

О. Г. Шпаковская, А. В. Копытов

РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

«Роль алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения» – данная статья представлена в виде широкого обзора литературы по указанной, кстати, очень актуальной теме.

Произведен активный поиск источников информации по роли алекситимии в формировании психосоматических расстройств и зависимых форм поведения.

Поиск производился с использованием самых современных электронных баз данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed».

Ключевые слова: алекситимия, психосоматические расстройства.

O. G. Shpakovskaya, A. V. Kopytov

ALEXITHYMIA AND PSYCHOSOMATIC FRUSTRATIONS AND DEPENDENT FORMS OF BEHAVIOR

The research objective is to define relative associations between alexithymia and psychosomatic frustrations and dependent forms of behavior.

To estimate the methodical quality of this association, and to analyze the results in order to describe the essence of this problem.

The sources of information on this subject is made to the analysis, electronic databases were used: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed».

Key words: alexitimiy, psychosomatic frustration

Анализ литературы по проблеме алекситимии позволил выявить ряд факторов, которые стали основанием для рассмотрения алекситимии как фактора риска в развитии психосоматозов и алкогольной зависимости.

Начало изучения алекситимии было положено П. Сифнеосом и Дж. Немиахом [19] в 70-х годах XX века в рамках исследования личностных особенностей больных психосоматических клиник. Термин «алекситимия» буквально означает: «без слов для чувств» или в близком переводе – «нет слов для названия чувств» (от греч. а – отсутствие, lexis – слово, thymos – чувство). П. Сифнеос и Дж. Немиах предложили применять термин «алекситимия», характеризуя некоторые расстройства в когнитивно-эмоциональной сфере у больных с психосоматическими расстройствами. За 30-летнюю историю изучения алекситимии отечественные и зарубежные исследователи значительно продвинулись в определении характеристик этого феномена. К их числу относят: затрудненность или неспособность человека идентифицировать и давать описание своих эмоциональных переживаний, нечувствительность и непонимание чувств других людей, трудности в различении чувств и телесных ощущений, фиксация на внеш-

них событиях в ущерб внутренним переживаниям, ограниченное использование символов, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения, сновидений.

Н. Д. Семенова и П. Сифнеос к этому перечню добавляют недостаточную глубину эмоционального потенциала личности. Такие особенности мышления, как преобладание рационального над эмоциональным, когнитивная недифференцированность с тенденцией к разного рода альтернативам. Образ жизни алекситимной личности: ориентирован на действия; межличностные связи, как правило, бедны; затруднен контакт с собственной психической сферой. Причем перечисленные особенности могут проявляться в равной степени, а может преобладать одна из них [19].

Алекситимия часто является коморбидным состоянием с другими расстройствами, с соответствующей распространенностью у 63% при анорексии, у 56% при булимии, у 45% при большом депрессивном эпизоде, у 50% при зависимых от ПАВ формах поведения [24, 25], при расстройствах личности [6], сексуальных расстройствах [6, 13].

Есть гипотеза, согласно которой ограниченное осознание эмоций и когнитивной переработки

аффекта ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению.

Этим объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями.

Не решенным окончательно является вопрос о том, является ли алекситимия состоянием, зависящим от ситуации, или устойчивой личностной характеристикой. Неясны и причины алекситимических черт: вызваны они врожденными факторами (например, биохимическим дефицитом) или же обусловлены прижизненными задержками в развитии из-за семейных, социальных и культурных влияний.

Есть ограниченное количество эмпирических доказательств, при исследовании отношений между алекситимией и злоупотреблением алкоголя, возникновением вторичной депрессии и невротических расстройств в которых выдвигается гипотеза о роли алекситимии, как фактора риска в генезе алкогольной зависимости, психосоматической и невротической патологии [7, 24, 25].

Цель исследования провести анализ источников литературы по определению взаимосвязь алекситимии с психосоматическими, невротическими расстройствами, алкогольной зависимостью, а также определить ее роль при их формировании для последующей оптимизации исследовательских критериев и разработки новых подходов в решении актуальных проблем социально значимых заболеваний.

Произведен поиск источников информации по данной тематике с использованием электронных баз данных: «Current Contents», «ЕТОН», «Medline», «PsycInfo», «PubMed» (с 1973 до 2009). Все полученные в ходе исследования статьи относительно алекситимии при психосоматических расстройствах и алкогольной зависимости на английском языке были сохранены. Включенные в обзор материалы исследований отражали оценку отношений между алкогольной зависимостью, психосоматическими расстройствами и алекситимией, как психологическим фактором уязвимости и риска для формирования данной патологии.

Единой концепции, объясняющей развитие алекситимии в настоящее время не существует, но имеющиеся исследования позволяют выделить три подхода, которые различаются представлениями о причинах и условиях становления алекситимии. Это биологическая теория (первичная алекситимия), теория травматической соматизации (вторичная алекситимия) и теория социального научения. Биологическая теория рассмат-

ривает алекситимию как первичный процесс, в котором ведущая роль принадлежит генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга [12]. Такие характеристики алекситимии позволяют именовать ее конституциональной. Первичную (конституциональную) алекситимию некоторые авторы рассматривают в рамках модели «дефицита», определяющего отсутствие функций, связанных с выражением аффекта и фантазий. Дж. Немиах и П. Сифнеос эмпирически связывали алекситимию с нарушениями в области палеостриального тракта, в результате чего, по их мнению, и происходит подавление импульсов из лимбической системы к коре головного мозга [19].

Дальнейшее развитие представлений о генезе алекситимии было связано с экспериментальными работами И. С. Коростеловой, В. С. Ротенберга [13] в которых было установлено, что левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом полушарии, вследствие их нарушенного взаимодействия. Известно, что в головном мозге существуют комиссуральные проводящие пути, которые проходят через мозолистое тело и объединяют функции полушарий головного мозга. Оказалось, что лица, подвергшиеся церебральной коммисуротомии (перерезке на уровне мозолистого тела), характеризуются сниженной способностью к символизации, фантазированию, а также реже видят сновидения.

В соответствии с этим были высказаны предположения о возможности возникновения у человека «функциональной коммисуротомии». В первую очередь в этом аспекте стали рассматривать алекситимию: ее начали трактовать как синдром «расщепленного мозга».

К изложенной нейроанатомически-нейрофизиологической гипотезе близка другая, рассматривающая алекситимию как дефект развития головного мозга. При этом предполагают дефект мозолистого тела или билатеральную либо аномальную локализацию центра речи в правом полушарии. Некоторые авторы, основываясь на изучении близнецов, большое место в развитии синдрома алекситимии отводят генетическим факторам [12].

Ко вторичной алекситимии относят, в частности, состояние глобального торможения аффектов или «оцепенения», наступающее в результате тяжелой психологической травмы (модель «отрицания»).

Вторичная алекситимия может отражаться в патологической форме горя или скрытой депрессии. В данном случае она рассматривается как «защитный механизм», хотя и не является психологической защитой в классическом пони-

мании. Но при этом следует учитывать, что выявление алекситимии при маскированных депрессиях и невротических расстройствах дало основание некоторым авторам рассматривать ее с позиций невроза [2]. Алекситимичные черты часто встречаются у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. При целом ряде пограничных психических расстройств была установлена положительная связь между уровнями алекситимии, депрессии и тревоги. В связи с этим были высказаны предположения, что алекситимичные черты формируются на основе предшествующей тревоги и депрессии.

В. В. Николаева подробно рассматривает связь феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции. Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности – это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно рефлексия является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. В то же время, дефицит рефлексии относится к важному признаку алекситимии. «Алекситимик» не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их [15].

В процессе онтогенетического развития по каким-то причинам потребность в саморегуляции может оказаться не сформированной. В результате невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям.

Правомерность такой концепции была подтверждена исследованием явления вторичной алекситимии у взрослых, которые перенесли в возрасте до 3-х лет операцию по поводу врожденного порока сердца. Это хорошо объясняется особой социальной ситуацией формирования их психики, когда близкий взрослый этих пациентов организовывал и контролировал их деятельность вплоть до периода взрослости самих больных, строил их программу будущей жизни. Таким образом, не формировалась собственная деятельность саморегуляции, не было активного, творческого отношения к собственной жизни.

В. В. Николаева в качестве ключевых моментов происхождения этого психосоматического состояния подчеркнула неустойчивость или узость мотивационной иерархии, несформированность потребности в саморегуляции, недостаточность в звене ценностного опосредования, неусвоенные в процессе онтогенетического развития средства рефлексии [15].

Среди «очевидных» характеристик алекситимии она выделила: бедность языка в самоописаниях и общении; малую представленность в настоящем событий прошлой жизни; недостаточную инициативу и активность в поиске средств;

зависимость от близкого взрослого (матери) при совместном выполнении ряда заданий; неустойчивость и недифференцированность самооценки, в ряде случаев полная проекция оценок окружающих в структуре самооценки больного; неустойчивость и неадекватность целеполагания при исследовании уровня притязаний; неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

Третий – социологический – подход объясняет появление синдрома алекситимии в аспекте поведения, социальных и культурных факторов. Один из представителей этого подхода, выделяющего в качестве причины алекситимии социальное научение, Н. Kristal, полагает, что эмоциональное развитие человека и соответственно патология эмоциональности находятся в прямой зависимости от характера отношений в системе «мать – ребенок» в раннем детстве. По данным исследований, полученным сторонниками биологической теории алекситимии, она не поддается коррекции, тогда как подходы, утверждающие формирование алекситимии в результате травмы или социального научения, признают возможным ее коррекцию [33].

Медицинская позиция во многом вторит психологической. В частности, В. М. Провоторов с соавторами [16], характеризуя особенности алекситимии при заболевании бронхиальной астмой, указывает, что согласно современным представлениям, алекситимия является психологической характеристикой индивида, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: трудность в определении аффекта, идентификации и определения собственных чувств; затруднения в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями.

Касаясь вопроса о генезе этого феномена, отмечают особую роль ряда условий, в которых протекало формирование психики таких больных. К их числу относятся:

- специфический телесный опыт (болезнь в раннем детстве, операция с последующими ограничениями активности);
- фиксация внимания семьи на болезни ребенка, включение болезни в социальную ситуацию развития в качестве ее центрального звена;
- директивное навязывание больному определенного – «инвалидного» – стиля жизни;
- длительное переживание неуспеха в значимой деятельности (в особенности в периоды нормативных кризисов развития);
- ограниченность эмоционального опыта спектром негативных эмоций (страдание, жалость, неуспех);
- неспособность собственного активного вмешательства в обстоятельства жизни.

Однако нельзя полностью исключить и два социально-психологических фактора, действующих в период раннего формирования психических процессов и личности.

Первый из них – воспитание в семье, в которой эмоции сдерживаются, а за их проявление ребенка наказывают.

Второй фактор может быть описан, как сознательное подавление негативных эмоций в стрессовых состояниях, когда они мешают эффективной деятельности. Эта тенденция генерализуется, и, в конце концов, человек привыкает скрывать и подавлять любые эмоциональные состояния, а не только отрицательные.

По разным данным среди психосоматических больных «алекситимики» составляют до 64%, поэтому нет оснований говорить о причинно-следственных связях. Скорее, алекситимия – это один из факторов риска [1].

Алекситимия была описана как предиктор при ишемической болезни сердца первичной артериальной гипертензии, сахарном диабете, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, злокачественных новообразованиях [15, 16].

Вообще же существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации. Apfel и P. Sifneos приводят некоторые характеристики пациентов с наличием психосоматических заболеваний: они многословно описывают свои физические ощущения (на примерах, сравнениях и т. п.), затрудняясь четко сформулировать свое эмоциональное состояние; образ жизни таких людей – действия, межличностные связи, как правило, бедны [19]. Некоторые исследователи подчеркивают также, что им трудно передать словами свои телесные ощущения – контакт с собственной психической сферой несколько затруднен; отмечается натянутость в позах и движениях, бедность мимики, роботообразная деятельность.

Согласно ряду наблюдений, алекситимия встречается с высокой частотой у лиц, имеющих избыточную массу тела, причем в этих случаях она обычно сочетается с депрессией [9]. Авторы соответствующих работ полагают, что для алекситимичных индивидов прием пищи выступает в роли своего рода внутреннего регулятора чувства напряжения. Алекситимия рассматривается как фактор, не только предрасполагающий к ожирению, но и затрудняющий возможность потери лишней массы. Кроме того, указывается [11, 15, 16], что при проведении лечебных мероприятий в этих случаях необходимо учитывать характерные для алекситимиков низкие показатели качества жизни, высокий уровень тревожности.

Тенденция к уменьшению положительных эмоций и радостных событий и одновременно выраженность таких чувств, как гнев, печаль и враждебность, характеризуют алекситимичных больных с артериальной гипертензией, устойчивой к терапии. Алекситимичные черты встречаются у 55,3% больных первичной артериальной гипертензией. У алекситимичных пациентов выше цифры артериального давления по сравнению с неалекситимичными [15].

Если алекситимия имеет место у больных бронхиальной астмой [2, 9], то таким пациентам требуются более длительные госпитализации, они часто злоупотребляют β -адреномиметиками и нерегулярно пользуются ингалируемыми кортикостероидами.

В последнее время активно изучается роль хронической боли в развитии и поддержании алекситимических черт.

Есть группа работ, отражающая попытки сопоставить алекситимические черты личности с содержанием биологически активных веществ в организме. Доказанным можно считать тот факт, что алекситимия сопровождается повышением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем и существует корреляция между выраженностью алекситимии (например, в баллах по TAS) и содержанием кортизола, адренкортикотропного гормона и норадреналина. Преобладание алекситимии и агрессивного типа поведения отмечено у женщин, страдающих артериальной гипертензией в предмено-паузальном периоде. При высоком содержании ренина у пациентов с артериальной гипертензией достоверно чаще встречаются симптомы депрессии, тревоги, враждебности, обидчивости. У алекситимичных индивидов наблюдается также снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета. Обнаруживаемая в этих случаях лимфопения может создавать предпосылки для развития злокачественных новообразований. При алекситимии, развивающейся на фоне посттравматического стрессового расстройства, наблюдается высокое содержание сывороточных интерлейкинов-1 β . С учетом сказанного можно констатировать, что алекситимия не просто располагает к развитию психосоматической патологии, но и несет существенную прогностическую информацию о течении заболевания в целом и эффективности терапии. Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств [12].

Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у многих больных алекситимические проявления необратимы даже при длительной интенсивной

психотерапии. Они остаются неспособными к осознанию эмоций и фантазированию. В отношении их более адекватной представляется «модель дефицита», в соответствии с которой имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать. Этой точки зрения придерживается Сифнеос [19].

Роль алекситимии в формировании алкогольной зависимости

Алекситимия относительно распространенное расстройство у лиц, страдающих зависимостью от ПАВ [24, 25]. С. Cleland и коллеги показали при клинической экспертизе, что уровень алекситимии у зависимых от ПАВ пациентов выше, чем у большинства пациентов с невротическими расстройствами [2].

Имеются результаты о положительных отношениях между алекситимией и алкогольной зависимостью в подростковом и молодом возрасте [6]. Handelsman и др. установили, что лица злоупотребляющие алкоголем и другими ПАВ имели значения по уровню алекситимии выше средненормативных [24, 25]. Naviland M. G. и др. диагностировали клинически выраженную алекситимию у 42% мужчины и женщин, госпитализированных для стационарного лечения по поводу зависимости [22, 24, 25]. Ziolkowski et al. нашли алекситимию у 48% амбулаторных пациентов с алкогольной зависимостью мужского пола в обзоре по результатам научного исследования, проведенного на финских мужчинах среднего возраста, обнаружена связь алекситимии с алкоголизмом. В течение года обследовано 2297 мужчин относительно наличия алекситимии [33].

Данные включали качественные и количественные характеристики алкогольных проблем, последствия чрезмерного питья и факторы преодоления стресса. Результаты были дополнены оценкой гаммаглутаминтрансферазы (GGT) в крови и корпускулярным объемом эритроцитов (MCV). Результаты показали, что «злоупотребление алкоголем» и неприятные последствия опьянения больше были распространены среди людей с более высокими уровнями алекситимии. Количество потребления алкоголя, частота и тяжесть последствий были связаны с алекситимией и находились в прямой корреляционной связи ($p < 0,05$). Слабая прямая корреляция наблюдалась между алекситимией и соматическими последствиями потребления алкоголя (артериальная гипертензия, язвы, желудочно-кишечные расстройства, панкреатит, неврологические нарушения и кардиомиопатия). Авторы указали, что это могло быть связано с нехваткой статистиче-

ской достоверности, так как, за короткое время тяжелое питье не могло повлиять на формирование соматической болезни. Альтернативные, этиологические факторы, кроме алкоголя, могли также способствовать началу и развитию соматических болезней [19]. Популяционные исследования связи алкогольных расстройств с артериальной гипертензией [15] и желудочно-кишечными нарушениями [16] показали более высокие ее показатели при наличии у алкоголиков алекситимии. Не было никаких существенных отношений между рабочими стрессами и потреблением алкоголя, хотя потребление алкоголя способствовало облегчению напряжения у пациентов с алекситимией [22].

В проведенных исследованиях есть нехватка информации относительно связи алекситимии с частотой и количеством употребления алкоголя у зависимых от алкоголя лиц.

В поперечном исследовании [24, 25] найдена умеренная корреляционная связь ($r = 0,36$; $p < 0,1$) между данными Торонтской алекситимической шкалы (TAS-20) и Мичиганским скрининг-тестом на алкоголь (MAST) [14]. Точно так же Uzun A. et al. **нашли сильную положительную корреляцию** ($r = 0,63$; $p < 0,01$) между TAS-20 и MAST и между продолжительностью употребления алкоголя и уровнем алекситимии у 48,2% алкоголиков мужского пола, имеющих клинически значимую алекситимичность по результатам TAS-20 более 60 баллов [26, 29].

У алкоголиков с признаками алекситимичности был значительно более молодой возраст начала употребления алкоголя, более продолжительный стаж злоупотребления и значительно более высокие показатели по MAST в сравнении с неалекситимичными. Это указывает на более серьезные алкогольные проблемы у лиц имеющих алекситимичность. Уязвимость исследования заключается в отсутствии анализа влияния на результаты наличие у обследованных тревоги, депрессии, уровня образования, отсутствие оценки результатов алекситимии в зависимости от уровней по MAST [18].

Точно так же при исследовании алекситимии не обнаружено различий в зависимости от возраста, уровня образования, продолжительности употребления алкоголя и уровней по MAST между алкоголиками с алекситимией и без нее. Эти несогласованности могут быть связаны с потенциальными различиями по использованным критериям исключения.

Uzun A. et al. [31] **исключали людей с коморбидными психологическими нарушениями, полинаркоманией, соматическими заболеваниями и психоорганическим синдромом.** Неизвестно, сделали Ziolkowski et al. [20] то же самое. Evren C. [26]

исключали людей с другими формами зависимого поведения и когнитивным дефицитом. Другие различия между результатами исследований, вероятно, связаны с использованием различных версий TAS или различиями в измерении алкогольных проблем, незначительными размерами выборок. В настоящее время есть неопределенное доказательство предлагаемой связи между алекситимией и алкогольной зависимостью, и неуверительностью теоретической гипотезы, предполагающей, что алекситимия – фактор риска в происхождении алкогольной зависимости [24, 25].

Поскольку люди с алекситимией часто чувствуют себя некомфортно в социальных ситуациях [3], некоторые исследователи предложили, что алекситимичность у людей употребляющих алкоголь выступает в роли защитного механизма от стресса или улучшения межличностного функционирования. Однако немногие из этих определенных гипотез были подтверждены опытным путем.

В поперечном исследовании алкоголиков, проведенных Van Rossum L. G. M. et al. [21] сообщено, что большинство желудочно-кишечных симптомов у алкоголиков связано с алекситимией.

Общий уровень клинической алекситимии отмечался у 54%, у 51% «трудности идентификации чувств», у 69% «трудности описания чувств» и у 36% «внешне ориентированное мышление».

Есть некоторые принципиальные вопросы, на которые нужно обратить внимание при исследовании связи между алекситимией и алкогольными проблемами. Один из них, связь алекситимичности с количеством потребляемого алкоголя. Только в одном поперечном исследовании отмечена сильная ассоциация между этими характеристиками [24]. При исследовании имела место адекватная методология, но полученные данные были получены на не совсем репрезентативной выборке алкогользависимых пациентов. Кроме того, в работах желательно исследовать связь алекситимии с тяжестью алкогольных проблем. Данный аспект затрагивался в четырех исследованиях, однако все они не имели законченного результата по данной проблеме [28]. Будущие исследования должны сосредоточиться на том, чтобы объяснять отношения между алекситимией и тяжестью алкоголизма, принимая во внимание многомерную природу алекситимии, и установить, является ли алекситимия взаимосвязанной характеристикой с алкогольными нарушениями или является самостоятельным фактором риска.

Преыдущее поперечное исследование у страдающих алкоголизмом выявило сильную корреляцию между негативными аффектами и алекситимией [29], предполагая важность контроля

негативных аффектов при формировании алкоголизма в будущем. До настоящего времени только пять исследований включали тревогу, депрессию или оба состояния, как достаточно значимые коварианты обуславливающие взаимосвязь между алекситимией и алкоголизмом [24].

Некоторые факторы риска злоупотребления алкоголем, включая адаптивность и расстройства личности, были исследованы относительно алекситимии [2, 6]. Эти три исследования были проведены с отклонением от репрезентативности выборки, поэтому не получено достоверных данных об их взаимосвязи с алекситимичностью.

Клинические уровни алекситимии могут являться предикторами рецидив у зависимых от алкоголя амбулаторных больных [24]. Поперечное частное исследование показало, что люди с алекситимией сообщали о более коротких периодах воздержания от алкоголя по сравнению с лицами без алекситимии. В группе с длительными ремиссиями (12–108 месяцев) 33% лиц с алекситимичностью, среди лиц с кратковременными ремиссиями 66% таких лиц. Длительность ремиссий была больше у женатых. Результаты метода множественного регрессионного анализа показали, что алекситимичность лишь на 20% влияет на ремиссию [30]. При проведении проспективного исследования [28], обнаружено повышение сывороточного кортизола у алекситимичных пациентов, по сравнению с неалекситимичными, накануне срыва.

Проспективное методологическое исследование нашло положительную ассоциацию между «трудностями идентификации чувств» и тяжестью алкогольных проблем до и после лечения [31]. У лиц с более высокими уровнями алекситимии имелись более серьезные проблемы с алкоголем, даже после воздержания от потребления алкоголя. У пациентов с алкогольной зависимостью, находившихся на стационарном лечении, выявлено наличие алекситимичности у 67,4%.

Повторные исследования уровня алекситимии спустя 15 месяцев, у тех же пациентов, выявили более высокие значения у лиц имевших рецидив, и более низкие у находящихся в ремиссии [18].

Алекситимия может быть важным нераспознанным фактором абстиненции, хотя убедительной связи между алекситимией и состоянием отмены не имеется. До настоящего времени были проведены только три исследования, занимающиеся исследованиями связи алекситимии и абстиненции, в двух из которых показано отрицательное влияние алекситимии на состояние отмены алкоголя [24]. В этих исследованиях не найдено различий между уровнем алекситимии у трезвенников и зависимых [25].

В исследовании, сосредоточенном в основном на отношениях между алекситимией и абстиненцией у лиц с алкогольной зависимостью мужского пола [18], не найдено существенных различий в возрасте начала и продолжительности зависимости, возрасте и уровне образования между лицами с алекситимией и без нее. При исследовании эффектов влияния детоксикации на показатели алекситимичности у лиц зависимых от ПАВ с помощью TAS-20 показало, что при измерении базового уровня алекситимии, до алкогольного эксцесса и через 4–6 недель после купирования состояния отмены существенно не отличался. Результаты подтверждают, что алекситимичность имеет тенденцию быть устойчивой личностной характеристикой [2, 6].

Есть единственное исследование, в котором сообщается о лучших результатах лечения для алекситимичных лиц с алкогольной зависимостью методами когнитивно-поведенческой терапии, чем терапии повышения мотивации. Это потенциально может быть объяснено более сильным акцентом на приобретении определенных навыков при КПТ [36].

В настоящее время есть сомнительное доказательство предлагаемой связи между алекситимией и алкогольной зависимостью, и недостаточной эмпирической поддержкой гипотезы, предполагающей, что алекситимия – фактор риска в происхождении алкогольной зависимости [4].

Таким образом, в этом обзоре отражены итоги исследования доступной литературы по алекситимии как предиктора психосоматических и невротических расстройств, алкогольной зависимости. На основании полученных данных можно с осторожностью утверждать, что алекситимия является фактором риска в развитии психосоматических заболеваний, таких как вторичная депрессия, ожирение, язвенная болезнь, артериальная гипертензия. А так же фактор уязвимости при формировании и становлении алкогольных нарушений.

Учитывая высокую распространенность алекситимии в популяции, необходимо дальнейшее исследование отношений между алекситимией и возникновением заболеваний относящихся к группе психосоматозов, невротических и поведенческих расстройств. Изучение потенциальной роли алекситимии как фактора риска для этих нарушений и маркера ответа на лечение.

Данная проблема заслуживают более подробного исследования и обсуждения в отношении связи алекситимии с вышепредставленными феноменами, а также изучения факторов, приводящих к формированию самой алекситимии. Будущие исследования должны включать изучение социальных, биологических, когнитивных и дру-

гих актуальных факторов, ассоциированных с формированием алекситимии.

Таким образом, будущие исследования должны использовать большие выборки, учитывать клинические аспекты изучаемых расстройств, более дифференцировано подходить к проблемам коморбидности, диагностики, критериям исключения и включения в исследовательские группы, чтобы более точно установить роль алекситимии на формирование различных заболеваний.

Литература

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Александр Ф. – М., 2002. – 84 с., 123 с.
2. Арина, Г. А. Психосоматический симптом как феномен культуры / Арина Г. А. – 1991. – 123 с.
3. Асмолов, А. Г. и др. О некоторых перспективных исследованиях смысловых образований личности / Асмолов А. Г. – 1979. – 145 с.
4. Бурлачук, Л. Ф., Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – СПб., 2002. – 98 с.
5. Былкина, Н. Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий (аналитический обзор) / Былкина Н. Д. // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2.
6. Вдовиченко, А. А. О типах акцентуации характера у делинквентных подростков: Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии / А. А. Вдовиченко. – Л., 1976. – 178 с.
7. Вотчин, И. С. Характер как совокупность социально обусловленных свойств личности: Учебно-методическое пособие / И. С. Вотчин, А. А. Бочкарев. – Новосибирск, 2000. – 174 с.
8. Выготский, Л. С. Собрание сочинений. – 1983. – 24 с.
9. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика: Психология индивидуальных различий / П. Б. Ганнушкин. – М., 1982. – 306 с.
10. Гиндикин, В. Я. Справочник: Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В. Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
11. Грекова, Т. И. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Т. И. Грекова, В. М. Провоторов, А. Я. Кравченко, А. В. Будневский / Клиническая медицина. – 1997. – № 11. – С. 32–34.
12. Калинин, В. В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная клиническая психиатрия. – 1995. – № 5. – С. 96–102.
13. Коростелева, И. С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / Телесность человека: междисциплинарные исследования / И. С. Коростелева, В. С. Ротентберг. – М., 1993. – С. 136–143.
14. Методическое руководство по применению личностного опросника Р. Кеттелла 16 PF. – СПб., 1998. – 28 с.

□ **Обзоры и лекции**

15. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование / В. В. Николаева. – М., 1987. – 134 с.
16. Провоторов, В. М. и др. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда / В. Провоторов. – Клиническая медицина. – 1998. – № 11. – С. 25–27.
17. Провоторов, В. М., Кравченко А. Я., Будневский А. В., Грекова Т. И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 45–47.
18. *Absolute* and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety / P. Timary [et al.] // *J. Psychiatry Research*. – 2008. – Vol. 157. – P. 105–113.
19. Apfel, R. J. Alexithymia: Concept and measurement / R. J. Apfel, P. E. Sifneos // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1979. – Vol. 32, № 1. – P. 180–191.
20. *Attenuated* Salivary Cortisol Secretion Under Cue Exposure is Associated With Early Relapse / K. Junghanns [et al.] // *J. Alcohol and Alcoholism*. – 2005. – Vol. 40, № 1. – P. 80–85.
21. Bar-On, R. *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace* / R. Bar-On, J. D. A. Parker. – San Francisco, California: Jossey-Bass, 2000.
22. Beck, A. T. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. / A. T. Beck, M. Kovacs, & A. Weissman // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 1979. – Vol. 47, № 2. – P. 343–352.
23. Bernstein, D. P. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment / D. P. Bernstein, J. A. Stein, L. Handelsman // *J. Addictive Behaviors*. – 1998. – Vol. 23. – P. 855–868.
24. Brems, C. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services / C. Brems [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2004. – Vol. 30. – P. 799–821.
25. Brems, C. The relationship of childhood abuse history and substance use in an Alaska sample / C. Brems, L. Namyniuk // *J. Substance Use & Misuse*. – 2002. – Vol. 37. – P. 473–493.
26. Brennan, K. A. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning / K. A. Brennan, P. R. Shaver // *Personality and Social Psychology Bulletin*. – 1995. – Vol. 21. – P. 267–283.
27. Burge, D. The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in late adolescent women / D. Burge [et al.] // *Development & Psychopathology*. – 1997. – Vol. 41. – P. 151–167.
28. Chassin, L. The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study / L. Chassin [et al.] // *J. of Abnormal Psychology*. – 1996. – Vol. 105, № 1. – P. 70–80.
29. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients / E. G. Triffleman [et al.] // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1995. – Vol. 183. – P. 172–176.
30. Cleland, C. Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users / C. Cleland [et al.] // *J. of Psychosomatic Research*. – 2005. – Vol. 58. – P. 299–306.
31. Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence? / M. Ziolkowski [et al.] // *J. Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1995. – Vol. 63. – P. 169–173.
32. High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence / J. Rybakowski [et al.] // *J. Drug and Alcohol Dependence*. – 1988. – Vol. 21, № 2. – P. 133–136.
33. Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study / G. Loas [et al.] // *J. Comprehensive Psychiatry*. – 1997. – Vol. 38, № 5. – P. 296–299.
34. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy / A. Rosenblum [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 2005. – Vol. 31, № 1. – P. 35–58.
35. Prevalence of gastrointestinal symptoms in alcoholics and the relationship with alexithymia / L. G. M. Van Rossum [et al.] // *J. Psychiatry Research*. – 2004. – Vol. 129, № 1. – P. 107–112.
36. Social factors in alexithymia / J. Kauhanen [et al.] // *J. Comprehensive Psychiatry*. – 1993. – Vol. 34, № 5. – P. 330–335.