

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

АЛЕКСИТИМИЯ И МЕТОДЫ ЕЕ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ  
РАССТРОЙСТВАХ

Пособие для психологов и врачей

Санкт-Петербург

2005

Методическое пособие составлено в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева при участии сотрудников кафедры психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Авторы-составители: Д.Б.Ересько, Г.Л.Исурина, Е.В.Кайдановская, Б.Д.Карвасарский, Э.Б.Карпова, Т.Г.Корепанова, Г.С.Крылова, А.У.Тархан, Е.И.Чехлатый, В.Б.Шифрин.

Методическое пособие посвящено проблеме алекситимии, уровень которой в структуре преморбидной личности рассматривается в качестве одного из факторов риска психосоматических расстройств, обзору методов ее определения и специально адаптации Торонтской алекситимической шкалы. Представлен опыт использования этой методики при изучении больных психосоматическими заболеваниями, невротами и контрольной группы здоровых лиц.

Методическое пособие предназначено для врачей психотерапевтов, психиатров, психологов, работающих с больными, страдающими психосоматическими расстройствами.

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время рост психосоматических расстройств является важнейшей медицинской и социальной проблемой. Это относится как к неврозам («малым психосоматическим болезням»), для которых характерна соматизация их клинических картин в условиях современного патоморфоза, так и к «большим психосоматическим заболеваниям» — гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и др.

При признании биопсихосоциальной сущности указанной патологии традиционно большее внимание было обращено на биологические звенья патогенеза этих заболеваний. Что же касается роли психосоциальных факторов в их возникновении и течении, то эти вопросы, несмотря на большую литературу, требуют дальнейших исследований.

Хроническое течение и нередко терапевтическая резистентность психосоматических расстройств при все еще недостаточном знании их патогенеза привели к разработке в качестве наиболее перспективной концепции факторов риска развития психосоматических расстройств. Следствием выделения соматических факторов риска и организации борьбы с ними, в особенности в случае сердечнососудистых заболеваний, явилось значительное снижение вероятности заболевания и смертности от них в ряде западных стран. Вместе с тем, по-прежнему актуальным является вопрос о природе психологических факторов риска и разработке адекватных способов их диагностики. Наиболее жизнеспособной оказалась концепция поведенческого типа А, сформулированная М. Фридманом и Р. Розенманом в конце 50-х годов применительно к группе сердечнососудистых психосоматических заболеваний. Согласно этой концепции наиболее часто психосоматическая патология развивается у лиц с определенным типом активности, для которого характерно постоянное стремление к успеху, состязанию, а

появляющийся дефицит времени компенсируется ускорением темпа жизни и работы. Продолжается изучение также «профилей» личности лиц, предрасположенных к различным психосоматическим заболеваниям.

В настоящее время внимание исследователей привлечено к так называемому алекситимическому радикалу в структуре преморбидной личности, как одному из возможных психологических факторов риска психосоматических расстройств.

Разрабатываются методики определения уровня алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, а также психотерапевтические методы, направленные на снижение алекситимии путем преодоления определяющих ее личностных черт.

Дальнейшее изучение алекситимии в системе других факторов риска биологической и психосоциальной природы имеет значение для лучшего понимания роли психологических механизмов в патогенезе этих заболеваний, долговременного прогноза и организации профилактических мероприятий в рамках превентивной эпидемиологии.

Методическое пособие основано на результатах первых в нашей стране исследованиях проблемы алекситимии, проводившихся в последние годы, и включает адаптацию на отечественной популяции одного из методов определения уровня алекситимии — Торонтской алекситимической шкалы, а также полученные данные об уровнях алекситимии при неврозах и основных психосоматических заболеваниях.

## **ПОНЯТИЕ АЛЕКСИТИМИИ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Термин «алекситимия» ввел в литературу Р. Е. Siineos в 1972 г. В своей работе, опубликованной еще в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов

психосоматической клиники, которые выражались 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. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе — «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает все большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем числе публикаций в разных странах. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения J. Ruesch (1948), установившего, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся описанной им «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном и символическом выражении эмоций. Близкие особенности психосоматических пациентов были описаны также в 1963 г. P. Marty и de M. Muzan.

Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

Концепция алекситимии, в том виде как она была сформулирована P. E. Sifneos, породила интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации и описания собственных эмоций и подверженностью психосоматическим расстройствам.

Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению (Barsky A. J., Klerman G. L, 1983; Schwartz G. R, 1987). Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств (Taylor G. J., 1987). Было высказано предположение, что неспособность алекситимических индивидов регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции на неокортикальном уровне, может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний.

Для объяснения синдрома алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств J. C. Nemiah выделяют две модели «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Если отрицание рассматривать как психологическую защиту, то теоретически можно допустить обратимость защитного процесса и последующее исчезновение синдрома алекситимии и соматических симптомов. В этом случае можно говорить о «вторичной алекситимии», т. е. состоянии, которое обнаруживается у некоторых пациентов, перенесших тяжелые травмы, и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее столь поразительно у них отсутствовавшие.

Однако, как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями алекситимические проявления необратимы, несмотря на длительную, интенсивную и искусную глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой

точкой зрения имеет место не торможение, а отсутствие функций и лежащего в их основе ментального аппарата. В модели дефицита акцент делается на разладе инстинкта, который, минуя психическую переработку из-за сниженной способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать, непосредственно воздействует на сома-тику с неблагоприятными последствиями. Этой модели придерживается и автор термина алекситимии Р. Е. Sifneos.

Клинический опыт подтверждает концепцию алекситимии в том отношении, что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Вопрос о происхождении самих алекситимических черт остается открытым и для самого основателя концепции. Вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, проистекает ли из-за задержек в развитии — семейных, социальных или культуральных? На эти вопросы нет ответа. Имеются однако предварительные свидетельства, указывающие на то, что основное значение имеют генетические факторы, и что сам этот феномен может быть понят скорее всего в рамках нейрофизиологии.

Поскольку алекситимия может встречаться и у здоровых людей, и у больных с различными заболеваниями, то следует иметь в виду, что алекситимия — это не «мотивированное забывание», которое может объясняться простым вытеснением или отрицанием и которое можно обнаружить в оговорках, распознаваемом переносе. Ее следует отличать от такого рода психической нечувствительности, которая может развиваться как активный мотивированный процесс вследствие массивной психической травмы, угрожающей изоляцией, дезинтеграцией и депрессией; ее следует отличать также от тех видов познавательной деятельности и экспрессии, которые характеризуют сходные виды таких психиатрических синдромов, как привычные аффективные

нарушения при вялотекущей шизофрении, а также от того типа операционального мышления, которое характерно для малограмотных или когнитивно-неразвитых, по J. Piaget, людей. То, что квалифицируется как алекситимия, в некоторых случаях может оказаться культуральной или субкультуральной характеристикой.

В то время, как идет полемика относительно того, является ли алекситимия зависимым от ситуации состоянием или стабильной личностной характеристикой, разработан ряд методов для ее измерения. Если некоторые из них учитывают лишь определенные аспекты алекситимии, то в других делается попытка измерить все компоненты этой многомерной характеристики. Однако исследователи не всегда подвергали разрабатываемые измерительные методики строгим и неоднократным оценкам их надежности и валидности.

Имеющиеся в настоящее время методы измерения алекситимии включают: опросники, оценки по которым выставляются наблюдателями, шкалы самоотчетов, проективные техники.

Ниже дается описание основных методик измерения алекситимии, поскольку подобные сведения в отечественной литературе отсутствуют. Психосоматический опросник Госпиталя Бет Израел (BIQ) представляет собой опросник из 17 пунктов, заполняемых интервьюером. 8 из этих пунктов имеют прямое отношение к описанной выше концепции алекситимии и используются для определения количества баллов по алекситимии. Эмпирически была установлена сумма баллов, равная 6, обеспечивающая дихотомическое деление испытуемых на алекситимических и неалекситимических. Психометрическая уязвимость BIQ связана с тем, что сравнительная достоверность данных экспертов, осуществляющих оценку по BIQ, в высокой степени зависит от опыта, предвзятости и стиля работы интервьюера.



Опросник, регистрирующий ответы, провоцируемые алекситимией, APRQ, создан Н. Krystal с соавт. (1982/83). Он основан на предыдущей методике и представляет собой структурированное интервью, в котором исследователь намеренно избегает использования слов, выражающих аффект. Испытуемый воображает себя в 17 потенциально стрессовых ситуациях. Вслед за неопределенными ответами задаются дальнейшие зондирующие вопросы, направленные на установление аффективного характера ответов. Оценивается способность испытуемого использовать аффективную речь, воображая себя в этих стрессовых ситуациях. Была получена высокая степень корреляции между VIQ и этой методикой, позволяющая предполагать, что она обладает совпадающей валидностью. Однако, поскольку другие типы валидности не подвергались оценке, метод, основанный на оценках, выставляемых лицами, проводящими наблюдение, требует дальнейшей проверки.

Личностная шкала Schalling—Sifneos (SSPS) представляет собой опросник из 20 пунктов, каждый из которых оценивается по 4-балльной шкале. Сумма баллов колеблется от 20 до 80, при этом более низкие показатели свидетельствуют о повышенных уровнях алекситимии. Хотя пороговая сумма баллов никогда не устанавливалась эмпирически, Р. Е. Sifneos высказал предположение, что сумма баллов 50 или ниже является показателем алекситимии. Однако в связи с противоречивостью данных, полученных другими исследователями, использующими указанную шкалу, Р. Е. Sifneos представил пересмотренный вариант опросника, который еще предстоит оценить.

Шкала алекситимии MMPI, состоящая из 22 пунктов, создана J. Н. Kleiger, R. A. Kinsman (1980). Получены результаты, свидетельствующие об отсутствии связи с VIQ. Шкала также не коррелирует с проективными измерениями способности вербально выражать чувства или способности фантазировать, которые являются центральными аспектами в

концепции алекситимии. В связи с этим шкала не рекомендуется для применения.

Использование проективных техник для оценки алекситимических характеристик началось с уже упоминавшегося J. Ruesch (1948, 1957), который установил, что многие психосоматические пациенты воспроизводили примитивные, лишенные воображения и стереотипизированные фантазии при выполнении теста Роршаха и ТАТ.

Стремясь повысить надежность проективных техник при оценке алекситимии, некоторые исследователи применили количественные системы подсчета по Роршаху и лексико-содержательный анализ ответов на карточках ТАТ для сравнения способности фантазировать и вербальной аффективной экспрессии у психосоматических пациентов и пациентов контрольных групп. Однако клиническое применение этих систем подсчета затруднено из-за отсутствия нормативных данных и значительных затрат времени на проведение исследования и получение количественных оценок. Вместе с тем, учитывая легкость, с которой с помощью проективных методик можно получить доступ в мир фантазии человека и оценить функционирование символического мышления, продолжаются попытки использования методик Роршаха и ТАТ для измерения алекситимических характеристик.

В нашей работе для измерения алекситимии мы остановились на использовании Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS), полагая на основании литературных данных, что сегодня – это единственный способ измерения алекситимии, который соответствует требованиям, предъявляемым к тесту, подходящему как для клинических, так и для исследовательских целей, и который превосходит другие измерения алекситимии (построенные по принципу самоотчета).

## ТОРОНТСКАЯ АЛЕКСИТИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА (TAS)

Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS) создана G. J. Taylor и соавт. (1985) с применением концептуально-ориентированного, факторного подхода. Определив основные сферы, отражающие, по мнению авторов, сущность концепции алекситимии, было разработано 41 утверждение, с помощью которых испытуемый мог характеризовать себя, применяя шкалу Ликерта (от «совершенно несогласен» до «совершенно согласен»), при этом половина пунктов имела положительный код, а другая половина — отрицательный, чтобы избежать однонаправленного согласия в ответах. Опросник был роздан 542 студентам. После анализа пунктов и факторного анализа было отобрано 26 пунктов для окончательного варианта шкалы по принципу их высоких корреляций пункт-итог и/или корреляции пункт-фактор по шкале, а также низких корреляций с показателем социальной желательности. Окончательная шкала имела высокий уровень внутренней последовательности (альфа Кронбаха - 0,79), а также высокую тест-ретестовую надежность за периоды, равные 1 неделе, 5 неделям и 3 месяцам. Факторный анализ шкалы с извлечением главных факторов и ротацией дал в итоге факторную структуру, конгруэнтную построению концепции алекситимии. Последующие исследования показали, что факторная структура TAS обладает стабильностью и надежностью. Структурная валидность TAS получила подтверждение в работах, изучавших соотношение данной шкалы с рядом других методик исследования личности и психопатологических расстройств, позволивших подтвердить ее конвергентную и дивергентную валидность.

Для определения валидности TAS была обследована выборка из 46 пациентов в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст 37,1), предъявлявших различные соматические и

психологические жалобы. У больных диагностировались психосоматические болезни, соматические и тревожные расстройства.

Из числа трех экспертов, знакомых с концепцией алекситимии, произвольно избирался интервьюер, проводивший с пациентами 30-минутное полуструктурированное интервью, в то время как двое других вели наблюдение с помощью односторонне-прозрачного зеркала. Беседа была направлена на вскрытие способности пациента описывать свои чувства и говорить о фантазиях и мечтах. Хотя алекситимия рассматривается как постоянная личностная переменная, было произведено дихотомическое разделение выборки на «алекситимическую» и «неалекситимическую» группы с целью установления критерия валидации TAS. Для достижения указанной дихотомии три клинициста независимо друг от друга оценивали пациентов как «алекситимических» или «неалекситимических» после интервью. В качестве критерия послужили клинические рейтинги, выведенные на основе интервью. Суммы баллов по TAS у группы пациентов, которые были признаны «алекситимическими» двумя из трех оценивающих экспертов оказались значительно более высокими, чем у группы, признанной «неалекситимической». После определения чувствительности, специфичности и прогностической ценности TAS были получены предварительные уровни итоговых баллов TAS. Для выявления «алекситимических» пациентов рекомендовали 74 балла и выше, а 62 балла и ниже — для «неалекситимических» пациентов (при теоретическом распределении результатов от 26 до 130 баллов). Поскольку приводимые данные, по мнению авторов, получены на небольшой выборке пациентов, необходима осторожность при генерализации этих результатов на другие клинические выборки.

Одно из доказательств того, что TAS является валидной методикой оценки структуры алекситимии, получено путем изучения корреляции TAS и Краткого перечня процессов воображения, который состоит из 3-х шкал: 1) позитивно-конструктивные мечты (например, «Мои фантазии обычно доставляют мне приятные мысли»); 2) мечты, связанные с чувством вины и страхом провала («Я представляю себе, что я не способен/не способна закончить работу, которая мне поручена»); 3) слабый контроль внимания («Я склонен/склонна к тому, что мне быстро все надоедает»).

В соответствии с тем, что индивиды с алекситимией обладают ограниченным воображением и создают мало фантазии, TAS положительно коррелировала с двумя шкалами: 2-й и 3-й и отрицательно коррелировала с 1-й. Это дает основание полагать, что мечты алекси-тимических индивидов характеризуются фантазиями, окрашенными чувством вины или дисфории, а не фантазиями конструктивными, окрашенными желанием и стремлением к реализации. Подсчет баллов TAS осуществляется по следующему ключу: отрицательный код имеют пункты шкалы: 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 19, 21, 24. Для получения итоговой оценки в баллах, следует проставить противоположную оценку по этим пунктам, выдержанным в отрицательном ключе (т. е. оценка 1 получает 5 баллов; 2 – 4; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 1). Сумма баллов по всем пунктам равна итоговому баллу. Валидность и надежность TAS делают ее адекватной для использования в клинических и научно-исследовательских целях. В настоящее время TAS переведена на ряд иностранных языков, в том числе на немецкий и французский. (Инструкция и бланк для ответов TAS приводятся в приложении.)

## УРОВЕНЬ АЛЕКСИТИМИИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С помощью Торонтской Алекситимической Шкалы (TAS) было исследовано 74 больных неврозами, 102 больных с психосоматическими заболеваниями (32 – с гипертонической болезнью, 32 – с бронхиальной астмой и 38 – с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки), а также 107 здоровых испытуемых (контрольная группа).

Ниже дано краткое описание испытуемых. Среди 74 больных неврозами, находившихся на лечении в отделении неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, было 16 мужчин и 58 женщин в возрасте от 17 до 56 лет. Больных истерией было 40, неврастенией — 21 и обсессивно-фобическим неврозом – 13. В специально разработанной карте больного неврозом помимо клинической его формы фиксировались тип течения (острый, затяжной, развитие), выраженность соматических нарушений и уровень невротичности (определяемый методикой Е.Александровича). В соответствии с теоретической концепцией алекситимии исследовались также способность больных неврозами к воображению и тип функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ФМПАГМ), который определялся с помощью двух методик: «Третий лишний» и «Классификация», разработанных специально для выявления левополушарного (логически-категориального) либо правополушарного (образно-функционального) способов решения испытуемым задач (Ересько Д. Б. и др., 1993). По результатам этих двух тестов были выявлены группы испытуемых с преобладанием лево- либо правополушарных способов решения и группа лиц, использовавших обе стратегии (смешанный тип).

Для определения способности больных неврозами к воображению и установлению степени взаимосвязи этого показателя с уровнем алекситимии была использована методика QMI. Опросник состоит из 7 разделов, каждый из которых содержит 5 утверждений. Все утверждения предполагают оценку степени яркости образа, который возникает после прочтения пунктов опросника. Каждый из 7 разделов соответствует представлениям определенного анализатора: зрительного, слухового, тактильного, кинестетического, вкусового, обонятельного, ощущений физического состояния. Шкала оценки степени яркости образа состоит из 7 градаций. Для получения итоговых результатов подсчитываются оценки по каждому разделу, как суммированный показатель способности воображения по определенному анализатору. Далее, суммируя эти показатели, получают общий балл, оценивающий способность к воображению.

В группу больных с гипертонической болезнью вошли 32 человека (12 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст по группе составил 46,7). Первая стадия болезни отмечена у 16 чел., вторая — у 10, третья — у 6 пациентов. По клинко-патогенетическим формам болезни пациенты распределились следующим образом: симпатoadренергический вариант выявлен у 18 больных, натрий (объем)-зависимая форма — у 5 больных, ренин-ангиотензин-зависимый вариант — у 4 больных, у 5 чел. диагностирована смешанная форма болезни. Больные с симптоматическими гипертензиями в данную разработку не включались. У 12 больных гипертоническая болезнь сочеталась с ишемической болезнью сердца. Лица, перенесшие в прошлом инфаркт миокарда, в настоящее исследование не включались.

В группу больных бронхиальной астмой вошли 32 человека (10 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 17 до 65 лет (средний возраст по группе составил 42,3). Инфекционно-

зависимая форма бронхиальной астмы диагностирована у 12 человек, атонический вариант — у 8 чел., у остальных пациентов — смешанная форма болезни.

В группу больных язвенной болезнью вошли 38 чел. (23 мужчины и 15 женщин) в возрасте от 29 до 56 лет (средний возраст по группе составил 43,8). Локализация язвенного дефекта в луковице двенадцатиперстной кишки, по данным эндоскопии, установлена у 33 чел., у остальных выявлена язва желудка. В фазе клинического обострения находились 25 человек, в фазе неполной ремиссии 13 чел. Заболевание протекало с редкими обострениями у 14 пациентов, с частыми (2 и более обострений в течение года) у 21 больного, с непрерывно рецидивирующим течением болезни у 3 пациентов. Больные с осложненным течением язвенной болезни в исследование не включались.

В табл. 1 представлен уровень алекситимии у больных с психосоматическими заболеваниями, невротиками и у здоровых лиц. Как видно из табл. 1, в соответствии с концепцией алекситимии установлены статистически достоверные различия ( $p < 0,01$ ) между пациентами с психосоматическими расстройствами и больными невротиками, с одной стороны, и группой здоровых лиц, с другой.

Таблица 1

**Уровень алекситимии у больных с психосоматическими расстройствами, больных невротиками и здоровых лиц**

	Психосоматические заболевания (П)	Невротика (Н)	Контрольная группа здоровых (К)
Средние значения показателя алекситимии	72,09±0,82	70,1±1,3	59,3±1,3
Достоверность различий	П-К при $p < 0,01$	Н-К при $p < 0,01$	К-П К-Н при $p < 0,01$



Таблица 2

**Уровень алекситимии у больных с различными психосоматическими расстройствами, больных невротами**

	Психосоматические заболевания			Невроты (Н)	Контрольная группа здоровых (К)
	бронхиальная астма (БА)	гипертоническая болезнь (ГБ)	язвенная болезнь (ЯБ)		
Средние значения показателя алекситимии	71,84 ±1,40	72,62±1,42	71,11±1,40	70,1±1,3	59,3±1,3
Достоверность различий при $p < 0,01$	БА-К	ГБ-К	ЯБ-К	Н-К	К-Н К— БА К— ГБ К— ЯБ

Таблица 2 демонстрирует наличие достоверных различий между отдельными группами пациентов с психосоматическими расстройствами и контрольной группой. Достоверных различий между пациентами с различными психосоматическими расстройствами, а также между ними и невротами не установлено.

Вместе с тем (табл. 2), не установлено достоверных различий по уровню алекситимии между пациентами с различными формами психосоматических заболеваний.

В связи с общей задачей проводимых исследований, группа больных невротами была подвергнута более широкому исследованию в аспекте алекситимии. Из 74 больных в 51 случае установлены высокие и средние значения алекситимии и лишь в 23 случаях низкие уровни, свидетельствующие об отсутствии алекситимии. По критерию  $t$  Стьюдента различие между группами здоровых и больных невротами (как в целом.

так и по отдельным формам неврозов высоко достоверно ( $p < 0,01$ ), что подтверждается результатами сопоставления кривых распределения частот показателей алекситимии в этих группах по информационной статистике Хи-квадрат ( $p < 0,01$ ), У здоровых людей уровень алекситимии  $59,3 \pm 1,3$ , у больных неврозами —  $70,1 \pm 1,3$ .

Как у здоровых людей, так и у больных неврозами не удалось выявить зависимости алекситимии от пола и возраста (по критериям t Стьюдента и Хи-квадрат). Не установлено также достоверной зависимости уровня алекситимии от формы и стадии невроза.

Средние показатели невротичности при разделении больных по уровню алекситимии оказались максимальными в группе с высокой алекситимией и минимальными — с низкой, причем различие между этими двумя группами по большинству показателей достоверно. При разделении же больных неврозами по степени невротичности средний показатель алекситимии у лиц с высокой невротичностью был существенно выше, чем у больных со средним уровнем. Что касается соматизации, то у больных с высоким уровнем алекситимии она выше (по методике Е. Александровича), чем в других группах, хотя это различие и не достигает статистически значимых величин по критерию t Стьюдента. Различие же кривых распределения показателей соматизации в зависимости от уровня алекситимии оказалось достоверным ( $p < 0,05$  по информационной статистике Хи-квадрат).

Исследование больных неврозами с помощью опросника QMI выявило тенденцию к связи между способностью к воображению и уровнем алекситимии у больных неврозами. Большему уровню алекситимии соответствует меньшая способность к воображению. Полученные данные совпадают с представлением о снижении у алекситимических пациентов способности к символизации, бедности у них фантазии и других проявлений воображения.

Современные представления о том, что два мозговых полушария специализируются на разных функциях, а также наблюдения К. Д. Норре, J. E. Vogen (1977), что у пациентов с «раздельным мозгом» проявляются алекситимические характеристики, порождают все больший интерес к исследованиям, посвященным установлению биологических коррелятов алекситимии. Выявленные у больных с комиссуротомией алекситимические черты позволили К. Д. Норре (1977) высказать предположение о возможности развития алекситимии как последствия «функциональной комиссуротомии».

С учетом этих данных специальный интерес представило взаимоотношение показателей алекситимии у больных неврозами с типом функциональной межполушарной активности головного мозга. Средние величины показателя алекситимии у больных неврозами с правополушарным ( $70,6 \pm 2,3$ ) и смешанным ( $70,4 \pm 2,7$ ) типами ФМПАГМ были достоверно выше, чем у больных с левополушарным типом- ( $65,0 \pm 2,1$ ;  $p < 0,05$  по критерию  $t$  Стьюдента). Зависимость показателя алекситимии от типа ФМПАГМ подтверждается и с помощью критерия Хи-квадрат ( $p < 0,05$ ). У здоровых же испытуемых ни по одному из этих критериев такой зависимости не выявлено.

Вместе с тем, при сопоставлении уровня алекситимии с показателями невротичности и соматизации максимальные значения  $r_s$ , близкие к пороговым (а по варианту «s» в баллах достигающие их с  $p < 0,05$ ), выявлены у больных со смешанным типом ФМПАГМ.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о роли в патогенезе неврозов феномена алекситимии, которая, с одной стороны, не зависит от пола, возраста и основных клинических характеристик заболевания, с другой же стороны, связана с такими его проявлениями, как общая невротичность и соматизация. Проведенное исследование выявило зависимость этих проявлений и от типа ФМПАГМ

(максимальная их выраженность при правополушарном типе), который также не связан с биологическими и основными клиническими показателями неврозов.

Выявленная у больных неврозами зависимость выраженности алекситимии от типа ФМПАГМ при отсутствии таковой у здоровых позволяет связать ее с преимущественно правополушарным типом асимметрии. Первичным в данных взаимоотношениях представляется тип ФМПАГМ. В свою очередь, повышение общей невротичности и соматизации является, возможно, проявлением алекситимического компонента заболевания.

Исходя из вышеизложенного, можно предположить, что наиболее неблагоприятны в клиническом и прогностическом плане больные с правополушарным типом ФМПАГМ, который сочетается с высоким уровнем алекситимии. Учитывая это, более эффективным в данном случае может оказаться комплекс психотерапевтических методов, направленных в первую очередь на снижение алекситимии и активацию левополушарной стратегии поведения (когнитивного стиля). Этой же задаче должны служить и профилактические мероприятия для лиц с подобными характеристиками.

О клинико-терапевтическом значении феномена алекситимии применительно к психосоматическим расстройствам свидетельствует и наш клинический опыт. В процессе психотерапии этой группы заболеваний концепция алекситимии подтверждается в том отношении, что, действительно, больные, страдающие психосоматическими расстройствами, испытывают трудности в понимании и вербализации чувств, настойчиво стремятся привлечь внимание врача к своим физическим ощущениям, не придавая значения или отрицая неблагоприятие в эмоциональной сфере. В ходе психотерапии часто обращает на себя внимание сниженная способность больных к осознанию и выражению своих

собственных переживаний и эмоционального состояния окружающих.

Распространенной является точка зрения, высказанная Р.Е.Sifneos и сотр., что алекситимические пациенты малопригодны для психодинамической психотерапии. Однако есть и ее сторонники.

Они полагают, что алекситимики могут извлекать пользу из психотерапии, цель которой в данном случае — помочь больному распознать, а затем вербализовать эмоции. Это лечение может быть длительным и приносить не сразу заметные результаты, но алекситимия здесь — это препятствие, а не непреодолимый барьер для психотерапии.

Перспективным направлением в преодолении «алекситимического барьера» является использование психотерапевтических приемов, применяемых в процессе психотерапии больных с психосоматическими заболеваниями.

Психотерапевтическая работа, направленная на коррекцию алекситимических черт, осуществляется как в индивидуальной, так и в групповой форме и может быть представлена в виде трех последовательных ступеней: релаксация и дидактическая направленность, опора на невербальные способы общения, «внутренний диалог». Релаксация является основой для использования всех приемов преодоления алекситимии. Дидактическая направленность имеет своей целью фиксацию пациента на сиюминутных переживаниях, переживаниях ситуации «здесь и теперь». Опора на невербальные способы общения предполагает широкое использование психогимнастических и психопантомимических приемов и методик, которые способствуют снятию напряжения и спонтанному выражению эмоций на невербальном уровне. Различные невербальные техники создают основу, своего рода «банк переживаний», который в дальнейшем используется для тренинга распознавания различных эмоциональных состояний (как собственных, так и других пациентов) и их адекватной

вербализации. Для развития «внутреннего диалога», который также способствует погружению пациента в мир собственных эмоций, могут быть использованы самые различные приемы, в том числе заимствованные в гештальт-терапии.

Рассматриваемая обычно в аспекте психосоматических расстройств и механизмов их развития, концепция алекситимии может представить и более широкий интерес для врача и психолога, работающего в клинике неврозов и пограничных с ними расстройств, сталкивающихся в своей лечебной деятельности с так называемыми трудными больными.

## Приложение

**ТОРОНТСКАЯ АЛЕКСИТИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА (TAS)**

Инструкция: Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени Вы согласны или не согласны с каждым из следующих утверждений, ставя знак X в соответствующем месте. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

1) Совершенно не согласен. 2) Скорее не согласен. 3) Ни то, ни другое, 4) Скорее согласен. 5) Совершенно согласен.

	Совер- шенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скор ее согл асен	Совер- шенно согласен
--	-----------------------------------	--------------------------	------------------------	----------------------------	-----------------------------

1. Когда я плачу, я всегда знаю, почему
2. Мечты – это потеря времени
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю
5. Я часто мечтаю о будущем
6. Мне кажется, я так же способен легко заводить друзей, как и другие
7. Знать, как решать проблемы более важно, чем понимать причины этих решений
8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам
11. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам
12. Мне недостаточно знать, что что-то привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит

	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
--	------------------------	--------------------	------------------	-----------------	---------------------

12. Я способен с легкостью описать свои чувства

13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать

14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол

15. Я часто даю волю воображению

16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим

17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле

18. Я редко мечтаю

19. Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так

20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение

21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях

22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям

23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства

24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему

25. Я не знаю, что происходит у меня внутри

26. Я часто не знаю, почему я сержусь



Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами

Обращайтесь по тел (812) 265-20-80 или по адресу: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Издательский центр отделения научно-медицинской информации

Подписано в печать 18.04.2005. Формат 60x84/16.  
Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии  
СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева.  
Печать ризографическая.  
Заказ №57. Тираж 100 экз.