

ОСОБЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Е.А. Потемкина (Екатеринбург)

Аннотация. Проведено контролируемое и корреляционное исследование уровня алекситимии у женщин с хронической гинекологической патологией в сравнении со здоровыми женщинами. Выявлены мишени психокоррекции.

Ключевые слова: алекситимия; двухфакторная модель алекситимии; психокоррекция; хронические гинекологические заболевания.

Со времени введения П.Е. Сифнеосом [14] термина «алекситимия» (неспособность индивида воспринимать, осознавать и вербально выражать чувства) накопилось достаточно доказательств связи алекситимии с соматическими / психосоматическими заболеваниями [7, 11, 12, 14, 16].

Высокий балл алекситимии выявляется у женщин с некоторыми гинекологическими заболеваниями (бесплодие, предменструальное дисфорическое расстройство, карцинома матки), с осложненным течением беременности, родов и послеродового периода (депрессивные симптомы в период беременности и послеродовой период, трудности в пренатальном присоединении к ребенку, затяжное течение родов, материнское и детское неблагополучие после родов, низкое качество кормления грудью) [4–6, 9, 10, 18]. При этом одни авторы описывают алекситимию как стабильный феномен и предиктор выраженности акушерской, гинекологической или / и психической патологии [4, 6, 10, 15, 18], другие – как вторичную по отношению к соматическому заболеванию копинг-стратегию [9].

Исследования влияния алекситимии на состояние беременной и молодой матери представлены в литературе более широко, данных же относительно алекситимии при гинекологической патологии недостаточно [9], хотя гинекологическое заболевание представляет собой повышенный риск бесплодия и патологического течения беременности.

Цель исследования: выявление соматопсихических / психосоматических связей алекситимии и хронического гинекологического заболевания для определения мишеней психокоррекции.

Материал и методы. В контролируемом и корреляционном исследовании приняли участие женщины в возрасте от 18 до 50 лет ($n = 151$). Основную группу контролируемого исследования составили женщины ($n = 101$), страдающие хроническими гинекологическими заболеваниями (ХГЗ), диагностированными в плановом гинекологическом отделении общесоматической городской больницы (ЦГКБ № 6) (средний возраст – $35,57 \pm 1,77$ года). В контрольную группу включены женщины без диагностированной гинекологической патологии ($n = 50$; средний возраст – $35,92 \pm 2,41$ года, $t = 0,214$, $p = 0,001$).

Критериями отбора для включения в основную группу служили: возраст 18–50 лет; наличие хрониче-

ского (кроме онкологии) ГЗ (хронический эндометрит, бесплодие первичное и вторичное трубного и гормонального генеза, миома матки, гиперплазия и полипы эндометрия, полипы цервикального канала, повторно выявленные, киста яичника продолжительностью более 3 мес); добровольное согласие пациентки на участие в психологическом исследовании.

Соматический (гинекологический) статус женщин основной группы оценивался лечащим гинекологом отделения на основе клинко-лабораторных данных. Для исследования социально-демографических характеристик использовался краткий структурированный опросник, для психологического исследования – пересмотренная Торонтская алекситимическая шкала (The revised Toronto Alexithymia Scale, TAS-R, 23 пункта) как наиболее валидная [9, 10, 16], адаптированная к русскому языку [2]. Подсчитывались общий средний балл алекситимии и баллы составляющих алекситимического конструкта в соответствии с двухфакторной моделью TAS-R [6], где к 1-му фактору (F1) отнесены трудности в идентификации и различении между чувствами и телесными сенсациями, а также трудности в описании чувств к другим людям, а ко 2-му фактору (F2) – экстерналино-ориентированное мышление. Поскольку распределение баллов алекситимии в основной и контрольной выборках приближалось к нормальному, для сравнения средних значений общего балла алекситимии использовали критерий Стьюдента. Статистические различия между интервалами баллов алекситимии в группах сравнения оценивались посредством вычисления стандартной ошибки для дихотомической переменной (S bin) в процедурах интервального оценивания [1]. Корреляционный анализ проводился посредством статистических операций пакета Vortex 6.0.

Результаты и обсуждение. В исследовании алекситимии по TAS-R участвовала вся выборка женщин ($n = 151$), все опросники оказались заполненными и годными для анализа. Значения средних баллов алекситимии, а также средних баллов чувственной (F1) и когнитивной (F2) составляющих алекситимического конструкта по TAS-R представлены в табл. 1.

В основной группе средний балл алекситимии оказался значимо ($p = 0,001$) выше среднего балла контрольной группы. Таким образом, пациентки, страдающие ХГЗ, значимо чаще здоровых отмечают трудности в идентификации и различении чувств и

телесных ощущений, вербализации чувств и коммуникации чувствами. Их мышление направлено скорее

на конкретные детали происходящего, обыденно и экстернально ориентировано.

Таблица 1

Средние баллы алекситимии в рамках 2-факторной модели

TAS-R	Группы сравнения		t
	ОГ (n = 101)	КГ (n = 50)	
Средний балл алекситимии	5,4752±0,4684	3,6000±0,5993	5,016**
Средний балл F1	4,5050±0,4782	2,960±0,6564	3,791**
Средний балл F2	2,4257±0,2054	2,300±0,2634	2,923*

Примечание. ОГ – основная группа; КГ – контрольная группа; F – фактор алекситимического конструкта; t – критерий Стьюдента. * p = 0,01; ** p = 0,001.

При анализе факторов алекситимии также выявлены значимые различия (p = 0,001 для F1, p = 0,01 для F2). Это означает, что женщины с ХГЗ значимо отличаются от здоровых более высокими значениями как эмоционально-сензитивного, так и когнитивного фактора алекситимии.

С целью подсчета соотношения алекситимических / неалекситимических субъектов оценки алекситимии по TAS-R были разделены на интервалы: «низкий» (0–3 балла, условно – «неалекситимики») и «высокий» (4–10 баллов, условно – «алекситимики»). Статистическая оценка преобладания «алекситимиков» в группах

сравнения на основе вычисления стандартной ошибки в процедурах интервального оценивания представлена в табл. 2.

Таким образом, в группе гинекологических больных «алекситимики» встречаются значимо чаще (в 1,9 раза, p<0,005), чем в группе здоровых женщин.

С целью определения текущего влияния ХГЗ на показатель алекситимии предпринят корреляционный анализ, в котором интервалы продолжительности ГЗ выступали в качестве независимой переменной, а средние показатели алекситимии – в качестве зависимой (табл. 3).

Таблица 2

Показатели алекситимии по TAS-R в основной и контрольной группах

№	Интервалы баллов алекситимии по TAS-R	Группы сравнения			
		ОГ (n = 101)		КГ (n = 50)	
		n	%	n	%
1	Низкий (0–3)	24	23,76	30	60,0
2	Высокий (4–10)	77	76,24	20	40,0
S bin		4,235		6,928	
		p<0,005			

Примечание. ОГ – основная группа; КГ – контрольная группа; S bin – стандартная ошибка для биномиального распределения.

Таблица 3

Зависимость продолжительности заболевания от показателя алекситимии в группе гинекологических больных (n=101)

Продолжительность заболевания, лет	Средний балл алекситимии	E-та
0–1	5,095±0,993	0,288*
1,1–3	5,120±0,844	
3,1 и более	5,782±0,694	

Примечание. E-та – коэффициент корреляции. * p<0,05.

Обнаружена слабая, но значимая (p<0,05) позитивная связь продолжительности заболевания с показателями алекситимии: с возрастанием продолжительности болезни средний балл значимо повышается, особенно заметно при длительности заболевания более 3 лет. Такая зависимость свидетельствует о вторичном характере алекситимии у больных ХГЗ. Этот результат совпадает с данными других авторов об алекситимии как стратегии копинга со стрессом соматического заболевания [4, 7], поэтому важной мишенью психокоррекции может быть модификация неадаптивного копинга.

Таким образом, выявлены соматопсихические связи алекситимии и хронического гинекологического забо-

левания. Повышение алекситимических характеристик скорее всего вызвано стрессом длительно текущего заболевания и является защитной реакцией на депрессию, сопровождающую стресс.

Пациенткам с хронической гинекологической патологией показана психотерапия в комплексе лечения и реабилитации. Одной из важных целей психотерапии может быть модификация неконструктивной копинг-стратегии (алекситимии), что позволит пациенткам занять более активную позицию в лечении основного заболевания, повысит ресурсы адаптации и (как следствие) качество жизни таких пациенток.

Литература

1. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. М.: Университет, 2002. 295 с.
2. Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Алекситимия у больных ревматоидным артритом: контролируемые измерения алекситимического конструкта по экстраполированным факторным моделям // Вестник психотерапии. 2006. № 15 (20). С. 72–79.
3. Крystal Д. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. 800 с.
4. Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder / De Berardis D., Campanella D., Gambi F. et al. // J. of psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2005. Vol. 26 (4). P. 257–264.
5. Carta M.G., Orru W., Hardoy M.C., Carpiniello B. Alexithymia and early diagnosis of uterine carcinoma: results of a case-control study // Psychother. Psychosom. 2000. Vol. 69, № 6. P. 339–340.
6. Dabrassi F., Vedova A.M.D., Imbasciati A. A quali donne sono diretti i corsi di accompagnamento alla nascita? Esperienza dell'ulss 20 di Verona // Not Ist. Super Sanita. 2007. Vol. 20(10). P. 3–4.
7. Gundel H., Ceballos-Baumann A.O., von Rad M. Aktuelle Perspektiven der Alexithymie (Current perspectives of alexithymia) // Nervenarzt. 2000. Vol. 71, № 3. P. 151–163.
8. Handbook of behavioral medicine / Ed. by W. Doyle Gentry. New York; London: University of Virginia Medical School; The Guilford press, 1984. 575 p.
9. Lamas C., Chambry J., Nicolas I. et al. Alexithymia in infertile women // J. of Psychosom. Obstetrics and Gynecology. 2006. Vol. 27(1). P. 23–30.
10. Le H., Ramos M., Muñoz R. The relationship between alexithymia and perinatal depressive symptomatology // J. of Psychosom. Research. 2007. Vol. 62(2). P. 215–222.
11. Lumley M.A., Tomakowsky J., Torosian T. The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease // Psychosom. 1997. Vol. 38, № 5. P. 497–502.
12. Nemiah J.C. Alexithymia: present, past – and future? // Psychosom. Med. 1996. Vol. 58, № 3. P. 217–218.
13. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients // Psychotherapy and Psychosomatics. 1973. Vol. 22, № 2. P. 255–262.
14. Sifneos P.E. Alexithymia: past and present // Am. J. Psychiatry. 1996. № 153. P. 137–142.
15. Sintomi d'ansia e depressione in gravidanza: rilevazione di un campione di gestanti italiane [Symptoms of anxiety and depression in pregnancy: a survey in a sample of Italian women] / Vedova A.M.D., Ducceschi B., Pelizzari N. et al. // Psychofenia. 2008. Vol. XI (19). P. 109–141.
16. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research // Can. J. Psychiatry. 2000. Vol. 45, № 2. P. 134–142.
17. Taylor G.J., Ryan D.P., Bagby R.M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale // Psychotherapy and Psychosomatics. 1985. Vol. 44, № 4. P. 191–199.
18. Vedova D.A.M., Dabrassi F., Imbasciati A. Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women // J. of Reproductive and Infant Psychology. 2008. Vol. 26 (2). P. 86–98.

FEATURES OF THE ALEXITHYMIA AT PATIENTS WITH A CHRONIC GYNECOLOGIC DISEASES

Potyomkina E.A. (Ekaterinburg)

Summary. It is carried out controllable and correlation research of a level алекситимии at women with a chronic gynecologic pathology comparison with healthy women. Targets psychological correction are revealed.

Key words: alexithymia; two-factorial model alexithymia; psychological correction; chronic gynecologic diseases.