

Клинико-динамический подход к систематике аддикций

СЕМКЕ В.Я.

академик РАМН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, директор ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Томск)

БОХАН Н.А.

профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по НИР ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Томск)

МАНДЕЛЬ А.И.

д.м.н, вед.н.с. отделения аддиктивных состояний ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Томск)

Внимание читателей акцентируется на клинико-динамическом аспекте аддиктивного поведения, отражающего болезненную склонность к чему-либо и определяющее зависимое, поисковое отношение личности к предмету привязанности. Обсуждается клинико-динамическая модель систематики аддиктивных состояний, прежде всего с позиций оценки их мультиаксиального генеза, клинической динамики изменения личности аддикта и прогностической характеристики. Представлена рабочая группировка аддиктивных состояний с выделением субстратных (интоксикационная, коморбидная, нутриционная зависимости) и асубстратных (на основе патологии сексуальных и других влечений) форм аддикций. В контексте коморбидности ставится проблема уточнения внутренних границ клинической гетерогенности алкоголизма.

*Никто не познает точно добродетели,
если не имеет понятия о пороке,
в особенности когда некоторые пороки
до такой степени близки к добродетели,
что легко обманывают своим подобием.*
П. Абеляр

Происходящее в последние годы снижение уровня психического здоровья (как индивидуального, так и общественного) ведет "к распаду нации и разрушению ее генофонда" (из резолюции Всероссийского Пироговского съезда врачей, 1997). По мнению Н.Ф. Герасименко [6], здоровье российской нации принесено в жертву политреформам, а страна пребывает в "демографической яме". Антитезой драматическому состоянию медицинской науки могут служить страстные слова академика В.М. Бехтерева [2]: "Усилия, направленные против основного зла нашей действительности, должны быть делаемы не только даже в интересах нервно-психического здоровья населения, ... но и во имя высших общечеловеческих идеалов, во имя тех нравственных норм, которые не позволяют человеку попираť права других, которые устраняют рознь, ненавистничество между людьми и которые ведут человечество к единению и братству на почве общего равенства, взаимопомощи и уважения личности".

Одним из способов достижения взаимопонимания и согласия на международном научном и практическом уровнях является установление общих позиций в вопросах систематики психической патологии. По мнению видного исследователя в этой области Н. Сарториуса, "классификация представляет собой способ видения мира на определенном временном этапе"; с другой стороны, Х. Дельгадо считает, что "любая классификация или определение — это всего лишь результат согласия между людьми". Применительно к проблеме систематики аддиктивных состояний нам представляется оправданным строгий учет многомерных клинико-социальных параметров — феноменологических, патогенетических, динамических и прогностических.

Предпосылки к систематике аддиктивных состояний

Согласно МКБ-10, нарушения психической деятельности, вызванные употреблением психоактивных веществ (ПАВ), объединены в одну рубрику (F1). Они подразделяются на три группы: не запрещенные законом (табак, алкоголь), контролируемые законом препараты (транквили-

заторы, антидепрессанты, нейролептики, снотворные), запрещенные законом (наркотики)¹. Для этой подгруппы мы предлагаем обозначение *субстратный* (от лат. substratum — основа (предмет или вещество), в биологии используется в значении "химическое вещество, подвергающееся превращению под влиянием фермента"); в противопоставление этому понятию понятие *асубстратный* означает нематериальные, немедикаментозные формы зависимости.

Рассмотрим основные разделы, кластеры предлагаемой нами модели рабочей группировки аддиктивных состояний.

Субстратные аддиктивные состояния

Субстратные интоксикационные аддиктивные состояния, обусловленные зависимым употреблением ПАВ (F10—F18), в том числе при немедицинском употреблении наркотических средств.

Включают: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10), опиатов (F11), каннабиноидов (F12), седативных или снотворных средств (F13), кокаина и других психостимуляторов (F14-F15), галлюциногенов (F16), табака (F17), летучих растворителей (F18).

Субстратные ассоциированные (коморбидные) аддиктивные состояния, обусловленные зависимым употреблением ПАВ лицами, одновременно страдающими церебрально-органическими, другими хроническими психическими расстройствами (аффективными, обсессивно-компульсив-

¹ Оценка их психопатологического влияния многообразна и включает понятия потребности, компульсивного влечения, утраты контроля, абстинентного синдрома, толерантности, нейровисцеральных и иных последствий. В МКБ-10 эти расстройства подразделены: по виду ПАВ и характеру расстройства. Соответственно DSM-IV при недавнем употреблении ПАВ и невыраженности синдрома отмены рекомендуется диагноз "злоупотребление". Принимая эту детализацию и значимость новой терминологии, рекомендуемой ВОЗ, мы акцентируем внимание на клинико-динамическом аспекте аддиктивного поведения, отражающего болезненную склонность к чему-либо и определяющее зависимое, поисковое отношение личности к предмету привязанности. Такой подход облегчает синдромологическую и прогностическую оценку рассматриваемых синдромов и состояний.

ными, личностными) — психиатрическая коморбидность, а также соматическими заболеваниями, сопряженными с употреблением ПАВ (туберкулез, гепатит, СПИД и др.) — медицинская коморбидность. Эти состояния не просто суммируют черты зависимости и психического нарушения, а характеризуются спецификой возникновения, формирования, клиники, течения, исхода и прогноза.

Субстратные нутриционные аддитивные состояния, обусловленные нарушением пищевого поведения.

Включают: Нервная анорексия (F50.0). Нервная булимия (F50.2).

Асубстратные аддитивные состояния.

Аддитивное сексуальное поведение, обусловленное патологией сексуального влечения (F65).

Включает: фетишизм (F65.0), вуайеризм (F65.3), геронтофилию (F65.8), эксгибиционизм (F66.2), педофилию (F66.4), садизм, мазохизм, садомазохизм (F66.5), зоофилию (F65.8) и др.

Аддитивное поведение, связанное с другими патологическими влечениями (F63).

Включает: Патологический гэмблинг (F63.0), патологическое влечение к поджогам (пиромания) (F63.1), патологическое влечение к воровству (клептомания) (F63.2) и др.

Социально приемлемые формы аддитивных состояний: работоголизм, коллекционирование, длительное прослушивание ритмичной музыки, склонность к азартным играм и заключению пари (F99.2), интернет-аддикция, шопинг-аддикция, гаджет-аддикция (F63.8).

Приведенные кластеры облегчают установление взаимозависимостей между выделенными типами аддикции.

Инттоксикационная зависимость от ПАВ: клиническая гетерогенность и проблема мультиаксиальной диагностики

Нерешенность медицинских аспектов сложной алкогольной ситуации в России во многом связана с отсутствием междисциплинарного методологического подхода к проблеме алкоголизма, в частности к его классификации и соответственно к диагностике. Доминировавшие до недавнего времени "классические" представления об алкоголизме определяли его как преимущественно однородный процесс с прогрессирующим течением вплоть до неизбежно предопределенного конечного состояния, относящийся к сугубо психиатрической компетенции, логическим завершением терапии которого являлось искусственно поддерживаемое состояние "пожизненной абстиненции". Это обусловило наличие "превентивного парадокса", при котором все исследовательские и медицинские усилия были сосредоточены на диагностике и коррекции относительно небольшой группы пациентов, злокачественное течение алкоголизма которых сопровождалось клинически очевидным шлейфом негативных психосоциальных проблем (Richter G., 1988). С другой стороны, полиморфизм наблюдаемых в клиническом континууме алкогольной болезни клинических состояний не укладывается в узкокомпетентную психиатрическую квантификацию алкоголизма, по критериям которой более чем три четверти стационарных больных предстают малодифференцированной группой с единым диагнозом II стадии алкоголизма.

Признание актуальности данной проблемы определяет целесообразность выделения типологически разнородных форм алкоголизма, характеризующихся дифференцированными коррекционными программами и прогно-

стической оценкой. Перспективы для выхода из парадигмального тупика связаны с разработкой в последнее время новых концептуальных моделей алкоголизма, согласно которым синдром зависимости к алкоголю не рассматривается более как унитарный феномен исключительно монодисциплинарной (психиатрической) компетенции — алкоголизм трактуется как клинически гетерогенное явление с различным течением и исходом его относительно обособленных типологических форм.

Проблема взаимоотношения основных синдромов алкоголизма нашла отражение в методологическом обособлении синдрома алкогольной зависимости (alcohol dependence syndrome, ADS) и расстройств, связанных с употреблением алкоголя (alcohol related disabilities). При этом клинические проявления синдрома алкогольной зависимости отнесены к возможным вариантам ответа (реакции) организма на экзогенный этанол и могут быть рассмотрены в качестве одной из форм обусловленных алкоголем нарушений. Биологический ответ организма на экзогенный этанол характеризуется индивидуальной вариабельностью и может переходить от органа к органу [19].

Дальнейшее развитие концептуальных подходов к соотношению основных синдромов алкоголизма отражено в МКБ-10 (1994). В частности, клинические описания имеют дополнительное указание на то, что "многие симптомы в структуре синдрома отмены могут быть вызваны другими психическими нарушениями. Простое "похмелье" или тремор, вызванный другими причинами, не должны смешиваться с симптомами синдрома отмены". Клинические проявления абстинентного синдрома могут возобновляться условно-закрепленным стимулом без предшествующего употребления ПАВ.

Токсикогенные эффекты этанола и сосудистая гипоксия при алкоголизме рассматриваются как важнейшее звено патогенеза соматоневрологических проявлений алкоголизма (Tuck R.R., 1983; Tomoyuk I., 1985). Патогенетическое значение гемодинамической гипоксии закономерно возрастает в механизмах фенотипического оформления алкоголизма, ассоциированного с регионарной сосудистой патологией головного мозга неалкогольного генеза. Наличие алкогольобусловленной регионарно-церебральной сосудистой патологии в субстратах центральных патогенетических механизмов возникновения и клинического оформления алкоголизма (лимбико-ретикулярный комплекс, гипоталамус, медиобазальные отделы височных долей, мозжечок) подтверждается результатами патоморфологических исследований (Попова Э.Н., 1981).

Проблема коморбидности аддитивных состояний

Исследование клинической гетерогенности больных с аддитивной патологией в большинстве случаев основано на выделении вариантов прогрессивности заболевания, исходя из выраженности социальной дезадаптации пациентов с феноменологическим описанием ее клинических факторов. При этом в большинстве случаев описание группы больных с прогрессирующим течением сопровождается указанием о перенесенной в анамнезе иной экзогенно-органической вредности (чаще всего черепно-мозговой травмы). При этом коморбидно преформированные варианты биологической почвы отдельно не рассматриваются в контексте объяснения клинической гетерогенности болезненной симптоматики. В единичных случаях дается детальная клинико-патогенетическая интерпретация с учетом синдромотаксиса и предикционности (топико-этиологической приуроченности).

Патодинамическое значение биологической почвы (прежде всего коморбидной экзогенно-органической патологии головного мозга) при развитии алкоголизма признается в качестве фактора predisposition, играющего существенную патоπλαстическую роль в утяжелении и усложнении основного заболевания. Однако модифицирующее влияние коморбидной церебральной патологии на клинико-патогенетические закономерности условно выделяемых нами "ассоциированных" форм алкоголизма является недостаточно изученным и вследствие этого малодифференцированным для применения в диагностических и терапевтических программах к указанному контингенту больных. Под *ассоциированными* формами алкоголизма мы понимаем клинические варианты сочетания алкоголизма с пре- или/и коморбидным поражением головного мозга и/или висцеральных органов неалкогольного генеза, оказывающие многоуровневое патопластическое влияние на клинико-патодинамические закономерности основного заболевания вследствие патогенетической общности морфофункционального субстрата (или механизмов его повреждения) ассоциированных заболеваний [4]. С позиций *предилекционности* особый научный и практический интерес представляет обозначение типологических границ ассоциированных форм алкоголизма, при которых коморбидные церебрально-васкулярные нарушения развиваются в определенных сосудистых бассейнах головного мозга с возможностью их клинико-инструментальной топической диагностики.

Анализ целостной проблемы систематики ассоциированных форм алкоголизма представлен разрозненными — в подавляющем большинстве случаев дескриптивно-феноменологического характера — исследованиями, проведенными в рамках унитарной модели алкоголизма, без сопоставления клинических особенностей ассоциированных форм, клинико-патодинамических закономерностей развития и вариантов их клинической динамики. Отсутствуют полные данные о роли predisponирующих биологических и средовых факторов, предилекционности, синдрома кинезе и нозоаффиннитете алкогольбу обусловленных и коморбидных расстройств в условиях их многоуровне-

вого ассоциативного взаимодействия на "патологическую почву", формирование особенностей которой во многом предопределяет клиническую гетерогенность больных алкоголизмом. Общеизвестный тренд современных интернациональных исследований алкогольной зависимости подтверждает актуальность выполненных нами клинико-патодинамических исследований алкоголизма [5], позволяющих осуществить концептуальную конфронтацию психопатологических индикаторов алкогольной зависимости и токсических эффектов алкоголя, клиническая реализация которых сопряжена с наличием биологических predisponирующих факторов (рис. 1).

Коморбидность психиатрических и собственно наркологических расстройств в конечном итоге многократно увеличивает социальную декомпенсацию личности, приводит к распаду семьи, бродяжничеству, криминализации и ранней гибели. В связи с этим особую актуальность приобретает проблема формирования системного диагноза, отражающего гетерогенность психопатологических, наркологических, психологических и социальных расстройств при ассоциированных состояниях.

В целом концептуальное взаимодействие трех основных групп факторов (социально-психологических, конституционально-биологических, экзогенных) в генезе и фенотипическом оформлении аддикций является системоформирующим структурным звеном мультифакториальной модели данной патологии, признаваемой в настоящее время большинством ведущих исследователей [9, 13, 19]. Системно-структурный анализ аддиктивных расстройств как сложного *биопсихосоциального* феномена предполагает кондициональную связь удельного веса и значимости отдельных составляющих данной причинно-факторной триады с патодинамическими особенностями биологической почвы, в условиях которой происходит формирование клинического фенотипа заболевания. Поддерживаемые мультиаксиальной системой диагностики (DSM-IV, МКБ-10) новые подходы к систематике алкоголизма принимают во внимание необходимость анализа клинической гетерогенности алкоголизма,



Рис. 1. Клинико-патодинамическая взаимосвязь основных синдромов алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга

наркоманий и токсикоманий как при описании симптомов зависимости, так и при изучении соматических, психических и социальных последствий в их меняющихся взаимосвязях. Этот подход позволяет выйти из традиционных рамок унитарной модели и создать методологические предпосылки для расширения типологических границ данного заболевания с выделением клинически обособленных форм, учитывающих наличие и характер как органопатологических расстройств, так и типологических вариантов клинко-патогенетического взаимодействия последних с коморбидной патобиологической почвой неалкогольного генеза (прежде всего ЦНС) в системных координатах целостного организма.

Нутритивная зависимость

В своем развитии пищевая аддикция проходит ряд стадий [10]. Доклиническая (при остром непродолжительном воздействии стрессора) проявляется нарушенными пищевыми реакциями по типу гипералиментации с незначительной прибавкой массы тела или без нее.

На рис. 2 показано, что на стадии начальных проявлений (при подострых стрессовых влияниях) включаются механизмы ухода от реальности с фиксацией на атарактическом и гедонистическом вариантах мотивации приема пищи в ситуации психоэмоционального напряжения, когда нарушенное пищевое поведение является эквивалентом или сопровождается расстройствами пограничного уровня. Далее следует тип развернутых клинических проявлений (при сильных и длительно существующих стрессорах): привычка к гипералиментации сопровождается соматическими изменениями (повышением массы тела, увеличением объема желудка) с дальнейшей *деформацией* пищевого поведения и появлением очистительных процедур. При неблагоприятной клинической динамике пищевой аддикции (конечной стадии) происходят формирование вторичной соматической патологии и развитие личностных нарушений астенодепрессивного, астеноипохондрического и депрессивно-ипохондрического содержания на фоне длительно существующих нарушений пищевого поведения.

Асубстратный тип аддикций

Элементы аддиктивного поведения в разной степени присущи каждому индивиду, поскольку всем нам приходится в различных ситуациях менять свое состояние, приспособливаться к новым условиям. Проблема же аддикции возникает с того момента, когда стремление ухода от действительности начинает доминировать в сознании, становится преобладающей в повседневной жизни, приводя в итоге к отрыву от необходимой деятельности. Начиная с этого момента, человек не только приостанавливается в своем духовном развитии, но в известной мере совершает "шаг назад" (рис. 3).

В реальном обществе существуют традиционные социокультуральные нормы, которые предписывают человеку соответствующее поведение. Если человек полностью реализует все аспекты своего "Я" в реальном общении, мотивация "бегства от реальности" у него, скорее всего, отсутствует. Когда на этапе реализации потребностей разного уровня появляется объект аддикции и удовлетворяет потребности низшего уровня в безопасности и защите от боли, страха, гнева, в социальных связях высшего уровня — в достижении и самоактуализации, то возможности индивидуального развития, связанные с приоритетом неудовлетворенных потребностей, истощаются. При отнятии объекта аддикции (например, наркотика) в числе других фрустрируются физиологические потребности и в случае конфликта между потребностями различных иерархических уровней побеждает низшая потребность как филогенетически более древняя. Поэтому столь трудны в реализации попытки освободиться от потребности в наркотиках у зависимой личности и тщетны усилия формирования удовлетворения потребностей высшего уровня.

Клинко-динамическая модель классификации аддиктивных состояний

Исходя из мультиаксиального подхода к проблеме симптоматики аддиктивных расстройств, нами определены этиопатогенетические, клинко-динамические и прогностические взаимосвязи (и различия) на основных этапах формирования аддиктивной патологии (рис. 4).

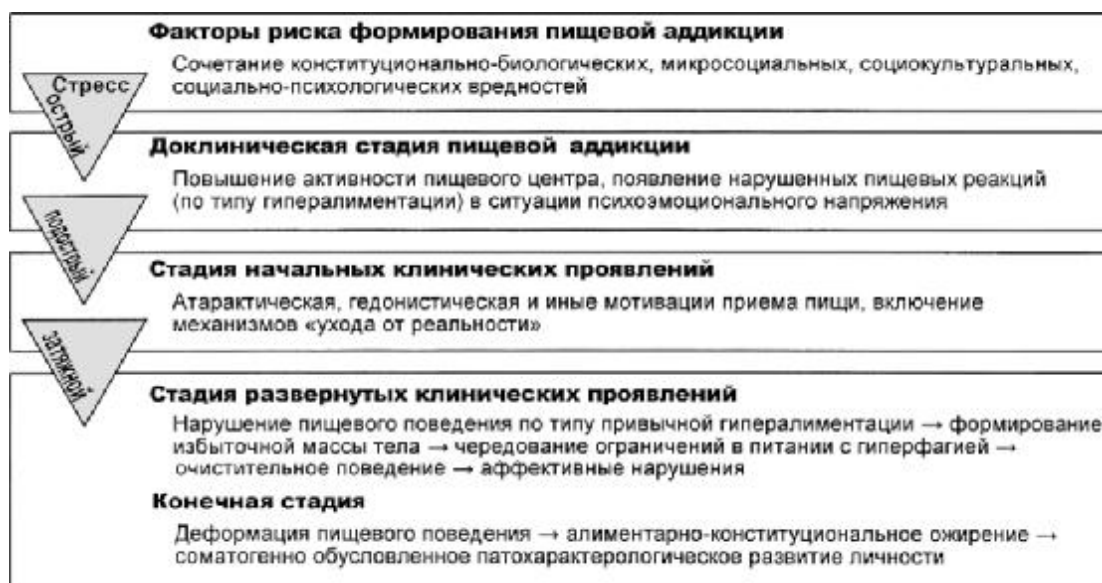


Рис. 2. Клинко-динамическая модель пищевой аддикции

Психогенные потребности («needs» по Мюррею)	Виды аддиктивного поведения
n. Infavidence (избегания неудач, эскапизм)	Бегство от реальности посредством изменения своего психического состояния различными способами: фармакологическими (алкогольная, наркотическая, токсикоманическая аддикция) и нефармакологическими, социально приемлемыми и неприемлемыми
n. Achievement (достижения)	Работоголизм, ургентная аддикция – потребность в состоянии постоянной нехватки времени, люди типа «занят – занят – занят»
n. Acquisition (приобретения)	«Шоппинг», аддикция к трате денег
n. Play (игры)	Гэмблинг (карточные, компьютерные, другие азартные игры)
n. Exhibition (привлечения внимания к себе)	Аддикция к виртуальной реальности – компьютерная аддикция, интернет-аддикция (chat-, net-, on line-addiction, нетоголизм), гаджет-аддикция – привязанность к электронным игрушкам
n. Retention (сохранения)	Коллекционирование
n. Recognition (признания)	Созависимость, аддикция отношений, коммуникативная аддикция
n. Affiliation (аффилиации)	Аддиктивная социальная организация
n. Succorance (поиска помощи)	Сектантство
n. Surpense (неизвестности, беспокойства)	Потребность в поведении, связанном с риском (парасуицидальное поведение), поиск острых ощущений, экстремальные виды спорта
Потребность в ритме	Музыкальная аддикция, меломания, джазомания
Потребность в пище	Аддиктивное переедание – голодание (булимия – анорексия)
n. Sex (сексуальных отношений)	Сексуальная аддикция («донжуанство», «синдром эммануэль»)

Рис. 3. Взаимосвязь потребностей с аддиктивными формами поведения: Перечень психогенных потребностей дан по Н. Murray (цит. по Хекхаузен Х., 1986); виды аддикций приводятся по Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой (2001)

Патогенный фактор	Типы аддикций	Пред-болезнь	В и д ы д и н а м и к и			
			Острый (аддиктивные реакции)	Подострый (аддиктивные состояния)	Затяжной (аддиктивное развитие)	Резидуальный («латент») (латент)
Психогенный	1. Субстратный	Аномальные (не дифференцированные) личностные реакции:	Острая интоксикация Злоупотребление ПАВ	Психическая и физическая зависимость Заострение преморбидных особенностей личности	Присоединение нейровисцеральной патологии Патохарактерологическое развитие личности	Деградация личности: алкогольная, наркотическая, токсикоманическая
	1.2. Ассоциированная (коморбидная) зависимость	• у гармоничных • у акцентуированных	Аддиктивные невротоподобные реакции	Мозаичная трансформация коморбидных особенностей личности	Патохарактерологическое развитие личности сложного генеза	Деградация личности сложного генеза Деменция интоксикационно-органического генеза
	1.3. Нутриционная зависимость	• у невротических • у психопатических	Аддиктивные пищевые реакции	Аддиктивное пищевое поведение	Соматоформное патохарактерологическое развитие личности	Соматогенно обусловленная психопатизация личности
Конституционально-биологический, личностный	2. Асубстратный	• у психопатизированных личностей	Аддиктивные психопатические, невротические реакции	Аддиктивные психопатические, невротические состояния	Аддиктивное патохарактерологическое развитие личности	Психопатизация личности Психопатия (нажитая)

Рис. 4. Клинико-динамическая модель систематики аддиктивных состояний

Предлагаемая рабочая группировка аддиктивных расстройств отражает, по нашему мнению, современное состояние концептуальных принципов и методических подходов в области современной аддиктологии и пограничных личностных нарушений. Речь идет прежде всего об установлении причинно-следственных взаимосвязей, отражающих клинико-патогенетические и клинико-динамические этапы формирования многообразной — по генезу, течению, прогнозу, исходу — аномальной симптоматики. Особого внимания заслуживает ранняя "донозологическая стадия развития аддикций": аномальные личностные реакции являются нозологически неспецифичными и могут в дальнейшем трансформироваться в невротические (неврозоподобные) и психопатические (психопатоподобные) состояния, развития.

Понимая всю сложность, многоаспектность и дискуссионность любых попыток решения вопросов по систематике аддикций в современных условиях общественной жизни, авторы рассчитывают на живое обсуждение предлагаемой модели систематики аддикций, прежде всего с позиций оценки их мультиаксиального генеза, клинической динамики изменения личности аддикта и прогностической характеристики. Актуальность решения подобной задачи существенно возрастает в свете настоятельной потребности в создании новой национальной, а также будущей международной (МКБ-11) классификации психической патологии.

В целом обвальное падение наркологии на фоне стабильно напряженной алкогольной ситуации в стране, "экспансия" пограничных личностных расстройств и сопряженное с нею увеличение социально приемлемых форм аддиктивных состояний ставят российское общество перед крайне неблагоприятным прогнозом — расширением круга зависимых падений, спектра употребления ими ПАВ и способов "бегства от социальных проблем". Нестабильность социально-экономической ситуации, пагубное изменение в системе личностно-значимых ценностей провоцируют спрос на ПАВ в самых уродливых формах их потребления, выходящих из-под контроля органов здравоохранения.

В контексте изложенного необходимы расширение (на государственном, региональном, муниципальном уровнях) комплексных исследований аддиктивной патологии, оценка ее индивидуальной значимости, внедрение системной методики превенции пограничной и аддиктивной патологии. Только в таком случае совместные усилия общественных деятелей, ученых и врачей станут продуктивными и социально значимыми. Необходимым звеном в психиатрической и аддиктивной превенции является ответственность самого индивидуума за свои дела и поступки.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю (клин. и тер. асп.): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 1988. — 25 с.
2. Бехтерев В.М. Вопросы нервно-психического здоровья в населении России. — СПб., 1911. — 26 с.
3. Большой энциклопедический словарь / Под ред. А.М. Прохорова. — М.: Советская энциклопедия, 1982. — Изд. второе. — С. 1278.
4. Бохан Н.А. Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 1996. — 46 с.
5. Бохан Н.А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем // Наркология. — 2002. — №2. — С. 31–37.
6. Герасименко Н.Ф. Россия в демографической яме. — М., 1999. — 48 с.
7. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: МИКЛОШ, 2003. — 215 с.
8. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. Взаимосвязь показателей прогностичности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1983. — Вып. 8. — С. 1222–1228.
9. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Валентик Ю.В. и др. Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями // Вопр. наркологии. — 1991. — №3. — С. 13–16.
10. Красноперова Н.Ю. Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск, 2001. — 25 с.
11. Мандель А.И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — Томск, 2000. — 44 с.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Пер. на рус. яз. / Под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб., 1994. — 302 с.
13. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. — 403 с.
14. Семке В.Я. Основы персонологии. — М.: Академический Проект, 2001. — 476 с.
15. Семке В.Я. Психогении современного общества. — Томск, 2003. — 408 с.
16. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. — Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001.
17. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. — Архангельск, 1999. — 306 с.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-III-(3.Ed.): Substance use disorders // Amer. Psychiat. Ass. 1980. — Vol. 5.
19. Edwards G. The Alcohol Dependence Syndrome. A concept as stimulus to enquiry // Brit. J. Add. — 1986. — Vol. 81. — P. 171–183.
20. Segal B. Drugs and behavior. — N.Y.: Carder Press, 1988.

CLINICAL-DYNAMIC APPROACH TOWARD ADDICTIONS' SYSTEMATIC

- SEMKE V.YA. Academician of RAMSci, Professor, Honoured Scientist of Russian Federation, Director of SI Mental Health Research Institute TSC SB RAMSci, Tomsk
- BOKHAN N.A. Professor, Honoured Scientist of Russian Federation, Deputy Director on Research of SI MHRI TSC SB RAMSci, Tomsk
- MANDEL A.I. M.D., Leading Researcher of Addictive States Department of MHRI TSC SB RAMSci, Tomsk

In this paper attention is paid to clinical-dynamic aspect of addictive behavior reflecting morbid propensity to something and determining dependent, searching relation of the personality toward the object of attachment. Clinical-dynamic model of addictive states' systematic is discussed, first of all from positions of the assessment of their multi-axial genesis, clinical dynamic of change of addict's personality and prognostic characteristic. The working grouping of addictive states with distinguishing substrat (intoxication, comorbid, nutritional forms of dependence) and asubstrat (based on typology of sexual and other drives) forms of addiction has been presented. In the context of comorbidity, the problem of more precise definition of inner limits of clinical heterogeneity of alcoholism is put.