Ежемесячный научно-практический журнал

Наркология

Читайте в номере:

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками. Оценка распространенности — косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков

Сахаров А.В., Голыгина С.Е.
Смертность населения Забайкальского края от причин, обусловленных алкоголем: анализ официальных показателей за 2005—2020 гг.

Макушкина О.А., Шарабидзе Н.Г., Леурда Е.В.
Прогнозирование риска повторного общественно опасного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами

Михайлов М.А.
Структурное моделирование измененных состояний сознания, вызванных психоактивными веществами

Скрябин В.Ю., Застрожин М.С., Брюн Е.А., Сычев Д.А.
Судорожные приступы на фоне отмены алкоголя (обзор литературы)

Шайдукова Л.К.
Истоки алкогольной анозогнозии теоретические и прикладные аспекты

Дайджест англоязычной отраслевой периодики

Контактная информация

Издатель
Иришкин Дмитрий

телефон:
+7(495) 518 1451

e-mail:
genius-media@mail.ru

6
2022

И.о. главного редактора
Чернобровкина Т.В.

Заместители главного редактора
Надеждин А.В.
Соловьев А.Г.

Международный редактор
Гржибовский А.М.

Редакционная Коллегия
Агибалова Т.В.
Арзуманов Ю.Л.
Березкин А.С.
Бондарь И.В.
Бузик О.Ж.
Винникова М.А.
Гриненко А.Я.
Дамулин И.В.
Застрожин М.С.
Звартау Э.Э.
Иванец Н.Н.
Игумнов С.А.
Казаковцев Б.А.
Кибитов А.О.
Клименко Т.В.
Колгашкин А.Ю.
Копоров С.Г.
Копытов А.В.
Кошкина Е.А.
Крупицкий Е.М.
Литвинцев С.В.
Макаров В.В.
Макушкин Е.В.
Незнанов Н.Г.
Нужный В.П.
Покровский В.В.
Савчук С.А.
Середенин С.Б.
Сиволап Ю.П.
Софронов А.Г.
Сычев Д.А.
Судаков С.К.
Шабанов П.Д.

Председатель Редакционного Совета
Брюн Е.А.

Заместитель Председателя Редакционного Совета
Иришкин А.А.

Редакционный совет
Анохина И.П.
Бохан Н.А.
Быков В.А.
Гофман А.Г.
Егоров В.Ф.
Зиньковский А.К.
Изотов Б.Н.
Козлов А.А.
Михайлов А.Г.
Онищенко Г.Г.
Хритинин Д.Ф.
Целинский Б.П.
Цыганков Б.Д.

Издатель
Иришкин Дмитрий Андреевич
тел.: +7 (495) 518-14-51
e-mail: genius-media@mail.ru

Журнал зарегистрирован в Министерстве печати и связи Российской Федерации Регистрационный номер ПИ №77-902от 31 мая 2001 г.

Включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных публикаций. Перепечатка материалов и использование их в любой форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны только с письменного разрешения издателя.
e-mail: genius-media@mail.ru

ISSN 1682-8313
Тираж: 200 экз.
© ИП Иришкин Дмитрий Андреевич, 2022

Наркология

Ежемесячный рецензируемый научно-практический журнал
Российская академия наук
Ассоциация наркологов России
International Society of Addiction Journal Editors

2022. Том 21, №6

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
Глобальная программа по оценке масштабов злоупотребления наркотиками. Оценка распространенности – косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков 3

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е.
Смертность населения Забайкальского края от причин, обусловленных алкоголем: анализ официальных показателей за 2005–2020 гг. 26

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Макушкина О.А., Шарабидзе Н.Г., Леурда Е.В.
Прогнозирование риска повторного общественно опасного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами 35

Михайлов М.А.
Структурное моделирование измененных состояний сознания, вызванных психоактивными веществами 44

ОБЗОРЫ

Скрябин В.Ю., Застрожин М.С., Брюн Е.А., Сычев Д.А.
Судорожные приступы на фоне отмены алкоголя (обзор литературы) 54

Шайдукова Л.К.
Истоки алкогольной анозогнозии – теоретические и прикладные аспекты. 63

ДАЙДЖЕСТ

Дайджест англоязычной отраслевой периодики. 73

Acting Editor-in-chief
Chernobrovkina T.V.

Deputies editor-in-chief
Nadezhdin A.V.
Soloviev A.G.

International Editor
Grzhibovsky A.M.

Editorial Board
Agibalova T.V.
Arzumanov Yu.L.
Berezkin A.S.
Bondar' I.V.
Buzik O.Zh.
Golenkov A.V.
Damulin I.V.
Zvartau E.E.
Ivanets N.N.
Igumnov S.A.
Kazakovtsev B.A.
Kibitov A.O.
Klimenko T.V.
Kolgashkin A.Yu.
Kopytov A.V.
Koporov S.G.
Koshkina E.A.
Krupitsky E.M.
Litvintsev S.V.
Makarov V.V.
Makushkin E.V.
Neznanov N.G.
Nuzhny V.P.
Pokrovsky V.V.
Savchuk S.A.
Seredenin S.B.
Sivolap Yu.P.
Sofronov A.G.
Sudakov S.K.
Shabanov P.D.
Sychev D.A.
Vinnikova M.A.
Zastrozhin M.S.

Head of Editorial Council
Bryun E.A.

Vice-Head of Editorial Council
Irishkin A.A.

Editorial Council
Anokhina I.P.
Bokhan N.A.
Bykov V.A.
Gofman A.G.
Egorov V.F.
Zin'kovsky A.K.
Izotov B.N.
Kozlov A.A.
Mikhailov A.G.
Onischenko G.G.
Khritinin D.F.
Tselinsky B.P.
Tsygankov B.D.

Publisher:

Irishkin Dmitry
tel.: +7(495) 518 1451,
e-mail: genius-media@mail.ru

Editorial opinion can not have the same number with the opinion of the authors. Editors are not responsible for the content of advertising material.

Requests for permission to reprint material should be addressed to publisher.
e-mail: genius-media@mail.ru

Circulation 200 copies.

ISSN 1682-8313

© IE Irishkin Dmitry Andreevich, 2022

Narcology

Monthly reviewed scientific and practical journal
Russian Academy of Sciences
Association of Russian Narcologists
International Society of Addiction Journal Editors

2022. Vol. 21, Issue 6

CONTENTS

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS

United Nations Office on Drugs and Crime
Global Drug Abuse Assessment Program.
Prevalence estimates are indirect methods
for estimating the extent of the drug problem 3

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS

Sakharov A.V., Golygina S.E.
Mortality of the population of the Zabaykalsky Region from alcohol causes:
analysis of official indicators for 2005–2020 26

CLINICAL ASPECTS

Makushkina O.A., Sharabidze N.G., Leurda E.V.
Prediction of the risk of repeated socially dangerous behavior
in persons with severe mental disorders 35

Mikhaylov M.A.
Structural modeling of altered states of consciousness
caused by psychoactive substances 44

REVIEW

Skryabin V.Yu., Zastrozhin M.S., Brun E.A., Sychev D.A.
Alcohol-related seizures (literature review) 54

Shaydukova L.K
The origins of alcoholic anosognosia –
theoretical and applied aspects 63

DIGEST

Digest of English-language Journals of Addictions 73

https://doi.org/10.25557/1682-8313.2022.06.63-72 **Научный обзор [Review]**

Истоки алкогольной анозогнозии – теоретические и прикладные аспекты

Шайдукова Л.К. д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии; Заслуженный врач Республики Татарстан

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Казань, Россия

При изучении истоков алкогольной анозогнозии были выявлены различные варианты: активация системы отрицания при наличии двойной нозологии – алкоголизма и расстройства личности, алкоголизма и депрессии; когнитивный дефицит или когнитивные искажения (при изначально низком образовательном уровне или приобретенном интеллектуальном снижении); отсутствие интроспекции из-за эго-синтонности патологии; низкое осознание вследствие алекситимичности индивидуума; латентные аутодеструктивные тенденции в виде «мортальной декларации»; абнормально яркие алкохимические ощущения (визуально-органолептические, психофизические, эмоционально-перцептивные), связанные с алкоголем. Теоретические аспекты нашли подтверждение при исследовании гендерно разнородной группы из 250 пациентов с алкогольной анозогнозией.

Ключевые слова: алкогольная анозогнозия, теоретические и прикладные аспекты.

Для цитирования: Шайдукова Л.К. Истоки алкогольной анозогнозии – теоретические и прикладные аспекты. *Наркология* 2022; 21(6): 63-72.

Авторы для корреспонденции: Шайдукова Лейла Казбековна; **e-mail:** shaidukova@list.ru
Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликтов интересов.
Поступила: 20.04.2022

The origins of alcoholic anosognosia – theoretical and applied aspects

Shaydukova L.K.

Kazan State Medical University
Kazan, Russia

When studying the origins of alcoholic anosognosia various options were identified: activation of the denial system in the presence of a double nosology – alcoholism and personality disorder, alcoholism and depression; cognitive deficit or cognitive distortions (with an initially low educational level or acquired intellectual decline); lack of introspection due to the ego-syntonicity of the pathology; low awareness due to the alexithymism of the individual; latent self-destructive tendencies in the form of a «mortal declaration»; abnormally vivid alcochemical sensations (visual-organoleptic, psychophysical, emotional-perceptual) associated with alcohol. Theoretical aspects were confirmed in the study of a gender-diverse group of 250 patients with alcoholic anosognosia.

Key words: alcoholic anosognosia, theoretical and applied aspects

For citation: Shaydukova L.K The origins of alcoholic anosognosia – theoretical and applied aspects. *Narkologia [Narcology]* 2022; 21(6): 63-72. (In Russian).

Corresponding author: Leila K. Shaydukova; **e-mail:** shaidukova@ list.ru
Funding. The study had no sponsorship.
Conflict of interest. The author declare no conflict of interest.
Accepted: 20.04.2022

Алкоголизм в научной и учебной литературе метко назван «болезнью отрицания» вследствие наличия в клинике анозогнозии. Если на начальных стадиях заболевания анозогнозия является психологическим феноменом, вызванным компенсаторными механизмами защиты, то на развернутой и конечной стадиях она рассматривается как клинический симптом алкогольной энцефалопатии — выделяют реактивную и энцефалопатическую типы [14, 22]. Впрочем, это положение оспаривается некоторыми авторами, которые считают, что проявление истинной алкогольной анозогнозии возможно только в структуре синдрома зависимости, а психологические защитные механизмы отмечаются при бытовом пьянстве [7]. Существует и противоположное мнение — данный феномен сугубо психологический, он относится к нарушениям личностного уровня с формированием внутренней картины болезни [6]. Выделяя четыре уровня — личностный,

межличностный, интероцептивный и логический, автор относит их исключительно к проявлениям психологической защиты с целью избегания дискредитации Эго-структур. Большинство исследователей склонно признавать в этиологии алкогольной анозогнозии значение психологических защитно-компенсаторных механизмов на начальных стадиях алкоголизма и воздействие алкогольной энцефалопатии – на развернутых стадиях заболевания.

Вопросы алкогольной анозогнозии широко обсуждались в 80-ых годах прошлого века [15,21]. Тематика была самой разнообразной: структура, функции и варианты алкогольной анозогнозии [20], клинические проявления [23], патодинамика в зависимости от стадии заболевания [6], взаимосвязь с самосознанием [16], специфика отношения к болезни [25], способы преодоления [28]. В начале нынешнего века ученые вернулись к этой теме с обновленных позиций – оценки тотальности [7], изучения «явления отчуждения от болезни» [12], создания новых методик диагностики [9,29], расширения психотерапевтических подходов [2,5,13,29, 32,34], выявления взаимосвязи алкогольной анозогнозии с нонкомплаентностью [10,33,38]. Последний аспект особенно важен, так как касается сугубо практических положений, опирающихся на теорию [40,46,47]. Анозогнозия и нонконплаентность не тождественны, хотя в большинстве случаев близки друг к другу, объединяясь в единый «оппозиционный блок». Нередки случаи признания заболевания и отказа от внешней помощи, либо формальное согласие с наличием алкогольной проблемы без последующего обращения к специалистам.

Напомним, что существуют различные категории нонкомпаентости: 1) первичная – изначальная, вторичная – после неудачи терапевтических программ; 2) индивидуальная – у одного из супругов, парная – у обоих супругов; 3) тотальная – с полным отказом обращения к специалистам, селективная – с согласием обращения к специалистам смежных профилей; 4) персистирующая – с устойчивостью антитерапевтических установок, транзиторная – с обращением к специалистам в послезапойные периоды с сомато-неврологической и психической декомпенсацией; 5) структурированная – при «обосновании» и рационализации, аморфная – с неопределенными формулировками; 6) анозогнозическая – при полном непризнании алкогольной патологии, псевдонозогнозическая – с внешним признанием заболевания и неверием в успешность терапии, гипернозогнозическая – с показным, гипертрофтированно «заученным» признанием заболевания. Именно последний вариант нонкомплаентности напрямую имеет отношение к проблеме алкогольной анозогнозии [33].

В зарубежной научной литературе представлены оригинальные гипотезы возникновения феномена отрицания, которые достойны рассмотрения. Несомненно, не все психологические гипотезы доступны для подтверждения – многие так и останутся в теоретической плоскости, однако в задачи исследователей должно входить стремление объединить теорию и практику.

При изучении истоков алкогольной анозогнозии (АА) были выявлены различные варианты, которые будут представлены ниже в форме теоретического обсуждения и практического воплощения. Были изучены две группы – 100 больных алкоголизмом мужчин и 150 больных алкоголизмом женщин (выборка из предыдущих исследований – 32). **Цель:** исследование истоков алкогольной анозогнозии, задачи определялись конкретными теоретическими положениями и выявленными тенденциями.

Активация системы отрицания при наличии коморбидной двойной нозологии

Нонкомплаентность в наркологии – это не только нежелание следовать фармакотерапевтическим рекомендациям, но и отказ обращаться к самим специалистам-наркологам. В большинстве случаев это связано с отрицанием, непризнанием у себя наркологических проблем, наличием алкогольной анозогнозии. Редкое обращение за помощью бывает вынужденным, продиктованным ургентным состоянием алкогольных психозов, выраженных абстинентных проявлений, чрезмерно длительных запоев, насильственно прерываемых в диспансере. Ситуация еще более усугубляется при наличии второго, личностного расстройства (в старых источниках «психопатии»), которое также характеризуется неспособностью оценить свои патохарактерологические проблемы и также относится к «болезни отрицания».

По данным некоторых авторов, приводящих общемировую статистику, в группе алкогользависимых 78% пациентов имели как минимум одно личностное расстройство и среднее число личностных расстройств 1,8 на пациента [11]. Сочетание расстройства личности и алкоголизма усиливало тенденцию противостояния реальности и углубляло психологический негативизм, так как сама эго-синтонная природа психопатии не по-

зволяла провести интраспекцию и рассмотреть проблему со стороны. В научных источниках нередко отождествляются понятия «пограничной» и аддиктивной» личности, так как почти все черты «аддиктивной» личности входят в определение «пограничной» с присущей ей диффузной идентичностью, неустойчивой оценкой окружающего, частыми изменениями эмоционального состояния, тенденцией к максималистским противоречивым суждениям, импульсивностью, хроническим чувством внутреннего хаоса, пустоты. Достаточно отметить, что «двойной диагноз» отмечается у 80% пациентов с пограничными личностными расстройствами [17,18]. В классификации DSM-5 представлен пограничный тип расстройства личности (borderline personality disorder). В МКБ-10 пограничный вариант является разновидностью эмоционально-неустойчивого типа личностных расстройств, но по своим характеристикам они совпадают.

В отечественных работах по описанию аддиктов были также предложены дефиниции «преалкольной личности» [6] и «наркоманической личности» [27], которые, не относясь к категории «расстройств личности», все же подчеркивали определенную степень характерологических искажений. В структуру этих расстройств входит снижение критического отношения к себе и своим наркологическим пристрастиям, низкая связь с проалкогольной и пронаркотической реальностью, склонность к отрицанию проблем и стремление к продолжению и закреплению патологических модусов поведения.

Среди обследованных лиц, злоупотребляющих алкоголем, психопатоподобный радикал был представлен в 37 % случаев. Отмечались гендерные отличия: 63% у мужчин и 20% у женщин. У женского контингента больных выявлялись преимущественно аффективные нарушения депрессивного спектра, а психопатизация входила в структуру истеро-депрессивных расстройств. У мужчин выявлялись поведенческие расстройства. Довольно сложно при раннем формировании алкоголизма дифференцировать психопатию от алкогольных патохарактерологических трансформаций, однако именно ранняя манифестация личностных расстройств на фоне алкоголизации указывало на их ядерность, а более позднее появление психопатизации (на фоне абстинентных проявлений) свидетельствовало об их приобретенном характере. Несомненно, наложение алкогольных изменений на уже имеющееся расстройство личности делает проблему почти неразрешимой, так как в этих случаях алкогольная анозогнозия объединяется с психопатической, а нонкомплаентность становится тотальной и некорректируемой [38].

Тип расстройства личности имел значение. Так, наиболее выраженные формы анозогнозии наблюдались у лиц с эмоционально-неустойчивыми, истерическими, диссоциальными, мозаично-смешанными чертами характера, и, если первые два перечисленных типа расстройств личности были присущи женскому контингенту обследованных, то последние два типа – лицам мужского пола. Следует отметить, что среди женщин, злоупотребляющих алкоголем, не было выявлено лиц с психастеническими, шизоидными и параноидными чертами характера по сравнению с мужчинами, хотя и у последних удельный вес их был крайне низок.

Структура двойного отрицания была неоднородной, наблюдались варианты: тотальное отрицание – полный отказ признавать алкогольные и личностные проблемы; селективное отрицание – признание одной из проблем; перверсная форма анозогнозии в виде демонстративной гипернозогнозии и полного отрицания получения помощи извне. Для лиц с диссоциальными и истерическими личностными расстройствами были характерны полярные проявления анозогнозии – от полного отрицания до асоциально-оппозиционного и демонстративно-показного признания патологии.

Изучение вариантов психологических протективно-дефензивных механизмов у лиц с личностными расстройствами выявило, что кроме отрицания наблюдались и другие защитные образования в виде вытеснения (устранения из сознания), игнорирования или избегания (контроля и ограничения неугодной информации), аннулирования (отмены факта пьянства), рационализации (обоснования своей правоты) и даже морализации (убеждения в моральной необходимости). Можно с уверенностью утверждать, что это является аутоманипулятивным поведением, когда объект манипуляций находится не вовне, а в самом пациенте.

В предыдущих работах была изучена выборка из 150 женщин, злоупотребляющих алкоголем, с психическими нарушениями, среди которых преобладали аффективные (депрессивные) расстройства [32]. Напомним, часть депрессивных нарушений была преморбидного характера, часть относилась к абстинентным проявлениям, часть наблюдалась в ремиссии, как аффективный эквивалент патологического влечения к алкоголю. У одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем, депрессивный компонент наблюдался в структуре самого процесса алкоголизации – в виде одиночного запойного пьянства. В этих случаях было сложно определить степень первичности расстройств – одиночество

и депрессия вызывали потребность в алкоголе и являлись триггером алкоголизации, или одиночные запои, как лакмус, проявляли ранее латентные, а теперь очевидные депрессивные нарушения.

У обследованного контингента женщин наблюдалось сочетание депрессивной и алкогольной анозогнозии. Отрицая факт наличия алкоголизма как общественно стигматизированного заболевания, пациентки не признавали у себя аффективные нарушения как проявления психической патологии. Была выявлена неоднородность феномена анозогнозии: выделены суперфициальная, сапплантинговая, перцептивная, когнитивная, нонкомплаентнавя, стигматизационная составляющие, было обнаружено полное совпадение параметров алкогольной и депрессивной анозогнозии [32]. Это делает данный феномен универсальным независимо от его клинической характеристики. При депрессивной анозогнозии в сочетании с алкогольной анозогнозией также выявлялись: тотальная анозогнозия – с отрицанием наличия депрессии и алкоголизма, селективная или парциальная анозогнозия – с отрицанием одной, но признанием другой патологии. Вместе с тем, отсутствовала демонстративная гипернозогнозия, присущая для диссоциальных и истерических расстройств личности, что свидетельствовало о разных клинико-патогенетических механизмах депрессии и психопатии.

Когнитивный дефицит или когнитивные искажения и анозогнозия

При обсуждении алкогольной анозогнозии когнитивной составляющей уделялось недостаточно внимания, так как на начальных стадиях заболевания отрицание злоупотребления априори относилось к защитно-психологическим феноменам, а на развернутой – к проявлению органического поражения головного мозга с соответствующей проалкогольной спецификой. Вместе с тем, в научной литературе когнитивная составляющая названа одной из характеристик, наиболее часто приводящая к формированию зависимости вместе с асоциальностью, дифензивностью и нарушением самосознания [11]. Несомненно, врожденный или приобретенный когнитивный дефицит играет определенную роль в механизмах отсутствия понимания проблемы. Некоторые авторы считают, что алкогольная анозогнозия и незнание признаков алкоголизма по когнитивным причинам – это два, не связанных между собой явления [21]. Подобный вывод справедлив для врожденных расстройств интеллекта, характеризующихся скромным багажом знаний о мире в целом, об алкоголизме – в частности. Однако при приобретенном дефиците и когнитивных искажениях, связанных с развитием алкоголизма, пациенты не столько *не могут* знать проявлений алкоголизма, сколько *не хотят* знать о своих наркологических проблемах.

В изученной выборке когнитивные нарушения наблюдались в 30 % случаев. Только 3% пациентов официально учились во вспомогательных школах и были признаны лицами с легкой умственной отсталостью, остальные имели невысокий образовательный уровень, соответственно низкую квалификацию, выполняли несложную, порой примитивную работу и характеризовались крайней простотой и бедностью характерологического профиля. При исследовании истоков алкогольной анозогнозии у данного категории пациентов была выявлена неспособность к анализу, сравнению, сопоставлению и, как результат, заключению – неверные выводы вытекали из деформации мышления. В рассуждениях главенствовали логические ошибки образца «если все пьют, то это нормально», а категории «больше-меньше», «редко-иногда-часто-как правило-всегда» (в тестовом материале) вызывали затруднения при ответах. Снижение критики к факту своего пьянства исходило из общего снижения критики, когнитивного недопонимания и связанного с этим нарушения осмысления. Нарушение понятийного мышления связанного с когнитивным дефицитом не позволяло проводить рациональную и когнитивно-дидактическую психотерапию у данной категории больных, поэтому при наличии анозогнозии, которую невозможно было преодолеть, использовались директивно-репрессивные методики условно добровольной психотерапевтической интервенции в виде стрессопсихотерапии.

У 60% обследованных наблюдались когнитивные искажения, не связанные с общим огнитивным уровнем. У этих лиц с формально не сниженным интеллектом, но с врожденными или приобретенными личностными расстройствами («алкогольное изменение личности» – по старому определению), выявлялись аналогичные ошибки мышления и низкое осознание реальной картины злоупотребления. Легко решая аналитические вопросы, не касающиеся алкогольной темы, пациенты резко теряли свои способности при обсуждении пьянства. При выполнении нейтральных тестов на высокой скорости и с хорошими показателями они ситуационно снижались на наркологической тематике – наблюдались речевые паузы, связанные с внутренним сопротивлением, неопределенность формули-

ровок, размытость ответов, уход от прямо поставленных вопросов, тематическая алекситимичность. У 24% пациентов алекситимия была не только ситуационной, вызванной обстановкой наркологической инвентаризации, но и преморбидной.

Алекситимия и анозогнозия

Алекситимия проявлялась в плохом понимании своих чувств, мотивов, целей, их низкой структурированности и аморфности, неспособности вербализировать накопившиеся проблемы, невозможности или нежелании перевода внутренних неосознанных процессов во внешние – доступные для понимания оценки и коррекции. Отдельные проявления алекситимии можно заметить в описанной Э.Е. Бехтелем «преалкогольной личности» [6] с ее размытой эмоционально-личностной аструктурностью. В научной литературе алекситимии придается огромное значение в возникновении алкогольной и наркотической зависимости. Авторы предполагают, что аддикты не способны дифференцировать свои чувства – они обладают алекситимией. Логическое объяснение заключается в компенсаторном характере алкоголя и ПАВ как средств индикации собственных скрытых эмоций. Эмоциональная выразительность, связанная с оценкой действия алкоголя или наркотиков, замещает эмоциональную пустоту собственного Эго. Аддиктивные личности используют психоактивные вещества для компенсации дефицитарности структуры и развития, замещения дефекта в психологической структуре [41]. Детские психотравмы оказывают влияние на развитие аффективной сферы, играют важную роль для дальнейшего употребления алкоголя или наркотиков. Получая систематические психотравмы в раннем возрасте, не способные оценить и высказать переживаемое, будущие аддикты приобретают алекситимию, считают авторы [42 ,43].

Изучение некоторых вышеизложенных аспектов на гендерно разнородной выборке выявило, что сочетание алекситимии и анозогнозии наблюдалось в 48%, причем, половина случаев относилась к преморбидной алекситимии, а другая половина – к «тематической алекситимичности». Это подтверждалось показателями по Торонтской шкале алекситимии: выраженными – в 20%, умеренными показателями – в 40%, невысокими тестовыми показателями – в 40%. Наблюдались ножницы – расхождение между клинически выраженной алекситимией при непосредственном общении с пациентами и менее выраженными показателями самого теста алекситимии, что может быть следствием нейтрального содержания утверждений теста и наркологическим содержанием проводимых бесед. У мужского контингента обследованных по сравнению с женским чаще отмечалось совпадение клинического впечатления алекситимии с тестовым подтверждением.

Отсутствие интраспекции и анозогнозия

Это неспособность заглянуть внутрь себя и оценить масштаб разрушения, вызванного алкоголизацией, что связано со сращиванием заболевания с личностью, вхождением его в глубинные структуры как эго-синтонного расстройства. Отсутствие интраспекции напрямую связано с алекситимией. Так, L. Wurmser изучавший эту проблему, пришел к выводу, что кажущаяся эмоциональная скудость аддиктов и связанная с ней алекситимия объясняются упорным стремлением пациентов отрицать не только наличие внутренних проблем, но и внутреннего мира в целом [7]. Аддикты отказываются «заглянуть в себя», избегают интроспекции, то есть обладают «психофобией» (словесные формулы «у меня все хорошо», или «если бы я мог не пить, то все было бы хорошо», или «если бы можно было изменить внешний мир, все у меня было бы хорошо»). У большинства аддиктов существует так называемое «фобическое ядро» — инфантильный невроз, и это является основой их будущей патологии. Как известно, защитой от фобических проявлений являются фантазии, которые в виде безликих защитных систем или персонифицированных защитных фигур оберегают от страхов, уравновешивают их воздействие. Это и является базой зависимости, т.к. индивидуум ищет поддержки у внешнего фактора – это может быть сексуальный партнер (возникает сексуальная зависимость), наркотик, алкоголь или химическое вещество (возникает наркотическая, алкогольная или химическая зависимость), наконец, сам психотерапевт (возникает психотерапевтическая зависимость). Наименее деструктивным действием в борьбе с фобиями обладают защитные фантазии, однако, будущие аддикты прибегают к другим формам защиты от осуждающей и унижающей внешней силы, вызывающей фобический комплекс.

«Фобическое ядро» также нуждалось во внешней защите, которым являлся алкоголь что порождало зависимость. Подкрепляя свою точку зрения, автор находит общее между вытеснением травмирующей ситуации невротиком и блокированием «неугодной» информации, отрицанием проблемы зависимой личностью (словесная формула «я не алкоголик» как проявление

алкогольной анозогнозии). Будущие аддикты изначально склонны отрицать внутренние проблемы, прибегая к дополнительным средствам, они подсознательно пытаются их решить, однако «отрицаемое вновь возвращается к ним», только в более грубой форме. Таким образом, автор объединяет аддиктивную анозогнозию с отсутствием инсайта и интраспекции. Это положение является гипотетическим трудно доказуемым в реальной клинической практике, поэтому данная авторская версия представлена в форме теоретического положения.

Аутодеструктивные тенденции и анозогнозия

Для «аддиктивных» личностей, считает большинство исследователей, характерна аутоагрессия. Э.Фромм выделил несколько типов агрессии — он провел различие между доброкачественной агрессией и злокачественной. Проблемы пациентов, страдающих «болезнями зависимостей», заключаются в избыточной («злокачественной» по Э.Фромму) агрессии, которая биологически не обоснована, не связана с инстинктом самосохранения и имеет разрушительные тенденции. В рамках психоаналитических воззрений была высказана идея о самокарающих тенденциях у аддиктов, являющихся следствием травмирующего обращения с ними в детстве [41]. Это явление было определено как «феномен продления боли» со стремлением повторить неразрешенную боль, полученную на ранних стадиях развития.

Отечественным исследователям принадлежит термин «дистрессомания» – желание получать удовольствие через психический и физический дискомфорт (примером может служить абстинентный синдром, который больные алкоголизмом испытывают многократно, но который не мотивирует трезвость, так как, согласно данной теории, является подсознательно желанным). Это понятие перекликается с другим – так называемым «саморазрушающим поведением». Впервые вопрос о «саморазрушающем» поведении в отечественной литературе был поднят в конце восьмидесятых годов прошлого столетия, хотя глубокое изучение этой проблемы началось в тридцатых годах. Исследователи были склонны трактовать поведение как аутодеструктивное только при возникновении опасности для жизни и здоровья личности, что отмечалось при суицидах. Однако уже К.Меннингер отождествлял алкоголизацию и наркотизацию с «хроническим суицидом» – неосознанной формой саморазрушения при отсутствии планов и перспектив на будущее, при этом реальный суицид больных алкоголизмом являлся, по мнению автора, прорывом в сознание стремления к смерти.

Довольно сложно доказать аутодеструкцию, которая имеет подсознательный характер, однако изучение данного аспекта у пациентов с алкогольной анозогнозией выявило в 24% случаев действительное наличие вербализированных саморазрушающих тентенций, которые были демонстративными и выражались в «мортальной декларации» – готовности к короткой жизни и ее прекращению в ближайшем будущем. Больные заявляли, что проживут недолго, выражали покорность и даже готовность умереть, беззаботно обсуждали вопросы ухода из жизни, называли определенные даты смерти. Мортальная тема коррелировала с психопатизацией, аддиктивной трансформацией личности, поверхностным суждением, общим снижением критики, приобретенными перцептивными, когнитивными и эмоционально-волевыми изменениями. Легковесные рассуждения о смерти при отсутствии осознания болезни нередко сочетались с тем, что в современной отечественной литературе обозначено как «деградация личности», а в старых источниках называлось «хронической эйфорической установкой» и «юмором висельников».

Абнормально яркие алкохимические ощущения и анозогнозия

На чувственный компонент зависимостей впервые указал «отец психоанализа» Зигмунд Фрейд, который приравнивал их к заместительной сексуальной аддикции. Возникли психодинамические концепции зависимостей, которые опирались на его ранние работы, относящиеся к периоду наивного психоанализа. В известной работе «Три очерка по теории сексуальности» [36] указывалось, что у мальчиков с сохранившимся «конституциональным эротизмом губ» во взрослом возрасте чаще возникает потребность курить и употреблять алкоголь. Ранняя теория Фрейда о трех либидинальных зонах – оральной, анальной и генитальной, являющаяся основой классического психоанализа, была применена к алкогольной зависимости. У «оральных алкоголиков» преобладали черты орального характера – яркая зависимость, пассивность, выраженная потребность в «пище» (алкоголе). Для «регрессивных алкоголиков» были характерны «анальные» черты – склонность к доминированию, упорство, преобладание в алкоголизации провоцирующих факторов [30,31].

Объединение либидинального влечения с алкогольным, подчеркивание связи сексуальности с алко-

голизмом отмечалось в работе K. Abraham [35], согласно которой употребление спиртных напитков является проявлением сексуальной активности индивидуума. Алкоголь, с точки зрения автора нарушает способность к сублимации, в результате чего появляются ранее вытесненные тенденции. Rado S. [45] также приравнивал алкогольную и наркотическую активность к сексуальной – первые два влечения возникли, по мнению автора, из-за нарушенной функции либидо. В своей работе «Психоанализ фармакотимии» исследователь подчеркнул, что основой наркотизации является замещение любовного объекта на наркотик, т.к. последний вызывает чувство неуязвимости. Вместе с тем, эта иллюзия недолговечна, и у аддикта наступает «фармакотимический кризис», из которого три пути – в состояние психоза, в суицид и во временную ремиссию. И, как сексуальное влечение не может быть одинаковым у разных людей, так и алкогольное влечение отличается у лиц, имеющих алкогольную зависимость.

Прежние гипотезы, согласно времени возникновения и моде на «пансексуальную» тематику, отражали лишь эротическую, чувственную сторону алкоголизации. Вместе с тем, этот спектр значительно шире. Изучение данного аспекта в его практическом преломлении показал, что 48% пациентов с алкогольной анозогнозией испытывали сильные позитивные визуально-органолептические, психофизические, эмоционально-перцептивные ощущения, связанные с алкоголем. Были обнаружены следующие явления:

1. Первое сильное впечатление при знакомстве с алкоголем, напоминающее встречу с любовным объектом, отсутствие сопротивления, оформление алкоголизации как «открытия»;

2. Параалкогольные действия – любование напитком (визуальный компонент), дегустация, манипулирование алкоголем – готовка коктейлей, экспериментирование, либо поиск «своего» напитка (органолептический компонент);

3. Высокие ожидания от алкоголизации – установка на «приход» в виде комплекса сомато-вегетативных ощущений (психофизический компонент), повышения настроения, подъема активности, радужного восприятия действительности (эмоционально-перцептивный компонент);

4. Яркое химическое вознаграждение (алкогольное опьянение), перекрывающее по силе и интенсивности химическое «наказание» (вначале интоксикационный, а потом абстинентный синдром) и препятствующее осознанию алкогольной патологии. К этой же категории причин относится абнормально сильное патологическое влечение к алкоголю, которое, несомненно, отличается у различных индивидуумов (этот параметр был особенно выражен у лиц с органической патологией головного мозга, психопатических личностей – усиление влечения не только ослабляло волевую функцию, но также нарушало процесс осознания и контроля).

Таким образом, при изучении истоков алкогольной анозогнозии были выявлены различные варианты: активация системы отрицания при наличии двойной нозологии – алкоголизма и расстройства личности, алкоголизма и депрессии; когнитивный дефицит или когнитивные искажения (при изначально низком образовательном уровне или приобретенном интеллектуальном снижении); отсутствие интроспекции из-за эго-синтонности патологии; низкое осознание вследствие алекситимичности индивидуума; латентные аутодеструктивные тенденции в виде «мортальной декларации»; абнормально яркие алкохимические ощущения (визуально-органолептические, психофизические, эмоционально-перцептивные), связанные с алкоголем. Теоретические аспекты нашли подтверждение при исследовании гендерно разнородной группы из 250 пациентов с алкогольной анозогнозией.

Список литературы

1. Аведисова А.С., Бородин В.И. От нонкомплайенса к психофармакотерапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*.2005; 7: 6: 316-318.
2. Агибалова Т.В., Голощапов И.В., Рычкова О.В. Комплаенс-психотерапия больных алкоголизмом. *Наркология* 2010; (3): 70-76.
3. Алекситимия и методы ее определения при психосоматических расстройствах: методическое пособие / НИПНИ им. В. М. Бехтерева; сост.: Д. Б. Ересько, Г.О. Исурина, Е. В. Кайдановская, Б. Д. Карвасарский и др.; Изд. 2-е: СПб., 2005. 24 с.
4. Алиев 3.Н.,Алиев Н.А. Проблема самосознания и ее отражение в психопатологии алкоголизма. *Журнал психиатрии и неврологии им. С. С. Корсакова* 2006; 2: 67-70
5. Баранова О. В.Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом.Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.м.н. М., 2005.26с.
6. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М., 1986. 272 с.
7. Благов Л. Н. Синдром абсолютной анозогнозии в клинике химической зависимости. *Наркология* 2009; 1: 103-111.
8. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей. СПб., 2005. 31с.
9. Галанкин Л. Н. Психологическое тестирование алкогольной анозогнозии / Л. Н. Галанкин, С. В. Мурина, И. В. Ситников. Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии (к 50-летию стражной больницы). СПб., 2001. 249-254
10. Голощапов И.В. Формирование согласие на лечение у больных с зависимостью от алкоголя. Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. М., 2010. 29 с.

11. Даренский И.Д. Аддиктология как научная дисциплина и область практической деятельности.*Аддиктология*2005;1:8-14.
12. Демина М. В. Нарушения нозогнозии («синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании (клиника, систематика, подходы к коррекции). Автореф. дис. на соискание степени д.м.н. М., 2005. 35 с.
13. Зайцев С. Н. Новый способ преодоления алкогольной анозогнозии приемами рациональной психотерапии. *Психотерапия* 2007; 8: 14-22.
14. Карвасарский Б. Д. Анозогнозия наркологических больных Психотерапевтическая энциклопедия.СПб., 2000.47-48.
15. Качаев А. К., Политов В. В. Отрицание болезни при хроническом алкоголизме. Клиника и патогенез алкогольных заболеваний: сборник научных трудов. М., 1984. 164— 170.
16. Клочкова Л. В. Клинико-психологические особенности самосознания больных алкоголизмом.Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.м.н. СПб., 1993.182 с.
17. Короленко Ц.П., Шпикс Т.А. Аддиктивные проблемы при пограничном и антисоциальном личностном расстройстве. *Аддиктология* 2005; 1: 41-46.
18. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М., Екатеринбург. Деловая книга. 2002. 460 с.
19. Махова Т. А. Структура и функция алкогольной . *Вопросы психологии* 1988; 1:154-158.
20. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. Проблема комплаенса в клинической психиатрии *Психиатрия и психофармакотерапия* 2004; 6: 4: 2—10.
21. Нелидов А. Л. Осознание болезни при алкоголизме. Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.м.н. М.,1992. 22 с.
22. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Белокрылов И.И., Назарова И.А., Кисель Н.И. Проблема анозогнозии при женском алкоголизме: мишени и эффективность терапевтического воздействия. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии* 2017; 3 (96): 57-63 https://doi.org/10.26617/1810
23. Политов В.В.Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом. Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.м.н. М., 1981. 24с
24. Понизовский П.А.Когнитивные расстройства и соматическая анозогнозия у больных алкогольной. Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.м.н. М., 2007. 25 с.
25. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / НИПНИ им. В. М. Бехетерева ; авторы : JI. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. СПб., 2005. 31с.
26. Пучков И.И. Отказы от психофармакотерапии у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами: Автореф. дисс.на соискание ученой степени к.м.н. М., 2005. 29 с.
27. Рохлина М.Л., Козлов А.А. «Наркоманическая личность». *Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С. Корсакова* 2000; 7: 23-27.
28. Рыбакова Т. Г. Значение преодоления алкогольной анозогнозии в профилактике рецидивов. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: сб. науч. трудов НИПНИ и м. В. М. Бехтерева. СПб., 1991. С. 14-25
29. Рыбакова Ю.В.,Илюк Р.Д.,Крупицкий Е.М.,Бочаров В.В.,Вукс А.Я.Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом: методические рекомендации. СПб., 2011: 37.
30. Шайдукова Л.К. Психоаналитическое направление при лечении зависимостей. *Социальная и клиническая психиатрия* 2004; 1: 115-118.
31. Шайдукова Л.К. Психодинамические концепции «аддиктивных» личностей. *Психическое здоровье* 2009; 10:71-76
32. Шайдукова Л.К., Гилязева Г.А Особенности психотерапии одиноких и замужних женщин, злоупотребляющих алкоголем; работа с публичностными «мишенями». *Наркология* 2018; 1: 40-47. doi: 10.25557/1682-8313.2018.01.40-47
33. Шайдукова Л.К. Проблемы нонкомплаентности в алкогольных семьях. *Наркология* 2020; 2: 51-57 doi: 10.25557/1682-8313.2020.02.51-57
34. Яровинская А.В., Трифонова Е.А. Актуальные вопросы исследования алкогольной анозогнозии . Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. М., 2010; (1): 430-436.
35. Abraham K. The psychological relation between sexuality and alcoholism / Selected Papers of Karl'Abraham. New York: BasicBooks. 1908.
36. Freud S. Three essays on the theory of sexuality / Standard Edition; London: Hogarth Press. 1905. 7: 125 – 243.
37. Gedo J. Conceptual issues in psychoanalysis: essays in history and method /Hillsdale, NJ: Analytic Press. 1986.
38. Herbeck D.M., Fitek D J., Svikis D.S., Montoya I.D., Marcus S.C.,West J.C. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*. 2005; 14 (3):195-207. doi: 10.1080/10550490590949488
39. Ilgen M.A., McKellar J., Moos R., Finney J.W.J. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Subst Abuse* Treat. 2006; 31(2): 157-162. doi: 10.1016/j.jsat.2006.04.001.
40. Kemp R, David A. Insight and compliance. In: Blackwell B, (ed). Compliance and the treatment alliance in serious mental illness. Newark, NJ: Gordon and Breach Publishing Group. 2004.
41. Khantzian E.J. Self-regulation and self medication factors in alcoholism and the addictions. /Recent Developments in Alcoholism. New York: Plenum. 1990; 8: 225-271.
42. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Internal. J. Psychoanalytic Psychother*. 1982; 1983; 9: 353-388.
43. Krystal J.H. Assessing alexithymia integration and self-healing, ed. /H. Krystal. Hellisdale, NJ: Analytic Press. 1988; 8: 286-310.
44. Nace E., Davis C. Treatment outcome in substance abusing patients with personality disorders. *Am. J. of Addictions*. 1993; 24: 26-33. doi: 10.1111/j.1521-0391.1993.tb00367.x.
45. Rado S. The psychoanalysis of pharmacothymia . *Psychoanal. Quart*. 1933; 2: 1-23.
46. Reid S.C, Teesson M., Sannibale C., Matsuda M., Haber P.S. The efficacy of compliance therapy in pharmacotherapy for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *J Stud Alcohol*. 2005; 66(6): 833- 841. doi: 10.15288/jsa.2005.66.833.
47. Rohsenow D., Colby S., Monti P., Swift R., Martin R., Mueller T.,Gordon A., Eaton C. Predictors of compliance with naltrexone among alcoholics. *Alcoh: Clin Exp Res*. 2000; 24(10): 1542-1549.
48. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J. Amer. Psychoanal. Assn*. 1974; 22: 820-843. doi: 10.1177/000306517402200407.

References

1. Avedisova A.S.,BorodinV.I. Ot nonkomplajensa k otkazu ot psihofarmakoterapii [From noncompliance to refuse of psychopharmacotherapy].*Psihiatrija i psihofarmakoterapija [Psychiatry and psychopharmacotherapy]* 2005; 7(6): 316-318. [In Russ].
2. Agibalova T.V., Goloshhapov I.V., Rychkova O.V. Komplaens-psihoterapija bol'nyh alkogolizmom [Compliance-therapy of alcoholics].*Narkologija [Narcology]*. 2010; (3): 70-76. [In Russ].
3. Aleksitimiya i metody ee opredeleniya pri psikhosomaticheskikh rasstroystvakh: metodicheskoe posobie [Alexithymia and methods for its determination in psychosomatic disorders: a manual] / NIPNI

them. V. M. Bekhtereva; comp. : D. B. Yeresko, E. Isurina, E. V. Kaydanovskaya, B. D. Karvasarskiy i dr.; Izd. 2-e : SPb., 2005. 24 s. [V. Kaidanovskaya, B. D. Karvasarsky and others; Ed. 2nd: St. Petersburg, 2005. 24 p.] [In Russ].

4. Aliev 3. H., Aliev H. A. Problema samosoznaniya i ee otrazhenie v psikhopatologii alkogolizma [The problem of self-consciousness and its reflection in the psychopathology of alcoholism] *Zhurnal psikhiatrii i nevrologii im. S. S. Korsakova [Journal of Psychiatry and Neurology. S. S. Korsakov]*. 2006; 2: 67-70 [In Russ].
5. Baranova O. V. Alkogol'naya anozognoziya i ee preodolenie v protsesse lecheniya bol'nykh alkogolizmom. Avtoref.dis. kand.med.nauk [Alcoholic anosognosia and its overcoming in the process of treating patients with alcoholism. Extended abstractof dissertation of candidate of medicine]. M., 2005. 26 p. [In Russ].
6. Behtel' Je.E. Donozologicheskie formy zloupotreblenija alkogolem [Donosological forms of alcohol excessive use]. M:, 1986. 272. [In Russ].
7. Blagov L. N. Sindrom absolyutnoy anozognozii v klinike khimicheskoy zavisimosti [Syndrome of absolute anosognosia in the clinic of chemical dependence] *Narkologiya* [*Narcology]* 2009. 1:103-111. 2: 90-100. [In Russ].
8. Wasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Vuks A.Ya. . Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachey[Psychological diagnosis of attitude to the disease. A guide for doctors]. – SPb.2005.31s. [In Russ].
9. Galankin L.N. Psikhologicheskoe testirovanie alkogol'noy anozognozii [Psychological testing of alcoholic anosognosia] Aktual'nye voprosy klinicheskoy i sudebnoy psikhiatrii (k 50-letiyu strazhnoy bol'nitsy) [Topical issues of clinical and forensic psychiatry (to the 50th anniversary of the guard hospital)]. -SPb., 2001; 249-254 [In Russ].
10 .Goloshhapov I.V. Formirovanie soglasie na lechenie u bol'nyh szavisimost'ju ot alkogolja. Avtoref.dis. kand.med.nauk [Consent to treatmentformation in patients with excessive use of alcohol. Extended abstractof dissertation of candidate of medicine]. M 2010; 29 s. [In Russ].
11. Darensky I.D. Addiktologiya kak nauchnaya distsiplina i oblast' prakticheskoy deyatel'nosti. [Addictology as a scientific discipline and area of practice]. *Addiktologiya [Addictology]*. 2005; 1: 8-14. [In Russ].
12. Demina M. V. Narusheniya nozognozii («sindrom otchuzhdeniya bolezni») pri alkogolizme i geroinovoy narkomanii (klinika, sistematika, podkhody k korrektsii). Avtoref.dis.dok.med.nauk [Violations of nosognosia ("disease alienation syndrome") in alcoholism and heroin addiction (clinic, systematics, approaches to correction) Extended abstract of dissertation of candidate of medicine].M., 2005. 35 p. [In Russ].
13. Zaitsev S. N. . Novyy sposob preodoleniya alkogol'noy anozognozii priemami ratsional'noy psikhoterapii [A new way of overcoming alcoholic anosognosia by methods of rational psychotherapy] *Psychotherapy* [*Psikhoterapiya]*. 2007; 8:14-22. [In Russ]
14. Karvasarsky B. D. Anozognoziya narkologicheskikh bol'nykh [Anosognosia of narcological patients] Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. SPb., 2000. P. 47-48. [In Russ]
15. Kachaev A.K., Politov V.V.Otritsanie bolezni pri khronicheskom alkogolizme [Denial of the disease in chronic] Klinika i patogenez alkogol'nykh zabolevaniy : sbornik nauchnykh trudov [Clinical and pathogenesis of alcoholic diseases: a collection of scientific papers]. M., 1984.164-170 [In Russ]
16. Klochkova L. V. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti samosoznaniya bol'nykh alkogolizmom [Clinical and psychological features of self-consciousness of patients with alcoholism] Dis. .kand. psikhol. nauk [Dis. cand. psychol. Sciences] 1993; 182 p. [In Russ]
17. Korolenko Ts.P., Shpiks T.A. Addiktivnye problemy pri pogranichnom i antisotsial'nom lichnostnom rasstroystve [Addictive problems in borderline and antisocial personality disorder]. *Addiktologiya* [*Addictology]*. 2005;1:41-46. [In Russ]
18. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. Sotsiodinamicheskaya psikhiatriya. [Sociodynamic psychiatry]. Ekaterinburg., Delovaya kniga [M., Ekaterinburg., Business book]. 2002; 460s. [In Russ]
19. Makhova T. A. . Struktura i funktsiya alkogol'noy anozognozii [The structure and function of alcoholic anosognosia] *Voprosy psikhologii* [*Questions of psychology]*. 1988; 1: 154-158 [In Russ]
20. Neznanov N.G., Vid V.D. Problema komplaensa v klinicheskoy psikhiatrii [The problem of compliance in clinical psychiatry] *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [*Psychiatry and psychopharmacotherapy*] 2004; (6): 4: 2–10. [In Russ]
21. Nelidov A. L. Osoznanie bolezni pri alkogolizme. [Awareness of the disease in alcoholism] Avtoref. dis. kand. med. nauk [Extended abstract of dissertation of candidate of medicine] M., 1992; 22 s. [In Russ]
22. Peshkovskaya A.G., Mandel A.I., Belokrylov I.I., Nazarova I.A., Kisel N.I. The problem of anosognosia in female alcoholism: targets and effectiveness of therapeutic intervention*: Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2017; 3 (96): 57-63 [In Russ] https://doi.org/10.26617/1810
23. Politov V.V. Klinicheskie proyavleniya anozognozii u bol'nykh alkogolizmom [Clinical manifestations of anosognosia in patients with alcoholism] Avtoref. dis. . kand. med. nauk [Extended abstract of dissertation of candidate of medicine] 1981; 24s [In Russ]
24. Ponizovsky P. A. Kognitivnye rasstroystva i somaticheskaya anozognoziya u bol'nykh alkogol'noy zavisimost'yu [Cognitive disorders and somatic anosognosia in patients with alcohol dependence] Avtoref. dis.kand. med. nauk [Extended abstract of dissertation of candidate of medicine] M., 2007; 25 p. [In Russ]
25. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachey [Psychological diagnosis of attitude to the disease: a guide for doctors] J.I. I. Wasserman, B. V. Iovlev, E. B. Karpova, A. Ya. Vuks. SPb., 2005; 31s [In Russ]
26. Puchkov I.I. Otkazy ot psihofarmakoterapii u bol'nyh s nepsihoticheskimi depressivnymi rasstrojstvami: Avtoref. dis. kand. med. nauk [Refused psychopharmacotherapy in patients with depressive disorders. Extended abstract of dissertation of candidate of medicine] M., 2005; 29. [In Russ].
27. Rokhlina M.L., Kozlov A.A. «Narkomanicheskaya lichnost'». ["Drug Personality"] *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im.S.S. Korsakova. [Journal of neuropathology and psychiatry named after S.S. Korsakov*]. 2000; 7: 23-27. [In Russ].
28. Rybakova T. G. Znachenie preodoleniya alkogol'noy anozognozii v profilaktike retsidivov [The importance of overcoming alcoholic anosognosia in the prevention of relapses] Profilaktika retsidivov pri alkogolizme i narkomaniyakh [Prevention of relapse of alcoholism and drug addiction]SPb., 1991; 129: 14-25 [In Russ]
29. Rybakova Yu.V., Ilyuk R.D., Krupitsky E.M., Bocharov V.V., Vuks A.Ya. Metodika otsenki anozognozii u bol'nykh alkogolizmom: metodicheskie rekomendatsii [Methods for assessing anosognosia in patients with alcoholism: guidelines]. SPb., 2011; 37.[In Russ]
30. Shaydukova L.K. Psikhoanaliticheskoe napravlenie pri lechenii zavisimostey. [Psychoanalytic direction in the treatment of addictions] *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [*Social and Clinical Psychiatry*] 2004; 1:115-118. [In Russ]
31. Shaydukova L.K. Psikhodinamicheskie kontseptsii «addiktivnykh» lichnostey [Psychodynamic concepts of "addictive" personalities] *Psikhicheskoe zdorov'ye* [*Mental health*] 2009; 10: 71-76 [In Russ]
32. Shaydukova L.K. Gilyazeva G.A. A Osobennosti psikhoterapii odinokikh i zamuzhnikh zhenshchin, zloupotreblyayushchikh

alkogolem; rabota s sublichnostnymi «mishenyami». [Peculiarities of psychotherapy of single and married women who abuse alcohol; work with subpersonal "targets"]. *Narkologiya* [*Narcology*] 2018; 1: 40 – 47. [In Russ] doi: 10.25557/1682-8313.2018.01.40-47
33. Shaydukova L.K. Problemy nonkomplaentnosti v alkogol'nykh sem'yakh.- [Problems of noncompliance in alcoholic families] *Narkologiya* [*Narcology*] 2020; 2: 51-57 [In Russ] doi: 10.25557/1682-8313.2020.02.51-57
34. Yarovinskaya A.V., Trifonova E.A. Aktual'nye voprosy issledovaniya alkogol'noy anozognozii [Topical issues in the study of alcoholic anosognosia] *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk*. [*Actual problems of the humanities and natural sciences]*. M., 2010; 8 (1): 430-436. [In Russ]
35. Abraham K. The psychological relation between sexuality and alcoholism / Selected Papers of Karl'Abraham. New York: BasicBooks. 1908.
36. Freud S. Three essays on the theory of sexuality / Standard Edition; London: Hogarth Press. 1905.7:125–243.
37. Gedo J. Conceptual issues in psychoanalysis: essays in history and method /Hillsdale, NJ: Analytic Press. 1986.
38. Herbeck D.M., Fitek D J., Svikis D.S., Montoya I.D., Marcus S.C.,West J.C. Treatment compliance in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. *Am J Addict*. 2005;14(3):195-207.doi:10.1080/10550490590949488
39. Ilgen M.A., McKellar J., Moos R., Finney J.W.J. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Subst Abuse*Treat. 2006;31(2):157-162. doi:10.1016/j.jsat.2006.04.001.
40. Kemp R, David A. Insight and compliance. In: Blackwell B, (ed). Compliance and the treatment alliance in serious mental illness. Newark, NJ: Gordon and Breach Publishing Group. 2004.
41. Khantzian E.J. Self-regulation and self medication factors in alcoholism and the addictions. /Recent Developments in Alcoholism. New York: Plenum. 1990; 8: 225-271.
42. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Internal. J. Psychoanalytic Psychother*. 1982–1983;9:353-388.
43. Krystal J.H. Assessing alexithymia integration and self-healing, ed. /H. Krystal. Hellisdale, NJ: Analytic Press. 1988; 8: 286-310.
44. Nace E., Davis C. Treatment outcome in substance abusing patients with personality disorders. *Am. J. of Addictions*. 1993; 24: 26-33. doi: 10.1111/j.1521-0391.1993.tb00367.x.
45. Rado S. The psychoanalysis of pharmacothymia . *Psychoanal. Quart*. 1933; 2: 1-23.
46. Reid S.C, Teesson M., Sannibale C., Matsuda M., Haber P.S. The efficacy of compliance therapy in pharmacotherapy for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *J Stud Alcohol*. 2005; 66(6):833- 841. doi: 10.15288/jsa.2005.66.833.
47. Rohsenow D., Colby S., Monti P., Swift R., Martin R., Mueller T.,Gordon A., Eaton C. Predictors of compliance with naltrexone among alcoholics. *Alcoh: Clin Exp Res*. 2000; 24(10): 1542-1549.
48. Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *J. Amer. Psychoanal. Assn*. 1974; 22: 820-843. doi:10.1177/000306517402200407.