

УДК: 159.942-053.6-085.851:616.1-008.6-085

*М. В. Маркова, Н. Ю. Веньовцева***АЛЕКСИТИМИЯ ЯК ОДИН ІЗ ПРЕМОРБІДНИХ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОСОБИСТІСНИХ ФАКТОРІВ В ГЕНЕЗІ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПІДЛІТКІВ, В АСПЕКТІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ НА ЕТАПІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ**

Харківська медична академія післядипломної освіти; Дитяча клінічна лікарня №6, м. Київ

Ключові слова: алекситимія, соматоформна вегетативна дисфункція, підлітки, психотерапія, медико-психологічний супровід

На сьогодні зростання рівня захворюваності на психосоматичні захворювання, розлади невротичного регістру, в тому числі соматоформну вегетативну дисфункцію, є важливою медико-соціальною проблемою. Адже стрімкість поширення цих розладів серед населення, особливо дитячого, викликає стурбованість не лише лікарів, а й психологів та спеціалістів інших суміжних спеціальностей. Продовжують зростати витрати на діагностичні заходи та лікування таких пацієнтів, які часто залишаються невдоволеними отриманою допомогою через незначну її ефективність. Крім того, діти та підлітки із медично незрозумілими симптомами (*medically unexplained symptoms*) часто залишаються сам-на-сам із своїми психологічними проблемами, які ще в більшій мірі погіршують їх якість життя та стають на заваді подальшому гармонійному психологічному та фізичному розвитку [1 – 3].

Так, в рамках зазначених розладів можна говорити про «соматизацію» як загальний феномен. Це тенденція до переживання психологічного дистресу у вигляді соматичних симптомів, які досить часто невірною розцінюються пацієнтами як серйозне соматичне захворювання. Пацієнти із стійкою тенденцією до соматизації часто вимагають від лікарів встановлення діагнозу та призначення відповідного лікування, не дивлячись на усі спроби запевнити їх у відсутності тяжкої соматичної патології. Це призводить до нераціонального використання медичної допомоги на різних ланках та збільшення витрат на охорону здоров'я. Якщо тенденція до соматизації спостерігається у дітей чи підлітків, то часто зазначена тенденція у поведінці спостерігається і у батьків [4 – 7].

Не дивлячись на те, що у формуванні феномену соматизації біопсихосоціальна спрямованість є визначеною, все ж більша увага дослідників зосереджується на біологічній

ланці. Тому питання психосоціальних факторів залишається недостатньо дослідженим та визначеним і потребує подальшого розгляду.

Хронічний перебіг та часта терапевтична резистентність психосоматичних та соматоформних розладів на фоні ще недостатніх знань щодо їх патоморфозу призвели до розробки у якості найбільш перспективної концепції факторів ризику розвитку цих порушень. Із соматичними факторами ризику зазвичай справу мають лікарі-соматологи (терапевти, педіатри), завдяки чому забезпечують профілактику та лікування зазначених розладів. Актуальним залишається питання щодо природи психологічних факторів ризику та розробки відповідних заходів їх виявлення та профілактики [1].

Одним із психологічних факторів ризику виникнення і прогресування зазначених розладів є алекситимічний радикал у структурі преморбідної особистості.

Термін «алекситимія» було вперше запропоновано Sifneos (1973), який протягом тривалого часу працював із пацієнтами психосоматичної клініки та виявив у них певні схожі особистісні особливості. Вони мали схильність до утилітарного (конкретно-механістичного) способу мислення, звуження афективного досвіду та труднощі в описуванні власних почуттів, а також збіднену фантазію [1, 8 – 10].

Буквально «алекситимія» означає «відсутність слів для почуттів» та розглядається як особистісна особливість, що визначає труднощі у розумінні та вербалізації власних емоцій, та нездатність розуміти емоційні стан інших людей [11].

Крім того, алекситимія характеризується труднощами у диференціації почуттів та тілесних відчуттів, переважною фіксацією уваги на зовнішніх подіях поряд із внутрішніми переживаннями. Крім того, пацієнти із високим рівнем алекситимії мають проблеми із міжособистісним

спілкуванням, низьку здатність переживати позитивні емоції та низьку толерантність до негативних [4, 5, 7, 9, 10, 11].

Sifneos припускав, що алекситимічний стиль в когнітивно-емоційній сфері характерний саме для пацієнтів із психосоматичними захворюваннями. Було висунуто гіпотезу, відповідно до якої недостатність усвідомлення емоцій та когнітивної переробки афекту призводить до зосередження на соматичному компоненті афективного збудження та переживання емоцій у вигляді соматичних відчуттів [1, 8, 12].

Для пояснення феномену алекситимії було висунуто декілька моделей, основними з яких є моделі дефіциту та заперечення.

Модель заперечення передбачає глобальне гальмування афектів, як своєрідний захисний механізм. Можна припустити його зворотність із наступним зникненням ознак алекситимії та соматичних симптомів. Такий стан може розвинути внаслідок тяжких психологічних травм або ж у пацієнтів із психосоматичною та соматоформною симптоматикою на фоні успішної психотерапії. В даному разі можна говорити про “вторинну” алекситимію. Але досить часто, не дивлячись на тривалу психотерапію, у багатьох пацієнтів із психосоматичними захворюваннями алекситимічні прояви незворотні. Такі пацієнти залишаються нездатними розпізнавати власні емоції та переживати їх. Для них прийнятною є модель дефіциту. Акцент тут робиться на застряганні на більш ранній стадії розвитку, в результаті чого через знижену здатність символі-

зувати інстинктивні потреби та фантазувати, імпульси без їх психологічної переробки безпосередньо впливають на соматичну сферу [1].

Не дивлячись на значний клінічний досвід та результати багатьох світових досліджень, питання походження алекситимічних рис залишається недостатньо дослідженим. Є певні дані, що основне значення мають генетичні фактори, і феномен алекситимії може бути зрозумілим скоріш в рамках нейрофізіології. Але це стосується в першу чергу первинної алекситимії. Щодо вторинної – існують дані про її зв'язок із сімейними, соціальними, культуральними та іншими факторами.

Крім того, про алекситимію можна говорити лише як про неспецифічний фактор ризику, який треба враховувати разом із іншими факторами, адже вона визначається не лише у пацієнтів із психосоматичними й соматоформними захворюваннями, але й у здорових осіб. Так, алекситиміки у буденному житті можуть не мати явної психічної патології, однак під впливом стресових факторів зростає вірогідність розвитку адиктивної поведінки, порушень харчової поведінки, тривожно-депресивних розладів тощо [8].

Таким чином, на сьогодні в області психології та психіатрії не існує єдиної концепції, яка пояснює причини виникнення алекситимії як функціонального стану або стійкої особистісної риси, недостатньо розроблені рекомендації щодо корекції даних проявів, тому питання алекситимії залишається актуальним та потребує подальшого всебічного дослідження.

Контингент та методи дослідження

Нами було проведено клініко-психопатологічне й психодіагностичне обстеження 90 підлітків, віком від 12 до 17 років (середній вік склав 15,0 років). Серед них 56 дівчат та 34 хлопці.

Обстежені були розподілені на 2 групи. До складу основної групи (ОГ) увійшли підлітки, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіоревматології ДКЛ №6 у м. Києві та яким було встановлено діагноз соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи (СВД ССС). До складу групи порівняння (ГП) увійшли підлітки, які навчаються у 10-11 класах профільного середнього навчального закладу (Український медичний ліцей). В ОГ було обстежено 45 пацієнтів, з яких 32 дівчинки (середній вік склав 14,7 років) та 13 хлопців (середній вік склав 14,8 років). В ГП було обстежено 45 школярів, з яких 24 дівчинки (середній вік склав 15,2 роки) та 21

хлопчик (середній вік 15,3 роки).

Клініко-психопатологічне обстеження ОГ включало детальне вивчення анамнезу захворювання, визначення соматичного та психологічного статусу пацієнтів на момент госпіталізації. Діагноз СВД ССС було встановлено із урахуванням анамнестичних даних та на основі скарг пацієнтів за критеріями МКХ-10. Для визначення індивідуально-особистісних особливостей підлітків було застосовано наступні методики: Торонтська шкала алекситимії [13], опитувальник «Невротичні риси особистості» [14]. Обстеження усіх пацієнтів було проведено в умовах стаціонару, в перші два дні після госпіталізації.

Обстеження пацієнтів ГП включало попередню бесіду із підлітками та застосування психодіагностичних методик для визначення психоемоційного стану.

Результати дослідження

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження рівня алекситимії за Торонтською шкалою алекситимії було виявлено, що 15 підлітків основної групи належать до алекситимічного типу, 6 – до неалекситимічного типу, 5 – до групи ризику. При цьому лише 5 школярів з групи порівняння належали до алекситимічного типу, 19 школярів – до неалекситимічного та 21 школяр до групи ризику (таб. 1).

При цьому лише 5 школярів з групи порівняння належали до алекситимічного типу, 19 школярів – до неалекситимічного та 21 школяр до групи ризику (таб. 1).

Таблиця 1

Розподіл підлітків за рівнями алекситимії, визначеної за Торонтською шкалою алекситимії

група / тип	Алекситимічний тип (> 74 б.)	Група ризику (< 62 б.)	Неалекситимічний тип (62-74 б.)
ОГ	15 (33,3 %)	6 (13,3 %)	24 (53,4 %)
ГП	5 (11,1 %)	19 (42,2%)	21 (46,7 %)
$P(\chi^2)$	$\chi^2=6,42$ $p=0,011^*$	$\chi^2=9,36$ $p=0,0022^*$	$\chi^2=0,4$ $p=0,527^*$

При обробці даних, отриманих за результатами дослідження невротичних рис особистості за опитувальником “Невротичні риси особистості”, було виявлено, що підлітки ГП мають достовірно нижчий рівень невпевненості в собі,

у порівнянні із підлітками ОГ. Крім того, підлітки ОГ мають достовірно більш високий рівень афективної нестійкості у порівнянні із підлітками ГП. Результати за іншими шкалами не виявилися статистично достовірними (таб. 2).

Таблиця 2

Розподіл підлітків основної групи та групи порівняння за шкалами опитувальника «Невротичні риси особистості»

Ступінь / Шкала	Невпевненість у собі		Пізн/соц пасивність		Невротичний над-контроль		Афективна нестійкість		Інтровертована спрямов.		Іпохондричність		Соц. неадаптивність	
	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП	ОГ	ГП
Висок.	2	0	4	1	3	1	2	0	0	3	3	0	1	0
Підвиш.	7	1	19	19	12	9	13	4	11	5	4	2	6	3
Середн.	21	20	18	19	26	26	25	28	20	16	19	13	15	14
Зниж.	14	23	4	4	3	9	5	9	12	19	14	21	18	21
Низьк.	1	0	0	0	0	0	0	4	2	2	5	9	5	7
$P(\chi^2)$	$\chi^2=6,1$ $p=0,0107^*$		$\chi^2=2,21$ $p=0,697$		$\chi^2=2,51$ $p=0,643$		$\chi^2=6,16$ $p=0,187^*$		$\chi^2=3,9$ $p=0,419$		$\chi^2=2,18$ $p=0,702$		$\chi^2=0,99$ $p=0,0910$	

* - ($p < 0,05$) – різниця статистично значима

Отримані результати можуть бути використані для створення та обґрунтування моделі медико-психологічного супроводу підлітків – як хворих на СВД ССС та перебуваючих на стаціо-

нарному лікуванні, так і тих, які належать до групи ризику щодо розвитку даного захворювання.

Висновки. Підвищені показники афективної

нестійкості, виявлені серед підлітків ОГ, відображають їх емоційну лабільність та збудливість; недостатню здатність до вольового керування емоціями; нестійкий та неврівноважений характер міжособистісного спілкування; можливість реагування із дратівливістю та гнівливістю на фрустрації; підвищену сенситивність із схильністю до накопичення негативних переживань; низьку толерантність до стресу та знижений регуляторний потенціал психіки в цілому.

Перелічені особливості афективної сфери підлітків на фоні наявності у них алекситимічних рис особистості можуть скоріше говорити про алекситимію як про вторинний феномен. У такому разі алекситимія не є стійкою особистісною рисою, а виникає як захисний механізм в умовах тривалої психотравмуючої ситуації та може зникати на фоні тривалої психокорекції та психотерапії.

На фоні виявлення алекситимічних рис особистості у підлітків із СВД ССС, на етапі стаціонарного лікування, необхідно виявляти більш стійкі риси та особистісні особливості, які лежать в основі неадаптивних форм поведінки, недосконалих копінг-стратегій у стресових та фруструючих ситуаціях, невідповідних уявлень про себе та оточуючих тощо.

На користь цього може свідчити виявлення зниженого показника невпевненості в собі серед підлітків ГП. Він відображає високий рівень впевненості в собі та здатність до самоактуалізації; відсутність проблем у прийнятті рішень; прагнення до самостійності та домінування у міжособистісних стосунках; здатність до прийняття відповідальності та досягнення мети.

Отримані за опитувальником «Невротичні риси особистості» данні свідчать про те, що не дивлячись на певну тенденцію серед підлітків ГП щодо наявності багатьох із досліджуваних

невротичних рис особистості, вони все ж зберігають адаптаційний ресурс та здатність справлятися із власними емоціями та переживаннями, залишатися афективно стабільними. Не останню роль в цьому, як ми бачимо, відіграє показник впевненості у собі, який виявився зниженим серед підлітків ОГ. Даний показник, схоже, також може бути пов'язаний із алекситимією як вторинним феноменом, впливаючи на здатність особистості справлятися із власними афектами, знаходити адекватну форму для своїх переживань та емоційно реагувати відповідно до ситуації, що склалася.

Питання щодо вибору психокорекційних та психотерапевтичних заходів має вирішуватись індивідуально. Але беззаперечною є необхідність обирати методики, спрямовані, по-перше, на виявлення прихованих негативних переживань та їх відреагування у безпечній для пацієнта обстановці; по-друге, на навчання підлітків впізнавати й диференціювати власні емоції та знаходити адекватну форму для їх пред'явлення оточуючим.

Питання щодо застосування психодинамічного підходу для пацієнтів із алекситимією залишається спірним. Ефективною щодо досягнення зазначених цілей, на нашу думку, буде робота в ключі гештальт-підходу, із застосуванням методик арт-терапії, наприклад, метафоричні асоціативні карти. При цьому найважливішим інструментом позитивних змін стають довірливі стосунки «пацієнт-терапевт», у яких емоційні прояви підлітки не лише приймаються та не засуджуються, а й заохочуються. Важливою є групова психотерапевтична робота, яка позитивно позначається на вмінні встановлювати більш задовільні міжособистісні стосунки та співпрацювати у групі однолітків. При цьому групова робота спрямована на підвищення самооцінки підлітків та розвиток комунікативних навичок.

М. В. Маркова, Н. Ю. Венёвцева

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ОДИН ИЗ ПРЕМОРБИДНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ, В АСПЕКТЕ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования; Детская клиническая больница г.Киев

В исследовании был изучен феномен алекситимии у подростков с СВД ССС и условно здоровых подростков на фоне определения ряда личностных черт. Высокие показатели по Торонтской шкале алекситимии вместе с аффективной нестабильностью и низкой уверенностью в себе указывают на алекситимию как на вторичный феномен. В таком случае алекситимия не является стойкой личностной чертой, а появляется как защитный механизм в условиях длительной психотравмирующей ситуации и может редуцироваться на фоне длительной психокоррекции и психотерапии. Она должна быть направлена на умение справляться со своими эмоциями, находить адекватную форму для выражения своих переживаний, а также на повышение самооценки и развитие коммуникативных навыков. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2014. — № 1 (33). — С. 43-47).

ALEXITHYMIA AS ONE OF THE PREMORBID PERSONAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN INPATIENTS ADOLESCENTS IN CASE OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Kharkiv medical academy of postgraduate education childrens clinical hospital № 6, Kiev

In our study alexithymia in adolescents with somatoform vegetative dysfunction of cardiovascular system and without it was investigated. High levels by Toronto alexithymia scale with affective instability and low level of self-confidence point at alexithymia as a second phenomenon. In this case alexithymia isn't a firm personal trait but a protective mechanism in long-run psychotraumatic situation. It could be reduced by using long-continued psychotherapy. Psychotherapeutic interventions should be directed at coping with emotions, improvement of communicative skills, increasing of self-confidence. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 43-47).

Література

1. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для врачей / Д. Б. Ересько, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская [и др.]; Санкт-петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — Санкт-Петербург, 2005. — 25 с.
2. Burton Ch. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUS) / Ch. Burton // British Journal of General Practice. — 2003. — Vol. 53. — p. 231-239
3. Tschudi-Madsen H. Multiple symptoms and medically unexplained symptoms – closely related concept in general practitioners' evaluation. A linked doctor-patient study / H. Tschudi-Madsen, M. Kjeldsberg, B. Natvig // Journal of Psychosomatic Research. — 2013. — Vol. 74. — p. 186-190
4. Alexithymia and somatization in General Population / Aino K. Mattila, Erkki Kronholm, Antti Jula [and oth.] // Psychosomatic Medicine. — 2008. — Vol. 70. — p. 716-722
5. Sarkar J., Chandra P. Alexithymia and illness behaviour among female Indian outpatients with multiple somatic symptoms / J. Sarkar J., P. Chandra // Indian Journal of Psychiatry. — 2003. - № 45 (4). — p. 229-233
6. Beyond “somatization” and “psychologization” symptom-level variation in depressed Han Chinese and Euro-Canadian outpatients / J. Dare, J. Sun, Y. Zhao [et oth.] // Frontiers in Psychology. — 2013. — Vol. 4. — Article 377
7. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children / L. B. Allen, Q. Lu, J. Tsao [et oth.] // Journal of Health and Psychology. — 2011. - № 16(8). — p. 1177-1186
8. Петрова Н. Н., Леонидова Л. Л. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения / Н. Н. Петрова, Л. Л. Леонидова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. - № 3(11). — с. 32-43
9. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder / A. van Dijke, J. D. Ford, O. van der Hart [et oth.] // European Journal of Psychotraumatology. — 2011. — Vol. 2. — p. 378-387
10. Cem Celikel F., Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients / F. Cem Celikel, O. Saatcioglu // Annals of General Psychiatry. — 2006. - № 5 (13). — p. 213-218
11. Sung hwa Son, Hyunoung Jo, Hyo Deog Rim [et oth.] A comparative study on alexithymia in depressive, somatoform, anxiety, and psychotic disorders among Koreans / Sung hwa Son, Hyunoung Jo, Hyo Deog Rim [et oth.] // Psychiatry Investigating. — 2012. - № 9. — p. 325-331
12. Theory of mind and emotional awareness deficits in patients with somatoform disorders / C. Subic-Wrana, M. E. Beutel, A. Knebel, R. D. Lane // Psychosomatic Medicine. — 2010. - № 72. — p. 404-411
13. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale / G. J. Taylor, M. Bagby, D. P. Ryan [et oth.] // Psychosomatic Medicine. — 1988. - № 50. — p. 500-509
14. Психологическая диагностика невротических черт личности: методические рекомендации / Л. И. Вассерман, Б.В. Иовлев, О. Ю. Щелкова, К. Р. Червинская; Санкт-петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — Санкт-Петербург, 2003. — 32 с.

Поступила в редакцию 18.03.2014