Institute of Psychology and Psychiatry of Northern State Medical University, Arkhangelsk

*The article analyzes evolution of views concerning the nature of dependent behaviour. Within the biopsychosocial model the author gives definition to sociogenesis, psychogenesis and biogenesis (somatogenesis) of psychic disorders. Grounds are given for the novelty and methodological effectiveness of synergetic approach to the problem of dependent behaviour. Synergetics is an interdisciplinary scientific branch about development and self-organization of dissipative structures dissipating energy. The development of dependent behaviour is followed up within non-linear and multi-variant synergetic model in three major vectors socio-, psycho- and somatogenesis. The author gives grounds to the new approaches to psychophylaxis and correction.*