

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОК С АКНЕ

Одесский национальный медицинский университет

Описаны проявления алекситимии как фактора возникновения психосоматического заболевания у пациенток с угревой сыпью (акне).

Ключевые слова: психосоматика, алекситимия, акне.

Дерматологами уже давно признана важная роль психогенных факторов в развитии многих кожных заболеваний. Как известно, кожа и нервная система эмбрионально развиваются из одного зародышевого листка — эктодермы, что обуславливает неразрывную взаимосвязь между ними. Нередко психические факторы выступают в качестве триггеров дебюта или очередного обострения дерматоза, и, наоборот, дерматологическая патология часто является причиной психоэмоциональных расстройств [1].

Акне — одно из наиболее распространенных заболеваний кожи у женщин молодого возраста. Угревые высыпания отмечаются у 23% девушек пубертатного периода, пик заболеваемости приходится на 15–16 лет. У большинства женщин к 25 годам происходит самопроизвольное обратное развитие акне, воспалительный процесс постепенно завершается, оставляя после себя в той или иной степени выраженные косметические дефекты (постакне). Однако в последнее время наметилась тенденция к увеличению числа женщин, у которых дебют угревых высыпаний приходится на возраст 25 лет и старше [2–4].

В связи с тем что акне относится к хроническим, рецидивирующим дерматозам, локализующимся, как правило, на открытых участках кожи, наиболее значимых для коммуникативного общения, оно является постоянным стрессовым фактором, приводящим к психоэмоциональным реакциям, ограничениям во всех сферах жизнедеятельности и, как следствие, существенно снижает качество жизни женщин.

Термин «алекситимия» (греч. *a* — отсутствие; *exis* — слово; *thymos* — эмоция) был введен П. Сифнеосом для обозначения ведущего, по его мнению, психического расстройства, лежащего в основе психосоматических заболеваний — ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче [5]. По его описанию, для страдающих алекситимией характерны следующие особенности. Они бесконечно описывают физические ощущения, часто не

связанные с найденным заболеванием, а внутренние ощущения обозначаются обычно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т. д. Их аффекты неадекватны, им трудно вербализовать чувства. «Алекситимики» отличаются неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей, их преобладающий образ жизни — действие. Беседы с ними сопровождаются обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта [6].

Итак, выделяют несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффективных функций, когнитивных функций, нарушения самосознания и особое миропредставление. По разным данным, среди психосоматических больных «алекситимики» составляют до 64%, поэтому нет оснований говорить о причинно-следственных связях. Скорее, алекситимия — это один из факторов риска. Есть и еще один важный нерешенный вопрос, является ли она стабильной, устойчивой личностной характеристикой или это только состояние, которое может проявиться в определенной ситуации у любого человека [7]. В связи с этим у самых разных больных (и не только при психосоматических болезнях) выявляется так называемая вторичная алекситимия, существуют очень разные подходы к объяснению ее природы. Остановимся кратко лишь на некоторых из них, прежде всего, представляющих интерес для психологов.

Когда алекситимия трактуется как социокультурный феномен, ее связывают с низким социальным статусом, с невысоким уровнем образования и отсутствием словесной культуры. С позиций психоанализа алекситимия рассматривается как защитный механизм (хотя и не психологическая защита в классическом смысле), действующий против непереносимых аффектов. Действительно, «алекситимики» чаще высказывают жалобы соматического характера, что можно рассматривать как проявление соматизации аффекта. Чтобы противостоять стрессу, человек может подавлять связанные с ним неприятные переживания, приказывать

себе, например, не думать об опасности, сосредотачиваться на выработке эффективной программы действий. Если подавление чувств, эмоциональных реакций на стресс входит в **привычку, может развиться «эмоциональная тупость»**: чувства (даже при отсутствии стресса) становятся более «блеклыми», причем сам человек этого, возможно, не замечает. Последствия обнаруживаются обычно косвенным путем, когда он видит, что трудно говорить с другими об эмоциях, не к месту употребляет слова, обозначающие чувства [4].

Другие исследователи рассматривают алекситимию как проявление дефекта развития. Тогда она, возможно, является неспецифическим расстройством в переживании и протекании эмоций, как бы «досимволическим стилем психики», характерным для людей с **менее организованной структурой психики**. Фактически такую психику можно отнести к преневротическому уровню. Поэтому «алекситимики» используют незрелые механизмы психологической защиты — отреагирование, отрицание, проективную идентификацию. Причиной же дефекта развития может быть расстройство ранних отношений «ребенок — мать», негативно влияющее на формирование образа Я. Кроме того, если у матери есть преневротическая патология, она, проявляя гиперопеку или латентное отвержение в **воспитании, не учит ребенка самостоятельной саморегуляции, самозащите, стратегиям совладания с напряжением** [8].

В. В. Николаева подробно рассматривает связь феномена алекситимии с **особенностями психологической саморегуляции** [9]. При этом она опирается на концепцию смысловых образований личности (Б. С. Братусь, Ф. Е. Василюк), в которой конкретизируются идеи Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева. Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности — это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно рефлексия является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. В то же время дефицит рефлексии относится к важному признаку алекситимии. «Алекситимик» не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их. В процессе онтогенетического развития по каким-то причинам потребность в саморегуляции может оказаться несформированной. В результате невозможность реализации актуальных потребностей ведет к хронизации эмоций и, как следствие, к **стойким соматическим изменениям** [10]. Правомерность такой концепции была подтверждена исследованием явления вторичной алекситимии у **взрослых, которые перенесли в возрасте до 3 лет операцию по поводу врожденного порока сердца**. Это хорошо объясняется особой

социальной ситуацией формирования их психики, когда близкий взрослый этих пациентов организовывал и контролировал их деятельность вплоть до периода взрослости самих больных, строил их программу будущей жизни. Таким образом, не формировалась собственная деятельность саморегуляции, не было активного, творческого отношения к собственной жизни.

Есть гипотеза, согласно которой ограниченное осознание эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к акцентированию внимания на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и к его усилению (Барски и Клерман, Шварц). Этим объясняется тенденция алекситимичных индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств. Могут усиливаться физиологические реакции на стрессовые ситуации, что нередко заканчивается психосоматическими заболеваниями.

Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств. Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у **многих больных алекситимические проявления необратимы** даже при длительной интенсивной психотерапии, они остаются неспособными к **осознанию эмоций и фантазированию**. В отношении их более адекватной представляется «модель дефицита», в соответствии с которой **имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать**.

Окончательно не решенным остается вопрос о том, является ли алекситимия состоянием, зависящим от ситуации, или устойчивой личностной характеристикой. Неясны и **причины алекситимических черт**: вызваны они врожденными факторами (например, биохимическим дефицитом) или же обусловлены прижизненными задержками в развитии из-за семейных, социальных и культурных влияний? Предварительные данные свидетельствуют, скорее, в пользу генетических факторов. На наш взгляд, однако, нельзя полностью исключить и два прижизненно действующих фактора: первый из них — воспитание в семье, в которой эмоции сдерживаются, а за их проявление ребенка наказывают. Второй фактор может быть описан как сознательное подавление негативных эмоций в стрессовых состояниях, когда они мешают эффективной деятельности. Эта тенденция генерализуется, и в конце концов человек привыкает скрывать и **подавлять любые эмоциональные состояния, а не только отрицательные**.

Алекситимию можно перепутать с другими (часто временными) психологическими реакциями, такими, как вызванные психической травмой, депрессией, шизофренией и просто когнитивной неразвитостью (или культурными факторами). Поэтому актуальной остается проблема диагностики истинной алекситимии. За рубежом широко используются многие опросники: опросник Госпиталя Бет Израел, опросник В. В. Кришгала с соавторами, шкала Шеллинга — Сифнеоса и другие. Применяются и проективные техники, поскольку, как уже отмечалось, «алекситимики» часто лишены воображения и их ответы отличаются стереотипностью (в частности, это относится к интерпретации тестов Роршаха и ТАТ). Однако применение данных тестов в клинических целях затруднено, так как нет нормативных показателей и достаточного времени у врачей для проведения экспериментов и интерпретации их результатов.

Экспериментально-психологическое обследование было проведено нами в двух группах испытуемых. Основную группу составили 20 пациенток с угревой сыпью, контрольную — 20 здоровых девушек. Исследование проводилось с помощью теста «Торонтская алекситимическая шкала» (ТАШ), данные, полученные в результате анализа тестового материала, приведены в таблице.

Распределение испытуемых по уровню алекситимии

Уровень алекситимии	Группы			
	основная, n = 20		контрольная, n = 20	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Высокий	11	55±11	2	10±7
Средний	8	40±11	7	35±11
Низкий	3	15±8	11	55±11

Большинство пациенток основной группы (55 %) имели высокий уровень алекситимии, они отличались ограниченной способностью к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче. Для таких личностей характерна фиксация на физических ощущениях, часто не связанных с заболеванием, а внутренние ощущения обозначались обычно как раздражительность, скука, пустота, усталость, возбуждение, напряжение и т. д., их аффекты были неадекватными, им трудно вербализовать чувства. Пациентки с высоким уровнем алекситимии отличались неразвитой фантазией, тенденцией к импульсивности, бедностью межличностных связей. Разговор с ними сопровождается обычно ощущением скуки и бессмысленности контакта.

Нет общепринятого мнения по вопросу о возможности психологического воздействия на алекситимические черты. Некоторые авторы утверждают, что алекситимия вообще не поддается психотерапевтическим воздействиям [2, 8, 11, 12]. Попытки коррекции алекситимии в рамках психодинамической психотерапии оказываются бесполезными или даже приводят к ухудшению из-за скудной речевой продукции, неумения обсуждать чувства и отсутствия интереса к психотерапевту. Столь же неэффективна и групповая психодинамическая психотерапия [4]. Отмечают значительное рассогласование между широким и богатым спектром невербального поведения «алекситимика» и бедностью его вербальных обозначений. Поэтому не годятся традиционные формы психокоррекции, нужны принципиально иные подходы, подготавливающие участника группы к вербальным способам психокоррекционного взаимодействия.

Коррекция в условиях групповых занятий должна состоять из трех последовательных этапов: 1) релаксация и дидактическая направленность; 2) опора на невербальные средства общения; 3) актуализация «внутреннего диалога». Релаксирующими приемами могут быть аутогенная тренировка, музыкотерапевтические сеансы, вспомогательные психогимнастические приемы. При этом развивается способность чувствовать и умение вербализовать чувства по типу «здесь и теперь». Актуализация невербальных способов общения и опора на них также способствует «расторжению» чувств.

Л и т е р а т у р а

1. Белоусова Т. А. Современные возможности терапии угревой болезни / Т. А. Белоусова, М. В. Горячкина // Клин. дерматол. и венерол.— 2006.— № 1.— С. 82–85.
2. Аравийская Е. Р. Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности / Е. Р. Аравийская // Лечащий врач.— 2003.— № 4.— С. 4–7.
3. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.
4. Wolkenstein P. Life with Psoriasis / P. Wolkenstein // J. Eur. Am. Dermatol. Venerol.— 2006.— № 20 (Suppl. 2).— P. 28–32.
5. Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch / G. Schneider, G. Driesch, G. Heuft [et al.] // Clin. Experim Dermatol.— 2006.— № 31 (6).— P. 762–767.
6. Topical retinoids in acne — an evidence-based overview / A. Thielitz, M. B. Abdel-Naser, J. W. Fluhr

- [et al.] // J. Deutschen Dermat. Gesellschaft.— 2008.— № 6 (Issue 12).— P. 1023–1031.
7. *Майорова А. В.* Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога / А. В. Майорова, В. С. Шаповалов, С. Н. Ахтямов.— М.: Фирма Кавель, 2005.— 214 с.
 8. *De Pierini R.* Psychosocial aspects of atopic dermatitis / R. De Pierini // *Pediatric Dermatol.*— 2004.— Vol. 21, № 3.— P. 298.
 9. *Николаева В. В.* О психологической природе алекситимии [Электронный ресурс] / В. В. Николаева.— Режим доступа: www.gestaltlife.ru/publications/13/view/126.
 10. *Upre M.* Stress and psychoneuroimmunologic factors in dermatology / M. Upre, G. Buggiani, T. Lotti // *Dermatol. Clin.*— 2005. — № 23.— 609 p.
 11. *Березин Ф. Б.* Исследование психологических соотношений некоторых психосоматических заболеваний / Ф. Б. Березин, Т. А. Айвазян, М. А. Бжилянский // Состояние здоровья и работоспособности студентов вузов.— М., 1974.— С. 219–222.
 12. *Kose O.* Adapalene Gel 0,1% in the Treatment of Infantile Acne: An Open Clinical Study / O. Kose, E. Koc, Er. Arca. // *Pediatric Dermatol.*— 2008.— № 25 (Iss. 3).— P. 383–386.

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ АЛЕКСИТИМІЇ У ПАЦІЄНТОК З АКНЕ

А. І. ЗАХАРОВА

Описано прояви алекситимії як чинника виникнення психосоматичного захворювання у пацієнток із вугровим висипом (акне).

Ключові слова: психосоматика, алекситимія, акне.

INVESTIGATION OF THE LEVEL OF ALEXITHYMIA IN PATIENTS WITH ACNE

A. I. ZAKHAROVA

The manifestations of alexithymia as a factor in the occurrence of psychosomatic disease in patients with acne are described.

Key words: psychosomatic, alexithymia, acne.

Поступила 16.05.2013