

Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка

МЕНДЕЛЕВИЧ В.Д.

д.м.н., профессор, зав.кафедрой медицинской и общей психологии
Казанского государственного медицинского университета,
директор Института исследований проблем психического здоровья;
420012, Казань, ул.Бутлерова, 49; тел.: +78432360652, e-mail: mend@tbit.ru

С позиции феноменологического подхода проводится критический анализ принадлежности аддиктивного влечения к психопатологическим симптомам/синдромам. Делается заключение о том, что без достаточных научных оснований так называемый синдром патологического влечения в отечественной наркологии причисляется к психопатологическим проявлениям.

Ключевые слова: аддиктивное влечение, психопатология.

В современной отечественной наркологии в последние годы наблюдается отчетливая тенденция все более глубокого погружения в психопатологический анализ типичных проявлений наркологических заболеваний с описанием и выделением новых структурно-динамических особенностей психопатологических синдромов и клинических вариантов расстройств [4—8, 10, 13, 22, 24, 25]. Особое внимание авторов привлечено к изучению клинико-психопатологических и динамических особенностей опиоидной зависимости в связи с ее широкой распространенностью [10, 15, 16]. Публикации на данную тему занимают лидирующее положение в российских научных журналах наркологического профиля, а также среди проблем, поставленных в диссертационных исследованиях (http://www.nsam.ru/magazine/back_file/; www.nncn.ru/index.php?id=3&article=2&page=2).

Указывается, в частности, что присущее наркоманиям «огромное разнообразие и изменчивость клинических проявлений заставляет врачей в своей повседневной практике сталкиваться с необходимостью решения все более сложных, диагностических и лечебных задач» [8, 24, 25]. Фактически декларируется, что, во-первых, без нюансировки психопатологии наркологических расстройств маловероятно достижение терапевтического успеха, во-вторых, что в наркологической практике имеется тенденция усложнения диагностических процедур. Первое положение является предметом научного анализа данной статьи и подвергается оспариванию (см. ниже), со вторым положением также трудно согласиться — диагностика опиоидной зависимости не относится к числу трудоемких процедур и не признается серьезной проблемой. В МКБ-10 приведены четкие диагностические и дифференциально-диагностические критерии болезни зависимости [17]. Другой точки зрения придерживаются В.В. Чирко и М.В. Демина [25], считающие, что «МКБ-10 является существенным шагом назад в научной разработке типологии алкоголизма и

наркоманий». Те же авторы, с нашей точки зрения безосновательно, утверждают, что «психопатология аддикций охватывает многочисленные клинические проявления, особенности которых еще недостаточно освещены в современной научной литературе. Хотя по богатству и разнообразию «синдромальной палитры» аддиктивные заболевания ничуть не уступают и даже превосходят эндогенные».

Описанная отечественная тенденция углубления в клинико-психопатологическую специфику расстройств, обусловленных воздействием на индивида ПАВ, с описанием структурно-динамических особенностей, может считаться уникальным для мировой наркологии явлением. У коллег из других стран подобные исследования являются скорее редкостью, чем правилом, поскольку считается, что актуальных теоретико-диагностических проблем в сфере, к примеру, опиоидной зависимости не осталось [29]. Признается, что следует более пристальное внимание уделять лишь таким аспектам, как изучение динамики психического и наркологического состояния пациента в процессе терапии в зависимости от наличия или отсутствия коморбидной патологии (в частности, ВИЧ, а также психических и поведенческих расстройств) и применения разных схем и методов лечения [23].

Парадокс заключается еще и в том, что увеличение числа исследований и публикаций российских ученых не приводит к сколько-нибудь значимому повышению эффективности терапии опиоидной зависимости. К примеру, выделение и описание таких симптомов, как «наркоавтоматизм» [5], или таких вариантов течения наркологического заболевания, как прогрессивно-злокачественный, стационарный, приступообразный, прогрессирующий, интермиттирующий, транзиторный, безрецидивный варианты [25], или описание уровней ПВН — идеаторного, аффективного, волевого, вегетативного, сенсорного — никак не сказались на повышении результативности терапии.

Показатель годовой ремиссии в Российской Федерации на протяжении десятилетия остается стабильно низким и не превышает 10% [11], что нельзя отнести на счет недостаточной разработанности диагностических и/или дифференциально-диагностических критериев.

С нашей точки зрения, низкая эффективность терапии опиоидной зависимости в отечественной наркологии связана с недостаточно точным пониманием механизма психогенеза основных наркологических феноменов (аддиктивного влечения, в первую очередь) и в связи с этим применением методов, не основанных на этиопатогенезе заболевания.

Одним из немаловажных теоретико-методологических вопросов остается вопрос о несопоставимости трактовок одних и тех же изменений психической деятельности в рамках наркологических расстройств с позиции классической психиатрии и отечественной наркологии. Нередко в исследованиях в области наркологии клинические феномены трактуются без должной традиционной психопатологической оценки. Нередко их описание и интерпретация искажены и противоречат теории общей психопатологии. К сожалению, данный факт не стал предметом широкой научной дискуссии.

В связи со всем вышеперечисленным возникает закономерный вопрос о научной корректности выбранного доминирующего алгоритма исследований в отечественной клинической наркологии, оправданности ее методологии и стратегии этиопатогенетической терапии.

Справедливо считается, что необходимо разграничивать понятия «психические нарушения у больных с наркологической патологией» и «психопатологические расстройства, имманентные злоупотреблению наркотиками и обусловленные этим злоупотреблением» [19]. Последние, к примеру, при опиоидной зависимости обозначаются термином «собственно аддиктивные расстройства» и рассматриваются как «совокупность патологических мотиваций, связанных с субъективной потребностью в опиоидах..., приобретающих витальный характер».

По мнению большинства отечественных авторов [2, 4, 5], наркологические расстройства занимают особое место в ряду психиатрических симптомов и синдромов. Так, патологическое влечение к алкоголю обозначается «своеобразным нервно-психическим расстройством», впрочем, без указания на то, в чем именно заключается своеобразие и как этот феномен может быть охарактеризован в традициях психиатрической теории.

В настоящее время, следует признать, что аддиктивное влечение к психоактивным веществам — ПАВ (в российской наркологии используется термин симптом/синдром «патологического влечения» — ПВН)

рассматривается в отечественной наркологии как однозначно психопатологический. Это положение признается аксиомой, несмотря на существование множества противоречащих ему фактов. Вызывает недоумение также тот факт, что в тезаурусе психопатологических симптомов и синдромов данный феномен отсутствует. Следовательно, для того, чтобы отстаивать позицию о психопатологической сущности ПВН, необходимо ответить на вопросы о том, почему психиатрическая наука не включила данный клинический феномен в список психопатологических, является ли это случайностью или закономерностью. ПВН по-прежнему остается за рамками традиционных для психиатрии классификаций. Оно не причислено ни к одному из типов нарушений волевой деятельности — ни к парафилиям, ни к парабулиям, ни к гипербулиям. И.Н. Пятицкая [18] в связи с этим пишет, что «компульсивное влечение — структурно сложный феномен», указывая на то, что «в психиатрии выделяется группа расстройств влечений — патология, механизмы которой неясны».

В этом отношении следует обратить внимание на замечание С.Ю. Циркина [26] о том, что «усиление или ослабление разнообразных влечений <может являться> частым примером условной симптоматики..., а вариабельность интенсивности влечений в норме очень широка». При этом справедливо отмечается, что «условные симптомы сами по себе не означают патологии».

Таким образом, можно констатировать наличие в теории отечественной наркологии противоречия, заключающегося в однозначном причислении ПВН к кругу психопатологических при отсутствии его в тезаурусе психопатологических симптомов и при игнорировании феноменологического (в понимании К.Ясперса) подхода к оценке психических явлений.

Все вышеперечисленное позволяет говорить о повышенной значимости проведения теоретического анализа феномена аддиктивного влечения с позиции классической психиатрии, общей психопатологии и феноменологии. В связи с малой теоретической разработанностью проблемы аддиктивного влечения, терапевтической резистентностью психических и поведенческих расстройств, составной частью которых данный феномен является, насущной научной задачей становится исследование места аддиктивного влечения в континууме психопатологических симптомов и психологических феноменов.

Следует заметить, что в мировой и отечественной наркологии для описания феномена влечения к наркотикам используются разные термины: *аддиктивное влечение* (craving) и *патологическое влечение*. Аддиктивное влечение, по определению L. Dodes [30], — это непреодолимая тяга, потребность принять

ПАВ с целью снятия или смягчения физиологических проявлений абстиненции. Синдром патологического влечения описывается как «психопатологический симптомокомплекс, характеризующийся чувством охваченности переживаниями, связанными с употреблением психоактивного агента, при котором отсутствует внутренняя переработка возникающих побуждений и когда на смену психологически мотивированного потребления одурманивающего психотропного яда приходит неспособность к воздержанию» [24, 25]. Обращает на себя внимание неидентичность (противоречивость) дефиниций одного и того же феномена зарубежными и отечественными специалистами. В первом случае в отличие от второго отсутствует указание на однозначную психопатологичность феномена влечения. А во втором эта патологичность представлена даже в определении.

Корректной методологической базой для анализа заявленной в данной статье проблемы отнесения аддиктивного влечения к психопатологическим симптомам или парапсихопатологическим феноменам следует признать феноменологический подход, разработанный К. Ясперсом [28]. С позиции феноменологии и в соответствии с принципом К. Шнайдера «в связи с возможностью полного феноменологического сходства психопатологическим симптомом может признаваться лишь то, что может быть таковым доказано» [14, 27]. В данном ракурсе неправомерно приписывать аддиктивному влечению психопатологическую сущность до проведения феноменологического анализа и лишь на основании того, что он может признаваться окружающими «неадекватным (патологическим) поведенческим актом». Для того, чтобы признать аддиктивное влечение (как впрочем и любой иной феномен), психопатологическим симптомом следует не только охарактеризовать его внешние проявления (непреодолимое влечение к употреблению ПАВ), но и использовать основополагающий принцип феноменологической диагностики — «принцип понимания» взамен ненаучному «принципу объяснения».

Несомненно, в этом отношении важно следовать основополагающему положению К. Шнайдера [27] о том, что «при описании базисных симптомов... психопатолог должен оставлять без ярлыка то, что не подходит под его определение. Подведение наблюдаемых явлений под понятие симптоматики... является для него чем-то второстепенным... Ни динамику, ни генез нельзя исследовать до того, как будет установлен сам факт».

В рамках данного дискурса для того, чтобы признать ПВН психопатологическим симптомом/синдромом, необходимо привести неопровержимые доказательства того, что для влечения к ПАВ отсутствуют какие бы то ни было психологические или физиологические причины. Справедливым признается то, что па-

тологическое влечение может включать в себя как психологическую, так и физиологическую составляющие: психическое (обсессивное) и физическое (компульсивное) влечение. Учитывая тот факт, что в рамках разных химических и нехимических аддикций эти составляющие имеют разную представленность (так, при нехимических доминирует психологическая), представляется обоснованным для теоретико-феноменологического анализа ориентироваться на зависимости, при которых вещество, вызывающее физическую зависимость, обладает наивысшим аддиктивным потенциалом. Наиболее адекватной моделью в данном случае может служить опиоидная зависимость, поскольку героин и иные опиоидны обладают самым высоким аддиктивным потенциалом [20, 33].

Как уже было описано выше, в современной отечественной научной литературе данный феномен традиционно рассматривается в связи с наркологическими заболеваниями, однозначно причисляется к психопатологическому спектру и обозначается термином «патологическое влечение» [10]. Не вдаваясь в дискуссию о правомерности использования в названии клинического феномена термина «патологическое», остановимся на клинко-феноменологической его сущности.

При идентичности интерпретации ПВН как психопатологии, взгляды отечественных ученых разнятся лишь в отношении клинической квалификации влечения, а не его феноменологической принадлежности. Так, с точки зрения М.А. Винниковой [6], до настоящего времени спорными остаются вопросы клинической структуры, динамики, вариантов ПВН. Одни авторы подразделяют ПВН на обсессивное (навязчивое) и компульсивное. Однако, по мнению М.А. Винниковой [6], исходя из общепризнанных критериев навязчивых идей (переживаемая больным чуждость, осознание нелепости и болезненности, отсутствие тенденций к реализации), с подобной трактовкой синдрома ПВН согласиться затруднительно. Автору более импонирует другая точка зрения — определение ПВН как сверхценной структуры доминантного типа «ввиду отсутствия чуждости данного феномена личности больного, критики и борьбы мотивов».

В соответствии с наиболее распространенной и утвердившейся в отечественной наркологии позицией, ПВН причисляется к спектру сверхценных образований. В.Б. Альтшулер [2, 3] определяет его как «сверхценное образование», «паранойальное расстройство», «обсессивно-компульсивное расстройство», Н.Н. Иванец, М.А. Винникова [10] как «сверхценную структуру доминантного типа», В.В. Чирко, М.В. Демина [24, 25] как «сверхценную синдромальную структуру».

Таким образом, можно констатировать тот факт, что аддиктивное влечение признается, по сути, расстройством мышления (сверхценной или бредовой идеей) психотического регистра. По мнению В.Б. Альшулера [3], «суждения больных в пользу потребления ПАВ... являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизированы, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного». То есть можно отметить, что, по сути, автор описывает все известные характеристики бреда.

Возникает вопрос о том, что, если ПВН — это «ошибочное суждение, не поддающееся коррекции и возникающее на болезненной основе» (т.е. бред), то можно ли утверждать, что пациент с аддиктивным влечением ошибочно признает свое влечение к наркотику влечением и его поведение определяет лишь идея, не основанная на реальности? Еще более полемично вопрос может звучать так: есть ли у пациента фактическое влечение к наркотику или его нет? Судя логике, ставшей доминирующей для отечественной наркологии при определении ПВН, влечение к наркотику у пациента с опиоидной зависимостью вымышлено («ошибочное суждение»).

В связи с выявленным парадоксом, остается неясным, к нарушениям какой сферы психической деятельности адепты относят ПВН — к расстройствам мышления или волевой деятельности.

Применение антипсихотиков (нейролептиков) при купировании ПВН в качестве этиопатогенетической терапии подтверждает доминирующую в отечественной наркологии позицию о признании аддиктивного влечения психотическим симптомом. Об этом прямо пишет И.Д. Даренский [9], утверждая, что «у больных с развернутой стадией героиновой наркомании расстройства по своей выраженности достигают уровня психотических».

Иной научной позиции в интерпретации аддиктивного влечения придерживаются Ю.П. Сиволап и В.А. Савченков [19], предлагая рассматривать ПВН как особую разновидность психопатологии, отличную от всех известных и названную «собственно аддиктивными расстройствами». При этом собственно аддиктивные расстройства, с точки зрения авторов, представляют собой наиболее распространенный тип аффективных нарушений. То есть фактически делается вывод о том, что ПВН — аффективно опосредованный феномен, вторичный психопатологический симптом. К сходному выводу приходят и другие авторы [1], указывающие на высокую прямую корреляционную взаимосвязь аффективных расстройств с ПВН.

В исследованиях зарубежных коллег не отмечается прямой зависимости между аддиктивным влечением и наличием какой-либо психопатологии у пациен-

тов [29]. Делается вывод о необходимости проводить различие между аддиктивным влечением к опиатам и общим дискомфортом или проявлениями психопатологических расстройств.

Исходя из клинко-феноменологического анализа, можно утверждать, что ПВН соответствует основным критериям истинных влечений с присущими им приступообразностью, аутохтонными аффективными расстройствами как в до-, так и в постприступном периоде. Известно, что данное состояние сопровождается чувством охваченности переживаниями, связанными с влечением, при этом отсутствуют внутренняя переработка возникающих побуждений, учет и анализ конкретной ситуации. То есть нет никаких научных оснований причислять аддиктивное влечение к расстройствам бредового (сверхценного) круга.

С нашей точки зрения, очевидно, что феномен аддиктивного влечения имеет специфические феноменологические (непсихопатологические) особенности. Он отличается от многих психопатологических симптомов и синдромов и, несомненно, должен рассматриваться в ракурсе особых форм изменений (искажения) волевой деятельности. Для того, чтобы более точно классифицировать аддиктивное влечение, обоснованнее обратиться не к традиционным психопатологическим расстройствам или известным психологическим феноменам, характеризующим волевой процесс (инстинкты, влечения, мотивацию), а к так называемым извращениям (искажениям) влечений, возникающим в условиях особых физиологических или патофизиологических состояний человека.

Следует отметить, что любой психопатологический симптом клинически отражает расстройство психической деятельности, не вытекающее из физиологических или патофизиологических процессов. Если же внешне сходными с психопатологическими проявлениями лежит какой-либо физиологический процесс, то подобные феномены неправомерно признавать психопатологическими и они, конечно же, не требуют психофармакологического лечения.

Для целей феноменологического анализа можно провести параллель и сравнить ПВН с искаженными влечениями, формирующимися на «патофизиологической почве» (например, с так называемыми извращениями вкуса). Данное сравнение корректно, поскольку известно, что ПВН способно достигать интенсивности витальных влечений и вытеснять другие витальные влечения — голод, жажду [18].

Традиционная психопатологическая квалификация такого клинического феномена, как влечение беременной к соленой пище (парарексия, дисгевзия), представляет значительные сложности, поскольку данное состояние связано с особенностями протекания физиологических процессов в условиях беремен-

ности (непатологического состояния). Диагност в подобных случаях не склонен применять термин патологическое влечение и прибегает к использованию термина извращение (искажение), что фактически означает скорее видоизменение пищевого — витального — влечения (потребности), чем его патологическое расстройство. При этом терапевтическая тактика вряд ли будет строиться на необходимости применения психотропных лекарств, несмотря на обнаружение синдрома, традиционно относимого к психопатологическим.

Аналогично в качестве предмета для сравнения с ПВН могут рассматриваться такие витальные феномены, как полидипсия при сахарном диабете и сексуальные парафилии при гормональных дисфункциях. Ни те, ни другие не являются психопатологическими. Они относятся к аномалиям, изменениям (не нарушениям) психической деятельности, обусловленным известными патофизиологическими механизмами.

Непсихопатологическая закономерность психогенеза обнаруживается при клиническом анализе изменений сексуального влечения. Как известно, парафилиями признаются изменения сексуального влечения в случае, если они включают «необычные предметы или поступки» и/или «если индивид поступает в соответствии с этими влечениями или испытывает значительный дистресс из-за них» [21]. Оценка парафильности влечения, как правило, делается на основании искажения объектного выбора или искажения активности, что сравнимо с оценкой патологичности при влечении к ПАВ — «неприемлемой цели и избыточной активности в виде непреодолимости влечения».

Следует заметить, что ПВН (особенно при опиоидной зависимости) по своей клинической феноменологии мало отличается от парафилий (сексуальных). И тот и другой феномены характеризуются непроизвольностью, непреодолимостью, осознанием «чуждости» — связанностью с абстиненцией (фрустрацией), связанностью с физиологическими (патофизиологическими) процессами, стойкостью, склонностью к рецидивированию, резистентностью к психофармакотерапии. Их отличает лишь механизм возникновения, который при химической аддикции обусловлен изменениями, связанными с воздействием ПАВ, а при сексуальной аддикции — гормональными изменениями. Кроме того, обращает на себя внимание тот факт, что терапия сексуальных аддикций (парафилий) отличается от терапии иных поведенческих или психических расстройств. Основой терапии служат не психотропные вещества (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики и др.), эффективность которых сомнительна и мишеней которых являются коморбидные психические расстройства, и не психотерапевтические методики, а гормональные препараты (к при-

меру, антиандрогены) и некоторые негормональные препараты, оказывающие специфическое отрицательное влияние на половое влечение у мужчин, сравнимое с эффектом гиперпролактинемии [21]. Доказано, что использование перечисленных препаратов достоверно чаще приводит к купированию сексуальных аддикций по сравнению с применением психофармакологических веществ и других методов. Если сравнить сексуальное аддиктивное влечение с ПВН, то можно заметить их клиническое сходство, диктующее выбор сходных методологических подходов к терапии.

Иные известные формы аддиктивного поведения, связанные с «извращением» или «патологией» влечения и относящиеся к гомономным психопатологическим симптомам, как правило, охватывают лишь те сферы, которые вытекают из инстинктивных. К ним относятся половой и пищевой инстинкты. Остальные формы аддикций не основаны на инстинктах и их обоснованнее отнести не к патологии влечений, а к «патологии увлечений» (гемблинг, фанатизм, работоголизм, интернет-зависимость и пр.) — по терминологии МКБ-10 — расстройству привычек. Первые в отличие от вторых в обязательном порядке включают в себя понятие физической зависимости.

Место ПВН (особенно в условиях наркотика с высоким аддиктивным потенциалом) в системе расстройств привычек-влечений располагается ближе к вторым. Несмотря на то, что не существует такого инстинкта, как «инстинкт принимать ПАВ», по клиническим характеристикам в условиях сформировавшегося наркологического заболевания влечение носит биологический характер. В отличие от расстройств привычек невозможность реализовать аддиктивное влечение способно существенно нарушить гомеостаз и привести к медицинским последствиям. Таким образом, сравнение полидипсии при сахарном диабете, вызывающей непреодолимое влечение к жидкости, и аддиктивного влечения к наркотику при опиоидной зависимости представляется научно оправданным и корректным.

Феноменологический анализ позволяет констатировать, что аддиктивное влечение является специфическим клиническим феноменом, не идентичным иным расстройствам влечения психопатологического уровня (парабулиям или гипербулиям). По своей сути и проявлениям он ближе к парафилиям, в основе которых лежат не психопатологические нарушения, а нарушение физиологических процессов. В одном случае (с сексуальными аддикциями) они обусловлены гормональным дисбалансом, в другом (к примеру, при опиоидной зависимости) — метаболическими нарушениями. И в том, и в другом случаях адекватной может считаться терапия, направленная на восстановление нарушенных функций, а не на купирование вторичных или коморбидных психических расстройств. Возможно, во избежание диагностических

и терапевтических ошибок следует провести пересмотр дефиниций, приписав понятию аддиктивного влечения исключительно биологический смысл (в рамках зависимостей от ПАВ, сексуальных аддикций, некоторых форм пищевых зависимостей) и предложив использовать термин парааддиктивные влечения в случаях сверхценных увлечений (гемблинг, интернет-зависимость, фанатизм и др.). Адекватной терапевтической тактикой при первых должны быть признаны гомеостабилизирующие препараты, при вторых — психофармакотерапия и психотерапия.

Низкая эффективность традиционной для отечественной психиатрии и наркологии терапии химических аддикций и сравнение терапевтических подходов в рамках иных аддиктивных расстройств позволяют утверждать, что влиять на феномен ПВН, как правило, невозможно, используя психотропные вещества (тем более антипсихотики). Это обусловлено тем, что аддиктивные расстройства представляют собой особую разновидность парапсихопатологических феноменов, а не психопатологических симптомов. Многолетние научные исследования в области наркологии позволяют констатировать тот факт, что ни нейролептики, ни антидепрессанты, ни антиконвульсанты не способны купировать феномен аддиктивного влечения [19]. На сегодняшний день основной группой фармакологических средств, способных купировать аддиктивное влечение к ПАВ, к примеру при опиоидной зависимости, признается группа агонистов опиоидов [12, 19, 20, 29]. Помимо агонистов к этиопатогенетической терапии опиоидной зависимости причисляют применение антагонистов опиоидных рецепторов, эффективность воздействия которых на влечение существенно ниже и коррелирует с комплаентностью пациента [12, 29, 31, 32].

Таким образом, проведенный психолого-психопатологический (феноменологический) анализ феномена аддиктивного влечения (ПВН) позволяет констатировать тот факт, что в современной отечественной наркологии этот феномен без должных научных доказательств однозначно причисляется к психопатологическим, что приводит к неадекватной тактике терапии и низкой ее эффективности. Все это диктует необходимость более детального изучения наркологических расстройств с привлечением знаний из смежных областей науки.

Список литературы

1. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника, терапия): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2007. — 47 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Медицина, 1994. — 216 с.
3. Альтшулер В.Б. // Национальное руководство по наркологии. — М., 2008. — 720 с.
4. Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
5. Благов Л.Н. Психопатологический феномен «доступности» при наркологическом заболевании и его дифференциально-диагностическое значение // Наркология. — 2009. — №8. — С. 86—97.
6. Винникова М.А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2004. — 33 с.
7. Волкова Е.В. Особенности патологического влечения к алкоголю у больных с возбудимыми чертами личности в преморбиде (клиника, терапия): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2008. — 22 с.
8. Галактионова Т.Е. Клинические варианты героиновой наркомании в аспекте дифференцированной терапии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2009. — 21 с.
9. Даренский И.Д. Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных // Наркология. — 2003. — №8. — С. 34—38.
10. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика, 2001. — 128 с.
11. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Современное состояние наркоситуации в России по данным государственной статистики // Наркология. — 2009. — №8.
12. Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д., Ерышев О.Ф., Цой-Подосенин М.В. Современные фармакологические методы стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов в наркологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2009. — №1. — С. 12—27.
13. Кургак Д.И. Клиническая динамика, психопатологические особенности и профилактика опиоидной наркомании, осложненной алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Томск, 2007. — 24 с.
14. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика. — М.: Медицина, 3-е изд-е перераб. и доп. — М., 2004. — 528 с.
15. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройств общего чувства при опиоидной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1995. — 150 с.
16. Найденкова Н.Г. Компulsive влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1975. — 22 с.
17. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро, 1997.
18. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.
19. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 301 с.
20. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Использование нейролептиков в лечении опиоидной наркомании // Журн. невропат. и психиатрии. — 1999. — №6. — С. 29—34.
21. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения — парафилии. — М., 1999. — 61 с.
22. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 26—34.
23. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркология / Пер. с англ. — М.; СПб.: БИНОМ, 2000. — 320 с.
24. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // Наркология. — 2009. — №7. — С. 77—85.
25. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // Наркология. — 2009. — №5. — С. 67—72.
26. Циркин С.Ю. Симптомы и синдромы в клинической диагностике // Независимый психиатрический журнал. — 2009. — №2.
27. Шнайдер К. Клиническая психопатология. — Киев, 1999. — С. 215 (цит. по Ю.С. Савенко, 2009).

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

28. Ясперс К. Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

29. De Vos J.W., van den Brink W., Leeuw R.S. Opiate craving and presence of psychopathology // In Maintenance Treatment: Pharmacokinetics, Psychopathology and Craving. — Chapter 8. — 1997.

30. Dodes L.M. Compulsion and addiction // Journal of the American Psychoanalytic Association. — 1996. — Vol. 44. — P. 815—835.

31. Kirchmayer U., Davloi M., Vester A.D. et al. A systematic review of the efficacy of naltrexone maintenance treatment in opioid dependence // Addiction. — 2002. — Vol. 97. — P. 1241—1249.

32. Luty J. What works in drug addiction? // Advances in Psychiatric Treatment. — 2003. — Vol. 9. — P. 280—288.

33. Nutt D., King L., Saulsbury W. et al. Rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse // Lancet. — 2007. — July. — Vol. 370. — P. 319.

CRAVING: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS

MENDELEVICH V.D. MD, PhD, D.Med.Sci., Prof., Head of Department of medical and general psychology, Kazan State Medical University
Director of Institute for research of problems of mental health;
420012, Kazan, Butlerova str., 49; tel.: +78432360652; e-mail: mend@tbit.ru

In article from a position of the phenomenological approach the critical analysis of craving as a psychopathological symptoms/syndromes is carried out. The conclusion that without the sufficient scientific bases so-called «the syndrome of a pathological inclination» in domestic narcology to be ranked as psychopathological displays.

Keywords: craving, psychopathology.

Вниманию читателей!

В статье Панченко Л.Ф., Пирожков С.В., Наумова Т.А., Тербилина Н.Н., Баронец В.Ю., Федоров И.Г., Тотолян Г.Г. Изменение профиля воспалительных и противовоспалительных цитокинов при развитии алкогольной болезни печени, опубликованной в прошлом номере (Наркология. — 2010. — №4. — С.68—77), ссылку "Работа поддержана грантом РГНФ 07-06-00467а" следует читать: "Работа поддержана грантом РГНФ 10-06-00719а".