

Вновь о патологическом влечении к психоактивным веществам: надуманные и реальные проблемы

АЛЬТШУЛЕР В.Б. д.м.н., профессор, руководитель отделения клинических исследований,
ФГБУ "Национальный научный центр наркологии" Минздравсоцразвития России, Москва;
e-mail: altshuler172@mail.ru

Обсуждаются спорные теоретические вопросы психопатологии влечения к алкоголю и наркотикам у наркологических больных, а также обоснованности и эффективности использования антипсихотических препаратов как средств подавления патологического влечения. Анализируются причины терапевтических неудач, подчеркивается требование индивидуализированного и дифференцированного подхода с учетом дискретного и синдромного характера патологического влечения.

Ключевые слова: патологическое влечение к психоактивным веществам

Разбирая вопрос о патологическом влечении к психоактивным веществам (ПАВ), целесообразно остановиться, прежде всего, на патологическом влечении к алкоголю (ПВА) у больных алкоголизмом, поскольку здесь представлены все типичные проблемы, касающиеся влечения к ПАВ.

Как ни жаль, придется затратить время и место на довольно схоластические споры о терминологии: возникнув, казалось бы, на ровном месте, они, тем не менее, могут отвлечь от решения насущных вопросов диагностики и лечения наркологических заболеваний.

Хорошо известно, что изучение патологического влечения к алкоголю составило третий по счету, современный, этап учения об алкоголизме, начало которому положил М.Нусс (1849—1852). Новейшее изобретение термина *аддиктивное влечение* [16], вместо *патологическое влечение*, подчинено трудно объяснимому настойчивому стремлению отрицать болезненную суть данного явления, представить его в виде дурной привычки (аддикция — привычка, пристрастие), не нуждающейся в лечении. Этот термин с готовностью подхвачен эпигонами антипсихиатрических взглядов В.Д.Менделевича на клиническую наркологию, осеменяющими себя, наподобие ритуального заклинания, оберегами типа "так называемое патологическое влечение" [14, 19], дабы не быть заподозренными в ереси.

Представление о болезненном (патологическом) влечении как о стержневом клиническом признаке алкоголизма выдвинули авторитетнейшие клиницисты [12, 21, 25], по своему опыту и наблюдательности ничуть не уступавшие некоторым теперешним звонко-голосым авторам. Кстати сказать, в самых недавних американских публикациях [24—26] вновь поднимается вопрос о неоднозначности и неадекватности терминов *зависимость* и *аддикция* и о необходимости заменить их, введя в новую классификацию болезней DSM-5 более точный термин *craving*, соответствующий

ший нашему *патологическому влечению*. Следовательно, *патологическое влечение* — это не оговорка, а глубоко осмысленное название важного клинического явления.

Если сама концепция ПВА принадлежит классикам клинической наркологии, то мы готовы понести ответственность за его дальнейшую психопатологическую разработку. Сюда относится описание клинических вариантов ПВА — сверхценно-паранойяльного, обсессивного, пароксизмального, психопатоподобного с депрессивно-дисфорическим фасадом, а также представление феномена ПВА как психопатологического синдрома с его компонентами — идеаторным, поведенческим, аффективным, вегетативным. Именно психопатология ПВА стала камнем преткновения на пути противников психофармакотерапии алкоголизма и наркоманий.

Особенно это касается идеаторного и поведенческого компонентов синдрома ПВА. На их основе при обострениях заболевания *у некоторых больных и в ряде случаев* (курсив наш — В.А.) формируются состояния, по своей симптоматике близкие к сверхценно-паранойяльным либо даже идентичные им. Такие состояния у больных алкоголизмом были достаточно выпукло и детально описаны на множестве конкретных клинических примеров, подлинность которых до сих пор ни у кого не вызывала сомнений, так как они представляют собой очевидные факты [1, 2].

Признание за ПВА роли важнейшего диагностического критерия и патогенетического механизма заболевания отнюдь не означает, что каждый больной алкоголизмом постоянно охвачен патологическим влечением. Нозологический диагноз *алкоголизм* не равен синдромологической диагностике ПВА, т.е. если перед нами больной алкоголизмом, из этого не следует, что мы в данный момент наблюдаем ПВА. Здесь необходимо многократно подчеркнуть, что ПВА име-

ет сугубо дискретный характер; оно может присутствовать или отсутствовать, быть явным или стертым, периодическим или постоянным, проявляться в той или иной клинической форме, с разной интенсивностью. Иными словами, при оценке его места в клинике заболевания и в программе лечения следует руководствоваться наличной симптоматикой, а не умозрительными концепциями, т.е. наблюдать, а не домысливать. Излишне говорить об исключительной важности этого положения при проведении психофармакотерапии ПВА, которая по определению должна быть строго индивидуализированной и нацеленной на видимую "мишень".

Как бы то ни было, сверхценно-паранойяльные превращения синдрома ПВА неслучайны и заслуживают пристального внимания, поскольку они более всего выражают продуктивно-психопатологический характер этого синдрома и тем самым наводят на определенные патогенетические размышления, влекущие за собой важные терапевтические выводы. Дело в том, что продуктивная психопатология, согласно давно утвердившимся положениям В.Гризингера, Х.Джексона, И.П.Павлова, М.И.Аствацатурова, А.В.Снежневского, возникает на основе ослабления высших психических функций и растормаживания низших. В частности, по мнению В.Гризингера [11], следовавшего теории единого психоза, и И.П.Павлова [18], исходившего из своих исследований высшей нервной деятельности, психозы являются выражением снаподобного состояния кортикальных функций головного мозга. Выдающийся английский невролог Х.Джексон [27], разработавший теорию дезинтеграции целостной психической деятельности как основы психоза, считал, что в результате упадка (диссолюции) высших мозговых "инстанций" обнажаются поглощенные ими (интегрированные) примитивные функции, которые обнаруживают себя неадекватной психической продукцией. Очень близки к этому теоретические разработки М.И.Аствацатурова [7] о роли относительной слабости "эпикритических" (кортикальных) и высвобождения "протопатических" (филогенетически более древних) психических функций в происхождении психотических расстройств.

Похожая идея — о дисфункциональных неврастеноподобных нарушениях, предвещающих паранойяльное бредообразование, — легко просматривается во взглядах А.С.Тиганова [22] на клиническую динамику психоорганического синдрома. Формируется он, начиная с психоопатоподобных и астенических расстройств (как и при всех прогрессивных психических заболеваниях), и сопровождается ослаблением самоконтроля, повышением влечений, часто злоупотреблением алкоголем и "склонностью к сверхценным паранойяльным образованиям". В данном случае неврастеноподобные и сверх-

ценно-паранойяльные расстройства образуют своего рода "тандем", в какой-то степени иллюстрирующий закономерности возникновения бредоподобной симптоматики у больных алкоголизмом.

Не раз упоминая выше недостаточность "эпикритических" функций, которая предшествует окончательному формированию, кристаллизации паранойяльного бреда, клинически обнаруживает себя в путанице мыслей, в смутных догадках, неясных предположениях, неуверенности и неопределенности суждений, чем характеризуется так называемое "бредовое настроение", отмечаемое в продромальном периоде бреда. Нечто весьма похожее можно отметить и у больных алкоголизмом, порой испытывающих большие трудности при необходимости разобраться в происходящем с ними, в попытках объяснить причины и следствия, в поисках решений и планов, в оценках перспектив. Гораздо более уверенно они себя ощущают, когда у них сложилась определенная концепция, своего рода "идеология" пьянства, с соответствующими аргументами. Этому соответствует хорошо знакомое многим практическим врачам явление, которое в свое время получило название "алкогольное мышление" [30]. Когда наступают такие превращения, жизнь больного в его глазах как бы обретает новый смысл.

Помимо явного сходства некоторых вариантов идеаторного компонента ПВА со сверхценно-паранойяльными расстройствами следует отметить также определенные отличия их от большинства хронических бредовых состояний: не наблюдаются характерная для эндогенных заболеваний динамика, смена этапов бреда и бредовой фабулы, несозвучие с социальным окружением ("бред делает человека одиноким", — А.В.Снежневский), сопровождающиеся потерей трудоспособности и инвалидизацией; всё это не свойственно больным алкоголизмом.

Тем не менее, в качестве антитезы заметим, что для паранойяльных расстройств в рамках ПВА вовсе не обязательно формирование по эндогенно-процессуальному типу. В подтверждение этому сошлемся на мнение П.Б.Ганнушкина [9] и В.А.Гиляровского [10], считавших, что паранойяльное бредообразование во многих случаях происходит психогенно, в результате разного рода жизненных конфликтов, что сближает его с патологическим развитием, т.е. с психопатизацией. Почти аналогичное явление имеет место в судьбе многих больных алкоголизмом, конфликтующих и враждующих со своим окружением, которое противодействует их пьянству. Такой вариант заболевания мы в свое время назвали "воинствующим алкоголизмом" [2].

Одним словом, влечение к алкоголю у больных алкоголизмом, с какой бы стороны к нему ни подой-

ти, является вполне патологическим. В связи с этим удивляет предложение В.Д.Менделевича считать тягу к алкоголю у больных простым и понятным выражением потребности в этом веществе, похожей на жажду и полидипсию у больных диабетом [17]. В ответ приходится напомнить о хорошо известном явлении вторичного патологического влечения к алкоголю в форме утраты количественного контроля — патогномоничного, по Э.Джеллинеку, признака алкоголизма. Он означает, говоря словами И.В.Стрельчука [21], что "даже небольшая доза алкоголя способна вновь вызвать болезненное влечение к нему, ...проявляющееся с неудержимой силой" (стр. 75). Ясно, что если бы влечение к алкоголю вытекало из потребности в нем, то даже частичное удовлетворение этой потребности — прием спиртного — приводило бы к снижению влечения. На деле же происходит противоположное — его резкое усиление и больной поглощает алкоголь в грандиозных количествах, многократно превышающих всякую потребность.

В своем стремлении к ниспровержению психиатрических воззрений на кардинальную симптоматику алкоголизма и наркоманий В.Д.Менделевич допускает грубую методологическую ошибку противопоставления психического и биологического, чем придает своим суждениям антинаучный характер. Он, в частности, заявляет, что "аддиктивное влечение" имеет "нейробиологическую (непсихопатологическую) сущность" [16], и аргументирует это "всесторонней изученностью феномена аддиктивного влечения с позиции психиатрии", т.е. противопоставляет психопатологическую форму и её нейробиологическое содержание. Здесь слышны отзвуки дуалистических положений К.Ясперса [23], который выводит психическое из психического (принцип интрапсихического детерминизма), не связывая его с функциями головного мозга. В этом — свидетельство однобокого взгляда на такое многоаспектное, стереоскопически емкое явление, как психическая патология, всегда имеющая нейробиологическое измерение — нейрофизиологическое, нейрохимическое, генетическое и др. Сюда относится, в частности, и синдром ПВА, сложная структура которого включает не только идеаторный, но и поведенческий, аффективный и вегетативный компоненты.

Еще один способ вывести патологическое влечение к алкоголю из сферы идеаторной психопатологии — приравнять его к прочим патологическим влечениям (клептомания, игромания, пиромания, дромомания и др.), а также к сексуальным перверзиям. Некоторые из них (клептомания, гемблинг), как показали исследования О.В.Леоновой [15], О.Ж.Бузика [8], обладают несомненным сходством с ПВА. Однако коренное отличие патологического влечения к алко-

голю и наркотикам заключается в том, что оно формируется в условиях хронической интоксикации головного мозга и связанного с ней ослабления кортикальных функций. На этом фоне, во-первых, господство патологической доминанты, лежащей в основе болезненного влечения, становится подавляющим, утрированным, и она неизбежно принимает упоминавшиеся выше психопатологические очертания. Во-вторых, токсикогенное происхождение патологического влечения к ПАВ в большой мере определяет программу лечения этого состояния, а это куда важнее всяких теоретических изысков. Что же касается уподобления болезненного влечения к ПАВ извращениям сексуальных предпочтений (парафилии), то различные психоаналитические измышления на эту тему давно уже встречались [29], и о них пора забыть.

Итак, исходя из многих наблюдений, можно полагать, что структура синдрома патологического влечения к ПАВ служит основой его близости к продуктивной психопатологии сверхценно-параноидального, обсессивно-компульсивного, психопатоподобного с депрессивно-дисфорическим фасадом и пароксизмального типа и тем самым — прямым показанием к назначению различных нейрорепитивных препаратов. С другой стороны, неразрывно связанные с продуктивной психопатологией ослабление и дезорганизация кортикальных функций являются еще одним важным показанием к лечебному использованию нейрорепитивов с выраженными антипсихотическими свойствами.

Последнее утверждение основано на исследованиях нейродинамического действия индизивного антипсихотика трифлуоперазина [3—6], которые позволили нам приблизиться к пониманию причин его антипсихотического эффекта. С помощью оригинальной методики было обнаружено, что этот препарат оказывает двойственное влияние на церебральные функции: в оптимальных дозах он в одно и то же время тонизирует высшую нервную деятельность (кортикальный уровень) и тормозит подкорковую активность. Образующаяся таким образом "двухэтажная" нейродинамическая структура особого психического состояния, вызываемого нейрорепитивами (этот эффект существенно отличается от седации и транквилизации), как нельзя лучше пригодна для устранения психотических расстройств с их диаметрально противоположными соотношениями (о них сказано выше). Дальнейшие исследования на больных алкоголизмом показали клиническую эффективность разных нейрорепитивов как в плане подавления ПВА, так и в деле улучшения когнитивных функций (отчетливое повышение уровня критики, стройности мышления, информативности речи, адекватности суждений и планов); все это способствует психотерапии, остающейся главной частью

лечебных программ. Длительное, с конца 70-х годов, сохранение антипсихотиков в арсенале средств психофармакотерапии наркологических заболеваний — косвенное свидетельство эффективности такого подхода, ибо лечебная практика в конечном счете неизбежно отмечает все бесполезное и вредное.

Однако уже на первых порах применения данной группы препаратов обозначился и к настоящему времени накопился разнородный негативный опыт, который стал одной из причин недовольства и критики, разразившейся в публичных выступлениях ряда наших уважаемых оппонентов [13, 16, 19]. Не вдаваясь в анализ всех мотивов столь бурной и скоординированной активности, целесообразно сосредоточиться на главном — на причинах неудач и разочарований, постигших наших коллег при проведении психофармакотерапии патологического влечения к ПАВ.

Первая из этих причин — несоблюдение категорического требования нацеливать психофармакотерапию на конкретную, наблюдаемую и очевидную "мишень", которой служит определенное состояние (ПВА), а не болезнь в целом. Дискретность и непостоянство этого состояния предусматривают регулярный учет динамики клинического синдрома и результатов лечения, своевременное маневрирование оптимальными дозами и составом препаратов, внимание к показателям соматического и неврологического статуса. Игнорирование этих правил ведет к шаблонизации лечения, к единообразию в подходе к больным ("все алкоголики на одно лицо") и к неэффективности психофармакотерапии, которая по определению является индивидуализированной и дифференцированной.

Вторая причина — несоблюдение синдромного принципа диагностики ПАВ, когда наличие патологического влечения определяется всего лишь одним-двумя признаками. Сами по себе они, вне связи с остальными компонентами синдрома, слишком неоднозначны и поэтому диагностического веса не имеют. Например, одно только плохое настроение может быть психологически понятным следствием жизненных обстоятельств, не являясь при этом обязательным аффективным компонентом психопатологического синдрома ПАВ. То же касается стремления к преждевременной выписке из стационара: оно может быть оправданным вполне серьезными причинами и не связанным с игнорированием необходимости лечиться как проявлением поведенческого компонента ПАВ. В подобных случаях, т.е. в отсутствие других необходимых компонентов, часто имеют место гипердиагностика и неадекватное назначение средств подавления ПАВ.

Третья причина — неверная оценка общего смысла и конечной цели применения психотропных препа-

ратов, их места в программе лечения больных алкоголизмом и наркоманиями. Психофармакотерапия — эффективное средство коррекции психического статуса; в результате даже временного подавления патологического влечения к ПАВ она помогает осуществить главное — создать предпосылки и самую возможность психотерапии и реабилитации больных, т.е. является лишь частью, пусть очень важной, комплексного лечения. Именно в этих пределах возможна адекватная оценка эффективности психофармакотерапии алкоголизма и наркоманий; избыточные ожидания — источник последующих разочарований и нигилистических суждений.

Все сказанное выше сводится к неукоснительному соблюдению принципа дифференцирования и индивидуализации при проведении психофармакотерапии, нацеленной на подавление патологического влечения к ПАВ. А это, в свою очередь, требует достаточно высокой психиатрической квалификации врача, что порой воспринимается как дополнительное затруднение, своего рода досадное препятствие в повседневной рутинной работе. Но, к сожалению, иного не дано.

Надо признать, что в широкой наркологической практике встречается предостаточно всяческих искажений проповедуемых принципов психофармакотерапии; только нельзя их возводить в абсолют и из-за них полностью отказываться от самого лечения, ссылаясь на неудачи и нежелательное побочное действие. Еще хуже, если случающиеся отрицательные результаты объявляются имманентными, глубоко присущими всей системе наркологической помощи в нашей стране. Ответом на такие старания могут стать практические достижения, в которых были бы видны перспективы решения проблем клинической наркологии.

Что же касается не слишком грамотных, обывательского уровня, квазикритических высказываний о психофармакотерапии типа "кормить нейролептиками" [20] или "накачивать нейролептиками" [13], то они свидетельствуют, скорее всего, о недостаточном внимании к правилам лечения. Остается посоветовать их авторам побывать там, где со знанием дела эффективно применяются эти средства, и близко познакомиться с "накормленными" и "накачанными" больными в процессе и к концу лечения.

Обращаясь теперь вкратце к опыту применения антипсихотиков для лечения больных зависимостью от опиоидов, можно утверждать, что в стационаре после устранения абстинентных расстройств обычно удается в течение 2—4 недель стабилизировать состояние больных героиновой и даже более резистентной к терапии метадоновой наркоманией. Однако не секрет, что вскоре после выписки в большинстве случаев наступает рецидив заболевания — лишнее сви-

детельство острой нужды в последующей реабилитации и ресоциализации больных, не связанной с заместительной наркотизацией.

В настоящее время, после длительного периода робких и неумелых попыток, все шире разворачивается сеть негосударственных реабилитационных центров, которые работают в контакте с учреждениями наркологической службы России. Примером такого сотрудничества является деятельность "Центра здоровой молодежи" (ЦЗМ); с самого начала своего существования (2004 г.) он опирается на поддержку и постоянно взаимодействует с ННЦ наркологии Минздрава России. Теперь в его составе свыше 15 подразделений в нескольких регионах страны. За истекшие годы программой реабилитации были охвачены 4228 больных. Практически все эти больные до обращения в ЦЗМ неоднократно лечились в различных наркологических стационарах, но неизменно возвращались к наркотизации, создавая тяжелые проблемы для себя и родных, т.е. представляли собой контингент неблагоприятного течения заболевания. К настоящему времени в данном контингенте ремиссии длительностью не менее 6 мес. были достигнуты у 1639 чел., в том числе ремиссии от 6 мес. до 1 года — у 401 чел., от 1 года до 3 лет — у 551 чел., от 3 до 5 лет — у 208 чел., свыше 5 лет — у 73 чел. По данным от июля 2012 г., находятся в программе реабилитации 406 чел. С остальными, за исключением тех, кто по разным причинам выбыл из программы, Центр поддерживает регулярную связь, получает информацию об их состоянии, периодически приглашает к участию в культурно-спортивных мероприятиях (проведение летних и зимних лагерных сборов и др.). Среди лиц, прошедших реабилитационную программу, 202 создали или восстановили семью, родили 91 ребенка; 14 таких семей в настоящее время ожидают рождения детей.

Отдельного упоминания заслуживают 130 больных героиновой наркоманией, лечившихся в ННЦ наркологии и направленных в ЦЗМ на этапе формирования ремиссии, когда обострение заболевания миновало. Оно сменилось относительной нормализацией поведения, настроения и сна, что позволило ко времени направления в ЦЗМ свести к минимуму лекарственную терапию. Все больные характеризовались безремиссионным течением наркомании, многократными повторными госпитализациями, множеством нарушений лечебного режима в процессе терапии, т.е. представляли собой наиболее тяжелую лечебную и социальную проблему. Среди этих больных в настоящее время ремиссия длительностью от 1 до 5 лет отмечается у 69 чел. — при соответствующих весьма благоприятных переменных в их жизни, о чем свидетельствует объективная и не раз проверенная

информация, полученная нами от родственников больных.

Приведенные данные позволяют надеяться, что дальнейшее развитие системы реабилитации и ресоциализации больных наркоманиями — открытый путь к значительному повышению эффективности лечения этих больных, сохраняющий возможности поиска и изобретений нового. Они говорят о необходимости продуктивных действий, о бесплодности ворчливого скептицизма и бесконечного теоретизирования, не разбавленного хотя бы редкими попытками предложить что-либо позитивное. Так называемая заместительная терапия (лучше именовать её "заместительная наркотизация") означает неизбежное прекращение поисков, т.е. тупиковый путь в никуда. Из всего сказанного следует также, что пора нам сменить письменный стол на деловую обстановку лечебного учреждения.

Список литературы:

- 1.Альтшулер В.Б. Алкоголизм. М., ГЭОТАР-Медиа, 2010. 260 с.
- 2.Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М., "Имидж", 1994, 216 с.
- 3.Альтшулер В.Б. Некоторые данные о механизмах психотропного действия трифтазина.// Актуальные вопросы психофармакологии. Кемерово, 1970, с. 455-460.
- 4.Альтшулер В.Б. К вопросу о нервных механизмах действия некоторых нейролептиков при хроническом алкоголизме.// Тез. докл. Тамбовской обл. конференции невропатологов и психиатров по борьбе с алкоголизмом. Тамбов, 1971, с. 41-43.
- 5.Альтшулер В.Б. Об особенностях психотропного действия некоторых нейролептиков при хроническом алкоголизме.// Вопросы социальной и клинической психоневрологии, М., 1973, т.2, с. 38-41.
- 6.Альтшулер В.Б. О применении нейролептиков для лечения хронического алкоголизма (в аспекте патологического влечения к алкоголю).// Журн. невропатол. и психиат. им. С.С.Корсакова, 1978, №2, с.264-269.
- 7.Аствацатуров М.И. О сущности подсознательного в свете данных неврологии. // Природа, 1935, №12, с. 71-75.
- 8.Бузык О.Ж. Патологическое влечение к азартным играм.// Вопросы наркологии, 2007, №4, с. 59-65.
- 9.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933.
- 10.Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М-Л, 1954.
- 11.Гризингер В. Душевные болезни. Пер. с нем. СПб, 1881.
- 12.Зеневич Г.В. О взаимоотношении так называемой психической и физической зависимости от алкоголя.// Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. М., 1970, с. 27-37.
- 13.Зобин М.Л. Ответ В.Я.Евтушенко и не только. // Наркология, 2012, №5, с. 86-87.
- 14.Зобин М.Л. Отклик на комментарии А.Г.Гофмана к статье В.Д.Менделевича "Влечение как влечение, бред как бред".//Наркология, 2012, №2, с.84-87.
- 15.Леонова О.В. Психиатрические расстройства у лиц, совершивших кражи (судебно-психиатрический аспект). //Автореферат дисс. канд., М. 2005.

ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

16. Менделевич В.Д. Аддиктивное влечение: теоретико-феноменологическая оценка. // Наркология, 2010, №5, с. 94-100.
17. Менделевич В.Д. Влечение как влечение, бред как бред. // Вопросы наркологии, 2010, №5, с. 95-102.
18. Павлов И.П. Пробная экскурсия физиолога в область психиатрии. // И.П. Павлов. Избранные произведения. М., 1949, с. 434-440.
19. Сиволап Ю.П. К вопросу о рациональном лечении в наркологии. // Наркология, 2011, №12, с. 79-81.
20. Сиволап Ю.П. Письмо в редакцию. // Наркология, 2012, №1, с. 79-81.
21. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий. М., Медгиз, 1956, 346 стр.
22. Тиганов А.С. Психоорганический (органический, энцефалопатический) синдром. // Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова, М., "Медицина", с. 66-68.
23. Ясперс К.Т. Общая психопатология. Пер. с нем., М., Практика, 1997, 1056 стр.
24. O'Brien, Ch. Addiction and Dependence in DSM-V. // Addiction, 2011, v.106, 5, pp.866-867.
25. Ling, W. DSM-V: Time for Change. // Addiction, 2011, v.106, 5, pp.872-873.
26. Mayer, R. A commentary on "Addiction and Dependence in DSM-V" // Addiction, 2011, v.106, 5, pp. 873-874.
27. Jackson, J.H. Selected Writings, v.1, 1931.
28. Jellinek, E.M. The "Craving" for Alcohol. // Quart. Journ. Stud. Alcohol., 1955, v.16, №1, pp.35-38.
29. Selzer M.L. The personality of the alcoholic as an impediment to psychotherapy. // Psychiat. Quart., 1967, v.47, pp. 38-45.
30. Thiebout H.M. The syndrome of alcohol addiction. // Quart. Journ. Stud. Alcohol, 1945, №5, pp.535-546.

ONCE MORE ABOUT THE CRAVING FOR PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: THOUGHT UP AND REAL PROBLEMS

ALTSHULER V.B. MD, professor, National Research Center on Addictions, Ministry of Health, Moscow, Russia

Some debatable questions concerning the psychopathology of the craving for psychoactive substances in addicted patients are discussed. On the base of own and other published data the additional theoretical grounds are proposed for the use of antipsychotic preparations as the means to suppress the craving for alcohol and narcotic drugs. The causes of unsuccessful treatment of such kind are elucidated and the necessity of strictly individualized approach is stressed.