

## Психологическая структура алекситимического пространства у пациентов заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Брель Е.Ю.<sup>1</sup>, Бохан Н.А.<sup>2</sup>, Стоянова И.Я.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Национальный исследовательский центр Томского государственного университета,

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра

**Резюме.** В работе сообщается об особенностях структуры алекситимического пространства у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, проводится сравнение полученных результатов с группами практически здоровых респондентов. Данная информация полезна для медицинских психологов при построении моделей клиничко-психологического сопровождения пациентов указанной категории.

**Ключевые слова:** алекситимия, алекситимическое пространство, психосоматические заболевания, алекситимия при сердечно-сосудистых заболеваниях.

### Psychological structure of alexithymic space in patients with cardiovascular diseases

Brel' E.Yu.<sup>1</sup>, Bokhan N.A.<sup>2</sup>, Stoyanova I.Ya.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Research Tomsk State University,

<sup>2</sup> Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences

**Summary.** The paper reports on the features of alexithymic space structure in patients with cardiovascular diseases, comparison of the obtained results with the group of healthy respondents. This information is useful for health psychologists to develop models of clinical-psychological support of patients of this category.

**Key words:** alexithymia, alexithymic space, psychosomatic disorders, alexithymia in cardiovascular diseases.

В рамках концепции алекситимии исследователи рассматривают некую специфическую совокупность признаков, характеризующую психический склад индивидов, предрасполагающий их к возникновению психосоматического заболевания [1, 2, 3, 4, 7, 14]. Авторы рассматривают значение психосоциальных факторов риска и их связи с соматическими факторами [9, 13, 15, 20]. Изменения в работе сердца проявляются при переживании человеком и положительных и отрицательных эмоций, но патологические нарушения функций сердечно — сосудистой системы связывают со страхом, гневом, яростью и тоской [5, 6, 8, 11, 12, 16, 18].

В литературе описан определенный враждебно-соперничающий тип поведения «А», который предрасполагает к нарушению коронарного кровообращения. Впервые этот тип поведения был рассмотрен в исследованиях Roseman, Friedman [21], а в дальнейшем его стали определять, как объективно выраженный [16].

В качестве основного элемента в поведении типа «А» выделяют враждебность [19, 22], что вполне согласуется с данными психоаналитических исследований, в которых враждебность традиционно определяется как одна из потенциальных причин развития сердечно-сосудистой патологии [10, 17]. Другая важная составляющая поведения типа А — страстное стремление индивида работать и добиваться успехов в своей профессии, а также значимого социального положения. Им свойственно нетерпение, беспокойство, в

целом напряженный жизненный ритм. В результате эти пациенты гораздо лучше ориентируются в профессиональной среде, и при этом становятся некомпетентными в близких семейных отношениях.

#### Материалы и методы исследования

Для изучения специфики выраженности алекситимии и ее отдельных психологических компонентов в структуре личности при соматических заболеваниях представлена нами диагностическая модель была использована в двух группах респондентов.

Группа 1 — 64 чел. (32 мужчины и 32 женщины), находящиеся на лечении в стационаре Кемеровского областного кардиологического диспансера с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Все испытуемые госпитализированы впервые. По результатам беседы с лечащими врачами и самими пациентами, направленной на изучение особенностей поведения, отношения к появлению кардиологического заболевания, к необходимости госпитализации и изменению привычного ритма жизни, все испытуемые были условно отнесены к категории кардиологических больных с поведением типа «А». Все респонденты социально успешны, работают в условиях ненормированного рабочего дня, оценивают себя как профессионалов в сфере своей деятельности. Некоторые отмечали, что «ничего страшного не произошло», что они «просто немного устали», выска-

зывали неудовольствие пребыванием в клинике и делились опасениями относительно оторванности от работы. Такие высказывания соответствуют описанию в литературе поведения коронарных больных, которые часто вытесняют физиологические ощущения и вполне терпимы (или безразличны) к симптомам болезни [5].

Группа 2 — 85 чел. (46 мужчин и 39 женщин). В ходе индивидуальной беседы с ними зафиксировано отсутствие у них каких-либо хронических соматических заболеваний. Исходя из определения здоровья как состояния физического, эмоционального и социального благополучия, а не только отсутствие болезней, мы относим их к категории «практически здоровых».

Рассматривая алекситимию как психологическую составляющую психического здоровья, при разработке диагностической программы мы выдвинули гипотезу о том, что этот феномен следует изучать не как изолированную психологическую характеристику личности, а при высокой степени ее выраженности как формирующую особое психологическое пространство, включающее высокую тревожность, выраженные враждебные реакции и низкие эмпатийные способности. Данный подход обусловил выбор психодиагностических методов исследования.

Диагностическая программа включала в себя следующие основные составляющие:

1. Структурированное интервью.

2. Психодиагностические методы исследования (Торонтская алекситимическая шкала (TAS), характерологический опросник Шмишека Г., шкала тревожности Тейлор Дж., тест опросник Басса А. и Дарки А., тест — опросник способности к эмпатии Юсупова И.М., опросник Айзенка Г.).

Следует отметить, что психологическое тестирование в группе 1 проводили в период относительной стабилизации состояния пациентов, чтобы исключить общую деморализацию испытуемых, связанную с необходимостью госпитализации и сменой привычного образа жизни, а также необходимостью осознания болезни.

3. Методы статистической обработки и анализа результатов исследования (определение достоверности различий по t- критерию Стьюдента, корреляционный анализ по критерию ранговой корреляции Спирмена, анализ таблиц сопряженности по критерию Пирсона  $\chi^2$ , факторный анализ образов).

### Результаты

Структурированное интервью с пациентами группы 1 показало, что они неохотно говорят о проявлениях болезни, испытывают затруднения в разграничении объективных физиологических симптомов и эмоционального состояния. На вопрос: «Расстроены ли вы тем, что попали в больницу?» отвечают отрицательно, но период пребывания в стационаре называют «пустой тратой времени», «напрасной суетой». При этом очень охотно беседуют о содержании своей професси-

ональной деятельности, сетуют на ограничения в пользовании мобильным телефоном и постоянно прогнозируют необходимость работать в авральном режиме при возвращении к своим служебным обязанностям. Они отмечают, что их родные проявляют раздражительность, негативно настроены к необходимости получения пациентом медицинской помощи. При этом сами пациенты в процессе беседы демонстрируют гневливость, неудовольствие, резкость суждений.

Тестирование с помощью Торонтской алекситимической шкалы позволило выявить высокую степень выраженности алекситимии у 50,0% женщин и 71,8% мужчин.

Сравнение результатов с аналогичными в выборке практически здоровых испытуемых показало, что в первой группе статистически достоверно более выражена алекситимия при средних значениях 68,44 и 74,77 соответственно ( $t = 3,44$  и  $p = 0,0006$ ).

При тестировании по опроснику Шмишека Г. выявлено, что в группе 1 преобладают неуравновешенный, педантичный, тревожный и дистимический типы. Статистически достоверно подтверждено, что у женщин более выражены неуравновешенность (средние значения 13,88 — у мужчин и 15,44 у женщин при  $t = 2,02$  и  $p = 0,04$ ), эмотивность (средние значения 13,97 — у мужчин и 17,71 у женщин при  $t = 2,86$  и  $p = 0,006$ ) и экзальтированность (средние значения 11,44 — у мужчин и 14,34 у женщин при  $t = 2,02$  и  $p = 0,04$ ).

При сравнении результатов выраженности явных акцентуаций характера у высокоалекситимичных испытуемых выявлено, что в группе 1 достоверно менее выражена гипертимность и экзальтированность и более выражены педантичность и тревожность (табл. 1).

Что касается показателей эмотивности, то следует заметить, что они статистически достоверно более высокие в 1 группе (и по выборке в целом, и отдельно в группах мужчин и женщин). Кроме того, при высоком уровне алекситимии эти респонденты также демонстрируют высокие показатели по эмотивности. Такие результаты противоположны по отношению к выборке практически здоровых испытуемых. Эти показатели могут свидетельствовать о двух возможных противоречивых тенденциях: либо они связаны с истинной способностью к сочувствию и сопереживанию пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, либо являются следствием повышенной социальной желательности испытуемых данной группы, их стремлением к декларации того поведения, которое считается социально одобряемым и приемлемым. И в том, и в другом случае необходимо дополнительное исследование этих взаимосвязей.

При соотнесении результатов, полученных по шкале тревожности Дж.Тейлор с результатами по Торонтской алекситимической шкале, обнаружено, что при выраженной алекситимии в группе 1 не выявлено ни одного испытуемого с низким уровнем тревожности. Большинство пациентов

**Таблица 1. Статистически достоверные различия в выраженности акцентуаций характера в группах 1 и 2 при высоком уровне алекситимии**

	Средние значения		Значение t — критерия	p
	Группа 1	Группа 2		
Гипертимность	11,69	14,47	2,32	0,02
Эмотивность	16,23	13,0	3,09	0,002
Педантичность	13,84	11,8	2,37	0,01
Тревожность	12,77	9,92	2,52	0,01
Экзальтированность	13,38	17,0	2,99	0,003

(31,3% мужчин и 46,9% женщин) демонстрируют высокую степень выраженности двух изучаемых параметров одновременно. Низкий уровень тревожности фиксируется только в единичных случаях, при индивидуальной обработке данных при отнесении результатов к средним (на основании ключа) в значительном числе случаев значения приближены к высоким. Кроме того, установлено, что уровень тревожности пациентов 1 группы статистически достоверно выше, чем у практически здоровых испытуемых (при средних значениях 22,34 и 18,59 соответственно,  $t = 3,2$  и  $p = 0,001$ ). В женской и мужской выборках 1 группы уровень тревожности также статистически более высокий (у женщин при средних значениях 19,51 и 23,59;  $t = 2,41$  и  $p = 0,01$ ; у мужчин при средних значениях 17,0 и 21,14;  $t = 2,62$  и  $p = 0,009$ ). Статистически достоверных различий по уровню тревожности в группах низко-, средне- и высокоалекситимичных респондентов не выявлено, однако зафиксировано, что даже при низком уровне алекситимии респонденты группы 1 более тревожны, чем практически здоровые (при средних значениях 21,25 и 15,55 соответственно;  $t = 2,45$  и  $p = 0,02$ ).

Психодиагностика с помощью опросника А. Басса и А. Дарки выявила преобладание в первой группе высокого уровня физической агрессии (43,8%), обиды (34,4%), подозрительности (50,0%), чувства вины (70,3%), а также общего индекса враждебности (54,6%). Полученные результаты вполне согласуются с данными литературных источников, в которых враждебность рассматривается как один из ключевых признаков в формировании и развитии нарушений сердечно-сосудистой деятельности. Известны исследования, в которых авторы доказывают связь враждебности с тяжестью ишемической болезни сердца [7, 11]. В нашем случае интерес вызывает столь высокая степень выраженности в исследуемой группе аутоагрессивных реакций. Статистически достоверно, что показатели групп низко-, средне- и высокоалекситимичных респондентов по шкалам опросника А. Басса и А. Дарки не отличаются.

Анализ результатов тестирования по опроснику Айзенка Г. показывает, что в группе 1 значительно чаще (по сравнению с группой 2) представлены флегматический и меланхолический

типы: флегматический тип в группе практически здоровых испытуемых встречается только в 14,8% случаев, а меланхолический — в 9,4%. При этом, по сравнению с практически здоровыми испытуемыми зафиксированы статистически более низкие показатели по экстраверсии (при средних значениях 11,28 и 14,36 соответственно,  $t = 5,39$  и  $p = 0,00001$ ) и более высокие показатели по нейротизму (при средних значениях 13,29 и 11,71 соответственно,  $t = 2,41$  и  $p = 0,02$ ). Эта тенденция сохраняется и в группе мужчин и в группе женщин: у мужчин группы 1 менее выражена экстраверсия (при средних значениях 10,59 и 14,94 соответственно,  $t = 5,2$  и  $p = 0,00001$ ) и более высокий показатель по нейротизму (при средних значениях 13,53 и 11,36 соответственно,  $t = 2,23$  и  $p = 0,02$ ); у женщин также статистически более низкий показатель по экстраверсии (при средних значениях 11,96 и 14,02 соответственно,  $t = 2,61$  и  $p = 0,009$ ). Эти результаты соответствуют данным, полученным по опроснику Шмишека Г. (гипертимность и тревожность), а также по шкале тревожности Дж. Тейлор.

Соотношение типов темперамента с выраженностью алекситимии в исследуемой группе показало, что при высоком уровне алекситимии наиболее выражены холерический и меланхолический типы, общей чертой которых является эмоциональная нестабильность.

Интерес вызывает, на наш взгляд, незначительное, но очевидное увеличение средних значений по экстраверсии при возрастании показателей по алекситимии у «практически здоровых» испытуемых и их уменьшение у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. По степени выраженности нейротизма достоверных различий в исследуемых группах не обнаружено.

При проведении диагностики по методике И.М. Юсупова выявлены отличия в выраженности эмпатии в группах: как по выборке в целом, так и по выборке мужчин, испытуемые группы 1 демонстрируют статистически достоверно более низкие показатели по эмпатии, чем практически здоровые (табл. 2).

При сопоставлении количественных показателей по алекситимии и по уровню эмпатии у женщин группы 1 при средних и низких значениях по алекситимии высокий уровень эмпатии вооб-

Таблица 2. Статистически достоверные различия в выраженности эмпатии				
	Средние значения		Значение t — критерия	p
	Группа 1	Группа 2		
Различия по группам в целом				
Эмпатия с животными	6,55	7,8	3,06	0,002
Эмпатия с детьми	7,29	8,47	2,63	0,008
Эмпатия с героями худож. произведений	5,92	6,91	2,45	0,01
Эмпатия с незнакомыми людьми	8,12	7,14	2,32	0,02
Различия по группам мужчин				
Эмпатия с животными	5,53	8,4	4,09	0,0001
Эмпатия с детьми	6,16	8,78	4,28	0,00007
Эмпатия с героями худож. произведений	4,85	7,38	4,28	0,00003
Эмпатия сумма	40,25	49,0	3,9	0,0001
Различия по группам женщин				
Эмпатия с незнакомыми людьми	6,81	8,86	3,71	0,0002

ще не выявлен, а у мужчин только при средних значениях алекситимии отмечен в единичных случаях. Также обнаружено, что при высоких значениях по алекситимии они по сравнению с практически здоровыми менее эмпатичны в целом (при средних значениях 41,51 и 47,64 соответственно,  $t = 2,74$  и  $p = 0,007$ ), а также демонстрируют более низкий уровень эмпатии с животными (при средних значениях 5,88 и 7,64 соответственно,  $t = 3,14$  и  $p = 0,002$ ), с детьми (при средних значениях 6,36 и 8,28 соответственно,  $t = 3,19$  и  $p = 0,001$ ) и с героями художественных произведений (при средних значениях 5,54 и 7,21 соответственно,  $t = 2,74$  и  $p = 0,007$ ).

При проведении факторного анализа результатов группы 1 все факторизуемые параметры были сгруппированы в четыре смысловых фактора.

В первый фактор со значимыми положительными вкладами вошли практически все шкалы опросника А. Басса и А. Дарки: косвенная агрессия (0,58), раздражение (0,62), обида (0,67), подозрительность (0,81), чувство вины (0,64), индекс враждебности (0,92) и индекс агрессивности (0,78). Фактор был назван нами «Проявленная враждебность», поскольку включает в себя скрытые формы именно враждебного отношения к окружающему миру (обиду, подозрительность и косвенную агрессию). Такие данные соответствуют материалам литературных источников, в которых многие авторы отмечают, что враждебность является одним из ядерных признаков в структуре личности пациентов с ишемической болезнью сердца, особенно, если их поведение развивается по типу «А» (именно так, как в случае с респондентами исследуемой выборки). В нашем случае этот фактор является ведущим, на что указывает его наиболее высокое по сравнению с остальными

собственное значение (9,09), а также процент объясняемой дисперсии (15,15).

Второй фактор, названный «Гипоэмпатийные переживания», включает все шкалы опросника И.М.Юсупова, представленные достоверно высокими отрицательными вкладами (от показателя по эмпатии к детям (- 0,62) до общего индекса эмпатии (- 0,97). Сочетание эмпатических характеристик в одном смысловом факторе отвечает неспособности при выраженной алекситимии к эмоциональному резонансу и способствует фиксации на соматическом компоненте собственного состояния.

В третий фактор вошли только три параметра с положительно высокими значимыми вкладами: физическая агрессия (0,56), вербальная агрессия (0,51) и индекс агрессивности (0,59). Сочетание этих характеристик обусловило название фактора — «Проявленная агрессивность». На наш взгляд, при выраженной враждебности и сниженной способности к сочувствию и состраданию, при невозможности адекватной оценки эмоциональных последствий своего поведения вполне логична и готовность индивида к открытому агрессивному противодействию ситуации.

Четвертый фактор «Тревожная активность» (процент объясняемой дисперсии 8,74) объединил с положительными значимыми вкладами следующие характеристики: гипертимность (0,62), тревожность (0,52), демонстративность (0,55), тревожность по шкале Дж. Тейлор (0,62), экстраверсия (0,59) и нейротизм (0,51). В соответствии с тем, что мы относим испытуемых данной выборки к респондентам с поведением типа «А», сочетание данных характеристик в пространстве одного смыслового фактора вполне логично: у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой систе-

мы достаточно ярко выражена идентификация со своей профессией, которая требует от них ответственности стереотипам социальной успешности, постоянной активной деятельности, а значимость этой деятельности определяет и напряженный жизненный ритм. В связи с этим высока роль тревожных характеристик, которые запускают механизмы активности, на основании ответственности, цейтнота, ощущения дефицита времени и постоянного стремления к успеху. Логично включение в данный фактор демонстративности, которая характеризуется желанием быть признанным, успешным, стремлением к положительным оценкам социального окружения и признанию своих, в данном случае профессиональных заслуг.

При проведении факторизации всех исследуемых характеристик с целью изучения структуры личности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями исследуемые параметры были сгруппированы в пять основных смысловых фактора.

Важные результаты получены в отношении пятого фактора, который образован единственной характеристикой — алекситимией — со значимым положительным вкладом 0,65. Данный фактор не является ключевым в структуре личности респондентов группы 1, однако он достаточно выражен, о чем свидетельствует его собственное значение (3,20) и процент объясняемой дисперсии (5,16).

### Обсуждение

Алекситимия как психологическая характеристика значительно выражена и фиксируется отдельным фактором в структуре личности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В связи с этим ее роль становится определяющей в личностных проявлениях пациентов с поведением типа «А». Клинико — психологическая модель формирования расстройства может быть описана следующим образом. Избыточная включенность в профессиональную деятельность с упором на аналитическое мировосприятие в ущерб рефлексии и чувственной переработке информации, формирует почву общей эмоциональной некомпетентности, неумении строить конструктивные эмпатичные взаимоотношения с миром. Ритм жизни не оставляет времени на эмоциональные переживания. Эмоции не вписываются в сферу компетентности, не оцениваются и не учитываются. В результате недостаточность эмоционального реагирования становится основой для формирования и развития соматического заболевания. Дополнительными факторами становится игнорирование болезненных симптомов и негативной динамики соматического статуса. Наличие расстройства оценивается пациентом как препятствие осуществления актуальной профессиональной деятельности в рамках привычного образа жизни. Необходимость разграничения эмоционального и физиологического состояния не реализуется в связи с преобладанием алекситимии. В результате отмеча-

ется невысокая эффективность общего терапевтического воздействия.

Для повышения результативности лечения необходимо создание программы клинико-психологической реабилитации пациентов. Ее направленность обусловлена необходимостью компенсации алекситимии. Программа должна быть направлена на расширение спектра моделей адекватного эмоционального реагирования, формирование опыта двумерного (когнитивного и эмоционального) отзеркаливания проблемы. Новый опыт будет способствовать осознанию собственных эмоциональных переживаний, умению их идентифицировать и контролировать негативные изменения соматического состояния. Это будет благоприятствовать интенсификации лечения при активном участии самого больного в процессе выздоровления.

Таким образом, алекситимия значительно выражена в структуре личности пациентов с нарушениями сердечно-сосудистой деятельности и представляет собой отдельный фактор в этой структуре. В связи с этим, очевидно ее участие в формировании специфики поведения, особенно у пациентов с поведением типа «А». Их активная концентрация на профессиональной деятельности, постоянное стремление к достижению успехов и потребность в признании создает базу для общей эмоциональной некомпетентности, неумении строить конструктивные эмпатичные взаимоотношения с миром. Их ритм жизни не оставляет времени на оценку собственного эмоционального состояния и глубокий анализ своих переживаний. Эмоции не вписываются в сферу их компетентности и в результате не оцениваются, не анализируются и не учитываются. Такое вытеснение эмоций и служит основой для формирования и развития соматического заболевания. При его возникновении наблюдается момент игнорирования болезненных симптомов и изменения соматического статуса. Однако, наличие болезни может быть оценено пациентом как препятствие для осуществления профессиональной деятельности в рамках привычного образа жизни. Необходимые изменения приводят к потребности разграничения эмоционального состояния и физиологического, чему и препятствует алекситимия. В результате отмечается низкая эффективность общего терапевтического воздействия.

Для повышения результативности лечения необходима разработка и апробация модели клинико-психологического сопровождения пациентов, направленного на обучение больных построению нового арсенала способов конструктивного взаимодействия с социумом, в котором значительное место будет отведено осознанию собственных эмоциональных переживаний, умению их идентифицировать и отделять от изменения соматического состояния.

## Литература

1. Агафьина С.Г. Алекситимия как феномен клинической психологии. Проблемы исследований. Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи: материалы науч.-практ. конф. Москва, 18 февраля 2016 г. — М. — 2016. — С. 156-176.
2. Белокрылова М.Ф., Мучник М.М. Алекситимия и соматизация: уровень алекситимии у больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами. — Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2000. — №1. — С. 39-42.
3. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий. — Психологический журнал. — 1997. — №18. — С. 149-160.
4. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии. — Журнал социальной и клинической психиатрии. — 2003. — № 1. — С.128-145.
5. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. — Клиническая медицина. — 1997. — № 11. — С. 32-34.
6. Дроздова И. В., Демченко М.В. Врожденные пороки сердца: алекситимические и личностные особенности. — Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2013. — № 3. — С. 70-73.
7. Искусных А. Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. — 2015. — № 53. — С. 59-68.
8. Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э., Никитина Ю.М. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогрессировании ишемической болезни сердца. — Кардиол. и серд.-сосуд. хир. — 2008. — Т. 3. — С. 24-27.
9. Арокстелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте психосоматических расстройств. Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М. — 1993. — С.142-150.
10. Левиунова Е. Н. Взаимосвязь агрессивности и алекситимически подобных проявлений личности. — Философия образования. — 2010. — № 2. — С. 233-240.
11. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии. — Российский медицинский журнал. — 1998. — № 6. — С. 45-47.
12. Провоторов В.М., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Грекова Т.И. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией. — Кардиология. — 2001. — Т. 41. — № 2. — С. 46-49.
13. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробинцев М.Ю., Иванов С.В. — Психокardiология. — М. — 2005. — 784 с.
14. Тархан А.У., Ерошин С.П. Роль алекситимии в развитии эмоциональных и неврозоподобных расстройств при алкогольной зависимости. — Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2013. — №4. — С. 51-57.
15. Урванцев, Л.П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний. — Ярославль: Ярославский государственный университет. — 2000. — 160 с.
16. Юрьева Т.В., Хватова Ю.Г. Когнитивно-эмоциональные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца. Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. — 2014. — Т. 19. — №1. — С.118-120.
17. Burns J.W., Hutt J., Weidner G. Effects of Demand and Decisions Latitude on Cardiovascular Reactivity among Coronary-Prone Women and Men. — J. of Behavioral Medicine. — 1993. — V.19. — P.122-128.
18. Cohen S., Kaplan J.R., Manuck S.B. Social support and coronary heart disease. Underlying psychological and biological mechanisms // Shumaker S.A., Czajkowski S.M. Social support and cardiovascular disease. — Plenum: New York. — 1994.
19. Dembroski T.M., MacDougal J.M., Costa P.T., Grandits G.A. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. — Psychosomatic Medicine. — 1989. — Vol.51. — P.514-522.
20. Kubzansky L.D., Davidson K.W., Rozanski A. The Clinical Impact of Negative Psychological States: Expanding the Spectrum of Risk for Coronary Artery Disease // Psychosomatic. Med. — 2005. — V. 67. — P. 10-14.
21. Rosenman R.H., Friedman M. The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disease. // Hormones and atherosclerosis. — Academic Press, New York. — 1959. — P.63-68.
22. MacDougal J.M., Dembroski T.M., Dimsdale J.E., Hackett T.P. Components of Type-A, hostility and anger- in: Further relationships to angiographic findings.// Health Psychology. — 1985. — Vol. 4. — P.137-152.

## References

1. Agaf'ina S.G. Aleksitimiya kak fenomen klinicheskoy psikhologii. Problemy issledovaniy. Sovremennyye problemy psikhologii i obrazovaniya v kontekste raboty s razlichnymi kategoriyami detey i molodezhi: materialy nauch.-prakt. konf. Moscow, 18 February. — М. — 2016. — P.156-176.
2. Belokrylova M.F., Muchnik M.M. Aleksitimiya i somatizatsiya: uroven' aleksitimii

3. *u bol'nykh s funktsional'nymi kardiovaskulyarnymi rasstroystvami.* — *Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii.* — 2000. — № . — P. 39—42.
4. *Bylkina N.D. Razvitiye zarubezhnykh psikhosomaticheskikh teoriy.* — *Psikhologicheskiy zhurnal.* — 1997. — № 18. — P.149—160.
5. *Garanyan N.G., Kholmogorova A.B. Kontseptsiya aleksitimii.* — *Zhurnal sotsial'noy i klinicheskoy psikhiiatrii.* — 2003. — № 1. — P.128-145.
6. *Grekova T.I., Provotorov V.M., Kravchenko A.Ya., Budnevsky A.V. Aleksitimiya v strukture lichnosti bol'nykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa.* — *Klinicheskaya meditsina.* — 1997. — № 11. — P. 32—34.
7. *Drozdova I.V., Demchenko M.V. Vrozhdennye poroki serdtsa: aleksitimicheskie i lichnostnye osobennosti.* — *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta.* — 2013. — № 3. — P.70—73.
8. *Iskusnykh A.Yu. Aleksitimiya. Prichiny i riski vozniknoveniya rasstroystva. Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psikhologii.* — 2015. — № 53. — P.59-68.
9. *Kopylov F.Yu., Medvedev V.E., Nikitina Yu.M. Prognosticheskoe znachenie psikhicheskikh i patokharakterologicheskikh rasstroystv v progressirovaniy ishemicheskoy bolezni serdtsa.* — *Kardiolog. i serd.- sosud. khir.* — 2008. — Vol.3. — P.24-27.
10. *Korosteleva I.S., Rotenberg V.S. Problema aleksitimii v kontekste psikhosomaticheskikh rasstroystv. Telesnost' cheloveka: mezhdistsiplinarnye issledovaniya.* — M. — 1993. — P.142-150.
11. *Levshunova E. N. Vzaimosvyaz' agressivnosti i aleksitimicheskoi podobnykh proyavleniy lichnosti.* — *Filosofiya obrazovaniya.* — 2010. — № 2. — P. 233—240.
12. *Provotorov V.M., Kravchenko A.Ya., Budnevsky A.V., Grekova T.I. Traditsionnye faktory riska IBS v kontekste problemy aleksitimii.* — *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal.* — 1998. — № 6. — P. 45—47.
13. *Provotorov V.M., Budnevsky A.V., Kravchenko A.Ya., Grekova T.I. Psikhosomaticheskoe sootnosheniya u bol'nykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa s aleksitimiey.* — *Kardiologiya.* — 2001. — Vol. 41. — P. 46—49.
14. *Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu., Ivanov S.V. Psikhokardiologiya.* — M. — 2005. — 784 p.
15. *Tarkhan A.U., Eroshin S.P. Rol' aleksitimii v razvitiy emotsional'nykh i nevrozopodobnykh rasstroystv pri alkogol'noy zavisimosti.* — *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M.Bekhtereva.* — 2013. — № 4. — P. 51-57.
16. *Urvantsev, L. P. Aleksitimiya kak faktor psikhosomaticheskikh zabolevaniy.* — Yaroslavl': Yaroslavskiy gosudarstvennyy universitet. — 2000. — 160 p.
17. *Yur'eva T.V., Khvatova Yu.G. Kognitivno-emotsional'nye osobennosti patsientov s ishemicheskoy boleznyu serdtsa. Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya Estestvennye i tekhnicheskie nauki.* — 2014. — Vol. 19. — No. 1. — P. 118-120.

#### Сведения об авторах

**Брель Елена Юрьевна** — кандидат психологических наук, доцент, начальник учебного управления Национального исследовательского центра, Томский государственный университет. E-mail: brelelena@mail.ru

**Бохан Николай Александрович** — доктор медицинских наук, академик РАН, профессор, директор НИИ психического здоровья ТНИМЦ. E-mail: bna909@mail.ru

**Стоянова Ирина Яковлевна** — доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник отделения аффективных состояний НИИ ПЗ ТНИМЦ. E-mail: Ithka1948@mail.ru