

**В.А. Куташов, Л.С. Немых**  
**МЕСТО АЛЕКСИТИМИИ В ГЕНЕЗЕ**  
**ЗАВИСИМОГО СТИЛЯ ЖИЗНИ**

*ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,  
каф. психиатрии, наркологии и психотерапии ИДПО*

**Резюме.** Зависимое поведение, становясь стилизацией, зачастую подменяет в человеке истинное проявление жизни, лишая его свободы, естественности жизни. Отчего, попробовав раз, эти люди остаются в зависимости навсегда. Что способствует формированию такого поведения. Феномен алекситимии, часто лежит в основе дефицитарного эмоционального поведения, которое поддерживает аддиктивные способы активации чувств. Необходим интегративный подход для решения проблемы зависимого поведения.

**Ключевые слова:** зависимый стиль жизни, гемблинг, алекситимия, модели «дефицита» и «отрицания», Торонтская шкала алекситимии (TAS).

Та сторона организации жизни личности, где она проявляет себя через выбор и мировоззрение, ценности и идеалы, представления и вкусы, предпочтения и самоутверждение называется стилем жизни [15]. Мы отличаемся друг от друга именно степенью стилизации своего поведения. Стиль жизни может быть явлением гармоничных тенденций личности и реализуется здоровым поведением, которое принято называть аутентичным. Это поведение, в котором личность, раскрывая свои внутренние ценности, самореализуясь на основе выработанных ею лично представлений о должном, ощущает и переживает состояние внутренней свободы. Дисгармоничным вариантом становится стилизованное поведение, в котором преобладает желание казаться кем-то и которое разворачивается под давлением некой внешней схемы, коей оно должно соответствовать. Выбор стиля жизни во многом зависит от социокультурных факторов [21].

Проблема игровой зависимости (гемблинга, лудомании) в современном мире становится всё более актуальной [30,27,18]. В России официальной статистики по лудомании нет, однако, на фоне легализации и развития индустрии азартных игр отмечается резкий рост заболеваемости и болезненности данным заболеванием в нашей стране, являющегося, по современным данным, частным видом болезни зависимого поведения [20,4].

При зависимом поведении, приобретающем характер непреодолимой силы и требующем тотального повиновения, неэффективна, опустошающая и неплодотворна борьба с самим веществом или явлением. Объектом терапии становится личность, выбирающая стилизованную жизнь «игрока». Согласно данным американской Ассоциации проблем игрового бизнеса, приблизительно 14% процентов населения России хоть раз попытались удачу у игрового автомата. Одна десятая от этого количества попадают под категорию патологических игроков [23]. Патологическая склонность к азартной игре признана расстройством и в МКБ-10 и в DSM-IV [14]. Как отмечают Rosenthal R.J , Slutske W.S. [28,30], патологический гемблинг может быть определён как прогрессирующее расстройство, характеризующееся непрерывной или периодической потерей контроля над азартной игрой, озабоченностью игрой и получением денег, чтобы играть; иррациональным мышлением; продолжением

подобного поведения, несмотря на неблагоприятные последствия. Говоря о психологических особенностях проблемных гемблеров, большинство исследователей указывает на потерю контроля за собственным поведением, причем это касается всех вариантов гемблинга - от игры на тотализаторе до игровых автоматов [13,29]. Для "игроков" типичны трудности межличностных отношений, частые разводы, нарушение трудовой дисциплины, частая смена работы.

По мнению В.В. Мадорского и В.А. Солдаткина [5], существенной особенностью гемблинга является его малокурабельность - эффективность лечения, даже в современных, комплексных вариантах, сочетающих индивидуальную и групповую психотерапию, психофармакотерапию и меры социальной реадaptации, составляет от 30 до 50 %.

Подходы к терапии зависимого поведения базируются на постулате, что все аддикции имеют общие психологические механизмы [11]. По мнению авторов, точками приложения психотерапии зависимого поведения становятся: низкая самооценка; плохая переносимость фрустраций; слабый контроль над импульсами.

Для успешной терапии важным становится не только желание зависимого лечиться, но и его активное участие в терапевтическом процессе. Чаще же всего на прием приходят зависимые лишь согласные на лечение. Активность больного - основа успеха в лечении любой зависимости, а игромании, особенно. Существуют различные методики, способствующие развитию этой активности. Целью же психотерапии становится усиление тех свойств личности, которые препятствуют игре: воли, уверенности в своих силах, самоконтролю. Именно они должны помочь больному, заменить «поле неудовлетворенности» на «поле гармонии и комфорта».

Некоторые практики считают, что главной задачей психотерапии становится определение потребности, которая реализуется посредством зависимости, и поиск конструктивного варианта ее решения.

С точки зрения Григорьева Г.И. [1,2] зависимая личность требует непрерывной и интерактивной санации и коррекции, которые могут изменить лишь вектор и модальность зависимости. Уже достаточно давно рядом авторов высказывалось мнение о том, что в семье больного зависимым поведением его проблема оказывается лишь частью общесемейных проблем и часто выступает, по сути, фактором аномальной "стабилизации" внутрисемейных отношений. Жизнь игрока меняет самого человека, и вместе с ним изменяет его ближайшее окружение. В таких ситуациях у членов семьи "заядлого игрока" часто развивается состояние "созависимости". Сознательно близкие люди могут быть против такого увлечения, и регулярно высказывать это игроку. Но между тем, они не прекращают давать ему деньги, хотя и прекрасно понимают, на что он их потратит. То есть, бессознательно они всячески способствуют патологическому увлечению. Созависимость, как и зависимость нуждается в психотерапевтическом внимании.

**Клинический пример.** Андрей, 30 лет. В течение последнего года его мать неоднократно пыталась «устроить» встречи сына с психотерапевтом, и каждый раз

находились причины, срывавшие их. Последний звонок от матери Андрея был похож на сигнал о помощи. Она сообщила, что ситуация зашла «дальше некуда» и ее сын согласен на встречу. Из ее рассказа стало понятно, что игровое поведение сына набирало обороты и сейчас вся семья (муж, она и их младшая незамужняя дочь) стали заложниками долгов Андрея. Со слов матери, продано из семьи все, незаложенным остался лишь дом. Андрей без счета занимает для игры деньги в небольших банках, родители пытаются «ненакапливать» долги и быстро закрывают займы, однако, в последнее время, их сын продемонстрировал новое поведение в виде перехватывания денег, которые пересланы в банк, но еще не зачислены на его счет и снимает их для новой игры. Это и послужило «последней каплей» для семьи и они поставили Андрею условия – встреча с психотерапевтом. Со слов матери сын сейчас работает, при этом на работе «как будто» проблем нет.

В назначенное время пациент не явился и, когда врач закончив прием, собирался домой, в кабинет вошел крупный темноволосый мужчина и заявил, что он пришел на прием. Это и был Андрей. Свой поздний приход он объяснил тем, что был на работе и вообще ему сказали, что приеме будет до 19 часов, и, значит, он может прийти как получится. Ничуть не смутившись «временными неурядицами», он вяло сбросил куртку и, усевшись, вопросительно устремил на меня свой взор. На вопрос о необходимой помощи он неопределенно пожал плечами и заявил о том, что все у него вроде бы нормально. Разговор не клеился, не было ощущения, что то, что происходит, да и сам визит, были потребностью пациента. Догадки врача: «Зачем пришел, если не нужно», со стороны врача сопровождались выжидательными взглядами пациента в сторону доктора и отводением взгляда при обращении к нему. Не дождавшись инициативы, врач сообщил, что знает о его ситуации от матери, поскольку она и обратилась за помощью. После этой информации пациент заерзал на кресле и на его лице появилась безмятежная улыбка, которая затем уже не исчезала до конца встречи. Пришлось задавать пациенту конкретные вопросы, на которые он вяло подыскивал ответы внутри себя. Диалог походил на работу шахтера в забое (шахтером был врач, а пациент напоминал трудноподдающуюся породу).

Вот что удалось узнать о нем. Себя считает человеком азартным, так как с детства, с 6-ти лет, играл в профессиональной футбольной команде. Помнит, как «заводился» на играх, как трудно переносил неудачи, как важно было победить. Много времени требовалось на тренировки, учился без интереса, дома проводил мало времени - поездки, сборы матчи и т.д. Рано стал самостоятельным, отдалился от семьи, мало делился с ними своими неудачами и победами, стал гостем в семье. Став постарше и профессиональнее, стал получать за игру вознаграждение, это «заводило» еще сильнее, испытывал сильные чувства как при выигрыше, так и при проигрыше. Большой дружбы ни с кем ни водил, в команде не было принято, а школьные приятели отделились. Жизнь была похожа на хорошо составленное расписание, где не было места праздности, свободному времени и досугу. Когда такое время выдавалось, то не знал как распорядиться им. Радовали лишь игры, особенно когда они заканчивались

победой и выигрышем. Копил деньги. Такая жизнь закончилась однажды: травма ноги, после которой был дисквалифицирован. Не помнит своих чувств по этому поводу, лишь помнит, что все здорово изменилось. Пришлось общаться с родными, со старыми приятелями. Помнит, как дома мама и сестра пытались с ним общаться «по душам», но он ничего не чувствовал и не хотел знать о них и говорить о себе: «Мне это было просто не нужно». Выстроил формальные отношения с «друзьями», досуг с которыми ограничивался выпивкой, картами, пикниками. Замечал, что именно в этой компании ему было комфортнее всего, «никто не лез в душу», выпив спиртного, легко можно было говорить на личные темы. Впрочем, пациент предпочитал помалкивать. Со временем стал организатором таких встреч, так как «друзья» стали потихоньку жениться и свободным временем располагал только он. Они и сейчас могут собраться иногда, но в основном он одинок. «Много свободного времени», - так он говорит о себе. Правда он все время где-то работает, но это ненадолго, переход с работы на работу – его стиль. Нигде не завязываются прочные отношения. А он и не страдает! Сообщает, что вот уже более пяти лет находится в очень близких отношениях с женщиной (врач отметил, что пациенту не чужды и чувства). Женщина эта старше него и давно замужем, никаких перспектив на создание семьи нет, да его и так все устраивает: много свободного времени, никто не мешает жить своим ритмом. Назвать свои отношения чувствами он не решается, так как возникли они случайно, да и не по его инициативе. Сообщает лишь, что относится к этому нормально. Не припоминает в своей жизни ни «первой любви», ни последующей. О своих отношениях с сестрой, которая старше его всего на год, говорит так: «Она все время пытается меня расспросить обо мне, спрашивает, почему я ей не звоню, не расспрашиваю о ее проблемах, ничего не обсуждаю с ней. Ну не интересно мне это, не знаю для чего это надо делать». Родителей уважает, но никогда не был с ними близок, понимает, что огорчает их своим поведением (особенно выделяет маму), но ничего не может поделать. Понимает, что родители отдают последнее, говорит, что ему стыдно, но сообщает об этом спокойным, несколько равнодушным голосом (при этом с лица не сходит глуповатая улыбка). Не верит, что «разговорами» (имеет в виду психотерапевтическое лечение) кто-то может помочь ему не играть больше. У него есть опыт такого лечения, когда в течение нескольких встреч он был пациентом психотерапевта, лечившего его разговорами и уколами озона.

Не видит ничего плохого в игре, кроме долгов. В последнее время делает ставки на спортивные игры в букмекерских конторах, «мне без ставки смотреть игру не интересно». Все свое свободное время проводит там. Во время игры переживает, «заводится». Рассказывая об этом, пациент меняется внешне: становится возбужденным, ускоряется темп речи, частота дыхания, ерзает на кресле. Видно, что он переживает сильные и приятные чувства. На вопрос о выигрыше, отвечает, что ждет каждый раз выигрыша, нужны деньги, чтобы раздать долги, но говорит об этом без энергии в голосе. При вопросе о планах на будущее говорит, что хотел бы не играть, но не верит, что этому можно помочь, да и не очень представляет, что будет

происходить в его жизни взамен. Никаких конкретных планов по отдаче долгов не имеет: «Ну, как-то отдадим». Встреча подошла к концу. Прощаясь пациент не уточнил о возможности следующей встречи, врач не акцентировал на этом внимание.

Анализируя встречу врач отмечает, что не было главного – эмоционального следа. Что это, что с Андреем, откуда такая отстраненность, замороженность, «нежизненность»? Вот те вопросы, которые врача. И вдруг, как впышка – так это алекситимия? Опыта ведения таких пациентов в доктора до не было, однако были сведения о том, что все чаще встречаются такие пациенты.

Следующая встреча состоялась благодаря матери. Пациенту было предложено патопсихологическое исследование с применением тестов госпитальной тревоги и депрессии (HADS) и Торонтская шкала алекситимии (TAS). Результаты таковы: депрессия -16 баллов, тревога -14 (клинически выраженная тревога и депрессия). По шкале алекситимии – 78 баллов (алекситимический тип личности). Итак, диагноз установлен – алекситимия.

В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как психологическому фактору риска многих расстройств, в том числе и при зависимом поведении. Концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем количестве публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии способствовали исследования, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном символическом выражении своих эмоций [3,7,8,10,16]. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов для названия чувств»). Алекситимия не считается болезнью, она является психологической характеристикой личности и определяется следующими когнитивно-аффективными особенностями [19]: трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Клинически она выражается в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств [5,6,11,25,27]. Алекситимические проявления часто бывают вызваны повышенной личностной тревожностью [1,2,9,10,19]. Кроме нее, алекситимии способствуют особенности восприятия мира. Большинство алекситимиков склонны воспринимать мир через ощущения, у них менее развиты визуальная и аудиальная системы, а если и развиты, то негативные переживания закрепляются именно в ощущениях и не осознаются. Находясь под сильным воздействием эмоций, алекситимики действуют, особенно в

критических ситуациях, импульсивно, не в состоянии оценивать и отслеживать эмоции умом, теряя способность к анализу и критике [4,8,9,12,17,28,29,30]. М. Lumley [24,26] выявил, что индивиды с алекситимией склонны к негативным аффектам, нездоровому образу жизни, низкой комплаентности, социальной изоляции.

Для объяснения синдрома алекситимии J.S.Nemah [13,16,19,21,26] выделяет две модели: «дефицита» и «отрицания». Ряд авторов [3,7,12,14,15,20] считает, что у многих больных алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такого рода алекситимия является первичной. Для ее объяснения используется модель «дефицита», вызванного биохимическими, нейрофизиологическими или генетически обусловленными нарушениями [12,16,21]. Теории, описывающие биологическое происхождение алекситимии, имеют свое подтверждение: результаты функциональной МРТ выявляют дисфункцию активности передней части поясной извилины при когнитивной оценке эмоциогенных зрительных стимулов [22,23,25]. Некоторые клинические наблюдения [6,9,18,24,30] говорят в пользу недостаточной зрелости полушарий мозга, обуславливающей алекситимическую «предиспозицию».

Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов, поэтому в данном случае можно говорить о «вторичной алекситимии» и рассматривать ее как психологическую защиту, предполагая ее обратимость.

Как социокультуральный феномен алекситимия может быть связана с невысоким уровнем образования и социального статуса, недостатком словесной культуры. Если подавление чувств, эмоциональных реакций, в том числе на ситуацию опасности, жесткая регламентация эмоциональных проявлений становится хронической, превращаясь в стиль жизни, то межличностные взаимоотношения становятся дистанцированными, приобретают оттенок безразличия, черты поверхностности и формальности. Причиной подобного дефекта развития может быть и расстройство ранних отношений «мать-ребенок», негативно влияющее на становление представлений о мире и собственной личности.

**Выводы.** Таким образом, патология чувств в виде феномена алекситимии, очевидно, является нередким случаем в жизни зависимых людей. Врачу необходимо быть готовым разглядеть ее при ведении таких пациентов, учитывать эти особенности при терапии и развивать способы и методы работы с алекситимическими больными, осознавая, что целью работы должна быть личность, а не предмет или явление, вызвавшее зависимость.

#### **Литература.**

1. Григорьев Г.И. Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Н.В. Советная и др. // Учебное пособие под редакцией профессора Григорьева Г.И. – СПб.: МИРВЧ, 2007. – 282.
2. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца // Клиническая медицина. 1997. Т. 75. № 11. С. 32-34.
3. Ересько Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская / СПб., 1994. - 16 с.

4. Зайцев, В.В. Патологическая склонность к азартным играм - новая проблема российской психиатрии] / В.В. Зайцев // Социальная и клиническая психиатрия. - 2000. - № 3. - С. 52-58.
5. Интегративная психотерапия в комплексном лечении больных, страдающих патологической страстью к азартным играм" Бухановский А.О., Мадорский В.В., Солдаткин В.А., <http://www.madorsky.ru/img/67/67.pdf>
6. Калинин В.В. Мозговая асимметрия и психопатологическая симптоматика. Нейропсихиатрический подход // Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия / под ред. Н.Н. Боголепова, В.Ф. Фокина. М.: Научный мир, 2004. С. 594
7. Куташов В.А.Аффективные расстройства в клинической картине язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и бронхиальной астмы: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Московский научно-исследовательский институт психиатрии. Москва, 2004.-24 с.
8. Куташов В.А., Львович Я.Е., Постникова И.В. Оптимизация диагностики и терапия аффективных расстройств при хронических заболеваниях: монография. Воронеж,2009. -200 с.
9. Куташов В.А., Самсонов А.С., Будневский А.В., Припутневич Д.Н., Щербак Е.А.. Интеллектуализация анализа распространенности депрессивно-тревожных расстройств в клинике внутренних болезней// Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины.-2014.-Т134.№4.-С.993-996
10. Куташов В.А., Самсонов А.С., Припутневич Д.Н., Щербак Е.А., Заложных П.Б. Анализ депрессивных расстройств и психологические особенности пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения// Системный анализ и управление в биомедицинских системах: журнал практической и теоретической биологии и медицины.-2014.-Т13.№4.-С.870-874
11. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Саблина Л.А., Складорова А.В. Распространённость депрессивных расстройств среди больных гипотиреозом. Воронеж: Прикладные информационные аспекты медицины Т.17. №1. 2014. С85-86.
12. Куташов В.А. Аффективные расстройства в клинической картине язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и бронхиальной астмы: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Московский научно-исследовательский институт психиатрии. Москва, 2004.-24 с.
13. Куташов В.А. Влияние церебро-органических факторов на аффективные расстройства при некоторых психосоматических болезнях //Системный анализ и управление в биомедицинских системах.-2005.-Т4. №4.-С.461-463
14. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия.- М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000.- 460 с.
15. Макарова, О. Ф. Подростки: агрессивность и психосоматика / О. Ф. Макарова // Журнал практического психолога. 2-е изд., расшир. и доп. / Э. Г. Эйдемиллер. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.
16. Малыгин В. Л., Цыганков Б.Д. Особенности психических нарушений у лиц с патологической зависимостью от игры // Журнал неврологии и психиатрии.- 2006.- №5.- С. 16-19.
17. МКБ (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб, Адис. -1994. -302 с.
18. Панченко С. Становление и развитие понятия "стиль жизни" в западной социологии // Социология: теория, методы, маркетинг, 2006. №1. С.182-255
19. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100. № 6. С. 66-70. 30
20. Провоторов В.М., Крутько В.Н., Будневский А.В., Грекова Т.И., Золоедов В.И., Ряскин В.И., Харчевникова С.В. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией // Пульмонология. 2000. № 3. С. 30-35.
21. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости: автореф. дис. докт. мед. наук.- М., 2010.- 24 с.
22. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. Изд. Института психологии РАН, Институт «Открытое общество», 2000, 167 с.

23. Чуркин А.А., Касимова Л.Н. Распространенность расстройств влечений в городской популяции // Сборник научных трудов / Под ред. Ю.А. Александровского.- М.: ГНЦССП им. В.П. Сербского, 2001.- С.143-160.

24. Шемчук Н.В. Факторы, влияющие на возникновение и формирование патологического влечения к азартным играм. Неврологический вестник.- 2008.- Т.XL, вып. 2.- G.65-67.

25. Berthoz S., Artiges E., Van De Moortele P.F. et al. Effect of impaired recognition and expression of motions on frontocingular cortices: an fMRI study of men with alexithymia // Am J Psychiat 2002; 159: 6: 961-967.

26. Griffiths, M. Betting your life on it. British Medical Journal.-2004.- V. 329.- P.1055-1056.

27. Lumley M.A. Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research. Journal of personality, 2004, v. 72(6) p. 1271—1300.

28. Lumley M., Bazydlo R. The relationship of alexithymia characteristics to dreaming // Journal of Psychosomatic Research, 2000. № 48.

29. Newman S. The psychology of rheumatic diseases / S. Newman, K. Mulligan // Baillieres Best Practice and Research Clinical Rheumatology. 2000. - Vol. 14, No 4. - P. 773786.

30. O'Connor J., Dickerson M. Impaired control over gambling in gaming machine and off-course gamblers // Addiction.- 2003. Jan.- V. 98.-N 1.- P.53-60.

**Abstract.**

**Kutashov V.A., Nemykh L.S.**

**THE ROLE OF ALEKSITIMIA IN THE GENESIS OF A DEPENDENT LIFESTYLE**

*Voronezh State Medical Academy, Department of Psychiatry, Addiction and Psychotherapy  
Institute of Continuing Professional Education*

Dependent behavior starts to be a part of our lifestyle. This behavior is often a substitute for a true manifestation of human life. People try psychoactive drugs and become addicted forever. That contributes to the formation of such behavior? The phenomenon of alexithymia is often at the heart of the deficit of emotional behavior. We all need an integrative approach to solve the problem of addictive behavior.

**Keywords:** dependent lifestyle, gambling, alexithymia, model "deficit" and "denial", Toronto alexitimii scale (TAS).

**References:**

1. Grigor'ev G.I. Organization and maintenance of the spiritually oriented psychotherapy of pathological dependences / G.I. Grigor'ev, S.g. of Grigor'ev, N.V. Advice and other of // the Train aid edited professor Grigor'eva G.I. – SPb.: MIRVCH, 2007. – P.282.

2. Grekova T.I., Provotorov V.M., Budnevskij A.V., Kravchenko A.Ya. Alexithymia in the structure of the personality of patients with coronary heart disease//clinical medicine. 1997. t. 75. No. 11. P. 32-34.

3. Eresco D. B. Alexithymia and methods of its determination at the edge of psychosomatic disorders / A. N. aresco, G. L. Isurin, E. C. Kaidanovsky / Method manual. SPb., 1994. - 16 P.

4. Zaitsev, V. C. Pathological gambling new problem of Russian psychiatry] / centuries Zaitsev // Social and clinical psychiatry. - 2000. No. 3. - P. 52-58.

5. Integrative Psychotherapy in the treatment of patients suffering from pathological gambling passion "Buhanovskij" A.O., Madora V.V., Soldatkin V.A., <http://www.madorsky.ru/img/67/67.PDF>

6. Kalinin V. V. Brain asymmetry and psihopatologičeskaâ symptoms. Nejropsihiatričeskij approach//Functional lateralization. Reader ed. N. Drug, V. Fokin. M.: the scientific world, 2004. P. 594

7. Kutashov V. A. Affective disorders in the clinical picture of peptic ulcer disease duodenal ulcer and bronchial asthma: the dissertation on competition of a scientific degree of candidate of medical Sciences, Moscow research Institute of psychiatry. Moscow, 2004.-24 p.

8. Kutashov V. A., L'vovich Ya.E., Postnikova I.V. Optimization of diagnostics and therapy of highly emotional disorders at chronic diseases: monograph. Voronezh,2009. -200 p.

9. Kutashov V. A., Samsonov, A. S., Budnevsky A. C., Pryputniewicz D. N., Shcherbak E. A.. Intellectualization analysis of the prevalence of anxiety disorders in the clinic of internal diseases// System analysis and control in biomedical systems: the journal of practical and theoretical biology and medicine.-2014.-T no.4.-P. 993-996

10. Kutashov V. A., Samsonov A.S., Pripitnevich B.T., ScherbaK E.A., Zalozhnyh H P.B. Analysis of the depressed disorders and psychological features of patients with the consequences of sharp

violation of cerebral krovoobrascheniya// analysis of Systems and management in the biomedical systems: magazine of practical and theoretical biology and medicuiny.-2014.-Т.13.-P.870-874

11.Kutashov V.A. Depression incidence in cases of patients with hypotireoidizm / V.A.Kutashov [and others]. - Voronezh : VSMA, 2014. – V.17, № 1. – P. 85-86.

12.Kutashov V.A. Affectivines disorders in cases of duodenal ulcer and bronchial asthma : abstract ... doct. of medicine / V.A.Kutashov; Moscow scientific Institute of psychiatry. – М., 2004. – 24 p.

13.Kutashov V.A. The impact of cerebral organic factors on affective disorders in certain psychosomatic diseases / V.A.Kutashov // System analysis and control in biomedical systems. – М., 2005. – V. 4, № 4. – P. 461-463.

14.Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Sociodinamicheskaya psychiatry.- М.: Akademicheskii Project, Ekaterinburg: Business book, 2000.- 460 p.

15. Makarova, O. of F. Teenagers: aggressiveness and psikhosomatika / O. F. Makarova // Magazine of practical psychologist. 2th publ., rasshir. and dop. / E. Eydemiller. – SPb.: Piter, 2000. – 656 p.

16. Malygin V. L., Cygankov B.D. Features of psychical violations at persons with pathological dependence on a game // Magazine of neurology and psychiatry.- 2006.- 15.- P. 16-1

17. МКБ (10th revision). Classification of psychical and povedencheskikh disorders. Clinical descriptions and pointing on diagnostics / Trudged. on russk. yaz. Under red. Yu.I. Nullera, S.Yu. Cirkina. - SPb, Adis. -1994. -302 p.

18. Panchenko S. Stanovlenie and development of concept "Lifestyle" in western sociology // Sociology: theory, methods, marketing, 2006. №1. P.182-255

19. Provotorov V.M., Chernov U.N., Lyshova O.V., Budnevskiy A.V. Aleksitimiya // Magazine of neurology and psychiatry the name of C.c. Korsakova. 2000. Т. 100.

20. Soldatkin V.A. Clinico-pathogenetic comparative study of games and alcohol dependence: author. dis. Prof. the honey. Sciences.- М., 2010.- 24 p.

21. Urvancev L.P. Psychology of somatic patient. Publ. of Institute of psychology of WOUNDS, Institute «Opened society», 2000, 167 p.

23. Churkin A.A., Kasimova L.N. Prevalence of disorders of appetences in city populyacii // Collection of scientific labours / Under red. Yu.a. Aleksandrovskogo.- М.: GNCSSP the name of V.P. Serbian, 2001.- P.143-160.

24. Shemchuk N.V. Factors, influencing on an origin and forming of pathological appetence to the reckless games. Neurological announcer.- 2008.- Т.XL, вып. 2.- P.65-67.

25.Berthoz S., Artiges E., Van De Moortele P.F. et al. Effect of impaired recognition and expression of motions on frontocingular cortices: an fMRI stady of men with alexithymia // Am J Psychiat 2002; 159: P.961-967.

26.Griffiths, M. Betting your life on it. British Medical Journal.-2004.-V. 329.- P.1055-1056.

27.Lumley M.A. Alexithymia, emotional disclosure, and health: a program of research. Journal of personality, 2004, v. 72(6) p. 1271—1300.

28.Lumley M., Bazydlo R. The relationship of alexithymia characteristics to dreaming // Journal of Psychosomatic Research, 2000. № 48. P. 127—130.

29.Newman S. The psychology of rheumatic diseases / S. Newman, K. Mulligan // Baillieres Best Practice and Research Clinical Rheumatology. 2000. - Vol. 14, No 4. - P. 773-786.

30.O'Connor J., Dickerson M. Impaired control over gambling in gaming machine and off-course gamblers // Addiction.- 2003. Jan.- V. 98.-N 1.- P.53-60.

**Сведения об авторах:** Куташов Вячеслав Анатольевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ИДПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, , e-mail: [kutash@mail.ru](mailto:kutash@mail.ru); Немых Людмила Степановна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ИДПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко, e-mail: [L572757@mail.ru](mailto:L572757@mail.ru).