

**ПАРФЕНОВ ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ**

кандидат медицинских наук, научный сотрудник НИЛ клинической патофизиологии кафедры патологической физиологии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

**PARFYONOV Y.**

*candidate of medical science, scientific associate of the research laboratory of clinical pathophysiology of the sub-faculty of pathological physiology of the S.M.Kirov Military Medical Academy*

**ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТРЕССОВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

**PECULIARITIES OF ADDICTIVE BEHAVIOR IN CONDITIONS OF STRESS EFFECT**

**АННОТАЦИЯ:** В статье реализован междисциплинарный подход к оценке патогенетических механизмов, обуславливающих возникновение и течение химических и нехимических вариантов аддикций. Сделан акцент на возможной стрессогенной этиологии аддиктивного поведения, как одного из клинических вариантов девиантного поведения. Предложена концепция патогенеза развития пищевой аддикции, где пусковым фактором является стресс.

**ABSTRACT:** The article uses interdisciplinary approach toward estimation of pathogenetic mechanisms causing appearance and course of chemical and nonchemical types of addiction. It highlights possibility of stressor aetiology of addictive behavior as one of clinical types of deviant behavior. It offers the concept of pathogenesis of development of food addiction with stress as a starting factor.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** Стress, отклоняющееся поведение, аддиктивное поведение, химическая и нехимическая зависимость, стресспротективные системы.

**KEY WORDS:** stress, deviant behavior; chemical and nonchemical addiction, additional behavior, stress protective systems.

Существование человека в современном обществе характеризуется постоянным воздействием на него комплекса патогенных факторов, вызывающих как специфические, так и неспецифические изменения в организме. Несмотря на значительное количество работ по изучению процессов, связанных с многоуровневым, функционально детерминированным процессом адаптации человека с включением в него личностно-психологических, поведенческих, социальных и физиологических компонентов, на сегодняшний день исчерпывающего толкования данного феномена не существует. Наиболее приемлемым, на наш взгляд, остается достаточно известное определение адаптационного процесса как неспецифического ответа организма на любое предъявленное ему требование, сформулированное Г. Селье (1936), для характеристики стресса, который, в свою очередь, возникает в ответ на воздействие «экстремальных условий» обитания человека [2,7,12]. Вместе с тем, в последние годы наблюдается тенденция к все более распространенному использованию понятия «экстремальные условия», обязательно сопутствующим стрессу. Некоторые исследователи склонны относить к ним все ситуации, которые требуют напряжения тех или иных психических и физиологических функций,

причем грань, отделяющая «нормальные» условия от «экстремальных», остается достаточно неопределенной. Крайним выражением этой позиции является тенденция оценки условий как экстремальных, исходя только из физических характеристик стимуляции, показывающих близкую к линейной зависимость изменений ряда показателей от интенсивности действующего фактора. Однако, чем более высокая по организации функция человека берется за критерий, тем меньше выражена линейная зависимость изменения ее показателей от величины действующего фактора. Поэтому необходима более четкая формулировка понятия экстремальности. Анализ его возможен на примерах двух основных функций ситуаций.

Первая из них сводится к тому, что существует такая интенсивность внешних условий, которая при определенном времени воздействия вызывает обязательное ухудшение параметров, по которым оценивается состояние человека. Условия, ведущие при этом к обязательному появлению патологических состояний или к полной невозможности продолжать деятельность (например, потеря сознания), выделены в особую группу «сверхэкстремальных» условий [2,12, 15,16,18].

Вторая ситуация отличается от первой тем, что физическая характеристика условий не имеет ведущего значения, а главными становятся информационно-семантические характеристики.

Сравнение двух ситуаций показывает, что имеется одна общая черта, связывающая первые два члена триады, – характеристики условий, позволяющих отнести их к экстремальным, зависят от влияния на состояние человека. К экстремальным необходимо относить такие факторы, воздействие которых приводит к состояниям динамического рассогласования. Динамическое рассогласование может характеризоваться нарушением адекватности психологических и поведенческих реакций (характерно для информационно-семантических экстремальных факторов) или нарушением адекватности физиологических реакций (такая реакция возникает прежде всего при действии экстремальных физических или химических факторов). Наиболее частым является смешанный тип реакции, когда первичное изменение физиологических функций служит поводом к динамике поведенческих реакций или, наоборот, изменения психологических характеристик приводят к появлению физиологических сдвигов [12,16,19].

Представляется необходимым выделить некоторые общие черты в многообразных формах ответа организма на экстремальные ситуации. Такой подход позволяет описать некоторые структурные особенности двух общих типов реакций человека в этих условиях. Один из них представляет собой так называемые адекватные формы реакции, а второй – реакции тревоги. Отличительный признак, позволяющий отнести реакцию к первому или второму виду, направленность этой реакции [2,6,8].

Основным содержанием адекватных форм ответа являются специфические реакции организма, направленные на устранение или преодоление влияния экстремальных факторов и на решение стоящих поведенческих задач. Не касаясь анализа физиологических форм ответа, укажем, что особенность ответа на поведенческом уровне – их осознанный, целенаправленный характер. Это подразумевает формирование у человека определенного плана действия, основанного на анализе качественных, а иногда и количественных, характеристик экстремальных условий и всей наличной ситуации в целом [8,10,12,16].

Форма ответа, названная реакцией тревоги, характеризуется относительно малой связью со спецификой экстремального фактора. Она направлена прежде всего на сохранение функционирования организма и в значительно меньшей степени на сохранность структуры деятельности. Сознательный контроль за поведенческими реакциями ослаблен, в крайних случаях наблюдаются бессознательные поведенческие акты типа паники. Если при адекватном ответе мотивация деятельности, которая существовала до начала воздействия экстремального фактора, остается почти без изменений, то во втором случае наблюдается снижение субъективной важности этих мотивов и смена типа мотивации [1,2,10].

В литературе, посвященной выяснению характера влияния экстремальных условий на человека, наблюдается абсолютизация значимости реакции тревоги. При этом первая форма ответа становится как бы исключением из общего правила. Проведенный нами анализ как собственного, так и литературного материала позволяет считать, что наиболее типична как раз форма адекватного ответа, а реакция тревоги чаще появляется или в качестве начального компонента ответа, или в сверхэкстремальных (субъективно или объективно) ситуациях [8,16,18].

Вне зависимости от модальности стрессового фактора возникающие в организме изменения носят неспецифический характер и имеют важный биологический смысл, заключающийся в формировании компенсаторно-приспособительных реакций. В обще-биологическом эволюционном аспекте стресс-реакция сформировалась как необходимая часть более сложного целостного процесса адаптации. Вместе с тем, известно, что стресс является важным звеном не только механизмов адаптации, но и патогенеза многих заболеваний. Стрессоустойчивость характеризуется особенностями развития общего адаптационного синдрома, преимущественно первой его стадии: первичной стресс-реакции – реакции тревоги с последующим формированием структурного следа адаптации [2,6,8,16].

Неоднозначным для понимания остается психологическое определение потребности в стрессе и соответственно вызывающих его стрессовых факторов. Для адекватного функционирования организма необходимы определенный уровень стресса и оптимальное соотношение стресса и дистресса [16,18,19]. Чрезмерно по силе стрессовое воздействие способно привести к срыву адаптационных процессов и вызвать формирование болезней адаптации. Кроме того, в человеческой популяции имеются определенные психотипы с изначально низкой толерантностью к стрессовому воздействию. Показатели формирования срочной и долговременной адаптации определяются функционированием нервной и эндокринной систем. Известно, что интенсивность стресс-реакции определяется соотношением активности стресс-реализующих механизмов и степенью активации блокирующих ее стресс-систем [2,8,16]. При этом стресс-лимитирующие системы могут быть подразделены на центральные и периферические. Действие последних направлено на повышение устойчивости клеточных структур к действию стрессовых факторов. Эффекторами стресс-лимитирующих систем являются различные биологически активные вещества и, прежде всего, нейропептиды. В процессах защиты организма от повреждающего действия стрессовых факторов существенную роль играют опиоидные пептиды, имеющие выраженное сродство к рецепторам опиоидного (морфинового) типа. Синтез эндогенных опиоидных пептидов в организме резко нарастает при воздействии разных экстремальных факторов. В результате этого отмечается значительное снижение болевой чувствительности, улучшение кровотока в миокарде и нервной ткани, повышается устойчивость биологических систем к гипоксическому воздействию.

До сих пор остаются малоосвещенными вопросы взаимоотношения аддикций и стрессового воздействия. Вместе с тем, современные исследования в области патофизиологии аддиктивного поведения свидетельствуют о том, что биологическими субстратами аддиктивного поведения (как одного из типов девиантного поведения) в условиях стресса следует считать совокупность нейрометаболических и эндокринных изменений в организме, связанных с взаимодействием стресс-запускающих и стресс-лимитирующих систем [8]. Системные реакции организма при стрессе в значительной степени определяются функциональной активностью медиаторных систем, эффекторами которых являются:  $\gamma$ -аминомасляная кислота (ГАМК), глицин, дофамин,  $\gamma$ -оксимасляная кислота (активный метаболит ГАМК-эргической системы, наиболее хорошо проникающий через гематоэнцефалический барьер) [2,8,16].

Существенную роль в механизмах формирования аддиктивного поведения при стрессе играет выработка эндогенных опиоидов, при этом наибольшее значение имеют нейропептиды, обладающие седативным действием ( $\beta$ -эндорфины) [8,14]. В первой стадии стресс-реакции концентрация эндорфинов, как правило, бывает достаточной для адекватной реализации стресса, однако при повторяющихся стрессовых воздействиях или затянувшемся стрессе наблюдается снижение функциональной активности ноцицептивных систем и, в частности, опиоидергической системы. Это может вызывать негативные изменения в функциональных системах организма, снижать его адаптационные способности. С врожденной недостаточностью опиоидергической системы организма ряд авторов связывает возможные механизмы развития аддиктивной патологии в условиях хронического стресса [1,14,15]. Авторы отмечают, что лица с аддиктивной патологией предпочитают тот или иной вид аддикции в зависимости от личностных и социально-психологических факторов. Больной, страдающий наркоманией, выбирает вещество, эффект от злоупотребления которым позволяет компенсировать преморбидные особенности личности. Так, например, лица, склонные к деликатентности, выбирают препараты с психоделическим действием. При доминировании аффективных расстройств больной наркоманией выбирает вещество, в действии которого имеется седативный компонент [3,4,6,9,10].

В настоящее время принято выделять различные виды аддиктивной патологии [3,6,11,13,17]. К наиболее распространенным вариантам химических аддикций следует отнести алкогольную зависимость, наркоманию, токсикоманию, кофеиновую и никотиновые аддикции.

Наряду с употреблением алкоголя, наркотических и психоактивных веществ в последнее десятилетие особое распространение приобрели различные виды нехимических зависимостей, такие, как гемблинг, увлечение компьютером, сексуальные, пищевые девиации, длительное прослушивание ритмичной музыки, чрезмерное увлечение работой, шопинг, сексуальная, работогольная, ургентная аддикций. В последнее десятилетие относительное

распространение приобрела аддикция отношений и ургентная аддикция. При этом аддикция отношений характеризуется навязчивым стремлением человека к определенному типу отношений. Зависимые от отношений лица создают группы «по интересам». Члены групп постоянно и с удовольствием общаются, тратя на это подавляющую часть времени в ущерб работе, учебе и другим занятиям. Промежутки между встречами сопровождаются постоянными мыслями о предстоящем общении. Ургентная зависимость проявляется в желании находиться в состоянии постоянной нехватки времени. Пребывание в каком-то ином состоянии способствует развитию у человека чувства отчаяния и дискомфорта [1,11,17,20-22].

Современные концепции патогенеза аддиктивного поведения говорят, что независимо от видов аддиктивной патологии имеются общие механизмы их формирования, клинического течения и исходов. Воздействие хронического стресса усиливает аддиктивные тенденции, способствует развитию химических и нехимических зависимостей. В настоящее время наиболее изучены механизмы и закономерности аддиктивной патологии у лиц, подвергающихся стрессовым воздействиям боевой обстановки [15]. Употребление наркотических веществ у военнослужащих в большинстве случаев мотивировалось ситуационными факторами. Следует отметить, что патогномоничным для аддиктов было наличие акцентуаций характера (почти 90% лиц с аддиктивной патологией имели акцентуации характера, при этом в общей популяции данный показатель не превышал 63%). Среди лиц, употреблявших наркотические вещества в условиях боевого стресса, доминировали военнослужащие с эмоционально-лабильной, сенситивной, астено-невротической, психастенической и шизоидной акцентуациями. Прием наркотических веществ в условиях боевого стресса коррелировал с продолжительностью службы, наличием в анамнезе ранений и травм. Наиболее значимыми факторами для формирования аддиктивной патологии в условиях боевого стресса были искаженный тип семейных отношений, деликатентность, конфликтные взаимоотношения в микросоциальной среде. Особо следует отметить, что у лиц, склонных к употреблению каннабиодов в условиях боевого стресса, наиболее часто выявлялся пограничный уровень интеллектуального функционирования [3,4,9,17].

Таким образом, увеличение интенсивности и длительности стрессовых воздействий влечет за собой рост вероятности использования психоактивных веществ для смягчения психического напряжения. Среди дополнительных факторов развития аддиктивной патологии в условиях стресса следует выделить наследственную предрасположенность, патологические черты характера, наличие аддикций в преморбидный период, психологические и метаболические изменения, вызванные воздействием стресса.

Биологическим субстратом формирования аддиктивной патологии в условиях стресса является совокупность метаболических изменений в организме, вызванная стрессовым воздействием. При

этом лица с исходным нормальным или даже усиленным функционированием опиоидной системы в условиях хронического стресса, особенно в фазу истощения общего адаптационного синдрома, могут стремиться восполнить дефицит эндогенных опиоидов приемом наркотических веществ. Весьма негативным последствием данного явления становится снижение в тканях организма эндогенных опиодных пептидов, что и приводит к быстрому развитию аддиктивной патологии в условиях хронического стресса [1,7,9].

В условиях хронического стрессового воздействия могут сформироваться нехимические зависимости, которые имеют сходные с наркоманиями патогенетические механизмы. Следует отметить, что в своем большинстве лица, страдающие нехимическими зависимостями, не предполагают, что они столкнулись со значительной проблемой, решение которой не менее затруднительно, чем лечение наркомании или токсикомании [6,10,13].

К числу наиболее распространенных вариантов нехимических аддикций, сопровождающих хронический стресс, следует отнести нарушение пищевого режима (как переедание, так и голодание). В основе данной аддикций, как и в основе многих других, лежит более или менее выраженный внутриличностный конфликт, приводящий к дистрессирирующим явлениям и вызывающий необходимость дополнительного получения положительных эмоций. Мнение о возникновении у индивидуума пищевой аддикции складывается тогда, когда прием пищи осуществляется не только для утоления голода, а как средство получения удовольствия от приема пищи. Еда в условиях стресса позволяет дополнительно активизировать стресс-лимитирующие системы организма. При этом, с одной стороны, происходит уход от неприятностей, а с другой – фиксация на приятных вкусовых ощущениях. Стремление снимать любой стресс приемом пищи приводит к формированию стойкой пищевой зависимости. Человек, страдающий пищевой аддикцией, вынужден часто принимать пищу для того, чтобы купировать психический дискомфорт, потенцировать включение химических механизмов. При отсутствии еды, даже если нет голода,рабатываются вещества, стимулирующие аппетит. Постепенно возрастает количество съедаемой пищи и увеличивается частота ее приема, что влечет за собой нарастание веса, формирование соматической патологии. Данная проблема приобретает особую актуальность в странах с высоким уровнем жизни, ассоциирующимся в обществе с высоким уровнем стресса [9,20-22]. Противоположная сторона пищевой аддикций – голодание. Голодание выступает в качестве одного из вариантов сублимации самореализации личности, а именно в преодолении себя, победе над своей «слабостью». В период воздержания от еды появляется повышенное настроение, ощущение легкости. Часто ограничения в еде начинают носить абсурдный

характер. Периоды голодания могут сменяться периодами активного переедания. Отсутствует критика своего поведения. Вместе с этим происходят серьезные нарушения в восприятии реальности в виде дереализации [11,13].

Разрушительный характер пищевой аддикции заключается в том, что она, по своей сути не являясь «социально осуждаемой» или «социально неприемлемой», разрушает эмоциональные связи индивидуума. Купирование стресса приемом пищи постепенно становится стилем жизни. При этом собственные ноцицептивные системы организма начинают оптимально функционировать только в условиях чрезмерного насыщения [2,5,6].

Изучению личностных особенностей пациентов, страдающих пищевой аддикцией, посвящено значительное количество работ, при этом показано, что нарушение пищевого поведения, ассоциированного со стрессом, наиболее часто встречается у женщин, а не у мужчин [22]. Большинство больных с данной патологией подвержены постоянному стрессу, связанному с эмоциональной депривацией со стороны близких, начиная с периода полового созревания. Отцы этих пациентов описываются как эмоционально сдержанные, а матери – с доминирующим поведением, сопровождающимся сверхопекой. Наиболее общими чертами больных, страдающих нарушениями пищевого поведения, являются склонность к перфекционизму, наличие низкой самооценки, психологическая зависимость от мнения окружающих. Наличие перечисленных особенностей блокирует адекватную реализацию первичной стресс-реакции, приводит к постепенной психологической изоляции, требует дополнительной активации стресс-лимитирующих систем, что усиливает пищевую аддикцию. При этом прием пищи снимает стресс на короткое время. Чем продолжительнее расстройство пищевого поведения, тем кратковременные периоды нормотимии после еды, которая становится регулятором настроения больного.

Таким образом, хроническое стрессовое воздействие приводит к формированию различных видов как химических, так и нехимических зависимостей, имеющих общие патогенетические механизмы. Формирование аддиктивной патологии в данных условиях следует рассматривать как стереотипы, позволяющие преодолевать дистрессы, компенсировать недостаточное функционирование стресс-лимитирующих систем в условиях срыва адаптационных процессов. Знание механизмов аддикции способствует созданию профилактических программ (по трем основным направлениям – использование профотбора и психолого-социального сопровождения, тренинговых процедур, психофармакологии), направленных на выработку факторов резистентности к стрессу и изменение поведенческих стилей в направлении социальной адаптации.

1. Анохина, И. П. Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимостей: Руководство по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. – Т. 1. – М.: Медпрактика, 2007. – С. 33-41.
2. Лефрансуа, Г. Теории научного формирования поведения человека / Г. Лефрансуа. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 278 с.
3. Дудко, Т.Н. “Формирование зависимости от азартных игр у молодежи и лиц зрелого возраста” / Т.Н.Дудко, Л.А.Котельникова // <http://www.vesti.ee/avgust02/22/press.htm>
4. Егоров, А.Ю. Алкоголизация и алкоголизм в подростково-молодежной среде: личностные особенности, клинические проявления, половые различия / А.Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003 (3). № 1. – С.10-16
5. Карсон, Р. Аномальная психология / Р. Карсон, Дж.Батчер, С.Минека. – СПб.: 2004. – 412 с.
6. Короленко, Ц.П. Ошибочные стратегии коррекции аддиктивного поведения / Ц. П.Короленко, Н. Л. Бочкирева // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии. – Новосибирск, 1997. – С. 3-5.
7. Комер, Р. Патопсихология поведения, нарушение и патологии психики / Р. Комер – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 608 с.
8. Крыжановский, Г.Н. Общая патофизиология нервной системы / Г. Н. Крыжановский. – М.: Медицина, 1997. – 350 с.
9. Крылов, В.И. Клинико-психопатологический анализ синдромов нервной анорексии и нервной булимии при пограничных нервно-психических заболеваниях / В. И. Крылов // Обзор психиатрии и мед. психологии.– 1993. – №2.– С. 87-89.
10. Красноперова, Н.Ю. Пищевая зависимость как форма аддиктивного поведения / Н. Ю.Красноперова, О. В. Красноперов // Актуальные вопросы пограничных и аддиктивных состояний. – Томск-Барнаул, 1998. – С. 86.
11. Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков / С.А. Кулаков – М.: Смысл, 2008. – 195 с.
12. Кун, Д. Основы психологии: Все тайны поведения человека / Д. Кун – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 864 с.
13. Леонова, Л. Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Л. Г.Леонова, Н. Л. Бочкирева – Новосибирск, 1998. – 75 с.
14. Лиманский, Ю.П. Основные принципы функциональной организации ноцицептивных и антиноцицептивных систем мозга / Ю. П. Лиманский // – Физиол.ж., 1989, №2. – С. 110-121.
15. Литвинцев, С.В. Боевая психическая травма / С. В. Литвинцев, Е. В. Снедков, А. М. Резник. – М.: Медицина, 2005. – 431 с.
16. Меерсон, Ф.З. Физиология адаптационных процессов / Ф. З. Меерсон – М.,1986. – С. 521-631.
17. Менделевич, В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В.Д. Менделевич – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
18. Меновщиков, В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисами и проблемными ситуациями / В.Ю. Меновщиков. – М.: Смысл, 2002. – 182 с.
19. Холмс, Д. Аномальная психология / Д. Холмс – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
20. Tsutsumi Satoshi. The development mode of adolescent psychopathology: from the pathogenic viewpoint of the eating disorder / Satoshi Tsutsumi // Jap. J. Psychiat. and Neurol. – 1991. – 45, 4.– P. 797 – 817.
21. Prult, Julie A. Bulimia and fear of intimacy / Julie A. Prultt, Ruth E. Kappius, Patric W. Gorman // J. Clin. Psychol. – 1992. – 48, № 4. – P. 472-476.
22. Bushnell, J. Prevalence of three bulimia syndromes in the general population / J. Bushnell, J. Wells, A. Hornblow. Psychol. Med. – 1990, 20. – P. 671-80.