

О реальных и надуманных положениях концепции «патологического влечения к ПАВ»

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д. д.м.н., профессор, зав. кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, Казань;
e-mail: mend@tbit.ru; mendelevich.vl@gmail.com

Статья является ответом на статью проф. В.Б. Альтшулера «Вновь о патологическом влечении к психоактивным веществам: надуманные и реальные проблемы» («Наркология», 2012, №10). В статье с позиции современной клинической психиатрии анализируются научные основы концепции «патологического влечения к ПАВ», рассматривается аргументированность применения антипсихотиков для купирования аддиктивного влечения. Делается вывод о том, что концепция «патологического влечения к ПАВ» и психофармакологическая стратегия купирования феномена влечения к ПАВ, вытекающая из концепции, не основаны на данных науки и носят ошибочный характер.

Ключевые слова: аддиктивное влечение к ПАВ, психофармакотерапия

Концепция «патологического влечения к ПАВ» провозглашена главным научным достижением отечественной наркологической науки за последние 20 лет [15]. Публикации на данную тему до сих пор занимают лидирующее положение в российских научных журналах наркологического профиля, а также среди проблем, формулируемых в диссертационных исследованиях. В последние годы проблема «патологического влечения к ПАВ» экстраполировалась на нехимические зависимости, появились многочисленные работы по изучению и описанию «патологического влечения» к игре, виртуальному пространству. На базе положений концепции строится вся официальная терапевтическая тактика, разрабатываются стандарты лечения, выдвигаются законодательные инициативы.

Однако, несмотря на, казалось бы, неизбежность основ концепции «патологического влечения» у автора — проф. В.Б. Альтшулера — почти через 30 лет после её создания возникла потребность на страницах ведущего профильного российского журнала «Наркология» [6] вновь защитить основные её положения, обосновать её ценность и истинность, «понести ответственность за её дальнейшую психопатологическую разработку». Автор предлагает специалистам проанализировать *реальные и надуманные проблемы*, связанные с данной концепцией. К реальным В.Б. Альтшулер относит «терапевтические неудачи, связанные с недоучетом требований индивидуализированного и дифференцированного подхода... <в силу> дискретного и синдромного характера патологического влечения» [6]. К надуманным он причисляет критику психопатологической сущности аддиктивного влечения, всё отчетливее

звучащую со стороны значительного числа отечественных психиатров [14, 16, 17, 19, 25, 26].

Признавая реальной проблему терапевтических неудач отечественных наркологов в купировании аддиктивного влечения с использованием антипсихотиков (нейролептиков), В.Б. Альтшулер [6] выделяет три её причины:

- 1) несоблюдение специалистами требования прицельного воздействия на аддиктивное влечение, а не на болезнь, в целом;
- 2) гипердиагностика и неадекватное назначение антикрейвинговых средств;
- 3) неверная оценка общего смысла и конкретной цели применения психотропных средств.

Таким образом, реальную проблему неэффективности антикрейвингового лечения автор сводит к *методическим ошибкам* врачей-наркологов в сфере диагностики и терапии¹. При этом он исключает из анализа причин данной реальной проблемы *методологические ошибки*, связанные с гипотетической ошибочностью самой концепции «патологического влечения». Логично было бы предположить, что неэффективность лечения может быть связана с тем, что используемые лекарственные средства «бьют мимо цели», т.е. не могут в силу своих фармакологических свойств воздействовать на пато- и синдромогенез наркологического расстройства. По непонятным причинам В.Б. Альтшулер исключает данный аспект проблемы из анализа. Видимо, сама психопатологически ориентированная концепция «патологического влечения» рассматривается им как неизбежная, истинная и не подлежащая не только пересмотру, но и аналитическому обсуждению.

¹ Логично было бы представить, что у «хороших врачей», которые не совершают подобных методических ошибок, эффективность лечения «патологического влечения» должна быть на порядок выше. Однако на практике этого не наблюдается.

Критикуя мнения оппонентов своей позиции (и, в частности, автора данной рецензии), В.Б. Альтшулер делает упор на следующие, с его точки зрения, принципиально важные ошибки коллег:

- 1) использование антипсихиатрической парадигмы при анализе феномена «патологического влечения»;
- 2) некорректность сравнения «патологического влечения» с другими витальными влечениями;
- 3) методологическую ошибку противопоставления психического и биологического.

Мы не можем согласиться ни с одной из приведённых претензий в наш адрес. Во-первых, потому что антипсихиатрия отрицает диагностическую значимость психопатологических симптомов/синдромов и психических заболеваний, не признает психиатрию наукой [11]. Ни в одной из своих работ ничего подобного мы не утверждали. Во-вторых, сравнение разных форм витальных влечений, с нашей точки зрения, способно более полно дать представление об общих механизмах формирования аддиктивного поведения. Следовательно, корректнее было бы обсуждение сути сравнения, а не самого этого методического приема. В-третьих, в своих работах мы никогда не противопоставляли психическое и биологическое.

Как показывает анализ статьи В.Б. Альтшулера [6], адвокация собственной позиции строится им не на основании результатов научно-практических исследований, которые должны были бы за 30 лет существования концепции «патологического влечения» подтвердить или опровергнуть теоретические выкладки ученого, а на цитировании работ сорока-пятидесятилетней давности и на оперировании теоретическими построениями. К большому сожалению, автор не анализирует многочисленные работы зарубежных и отечественных учёных-наркологов последних двух десятилетий, выполненных в парадигме доказательной медицины и специально посвящённых тематике аддиктивного влечения (подробнее см. обзор этих исследований [17]).

Из 10000 статей по вопросам, связанным с аддиктивным влечением и выполненным за полвека, две трети опубликованы за последнее десятилетие [36]. Среди них метаанализы и обзоры, посвящённые базовым научным аспектам теории аддиктивного влечения [30] и клиническим характеристикам влечения при злоупотреблении различными ПАВ [29, 31]. Можно утверждать, что с каждым днем в мировой наркологии появляются всё новые и новые научные факты, позволяющие строить *аргументированные теоретические модели аддикций*. В анализируемой статье ни на одну такую научную работу указаний нет.

При оценке аргументированности и целесообразности применения психофармакотерапии В.Б. Альтшулером [6], к большому сожалению, игнорируются

исследования, выполненные в соответствии с принципами доказательной медицины и систематизированные, к примеру, в Кохрейновских обзорах. При этом автор, «доказывая» правоту собственной позиции, продолжает делать основной упор на клинические наблюдения, мнения и иные венаучные основания, что в условиях современной науки нельзя признать обоснованным.

В центре дискуссии *надуманных проблем* находится критика со стороны оппонентов концепции «патологического влечения к ПАВ» и обоснованности применения антипсихотиков для купирования данного синдрома. Позиция В.Б. Альтшулера [6] сводится к следующим пунктам:

- 1) «патологическое влечение» является стержневым клиническим признаком наркологических заболеваний;
- 2) данный синдром является психопатологическим по форме и нейробиологическим (экзогенно-органическим) по происхождению;
- 3) феноменологически «синдром патологического влечения» «близок к продуктивной психопатологии», т.е. к психотическому регистру;
- 4) вследствие этого, «прямым показанием является назначение антипсихотиков (нейролептиков)» с антикрейвинговыми целями.

Остановимся подробнее на анализе приведённых в статье аргументов, с частью которых оппоненты, несомненно, согласны. В частности, никто из оппонентов позиции В.Б. Альтшулера не подвергает сомнению «стержневой характер» феномена аддиктивного влечения в структуре наркологических заболеваний. Никто не отрицает роли нейробиологических факторов в этиопатогенезе влечения к ПАВ, «болезненной сути» зависимости и не признает аддикцию «дурной привычкой». Однако по иным позициям обнаруживаются существенные теоретико-методологические расхождения взглядов.

Несмотря на то, что сам термин «патологическое (болезненное) влечение к алкоголю» в научной литературе присутствовал достаточно давно [12, 27], по мнению В.Б. Альтшулера [3, 4], ему «не придавалось самостоятельного значения». Впервые в отечественной наркологии понятие потери волевого контроля над количеством выпиваемых напитков как признака болезни ввели в 1933 г. Н.В. Канторович и И.А. Оссовский. Профессор А.А. Портнов [20] дифференцировал влечение, описав две его формы — обсессивную и компульсивную.

Заслуга наполнения этого термина новым психопатологическим содержанием принадлежит В.Б. Альтшулеру [4]. Занимаясь проблемами влечения к алкоголю [3, 4], он пришел к выводу, что этот феномен является продуктивным психопатологи-

ческим расстройством. С самого начала изучения синдрома «патологического влечения» автор рассматривал его исключительно как психопатологическое расстройство, «в основе которого лежит патологическое состояние нервных центров, особенно коры головного мозга, так как именно мозговая кора, согласно теории А.А.Ухтомского, является органом возобновления и поддержания доминанты». Именно «патологическая доминанта деятельности», по мнению автора, выступает общей закономерностью влечения к алкоголю. В таком виде концепция «патологического влечения к ПАВ» и вошла в теорию отечественной наркологии.

Последователи В.Б. Альтшулера, развивая и углубляя учение о психопатологической природе влечения применительно к опиоидам, целиком определили данный феномен в разряд эндогенных синдромов психотического регистра [8, 10, 18, 28]. В анализируемой статье [6] В.Б. Альтшулер делает уточнение, отмечая, что «паранойальные расстройства в структуре патологического влечения к алкоголю вовсе не обязательно формируются по эндогенно-процессуальному типу». Автор считает, что возможен ещё и психогенный тип формирования. Это высказывание входит в явное противоречие с другим высказыванием того же автора в анализируемой статье, в которой он определял патологическое влечение как нейробиологическое по происхождению — обусловленное «токсикогенным влиянием» ПАВ. Из текста можно сделать взаимоисключающие выводы о позиции В.Б. Альтшулера, перечислившего все возможные варианты этиопатогенеза.

В связи с крайне противоречивой (с точки зрения классической психиатрии) продуктивно-паранойальной оценкой влечения к ПАВ в последние годы концепция В.Б. Альтшулера стала предметом острой научной дискуссии между наркологами и психопатологами [19]. Проблема вышла за рамки чисто теоретической, поскольку сторонниками «психотической» трактовки аддиктивного влечения были высказаны неожиданные предложения о необходимости изменить Закон «О психиатрической помощи...» [13] и применять недобровольную госпитализацию больных наркоманией в психиатрический (наркологический) стационар на основании выявленного у них синдрома «патологического влечения» [9].

В Национальном руководстве по наркологии [5] указывается на то, что «наличие выраженных доминантных свойств влечения к ПАВ определяет власть над поведением больного и другими его мотивациями, отражающими существенные интересы личности». В результате «потребление психоактивного вещества становится психологически непонятным, не поддается различным «мотивационным» объяснениям и утрачи-

вает здравый смысл» [5]. Возможно, именно по причине констатации «утраты пациентом здравого смысла» аддиктивное влечение стало рассматриваться как бредовое расстройство — как «ошибочное суждение больных в пользу потребления ПАВ..., [которое] не поддается коррекции, возникает на болезненной основе, систематизировано, монотематично, эмоционально заряжено и определяют поведение больного». Подразумевается, что «нормальный» психически здоровый человек не станет употреблять вредные психоактивные вещества, а потому его «психологически непонятное» поведение является не чем иным как проявлением психоза.

Используя по существу физиологическую концепцию патологической доминанты, автор без труда связывает «чрезмерное усиление «нормального» влечения» с паранойей. Эту точку зрения В.Б. Альтшулер отстаивает и в анализируемой статье [6], заявляя, что, к примеру, «влечение к алкоголю больного алкоголизмом не вытекает из потребности в нём» (?!), поскольку «больной поглощает алкоголь в грандиозных количествах, многократно превышающих всякую потребность».

Таким образом, можно отметить *стремление автора концепции «патологического влечения» и его последователей сделать упор не столько на выраженности, витальности и непреодолимости влечения к ПАВ, возникающего в условиях зависимости, сколько на неадекватной мыслительной переработке потребности употребления.*

Далеко не все отечественные ученые-наркологи поддерживают концепцию «патологического влечения к ПАВ». Некоторые избегают использовать этот термин и не усматривают признаков бредообразования в механизмах возникновения влечения. В частности, И.Н.Пятницкая [21] пишет о том, что «появление синдрома физической зависимости свидетельствует о качественном изменении функции организма. Можно полагать, что систематическая наркотизация, вызывая вначале приспособительную компенсацию, выражающуюся в изменяющейся реактивности на наркотик, в конце концов, преодолев эту компенсацию, приводит к качественному сдвигу гомеостаза. Теперь для функционирования организма на новом качественном уровне дальнейшее поступление наркотика необходимо. Только при поддержании уровня постоянной наркотической интоксикации жизнедеятельность протекает в относительно удовлетворительных условиях».

В.Б. Альтшулер же [6], продолжая отстаивать позицию о продуктивно-психопатологическом характере «патологического влечения к ПАВ», намеренно или случайно искажает научную позицию оппонентов. Он утверждает, что оппоненты якобы «настойчиво

отрицают болезненный характер [аддиктивного влечения], признают его дурной привычкой, не нуждающейся в лечении». Хотим вновь уточнить, что оппоненты ничего подобного не утверждают. Противостояние позиций проходит не по линии психопатология (болезнь) — норма (привычка). Оппоненты [14, 16, 17] не считают аддиктивное влечение психопатологическим синдромом. Но это не означает, что оппоненты отказывают ему в патологичности. Просто **патологический** по форме феномен — не всегда означает, что он **психопатологический** по сути. И главное, мы не можем согласиться с трактовкой аддиктивного влечения как бреда или сверхценной идеи [17]. С нашей точки зрения, неправомерно отрывать характер аддиктивного влечения от нейробиологических основ и признавать его «ошибочным суждением в пользу потребления ПАВ..., <которое> не поддается коррекции». Феномен аддиктивного влечения отражает непосредственные нейробиологические изменения, а не их преобразования в мыслительные конструкты. Именно в данном контексте мы утверждаем [16, 17], что феномен аддиктивного влечения является искажённым в силу злоупотребления ПАВ витальным влечением в форме поведенческого паттерна (сходным с иными витальными влечениями), и потому его нельзя характеризовать как психопатологическое расстройство.

В.Б. Альтшулер [6] пытается уличить нас в совершении «методологической ошибки», антинаучном противопоставлении психического и биологического². Однако мы не можем принять эту необоснованную критику. Как раз всё наоборот. С нашей точки зрения, позиция В.Б. Альтшулера отражает попытку игнорировать нейробиологические основы зависимости (в частности, аддиктивного влечения) и делать упор на психопатологических (паранойяльных) механизмах. Подтверждением тому является упорное отстаивание им необходимости использования антипсихотиков для купирования влечения к ПАВ, которые не доказали своей способности влиять на нейробиологический механизм аддиктивного влечения. Именно поэтому, а не по причине того, что врачи-наркологи игнорируют, как считает В.Б. Альтшулер, индивидуализированный и/или дифференцированный подходы к лечению, так низка терапевтическая антикрейвинговая эффективность антипсихотиков.

Хотелось бы напомнить, что в мировой практике условием использования психотропных лекарственных средств при терапии наркологических больных является двойной диагноз, т.е. сопутствующее химической зависимости психическое расстройство [34,

35]. В основе терапевтических подходов, существующих в российской наркологии, остается широкое использование нейролептиков и антидепрессантов для лечения синдрома зависимости при алкоголизме и наркоманиях [2, 4, 6, 22]. Эффективность использования этих препаратов в качестве противорецидивной терапии аддиктивных расстройств в методически корректных исследованиях доказана не была [1, 23, 24]. Несмотря на это, в 1998 году нейролептики и антидепрессанты были введены в стандарты лечения наркологических больных, и целесообразность их применения, как можно увидеть из текста анализируемой статьи, продолжает бездоказательно отстаиваться [6]. В новых разрабатываемых МЗРФ стандартах лечения эта тенденция сохраняется.

Нейролептики без должной аргументации признаются «самыми, без преувеличения, важным средством патогенетического лечения химической зависимости» [8]. Показанием к их назначению предлагается считать наличие «первичного патологического влечения к алкоголю» [2]. По аналогичным показаниям при наркоманиях рекомендуется использовать нейролептики пролонгированного и короткого действия [22]. Новый аргумент В.Б. Альтшулера в пользу необходимости использования антипсихотиков звучит ещё более парадоксально [6]: «косвенное доказательство эффективности такого подхода — сохранение антипсихотиков в арсенале средств психофармакотерапии наркологических заболеваний... ибо лечебная практика, в конечном счете, неизбежно отмечает всё бесполезное и вредное» (?!). Таким образом, автор продолжает отстаивать устаревшую позицию о том, что клинический опыт объективнее принципов доказательной медицины и, что косвенные доказательства важнее прямых.

По мнению М.Л. Зобина [14], если согласиться с тем, что основой сохраняющегося в ремиссии «патологического влечения» является дефицит дофамина [38], то, принимая во внимание антидофаминоэргические эффекты нейролептиков, трудно представить патогенетические механизмы их противорецидивного терапевтического воздействия [7]. В двойном слепом контролируемом рандомизированном исследовании у детоксифицированных опиоидных аддиктов антикрейвинговых эффектов галоперидола подтвердить не удалось [32]. Точно так же не было обнаружено уменьшения эйфоризирующих эффектов метамfetаминов на фоне приема галоперидола и респиридона [38]. Обзор обширной базы контролируемых клинических исследований по использованию нейролептиков у больных алкоголизмом не выявил доказательств эффективности такого подхода. В по-

² При этом «достаётся» и К. Ясперсу, которого автор причисляет чуть ли не к антипсихиатрам.

следних метааналитических обзорах, посвящённых применению атипичных нейролептиков не по прямым показаниям, отмечается отсутствие данных, подтверждающих эффективность их использования при злоупотреблении ПАВ [33].

Таким образом, анализ с позиции канонов современной клинической психиатрии и принципов доказательной медицины новых/старых аргументов В.Б. Альтшулера [6] в поддержку концепции «патологического влечения к ПАВ» и применения психофармакотерапии для купирования влечения позволяет сделать следующие выводы:

- концепция «патологического влечения к ПАВ» за почти 30-летнюю историю не была подтверждена результатами научных исследований, выполненных в корректном дизайне. Она так и осталась теоретическим допущением, а не фактом. Но на базе данной гипотезы в РФ сформированы и действуют стандарты лечения наркологических заболеваний, которые не обладают признаками убедительности доказательств эффективности и безопасности используемых психотропных средств;

- положения концепции «патологического влечения к ПАВ» о том, что этот феномен является психопатологическим симптомокомплексом психотического (бредового) регистра противоречат канонам современной клинической психиатрии. Признание «патологического влечения» ассоциативным (бредовым) расстройством перечёркивает факты о том, что влечение к ПАВ фактически у пациента существует и носит витальный характер;

- концепция «патологического влечения к ПАВ» находится в грубом противоречии с современными научными взглядами мирового и отечественного психиатрического (наркологического) сообщества. В многочисленных работах последних двух десятилетий с использованием современных методов исследования (в частности, нейровизуализации и нейрохимии) доказана роль нейробиологических факторов в формировании аддиктивного влечения. Психопатологическая концепция влечения к ПАВ не входит в число адекватных и аргументированных и отсутствует в реестре мировой наркологии по причине её умозрительности и ненаучности;

- многочисленные клинические исследования по оценке эффективности применения психофармакотерапии (в частности, антипсихотиков) для купирования аддиктивного влечения, отражённые в том числе в метааналитических Кохрейновских обзорах, не нашли убедительных подтверждений. Исследования по данному вопросу, проведённые в РФ, были выполнены без учета требований и принципов доказательной медицины, и вследствие этого не могут быть признаны научными;

Всё вышеперечисленное позволяет признать неудачной попытку В.Б. Альтшулера [6] в очередной раз убедить специалистов в правоте собственных взглядов, используя мнения, а не факты. К большому сожалению, сама выдвинутая почти 30 лет назад концепция «патологического влечения к ПАВ» оказалась главной надуманной проблемой отечественной наркологии. Справедливый призыв проф. В.Б. Альтшулера о том, что «пора нам сменить письменный стол на деловую обстановку лечебного учреждения» [6] звучит сегодня как никогда актуально.

Список литературы

1. Айзберг О.Р. Этическая обоснованность научных исследований в области наркологии — идеал, процедуры и реальность // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи) / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. — М.: Медиа пресс, 2008. — 376 с.
2. Альтшулер В.Б. О применении нейролептиков для лечения хронического алкоголизма в аспекте психопатологии влечения к алкоголю // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1978. — Т. 78, №2. — С. 264—269.
3. Альтшулер В.Б. Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю: (клинические и терапевтические аспекты). Дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 1984. — 325 с.
4. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Медицина, 1994. — 216 с.
5. Альтшулер В.Б. Симптомы и синдромы наркологических заболеваний // Национальное руководство по наркологии. — М., 2008. — 720 с.
6. Альтшулер В.Б. Вновь о патологическом влечении к психоактивным веществам: надуманные и реальные проблемы // Наркология. — 2012. — №10. — С. 111—116.
7. Анохина И.П. Дизрегуляторные расстройства дофаминовой нейромедиаторной системы при алкоголизме и наркоманиях и их коррекция антидепрессантами // Дизрегуляторная патология: Руководство для врачей и биологов / Под ред. Г.Н. Крыжановского. — М.: Медицина, 2002. — С. 342—350.
8. Благоев Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологические аспекты. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
9. Брюн Е.А. Без «недобровольной госпитализации» не обойтись // Медицинская газета. — №93, 02.12.2011.
10. Брюн Е.А., Михайлов М.А. Психопатология патологического влечения с преобладающим телесным компонентом // Вопросы наркологии. — 2011. — №2. — С. 26—37.
11. Власова О. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. — М.: Территория будущего, 2010. — 640 с.
12. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. — М.: Медицина, 1965. — 319 с.
13. Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании // Постатейный комментарий к Закону РФ / Под ред. В.П. Котова. — М.: Республика, 1993. — 238 с.
14. Зобин М.Л. Теоретические модели аддиктивного влечения: связь с механизмами зависимости и лечением. Обзор. Часть 3 // Неврологический вестник. — 2012. — №1. — С. 49—58.
15. Иванец Н.Н. Национальный научный центр наркологии: результаты работы за 20 лет // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2007. — №1.
16. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка // Наркология. — 2010. — №5. — С. 94—100.

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

17. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. — М.: МЕДпресс-информ, 2012. — 264 с.
18. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15—26.
19. Обращение в Российское общество психиатров. www.narcom.ru
20. Портнов А.А. // Алкоголизм / Под ред. А.А. Портнова. — М., 1959.
21. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.
22. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова — М.: Медицина, 1999. — Т. 2. — С. 339—427.
23. Сиволап Ю.П. Рациональные подходы к применению нейролептиков в наркологической практике // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — №5. — С. 28—34.
24. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 301 с.
25. Снедков Е.В. Лечение как бред. [http:// new.psychiatr.ru/news/29](http://new.psychiatr.ru/news/29)
26. Софронов А.Г., Пашковский В.Э. О сколько нам открытий чудных... [http:// new.psychiatr.ru/news/29](http://new.psychiatr.ru/news/29)
27. Стрельчук И.В. О стержневых симптомах и синдромах в клинике алкоголизма. — М., 1976. — С. 229—231.
28. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // Наркология. — 2009. — №5. — С. 67—72.
29. Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L. Gasbarrini G. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: A review // *Addict. Behav.* — 2005. — 30. — P. 209—1224.
30. Drummond D.C. Theories of drug craving, ancient and modern // *Addiction.* — 2001. — Vol. 96. — P. 33—46.
31. Ferguson S.G., Shiffman S. The relevance and treatment to cue-induced cravings in tobacco dependence // *Journal of Substance Abuse Treatment.* — 2009. — Vol. 36. — P. 235—243.
32. Franken I.H., Hendriks V.M., Stam C.J., Van den Brink W. A role for dopamine in the processing of drug cues in heroin dependent patients // *Eur. Neuropsychopharmacol.* — 2004. — Dec. — Vol. 14 (6). — P. 503—508.
33. Maher A.R., Theodore G. Summary of the comparative effectiveness review on off-label use of atypical antipsychotics // *J. Manag. Care Pharm.* — 2012. — Jun. — Vol. 18 (5 Suppl B). — P. 1—20.
34. Mann K. Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data // *CNS Drugs.* — 2004. — Vol. 18 (8). — P. 485—504.
35. Principles of drug addiction treatment: a research based guide // NIDA. NIH Publication №99 — 4180, Printed October 1999.
36. Tiffany S.T., Wray J.M. The clinical significance of drug craving // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* — 2012. — Feb. — Vol. 1248. — P. 1—17.
37. Wachtel S.R., Ortengren A., de Wit H. The effects of acute haloperidol or risperidone on subjective responses to methamphetamine in healthy volunteers // *Drug. Alcohol. Depend.* — 2002. — Vol. 68. — P. 23—33.
38. Wise R.A. Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on // *Neurotox. Res.* — 2008. — Oct. — Vol. 14 (2—3). — P. 169—183.

ABOUT THE REAL AND FICTITIOUS BASE OF «THE PATHOLOGICAL CRAVING» CONCEPTION

MENDELEVICH V.D. dr.med.sci., professor, Kazan State Medical University, Kazan; e-mail: mend@tbit.ru

Article is the answer to prof. V.B. Altshuler's article «Once more about the craving to psychoactive substances: thought up and real problems» («Narcology», 2012, №10). In article from a position of modern clinical psychiatry scientific validity of the conception of «the pathological craving» is analyzed. The conclusion that the concept of «the pathological craving» and psychopharmacological strategy of treatment following from the concept isn't based on data of a science is drawn and have erroneous character.

Key words: addiction, craving, psychopharmacotherapy