

Роль алекситимии в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости

А.У. Тархан, С.П. Ерошин

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. При исследовании 411 больных алкогольной зависимостью (АЗ) и 51 здорового испытуемого Торонтской алекситимической шкалой и опросниками Спилбергера — Ханина, Зунга и Александровича выявлена важная роль алекситимии (Ал) в развитии эмоциональных и невротоподобных расстройств (НПР). Установлено преобладающее значение «первичной Ал» (как стабильной личностной особенности) для личностной тревоги и трудностей социальных контактов у больных люцидным алкоголизмом и «вторичной алекситимии» (как психологического механизма, опосредующего влияние органического фактора) для ситуативной тревоги, депрессии и НПР при АЗ с сопутствующим органическим поражением головного мозга.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алекситимия, эмоциональные расстройства, невротоподобные расстройства.

The Role of Alexithymia in the Development of Emotional and Neurosis-Like Disturbances in Alcohol Dependence

A.U. Tarkhan, S.P. Eroshin

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg, Russia

Summary. When investigating 411 patients with alcohol dependence (AD) and 51 healthy subjects with the Toronto Alexithymia Scale and with Spielberg-Hanin, Zung and Aleksandrowicz's Questionnaires, an important role of alexithymia (Al) in the development of emotional and neurosis-like disturbances (NLD) was revealed. A prevalent meaning of the "primary Al" (as a stable personal peculiarity) for personal anxiety and difficulties of social contacts in patients with lucid alcoholism and the "secondary alexithymia" (as a psychological mechanism mediating the influence of the organic factor) for the situational anxiety, depression and NLD in AD with a concomitant brain lesion were determined.

Keywords: Alcohol dependence, Alexithymia, Emotional disturbances, Neurosis-like disturbances.

Алекситимия (Ал) – психологическая характеристика, определяемая рядом когнитивно-аффективных особенностей: трудностями в определении и описании собственных чувств, в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации; фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Известна роль Ал как фактора риска невротических и психосоматических заболеваний [2, 3, 15]. Большинство клинических исследований в объяснении синдрома Ал подтверждает модель «дефицита» как генетически обусловленной стабильной личностной характеристики (т.е. отсутствия функций и лежащего в их основе ментального аппарата). Однако значение этой личностной характеристики в патогенезе алкогольной зависимости (АЗ) мало изучено, несмотря на ее частоту при данном заболевании (62%) и на то, что она входит в структуру конституционального когнитивного стиля, присущего большинству зависимых от алкоголя и других психоактивных веществ [13].

Описана прямая зависимость частоты и выраженности Ал от выраженности органического поражения головного мозга – ОПГМ (по кли-

ническим критериям) и мозговой дефицитарности – МД (по результатам нейропсихологического исследования). При АЗ Ал включает в себя две составляющие – генетически обусловленные личностные особенности (модель «врожденного дефицита», преобладающая у больных с люцидным алкоголизмом – ЛА) и «вторичная Ал», связанная с наличием пре- или коморбидного ОПГМ. «Вторичная Ал» наслаивается на стабильные личностные особенности, описываемые моделью «врожденного дефицита», которые можно расценивать как фактор риска развития АЗ. Ал рассматривается как один из преморбидных личностных факторов, снижающих компенсаторные возможности психологической защиты на ранних стадиях АЗ и усложняющих структуру алкогольной анозогнозии у больных с признаками сопутствующего ОПГМ (на поздних стадиях заболевания) [9].

У большинства больных АЗ встречаются эмоциональные расстройства (ЭР) (37,7% – депрессия; 89,8% – ситуативная тревога; 97,5% – личностная тревога) и так называемые невротоподобные расстройства (НПР) (в 82,4%). Этим термином принято обозначать комплекс симптомов и синдромов, сходных по своим проявлениям с невротическими, но формирующихся первично

не по невротическим (психогенным) механизмам, а связанных с другим заболеванием (в частности, резидуальной органикой при травматическом, инфекционно-воспалительном, токсическом и др. поражениях ГМ), то есть вторичных, хотя в дальнейшем к ним могут присоединяться и невротические механизмы. Обострение психологических проблем и конфликтных отношений при отказе от алкоголя часто вызывает появление либо обострение НПР, в значительной степени отягощающих состояние больных. Среди этих расстройств при АЗ преобладают нарушения сна, эмоциональные, истеро- и неврастеноподобные расстройства [4, 6–8, 11].

Частое сочетание АЛ с эмоциональными (58–60%) и невротическими расстройствами (54%) у больных АЗ при относительной редкости такого сочетания у здоровых (23–25% и 18%) заставляет предположить наличие зависимости этих расстройств от алекситимического фактора при данной патологии.

Целью работы является изучение роли алекситимии в развитии эмоциональных и невротических расстройств при алкогольной зависимости.

Материал и методы

Обследование проводилось на 411 больных с алкоголизмом в возрасте от 19 до 69 лет (347 мужчин и 64 женщины) без коморбидной патологии (в том числе без ОПГМ с выраженной неврологической симптоматикой), находившихся на стационарном лечении в отделении лечения больных АЗ, и 51 здоровом испытуемом (25 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 15 до 63 лет. Все больные обследованы вне острой алкогольной абстиненции, на этапе становления ремиссии (в сроки от 1 недели до 2 мес. после прекращения алкоголизации, 90% – от 10 дней до 1 мес.). По степени выраженности признаков ОПГМ (данные анамнеза, клиническая картина и динамика обследования), результаты аппаратных методов исследования) больные были разделены на 3 группы:

1 – без указаний на ОПГМ/люцидный алкоголизм ЛА (131 больной; средний возраст 43,8 года);

2 – с указаниями на ОПГМ/с легким ОПГМ (150 испытуемых с наличием в анамнезе травм, заболеваний ГМ либо признаками его патологии, выявленными аппаратными методами; средний возраст 39,9 года);

3 – с ОПГМ в сопутствующем диагнозе (130 больных; средний возраст 40,3 года) как алкогольного, так и неалкогольного генеза.

Выраженность и уровень алекситимии оценивались по Торонтской алекситимической шкале TAS [15].

Для оценки выраженности НПР и уровня невротичности использован симптоматический опросник Александровича, применяющийся как в диагностических целях, так и для оценки и прогнозирования эффективности терапии при неврозах [10, 12].

Оценка эмоционального состояния испытуемых проводилась с помощью опросников Спилберга-Ханина (ситуативная тревога ТрС и личностная тревожность ТрЛ) и Зунга (депрессия ДеЗ) [1, 14].

Статистическая обработка

Анализировались следующие экспериментально-психологические показатели.

I. Показатели эмоционального состояния:

– выраженность (в баллах) и уровень ситуативной и личностной тревоги по опроснику Спилберга – Ханина (до 30 баллов – низкий/отсутствие, 31–45 б. – средний, 46 б. и выше – высокий);

– выраженность (в баллах) и уровень депрессии по опроснику Зунга (ниже 50 баллов – норма, 50–59 б. – легкая, 60 и выше – умеренная).

II. Показатели невротических расстройств: – выраженность НПР по шкалам диагностического опросника Е.Александровича в %;

– общая выраженность НПР (ОН) в стандартных баллах и уровень невротичности (УН) (0–4 балла – низкий/отсутствие, 5–6 – средний, 7–10 – высокий).

III. Показатели алекситимии:

– выраженность в баллах по TAS;

– уровень (низкий/отсутствие – ниже 63 баллов, средний – 63–73, высокий – выше 73).

Достоверность различий средних величин ЭР и НПР между отдельными группами испытуемых в зависимости от уровня Ал, а также средних величин Ал в зависимости от уровней ЭР и УН оценивалась по критерию t Стьюдента. Для выявления связей выраженности ЭР и НПР с Ал применялся корреляционный анализ. Кривые распределения частот уровней ЭР и УН в зависимости от уровня Ал сравнивались по информационной статистике 2 [5].

Результаты исследования

Эмоциональные расстройства

У больных АЗ при наличии ТрС Ал встречается в 65%, ТрЛ – в 62,4%, Де – в 72,3%, тогда как при их отсутствии в 34, 40 и 55% соответственно. У больных с Ал ТрС обнаружена в 94,3%, ТрЛ – в 98,4%, Де – в 44,5%.

У всех групп больных АЗ отмечается существенное нарастание выраженности ТрС, ТрЛ, ДеЗ параллельно уровню Ал, а средние величины Ал возрастают с повышением уровней перечисленных показателей. У здоровых тенденция к несколько более высоким значениям этих показателей при наличии Ал статистически не достоверна (табл. 1, 2).

Корреляционный анализ подтверждает прямую зависимость перечисленных показателей с выраженностью Ал как в обобщенной группе больных АЗ (r от +0,278 до +0,384; $P < 0,001$), так и в отдельных подгруппах (r от +0,170 до +0,453; P от $< 0,05$ до $< 0,001$). Вместе с тем, у здоровых также отмечается такая зависимость (за исключением ТрС) – r от +0,282 до +0,359; P от $< 0,05$ до $< 0,01$).

Таблица 1. Средние величины выраженности эмоциональных расстройств в зависимости от уровня алекситимии у больных алкогольной зависимостью и здоровых испытуемых (M±m)

Группы испытуемых	Уровень алекситимии	Психологические показатели		
		Тр сит	Тр личн	Де Зунге
Здоровые	Низкий	36,7±1,4	39,8±1,5	39,6±1,2
	Средний	41,1±2,6	45,7±2,0	44,2±3,2
	Высокий	39,0±3,2	45,7±2,7	44,7±0,7
Больные АЗ	Низкий	38,6±0,7	44,2±0,7	43,7±0,7
	Средний	43,8***±0,8	47,6**±0,7	47,3***±0,7
	Высокий	45,8***±1,0	***51,1***±0,8	***50,9***±0,8
АЗ без ОПГМ	Низкий	37,9±1,3	44,7±1,4	43,4±1,3
	Средний	44,9***±1,3	48,3'±1,1	47,3*±1,1
	Высокий	43,3*±1,9	50,3*±1,6	50,1***±1,4
АЗ с указаниями на ОПГМ	Низкий	38,6±1,1	44,4±1,0	43,2±1,0
	Средний	42,6*±1,5	45,5'±1,2	46,7±1,5
	Высокий	*47,8***±2,0	***51,9***±1,3	50,2***±1,4
АЗ с ОПГМ	Низкий	39,6±1,4	43,3±1,5	45,0±1,3
	Средний	43,6*±1,4	47,3*±1,3	47,9±1,1
	Высокий	46,1**±1,4	*51,1***±1,1	*52,0***±1,2

Условные обозначения. Здесь и в табл. 3, 4 знаком * отмечены значения средних, достоверно отличающиеся от соответствующих значений при низком (справа от числа) и среднем уровне алекситимии (слева от числа) с $P \leq 0,05$; ** – $P \leq 0,01$; *** – $P \leq 0,001$.

Таблица 2. Средние величины алекситимии в зависимости от уровня эмоциональных расстройств у больных алкогольной зависимостью и здоровых испытуемых (M±m)

Психологические показатели	Уровни показателей	Группы испытуемых			
		Здоровые	АЗ	АЗ без ОПГМ	АЗ с ОПГМ
Тревога ситуативная	Низкий	50,0±2,8	60,2±1,9	59,1±2,2	63,6±5,2
	Средний	57,0±1,7	65,2**±0,7	66,6*±1,3	66,4±1,4
	Высокий	57,8'±3,0	**69,0***±1,0	66,2±1,9	*71,4±1,5
Тревога личностная	Низкий	47,8±2,6	56,2±2,9	52,2±6,8	57,6±3,4
	Средний	56,5'±1,9	62,9'±0,8	63,7±1,3	63,2±1,8
	Высокий	59,7*±2,5	***68,5***±0,7	67,6'±1,4	***72,0**±1,2
Депрессия по шкале Зунге	Низкий	55,9±1,6	63,6±0,7	64,1±1,1	65,6±1,5
	Средний	57,2±3,1	69,0***±1,1	68,6±2,1	69,3±1,8
	Высокий	71,00	72,4***±1,7	70,0*±4,0	*75,9***±2,2
Общая невротичность	Низкий	52,6±1,6	60,4±1,3	61,4±1,8	58,5±3,4
	Средний	61,4**±2,3	65,1**±0,7	66,6*±1,3	65,0±1,5
	Высокий		***70,0***±1,0	68,0*±2,4	***73,6***±1,3

Условные обозначения. Здесь и в табл. 5 знаком * обозначены средние величины, достоверно отличающиеся от соответствующих величин у лиц с низким (справа от числа) либо средним (слева от числа) уровнем данного психологического показателя с $P \leq 0,05$; ** – с $P \leq 0,01$; *** – с $P \leq 0,001$. Знаком ' обозначены тенденции, близкие к достоверным.

По критерию 2 также наблюдается достоверное нарастание частот высоких уровней ЭР с повышением уровня Ал во всех группах больных АЗ (P от $\leq 0,05$ до $\leq 0,001$), за исключением больных с ОПГМ, у которых частоты уровней ТрС и Де не зависят от уровня Ал. Не обнаружено такой зависимости и у здоровых.

Неврозоподобные расстройства

НПР отмечаются у 88,6% больных с Ал. У лиц с НПР Ал выявлена в 65,9%, без НПР – в 40%.

У больных АЗ (как в обобщенной группе, так и в отдельных группах, особенно при АЗ с ОПГМ)

средние показатели ОН нарастают параллельно уровню Ал (табл. 3, 4), а величина Ал – параллельно УН (табл. 5). Это подтверждается положительными корреляциями между выраженностью ОН и Ал (r от +0,210 до +0,421; P от $<0,05$ до $<0,01$) и нарастанием частоты более высоких УН по мере повышения уровня Ал по критерию 2 (P от $\leq 0,05$ до $\leq 0,001$). У здоровых отмечается аналогичная корреляционная зависимость (r +0,374; $P < 0,01$), хотя тенденция к нарастанию ОН в зависимости от уровня Ал не является статистически значимой.

У пациентов с АЗ (в первую очередь при АЗ с ОПГМ) с наличием Ал, особенно высоких ее уровней, наблюдаются существенно более выраженные НПП по всем шкалам опросника Александровича (Табл.3, 4). При ЛА такая тенденция достоверна для страха и фобий, беспокойства-напряжения, Де расстройств, навязчивостей и трудностей социальных контактов. У здоровых она отмечается только для беспокойства-напряжения, истероподобных и соматических расстройств (возможно, это связано с незначительной долей лиц с Ал – 25 %, особенно с высокой – 6 %).

Результаты корреляционного анализа подтверждают наличие достоверных прямых зависимостей между выраженностью отдельных НПП и Ал как в обобщенной группе (r от +0,152 до +0,286; P от <0,01 до <0,001), так и в отдельных подгруппах, особенно при наличии ОПГМ (r от +0,179 до +0,367; P от <0,05 до <0,001). Эта зависимость минимальна для нарушений сна (r +0,098; P <0,05), максимальна для навязчивостей, трудностей социальных контактов, Де расстройств (r =+0,286; +0,272; +0,260; P <0,001). При АЗ с ОПГМ связи между этими показателями наиболее тесные и касаются всех шкал опросника Александровича, при ЛА они слабее и затрагивают страх и фобии, депрессивные, психастенопатоподобные расстройства, беспокойство-напряжение, навязчивости и трудности социальных контактов (табл. 6). У здоровых испытуемых также обнаруживается положительная корреляционная связь выраженности Ал и большинства НПП (за исключением нарушений сна, истероподобных, сексуальных расстройств и

трудностей социальных контактов) (r от +0,277 до +0,379; P от <0,05 до <0,01).

У всех групп испытуемых нарастание уровня НПП параллельно уровню Ал по критерию 2 статистически достоверно (P от <0,05 до <0,001).

Обсуждение

Параллелизм выраженности невротоподобных, в том числе эмоциональных, расстройств и Ал, прямая корреляционная зависимость этих психологических показателей от ее выраженности указывают на важную роль Ал в развитии ЭР и НПП при АЗ. Больные с Ал отмечают у себя проявления ЭР и НПП (что выявляется соответствующими опросниками), но не в состоянии адекватно идентифицировать и тем более вербализовать эти расстройства. Возникающее в результате напряжение усиливает уже имеющиеся нарушения по механизмам так называемого «порочного круга».

Вместе с тем некоторые моменты требуют специального обсуждения.

В частности, отсутствие зависимости частот уровней ТрС и Де у больных АЗ с ОПГМ от уровня Ал заставляет предположить, что у таких больных более существенное влияние на эти показатели оказывает органический фактор, лежащий в основе вторичной Ал (что соответствует отмеченной у них ранее высокой степенью ЭР при более выраженной МД) [7]. Вместе с тем, зависимость уровня ТрЛ от уровня Ал (P ≤ 0,01) у этих больных связана, скорее, с преобладающим значением для этого, более стабильного, эмоционального показателя, первичной Ал как стабильной личностной особенности.

Таблица 3. Средние величины показателей по шкалам опросника Е. Александровича (в %) и ОН в зависимости от уровня алекситимии у здоровых и больных алкогольной зависимостью

Шкалы опросника	Здоровые			Алкогольная зависимость		
	Уровень алекситимии			Низкий	Средний	Высокий
	Низкий	Средний	Высокий			
Страх и фобии	5,2±0,8	12,1±4,4	4,0±2,3	11,7±0,9	16,1**±1,2	19,6***±1,6
Депрессия	14,0±2,8	26,4±6,9	19,0±9,8	25,2±1,6	34,0***±1,9	39,0***±2,1
Беспокойство, напряжение	13,0±1,9	25,5**±4,9	19,3±14,2	26,9±1,5	35,6***±1,7	35,8***±2,1
Нарушения сна	13,0±2,6	11,3±3,8	19,0±10,0	32,7±1,9	38,4*±1,9	37,2±2,5
Истероподобные расстройства	13,4±2,4	29,6'±7,2	17,0±13,2	29,0±1,6	34,3*±1,8	37,7***±2,1
Неврастеноподобные расстройства	19,5±3,3	28,6±5,2	38,0±19,2	30,7±1,8	38,3**±1,9	41,0***±2,4
Сексуальные расстройства	12,1±2,9	6,8±2,5	20,7±18,2	14,9±1,4	20,4**±1,5	24,6***±1,9
Дереализация	4,8±1,3	7,5±3,6	10,7±3,3	10,6±1,0	14,5*±1,3	16,3**±1,1
Навязчивости	6,4±1,6	5,3±2,6	2,3±2,3	11,1±1,0	18,7***±1,4	21,6***±1,6
Трудности социальных контактов	15,3±3,0	13,0±4,6	4,7±4,7	20,4±1,4	28,9***±1,7	*35,4***±2,2
Ипохондрические расстройства	6,0±2,8	16,4±6,0	15,7±11,5	14,2±1,3	20,2**±1,8	24,5***±2,1
Психастеноподобные расстройства	13,5±2,8	25,2±6,9	16,0±8,0	20,0±1,6	28,4***±1,8	29,9***±2,0
Соматические расстройства	6,5±1,3	13,3*±2,3	6,7±3,3	15,1±1,0	20,2***±1,1	21,9***±1,5
ОН	3,8±0,3	4,9'±0,3	4,3±1,2	5,3±0,1	6,1***±0,1	6,5***±0,2

Таблица 4. Средние величины показателей по шкалам опросника Е. Александровича и ОН в зависимости от уровня алекситимии у больных алкогольной зависимостью без и с ОПГМ

Шкалы опросника	АЗ без ОПГМ			АЗ с ОПГМ		
	Уровень алекситимии					
	Низкий	Средний	Высокий	Низкий	Средний	Высокий
Страх и фобии	10,8±1,5	14,1±2,0	17,9*±2,6	11,0±1,8	17,8**±2,3	23,8***±3,1
Депрессия	24,4±2,9	30,6±3,2	36,5*±3,6	26,1±3,3	38,5**±3,3	40,4**±3,7
Беспокойство, напряжение	24,6±2,4	32,0*±2,7	35,8*±3,9	28,5±3,3	38,7*±3,0	37,5*±3,0
Нарушения сна	34,2±3,2	34,0±3,2	32,6±4,0	34,5±4,2	44,5'±3,2	40,2±4,2
Истероподобные расстройства	29,9±2,9	31,9±2,9	36,0±3,8	26,2±3,1	34,2*±3,2	39,8**±3,1
Неврастеноподобные расстройства	31,1±3,3	34,2±3,2	33,8±3,8	31,7±3,6	42,6*±3,2	43,1*±3,4
Сексуальные расстройства	17,5±2,9	18,7±2,2	22,0±3,0	12,3±2,0	23,3**±3,1	27,3***±3,2
Дереализация	8,6±1,5	9,7±1,5	12,7±2,8	9,9±1,9	17,3*±2,7	20,1**±3,2
Навязчивости	12,2±2,0	15,6±2,6	19,1*±2,6	9,8±1,6	22,5***±2,7	23,1***±2,5
Трудности социальных контактов	22,4±2,7	26,1±2,7	33,5*±3,6	16,2±2,2	32,0***±3,1	36,8***±3,7
Ипохондрические расстройства	14,3±2,4	16,3±3,0	20,6±3,3	12,0±2,4	24,1**±3,8	27,7***±3,9
Психастеноподобные расстройства	20,3±3,2	26,6±2,8	26,4±3,8	19,0±2,9	31,1**±3,3	33,2**±3,4
Соматические расстройства	14,2±1,6	16,2±1,4	18,5±2,3	14,3±2,0	23,3**±2,3	26,2**±2,6
ОН	5,2±0,2	5,8'±0,2	6,1*±0,3	5,2±0,2	6,5***±0,2	6,9***±0,3

Таблица 5. Средние величины алекситимии в зависимости от уровня общей невротичности у здоровых и больных алкогольной зависимостью (M±m)

Группы испытуемых	Уровни невротичности		
	Низкий	Средний	Высокий
Здоровые	52,6±1,6	61,4*±2,3	
АЗ	60,4±1,3	65,1**±0,7	***70,0***±1,0
АЗ без ОПГМ	61,4±1,8	66,6*±1,3	68,0*±2,4
АЗ с указаниями на ОПГМ	60,5±2,1	63,8±1,1	67,6**±1,1
АЗ с ОПГМ	58,5±3,4	65,0'±1,5	***73,6***±1,3

Таблица 6. Коэффициенты корреляции (r) показателей по шкалам опросника Е. Александровича и ОН с выраженностью алекситимии у здоровых и больных алкогольной зависимостью

Шкалы опросника	Группы испытуемых				
	Здоровые	Больные АЗ	АЗ без ОПГМ	АЗ с указаниями на ОПГМ	АЗ с ОПГМ
Страх и фобии	+0,367**	+0,232***	+0,236**		+0,319***
Депрессия	+0,277*	+0,260***	+0,229**	+0,227**	+0,309***
Беспокойство, напряжение	+0,379**	+0,206***	+0,242**		+0,21*
Нарушения сна		+0,098*			
Истероподобные расстройства		+0,183***			+0,303***
Неврастеноподобные расстройства	+0,373**	+0,199***		+0,270***	+0,256**
Сексуальные расстройства		+0,176***			+0,329***
Дереализация	+0,295*	+0,152**			+0,222*
Навязчивости		+0,286***	+0,179*	+0,302***	+0,367***
Трудности социальных контактов		+0,272***	+0,204*	+0,274***	+0,336***
Ипохондрические расстройства	+0,309*	+0,185***		+0,180*	+0,245**
Психастеноподобные расстройства	+0,281*	+0,226***	+0,169'	+0,197*	+0,298***
Соматические расстройства	+0,283*	+0,226***		+0,164*	+0,341***
ОН	+0,374**	+0,296***	+0,210*	+0,240**	+0,421***

Примечание: Приводятся только статистически достоверные значения r : * – с P < 0,05; ** – с P < 0,01; *** – с P < 0,001; ' – тенденция, близкая к достоверной.

Второй момент касается зависимости выраженности ОН и отдельных ННР (за исключением нарушений сна) от уровня Ал у больных АЗ с ОПГМ. При ЛА она обнаружена только для шкал, измеряющих ЭР, и трудностей социальных контактов, а также навязчивостей. Можно предположить, что трудности социальных контактов в значительной степени связаны с «первичной Ал» как частой для больных АЗ врожденной личностной особенностью, затрудняющей общение вследствие трудностей идентификации и вербализации собственных эмоций. Употребление алкоголя позволяет таким больным преодолеть этот эмоциональный дефект и облегчить общение, что нередко является одним из существенных мотивов алкоголизации. Это подтверждается отсутствием такой зависимости у здоровых лиц. Минимальная зависимость нарушений сна от выраженности Ал при АЗ с ОПГМ, отсутствующая у больных ЛА и здоровых лиц, связана, напротив, с органической составляющей Ал («вторичной Ал»).

Выводы

1. Результаты исследования свидетельствуют о том, что алекситимия является одним из суще-

ственных факторов развития невротоподобных и эмоциональных расстройств, и позволяют выявить преобладающее значение механизмов «первичной» и «вторичной» алекситимии в развитии отдельных расстройств.

2. У больных люцидным алкоголизмом преимущественное значение для личностной тревоги и трудностей социальных контактов имеет первичная алекситимия как стабильная личностная особенность, которую пациенты пытаются преодолеть употреблением алкоголя, что, в свою очередь, запускает механизм «порочного круга».

3. При наличии сопутствующего ОПГМ более существенное влияние на ситуативную тревогу, депрессию и большинство невротоподобных расстройств (особенно нарушения сна) оказывает органический фактор, лежащий в основе вторичной алекситимии.

4. Таким образом, при АЗ влияние органического фактора, играющего важную роль в происхождении эмоциональных и невротоподобных расстройств, может реализоваться как непосредственно, так и опосредованно (по крайней мере, у части больных) через психологические механизмы алекситимии.

Литература

1. Балашова Т.Н., Цыцарев С.В. Методика исследования самооценки эмоционального состояния больных алкоголизмом. Психологическая диагностика при нервно-психических психосоматических заболеваниях. — Л. — 1985. — С. 55–57.
2. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Карпова Э.Б., Корепанова Т.Г., Крылова Г.С., Тархан А.У., Чехлатый Е.Н.(И), Шифрин В.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. — С.-Пб. — 1994. — 17 с.
3. Ересько Д.Б., Карвасарский Б.Д., Лосева Ю.В., Меерсон Я.А., Тархан А.У. Алекситимия у больных невротизмом и ее зависимость от уровня невротичности и типа межполушарной асимметрии головного мозга. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — С.-Пб. — 1994. — С. 134–141.
4. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. — Л.: Изд-во ин-та им. В.М.Бехтерева. — 1989. — С. 16–31.
5. Закс Л. Статистическое оценивание. — М., Статистика. — 1976. — С. 444–447.
6. Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Методические рекомендации. Ленинградский НИИ им. В.М.Бехтерева. — Л. — 1988. — 17 с.
7. Тархан А.У. Нейропсихология эмоциональных расстройств при алкогольной зависимости. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2010. — № 4. — С. 30–34.
8. Тархан А.У. Роль минимальной мозговой дефицитности в развитии невротоподобных расстройств при алкогольной зависимости. — Психическое здоровье. — 2011. — №7. — С.79–86.
9. Тархан А.У. Нейропсихологические механизмы алекситимии и ее связь с алкогольной анозогнозией. — Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2013. — №1. — С. 71–79.
10. Тер-Багдасарян Л.П. Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных невротизмом в процессе групповой психотерапии (в связи с задачами оценки ее эффективности и прогноза). Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Л. — 1990. — 21 с.
11. Трусова А.В. Когнитивная и мотивационная структура невротоподобных расстройств у больных алкогольной зависимостью (в связи с задачами краткосрочной групповой психотерапии): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — СПб. — 2005. — 26 с.
12. Aleksandrowicz J.W., Bierzynski K., Filipiak J. et al. Kwestionariusze objawowe «S» i «O» — narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych. Psychoterapia, XXXVII. — 1981. — Kraków czerwiec. — P. 11–27.
13. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology,

- personality and cognitive style. J Substance Abuse Treatment. – 1991. — Vol. 8. – P. 277–291.*
14. Zung W.K. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat.* – 1965. — № 12. – P. 63–70.
15. Taylor G.J., Bagby P.M., Ryan D.P., Parker J.D.I., Doody K.F., Keef P. Criterion validity of the Toronto alexithymia scale. — *Psychosomatic medicine.* – 1988. — № 50. – P. 500–509.

Сведения об авторах

Тархан Александра Усеиновна – к. м. н., научный сотрудник отделения лечения алкоголизма Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Ерошин Сергей Петрович – к. м. н., старший научный сотрудник отделения лечения алкоголизма Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: eroshin_sp@mail.ru