

На правах рукописи



Брель Елена Юрьевна

**АЛЕКСИТИМИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ:
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА
И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНЦИИ**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Томск – 2018

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет».

Научный консультант: доктор психологических наук, профессор
Стоянова Ирина Яковлевна

Официальные оппоненты:

Сафуанов Фарит Суфиянович, доктор психологических наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, лаборатория психологии, руководитель

Защиринская Оксана Владимировна, доктор психологических наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», кафедра педагогики и педагогической психологии, доцент

Белокрылова Маргарита Федоровна, доктор медицинских наук, Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», отделение пограничных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья, ведущий научный сотрудник

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится 06 декабря 2018 года в 10 час. 00 мин. на заседании диссертационного совета Д 212.267.16, созданного на базе федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36 (учебный корпус № 4 ТГУ, аудитория 022).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке и на официальном сайте федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» www.tsu.ru.

Материалы по защите диссертации размещены на официальном сайте ТГУ:
<http://www.ams.tsu.ru/TSU/QualificationDep/co-searchers.nsf/newpublicationn/BrelEYu05122018.html>

Автореферат разослан «__» сентября 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат психологических наук



Ульянич Анна Леонидовна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность изучения феномена алекситимии в рамках медицинской психологии определяется социальной потребностью в сохранении психического здоровья в обществе, находящемся в состоянии кризиса. Кризисность социальной ситуации, прежде всего, определяется современными особенностями изменчивого бытия, апеллирующего к человеческому фактору. Одной из причин, определяющих наличие кризисности современного общества, является его переход в эпоху цифровых технологий. Поэтому важный спектр современных исследований, опосредованно связанный с алекситимией и ее избыточными проявлениями в молодом возрасте, определяется необходимостью изменения образовательных программ и поисков новых форм психологического сопровождения, направленного на сохранение здоровья, социальную адаптацию и гармоничное личностное развитие в молодом и подростковом возрасте (Дж. Коатс).

В рамках немногочисленных психологических исследований, которые базируются на теории поколений, у молодых людей, «детей мультимедийных технологий», отмечаются депривационные когнитивные и коммуникативные особенности, опосредованно свидетельствующие о накоплении алекситимических проявлений (О.С. Гостимская, Е.Ю. Зотова, М.А. Селюкова, Е.А. Сиденко, Г.В. Солдатова,). Отмечается, что компьютеры меняют телесный контакт между людьми, нарастают сопутствующие алекситимии характеристики аутизации, тревожности и депрессивности (Е.Ю. Зотова, М. Лебешева, Т. Нестик, Е. Рассказова, Г.В. Солдатова, В. Шляпников). Выделенные исследователями психологические характеристики «поколения Z» связаны с алекситимией как неспособностью распознавать и идентифицировать эмоциональные проявления (переживания, чувства) у себя и других, что является фактором риска нарушения психического здоровья (А.Ю. Искусных, О.С. Юткина).

Как отмечают исследователи, проблема алекситимии обусловлена искажением взаимодействия личности и среды, разрушением модели идентичности человека, что также способствует нарушению психического и психосоматического здоровья (А.Ю. Искусных, Г. Кристалл). В рамках одной из концепций алекситимии исследователи описывают специфическую совокупность признаков, характеризующую психический склад индивидов, предрасполагающий к возникновению психосоматического заболевания (В.В. Плотников, Д.В. Плотников, Л.А. Северьянова).

Деструктивные изменения, происходящие в последние десятилетия в институте семьи, также способствуют нарушениям психического здоровья ее членов. В первую очередь это относится к младшим членам семьи. В семьях с низкой психологической культурой отсутствует передача опыта эмоционального взаимодействия между поколениями, нарушены условия воспитания, что способствует накоплению у детей алекситимических проявлений (Т.Ф. Велента, И.В. Добряков, Т.А. Зинкевич-Куземкина, И.М. Никольская, Н.И. Олифинович, Э.Г. Эйдемиллер и др.).

Актуальность исследования проблемы алекситимии как фактора психического здоровья связана с современными тенденциями развития психологического знания в постнеклассическую эпоху, с различными типами рациональности, с попытками создания новых подходов и концепций, позволяющих системно изучать феномены и закономерности их проявлений, на основании которых возможно разработать новые технологии, направленные на повышение ресурсов здоровьесбережения.

Алекситимия как категория научного знания в контексте психического здоровья традиционно изучается в рамках медицинской (патоцентрической) и психологической (саноцентрической) парадигмы. Следует отметить, что число психологических исследований в рамках патоцентрической модели значительно превышает аналогичные в сфере медицинской психологии. Последние направлены на изучение психологических факторов, устанавливающих взаимосвязь алекситимии и психического здоровья с учетом индивидуальных ресурсов и возможностей человека, его способностей к развитию, самореализации и самосовершенствованию (К.Р. Галнуллин, Е.А. Горобец, О.Р. Есин, Р.Г. Есин, В.В. Плотников, Д.В. Плотников, Л.А. Северьянова).

Разработка психологических концепций, определяющих детерминацию нарушений здоровья, а также создающих основу для эффективных психологических технологий в сферах превенции, психокоррекции и психологического консультирования, является одной из актуальнейших проблем современной медицинской психологии (В.И. Евдокимов, В.П. Зинченко, В.Ю. Рыбников).

Значимость изучения проблем здоровьесбережения, обусловленных алекситимическими проявлениями, связана с отсутствием системного рассмотрения этого феномена, а также невысокой эффективностью существующих программ психологической помощи, направленной непосредственно на алекситимию, выраженную в затрудненности распознавания эмоциональных проявлений у себя и других, нарушениях дифференциации телесных и эмоциональных проявлений.

Рассмотрение проблемы алекситимии в контексте психического и соматического здоровья в первую очередь обусловлено значимостью этого феномена в структуре психосоматических нарушений (М.Ф. Белокрылова, В.Д. Вид, С.Н. Мосолов, М.М. Мучник, В.В. Николаева, Ю.В. Попов, Г. Кристалл, П. Сифнеос).

Таким образом, изучение алекситимии в норме и патологии становится необходимым в рамках нескольких направлений:

- выявление значимости психологических факторов, обуславливающих алекситимию;
- их систематизация при отсутствии нарушений психического здоровья, а также при наличии нарушений психического и психосоматического здоровья;
- создание психологических технологий, направленных:
 - на психологическую превенцию,
 - психологическую реабилитацию,
 - психологическую коррекцию.

Степень разработанности проблемы. Большинство современных исследований алекситимии последнего десятилетия направлено на ее изучение как фактора развития психосоматических расстройств. При этом данный феномен изучают как личностную характеристику пациентов с уже выраженным заболеванием: ишемической болезнью сердца (М.Ф. Белокрылова, Н.П. Гарганеева, В.Ф. Лебедева, Л.И. Тюкалова), различными кардиологическими заболеваниями (М.Ф. Белокрылова, А.В. Будневский, Т.И. Грекова, М.В. Демченко, И.В. Дроздова, Ф.Ю. Копылов, А.Я. Кравченко, В.Э. Медведев, М.М. Мучник, Ю.М. Никитина, В.М. Провоторов), бронхиальной астмой (Д.И. Баранзаева, Т.В. Заболотских, В.Н. Крутько, Ю.Л. Мизерницкий, В.М. Провоторов, Н.Д. Семенова, G.J. Taylor, G.W. Nearing и др.), церебральным ожирением (Г.П. Белоусова, Т.Г. Вознесенская, Т.А. Колупаева, И.С. Коростелева, С.А. Кудряшова, И.Г. Пашкова, Г.А. Рыльцова), офтальмологическими заболеваниями (И.С. Кара-

уш), при развитии невротозов и депрессий (Н.А. Аверкина, Е.Г. Филатова), а также различных формах аддиктивного поведения (А.В. Копытов, В.А. Куташов, Л.С. Немых, А.В. Руссу, С.А. Смайлова). В этих экспериментальных работах отмечена достоверно значимая взаимосвязь между наличием заболевания и степенью выраженности алекситимии.

На фоне личностных особенностей в структуре «инфантильной личности» проявляются трудности в вербальном символическом выражении эмоций (У. Бауманн, М. Перре). Лицам с алекситимией свойственно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера отличается слабой дифференцированностью, обнаруживается неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния, а тем более эмоционального состояния других людей. При выраженной алекситимии затруднена оценка модальности переживаний, в стрессовых ситуациях могут возникать аффективные срывы (Н.Г. Гаранян, А.Ю. Искусных, А.Б. Холмогорова). Проявляются неспособность к рефлексии, упрощение жизненной направленности, обеднение взаимосвязей с окружающим миром, недостаточно сформированное воображение, трудности и конфликты в межличностных отношениях (О.А. Третьякова, О.А. Шейнина).

В исследованиях выявлены взаимосвязи алекситимии с такими психологическими характеристиками, определяющими личностные проявления человека, как агрессивные реакции (Е.Н. Левшунова), акцентуации характера (О.П. Бартош, Т.П. Бартош, М.В. Мычко, В.В. Плотников, Д.В. Плотников, Л.А. Северьянова), особенности психологической защиты (А.Ю. Искусных) и совладающего поведения (А.К. Акименко), психологическая устойчивость (С.К. Нартова-Бочавер, А.В. Потапова), эмоциональный интеллект (Е.С. Иванова). Отмечается наличие взаимосвязи между переживанием тревоги и проявлениями агрессии (С.Л. Соловьева, F. Dorsky, M. Kosewsky).

Значимость эмпатии и сотрудничества как формы развития просоциального поведения с учетом половых и возрастных различий отмечается многими авторами (В.В. Зеньковский, Е.П. Ильин, Г. Крайг, N. Eizenberg).

В качестве основных факторов, способствующих формированию и развитию эмпатии, исследователи рассматривают характер семейных взаимоотношений, стиль воспитания, значимые семейные ценности (А. Адлер, В.В. Бойко, Т.П. Гаврилова, В.Н. Дружинин, Э.Г. Эйдемиллер).

Однако клинико-психологические направления изучения феномена алекситимии не дают однозначной трактовки самого понятия, его природы, механизмов формирования и развития в контексте здоровья человека. Общим в большинстве исследований является предположение о том, что алекситимию следует относить к неспецифическим факторам риска развития психосоматических заболеваний, а также констатация невысокой эффективности психологических способов воздействия на алекситимию. В существующих исследованиях характеристика алекситимии как фактора развития заболевания содержит, по нашему представлению, некое противоречие. Остается непонятным, развивается соматическое заболевание на основе сформированной алекситимии или же развитие алекситимии спровоцировано действием соматического страдания. Отмечается, что алекситимические черты могут усиливаться и обостряться в результате нарушения соматического здоровья, вследствие ослабленности организма и деморализации пациента (Л.П. Урванцев).

Некоторые авторы отмечают, что алекситимия выражена и в структуре здоровой личности, но закономерности ее формирования, а также компоненты ее психологической структуры, обуславливающие нарушения психического здоровья, остаются невыясненными. Решение этих вопросов будет способствовать поиску эффективных технологий психопрофилактики и психокоррекции выраженности алекситимии.

Постановка проблемы исследования. Положение о том, что алекситимия является сложным образованием, имеющим многофакторную структуру, обуславливает необходимость системного подхода к изучению степени ее выраженности, характеристик психологической структуры, механизмов и условий формирования в контексте психического здоровья и его нарушений.

Анализ научной литературы по проблеме исследования свидетельствует о значимости для формирования алекситимии таких характеристик, как тревожность, агрессия и эмпатийные затруднения. Это позволяет выделить представленную совокупность в отдельную психологическую категорию, обозначенную в качестве **алекситимического пространства**. Изучение психологических факторов алекситимического пространства позволяет системно исследовать вклад каждого фактора в формирование алекситимии, выявить роль психологического пространства алекситимии как целостного образования, фактора риска нарушения психического и психосоматического здоровья, рассмотреть выраженность алекситимического пространства в норме и патологии.

Таким образом, исследование алекситимии как самостоятельной психологической характеристики, выявление закономерностей ее формирования и проявления в норме и при нарушениях психического и соматического здоровья, системное рассмотрение психологических характеристик алекситимии как предикторов этого феномена, а также составных частей алекситимического пространства позволит получить новую психологическую информацию, способствующую раннему прогнозу нарушений здоровья и выявлению групп риска, созданию эффективных технологий психологической помощи в контексте сохранения здоровья и усиления ресурсного потенциала.

Актуальность проблемы определяет **цель** исследования, которая состоит в разработке концептуального подхода к исследованию психологического содержания алекситимического пространства человека как фактора психического и психосоматического здоровья в норме и патологии, направленного на создание эффективных способов психологической превенции, психокоррекции и психореабилитации.

Для достижения поставленной цели определены следующие **задачи**:

1. Рассмотреть теоретические подходы к изучению алекситимии, установить общие закономерности ее формирования и ее роль в нарушении психического и психосоматического здоровья.

2. Обосновать концепцию психологического пространства алекситимии с учетом положений теории психологических систем, биопсихосоциального и адаптационного подходов.

3. Разработать диагностическую модель изучения психологической структуры алекситимического пространства и определить ее основные компоненты в норме и патологии.

4. Изучить степень выраженности алекситимии в норме, у пациентов с психосоматическими расстройствами (на примере кардиологических расстройств) и при задержанном психическом развитии неорганического генеза.

5. Определить структуру алекситимического пространства путем установления взаимосвязей его отдельных компонентов: избыточных тревожных переживаний, агрессивных и враждебных реакций различной модальности и эмпатийных затруднений.

6. Провести сравнительный анализ психологической структуры алекситимического пространства у лиц без нарушений психического и психосоматического здоровья, пациентов с кардиологическими заболеваниями и при задержанном психическом развитии неорганического генеза.

7. Разработать и апробировать: технологии психологической превенции – для лиц с выраженной алекситимией без нарушений психического и психосоматического здоровья, психореабилитации – для пациентов с кардиологическими заболеваниями и психологической коррекции – при задержанном психическом развитии неорганического генеза.

Объект исследования: алекситимия как психологический феномен.

Предмет исследования: психологические предикторы и структура алекситимии в норме и патологии.

Гипотеза исследования включает следующие основные допущения:

1. Психологические предикторы алекситимии в норме и патологии многомерны и характеризуются многозначными взаимосвязями.

2. Психологическая структура алекситимии определяется особенностями алекситимического пространства, которое формируется в микросоциальном окружении.

3. Эффективная психологическая превенция и психологическая помощь при алекситимии возможны при комплексном воздействии на компоненты алекситимического пространства.

Методологические и теоретические основания исследования составляют:

– теория психологических систем и психологического пространства личности В.Е. Ключко (1996, 1999, 2000), в которой психологическое пространство рассматривается как ментальное пространство личности, развивающееся в онтогенезе и в значительной мере определяющее отношение человека к элементам среды, его мироотношение в целом;

– структурно-уровневый подход М.С. Роговина, Г.В. Залевского (1988, 2004), позволяющий рассматривать фиксацию индивида на соматических компонентах состояния (с риском развития психосоматических заболеваний или неконструктивных форм социального взаимодействия) как результат рассогласования между «высшим акциональным уровнем цели и низшим акциональным уровнем средств»;

– социально-бихевиористический подход, представленный в рамках теории социального научения А. Бандуры (1965, 2000) и связанный с представлением об алекситимической модели поведения как «дефиците навыка»;

– адаптационный подход Ф.Б. Березина (1969, 1988), позволяющий рассматривать алекситимию как системное компенсаторно-адаптивное образование, проявляющее себя на интрапсихическом, поведенческом и соматическом уровнях психической активности человека.

Построение концепции психологической превенции, психокоррекции и психореабилитации при выраженной алекситимии основано на концепции психологического пространства (В.Е. Ключко).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Алекситимия представляет собой многомерную системную психологическую характеристику, формирующуюся на основе биопсихосоциальных факторов и становящуюся фактором риска психосоматизации при значительной ее выраженности.

2. Алекситимическое пространство представляет собой системно-структурную организацию, включающую избыточные тревожные переживания, выраженные агрессивные и враждебные реакции различной модальности, эмпатийные затруднения.

3. Избыточность тревожных переживаний человека выступает фактором блокировки возможности адекватного восприятия собственных эмоциональных переживаний и их дифференциации от физических и физиологических ощущений.

4. Недостаточная интрапсихическая переработка тревожных переживаний формирует стойкое негативное предвосхищение событий и проявляется в агрессивных и враждебных реакциях различной модальности.

5. Эмпатийные затруднения, снижение способности продуктивно проживать и перерабатывать эмоциональный опыт приводят к невозможности его интеграции, осмыслению и дифференцированию эмоциональных переживаний и физических ощущений.

6. Структура алекситимического пространства в норме содержит более полифункциональные и многозначные психологические взаимосвязи по сравнению с патологией.

7. Эффективная психологическая превенция, психореабилитация и психокоррекция при выраженной алекситимии возможны при психологическом воздействии на компоненты алекситимического пространства.

Таким образом, методология современных клинико-психологических исследований, описанные выше противоречия в исследованиях алекситимии, научная и практическая актуальность предопределили выбор проблемы исследования, которая заключается в изучении алекситимии и алекситимического пространства в норме и патологии, а также в разработке технологий превенции, психокоррекции и реабилитации, направленных на усиление ресурсов здоровьесбережения и снижение факторов риска нарушений здоровья.

Научная новизна исследования

Впервые:

– рассмотрен феномен алекситимии в качестве многомерной системной психологической характеристики, формирующейся на основе биопсихосоциальных факторов и содержащей разные уровни эмоциональных нарушений, сопряженных с проявлениями избыточных тревожных переживаний, агрессивных и враждебных реакций различной модальности и эмпатийных затруднений;

– сформулировано понятие «алекситимическое пространство», компоненты которого выступают в качестве предикторов формирования алекситимии как выраженной характеристики;

– определены компоненты психологической структуры алекситимического пространства (избыточные тревожные переживания, агрессивные и враждебные реакции различной модальности и эмпатийные затруднения) как факторы риска и нарушений психического и психосоматического здоровья;

– разработана и апробирована диагностическая модель изучения алекситимии и алекситимического пространства в норме и патологии;

– использован психосемантический метод, позволяющий дифференцировать степень выраженности алекситимии;

– создана технология «обходного пути» при психологическом воздействии на отдельные структурные компоненты алекситимического пространства.

Теоретическая значимость исследования:

– расширение предметного поля медицинской психологии, систематизация общепсихологических представлений об алекситимии в норме и патологии и выявление закономерностей ее формирования;

– сформулирована психологическая категория «алекситимическое пространство», позволяющая изучать его роль в формировании рисков нарушения психического и соматического здоровья в научной и практической деятельности;

– концептуально обоснована возможность прогнозирования расширения или сужения алекситимического пространства в контексте психического здоровья, что обуславливает создание новых технологий психологической помощи.

Практическая значимость исследования:

– разработанная психодиагностическая модель алекситимии и алекситимического пространства позволяет дифференцировать степень выраженности этих феноменов в аспекте риска нарушений психического и соматического здоровья;

– расширены возможности использования психосемантического метода при изучении психологического пространства алекситимии;

– выявленные взаимосвязи между степенью выраженности алекситимии и половыми и возрастными различиями, уровнями образованности, акцентуациями характера создают основу для разработки дифференцированных обучающих программ в различных образовательных системах, направленных на здоровьесбережение учащихся;

– созданная технология «обходного пути» позволяет снижать риск развития алекситимии на ранних этапах формирования личности, что способствует сохранению психического и соматического здоровья человека;

– определены и апробированы новые технологии психологической профилактики, психокоррекции и психореабилитации, направленные на снижение выраженности алекситимического пространства в норме, при задержанном психическом развитии неорганического генеза, а также при сердечно-сосудистых расстройствах.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечена критичностью анализа литературных источников, четкостью методологических позиций, достаточным объемом и репрезентативностью выборки, применением комплекса валидных и стандартизированных психодиагностических методов исследования, корректным использованием современных методов статистического анализа эмпирических данных, внедрением полученных результатов в работу психологических служб системы образования и здравоохранения.

Апробация работы. Материалы диссертационного исследования были представлены: на I областной научно-практической конференции преподавателей ссузов «Становление учителя как профессионала и личности» (Кемерово, 1997); на VIII научной сессии НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Томск, 1997); на Всероссийской научно-методической конференции «Качество образования: концепции, проблемы оценки, управление» (Новосибирск, 1998); на Межрегиональной научно-практической конференции «Здоровый ребенок – здоровая нация» (Кемерово, 2002); на Международной конференции «Социальная агрессивность» (Кемерово, 2004); на Областной научно-

практической конференции «Актуальные проблемы социально-экономических и научно-технических исследований в Кузбассе» (Кемерово, 2004); на Научно-практической конференции вузов Кузбасса «Современные гуманитарные исследования в Сибири» (Кемерово, 2004); на Всероссийской конференции «Психолог в образовании: методологические и методические проблемы» (Томск, 2005); на VII Сибирском психологическом форуме «Комплексные исследования человека: психология» (Томск, 2017), на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» (Москва, 2018); на конференции «Психическое здоровье подростков» (Королевский колледж врачей, Лондон, 2018). Результаты работы также обсуждены на ряде семинаров для практических психологов системы образования и здравоохранения.

Практическое внедрение. Результаты исследования использованы в учебной работе факультета психологии Томского государственного университета (лекционные и практические занятия, курсовые и выпускные квалификационные работы), в практике психодиагностической, коррекционно-развивающей и консультационной деятельности психологов образовательных учреждений г. Кемерово и г. Томска, в индивидуальной и групповой психотерапевтической работе психологических служб системы образования и здравоохранения г. Кемерово.

Основные результаты работы отражены в 36 публикациях по теме исследования, 15 из которых входят в перечень рецензируемых изданий ВАК.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, пяти глав, заключения, списка использованной литературы, включающего 342 источника (234 на русском и 108 на иностранных языках), и 6 приложений. Текст диссертации иллюстрирован 107 таблицами и 14 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе диссертации «Теоретико-методологические подходы к изучению алекситимии в медицинской психологии» представлены материалы обзора научной литературы, посвященные изучению содержательных характеристик феномена алекситимии в контексте психического здоровья, концепций ее формирования и развития, проблем типологии и направлений психологической коррекции.

В разделе 1.1 проанализировано понятие алекситимии и его основные содержательные характеристики. В истории развития психосоматических исследований одно из центральных направлений представлено поиском особого психического качества – психосоматической специфичности, которую можно было бы рассматривать как основной фактор возникновения психосоматической патологии, влияющий на течение и лечение заболеваний (В.В. Николаева). Часть подобных исследований посвящена попытке выделения и описания феномена алекситимии (P. Sifneos, H. Krystal).

Исследования последних лет показывают, что у части больных соматоформные переживания и аффективная патология имеют общие механизмы. В связи с этим алекситимию продолжают рассматривать как основной механизм развития психосоматических расстройств (С.Н. Мосолов, Ю.В. Попов, В.Д. Вид, Г. Кристал). Практическое значение алекситимии определяется признанием того факта, что наличие алекситимических характеристик у пациента существенно затрудняет создание те-

рапевтического альянса и является одной из причин отрицательного прогностического значения.

Начало изучению алекситимии положили J. Nemiah и P. Sifneos в 1970-х гг. Термин «алекситимия» предложил P. Sifneos. Буквально он означает «без слов для чувств» или – в близком переводе – «нет слов для названия чувств» (от греч. *a* – отсутствие, *lexis* – слово, *thymos* – чувство). П. Сифнеос охарактеризовал этим термином некоторые особенности пациентов психосоматических клиник, которые заключались в утилитарном способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и особенно в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Кроме того, он считал, что недостаточное осознание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте и развитию психосоматических расстройств.

Согласно имеющимся в литературе описаниям лицам с алекситимией свойственно особое сочетание *эмоциональных, когнитивных и личностных* проявлений. *Эмоциональная сфера* таких индивидов отличается слабой дифференцированностью. Они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния, а тем более эмоционального состояния других людей. Лица с выраженной алекситимией не могут оценить модальность переживаний, им сложно понять, огорчены они, встревожены или раздражены, в стрессовых ситуациях у них могут возникать аффективные срывы (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, А.Ю. Искусных). Алекситимия проявляется в неспособности к рефлексии, что приводит к упрощению жизненной направленности, обеднению взаимосвязей с окружающим миром, иногда некоторой инфантильности (О.А. Шейнина, О.А. Третьякова). Для *когнитивной сферы* алекситимиков характерны недостаточно сформированное воображение, преобладание наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабость функций символизации и категоризации в мышлении. *Личностный профиль* этих пациентов характеризуется примитивностью жизненной направленности и инфантильностью. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях.

Алекситимичным людям свойственно бесконечное описание физических ощущений, часто не имеющих связи с определенным заболеванием. Пренебрежение к своему внутреннему психическому и физическому благополучию сочетается с ограниченной способностью к регуляции внутреннего состояния. Внутренние ощущения описываются как скука, пустота, усталость, напряжение, возбуждение. Перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или может преобладать одна из них (В.М. Провоторов).

Критерии диагностики алекситимии включают *поведенческие* (вербальные и невербальные) и *когнитивные* признаки (В.В. Соложенкин, Е.С. Гузова). Для лиц с алекситимией характерно заметное нарушение образного мышления: их мышление утилитарно и тесно связано с деталями внешних событий (оперантное мышление). Мечты и фантазии отличают простое содержание, бедность красок и отсутствие оригинальности. Лица с алекситимией часто кажутся хорошо адаптированными и демонстрируют высокий уровень социальной конформности, однако это следует

рассматривать как «псевдонормативность». Они механически проходят свой жизненный путь, как если бы жили по инструкции. У них описаны значительные нарушения способности к эмпатии, коммуникативные связи ограничены с тенденцией к выраженной зависимости или стремлением к одиночеству (R. Apfel, P. Sifneos).

В разделе 1.2 представлены различные концепции формирования и развития алекситимии. Существующие концепции рассматривают алекситимию как первичный или вторичный процесс. При формировании первичной алекситимии ведущая роль может принадлежать генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга (В.В. Калинин, В.М. Провоторов). Описание ее как первичного процесса основано на следующих теориях.

1. *Теория дефицита*. В рамках этой модели алекситимию рассматривают как генетически обусловленную (первичную, или конституциональную), отмечая, что ведущая роль в ее формировании принадлежит генетическим факторам: дефектам или особым вариантам развития головного мозга (Н.А. Потапова, Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович, P. Sifneos).

2. *Теория нейроанатомически-нейрофизиологического нарушения* рассматривает алекситимию как «синдром расщепленного мозга», возникающий в результате нарушения взаимодействия между левым и правым полушариями. При этом левое полушарие не распознает эмоциональных переживаний, возникающих в правом. Экспериментальными исследованиями, подтверждающими данную теорию, занимались К.Д. Норре, J.E. Vogen и др. (Н.Д. Былкина, В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов, О.В. Лышова, А.В. Будневский). Однако положения указанной теории не являются доказательными и определены как «невероятные» (В. Бройтигам, П. Кристиан).

Существуют также представления об алекситимии как о вторичном расстройстве.

1. *Теория регрессии, или отрицания*. Алекситимия выступает как приобретенная характеристика, обратимое явление (вторичная алекситимия), возникающее в хронической или острой форме вследствие тяжелых психических травм, при которых психосоматическое симптомообразование аналогично трактовке невротических симптомов из-за фиксации на травмирующем факторе. Наблюдаемое у таких пациентов невнимание к собственному телу и есть результат регрессии по линии аффективного развития, причина которой заключается в психической травме, сверхсильном эмоциональном переживании, вызывающем страх перед эмоциями и тенденцию к их блокированию.

2. *Теория социально-психологического формирования алекситимии*. В свете этой гипотезы алекситимия интерпретируется как феномен приспособления к индустриальному обществу, в котором требуется конкретно-реалистическое, эмоционально мало окрашенное приспособительное поведение (Н.Г. Гаранян). Важным дополнением к данной гипотезе мы считаем предположение о развитии вторичной алекситимии вследствие специфичной микросоциальной ситуации развития личности.

Интересен подход С.А. Кулакова (2003), который связывает формирование алекситимических черт с особенностями семейного воспитания и внутрисемейного взаимодействия. Он считает, что алекситимия появляется в семейной среде, где отсутствует искреннее выражение чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция закрепляется при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам.

Такой подход в отношении формирования алекситимии описан и другими авторами (М.Ф. Белокрылова, М.М. Мучник, В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков). Можно предположить, что характерные для алекситимиков трудности в идентификации, описании собственных чувств и их дифференцировке от телесных ощущений, сниженная способность к символизации и фокусирование внимания на внешних событиях в большей степени, чем на внутренних переживаниях, связаны с условиями воспитания и развития.

Особый интерес представляет адаптационный подход к проблеме формирования и развития алекситимии, позволяющий рассматривать этот феномен как одну из последовательных приспособительных реакций на тревогу, с одной стороны, и как фактор, предопределяющий возникновение соматизации, – с другой. Такая позиция подразумевает вероятность существования нескольких вариантов алекситимии, за внешне однородными проявлениями которых скрываются разные психологические механизмы их формирования (В.В. Соложенкин, Е.С. Гузова).

В разделе 1.3 проанализированы типологии алекситимии в медико-психологических исследованиях.

Предложенная В.В. Соложенкиным и Е.С. Гузовой типология алекситимии направлена на решение практических задач по организации эффективной психологической коррекции и психотерапевтической помощи. В данной классификации выделены некоторые варианты алекситимии в качестве «мишеней психотерапевтической коррекции».

1. Стабильные алекситимии. Алекситимические признаки являются постоянной характеристикой коммуникативного стиля, тем фактором, который определяет соматизированное направление адаптационных реакций на психологический дистресс:

- конституциональная алекситимия (предположительно – результат нарушения межполушарных взаимодействий);
- культуральная алекситимия отражает особенности коммуникативного стиля, характерного для определенной культуры.

2. Преходящие (адаптационные) алекситимии. Алекситимия является одной из адаптационных реакций на тревогу и рассматривается как форма проявлений аффективных нарушений:

- защитная алекситимия связана с нарушением аутокоммуникации, вызванным страхом перед содержанием эмоций и / или перед причинами, обусловившими эмоциональное реагирование. Этот вариант алекситимии аналогичен «вторичной» алекситимии, выделенной Н. Fzeyberger, и ограничен временными рамками основного, первичного страдания. Вариантом защитной алекситимии выступает диссоциативная алекситимия;
- ситуативная алекситимия, которая выступает в качестве временного затруднения вербализации эмоций в условиях фрустрирующей ситуации.

При этом авторы отмечают, что группа преходящих (адаптационных) алекситимий может выступать как объект психологической коррекции.

Классификация алекситимии, предложенная Е.С. Гузовой (1998), ориентирована на психологические механизмы формирования алекситимии и включает в себя следующие виды:

1. *Культуральная алекситимия* отражает особенности коммуникативного стиля, характерного для нашей культуры, выражена только у людей без соматических заболеваний.

2. «Условно-биологическая» алекситимия выделена как возможный вариант в подтверждение нейрофизиологических концепций формирования алекситимии в результате нарушения межполушарных взаимодействий.

3. *Адаптационная алекситимия*. Отдельные теоретические исследования предлагают рассматривать алекситимию как одну из адаптационных реакций организма на тревогу и своеобразно трансформированную форму проявления аффективных нарушений:

– *защитная алекситимия* – нарушение аутокоммуникации, вызванное страхом перед содержанием эмоций и / или причинами, повлекшими эмоциональное реагирование. Для лиц с защитной алекситимией характерна неспособность к диссоциации, что также препятствует возможности обращения к прошлому опыту;

– *диссоциативная алекситимия* характеризуется отсутствием вербальной экспрессии, которое проявляется в зоне интрапсихического конфликта с заполнением образовавшегося «вакуума» соматоформными признаками. В этом случае алекситимия выступает в качестве изолированного симптома нарушения вербальной экспрессии травматичных для невротической личности чувств (вины, стыда, страха, ревности и пр.) при отсутствии феномена в целом;

– *ситуативная алекситимия* – временный симптом затруднения вербализации эмоций в условиях фрустрирующей ситуации. Для этого варианта алекситимии характерны полное осознание и в целом сохранная способность вербальной экспрессии эмоций, которые временно затруднены из-за особенностей конкретной ситуации.

4. *Сочетанные алекситимии*. К этому типу следует относить культуральную алекситимию, отягощенную развитием на ее фоне одного из адаптационных вариантов.

Следует отметить, что данная классификация может быть применена лишь при работе с больными невротическими (паническими и соматоформными) расстройствами, как это представлено в исследовании Е.С. Гузовой.

Особого внимания заслуживает введение Д.Г. Труновым (2010) понятия функциональной алекситимии, не связанной с какими-либо органическими расстройствами, и попытка описания вариантов и причин ее формирования и развития. Автор выделяет три основных варианта функциональной алекситимии.

1. Педагогическая алекситимия, формирование которой связано с усвоением эмотивной лексики и отождествлением ее с определенным эмоциональным содержанием. Полноценный запас эмотивной лексики и его усвоение ребенком происходит в случае выполнения ряда условий: ее наличие у родителей, обозначение родителями эмоциональной реакции ребенка тем или иным словом или словосочетанием, относящимся к эмотивной лексике, и позитивное принятие родителями эмоциональной реакции ребенка. Выполнение этих условий формирует эмотивную лексику у ребенка и позволяет применять ее в отношении описания собственных эмоциональных состояний.

2. Психологическая алекситимия:

– психотравматическая, обусловленная наличием психотравмирующей ситуации, при которой блокируется переживание чувств. Это происходит из-за их высокой интенсивности и боязни с ними не справиться, а также из-за стереотипичного социального запрета на эмоциональное реагирование. Защита от мучительного переживания чувств, возникающих в психотравмирующей ситуации, естественным образом приводит к их вытеснению и невозможности их вербального описания и адекватного выражения;

– ситуативная, обусловленная ситуативно-коммуникативными факторами, такими как стеснение, стыд, недоверие, отсутствие гарантий психологической безопасности, боязнь быть непонятым и т.д. В других случаях человек может позитивно относиться к своему эмоциональному опыту и достаточно хорошо ощущать его, но он не может описать этот опыт. Причины такого состояния могут заключаться в многообразии чувств, которые испытывает человек, или их противоречивости.

3. Лингвистическая алекситимия, которая связана с неспособностью найти адекватные языковые средства для обозначения внутреннего эмоционального опыта. Индивид не анализирует и не описывает тот опыт, который ему сложно точно вербализовать. В этом случае человек может хорошо чувствовать то, что с ним происходит, и одновременно понимать, что не может найти подходящих слов для описания своих чувств.

Все три представленных варианта алекситимии тесно связаны между собой. Поэтому при организации психологической помощи сложно определить причины затруднений вербализации эмоционального опыта.

В разделе 1.4 определены основные направления психологической коррекции алекситимии.

При организации психотерапевтической работы с соматическими больными неоднократно описано выявление группы пациентов, отличающихся ярко выраженной «эмоциональной безграмотностью», в целом соответствующей описанию алекситимии (Н.Д. Семенова). Работа с этими пациентами позволила зафиксировать такие классические особенности их поведения, как трудность в идентификации и описании собственных чувств, неспособность дифференцировать чувства и телесные ощущения, бедность воображения, ригидность и конкретность мышления как особенность когнитивного стиля (С. Brownetal, J. Dirks, J. Parker, R. Vagby, G. Taylor).

В литературе описаны различные и не вполне эффективные возможности психологического воздействия на выраженность алекситимических черт. Среди них выделяется категоричное утверждение о том, что «алекситимия есть психотерапевтический тупик» (Р. Кочюнас).

В основном исследователи описывают примеры воздействия на алекситимические характеристики, осуществленного в рамках групповой психодинамической психотерапии. Были выявлены факторы, препятствующие эффективности проведения сессий: пациенты не развивали типичного невротического переноса, создавали очень мало спонтанной речевой продукции, не обсуждали свои чувства, не проявляли интереса к терапевту и лечению либо ожидали лечения по медицинской модели, часто патологически привязывались к психотерапевтической ситуации, используя ее как замещающий объект, агgravировали соматические симптомы (Н.А. Потапова, Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович, Н.Д. Былкина, Н.Д. Семенова, Н. Krystal, G. Taylor).

Предложенные исследователями система психокоррекционных мер в отношении алекситимии с использованием методики «Переживание картин» (Р.В. Норвила) и методы поведенческой терапии для пациентов с бронхиальной астмой (J. Dirks) также достаточно трудоемки и малоэффективны.

В.В. Соложенкин и С.В. Гузова (1992) в рамках адаптационного подхода к коррекции алекситимических характеристик в качестве основных принципов организации психотерапевтической работы выделяют: рассмотрение коррекции алекситимии

как обучающего, подготовительного этапа психотерапевтического воздействия, обеспечивающего доступ к психологическим проблемам; приоритет конкретизированных тренинговых приемов на первых этапах работы с алекситимичными пациентами, избегание трансовых техник и интерпретаций; последовательность и постепенность вмешательства, осторожность, особенно в начале психотерапевтической работы. Авторы программы акцентируют внимание на коррекции алекситимии как адаптационной реакции на тревогу, которая, в свою очередь, формирует приспособительные реакции, усиливающие соматическую симптоматику по типу «порочного круга». Фактически предлагаемая программа направлена на разрыв этой патологической цепи.

В качестве эффективного метода психокоррекционного воздействия на алекситимические характеристики И.Г. Малкиной-Пых (2012) предложена методика ритмо-двигательной психокоррекции. Программа реализовывалась в основном как групповая форма работы продолжительностью в 16 недель. В результате у респондентов группы достоверно значимо ($p < 0,001$) снизился уровень алекситимии.

Схожие результаты получены в исследовании, проведенном А.Г. Ледовских и З.В. Луковцевой (2015). Авторы рассматривают воздействие на компоненты алекситимии с помощью техник оздоровительной йоги. Сущность воздействия – эмоциональная стабилизация в сочетании с развитием способности к рефлексивному отражению и осмыслению своих физических ощущений и эмоций. Вероятным кумулятивным эффектом коррекции алекситимии посредством йогических практик может стать актуализация процессов фантазии и воображения.

Таким образом, в настоящее время не существует единого мнения по вопросу о возможности и эффективности психологического воздействия непосредственно на алекситимические черты. Очевидно, что необходимы принципиально иные подходы, подготавливающие алекситимика к вербальным способам терапевтического взаимодействия.

Во второй главе диссертации «Клинико-психологический подход к изучению феномена алекситимии в русле психосоматической парадигмы» представлено описание клинико-психологического опыта фиксации проявлений алекситимии в условиях госпитализации, а также тревожности, агрессивности и эмпатийных затруднений как психологических предикторов формирования алекситимии.

Сведения о возможном негативном влиянии алекситимии на развитие и течение психосоматических заболеваний представлены в многочисленных работах (Н. Grenberg, P. Dattore, G. Taylor, M. Vach, D. Vach). При этом авторы отмечают у алекситимичных пациентов гораздо более неблагоприятный профиль традиционных факторов риска по сравнению с неалекситимичными.

Алекситимию считают наименее изученной психологической характеристикой, оказывающей влияние на развитие и прогрессирование бронхиальной астмы (Н.Д. Семенова, В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, G. Taylor, G. Nearing, M. Jourama). Так, В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский проводили изучение алекситимии у больных с разной степенью тяжести бронхиальной астмы. Выявлено, что высокий уровень алекситимии демонстрируют 55,1% больных (в контрольной группе 16,7%). В этом же исследовании зафиксированы статистически более высокие показатели по личностной и ситуативной тревожности у алекситимичных пациентов по сравнению с неалекситимичными.

Подобные экспериментальные материалы приведены в исследовании Т.В. Заболотских, Д.И. Баранзаевой и Ю.Л. Мизерницкого (2003). При обследовании детей

с бронхиальной астмой алекситимия выявлена в 60% случаев, в группе здоровых детей – в 14%. Отмечено, что у этих пациентов зафиксированы высокие показатели по реактивной (76,3%) и личностной (91,5%) тревожности. Дети с алекситимией и высоким уровнем тревожности не проявляли готовности к выполнению назначений врача: им свойственны нерегулярное и нерациональное проведение базисной терапии, сложность в установлении контактов.

Второй блок экспериментальных исследований алекситимии посвящен изучению данной характеристики у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и инфарктом миокарда. Результаты изучения выраженности алекситимии, представленные в исследовании Т.В. Юрьевой, Ю.Г. Хватовой (2014), фиксируют данную характеристику в 60% случаев у пациентов с ИБС.

В исследовании В.М. Провоторова, А.В. Будневского, А.Я. Кравченко, Т.И. Грековой (2001) приняли участие 350 мужчин с острым инфарктом миокарда, стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом. Результаты тестирования алекситимии сопоставимы с аналогичными показателями у больных бронхиальной астмой. Средний балл по алекситимии статистически достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной ($72,8 \pm 1,6$ и $58,4 \pm 2,1$ соответственно). Отмечено, что средние значения по ситуативной и личностной тревожности у алекситимичных пациентов статистически достоверно выше, чем у неалекситимичных.

При работе с пациентами кардиологической клиники, перенесшими инфаркт миокарда, М.В. Коркина (1999) изучала выраженность у них алекситимии в сочетании с уровнем комплайенса. Эти характеристики автор относит к психологическим факторам риска развития ИБС.

Исследование взаимосвязи алекситимии и качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда, проведенное В.М. Провоторовым (1998), показало, что качество жизни у алекситимичных пациентов значительно ниже, чем у неалекситимичных. Для них наиболее значимыми являются такие факторы, как ограничения в проведении досуга, снижение частоты межличностных контактов, изменение взаимоотношений с родными и близкими и запрет на курение. Важно, что выраженная алекситимия ассоциируется с низкой степенью социальной поддержки, которая оказывает влияние на качество и сроки профессиональной реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда, что, в свою очередь, резко снижает показатели качества жизни (I. Fukunishi, J. Maeland, O. Havik).

Д.С. Никулина и С.Н. Синеева (2008) проводили исследование взаимосвязи качества жизни и алекситимии у студентов. В исследовании зафиксировано, что высокий уровень алекситимии у испытуемых связан как с низким уровнем удовлетворенности жизнью в целом, а также с низкими показателями самооценки здоровья, высокими показателями психосоциального стресса, низкими показателями удовлетворенности основных жизненных потребностей.

Среди исследований, посвященных изучению алекситимии как особой характеристики психологического статуса у больных с различными соматическими заболеваниями, можно выделить работы по описанию клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии (А. Jula, J. Salmen, S. Saarijaivi, О.В. Лышова, В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов).

О.В. Лышова (2002) и ее коллеги обследовали 202 больных гипертонической болезнью. При изучении динамики артериального давления (АД) в исследуемой вы-

борке установлено, что у 23% пациентов с алекситимией наблюдается ночная гипертония и большая вариабельность АД в течение суток по сравнению с пациентами без алекситимии. Установлено, что у пациентов с алекситимией, по сравнению с пациентами без алекситимии, уровень ситуативной, и личностной тревожности статистически достоверно выше. Данные о большей выраженности тревожного компонента у больных гипертонической болезнью с алекситимией согласуются с результатами работ, авторы которых установили положительную связь между алекситимией и тревогой (Н. Berenbaum, I. Fukunishi, К. Sasaki, Y. Chishima).

Проведенное Н.А. Аверкиной исследование алекситимии в группе пациентов с паническим расстройством (2000) позволило автору зафиксировать отсутствие взаимосвязи алекситимии с наличием болевого синдрома. Результаты исследования показали наличие положительной статистически достоверной корреляционной взаимосвязи между показателями алекситимии и депрессии, алекситимии и фобической тревоги.

В результате проведения клинических исследований выявлена взаимосвязь между выраженностью алекситимии и наличием избыточной массы тела (ожирением). Отмечено (В.М. Провоторов), что у алекситимичных больных с ИБС ожирение встречается достоверно чаще, чем у неалекситимичных (в 34,9 и 5,6% случаев соответственно при $p < 0,05$).

Г.П. Белоусова, И.Г. Пашкова, С.А. Кудряшова и Т.А. Колупаева (2010) проводили исследование взаимосвязи алекситимии и изменений массы тела у девушек-студенток, не предъявлявших жалоб на состояние здоровья. Результаты позволили зафиксировать неблагоприятную тенденцию увеличения случаев предожирения и ожирения у студенток с алекситимическим радикалом.

Сферу изучения алекситимии расширил интерес к исследованиям зависимых форм поведения. Так, В.А. Куташов, Л.С. Немых (2015) фиксируют взаимосвязь выраженности алекситимии и игровой зависимости (гемблинга). Авторы рассматривают наличие выраженной алекситимии в качестве риска возникновения алкогольной зависимости и как временное состояние, возникающее в результате употребления алкоголя (P. Fonagy, G. Gergely, E. Jurist, M. Target). В исследовании, проведенном А.В. Копытовым (2011), установлено, что респонденты группы с алкогольной зависимостью статистически достоверно более алекситимичны, показатели по наследственной отягощенности алкогольной зависимостью также более высокие. С.А. Смайлова и А.В. Руссу (2015) рассматривают алекситимию как один из компонентов структуры симптомокомплекса склонности к аддиктивному поведению подростков.

В исследованиях последних лет представлены различные материалы по изучению взаимосвязи алекситимии с отдельными психологическими характеристиками, определяющими личностные проявления человека: типология агрессивных реакций (Е.Н. Левшунова), акцентуации характера (Л.А. Северьянова, В.В. Плотников, Д.В. Плотников, О.П. Бартош, Т.П. Бартош, М.В. Мычко), особенности психологической защиты (А.Ю. Искусных) и совладающего поведения (А.К. Акименко), психологическая устойчивость (С.К. Нартова-Бочавер, А.В. Потапова), эмоциональный интеллект (Е.С. Иванова). Алекситимию рассматривают как важный компонент социально-психологической адаптации человека (В.Г. Белов, М.Г. Дмитриев, И.Ю. Апалькова). Таким образом, делаются попытки выделения предикторов алекситимии, включая тревожность, агрессию и эмпатийные затруднения. Однако представленные

материалы не описывают полной картины и психологической природы алекситимического пространства, его психологической структуры, систематизации компонентов и взаимосвязей между ними.

В третьей главе диссертации «Диагностическая модель алекситимического пространства» представлены методологические основания выделения феномена алекситимического пространства как предмета изучения в медицинской психологии, обоснование исследовательской выборки и дизайн исследования.

В разделе 3.1 определены методологические основания выделения феномена алекситимического пространства. Методологической основой исследования стал системный подход с опорой на структурно-уровневый анализ, в рамках которого в качестве основных концептуально-объяснительных моделей использованы небиологическое и адаптационное теоретические направления исследования психической деятельности.

В разделе 3.2 приведено описание исследовательской выборки. Общая выборка исследования составила 653 человека. В соответствии с логикой проведения экспериментального исследования все испытуемые были объединены в четыре группы.

Группа 1. Эта основная исследовательская выборка представлена 384 испытуемыми (181 юноша и 203 девушки) в возрасте от 12 до 20 лет. В качестве экспериментальной базы были выбраны следующие образовательные учреждения: школа № 90 и школа-гимназия № 1 г. Кемерово, Кемеровский областной медицинский колледж, Кемеровский горно-технический колледж, профессиональное училище № 65 г. Кемерово, Кемеровский государственный медицинский университет, Национальный исследовательский Томский государственный университет. На наш взгляд, представленность в исследовательской выборке учащихся различных по уровню образования и профилю обучения учреждений обеспечивает ее репрезентативность и позволяет расценивать материалы работы как наиболее объективные.

Анализ медицинских карт, беседа с классными руководителями и кураторами студенческих групп позволили зафиксировать у респондентов отсутствие хронических соматических заболеваний. По результатам самоотчетов все испытуемые оценили свое состояние как «хорошее» и «вполне удовлетворительное». Исходя из определения здоровья как «состояния физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов», а также из полученных о респондентах сведений, мы относим их к группе испытуемых без нарушений психического и психосоматического здоровья (группа нормы).

Группу 2 составили пациенты Кемеровского областного кардиологического диспансера, находящихся на лечении в стационаре с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В группу вошли 64 пациента (32 мужчины и 32 женщины) в возрасте от 29 до 42 лет. Все испытуемые госпитализированы впервые. По результатам беседы с лечащими врачами и самими пациентами, направленной на изучение особенностей поведения, отношения к появлению и обострению соматического кардиологического заболевания, отношения к необходимости госпитализации и изменению привычного ритма жизни, все испытуемые были условно отнесены к категории кардиологических больных с поведением типа А. Исследования в данной группе проводили в форме индивидуальной беседы и психологического тестирования.

Группа 3 –школьники, у которых по результатам работы психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) на предыдущих этапах обучения зафиксировано

наличие задержки психического развития неорганического генеза (конституционального и психогенного происхождения). Дети обучаются по специальным образовательным программам в соответствии с их возможностями освоения учебного материала.

Поскольку на предшествующих этапах обучения задержка психического развития (далее ЗПР) у этих испытуемых не была компенсирована, мы условно называем данную группу «испытуемые с ЗПР» вне зависимости от возраста школьников. Учитывая психологические особенности развития данной категории школьников, применение диагностического инструментария в этой группе осуществляли в режиме индивидуального тестирования с элементами собеседования.

В исследовании приняли участие 84 школьника (35 юношей и 49 девушек) в возрасте от 12 до 15 лет. Полученные в данной группе результаты подвергали отдельной обработке, а также проводили сравнение с показателями испытуемых группы нормы в соответствующем возрастном интервале (12–15 лет).

Группа 4 представлена 121 испытуемым (63 мальчика и 58 девочек). Наблюдения и психодиагностические измерения в данной группе осуществляли в течение семи лет. По результатам первого этапа исследования данная выборка была разбита на экспериментальную (50 человек, из которых 24 мальчика и 26 девочек) и контрольную (71 человек – 39 мальчиков и 32 девочки).

В разделе 3.3 представлен дизайн исследования. На разных этапах в соответствии с конкретными задачами экспериментального исследования были использованы различные группы методов:

1. Методы планирования и организации исследования были основаны на комплексном подходе, включающем сравнительно-корреляционный и лонгитюдный типы исследовательского дизайна.

2. Методы сбора эмпирических данных включали в себя следующие психометрические и качественные процедуры: Торонтская алекситимическая шкала; методика «Мини-сочинения»; шкала тревожности А.М. Прихожан; детский вариант шкалы явной тревожности Дж. Тейлора; шкала тревожности Дж. Тейлора; тест-опросник диагностики агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки; тест-опросник способности к эмпатии И.М. Юсупова; характерологический опросник Г. Шмишека; опросник Г. Айзенка; тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина; экспертные оценки, анализ документов, опрос и анкетирование для определения уровня образованности испытуемых.

3. Методы анализа и обработки полученных результатов: качественные (контент-анализ) и количественные: определение статистической значимости различий по t-критерию Стьюдента и по H-критерию Краскела-Уоллеса, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), корреляционный анализ по критерию ранговой корреляции Спирмена, анализ таблиц сопряженности по критерию Пирсона χ^2 , факторный анализ по методу основных компонент с последующим косоугольным вращением VARIMAX.

4. Методы групповой коррекционно-развивающей и психопрофилактической работы, а также группового и индивидуального консультирования.

В четвертой главе «Специфика проявлений психологических компонентов алекситимического пространства в норме и патологии» представлены результаты изучения выраженности алекситимии, анализ ее взаимосвязей с компонентами алекситимического пространства (избыточными тревожными переживаниями, агрес-

сивными и враждебными реакциями различной модальности) у подростков и юношей без нарушений психосоматического здоровья, пациентов с кардиологическими заболеваниями и подростков с задержанным психическим развитием неорганического генеза.

Результаты проведенного теоретического исследования обусловили необходимость верификации гипотезы о выраженности алекситимии у людей без нарушений психического и психосоматического здоровья, определении структуры алекситимического пространства и взаимосвязей ее основных структурных компонентов. Для этого было проведено психодиагностическое исследование в группе 1 (группе нормы) с применением описанных методов. Результаты тестирования по Торонтской алекситимической шкале представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Частотное распределение выраженности алекситимии в различных возрастных интервалах группы нормы

| Алекситимия | | Возрастной интервал 12–15 лет | | | Возрастной интервал 16–20 лет | | |
|----------------------|------------------|----------------------------------|---------|-------|----------------------------------|---------|-------|
| | | Юноши | Девушки | Всего | Юноши | Девушки | Всего |
| Выражена | Частота | 45 | 20 | 65 | 30 | 46 | 76 |
| | Валидный процент | 29,4 | 13,1 | 42,5 | 12,9 | 19,9 | 32,9 |
| Промежуточная группа | Частота | 26 | 17 | 43 | 31 | 56 | 87 |
| | Валидный процент | 16,9 | 11,2 | 28,1 | 13,4 | 24,3 | 37,7 |
| Не выражена | Частота | 25 | 20 | 45 | 24 | 44 | 68 |
| | Валидный процент | 16,3 | 13,1 | 29,4 | 10,4 | 19,1 | 29,4 |

Общая тенденция к большей выраженности алекситимии у юношей подтверждена при определении статистически значимых различий (при средних значениях 69,26 у юношей и 67,19 у девушек $t = 2,1$; $p < 0,05$).

Далее в произвольно подобранной выборке участвующих в исследовании респондентов был проведен контент-анализ текстов мини-сочинений на тему «Что чувствует человек, когда он не может говорить о своих чувствах?». Основными критериями анализа текстов выступали лексические единицы, обозначающие чувства и эмоции, рефлексивные и эмпатические компоненты переживания, соматические компоненты состояния, лексические единицы, указывающие на способ совладания с ситуацией. По каждому из критериев анализировали следующие показатели: наличие или отсутствие признака, частота встречаемости, позитивная или негативная окрашенность.

Контент-анализ текстов показал, что у всех испытуемых количественные единицы представлены примерно в одинаковом объеме. Это позволило проводить анализ текстов в зависимости от степени выраженности алекситимии.

Результаты контент-анализа свидетельствуют, что содержательные характеристики значительно отличаются в группах с разной выраженностью алекситимии. Так, в группе индивидов с невыраженной алекситимией наиболее часто (55 случаев) встречаемое слово «Я» (варианты словоформы: «моя», «себе», «сама») отражает вы-

раженную личностную направленность, представленность образа «Я». В содержании текстов присутствуют конкретные участники ситуации, значимые люди из микросоциального окружения. Прослеживается явная деятельностная направленность, выраженная словами «старюсь», «начинаю», «готова», «потребность», «анализировать», «дела», что свидетельствует об активном стремлении к развитию навыков саморегуляции в сложных жизненных ситуациях. Обращает на себя внимание использование этой группой слов «пламя», «природа», «музыка», «бумага», «гармония», что, на наш взгляд, отражает возможности самостоятельно разрешить проблемную ситуацию, усиливает тенденцию самопомощи и свидетельствует о наличии ресурсного потенциала. В целом представленные тексты в группе с невыраженной алекситимией характеризуют оптимизм, активную жизненную позицию, видение перспективы, наличие потенциальных возможностей преодоления жизненных проблем и сохранения здоровья.

У испытуемых, относящихся к промежуточной группе по выраженности алекситимии, варианты словоформы «Я» встречаются значительно реже (10 случаев), как и слова «эмоции» и «чувства» (4 и 1 случай соответственно). Почти каждый раз они употребляются в словосочетании с определением «неприятные». При описании собственного состояния использованы слова «разочарование», «подавление», «растерянность», «разбитость», «обида», «ужас», «тоска», что свидетельствует о фиксации на негативных переживаниях. В текстах этих респондентов отсутствуют ссылки на значимых других; деятельностная направленность поступков выражается принципиально иными словами и характеризуется попытками избавления от тягостных состояний. Отмечаются проявления апатии и пассивности, которые выражены словами «принять ванну», «лечь», «отдохнуть», «переночевать», «теплое одеяло». В отличие от первой группы в словоформы включают широкий спектр негативных переживаний, защитные реакции ухода от психотравмирующих ситуаций вместо попыток их разрешения.

В группе испытуемых с выраженной алекситимией тексты отличает еще меньшая личная направленность (словоформа «Я» встречается только в 5 случаях), ссылки на микросоциальное окружение отсутствуют. При этом возрастает количество употреблений слова «люди» в сочетании со словами «потеря», «предательство», «проблемы». Широко представлена гамма переживаемых чувств депрессивного спектра: «страх», «безысходность», «жалость», «тревога», «непонимание», «опустошенность», «обида», «апатия», «отчаяние», «гнев», «ярость», «одиночество». Деятельностные характеристики описаны при помощи нейтральных по эмоциональной нагрузке слов «движения», «хожу», «бегаю», «занимаюсь спортом», «мою полы, посуду». Использованы яркие эмоционально насыщенные образы, отражающие отчаяние, эмоциональное напряжение, избыточную тревогу, невозможность совладания с трудной ситуацией: «рыдать», «хаос», «тревога», «затмить», «зарядить», «избавиться», «нетерпение», «злить», «разбить стену», «все в черном цвете». В отличие от предыдущих групп в текстах появляются и четко прослеживаются характеристики, свидетельствующие о появлении соматической симптоматики, ипохондрических тенденциях: «боль», «ломота», «ком в горле», «общая усталость», «таблетки», «успокоительное».

Таким образом, анализ текстов позволяет установить принципиальные отличия в интерпретации собственного состояния индивида в ситуации невозможности говорить о чувствах в группах с разной степенью выраженности алекситимии. Эта новая психологическая информация, полученная с помощью контент-анализа в группе с высоким уровнем алекситимии, свидетельствует о наличии (а не об отсутствии, как отмечали исследователи) слов для описания своего состояния. Подобные представления упрощают понимание феномена алекситимии. Выявленная содержательная сторона используемых словоформ, их выраженная негативная эмоциональная окрашенность и смещение в сторону «болезненных симптомов» становятся критерием выделения группы риска, подверженной нарушениям психического и соматического здоровья.

При сопоставлении значений алекситимии с уровнем образованности испытуемых получены результаты, представленные в таблице 2.

Таблица 2 – Уровень образованности испытуемых в зависимости от степени выраженности алекситимии

| Алекситимия | | Низкий уровень образованности | | | Средний уровень образованности | | | Высокий уровень образованности | | |
|----------------------|------------------|-------------------------------|------|-----|--------------------------------|-----|-----|--------------------------------|-----|-----|
| | | Всего | Ю | Д | Всего | Ю | Д | Всего | Ю | Д |
| Не выражена | Частота | 30 | 16 | 14 | 42 | 11 | 31 | 41 | 22 | 19 |
| | Валидный процент | 7,8 | 4,2 | 3,6 | 10,9 | 2,9 | 8,1 | 10,6 | 5,7 | 4,9 |
| Промежуточная группа | Частота | 40 | 26 | 14 | 59 | 22 | 37 | 31 | 9 | 22 |
| | Валидный процент | 10,4 | 6,8 | 3,6 | 15,4 | 5,7 | 9,6 | 8,1 | 2,3 | 5,7 |
| Выражена | Частота | 67 | 47 | 20 | 55 | 17 | 38 | 19 | 11 | 8 |
| | Валидный процент | 17,55 | 12,2 | 5,2 | 14,3 | 4,4 | 9,9 | 4,9 | 2,9 | 2,1 |

Сравнительный анализ с применением критерия Краскела–Уоллеса показал, что испытуемые (как юноши, так и девушки) с низким уровнем образованности демонстрируют статистически значимо более высокие показатели по алекситимии, и наоборот.

Поскольку результаты анализа текстов показали, что по количеству лексических единиц материалы не различаются ни в зависимости от уровня алекситимии, ни в зависимости от уровня образованности испытуемых, мы связываем это со следующим явлением. При низком уровне образованности индивида не обязательно наличие у него бедного словарного запаса. Зато это ограничивает собственный социальный и эмоциональный опыт взаимодействия человека с окружающим миром, определяет стратегии поведения только в рамках самых простых и доступных. Ограниченная вариативность поведения не дает возможности эмоционально адекватно реагировать на изменение эмоционального состояния, направляя эмоциональное развитие в сторону соматизации.

Анализ корреляционных взаимосвязей изучаемых параметров в группе нормы позволил выделить три основных блока, которые коррелируют с алекситимией, но не изолированы друг от друга:

1 блок – прямая взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками;

2 блок – обратная взаимосвязь алекситимии с эмпатийными способностями и эмотивностью;

3 блок – прямая взаимосвязь с алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями.

Так, в первом блоке алекситимия положительно взаимосвязана с тревожными характеристиками, которые, в свою очередь, коррелируют с такими агрессивными реакциями, как раздражение, обида, подозрительность, чувство вины, а также общим индексом враждебности и агрессивности. Эти характеристики образуют самостоятельный третий блок. Кроме того, тревожные характеристики положительно взаимосвязаны со вторым блоком (выраженность тревожной акцентуации характера коррелирует с эмотивностью при $r = 0,22$). Также второй и третий блоки связаны между собой.

Таким образом, полученные взаимосвязи можно рассматривать как отдельные структурные компоненты алекситимии, которые формируют ее самостоятельно, при этом они не являются изолированными психологическими подсистемами.

Выявленные три психологические подсистемы мы рассматриваем как устойчивые психологические характеристики. Избыточная тревожность блокирует позитивное эмоциональное восприятие окружающей действительности. Поскольку тревога всегда направлена в будущее и связана с негативным предвосхищением предстоящих событий и действий, она снижает адекватность понимания человеком самого себя, собственных чувств и переживаний. В связи с этим и происходит нарушение эмпатийных способностей, предполагающих эмоциональное сопереживание, сочувствие партнеру по общению, основанные на эмоциональной идентификации. Данное внутреннее состояние приводит к упрощению реагирования человека на изменение окружающей действительности.

Особый интерес представляет взаимосвязь представленных характеристик с показателем уровня образованности испытуемых: чем ниже уровень образованности, тем более выражена алекситимия и выше проявление агрессивных реакций в поведении индивида; чем ниже уровень образованности, тем ниже выраженность эмотивности и эмпатийных способностей. Такая взаимосвязь позволяет нам предположить, что человек демонстрирует именно те модели поведения, которым он обучен, или те, которые он интуитивно усвоил при получении социального опыта взаимодействия с миром. При низком уровне образованности количество таких моделей может быть ограничено, а усвоенные носят достаточно упрощенный стереотипный характер (как, например, агрессивное поведение).

Далее корреляционный анализ по критерию ранговой корреляции Спирмена проводили отдельно в группе юношей и группе девушек, результаты считали статистически значимыми при $p < 0,01$. Сравнение результатов позволяет констатировать следующие закономерности.

1. Общими для мужской и женской выборки являются статистически значимые положительные корреляции тревожности по шкале Дж. Тейлора с тревожностью, педантичностью, возбудимостью и экзальтированностью; экстраверсии – с гипертимностью и демонстративностью; нейротизма – с тревожностью, циклоидностью и возбудимостью по Г. Шмишеку; физической агрессии, раздражения и индекса агрессивности – с возбудимостью; эмотивности с эмпатией с животными и с суммарным показателем эмпатии.

2. Специфичными для мужской выборки зависимостями являются: обратная корреляция экстраверсии с педантичностью, тревожностью и дистимичностью по Г. Шмишеку; прямые корреляции обиды и вербальной агрессии с возбудимостью, индекса враждебности с циклоидностью, возбудимостью, гипертимностью и тревожностью по Г. Шмишеку, чувства вины с неуравновешанностью, педантичностью, тревожностью по Г. Шмишеку, эмотивности с эмпатией с родителями, с детьми и с незнакомыми, экзальтированности с эмпатией с героями художественных произведений.

3. Специфичными для женской выборки зависимостями являются: обратная корреляция тревожности по шкале Дж. Тэйлора с гипертимностью; прямые корреляции тревожности по Тэйлору с циклоидностью и дистимичностью; нейротизма с педантичностью, дистимичностью и экзальтированностью, негативизма с возбудимостью, индекса враждебности с экзальтированностью, а также эмотивности с эмпатией с героями художественных произведений и суммарной эмпатии с педантичностью.

Результаты диагностики алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Частотное распределение выраженности алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

| Алекситимия | Всего по выборке | | Мужчины | | Женщины | |
|----------------------|------------------|------------------|---------|------------------|---------|------------------|
| | Частота | Валидный процент | Частота | Валидный процент | Частота | Валидный процент |
| Выражена | 39 | 60,9 | 16 | 50,0 | 23 | 71,8 |
| Промежуточная группа | 13 | 20,3 | 6 | 18,7 | 7 | 21,9 |
| Не выражена | 39 | 60,9 | 16 | 50,0 | 23 | 71,8 |

Частотное распределение выраженности алекситимии с учетом половых различий свидетельствует о том, что большинство испытуемых демонстрируют достаточно высокие показатели алекситимии, при этом у женщин показатели высокого и среднего уровня встречаются чаще, чем у мужчин. Эта тенденция подтверждается и при проведении статистической обработки результатов: при средних значениях по алекситимии 70,59 у мужчин и 78,93 у женщин ($t = 2,85$; $p = 0,005$).

Сравнение результатов с аналогичными в группе нормы позволило определить, что у респондентов исследуемой группы статистически значимо более выражена алекситимия при средних значениях 68,44 и 74,77 соответственно ($t = 3,44$; $p = 0,0006$). При сравнении результатов у мужчин статистически значимых различий не обнаружено, а у женщин выявляются различия при средних значениях 68,42 и 78,93 ($t = 4,55$; $p = 0,00001$).

Индивидуальная беседа с испытуемыми показала, 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 считают, что это – «пустая трата времени», «напрасная суета». При этом очень охотно беседуют о содержании своей профессиональной деятельности, сетуют на ограничения в пользовании мобильным телефоном и постоянно прогнозируют необходимость работать в ав-

ральном режиме при возвращении к своим обязанностям. Нередко пациенты отмечают, что их родные раздражены, негативно настроены по отношению к необходимости получения медицинской помощи, высказывают претензии в достаточно резкой и враждебной форме.

При диагностике выраженности алекситимии в группе школьников с ЗПР зафиксированы результаты, представленные в таблице 4.

Таблица 4 – Частотное распределение выраженности алекситимии у школьников с ЗПР

| Алекситимия | Всего по выборке | | Мальчики | | Девочки | |
|----------------------|------------------|------------------|----------|------------------|---------|------------------|
| | Частота | Валидный процент | Частота | Валидный процент | Частота | Валидный процент |
| Выражена | 52 | 61,9 | 27 | 77,1 | 25 | 51,0 |
| Промежуточная группа | 28 | 33,3 | 8 | 22,9 | 20 | 40,8 |
| Не выражена | 4 | 4,8 | – | – | 4 | 8,2 |

Определение статистических различий по t-критерию Стьюдента показало, что у юношей уровень алекситимии значимо выше, чем у девушек (при средних значениях 79,29 и 74,79 ($t = 2,55$; $p = 0,005$)). Сравнение этих показателей с аналогичными данными группы нормы в соответствующем возрастном интервале (12–15 лет) позволяет констатировать, что значительно большее количество испытуемых указанной категории демонстрируют выраженную алекситимию (61,9 и 42,5% соответственно). Кроме того, полученный средний балл алекситимии статистически значимо выше, чем средние баллы в группе нормы 12–15 лет с низким и высоким уровнем образованности (таблица 5).

Таблица 5 – Значимость различий средних значений по алекситимии у школьников с ЗПР и школьников 12-15 лет

| M ± σ | | | ANOVA | Post-hos Bonferroni (Sig) | |
|--------------|--------------|--------------|----------|---------------------------|------------|
| Группа 1 | Группа 2 | Группа 3 | F | Группы 1–2 | Группы 1–3 |
| 76,7 ± 12,54 | 70,1 ± 12,69 | 62,7 ± 13,65 | 12,728** | 0,001 | 0,001 |

Примечание. Группа 1 – школьники с ЗПР; группа 2 – школьники группы нормы с низким уровнем образованности; группа 3 – школьники группы нормы с высоким уровнем образованности; ** – различия значимы при $p < 0,01$.

Изучение корреляционных взаимосвязей изучаемых параметров в группе школьников с ЗПР позволило выявить взаимосвязи, представленные на рисунке 1.

В данной структуре корреляционных взаимосвязей также четко прослеживаются три основных блока:

1. Прямая взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками.
2. Обратная взаимосвязь алекситимии с показателями эмпатии и эмотивной акцентуацией характера.
3. Прямая взаимосвязь алекситимии с выраженностью гипертимности, дистимичности, экзальтированности, неуравновешенности и возбудимости и уровнем различных видов враждебных и агрессивных реакций.

Далее изучение психологической структуры алекситимии и структуры алекситимического пространства проводили с помощью применения факторного анализа. Группировка 32 факторизируемых параметров представлена в таблицах 6, 7.

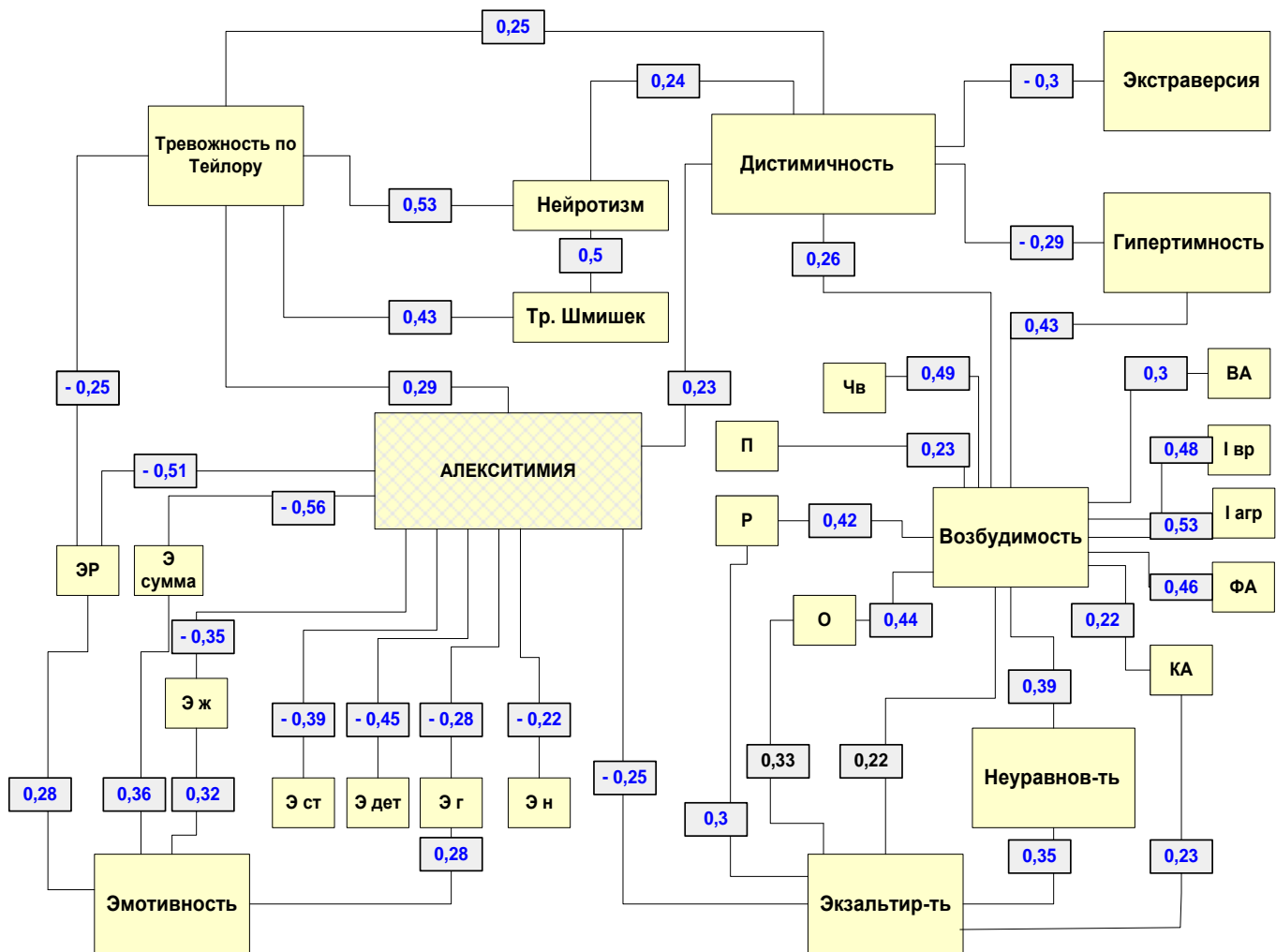


Рисунок 1 – Корреляционные взаимосвязи в группе испытуемых с ЗПР

Условные обозначения: ФА – физическая агрессия; О – обида; ВА – вербальная агрессия; Р – раздражение; КА – косвенная агрессия; П – подозрительность; И агр – индекс агрессивности; И вр – индекс враждебности; Чв – чувство вины; Эг – эмпатия с героями; Эр – эмпатия с родителями; Э дет – эмпатия с детьми; Эж – эмпатия с животными; Эст – эмпатия со стариками; Эн – эмпатия с незнакомыми людьми

Таблица 6 – Факторная структура алекситимии в исследуемых группах

| Фактор | Название фактора | Значение фактора | % объясняемой дисперсии |
|---|-------------------------------------|------------------|-------------------------|
| Группа нормы | | | |
| Фактор 1 | Проявленная агрессивность | 3,44 | 11,36 |
| Фактор 2 | Гипоэмпатийные переживания | 3,76 | 12,48 |
| Фактор 3 | Экстравертированная гипертимность | 2,37 | 7,24 |
| Фактор 4 | Возрастные особенности | 1,70 | 5,78 |
| Фактор 5 | Экзальтированная неуравновешенность | 2,22 | 7,29 |
| Фактор 6 | Тревожные переживания | 2,69 | 8,31 |
| Фактор 7 | Враждебная обида | 1,65 | 5,82 |
| Фактор 8 | Подозрительная враждебность | 1,70 | 5,35 |
| Группа пациентов с кардиологическими заболеваниями | | | |
| Фактор 1 | Проявленная враждебность | 9,09 | 15,15 |
| Фактор 2 | Гипоэмпатийные переживания | 8,06 | 13,43 |
| Фактор 3 | Проявленная агрессивность | 3,07 | 5,12 |
| Фактор 4 | Тревожная активность | 4,65 | 8,74 |

| Группа школьников с ЗПР | | | |
|-------------------------|------------------------------------|------|-------|
| Фактор 1 | Тревожная нестабильность | 4,77 | 15,18 |
| Фактор 2 | Гипоэмпатийные переживания | 4,12 | 13,42 |
| Фактор 3 | Проявленная агрессивность | 3,90 | 12,75 |
| Фактор 4 | Экстаравертированная гипертимность | 2,42 | 8,82 |
| Фактор 5 | Скрытая враждебность | 2,72 | 8,36 |
| Фактор 6 | Возрастные особенности | 1,52 | 5,61 |

Таблица 7 – Факторная структура алекситимического пространства в исследуемых группах

| Фактор | Название фактора | Значение фактора | % объясняемой дисперсии |
|--|-------------------------------|------------------|-------------------------|
| Группа нормы | | | |
| Фактор 1 | Тревожная агрессивность | 10,08 | 16,25 |
| Фактор 2 | Гипоэмпатийные переживания | 7,71 | 12,44 |
| Фактор 3 | Дистимическая активность | 5,16 | 8,33 |
| Группа пациентов с кардиологическими заболеваниями | | | |
| Фактор 1 | Тревожная агрессивность | 10,81 | 17,43 |
| Фактор 2 | Гипоэмпатийные переживания | 8,70 | 14,02 |
| Фактор 3 | Интровертированная активность | 5,06 | 8,15 |
| Фактор 4 | Дистимическая активность | 3,31 | 5,34 |
| Фактор 5 | Алекситимия | 3,20 | 5,16 |
| Группа школьников с ЗПР | | | |
| Фактор 1 | Тревожные переживания | 2,03 | 29,03 |
| Фактор 2 | Проявленная агрессивность | 1,61 | 22,98 |
| Фактор 3 | Гипоэмпатийные переживания | 1,17 | 16,72 |

Психологическая интерпретация факторов и детальный анализ входящих в каждый фактор характеристик позволяет говорить об отсутствии принципиальных различий психологической структуры алекситимии и алекситимического пространства в исследуемых группах.

В пятой главе «Технологии психологической помощи в контексте алекситимического пространства в норме и патологии» представлены результаты лонгитюдного исследования, направленного на изучение возможности и эффективности психологической превенции алекситимии при отсутствии нарушений психического и психосоматического здоровья, описаны основные подходы к эффективной психологической реабилитации пациентов с кардиологическими заболеваниями при работе с компонентами алекситимического пространства и психологической коррекции алекситимического пространства при задержанном психическом развитии неорганического генеза.

В разделе 5.1 приведены результаты лонгитюдного исследования развития алекситимии и возможностей ее психологической превенции у подростков и юношей без нарушений психосоматического здоровья.

Возможности и эффективность психологической превенции алекситимии были изучены при работе с группой 4 (подробное описание приведено в разделе 3.2). В процессе работы испытуемые группы 4 были разделены на экспериментальную (50 человек: 24 мальчика и 26 девочек) и контрольную (71 человек: 39 мальчиков и 32 девочки) группы.

Работа включала следующие этапы:

1 этап – психодиагностическое исследование по изучению уровня тревожности учащихся начальных классов, специфики их эмоционального состояния, психологических особенностей и некоторых социальных характеристик родителей и педагогов (экспериментальная и контрольная группы).

2 этап – комплексная психологическая помощь родителям и педагогам (индивидуальное и групповое консультирование), ориентированная на профилактику развития алекситимии у детей и направленная на формирование эффективного взаимодействия с окружающим миром и построение конструктивных моделей родительского поведения; психопрофилактическая и развивающая работа со школьниками по стабилизации их эмоционального состояния, отработке навыков эмпатичного взаимодействия с окружающим миром, построению эмоционально адекватных стратегий поведения, идентификации и вербализации эмоций (экспериментальная группа).

3 этап – проведение психодиагностического исследования с теми же школьниками экспериментальной и контрольной групп, обучающимися в это время в старших классах (возраст 15–17 лет).

На первом этапе в работе принимали участие испытуемые контрольной и экспериментальной групп (возраст на этом этапе исследования 7–9 лет), их родители (в полных семьях матери и отцы, в неполных – только матери) и 4 педагога, ведущие в классах основные дисциплины.

В целом по выборке высокий уровень тревожности зафиксирован у значительного количества испытуемых, наиболее выражена межличностная тревожность (68,6% испытуемых). Показатели низкого уровня тревожности в выборке не представлены.

При определении ведущего типа родительского отношения к ребенку в контрольной группе мы не выявили ни у матерей, ни у отцов таких типов родительского отношения, как «Принятие–отвержение» и «Кооперация». Обращает на себя внимание, что матери значительно чаще отцов демонстрируют симбиотические отношения с ребенком, тогда как отцы склонны либо занимать жесткую гиперсоциализирующую позицию, либо относиться к ребенку как к несамостоятельному, неприспособленному, социально и личностно незрелому. В экспериментальной группе типы родительского отношения матерей и отцов представлены достаточно равномерно.

Превентивный подход, который мы определили как «технология обходного пути», когда основное содержание психологической работы связано не столько с феноменом алекситимии, сколько с его психологическим пространством, включал комплексную психологическую профилактику. Данная технология ориентирована не только на работу с ребенком, но и на психологическое сопровождение его ближайшего микросоциального окружения. Программа включала профилактическую и консультативную работу с родителями и педагогами в форме групповых и индивидуальных консультаций, а также серии тренинговых занятий с детьми.

Работу по данной программе осуществляли в течение шести лет, она включала в себя следующие направления: снижение уровня тревожности школьников и стабилизация их общего эмоционального состояния; развитие навыков выражения и вербализации эмоций; развитие способностей к эмпатии; развитие навыков активного слушания; снижение агрессивности и ее социализация; формирование конструктивных моделей социального взаимодействия. Также в рамках программы были проведены

тренинги «Эффективные родители» (для родителей и педагогов) и «Эффективное педагогическое общение» (для учителей).

Сначала применяли методику «Сказкотерапия для оздоровления и развития детей» и авторскую программу Г.А. Азовцевой «Волшебные истории планеты Магнолия». В программу включено 10 музыкальных сказок, объединенных общим сюжетом. Сказкотерапию проводили с испытуемыми экспериментальной группы в виде урочной и внеурочной форм работы.

Параллельно с занятиями проводили индивидуальные консультации для родителей и педагогов. Это позволило лучше понять личностные особенности и проблемы каждого ребенка, объяснить их родителям и педагогам и помочь им выбрать наиболее эффективный способ взаимодействия с ребенком.

Дальнейшая работа в экспериментальной группе была организована следующим образом. Развивающие занятия с детьми проводили два раза в год (во время осенних и весенних каникул). Время каждого цикла занятий – 20 часов. Параллельно вели психологические консультации для родителей и учителей. По итогам работы за год проводили психолого-педагогические консилиумы для педагогов и родителей.

За указанный промежуток времени проведены следующие циклы коррекционно-развивающих занятий для детей: тренинг по вербализации эмоций, тренинг по развитию приемов активного эмпатийного слушания, тренинг по развитию эмпатийных способностей (2 цикла), тренинг по снижению агрессивности (2 цикла), тренинг по формированию конструктивных моделей общения (2 цикла).

Тематика групповых и индивидуальных консультаций для родителей и педагогов была определена в зависимости от тематики тренингов для детей. Перед началом консультационных сессий были проведены психологические лектории, посвященные проблемам формирования и развития у детей эмпатии, причинам детской агрессивности и возможностям ее социализации, специфике психологии принятия и безоценочного общения, изучению эффективных моделей родительского воспитания, причинам развития психосоматических заболеваний.

По итогам контрольной психодиагностики на третьем этапе работы ни у одного ученика экспериментальной группы не зафиксировано высоких показателей по алекситимии, только у шести человек результаты соответствуют промежуточной группе.

Таким образом, организованная профилактическая работа позволила вполне эффективно купировать развитие алекситимии на ранних этапах формирования. Мы считаем, что успешность данной работы обусловлена ее профилактической направленностью.

На третьем этапе в исследуемой выборке было проведено психодиагностическое исследование для испытуемых экспериментальной и контрольной групп, обучающихся в это время в старших классах (15–17 лет). При обработке результатов тестирования в экспериментальной группе мы обратили внимание на то, что высокие показатели по тревожности, алекситимии, агрессивности, враждебности выражены лишь в единичных случаях.

Результаты диагностики, зафиксированные в контрольной группе, значительно отличаются от экспериментальной:

- выраженная алекситимия зафиксирована в 25,4% случаев (в 30,8% случаев у юношей и 12,5% – у девушек)
- высокий уровень тревожности зафиксирован в 43,7% случаев;

– явные акцентуации по гипертимическому типу зафиксированы в 88,7% случаев, по циклоидному, возбудимому и тревожному типам в 32,4, 28,2 и 22,5% случаев соответственно;

– превышающий нормативное значение индекс враждебности зафиксирован у 41 испытуемого (57,7%), а превышающий нормативное значение индекс агрессивности – у 28 человек (39,4%);

– показатели по эмпатии представлены в основном как средние.

Проведение корреляционного анализа результатов по выборке в целом позволило выделить три четких блока взаимосвязей алекситимии с изучаемыми показателями:

1 блок – взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками;

2 блок – взаимосвязь алекситимии с эмпатийными способностями и эмотивностью;

3 блок – взаимосвязь алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями.

При психологической интерпретации первого блока взаимосвязей «Алекситимия–тревожность» мы рассматриваем тревожность, зафиксированную у младших школьников, как состояние, а не как свойство личности испытуемых. Однако лонгитюдный характер нашего исследования свидетельствует о ее трансформации в устойчивую личностную характеристику, о чем свидетельствуют положительные коррелянты с уровнем личностной тревожности по шкале Дж. Тейлора, акцентуацией тревожного типа по Г. Шмишеку и высокими показателями нейротизма по Г. Айзенку. Обращает на себя внимание наличие взаимосвязи между детской тревожностью и отношением папы к ребенку по типу «Маленький неудачник». По нашему мнению, именно этот показатель можно интерпретировать как один из пусковых механизмов становления устойчивых тревожных характеристик личности, которые, в свою очередь, провоцируют развитие алекситимии. Наличие положительных коррелянтов между алекситимией и тревожностью ($r = 0,34$), нейротизмом ($r = 0,36$), отношением папы к ребенку по типу «Маленький неудачник» ($r = 0,39$) доказывают правильность нашего предположения.

Второй блок выявленных взаимосвязей позволяет нам говорить о схожей психологической природе диады «Алекситимия–эмпатия» ($r = -0,51$). При этом обратная взаимосвязь подчеркивает разную психологическую сущность данных феноменов: если эмпатия – это способность к сопереживанию, состраданию и умение распознавать как свое эмоциональное состояние, так и состояние партнера по общению, то алекситимия – отсутствие таких способностей и невозможность дифференцировать эмоциональные и физиологические ощущения.

Особый интерес представляют выявленные обратные взаимосвязи отдельных проявлений эмпатии с детской тревожностью. Так, эмпатия с родителями и эмпатия с детьми у старшеклассников коррелирует с высокой межличностной и самооценочной тревожностью в младшем школьном возрасте ($r = -0,29$ и $r = -0,36$ соответственно). Высокая тревожность в данном случае блокирует развитие эмпатийных способностей, так как широкий спектр негативных ощущений, неизбежно сопровождающих тревогу, препятствует эмоциональной идентификации с партнером по общению, необходимой при эмпатийном взаимодействии.

Лонгитюдный характер нашего исследования позволяет объективизировать взгляд на психологическую природу алекситимии. В рамках адаптационного подхода

можно рассматривать алекситимию как реакцию на социально обусловленную тревогу, формируемую у ребенка микросоциальным окружением. При этом исследуемую нами учебную, самооценочную и межличностную тревожность, зафиксированную по шкале А.М. Прихожан, мы рассматриваем как социально обусловленную, формируемую при взаимодействии с ближайшим семейным и школьным окружением (родителями и педагогами). На это указывает и ее взаимосвязь с типом родительского отношения.

Поскольку состояние тревожности сопровождается широким спектром негативно окрашенных эмоций и чувств, она вносит определенную дисгармонию в эмоциональное состояние индивида. Трактую тревожность как переживание широкого спектра негативных ощущений (беспокойство, внутреннее напряжение, неуверенность в правильности своего поведения и т.д.), можно предположить, что на фоне этого состояния остальные эмоциональные ощущения блокируются и не поддаются идентификации. При этом эмпатийные способности не могут развиваться, поскольку человек не может адекватно оценить ни свои собственные переживания, ни переживания партнера. Важно, что выраженные в этом случае враждебность и агрессивность также не поддаются объективной самооценке и могут быть интерпретированы как недифференцированный аффект.

Такое понимание алекситимии и ее психологического пространства, на наш взгляд, может быть вписано и в теорию социального научения. Микросоциальное окружение ребенка формирует тревожное состояние, при этом не формируя навык его адекватного отреагирования. Отсутствие в семейной среде ориентации на чувства, игнорирование специфики эмоционального состояния ребенка обуславливают его действия в рамках примитивных и доступных стратегий поведения.

В разделе 5.2 представлены направления психологической работы с алекситимическим пространством у пациентов с кардиологическими заболеваниями. В настоящее время обоснованием для включения психологических средств воздействия в систему лечения сердечно-сосудистых заболеваний являются психосоматические механизмы возникновения кардиологической патологии и значительное влияние психосоциальных факторов риска (Е.Л. Николаев, Д.В. Гартфельдер, Е.Ю. Лазарева).

При работе с кардиологическими пациентами основные задачи психологической реабилитации должны быть дифференцированы для всех участников реабилитационных мероприятий. Для получения максимально позитивного терапевтического эффекта мы считаем необходимым включение в процесс психологической реабилитации ближайшего социального окружения пациентов и лечащего врача.

Таким образом, «технология обходных путей», адресованная пациенту, связана с решением следующих задач: стабилизация эмоционального состояния, формирование нового опыта отношения к собственному физическому состоянию, формирование принятия системы ограничений, связанных с болезнью, гармонизация внутренней картины болезни; оптимизация процесса психологической адаптации к изменившимся в связи с болезнью условиям жизни; снятие тревоги, определение и закрепление способов социально приемлемого реагирования, формирование навыков эмпатийного взаимодействия с социальным окружением, наработка навыков определения и дифференциации собственного эмоционального и физического самочувствия.

Основные задачи процесса психологической реабилитации для членов микросоциального окружения пациента направлены на разъяснение особенностей поведе-

ния пациента в госпитальный и постгоспитальный периоды, информирование об особенностях психологического состояния пациента, обсуждение моделей эффективного взаимодействия с пациентом с учетом эмоционального и физического самочувствия, укрепление эмоциональных взаимосвязей и социальной поддержки.

При взаимодействии с лечащими врачами психопрофилактические мероприятия направлены на информирование о психологических особенностях проявления алекситимии, информирование о психологических особенностях пациента, оказывающих негативное влияние на течение заболевания и медицинский прогноз, определение эффективной тактики психологического взаимодействия с пациентом, обучение навыкам эмпатичного взаимодействия с родственниками пациентов.

Таким образом, решение всех обозначенных задач для всех участников психореабилитационного процесса можно отнести к двум основным этапам: психообразовательному (направленному на повышение уровня психологической грамотности) и собственно психореабилитационному (направленному на стабилизацию эмоционального состояния пациента и улучшение общего лечебного эффекта).

В разделе 5.3 описаны основные направления коррекции алекситимического пространства у школьников с задержанным психическим развитием неорганического генеза. Изучение возможностей психологической коррекции эмоционального состояния детей с ЗПР актуально и для психологической, и для медицинской науки. Современные исследования не дают единого представления ни о четких диагностических рамках ЗПР, ни о возрастных границах этого диагноза (Д.А. Емелина, И.В. Макаров). В результате возможен неверный выбор обучающей и воспитательной стратегий ребенка. При своевременном специально организованном обучении и воспитании возможна эффективная коррекция отставания развития психических процессов и незрелости эмоционально-волевого развития детей с ЗПР (Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, А.С. Исмаилова, М.А. Деева).

Изучение возможностей психологической коррекции алекситимии через воздействие на отдельные компоненты алекситимического пространства детей с ЗПР будет способствовать построению обучающих программ и программ психологического сопровождения всех участников образовательного процесса.

Мы считаем, что эффективная психологическая помощь для столь сложной категории детей должна сочетать в себе задачи и подходы и психотерапевтической и психолого-педагогической коррекционных моделей. В этом случае работа основывается на принципах гуманистической психологии, что обеспечивает ее положительный эффект.

Основные задачи психокоррекционных мероприятий должны быть различны для всех участников программ психологического сопровождения. Максимальная эффективность воздействия может быть достигнута при условии включения в этот процесс всех участников обучения и воспитания ребенка.

Психокоррекционные мероприятия для детей с ЗПР с выраженной алекситимией реализуются по принципу «технологий обходных путей» и связаны с решением следующих задач: гармонизацией эмоционального состояния; снятием тревоги; формированием и закреплением навыков вербального описания собственного эмоционального состояния; формированием новых социально приемлемых моделей взаимодействия с окружающим миром; формированием навыков эмпатийного общения.

Для родителей ребенка или других близких родственников, активно вовлеченных в процесс воспитания, а также для педагогов основные задачи связаны с информированием о психологических особенностях ребенка, повышением уровня психологической грамотности, актуализацией и гармонизацией собственного эмоционального опыта взаимодействия с ребенком, обсуждением возможностей и отработкой способов вовлечения ребенка в систему социально значимой деятельности, обсуждением возможностей и отработкой способов наращивания положительно окрашенных моментов совместной жизнедеятельности, гармонизацией родительской (педагогической) позиции и взаимоотношений с ребенком, формированием навыков эмпатийного общения.

Решение перечисленных задач для всех участников психокоррекционных мероприятий будет способствовать гармонизации эмоционального состояния и детей, и членов их микросоциального окружения.

ВЫВОДЫ

Результаты выполненного исследования позволили обосновать следующие выводы.

1. Психологический анализ, направленный на теоретическое осмысление феномена алекситимии в контексте психического и психосоматического здоровья, позволил констатировать психологическую многогранность данного феномена с широкой представленностью избыточной тревоги, выраженностью агрессивных и враждебных реакций, эмпатийных затруднений. Феномен алекситимии рассматривается как психологически многогранное образование, выраженность которого обусловлена биопсихосоциальными факторами. Содержание этого феномена насыщено негативными проявлениями, определяющими эмоциональную некомпетентность человека при отсутствии нарушений психического и психосоматического здоровья, а также при его нарушениях.

2. Обоснована концепция психологического пространства алекситимии, включающая избыточные тревожные переживания, враждебно-агрессивное реагирование и сниженные эмпатийные возможности. Установлено, что основными компонентами психологической структуры алекситимического пространства являются личностная тревожность, агрессивность и враждебность, а также низкие эмпатийные проявления.

Тревожность как устойчивая характеристика личности направлена в будущее и связана с переживанием негативных эмоций: беспокойства, тревожного ожидания, негативного предвосхищения событий. Это обуславливает постоянную психологическую готовность человека к пессимистической оценке ситуации, ожиданию негативных последствий на фоне избыточного эмоционального перенапряжения, которое способствует усилению агрессивных и враждебных реакций. В этом случае становится невозможным эмоциональное принятие мира, эмпатийное отношение к людям. Выявленные показатели алекситимического пространства создают базу для нарушенных, конфликтных отношений и развития психосоматических механизмов реагирования.

3. Разработана диагностическая модель изучения психологической структуры алекситимического пространства, определены ее основные компоненты в норме и патологии. Включение в диагностическую программу психосемантического метода

контент-анализа открывает новые возможности на достоверном уровне выявлять различия в речевой продукции при различной выраженности алекситимии и применять его в комплексе с другим психологическим инструментарием. Данный комплекс является прогностичным в отношении выявления групп риска и формирования технологий психологической помощи.

4. Установлено, что при сравнительном анализе психологической структуры алекситимии у испытуемых без нарушений психического и психосоматического здоровья, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и задержке психического развития неорганического генеза принципиальные отличия в изучаемой структуре отсутствуют. Это свидетельствует об общих закономерностях формирования психологических механизмов алекситимии как в норме, так и в патологии.

5. Доказано, что у испытуемых с задержкой психического развития неорганического генеза алекситимия в большей степени представлена в структуре личности по сравнению с людьми без нарушений психического и психосоматического здоровья. Это обуславливает примитивность и стереотипичность поведения и способствует усилению нарушений психического развития.

6. Выявлена статистически достоверно бóльшая выраженность алекситимии у юношей по сравнению с девушками. Данная психологическая информация объясняется, во-первых, некоторыми гендерными особенностями (большей эмоциональной чувствительностью и психологической гибкостью девушек, их склонностью к эмоциональной идентификации, искреннему сочувствию, меньшей враждебностью и большей эмоциональной вариативностью); во-вторых, с неоспоримой спецификой воспитания мальчиков в российском обществе. Существующий стереотип воспитания «мужского» поведения исключает ориентацию на чувства и направлен на формирование сильной личностной и социальной позиции. В этом случае формируются негибкие, схематизированные механизмы поведения, которые сопровождаются социально одобряемой агрессивностью, что способствует накоплению алекситимических проявлений.

7. Доказана взаимосвязь выраженности алекситимии и уровня образованности при отсутствии нарушений здоровья. Наиболее высокие показатели алекситимии характерны для испытуемых с низким уровнем образованности. Данная психологическая информация соответствует логике исследования. Наличие высокого уровня образованности обусловлено большей эрудированностью, познавательной активностью, пониманием многогранности окружающего мира, способностью гибко реагировать на его изменения и готовностью к толерантному взаимодействию. Образованность предполагает также овладение наиболее конструктивными моделями поведения и умение выбирать из них наиболее адекватную ситуации и эмоциональному состоянию партнера по общению. Полученная психологическая информация свидетельствует о необходимости обратить особое внимание на лиц с низким уровнем образованности в аспекте накопления алекситимических черт как нуждающихся в специальных технологиях психологического сопровождения.

8. Научно доказана эффективность применения технологии психологической превенции при выраженности алекситимии. Предлагаемая технология «обходного пути» позволяет воздействовать на отдельные компоненты алекситимического пространства в нормативных группах и может быть индивидуализирована и эффектив-

но использована в контексте психореабилитационных мероприятий у пациентов с психосоматическими и психическими расстройствами пограничного спектра.

Как и при работе с кардиологическими пациентами, основные задачи психологической реабилитации должны быть индивидуализированы с учетом выраженности алекситимического пространства пациентов. Решение реабилитационных задач для всех участников (пациентов и членов семьи, медицинских работников) содержит следующие этапы: психообразовательный (направленный на повышение уровня психологической грамотности) и собственно психореабилитационный.

9. В рамках лонгитюдного исследования доказана эффективность новой технологии «обходных путей» в реализации программ психологической превенции алекситимии в детском и подростковом возрасте при отсутствии нарушений психического и соматического здоровья. Реализация данной программы в рамках образовательного процесса и включение в нее ближайшего микросоциального окружения (родителей и педагогов) повышает эффективность превентивных мероприятий и способствует усилению ресурсов психического и соматического здоровья человека.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук:

1. **Брель Е. Ю.** Некоторые факторы формирования алекситимического радикала в структуре личности / Е. Ю. Брель // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2004. – Вып. 5 (42). – С. 135–138. – 0,29 а.л.

2. Семке В. Я. Психологическая модель алекситимии в ракурсе факторного анализа / В. Я. Семке, **Е. Ю. Брель**, И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1 (52). – С. 93–95. – 0,21 / 0,9 а.л.

3. **Брель Е. Ю.** Проблема изучения алекситимии в психологических исследованиях / Е. Ю. Брель // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2012. – № 3 (51). – С. 173–176. – 0,29 а.л.

4. **Брель Е. Ю.** Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы) / Е. Ю. Брель, И. Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 4 (97) – С. 74–81. – 0,64 / 0,44 а.л.

5. **Брель Е. Ю.** Особенности алекситимического пространства в структуре личности с задержкой психического развития / Е. Ю. Брель // Теоретическая и экспериментальная психология. – 2017. – Т. 10, № 4. – С. 16–24. – 0,64 а.л.

6. **Брель Е. Ю.** Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности / Е. Ю. Брель // Сибирский психологический журнал. – 2018. – № 67. – С. 89–101. – DOI: 10.17223/17267080/67/7. – 0,93 а.л.

7. **Брель Е. Ю.** Возможности психологической превенции алекситимии / Е. Ю. Брель // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018. – № 1 (18). – С. 110–115. – 0,43 а.л.

8. **Брель Е. Ю.** Характеристики алекситимии в контексте психического здоровья / Е. Ю. Брель, И. Я. Стоянова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2018. – № 1. – С. 102–108. – DOI: 10.21603/2078-8975-2018-1-102-108. – 0,64 / 0,45 а.л.

9. **Брель Е. Ю.** Факторная структура алекситимии подростков в норме и при задержке психического развития неорганического генеза / Е. Ю. Брель // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. – 2018. – № 1 (43). – С. 147–156. – 0,71 а.л.

10. **Брель Е. Ю.** Возможности исследования алекситимии в подростковом и юношеском возрасте методом контент-анализа текста / Е. Ю. Брель // Казанский педагогический журнал. – 2018. – № 2 (127). – С. 193–195. – 0,21 а.л.

11. **Брель Е. Ю.** Изучение взаимосвязи выраженности алекситимии и уровня образованности в подростковом и юношеском возрасте / Е. Ю. Брель // Психология обучения. – 2018. – № 5. – С. 27–33. – 0,5 а.л.

12. **Брель Е. Ю.** Возможности лонгитюдного исследования развития алекситимии в структуре «практически здоровой» личности / Е. Ю. Брель // Казанский педагогический журнал. – 2018. – № 3 (128). – С. 186–190. – 0,36 а.л.

13. **Брель Е. Ю.** Психологические характеристики алекситимии в контексте психического здоровья и социального развития у современных подростков / Е. Ю. Брель, И. Я. Стоянова // Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. – 2018. – Т. 24, № 2 (174). – С. 97–105. – 0,63 / 0,4 а.л.

14. **Брель Е. Ю.** Возможности изучения факторной структуры алекситимического пространства / Е. Ю. Брель // Сибирский психологический журнал. – 2018. – № 68. – С. 82–92. – DOI: 10.17223/17267080/66/5. – 0,78 а.л.

15. **Брель Е. Ю.** Психологическая структура алекситимического пространства у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / Е. Ю. Брель, Н. А. Бохан, И. Я. Стоянова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2018. – № 2. – С. 90–96. – 0,5 / 0,2 а.л.

Монография:

16. Бохан Т. Г. Новые психологические контексты становления личности в меняющемся мире : монография / Т. Г. Бохан, **Е. Ю. Брель**, Д. Е. Власова, Э. В. Галажинский, О. Н. Галажинская, Е. В. Гуткевич, Е. Ю. Дьякова, В. И. Кабрин, Н. В. Козлова, И. О. Логинова, О. В. Лукьянов, Э. И. Мещерякова, И. Я. Стоянова, У. В. Танабасова, К. Г. Языков. – Томск : Издательский Дом Томского государственного университета, 2017. – 282 с. – 17,6 / 0,95 а.л.

Публикации в прочих научных изданиях:

17. **Брель Е. Ю.** Сказкотерапия детей младшего дошкольного возраста / Е. Ю. Брель // Сибирский психологический журнал. – 1996. – Вып. 3. – С. 52. – 0,06 а.л.

18. Стоянова И. Я. Причины нарушения психического здоровья у младших школьников и возможности психолого-профилактической работы / И. Я. Стоянова, **Е. Ю. Брель**, М. В. Гушенец // Актуальные вопросы психиатрии : материалы VIII-й научной сессии НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН. – Томск, 1997. – С. 55–56. – 0,14 / 0,05 а.л.

19. **Брель Е. Ю.** К вопросу о коррекции высокой тревожности у учащихся начальной школы / Е. Ю. Брель // Социально-педагогические аспекты формирования культуры личности в условиях Кузбасского региона : материалы научно-практической конференции. Кемерово, 19–21 марта 1997 г. – Кемерово, 1997. – С. 364–366. – 0,21 а.л.

20. Бородкина Е. В. К вопросу о классификации причин неуспеваемости младших школьников / Е. В. Бородкина, **Е. Ю. Брель** // Качество образования: кон-

цепции, проблемы оценки, управление : тезисы всероссийской научно-методической конференции. Новосибирск, 21–23 апреля 1998 г. – Новосибирск, 1998. – Ч. 1. – С. 122–123. – 0,14 / 0,07 а.л.

21. **Брель Е. Ю.** Отношения принятия в учебном процессе в трудах К. Роджерса / Е. Ю. Брель // Качество образования: концепции, проблемы оценки, управление : тезисы всероссийской научно-методической конференции. Новосибирск, 21–23 апреля 1998 г. – Новосибирск, 1998. – Ч. 1. – С. 123–125. – 0,21 а.л.

22. **Брель Е. Ю.** Проблемы развития тревожности у младших школьников / Е. Ю. Брель, С. В. Гайдук // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 12. – С. 79–84. – 0,43 / 0,23 а.л.

23. **Брель Е. Ю.** К вопросу диагностики, классификации и формирования задержек психического развития у младших школьников / Е. Ю. Брель // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 12. – С. 93–94. – 0,14 а.л.

24. **Брель Е. Ю.** К проблеме определения агрессии в отечественных и зарубежных психологических исследованиях / Е. Ю. Брель // Сибирская психология сегодня : сборник научных трудов. – Кемерово, 2002. – С. 179–184. – 0,57 а.л.

25. **Брель Е. Ю.** К вопросу изучения враждебности и агрессивности у студентов «помогающих специальностей» / Е. Ю. Брель, Л. И. Иванова // Здоровый ребенок – здоровая нация : сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. Кемерово, 25–28 февраля 2003 г. – Кемерово, 2003. – С. 22–23. – 0,14 / 0,07 а.л.

26. **Брель Е. Ю.** К вопросу о взаимодействии типов и направлений реакций на фрустрацию с видами агрессивного поведения у подростков / Е. Ю. Брель, М. В. Тихонова // Социальная работа в Сибири : сборник научных трудов. – Кемерово, 2004. – С. 153–158. – 0,43 / 0,23 а.л.

27. **Брель Е. Ю.** К проблеме изучения особенностей взаимосвязи алекситимии, агрессивности и тревожности в структуре личности / Е. Ю. Брель // Социальная работа в Сибири: сборник научных трудов. – Кемерово, 2004. – С. 174–178. – 0,36 а.л.

28. **Брель Е. Ю.** Агрессивность как компонент психологической структуры алекситимии / Е. Ю. Брель // Социальная агрессивность. Третьи Кузбасские философские чтения: материалы международной конференции. Кемерово, 27–28 мая 2004 г. – Кемерово, 2004. – Ч. I. – С. 152–154. – 0,21 а.л.

29. **Брель Е. Ю.** Некоторые факторы формирования алекситимии как предиктора психосоматического заболевания / Е. Ю. Брель // Актуальные проблемы социально-экономических и научно-технических исследований в Кузбассе : материалы научно-практической конференции. Кемерово, май 2004. – Кемерово, 2004. – Т. 2 : Секции: Политические науки; Юриспруденция; Культурология; Педагогика; Психология. – С. 95–99. – 0,36 а.л.

30. **Брель Е. Ю.** Проблема изучения алекситимии в современных психологических исследованиях / Е. Ю. Брель // Современные гуманитарные исследования в Сибири : материалы научно-практической конференции вузов Кузбасса. – Кемерово, 2004. – С. 95–99. – 0,36 а.л.

31. Тихонова М. В. Взаимосвязь фрустрационных реакций и типа агрессивного реагирования у подростков / М. В. Тихонова, **Е. Ю. Брель** // Социально-экономические и политические исследования в Сибири: материалы научно-практической конференции. Кемерово, ноябрь 2004. – Кемерово, 2004. – С. 98–100. – 0,21 / 0,11 а.л.

32. **Брель Е. Ю.** Психологические аспекты изучения факторной структуры алекситимии / Е. Ю. Брель // Проблемы теории, истории и практики в современных научных исследованиях : материалы научно-практической конференции ВУЗов Кузбасса. – Кемерово, 2005. – Т. 1. – С. 88–94. – 0,5 а.л.

33. **Брель Е. Ю.** Психологическая структура алекситимии / Е. Ю. Брель // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2005. – № 2 (22). – С. 44–48. – 0,36 а.л.

34. **Брель Е. Ю.** Возможности лонгитюдного исследования тревожности у подростков / Е. Ю. Брель, М. В. Тихонова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2005. – № 2 (22). – С. 48–52. – 0,36 / 0,2 а.л.

35. **Брель Е. Ю.** Возможности психологической коррекции алекситимии / Е. Ю. Брель // Проблемы теории, истории и практики в современных научных исследованиях. Экономика, государство и право, педагогика и психология: материалы научно-практической конференции ВУЗов Кузбасса. – Кемерово, 2006. – Т. 2. – С. 211–215. – 0,36 а.л.

36. Стоянова И. Я. Характеристики алекситимии в контексте психического здоровья в подростковом и юношеском возрасте. / И. Я. Стоянова, **Е. Ю. Брель** // Поляковские чтения – 2018. Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 90-летию Ю. Ф. Полякова) : материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 15–16 марта 2018 г. – М., 2018. – С. 315–318. – 0,14 / 0,1 а.л.

Издание подготовлено в авторской редакции.
Отпечатано на участке цифровой печати
Издательского Дома Томского государственного университета
Заказ № 03-0918 от «03» сентября 2018 г. Тираж 100 экз.
г. Томск Московский тр.8 тел. 53-15-28