

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 15, №4

2016



УДК 616.89-008.15

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ФЕНОМЕН, ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

© Северова Е.А.¹, Охупкин А.С.¹, Даутова М.А.², Реутова Е.В.²

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер», Россия, 214000, Смоленск, ул. Рыленкова, 5а

Резюме: обследовано 4 группы пациентов: с психосоматической патологией, травматическим поражением головного мозга, органическим тревожным и тревожным расстройством. Целью исследования явилось сравнение выраженности уровня алекситимии (АТ), выявление связей алекситимии с психическими и психологическими симптомами при различной патологии. Установлен высокий уровень алекситимии при осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, органическом тревожном расстройстве. Выявлены достоверные связи алекситимии с возрастом обследованных, тревожными и депрессивными симптомами. Обнаружены закономерности проявления алекситимии при психической и психосоматической патологии.

Ключевые слова: алекситимия, тревога, депрессивные симптомы, органическое тревожное расстройство, травматическое поражение мозга, осложненные формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

ALEXITHYMIA AS A PHENOMENON, COMBINING SOME ASPECTS OF MENTAL AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Severova E.A.¹, Okhapkin A.S.¹, Dautova M.A.², Reutova E.V.²

¹Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

²Smolensk Regional Clinical Psychiatric Clinic, Russia, 214000, Rylenkov St., 5a

Summary: we carried out examination in 4 groups of patients: those with psychosomatic disorders, traumatic brain injury, organic anxiety disorder and anxiety disorder. The aim of the study was to compare the severity level of alexithymia, the alexithymia identification of linkages with psychiatric and psychological symptoms in different pathologies. High levels of alexithymia were revealed in complicated forms of peptic ulcer of stomach and duodenum, organic anxiety disorder. Significant association of alexithymia with age of patients, anxiety and depressive symptoms was identified. Regularities of the manifestations of alexithymia in mental and psychosomatic disorders were found.

Key words: alexithymia, anxiety, depressive symptoms, organic anxiety disorder, traumatic brain injury, complicated forms of gastric ulcer and duodenal ulcer

Введение

Органические психические расстройства представляют одну из наиболее значимых проблем в психиатрии [17]. Они занимают значительное место в общей структуре психических заболеваний, доминируют в структуре заболеваний головного мозга и смешанных форм психической патологии. В соответствии с критериями МКБ-10 выделяются органическое аффективное непсихотическое расстройство, органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство и органическое тревожное расстройство.

Эпидемиологические исследования показывают, что распространенность всех тревожных расстройств в общей популяции составляет не менее 3-8% [2]. Следует отметить высокую частоту коморбидности тревожных расстройств с аффективной патологией. У больных с первичным диагнозом тревожного расстройства не менее чем в 21% выявляются критерии, характерные для депрессивного расстройства [17]. Приведенные данные позволяют рассматривать тревожные расстройства как распространенную патологию в популяции [23]

По многочисленным эпидемиологическим исследованиям наиболее частыми причинами тревожных расстройств могут быть (табл. 1):

Таблица 1. Частота встречаемости тревожных расстройств при неврологических и соматических заболеваниях

Этиологическое заболевание	Частота встречаемости тревожных расстройств
Хорея Гентингтона	5%
Болезнь Альцгеймера	10-40%
Болезнь Паркинсона	18%
Рассеянный склероз	25-37%
Тиреотоксикоз	45-61%
Феохромоцитома	35%
Эпилепсия	11-16%
Черепно-мозговая травма	11%
Сосудистые нарушения	33-38%

В последнее время было установлено, что при многих психических расстройствах имеет место изменения когнитивных нарушений разного рода [1, 14]. Когнитивные расстройства обнаружены в исследованиях больных шизофренией и шизофреноформными расстройствами, при аффективной патологии, некоторых психосоматических заболеваниях [4, 5, 6]. Для развития психосоматических нарушений особенно важно, что при эмоциональном стрессе происходят изменения во всей многоуровневой системе регулирования психофизиологических соотношений. На разных уровнях этой системы регулирование осуществляется преимущественно психологическими или преимущественно физиологическими механизмами [7, 11]. Для формирования психосоматических расстройств при эмоциональном стрессе существенны изменения на каждом из взаимосвязанных уровней [5]. Тревога – центральный элемент в механизме формирования психического стресса. Данное состояние воспринимается как ощущение неопределенной угрозы, как чувство диффузного опасения, как результат фрустрации или ее ожидания. Тревога обуславливает большую часть соматических расстройств, возникающих при эмоциональном стрессе. Тревога как единое явление может проявляться внутренней напряженностью, гиперестетическими реакциями, ощущением неопределенной угрозы, страхом (чувством конкретной угрозы), ощущением неотвратимости катастрофы и «паникой». Эти расстройства сменяют друг друга по мере усиления тревоги. Одной из причин увеличения интенсивности физиологических реакций при психосоматических нарушениях может считаться недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении.

Важным показателем эмоционального интеллекта является такая характеристика личности как алекситимия (АТ) [17, 18, 24]. В настоящее время проводятся исследования, в которых выясняют, является ли АТ специфическим свойством личности или же она может лишь предрасполагать к психосоматическим заболеваниям, являясь их предиктором [20, 23]. Некоторые исследователи полагают, что АТ сама по себе не является заболеванием и представляет собой ряд характеристик, свойственных определенным индивидам [3]. Важно, что АТ может являться провоцирующим фактором возникновения ряда серьезных психоневрологических заболеваний, однако в ряде случаев сложно четко определить причинно-следственные связи (например, органическое поражение головного мозга у пациента привело к развитию тревожности, депрессии и АТ, а это в свою очередь явилось причиной ряда психосоматических нарушений).

Целью исследования явилось изучение уровня алекситимии при соматической и психической патологии: осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, органическом тревожном расстройстве травматического генеза и тревожном расстройстве и выявление связей алекситимии с другими психологическими симптомами.

Методика

В исследовании приняло участие 207 пациентов. Обследованные пациенты были разделены нами на 4 группы: первая группа пациенты с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (100 человек), вторая группа (48 человек) – пациенты с органическим тревожным расстройством травматического генеза, третья группа (33 человека) – с диагнозом тревожное расстройство, и 26 пациентов с травматическим поражением головного мозга без психических расстройств составили четвертую группу (сравнения). Исследование проводилось на базе Клинической больницы №1 г. Смоленска и Смоленского областного клинического психоневрологического диспансера. Характеристика обследованных представлена в табл. 2.

Таблица 2. Характеристика обследованных групп пациентов

Группа	Средний возраст	Гендерный состав	Количество (чел.)
Пациенты с осложненными формами язвенной болезни (первая группа)	41,54	77,9% мужчины 22,1% женщины	100
Пациенты с тревожной психической патологией травматического генеза (вторая группа)	43,16	18,75% мужчин 81,25% женщин	48
Пациенты с тревожным расстройством (третья группа)	39,96	40% мужчин 60% женщин	33
Пациенты с травматическим поражением головного мозга без психических расстройств (группа сравнения)	43,26	15,4% мужчин 84,6% женщин	26

Оценка состояния больных проводилась с использованием клинико-психопатологического метода. Для каждой группы критериями включения являлись: первой – установленный диагноз осложненного течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, для второй группы – диагноз тревожного расстройства, возникшего на фоне последствий черепно-мозговой травмы, для третьей группы – наличие тревожного расстройства без органического фона, для четвертой группы – наличие травматического поражения головного мозга в анамнезе без психических расстройств.

Лечение проводилось согласно стандартам оказания медицинской помощи [9]. Психологическое обследование проводилось с добровольного согласия больных, после выхода пациента из острого психического или соматического состояния, в фазе становления ремиссии. Для оценки психологического состояния у больных использовалась Торонтская шкала алекситимии, шкала депрессии Бека, шкала оценки актуального психического состояния SCL-90-R, шкалы Гамильтона (депрессии и тревоги). Данные опросники соответствуют международным требованиям, предъявляемым к ним. Это многомерность, простота, надежность, применимость в различных языковых и социальных культурах, соответствующие психометрические свойства (валидность или достоверность, чувствительность и надежность). Данные методики прошли культурную и языковую адаптацию в России, а также процедуру валидации на большой группе респондентов.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ Statgraphics 5.0; NCSS. При решении задач исследования были использованы: подсчет средних значений, критерий Манна-Уитни, χ^2 , критерий Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ уровня алекситимии у больных осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у 46 из них показал высокий уровень АТ ($82,5 \pm 2,8$ балла), 22 пациентов признаны неалекситимичными ($56,69 \pm 3,28$ балла), 32 отнесены в зону неопределенности ($69,37 \pm 1,23$ балла).

При изучении алекситимии у лиц с различными видами осложнений, лечившимся оперативно или консервативно, по длительности течения язвенной болезни было установлено, что достоверных различий между средними значениями в этих группах нет. В относительных величинах соотношение алекситимичных и не алекситимичных пациентов при различных осложнениях, методе лечения отличались. Данные отражены в табл. 3.

Таблица 3. Выраженность алекситимии у больных язвенной болезнью с различными осложнениями и видами лечения

Вид осложнения и метод лечения	Количество алекситимичных пациентов	Количество не алекситимичных пациентов	Количество пациентов, отнесенных к промежуточной зоне
Кровотечение	30 (46,15%)	11 (16,92%)	24 (36,92%)
Перфорация	12 (42,85%)	10 (35,71%)	6 (21,43%)
Стеноз	4 (57,14%)	3 (42,86%)	0
Консервативное лечение	22 (44%)	11 (22%)	17 (34%)
Оперативное лечение	24 (48%)	9 (18%)	17 (34%)

Из таблицы видно, что при всех видах осложнений выше процент больных с высокими показателями АТ, наименьшее число не алекситимичных пациентов и наибольшее количество отнесенных к промежуточной области наблюдалось при кровотечениях. При стенозе и перфорациях число алекситимичных и неалекситимичных больных было примерно равным. Различие уровня АТ при разных осложнениях, возможно связано с механизмами и скоростью их развития (стеноз и перфорация язвы имеют более длинное доклиническое течение). Соотношение уровней АТ при консервативном и оперативном методах лечения было одинаковым.

При исследовании уровня АТ при тревожном органическом расстройстве, тревожном расстройстве и у пациентов с травматическим поражением мозга без психических расстройств было установлено (табл. 4), что наибольшее число алекситимичных пациентов встречается при органическом тревожном расстройстве. При травматическом поражении головного мозга без психических расстройств наибольшее количество неалекситимичных пациентов. При тревожном расстройстве 69,2% пациента были отнесены к промежуточной зоне. Доли пациентов с разными уровнями АТ в исследованных группах различались статистически достоверно.

Таблица 4. Выраженность алекситимии в группе больных с тревожными расстройствами и в группе сравнения

Группы	Количество алекситимичных пациентов	Количество не алекситимичных пациентов	Количество пациентов, отнесенных к промежуточной зоне
Органическое тревожное расстройство	44 (83%)	0	9 (7%)
Травматическое поражение головного мозга (без психических расстройств)	2 (6%)	29 (88%)	2 (6%)
Тревожное расстройство	4 (15,4%)	4 (15,4%)	18 (69,2%)

Также нами выявлены достоверные различия в выраженности АТ при наличии депрессивного синдрома и различной степени его выраженности. Алекситимия была более выражена у лиц с депрессивной симптоматикой, а при отсутствии депрессии у больных наблюдались более низкие результаты, соответствующие промежуточной зоне (табл. 5).

Таблица 5. Выраженность алекситимии в баллах при различной тяжести депрессивного синдрома

Уровень депрессии	Уровень алекситимии (баллы)
Депрессии нет	66,5
Легкая депрессия	74,04
Умеренная и тяжелая депрессия	82,0

Примечание: * – статистически значимые различия

Имеет место средняя положительная высоко достоверная связь АТ с выраженностью депрессивного синдрома ($r_s=0,43$, $p<0,01$). Таким образом, при увеличении АТ увеличивается выраженность проявления депрессивного синдрома у пациентов с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Уровень алекситимии, также как и в группе больных с осложненными формами язвенной болезни, в группе с органическим тревожным расстройством достоверно положительно коррелировал с уровнем депрессивных переживаний ($r_s=0,49$, $p<0,001$). А.А. Абрамова (2014) считает, что ухудшение качества опознавания эмоционально-мимических стимулов, а также оценки эмоционального состояния окружающих и своего собственного может служить одним из индикаторов углубления депрессивного расстройства и повышения риска агрессивных проявлений [1].

Анализ различий в уровне АТ в различных возрастных группах показал, что наибольшие значения принадлежат больным старше 60 лет. В возрасте от 31 до 60 лет большинство лиц принадлежит по показателю АТ к так называемой промежуточной зоне, лица младше 30 лет также относятся к этой зоне, но их показатель АТ достоверно ниже ($T=2,32$, $p<0,05$), чем в старшей возрастной группе. Существует мнение, что одним из факторов, связывающих алекситимию и соматизацию, могут выступать культуральные установки на запрет переживаний и выражение эмоций. С возрастом данный запрет в нашей культуре увеличивает свои требования. Имеется слабая достоверная положительная связь между возрастом больных и выраженностью алекситимических черт ($r_s=0,22$,

$p < 0,05$) в группе пациентов с язвенной болезнью и в группе пациентов с тревожным расстройством ($r_s = 0,6$, $p < 0,001$) (табл. 6).

Таблица 6. Уровень алекситимии в баллах в различных возрастных группах

Возраст пациентов	Уровень алекситимии (баллы)
17-30 лет	69,96*
31-45 лет	72,68
46-60 лет	72,77
Старше 60 лет	80,36*

Примечание: * – статистически значимые различия

При анализе показателя АТ в группе пациентов с органическим тревожным расстройством и черепно-мозговой травмой в анамнезе было установлено, что уровень АТ (79,14 балла) превышал средний уровень в популяции (59 баллов). Несколько меньший показатель при измерении АТ (75,4 балла) был установлен в исследовании Холмогоровой и соавт. (2011). Данные исследователи обнаружили тесную связь между соматизацией, обеднением эмоционального словаря и АТ [12]. В изучении психологического статуса при сравнении всех шкал SCL-90-R у пациентов с органическим тревожным расстройством было обнаружено, что наиболее высокими оказались показатели тревоги, соматизации и высокая личная сенситивность.

В ходе корреляционного анализа были выявлены значимые корреляции между общим показателем АТ и другими переменными. Однако с общим баллом по шкале SCL-90-R корреляции с АТ не выявлено. Алекситимия у пациентов с органическим тревожным расстройством положительно коррелировала со шкалой соматизации ($r_s = 0,67$, $p < 0,003$) и шкалой тревоги ($r_s = 0,68$, $p < 0,002$) в опроснике SCL-90-R. Данная корреляционная связь свидетельствует об увеличении дистресса с ростом АТ, возникающего из-за ощущения телесной дисфункции. Повышение значений по шкале соматизации может быть проявлением реальных соматических заболеваний, но в нашем исследовании наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии и обострений соматических заболеваний было критерием исключения. Таким образом, алекситимия тесно связана с соматизацией аффективных переживаний у пациентов с тревожным органическим расстройством. По данным литературы, связь между алекситимией и соматизацией опосредована показателями депрессии и тревоги [13, 22]. Связь депрессии и тревоги с АТ подкрепляет гипотезу об алекситимии как особом когнитивно-аффективном стиле, позволяющим защититься от мощных негативных переживаний. В исследованиях А.Б.Холмогоровой и соавт. (2011) показатель соматизации положительно коррелировал с характеристиками аффективно-когнитивного стиля: алекситимией, запретом на выражение чувств, бедным эмоциональным словарем, сниженной способностью к распознаванию эмоций [12]. В нашем исследовании была достоверно обнаружена связь алекситимии и нарушений эмоциональной сферы.

С алекситимией оказалось также тесно связано такое актуальное состояние пациентов с тревожным расстройством как враждебность ($r_s = 0,65$, $p < 0,005$). В состав этого понятия в SCL-90-R входят три признака, отражающие следующие качества: агрессия, раздражительность, гнев и негодование. Исследования свидетельствуют, что алекситимия сопровождается повышением активности симпатико-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем и существует корреляция между выраженностью алекситимии и содержанием кортизола, адренокортикотропного гормона и норадреналина [11]. Преобладание алекситимии и агрессивного типа поведения отмечено у женщин, страдающих артериальной гипертензией в предменопаузальном периоде. Поскольку люди с алекситимией часто чувствуют себя некомфортно в социальных ситуациях [5].

Связь алекситимии с паранояльностью несколько меньше, но также достоверна ($r_s = 0,48$, $p < 0,01$) кардинальные характеристики данного качества личности – это проективные мысли, враждебность, подозрительность, напыщенность, страх потери независимости. Клинических проявлений психотизма в связи с алекситимией нами не выявлено. Напротив, алекситимия в нашем исследовании связывается с чувствами личностной неадекватности и неполноценности, в особенности, когда человек сравнивает себя с другими ($r_s = 0,65$, $p < 0,005$). Проявления агрессивности тесно связаны с эмоциональным состоянием человека. В частности, при депрессии такие важные части социализации и социальной коммуникации, как восприятие и интерпретация эмоциональной экспрессии искажаются [7].

Самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Для таких людей характерен культ сдержанности: они полагают, что жаловаться ниже их достоинства, тревогу и неуверенность при контактах необходимо тщательно скрывать, а открытые проявления гнева и раздражения кажутся

такому человеку абсолютно недопустимыми. Кроме того, индивиды с высокими показателями по личной сенситивности сообщают об обостренном чувстве осознания собственного Я и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми. Высокий показатель алекситимии делает эти чувства острее, самосознание туманнее, а взаимоотношения с окружающими труднее.

Показатель «Индекс наличного симптоматического дистресса» демонстрирует тип реагирования на взаимодействие: усиливает ли или преуменьшает испытываемый симптоматический дистресс при ответах. Этот показатель также увеличивался с увеличением степени выраженности АТ. Данная закономерность свидетельствует о том, что с увеличением трудности в высказывании и распознавании чувств увеличивается субъективное переживание дистресса, что делает внутреннее напряжение субъекта более выраженным и увеличивает риск развития соматических симптомов. Одновременно с алекситимией увеличивается общий индекс тяжести симптомов ($r_s=0,68$, $p<0,002$), что также облегчает возникновение тревоги и соматизации ее симптомов. Сущность эмоционального развития – это постепенные дифференциация, вербализация и десоматизация аффектов, находящихся в прямой зависимости от характера материнско-детских отношений, только внутри которых ребенок может усвоить паттерны зрелого аффективного поведения. Некоторые авторы указывают на самоочевидную связь между симптомами алекситимии и трудностями дифференциации, десоматизации, вербализации аффектов. Наблюдаемое у алекситимиков небрежение, невнимание к собственному телу и его сигналам, озабоченность деталями окружения понимается, как следствие неразвитой способности использовать эмоции как знаки, обращенные к себе [16].

При сравнении уровня алекситимии у пациентов с травматическим поражением головного мозга и пациентов с органическим тревожным расстройством был выявлен достоверно больший уровень АТ у последних. Это позволило сделать предположение о том, что наличие АТ при травматическом поражении головного мозга повышает риск развития психических расстройств тревожного спектра. Надо отметить, что уровень АТ при тревожном расстройстве достоверно выше, чем при травматическом поражении, но достоверно меньше, чем при органическом тревожном расстройстве. Видимо, травма является фактором, который делает уровень АТ более значительным, за счет когнитивного снижения и (или) за счет нарушений в эмоционально волевой сфере. Когнитивные проблемы алекситимиков объясняются тем, что это, не способное регулировать неприятные мысли, аффекты или фантазии, скорее разрушает их репрезентации. Результат – сверхпривязанность к предметам, событиям внешней реальности, которые заполняют внутреннюю брешь. Таким образом, алекситимический дефект означает раннюю преневеротическую патологию и характеризуется досимволическим функционированием объектов и связанных с ними аффектов [22]. Соотношение уровней депрессии, тревоги и алекситимии представлено в табл. 7.

Наиболее тесная и достоверная связь была выявлена между тревогой и АТ в группе пациентов с травмой в анамнезе без психических расстройств ($0,51$, $p<0,002$). В группе больных с психическими расстройствами эта связь была менее выраженной: при тревожном расстройстве ($0,44$, $p<0,05$), при органическом тревожном расстройстве ($0,27$, $p<0,05$). По уровню тревоги все группы пациентов достоверно отличались друг от друга. ($p<0,000001$). Из полученных данных можно сделать предположение о том, что именно тревога и АТ являются очень тесно связанными между собой характеристиками личности. Это предположение было проверено нами с помощью корреляционного анализа. С повышением уровня АТ у пациентов без психических расстройств увеличивается уровень тревоги, а при клинически значимой тревожной симптоматике связь между алекситимией и тревогой ослабевает.

По уровню депрессии (шкала Гамильтона) пациенты с органическим тревожным расстройством и пациенты с тревожным расстройством не различались, ($p<0,000001$) достоверно отличаясь от уровня депрессивных расстройств у пациентов с поражением головного мозга без психических расстройств.

Таблица 7. Уровни АТ, депрессии и тревоги при тревожных расстройствах и в группе сравнения

Психологические показатели (баллы)	Травматическое поражение головного мозга	Органическое тревожное расстройство	Тревожное расстройство
Алекситимия	54,75	79,14*	67,65*
Депрессия (шкала Гамильтона)	3,48	11,78*	11,5*
Тревога (шкала Гамильтона)	2,36	18,18*	22,5*

Примечание: * – статистически значимые различия

При проведении корреляционного анализа между АТ и выраженностью депрессивных симптомов были установлены связи: положительная достоверная в группе с органическим тревожным расстройством (0,49, $p < 0,005$), отсутствие связи в группе с травматическим поражением без психических расстройств, сильная достоверная связь в группе с тревожными расстройствами (0,65, $p < 0,005$). Увеличение выраженности депрессивных расстройств у пациентов тесно связано с ростом уровня алекситимии. Отсутствие связи АТ и депрессии в группе пациентов без психических расстройств объясняется, вероятно, отсутствием клинически значимых депрессивных симптомов в этой группе (3,48+/-0,70). В SCL-90-R в группе тревожных расстройств шкалы депрессии и тревоги достоверно положительно коррелируют с алекситимией, то же в группах травматических расстройств и органического тревожного расстройства.

Выводы

1. Уровень алекситимии влияет на выраженность и появление тревожных и депрессивных расстройств при органических психических расстройствах и при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Повышение уровня депрессивных симптомов ослабляет связь алекситимии и тревоги при органическом тревожном расстройстве.
3. С возрастом уровень алекситимии увеличивается в группе с тревожными расстройствами и в группе с осложненными формами язвенной болезни.
4. Изменения психологических характеристик при психических и психосоматических заболеваниях подчиняются общим закономерностям.

Литература

1. Абрамова А.А., Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Разумова А.В. Специфика проявлений агрессивности у больных с депрессией разной нозологической принадлежности, степени тяжести и длительности // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2014. – №2. – С. 75-89.
2. Бек А.Т., Фримен А. Когнитивная терапия личностных расстройств. – СПб: Питер, 2001. – 246 с.
3. Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // РМЖ. – 2006. – №4. – С. 328
4. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Койдановская Е.В. Алекситимия и методы ее измерения у больных с невротическими и психосоматическими нарушениями. Методическое пособие. – СПб, 1994. – 60 с.
5. Искусных А. Ю. Алекситимия, причины и риски возникновения расстройства // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: Сборник статей по материалам ЛП международной научно-практической конференции №6. – Новосибирск: СибАК, 2015. – С. 184.
6. Коростий В. И. Механизмы психологической защиты, алекситимия и агрессия у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями: патогенетическая роль и подходы к психотерапии // Медицинская психология. – 2011. – №3. – С. 19-22.
7. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией (на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии) // Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – №2. – С. 70-75.
8. Польская Н. А. Эмоционально-личностные корреляты модификаций тела // Известия Саратовского университета. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2014. – Т.14, №2. – С. 85-90.
9. Стандарты специализированной медицинской помощи // <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoj-pomoschi/klass-v-psihicheskie-rasstroystva-i-rasstroystva-povedeniya-f00-f99>
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – Москва: Когито, 2001. – 255 с.
11. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – №3. – С. 97-114.
12. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств) // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2011. N1. URL: <http://medpsy.ru>
13. Юдеева Т.Ю., Петрова Г.А., Довженко Т.В., Холмогорова А.Б. Шкала Дерогатиса (SCL-90) в диагностике соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10, №4. – С. 10-16.
14. Derogatis L.R., Cleary P.A. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation // Journal of Clinical Psychology. – 1977. – N33. – P. 981-989.

15. Kellner R. Somatization. Theories and Research // Journal Nervous and Mental Disease. – 1990. – V.3. – P. 150-160.
16. Krystal H., Krystal J. Integration and self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia – Hillsdale: Analytic Press. – 1988. – P. 199-206.
17. Kholmogorowa A., Garanian N. Verknuepfung kognitiver und psychodynamischer Komponenten in der Psychotherapie somatoformer Erkrankungen // Psychother Psychosom medical Psychology. – 2001. – N51. – P. 212-218.
18. Lane R.D., Schwartz G.E. Levels of emotional awareness; a cognitive-developmental theory and its application of psychopathology // American Journal of Psychiatry. – 1987. – V.144. – P. 133-143.
19. Lesser I.M. A review of the alexithymia concept // Psychosomatic Medicine. – 1981. – V.43, N6. – P. 531- 541.
20. Lipowsky J. Somatization: its Definition and Concept // American Journal of Psychiatry. – 1989. – V.147, N7. – P. 521-527.
21. McDougal J. Alexithymia – a psychoanalytic viewpoint. Psychotherapy. Psychosomatic Medicine. – 1982. – V.38. – P. 81-90.
22. Nemiah J.C. Alexithymia: Theoretical considerations. Psychotherapy // Psychosomatic Medicine. – 1977. – V.28. – P. 199-206.
23. Parker G. Parental rearing style: examining for links with personality vulnerability factors for depression // Social Psychiatry – Psychiatry Epidemiology. – 1993. – V.28. – P. 97-100.
24. Parker J.D., Taylor G.J., Bagby R.M. Alexithymia and the recognition of facial expression of emotion. Psychotherapy // Psychosomatic Medicine. – 1993. – V.59. – P. 197-202.
25. Salminen J.K., Saarijarvi S., Aarela E. Two decades of alexithymia // Journal Psychosomatic Research. – 1995. – V.39, N7. – P. 803-807.
26. Sifneos P.E. Alexithymia: Past and Present // American Journal of Psychiatry. – 1996. – V.153, N7. – P. 137-142.
27. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment // American Journal of Psychiatry. – 1984. – V.141. – P. 725-732.
28. Taylor G.J. The Alexithymia construct: conceptualization, validation and relationship with basic dimensions of personality // New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry. – 1994. – V.10, N2. – P. 61-74.

Информация об авторах

Северова Екатерина Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: sever77@yandex.ru

Охапкин Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: psi@smolgmu.ru

Даутова Маргарита Александровна – заместитель главного врача по лечебной части ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер», главный психиатр Департамента Смоленской области по здравоохранению. E-mail: sopkd@mail.ru

Реутова Елена Витальевна – заведующая мужским отделением ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер». E-mail: relevit@yandex.ru