

УДК 616.89-008.434.53:616.517

*А. К. Бурцев***О РОЛИ АЛЕКСИТИМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алекситимия, псориаз, самоотношение, индивидуально-типологические особенности.

Псориаз – одно из распространенных кожных заболеваний; им болеют около 2% населения Земли. Этиология и патогенез псориаза выяснены недостаточно: ни одна из предложенных теорий (вирусная, наследственная обменная не нашла всеобщего и однозначного признания [1]. Как и для всех хронических дерматозов, для псориаза характерно длительное течение с периодическими обострениями, резистентностью к проводимой терапии. Зуд, наличие высыпаний на видимых участках кожи, другие неприятные симптомы создают специфический негативный эмоциональный фон, способствуют нарушениям самоотношения и самовосприятия, негативно влияют на коммуникативные возможности существенно снижая качество жизни пациентов и становясь, возможно, дополнительным элементом этиопатогенеза.

Связь возникновения и хронического течения псориаза нервной системы отмечал еще один из основоположников отечественной дерматологии А.Г. Полотебнов, считая его вазомоторным неврозом, П.В.Никольский создал концепцию псориаза как сосудисто-трофического невроза, возникающего после психотравм, аффектов [1]. Было показано, что у 40% больных псориазом отмечаются явления вегето-сосудистой дистонии, невротические симптомы, гипоталамический синдром; при ЭЭГ исследовании отмечались признаки дисфункции различных уровней, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса [2].

С целью увязать эмоциональные и вегетативные нарушения при псориазе с личностными особенностями пациентов проводились исследования с использованием теста ММРІ [3]. У пациентов с обострением псориаза отмечались признаки депрессии с напряженностью, нервозностью, астенией и навязчивыми страхами, снижением продуктивности, инициативности, уверенности в себе. При клиническом улучшении авторы считали, что «несмотря на снижение

уровня профиля по основным шкалам... можно говорить только о субъективном улучшении психоэмоционального состояния, которое отражает стремление больного отрицать эмоционально насыщенные проблемы и конфликты, осознание которых оказало бы психотравмирующее действие». [3]. В других исследованиях, опиравшихся не только на применение ММРІ, но также опросника Лири, «семантического дифференциала» были выявлены усиления конфликтности, истеричности, шизоидных и паранойяльных черт при стабильном течении псориазического процесса; описывались изменения личности по тревожно-фобическому типу или по застревающему (ригидному) типу, дезадаптация систем доверия и зависимости, появление враждебности к окружающим [5].

Последующие исследования личности больных псориазом с позиций модели позитивной психотерапии по Н.Пезешкиану с использованием Висбаденского опросника (WIPPF) выявили специфическое влияние заболевания на психоэмоциональную сферу пациентов». Рекомендовалось обязательно поддерживать у таких больных эмоциональные отношения к близким и самим себе. Отмечалось, что эти отношения нередко не находят своего выражения [1]. Исследование эмоциональных проблем больных псориазом с применением шкал Спилбергера и Тейлора выявило в период обострения усиление астено-ипохондрической симптоматики, умеренно выраженной в относительно стабильный период [6].

Оценивая приведенные публикации, посвященные психологическим аспектам псориаза, можно отметить их относительную немногочисленность в последнее время, несмотря на повсеместное признание большой роли психоэмоциональных, личностных факторов в происхождении заболевания, важность разработки дифференцированных коррекционных мероприятий. В связи с этим было предпринято настоящее ис-

следование, опирающееся на современные методики (опросники, шкалы) и ставящее целью выявить роль такого важного фактора соматизации психоэмоционального напряжения как алекситимия для формирования патогенетически значимой конфликтной проблематики в сфере самооотношения и отношения с другими.

В качестве основного контингента (группы) было обследовано 30 больных с псориазом (20 мужчин и 10 женщин), находившихся на стационарном лечении в кожно-венерологическом диспансере. Средний возраст составлял $32,0 \pm 2,3$ года; давность заболевания составила в среднем $6,9 \pm 1,2$ года. Оценка психического состояния пациентов основной группы ни у кого из них не выявила клинически выраженных признаков психического расстройства, однако все они предъявляли разрозненные, синдромально не структурированы в жалобы невротического характера (раздражительность, нетерпеливость, некоторое нестойкое снижение настроения, чувство досады и т.п.). Группу сравнения составили 30 пациентов (13 мужчин и 17 женщин), лечившихся в том же диспансере с диагнозом «микоз, микотическая экзема». Средний возраст больных в этой группе составил $33,4 \pm 1,8$ года, а давность заболевания - $5,9 \pm 0,8$ года. Сопоставление в исследовании описанных контингентов имело целью сравнить по результатам корреляционного анализа связь алекситимии другими психологическими характеристиками, а также личностные особенности пациентов различных в этиологическом отношении групп, предполагая, что в основной группе алекситимия играет более выраженную системообразующую роль.

Для измерения выраженности проявлений алекситимии была использована Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) в адаптации института им В. М. Бехтерева [7]. Для более тщательного изучения корреляционных связей были выделены такие составляющие суммарного показателя, как: а) нарушение идентификации эмоций, в) нарушение экспрессии эмоций, с) экстернатность мышления. Шкала состоит из 26 пунктов.

Для измерения уровня субъективной оценки своего состояния использовалась Шкала субъективного благополучия (ШСБ), разработанная в 1988 г. французскими психологами Perrudet-

Badoux, Mendelsohn и Cliche [8] для изучения влияния стресса (в данном случае – обострения хронического заболевания) на эмоциональное состояние. ШСБ состоит из 17 пунктов, которые делятся на 6 кластеров: 1) напряженность и чувствительность, 2) признаки, сопровождающие основную симптоматику (депрессия, сонливость, рассеянность и т.п.), 3) изменения настроения, 4) значимость социального окружения, 5) самооценка здоровья, 6) степень удовлетворения повседневной деятельностью. Сумма баллов по всем пунктам составляет итоговый балл, является показателем наличия и глубины эмоционального дискомфорта.

Как личностная стандартизированная методика использовался разработанный Л.Н. Собчик индивидуально-типологический опросник (ИТО) [9], выявляющий такие типологические свойства личности, как экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сензитивность, тревожность, лабильность. ИТО был выбран не только из-за относительной краткости при возможности выделить важнейшие личностные качества, но и в связи с тем, что позволяет выявить стиль межличностного поведения (лидерство, неконформность, конфликтность, индивидуализм; зависимость, конформность, компромиссность, коммуникативность).

Для оценки самооотношения пациентов был применен тест-опросник самооотношения (ОСО), разработанный В.В. Столиным [10]. ОСО включает следующие шкалы: интегральная шкала (измеряет интегральное чувство «за» и «против» собственного «Я» испытуемого; I – шкала самоуважения, II – аутосимпатия, III – шкала ожидания положительного отношения от других, IV – шкала самоинтереса. В опроснике содержатся также 7 шкал, направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я» испытуемого: 1) самоуверенность; 2) отношение других; 3) самопринятие; 4) саморуководство, самопоследовательность; 5) самообвинение; 6) самоинтерес. Опросник состоит из 57 утверждений.

С учетом объема выборок и нормального характера распределения в них при статистической обработке были применены параметрические критерии t-критерий Стьюдента, и коэффициент линейной корреляции Пирсона.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты исследования по методике ТАШ в

сравниваемых группах представлены в табл. 1.

Данные по методике ТАШ в сравниваемых группах

Показатели ТАШ	Общие показатели	а	в	с
Группы				
Больные псориазом	70,63±2,64	23,9±1,27	20,77±1,06	25,23±1,33
Больные микозом	59,97±2,11	19,33±0,93	17,53±0,86	23,43±1,3

Примечание: а – субшкала нарушения идентификации эмоций, в – субшкала нарушения экспрессии эмоций, с – субшкала экстернальности мышления

В основной группе (больных псориазом) средний общий показатель достоверно выше ($p < 0,05$) показателя алекситимии у здоровых людей (59,3±1,3) и приближается к показателю у больных с психосоматическими расстройствами (72,09±1,3) [7]. В то же время в группе сравнения этот показатель достовер-

ных отличий от показателя здорового контингента не имеет. В сравниваемых контингентах отмечаются также достоверные отличия (с тем же уровнем значимости) по субшкалам а и в.

Результаты, полученные по методике ШСБ, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Данные по методике ШСБ в сравниваемых группах

Показатель	стены	1	2	3	4	5	6
Группы							
Больные псориазом	5,07±0,38	11,93±0,54	14,37±0,92	6,5±0,54	7,5±0,66	8,03±0,63	10,4±0,75
Больные микозом	5,2±0,33	11,63±0,53	14,07±0,91	7,33±0,58	8,67±0,69	8,6±0,57	10,33±0,77

Примечание: 1 – «напряженность и чувствительность», 2 – «признаки, сопровождающие основную симптоматику», 3 – «изменения настроения», 4 – «значимость социального окружения», 5 – «самооценка здоровья», 6 – «степень удовлетворенности повседневной деятельностью»

Средние значения суммарного показателя в стенах и в сырых баллах по субшкалам достоверных различий не обнаруживают. Полученные данные указывают на ощущение умеренного субъективного благополучия, отсутствие серь-

езных проблем в личностном функционировании, явной невротизации, хотя о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя.

Средние результаты исследования по методике ИТО приведены в таблице 3.

Таблица 3

Данные по методике ИТО в сравниваемых группах

Показатель	Ложь	Арггр.	Экст.	Спон.	Агрес.	Риг.	Инт.в	Сенз.	Тревога	Лаб.
Группы										
Больные псориазом	3,03±0,31	2,37±0,4	5,23±0,44	4,57±0,39	4,77±0,26	4,6±0,37	5,23±0,4	5,47±0,38	5,2±0,37	5,2±0,29
Больные микозом	2,8±0,31	1,23±0,27	5,7±0,41	4,57±0,39	4,87±0,36	4,87±0,36	4,97±0,37	6,33±0,35	5,43±0,41	5,4±0,33

Показатель шкал лжи и аггравации, составляющий не более 3-х баллов в обеих группах, указывает на достоверность полученных результатов.

В обеих группах умеренно акцентированными (5-7 баллов) оказываются черты сентизивности, тревожности и лабильности, что соответ-

ствует наличию у них субклинически выраженных невротоподобных расстройств; отмечается амбивертность; ведущий стиль поведения характеризуется зависимостью, конформностью, компромиссностью, коммуникативностью.

Средние показатели по шкалам методики СО представлены на таблице 4.

Данные по методике ОСО в сравниваемых группах

Показатель	Больные псориазом	Больные микозом
I	57,11±5,1	63,91±5,04
II	55,74±5,11	51,38±4,6
III	48,46±5,04	59,83±4,9
IV	64,2±4,65	54,57±4,7
1	64,89±4,52	52,47±4,64
2	59,01±4,78	63,47±5,09
3	59,76±4,72	55,37±5,53
4	56,51±4,16	70,61±3,17
5	56,58±5,41	60,35±3,7
6	50,92±5,5	59,7±5,06
7	55,28±4,96	61,01±4,91
S	69,94±4,03	74,67±3,92

Примечание: I – «самоуважение», II – «аутосимпатия», III – «ожидание положительного отношения от других», IV – «самоинтерес» 1 – «самоуверенность» 2 – «отношение других», 3 – «самопринятие», 4 – «саморуководство, самопоследовательность», 5 – «самообвинение», 6 – «самоинтерес», 7 – «самопонимание», S – «за» и «против» собственного «Я»

В группе больных псориазом наибольшее накопление частот (от 69,94±4,03 до 64,2±4,65) отмечается по шкалам S, 1, и IV – «за» и против собственного я, «самоуверенность» и «самоинтерес». Менее 60% накопления частот (от 59,76±4,72 до 48,46±5,11) отмечается по шкалам «самопринятие», «отношение других», «самоуважение», «самообвинение», «саморуководство», «аутосимпатия», «самопонимание», «ожидание положительного отношения от других». Стиль защитить самоотношения - преимущественно агрессивный [10].

В сравниваемой группе наибольшее накопление частот (от 74,67±3,92 до 60,35±3,70) отмечается по шкалам «за» и «против» собственного Я, «саморуководство», «самопоследовательность», «самоуважение», «отношение других», «самопонимание», «самообвинение». Менее 60% накопления частоты (от 59,83±4,90 до 51,38±4,60) отмечается по шкалам «ожидание положительного отношения от других», «самоинтерес», «самопринятие», «самоинтерес», «самоуверенность», «аутосимпатия». Стиль защиты самоотношения – с помощью фальсифика-

ции «Я».

Достоверно выше ($t=2,70$; $p<0,01$) показатель по шкале «самопоследовательность» («саморуководство») в группе больных микозами, что отражает, по нашему мнению, большую осознанность жизненной тактики в связи с лучшим самопониманием вследствие меньшей выраженности алекситимических тенденций, в частности нарушения идентификации эмоций и экстернальности мышления.

Анализ первичных статистических данных по использованным методикам выявил ряд сходных психологических характеристик у пациентов сравниваемых групп. Вместе с тем достоверные различия в выраженности алекситимических тенденций позволяют предположить, что у больных псориазом они должны играть особую роль в формировании психологических особенностей пациентов. Для проверки этого предположения был проведен корреляционный анализ показателей по методике ТАШ с показателями по остальным опросникам.

В группе больных псориазом установлена статистически достоверная отрицательная кор-

реляционная связь ($r = -0,375$) показателя по субшкале нарушения экспрессии эмоций с показателем агрессии по ИТО. Учитывая отсутствие на поведенческом уровне у пациентов основной группы явных проявлений внешней агрессии (в рамках нормопатического поведения алекситимиков), можно предположить, что речь идет скорее об аутоагрессивных тенденциях, подвергающихся соматизации. В пользу этого косвенно свидетельствует ряд отрицательных связей показателя самоуважения (ОСО): с общим показателем по ТАШ ($r = -0,552$), нарушения идентификации эмоций ($r = -0,563$) и нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,418$). Также выявлена отрицательная корреляция этого показателя с показателем аутосимпатии ОСО ($r = -0,515$). Показатель шкалы самоинтереса отрицательно коррелирует с общим уровнем алекситимии ($r = -0,395$), показателем нарушения экспрессии эмоций. Показатель шкалы самоуверенности также связан отрицательными корреляциями с показателями общего уровня алекситимии ($r = -0,405$) и экстернальности мышления ($r = -0,369$). Показатель шкалы самопринятия отрицательно связан с показателем нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,365$); самоинтерес отрицательно коррелирует с общим уровнем алекситимии ($r = -0,392$) и уровнем нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,430$). Установлены также отрицательные корреляции самопонимания с общим уровнем алекситимии ($r = -0,595$), нарушением идентификации эмоций ($r = -0,464$) и нарушением экспрессии эмоций ($r = -0,463$). И, наконец, интегральное чувство «за» или «против» своего Я отрицательно связано с общим уровнем алекситимии ($r = -0,551$), нарушением идентификации эмоций ($r = -0,444$) и нарушением экспрессии эмоций ($r = -0,430$). Вместе с тем такой противоположно направленный, по сравнению с остальными показателями ОСО, как показатель шкалы «самообвинение» положительно коррелирует с нарушением идентификации эмоций ($r = 0,373$) и экспрессии эмоций ($r = 0,517$).

Представляют интерес и корреляции, установленные между показателями по ТАШ и ШСБ в основной группе. Суммарный показатель по ШСБ положительно коррелирует (следует напомнить, что высокие показатели по этой методике указывают на неблагополучие, дезадаптацию) с общим уровнем алекситимии ($r = 0,446$), нарушением идентификации ($r = 0,462$) и экспрессии эмоций ($r = 0,453$). Показатель по субшкале ШСБ «напряженность и гиперестезия» положительно коррелирует с нарушением экспрессии эмоций ($r = 0,377$); показатель по субшкале при-

знаков, сопровождающих основную симптоматику (нервозность, субдепрессия) положительно коррелирует с общим уровнем алекситимии ($r = 0,399$), нарушением идентификации эмоций ($r = 0,580$).

В группе сравнения, как и предполагалось, спектр корреляций показателей алекситимии с показателями по другим использованным опросникам оказался заметно уже. Были установлены отрицательно значимые корреляции показателей по шкале экстраверсии ИТО с показателями субшкал нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,373$) и экстернальности мышления ($r = -0,387$) ТАШ, что отражает самоочевидный факт того, что экстравертная установка личности предполагает отсутствие алекситимических проявлений.

Установлена отрицательная корреляционная связь между показателем субшкалы нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,451$) и показателем шкалы самоинтереса ОСО (высокий самоинтерес связан с отсутствием нарушения экспрессии эмоций). Показатель по шкале наличия сопутствующих невротических симптомов ШСБ положительно коррелирует с нарушениями идентификации эмоций ТАШ ($r = -0,363$), т.е. степень невротизации больных микозной экземой тем выше, чем пациент хуже может уяснить свое эмоциональное состояние.

Подводя итог сравнению результатов корреляционного анализа в изученных группах можно констатировать, что у больных псориазом достаточно высокий уровень общего показателя алекситимии, а также показателей по субшкалам идентификации и экспрессии эмоций связан с характерными для них невысоким уровнем субъективного благополучия, наличием напряженности, высоким уровнем самообвинения, заниженной аутосимпатией и самоинтересом, что препятствует самопониманию и самопринятию. Алекситимичность больных псориазом создает предпосылки для формирования скрытой агрессивности и аутоагрессии, то есть выступает в роли системообразующего фактора в формировании интрапсихического конфликта, находящего символическое выражение в характерных кожных поражениях.

В группе сравнения, характеризовавшейся незначительной выраженностью алекситимических тенденций, не установлены достоверные связи с общим уровнем алекситимии по методике ТАШ, что указывает на отсутствие сколь угодно значимой роли этого показателя в происхождении психологических проблем у лиц, страдающих микозной экземой.

О. К. Бурцев

**ПРО РОЛЬ АЛЕКСИТИМИЇ У ФОРМУВАННІ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК
ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ**

Донецький державний медичний університет

Особенности самовідношення, почуття об'єктивного благополуччя індивідуально-типологічні особливості хворих на псоріаз були вивчені у їхньому зв'язку з проявами алекситимії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 43-48)

A. C. Burtsev

**ABOUT THE ROLE OF ALEXITYMIA IN FORMING OF PERSONALITY
CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PSORIASIS**

Donetsk State Medical University

Peculiarities of selfattitude, the filling of subjective wellbeing and individual and typological characteristics in patients with psoriasis in connection with alexitymia are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 43-48)

Литература

1. Сидоров П.И., Панков М.Н., Файзулин Р.А. Психологические особенности больных псориазом // Журнал дерматологии и венерологии. — 1999, № 2.
2. Боголепов Н.К., Аристов Р.А., Федоров С.М. Клинико-электроэнцефалографические исследования при псориазе // Вестник дерматологии. — 1976, № 3.
3. Егоров М.А., Демьянова Т.Б. Психоэмоциональное состояние больных псориазом // Вестник дерматологии. — 1979, № 11.
4. Рахматов А.Б., Школьник Р.Г. Психоэмоциональный статус больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. — 1987, № 7.
5. Мушет Г.В., Ямковой А.М. Изменение психоэмоциональной сферы у больных псориазом // Здоровоохранение. Кишинев. — 1988, № 3.
6. Богданов В.К. Особенности психоэмоционального состояния больных в различных стадиях псориазом // Журнал дерматологии и венерологии. — 1999, № 2.
7. Ерьсько Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Методическое пособие. Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. — СПб., 1994. — 16 с.
8. Шкала субъективного благополучия. Психодиагностика. — Ярославль. — 1997. — 16 с.
9. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. — М. Институт прикладной психологии. — 1998. — С.44-45.
10. Тест-опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике. Издание МГУ. — 1988. — С. 123-130.

Поступила в редакцию 16.08.2005