

## Влияние особенностей межполушарной асимметрии головного мозга и типа мозговой дефицитарности на эмоциональные расстройства и алекситимию при алкогольной зависимости

Тархан А.У., Нежданов Г.А., Дроздов А.А., Зубова Е.Ю., Семенова Н.В., Чехлатый Е.И., Незнанов Н.Г., Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М.  
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург

**Резюме.** В исследование было включено 435 больных (365 мужчин и 70 женщин), которые были разделены на 3 группы по степени выраженности признаков органического поражения головного мозга (данные клинического и нейропсихологического исследования, магнитно-резонансной томографии, электроэнцефалографии, транскортикальной доплерографии): 1. Пациенты с диагнозом синдром зависимости от алкоголя (F10.2x) без коморбидных психических расстройств; 2. Пациенты с диагнозами синдром зависимости от алкоголя F10.2x и коморбидным органическим поражением головного мозга F06.7x легкой степени выраженности; 3. Пациенты с диагнозами синдром зависимости от алкоголя F10.2x и коморбидным органическим поражением головного мозга F06.7x средней степени выраженности. Проведена оценка и межгрупповое сравнение уровня эмоциональных расстройств, выраженности алекситимии и показателей межполушарной асимметрии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что влияние особенностей межполушарной асимметрии головного мозга на выраженность эмоциональных расстройств и алекситимии при алкогольной зависимости связано с выраженностью органического поражения головного мозга. Комплексный анализ данных установил компенсаторную роль левшества и левополушарного типа функциональной межполушарной асимметрии головного мозга в отношении эмоциональных расстройств и алекситимии при отсутствии органического поражения головного мозга. Показано негативное влияние правосторонней мозговой дефицитарности и правополушарного типа функциональной межполушарной асимметрии головного мозга на эмоциональные расстройства у больных алкогольной зависимостью.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, межполушарная асимметрия, эмоциональные расстройства, алекситимия.

### Emotional disorders and alexithymia in patients with alcohol dependence: the role of the interhemispheric asymmetry of the brain and the type of the cerebral deficiency

Tarkhan A.U., Nezhdanov G.A., Drozdov A.A., Zubova E.Y., Semenova N.V., Chekhlaty E.I., Neznanov N.G., Rybakova K.V., Krupitsky E.M.  
V.M. Bekhterev national research medical center for psychiatry and neurology

**Summary.** We undertook this observational study among 435 patients (365 men and 70 women) who were divided into 3 groups based on the severity of the brain damage (clinical features and results of neuropsychological assessment, magnetic resonance imaging, electroencephalography, transcortical Doppler): 1. Patients with alcohol dependence syndrome (F10.2x) without comorbid psychiatric disorders; 2. Patients with alcohol dependence syndrome (F10.2x) and mild comorbid organic brain disorder F06.7x; 3. Patients with alcohol dependence syndrome (F10.2x) and moderate comorbid organic brain disorder (F06.7x). We assessed the severity of emotional disorders, alexithymia and interhemispheric asymmetry and compared these features between the groups.

We found that the severity of the organic brain damage play important role in the association between the interhemispheric asymmetry and the severity of emotional disorders and alexithymia in patients with alcohol dependence. The complex analysis of the data shown that left-handedness and a functional asymmetry toward the left are the protective factors for the emotional disorders and alexithymia in the group of patients without organic brain disorder. Moreover, right-sided cerebral deficiency and a functional asymmetry toward the right are associated with higher risk of the emotional disorders in patients with alcohol dependence.

**Key words:** alcohol dependence, interhemispheric asymmetry, emotional disorders, alexithymia.

**А**ктуальность изучения нейропсихологии эмоциональных расстройств, в том числе, роли межполушарной асимметрии при алкогольной зависимости (АЗ), обусловлена частотой нарушений настроения у больных АЗ [8, 9, 16]. Так, например, повышение уровня тревоги является наиболее общим компонентом эмо-

циональных расстройств на этапах становления ремиссии [8, 20]. В настоящее время существует большое количество клинических и экспериментальных нейропсихологических данных, свидетельствующих о том, что индивидуумы с доминирующим правым полушарием более склонны к негативным эмоциональным состояниям, чем ин-

дивидуумы с доминирующим левым полушарием [6, 10, 21]. Превалирование негативных эмоциональных переживаний у больных АЗ можно рассматривать, как результат преобладания у них признаков правополушарного доминирования и, соответственно, пониженного фона настроения [4]. Алкоголь, как транзиторный модулятор межполушарных отношений, позволяет снизить избыточную активность правого полушария, изменяя баланс активации в сторону левого полушария, тем самым улучшая фон настроения, что может быть одной из причин, способствующих развитию АЗ [4, 7].

Механизм реципрокного межполушарного взаимодействия при хронической алкогольной интоксикации возможен при регулировании эмоциональных состояний, тогда как механизмы взаимодействия при осуществлении высших когнитивных функций более сложны. Хроническое употребление алкоголя, в большей степени влияющее на правое полушарие, приводит к функциональному снижению его активности, при этом функции левого полушария также остаются дезорганизованными [2, 19].

Сложность исследований центральных мозговых механизмов при АЗ связана с диффузностью и относительно небольшой выраженностью расстройств высших психических функций у больных с данной патологией. С помощью высокочувствительной нейропсихологической методики для выявления минимальной мозговой дефицитарности [1,10] были выявлены два типа взаимоотношений между эмоциональными расстройствами и мозговой дефицитарностью. При АЗ без органического поражения головного мозга (ОПГМ) тревога и депрессия являются адекватным проявлением эмоциональной реактивности, возможным при относительной сохранности мозговых структур (левосторонних височно-теменных и лобных). У больных АЗ с ОПГМ выраженная мозговая дефицитарность может быть одним из существенных факторов, приводящих к клинически значимым эмоциональным нарушениям, препятствующим формированию стойких ремиссий. Уровень эмоциональных расстройств при этом связан, в первую очередь, с правополушарными и двухсторонними расстройствами, с дефицитарностью функций височных, затылочных и левосторонних теменных структур [5, 12].

Еще одним из важных факторов, связанных с эмоциональными расстройствами, является алекситимия-психологическая особенность, характеризующаяся, в первую очередь, трудностями в аутоидентификации и вербализации собственных чувств. Описана прямая зависимость частоты и выраженности алекситимии при АЗ от выраженности ОПГМ (по клиническим критериям) и мозговой дефицитарности (по результатам нейропсихологического исследования). При АЗ алекситимия включает в себя две составляющие — генетически обусловленные личностные особенности (модель «врожденного дефицита», преобладающая у больных с АЗ без ОПГМ и «вторич-

ная алекситимия», связанная с наличием ОПГМ. При АЗ с ОПГМ «вторичная алекситимия» связана с нарастанием общего уровня мозговой дефицитарности (за счет присоединения дефицита левополушарных функций), захватывающей практически все отделы мозговой коры. Наличие алекситимии у здоровых испытуемых и больных без ОПГМ (модель генетически обусловленного дефицита) обусловлено некоторым снижением функций правого полушария [11, 17].

При изучении связи функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ФМПАГМ) с расстройствами высших психических функций было обнаружено, что у больных алкоголизмом левшество, являющееся следствием ранних преморбидных мозговых дефицитов и при отсутствии выраженного ОПГМ, играет компенсаторную роль в отношении как ряда высших психических функций, так и типа ФМПАГМ. Правополушарный тип ФМПАГМ при решении вербально-логических задач, преобладающий при АЗ, сопровождается значительно более обширными и выраженными нарушениями высших психических функций, чем левополушарный [1, 13, 19].

Таким образом, проблема межполушарной асимметрии головного мозга при алкогольной зависимости требует дифференцированного подхода, учитывающего степень органического поражения мозга у разных групп больных.

**Целью работы** является изучение роли межполушарной асимметрии головного мозга (левшества, типа ФМПАГМ при решении вербально-логических задач) и типа мозговой дефицитарности в развитии эмоциональных расстройств и алекситимии при алкогольной зависимости.

### Материалы и методы

В исследование было включено 435 больных (365 мужчин и 70 женщин), в возрасте от 18 до 65 лет, соответствующих критериям диагнозов по МКБ-10: 1. Синдром зависимости от алкоголя (F10.2x), давностью не менее 1 года, с купированным синдромом отмены алкоголя (последнее употребление алкоголя не менее 7 дней); 2. Легкое когнитивное расстройство (F06.7x) легкой и средней степени выраженности.

В зависимости от установленной выраженности признаков ОПГМ (по результатам клинического и нейропсихологического исследования, магнитно-резонансной томографии, электроэнцефалографии, транскортикальной доплерографии) все больные были разделены на 3 группы:

1. Пациенты, имеющие один диагноз — синдром зависимости от алкоголя (F10.2x) (139 больных, средний возраст  $43,7 \pm 0,7$  лет, длительность АЗ  $12,3 \pm 0,6$  лет, средняя выраженность мозговой дефицитарности  $23,3 \pm 0,8$  балла) (методика оценки выраженности мозговой дефицитарности приведена ниже);
2. Пациенты с диагнозами синдром зависимости от алкоголя и органическое поражение

ние головного мозга (F10.2x и F06.7x) легкой степени выраженности (154 больных, средний возраст 39,9±0,8 лет, длительность АЗ 10,9±0,5, средняя выраженность мозговой дефицитарности 25,1±0,7 балла)

3. Пациенты с диагнозами синдром зависимости от алкоголя и органическое поражение головного мозга (F10.2x и F06.7x) средней степени выраженности (142 больных, средний возраст 40,4±1,0 лет, длительность АЗ 9,7±0,6 лет, средняя выраженность мозговой дефицитарности 33,3±0,1 балла).

В исследование не включались пациенты с любой другой химической зависимостью, кроме алкогольной и никотиновой; с коморбидной психической патологией (шизофрения, шизотипические состояния, бредовые расстройства (F20-F29), аффективные расстройства (F30-F39), деменция (F00-F03) с тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Проводилась оценка 3 групп показателей.

1. Уровень эмоциональных расстройств оценивался по шкале тревоги Спилбергера-Ханина [14], шкале депрессии Зунга [23], опроснику депрессии и тревоги Е. Александровича [15].
2. Уровень выраженности алекситимии определялся по Торонтской алекситимической шкале [22].
3. Показатели межполушарной асимметрии головного мозга
4. 3.1. Выраженность левшества оценивалась по наличию его признаков у испытуемого и его родственников и результатов выполнения шести заданий (сплетение пальцев, «поза Наполеона», аплодирование, «завести механический будильник», «положить ногу на ногу», «поднять предмет с пола») [11];
- 3.2. Тип ФМПАГМ при решении вербально-логических задач исследовался с помощью двух методик («Третий лишний» и «Классификация») для экспресс-диагностики левополушарного (логически-категориального) либо правополушарного (образно-функционального) способов решения интеллектуальных задач [11];
- 3.3. Выраженность мозговой дефицитарности левого и правого полушарий головного мозга оценивалась с помощью стандартизированной нейропсихологической методики для выявления минимальной мозговой дефицитарности при АЗ [10], включающей 42 теста, позволяющих обнаружить дефицитарность различных функциональных структур левого и правого полушарий головного мозга (исследование различных видов слухового и зрительного гнозиса, памяти и праксиса, сенсорной интеграции, речи, письма и чтения);

3.4. Для оценки выраженности правосторонней и левосторонней нейропсихологической симптоматики применялись обобщенные относительные показатели (относительная выраженность правосторонней и левосторонней нейропсихологической симптоматики). Тип мозговой дефицитарности определялся преобладанием право- (правый тип мозговой дефицитарности) либо левосторонней нейропсихологической симптоматики (левый тип мозговой дефицитарности).

Сравнение проводилось с нормативными данными, полученными на 53 здоровых испытуемых (26 мужчинах и 27 женщинах), средний возраст 30,7±1,4 лет.

**Статистическая обработка.** Для статистической обработки использовался пакет программ SPSS. В качестве статистических характеристик были рассчитаны средние, стандартные ошибки и среднеквадратичные отклонения. В качестве меры связи между показателями был применен коэффициент корреляции Пирсона. Для сравнения распределения частот уровней эмоциональных расстройств и алекситимии в зависимости от наличия/отсутствия левшества, типа ФМПАГМ и мозговой дефицитарности использовалась информационная статистика 2I, основанная на мере дивергенции между несколькими генеральными совокупностями и сходная по идеологии с критерием  $\chi^2$  [3].

### Результаты исследования

Как видно из табл.1, различий в распределении частоты встречаемости у испытуемых типа мозговой дефицитарности и выраженности левшества как между здоровыми испытуемыми и больными АЗ, так и между отдельными группами больных, по критерию 2I нет, хотя левшество при АЗ встречается в 2 раза чаще, чем у здоровых лиц. Различия в зависимости от типа ФМПАГМ между здоровыми испытуемыми и страдающими АЗ высоко достоверно за счёт преобладания при АЗ правополушарного типа, встречающегося у них в 3 раза чаще, чем у здоровых, и в 7 раз чаще других типов.

**Зависимость эмоциональных расстройств и алекситимии от уровня левшества.** Корреляций выраженности эмоциональных расстройств и алекситимии с выраженностью признаков левшества, как и зависимости средней выраженности признаков левшества от уровня эмоциональных расстройств, не выявлено ни в одной группе испытуемых. У левшей в группе больных АЗ без ОПГМ выраженность депрессии по шкале Зунга оказалась значимо ниже, чем у правшей в данной группе (41,9±2,4 vs 47,1±0,8;  $p \leq 0,05$ ), что соответствует данным, полученным в нормативной группе. В группе АЗ без ОПГМ данная закономерность отмечалась для выраженности личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина (41,8±2,2 vs 47,9±0,9;  $p \leq 0,05$ ). В обобщенной груп-

**Таблица 1. Распределение испытуемых в зависимости от показателей межполушарной асимметрии и типа мозговой дефицитарности**

Показатели МПА	Тип	Группы испытуемых (абсолютное число пациентов и % от общего количества)				
		Здоровые	АЗ (обобщенная группа)	АЗ без ОПГМ	Аз с ОПГМ лёгкой сте- пени	АЗ с ОПГМ средней сте- пени
Выраженность левшества	0-1	40 (75,5%)	295 (67,9%)	103 (74,1%)	101 (65,6%)	91 (64,1%)
	2	11 (20,8%)	106 (24,4%)	22 (15,8%)	42 (27,3%)	42 (29,6%)
	3-4	2 (3,8%)	34 (7,8%)	14 (10%)	11 (7,1%)	9 (6,3%)
Тип ФМПАГМ	П	14 (26,4%)	377 (87,3%)*	124 (89,2%)	128 (83,1%)	125 (89,3%)
	С	20 (37,7%)	49 (11,3%)*	13 (9,4%)	22 (14,4%)	14 (10%)
	Л	19 (35,8%)	6 (1,4%)*	2 (1,4%)	3 (2,0%)	1 (0,7%)
Тип мозговой дефицитарности	П	3 (5,7%)	84 (19,3%)	24 (17,3%)	27 (17,5%)	33 (23,2%)
	Л	5 (9,4%)	130 (29,9%)	33 (23,7%)	39 (25,3%)	58 (40,8%)

Примечание: 1. Сокращения: П—правосторонний тип ФМПАГМ; Л—левосторонний тип ФМПАГМ; С—смешанный тип ФМПАГМ.

2. \*—Достоверность различий по отношению к здоровым испытуемым:  $p \leq 0,01$  (информационная статистика 2I).

ле больных АЗ выраженность алекситимии у левой также была значимо ниже, чем у правой ( $61,8 \pm 1,6$  vs  $65,9 \pm 0,7$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, приведенные данные указывают на компенсаторную роль левшества в отношении уровня депрессии по шкале Зунга, личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина и уровня алекситимии.

**Зависимость эмоциональных расстройств и алекситимии от типа ФМПАГМ.** Корреляций выраженности левого типа ФМПАГМ с показателями эмоциональных расстройств и алекситимии не обнаружено ни в одной группе испытуемых. В группе больных АЗ без ОПГМ со смешанным типом ФМПАГМ достоверно ниже, чем у больных с правым типом ФМПАГМ, средние показатели ситуативной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина ( $38,5 \pm 1,3$  vs  $42,1 \pm 0,9$ ;  $p \leq 0,05$ ), личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина ( $43,0 \pm 1,5$  vs  $47,8 \pm 0,8$ ;  $p \leq 0,05$ ) и по шкале депрессии опросника Александровича ( $18,0 \pm 3,2$  vs  $18,0 \pm 3,2$ ;  $p \leq 0,01$ ) (сравнение с левым типом невозможно из-за незначительного количества его носителей при АЗ). Установлено, что в группе больных АЗ с легким ОПГМ средняя выраженность признаков левого типа ФМПАГМ значимо ниже при высоком уровне депрессии по шкале Зунга ( $0,2 \pm 0,2$ ), чем при среднем ( $0,6 \pm 0,2$ ;  $p \leq 0,05$ ) и низком ( $0,6 \pm 0,1$ ;  $p \leq 0,05$ ) уровнях депрессии по шкале Зунга.

При раздельном анализе у *правшей* в группе больных АЗ без ОПГМ отмечается обратная зависимость тревоги по опроснику Александровича ( $r = -0,21$ ;  $p \leq 0,01$ ) от выраженности левого типа ФМПАГМ. У больных в группе АЗ с легким ОПГМ имеется прямая зависимость ( $r = 0,22$ ;  $p \leq 0,01$ ) личностной тревожности по шкале Спилбергера-

Ханина от данного показателя межполушарной асимметрии. У *левой* зависимости эмоциональных расстройств и алекситимии от выраженности левого типа ФМПАГМ не выявлено.

Таким образом, при отсутствии ОПГМ левополушарный тип ФМПАГМ играет компенсаторную роль в отношении эмоциональных расстройств (личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, депрессии и тревоги по шкале Александровича у правшей, алекситимии и ситуативной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина у левой). Напротив, правополушарный тип ФМПАГМ негативно влияет на эти показатели, причём это влияние обнаруживается только у больных АЗ без ОПГМ.

**Зависимость эмоциональных расстройств и алекситимии от выраженности право- и левосторонней мозговой дефицитарности.** Корреляционной зависимости эмоциональных расстройств и алекситимии от типа мозговой дефицитарности не выявлено ни в одной группе испытуемых. Однако показатели алекситимии у больных АЗ без ОПГМ при правостороннем типе мозговой дефицитарности ( $70,4 \pm 2,1$ ) выше, чем при левостороннем ( $64,6 \pm 1,8$ ;  $p \leq 0,05$ ). У больных АЗ выраженность эмоциональных расстройств ни в одной из групп не зависит от относительной выраженности право- или левосторонней нейропсихологической симптоматики. Однако средняя общая выраженность правосторонней нейропсихологической симптоматики при наличии ситуативной тревоги выше, чем при её отсутствии (за счёт больных с лёгким и средним ОПГМ) (табл.2).

Во всех исследуемых группах относительная выраженность левосторонней нейропсихологической симптоматики при высоком уровне алек-

**Таблица 2. Средние величины относительной выраженности правосторонней и левосторонней нейропсихологической симптоматики в зависимости от уровня эмоциональных расстройств и алекситимии (M±m)**

Психологические показатели	Уровень	Группы испытуемых				
		Здоровые	А3 Обобщенная группа	А3 без ОПГМ	А3 с ОПГМ лёгкой степени	А3 с ОПГМ средней степени
Ситуативная тревога по шкале Спилбергер-Ханина	Низкий	0,13±0,05	0,42±0,04	0,40±0,04	0,34±0,05	0,44±0,09
	Средний	0,23±0,03*	0,52±0,02	0,46±0,03	0,52±0,03*	0,58±0,04
	Высокий	0,31±0,06*	0,54±0,03*	0,51±0,08	0,50±0,04	0,70±0,05*
Алекситимия по Торонтской шкале	Низкий	0,22±0,03 0,33±0,01	0,45±0,02 0,57±0,02	0,42±0,04 0,53±0,02	0,42±0,04 0,53±0,02	0,55±0,05 0,66±0,04
	Средний	0,26±0,05 0,40±0,03*	0,50±0,03 0,61±0,02*	0,42±0,04 0,51±0,03*	0,52±0,04 0,60±0,03*	0,57±0,06 0,74±0,04*
	Высокий	0,27±0,04 0,31±0,05	0,62±0,03* 0,72±0,03*	0,55±0,06* 0,62±0,04*	0,61±0,05* 0,63±0,04*	0,68±0,05* 0,86±0,04*

Примечание: 1. НПС — нейропсихологическая симптоматика; 2. Жирным шрифтом обозначены средние величины левосторонней НПС; 3. Статистическая значимость различий групп с нормативными данными определялась по результатам дисперсионного анализа: \* — различия статистически значимы ( $p \leq 0,05$ ).

ситимии выше, чем при среднем и низком уровнях (табл.2). Аналогичная зависимость отмечается для правополушарной нейропсихологической симптоматики у больных А3 без ОПГМ и с лёгким ОПГМ) (табл. 2).

Выявлено, что выраженность алекситимии находится в прямой зависимости, от относительной выраженности правосторонней нейропсихологической симптоматики в группах больных А3 без ОПГМ (коэффициент корреляции  $r=0,23$ ;  $p \leq 0,001$ ) и с лёгким ОПГМ ( $r=0,20$ ;  $p \leq 0,001$ ). У больных со средней степенью ОПГМ выраженность алекситимии положительно коррелирует с выраженностью левосторонней нейропсихологической симптоматикой ( $r=0,31$ ;  $p \leq 0,001$ ).

Корреляционный анализ выявил у *правшей* положительные корреляции выраженности депрессии по шкале Зунга с относительной выраженностью левосторонней нейропсихологической симптоматики в обобщённой группе ( $r=0,13$ ,  $p \leq 0,001$ ) и в группе А3 со средней степенью ОПГМ ( $r=0,24$ ;  $p \leq 0,05$ ). У *левшей* в группе больных А3 без ОПГМ отмечается обратная зависимость показателей шкалы депрессии по опроснику Александровича с относительной выраженностью как правосторонней ( $r=-0,73$ ,  $p \leq 0,01$ ), так и левосторонней ( $r=-0,54$ ;  $p \leq 0,05$ ) нейропсихологической симптоматики. У левшей в группе А3 со средней степенью ОПГМ алекситимия находится в обратной зависимости от выраженности левосторонней нейропсихологической симптоматики ( $r=-0,71$ ;  $p \leq 0,05$ ). В группе больных А3 без ОПГМ алекситимия положительно коррелирует с выраженностью правосторонней нейропсихологической симптоматики ( $r=0,54$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Комплексный анализ полученных данных свидетельствует о том, что компенсаторное влияние левшества и левополушарного типа ФМПАГМ на эмоциональное состояние и алекситимию, как

и неблагоприятное влияние правополушарного типа, у больных А3 проявляется только при отсутствии ОПГМ. При наличии ОПГМ оно маскируется выступающим на первый план влиянием мозговой дефицитарности. Влияние минимальной мозговой дефицитарности на выраженность эмоциональных расстройств и алекситимии при А3 без ОПГМ является скорее не прямым, а опосредованным через сформировавшиеся конституционально или в раннемпреморбиде особенности межполушарной асимметрии (левшество и правый тип ФМПАГМ).

### Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что влияние особенностей межполушарной асимметрии головного мозга на выраженность эмоциональных расстройств и алекситимии при алкоголизме связано с характером и выраженностью органического поражения головного мозга. Комплексный анализ данных позволяет говорить о компенсаторной роли левшества и, особенно, левополушарного типа ФМПАГМ в отношении эмоциональных расстройств и алекситимии при отсутствии органического поражения головного мозга. Негативное влияние правосторонней мозговой дефицитарности и правополушарного типа ФМПАГМ на эмоциональные расстройства может быть реализовано как непосредственно, так и опосредованно через психологические механизмы алекситимии — «первичной» для личностной тревожности у больных А3 без органического поражения головного мозга или «вторичной» для ситуативной тревоги и депрессии при А3 с выраженным органическим поражением головного мозга.

Влияние минимальной мозговой дефицитарности на выраженность эмоциональных расстройств

и алекситимии при АЗ без ОПГМ является скорее не прямым, а опосредованным через сформировавшиеся конституционально или в раннем преморбиде особенности межполушарной асимметрии (левшество и правый тип ФМПАГМ). Можно предположить, что стабильные личностные особенности, такие как личностная тревожность, определяемая по шкале Спилбергера-Ханина и алекситимия, в значительной степени связа-

ны с наличием преморбидной мозговой дефицитности, тогда как ситуативная тревога (шкала Спилбергера-Ханина) и депрессия (шкала Зунга), а также тревога и депрессия по опроснику Александровича, отражающие актуальное психопатологическое состояние, скорее зависят от коморбидного органического поражения головного мозга неалкогольного или алкогольного генеза.

## Литература

1. Деглин В.Л., Черниговская Т.В. Решение силлогизмов в условиях преходящего угнетения правого или левого полушария мозга // Физиология человека. — 1990. — №16. — С. 21-28.
2. Егоров А.Ю. О нарушении межполушарного взаимодействия при психопатологических состояниях // Журнал эволюционной биохимии и физиологии. — 2003. — Т. 39. — № 1. — С. 41-52.
3. Закс Л. Статистическое оценивание. — М. — Статистика. — 1976. — С. 444-447.
4. Москвин В.А. Межполушарные отношения и проблема индивидуальных различий. — М. — Изд-во МГУ. — Оренбург. — ИПК ОГУ. — 2002. — 288 с.
5. Москвин В.А. Индивидуальные профили латеральности и некоторые особенности психических процессов (в норме и патологии): Дисс. ... канд. психол. наук. — МГУ. — 1990.
6. Переверзева И.А. К проблеме мозговой организации эмоциональных процессов в аспекте функциональной асимметрии полушарий головного мозга человека // Вопросы психологии. — 1980. — № 2. — С. 65-73.
7. Рецикова Т.Н. Влияние алкоголя на межполушарные функциональные отношения у человека // Взаимоотношения полушарий мозга. — Тбилиси. — Мецниерба. — 1982. — С. 194.
8. Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Рыбакова Т.Г., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Зубова Е.Ю., Крупицкий Е.М. Предикторы длительности ремиссий алкогольной зависимости у больных с различным качеством ремиссий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2014. — №3. — С. 31-37
9. Рыбакова К.В., Рыбакова Т.Г., Незнанов Н.Г., Ерышев О.Ф. Влияние коморбидных хронических депрессивных расстройств на формирование и течение алкогольной зависимости // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова — т.113, выпуск 2. Алкоголизм. — 2013. — №6, — С. 27-33.
10. Тархан А.У. Нейропсихология эмоциональных расстройств при алкогольной зависимости. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 2010. — №4. — С. 30-34.
11. 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.
12. Тархан, А.У., Нежданов Г.А, Зубова Е.Ю., Попов Ю.В., Чехлатый,Е.И., Незнанов Н.Г., К.В. Рыбакова, К.В., Крупицкий.Е.М.. Функциональные асимметрии головного мозга и клинические особенности алкоголизма // Неврологический вестник. — 2016. — Т. 48. — Вып.1. — С. 42-53.
13. Тархан А.У., Нежданов Г.А, Зубова Е.Ю., Попов Ю.В., Чехлатый,Е.И., Незнанов Н.Г., К.В. Рыбакова, К.В., Крупицкий.Е.М.. Связь особенностей межполушарной асимметрии головного мозга с нарушениями высших психических функций у больных алкоголизмом // Неврологический вестник. — 2016. — Т. 48. — Вып. 3. — С. 44-54.
14. Ханин Ю.Л. Психология общения в спорте // М.: Физкультура и спорт.—1980.—280 с.
15. Aleksandrowicz J.W., Bierzynski K., Filipiak J. et al. Kwestionariuszeobjawowe «S» i «O» — narzedziashuzace do diagnozyi opisue zaburzennerwicowych // Psychoterapia. — 1981. — V.XXXVII. — P. 11-27.
16. Carpenter K.M., Hasin D.S. Drinking to cope with negative affect and DSM-IV alcohol use disorders: A test of three alternative explanations // Journal of Studies on Alcoholism. — 1999. — V.60. — P. 694-704.
17. Cecero J.J., Holmstrom R.W. Alexithimia and affect pathology among adult male alcoholics // Journal of Clinical Psychology. — 1997. — Vol.53. — № 3. — P. 201-208.
18. Kurup R. K., Kurup P. A. Hypothalamic digoxin, hemispheric chemical dominance, and addictive behavior // Int J Neurosci. — 2003. — Vol.113. — P. 279-289.
19. London W.P. Treatment outcome of left-handed versus right-handed alcoholic men // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 1985. — V.9. — № 6. — P. 503-504.
20. Miller L.I. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction neuropsychology: Personality and cognitive style // J. Substance Abuse. Treatment. — 1991. — V.8. — P. 277-291.
21. Orme J.E. Left-handedness, ability and emotional instability // British Journal of Social and Clinical Psychology. — 1970. — Vol.9. — P. 87-88.
22. 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. — Vol.50. — P. 500-509.
23. Zung W.K. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiat. — 1965. — №12. — P. 63-70.

*Сведения об авторах*

**Тархан Александра Усеиновна** — к. м. н., научный сотрудник отделения лечения алкоголизма НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

**Нежданов Григорий Александрович** — аспирант отделения лечения больных алкоголизмом НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

**Дроздов Алексей Андреевич** — врач отделения лечения больных алкоголизмом НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

**Зубова Елена Юрьевна** — д.м.н., гл. специалист по подготовке кадров НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: nitella7@mail.ru.

**Семенова Наталия Владимировна** — д.м.н., руководитель научно-организационного отделения НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева им. В.М. Бехтерева.

**Чехлатый Евгений Иванович** — д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: chekhlaty@mail.ru

**Незнанов Николай Григорьевич** — д.м.н., профессор, директор НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: sp-binst@bekhterev.ru.

**Рыбакова Ксения Валерьевна** — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения лечения больных алкоголизмом НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: ksenia@med122.com

**Крупницкий Евгений Михайлович** — д.м.н., профессор, руководитель отдела аддиктологии НИМЦ ПН им. В.М. Бехтерева. E-mail: krueator@gmail.ru