

## ФЕНОМЕН АЛЕКСИТИМІЇ ТА ЙОГО РОЛЬ У ВИНИКНЕННІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ

### THE PHENOMENON OF ALEXITHYMIA AND ITS ROLE IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS

На сьогоднішній день доведено, що у більшості людей реакції на соціальний стрес є за межами норми та сприяють формуванню різних дезадаптивних реакцій: невротичні реакції, психосоматичні розлади, поведінкові відхилення. На перший план в змінах психічного стану тоді виходять дистрес, тривога та депресія. Одним із найпоширеніших способів реагування на стрес виступає соматизація. В сучасних умовах відмічається помітно підвищений рівень стресу у житті людини, в зв'язку з чим спеціалісти усе частіше стикаються з хворобливими станами, які майже неможливо пояснити лише клінічними проблемами. У багатьох зазначених ситуаціях стає необхідним залучення психолога, робота якого починається з діагностики психосоматичних розладів, а в подальшому потребується і супровід пацієнтів з метою покращення стану їх здоров'я та якості життя в цілому.

В роботі зазначено, що особливого значення набуває також соціальний аспект зазначеної проблеми. Не дивлячись на те, що у великій кількості випадків погіршення стану здоров'я призводить до звернень до медичних установ, але не завжди з встановленням справжніх причин хворобливого стану, зверненість до психологів, на жаль, і на сьогодні залишається не дуже високою.

Окреслено, що пацієнти з такими скаргами, як правило, не розуміють прихованих психічних порушень і вважають, що страждають звичайним соматичним захворюванням, в зв'язку з чим вони часто продовжують вимагати від медичних працівників додаткових або повторних досліджень і процедур навіть після того, як результати багаточисельних обстежень виявляються негативними.

Резюмовано, що все вищезазначене в сукупності може сприяти виникненню агресивних та депресивних проявів. Прояви агресії мають широкий спектр: від словесних висловлювань до фізичної дії, але її прояви можуть і не спостерігатись, бути несвідомо придушеними, виражатись у формі аутоагресії.

**Ключові слова:** алекситимія, аутоагресія, депресивний розлад, психосоматика, психодіагностика.

To date, it has been proven that most people's reactions to social stress are beyond the norm and contribute to the formation of various maladaptive reactions: neurotic reactions, psychosomatic disorders, behavioral deviations. Distress, anxiety and depression come to the fore in the changes of the mental state. One of the most common ways of responding to stress is somatization. In modern conditions, there is a markedly increased level of stress in a person's life, in connection with which specialists are increasingly faced with painful conditions that are almost impossible to explain only by clinical problems. In many of these situations, it becomes necessary to involve a psychologist, whose work begins with the diagnosis of psychosomatic disorders, and in the future, it is necessary to accompany patients in order to improve their health and quality of life in general.

It is stated in the work that the social aspect of the mentioned problem is also gaining special importance. Despite the fact that in a large number of cases, the deterioration of the health condition leads to referrals to medical institutions, but not always with the establishment of the true causes of the painful condition, referrals to psychologists, unfortunately, remain not very high even today.

It is outlined that patients with such complaints, as a rule, do not understand hidden mental disorders and believe that they are suffering from an ordinary somatic disease, in connection with which they often continue to request additional or repeated examinations and procedures from medical professionals even after the results numerous examinations are negative.

It is summarized that all of the above can contribute to the emergence of aggressive and depressive manifestations. Manifestations of aggression have a wide spectrum: from verbal expressions to physical actions, but its manifestations may not be observed, may be unconsciously suppressed, and may be expressed in the form of auto-aggression.

**Key words:** alexithymia, autoaggression, depressive disorder, psychosomatics, psychodiagnostics.

УДК 159.942:616.89-008.444.9]:[159.943:616.89-008.482]  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.65.30>

#### Лисенко І.П.

д.психол.н.,  
професор кафедри клінічної психології  
ТОВ «Київський інститут сучасної  
психології та психотерапії»

#### Крайлюк А.І.

к.психол.н.,  
доцент кафедри клінічної психології  
ТОВ «Київський інститут сучасної  
психології та психотерапії»

Недостатній рівень освіченості, незадовільні умови життя призводять до деструктивних способів реакції на стрес, що тільки погіршують стан здоров'я. Наявність алекситимії, що характеризується невідповідною обробкою емоцій, в свою чергу погіршує цю ситуацію і виступає одним із найбільш вагомих факторів виникнення психосоматичних захворювань. Агресивна поведінка при депресивних розладах може мати специфічні прояви, носити характер імпульсивних спалахів, непередбачуваних та неконтрольованих. Агресію також можна розглядати як спробу екстерналізації небажаних емоцій за відсутності адаптивних способів боротьби з ними. Зв'язок порушення

регуляції афектів та агресії може проявлятися по різному. У тенденції надмірно агресивно реагувати, навіть, на ідею виникнення загрози, або у намаганні впоратися зі своєю нездатністю регулювати емоції [1, 2].

Термін «алекситимія» був введений в результаті узагальнення спостережень за пацієнтами психосоматичної клініки, і в буквальному перекладі означає «без слів для почуттів» (тобто відсутність слів для опису почуттів). Загальними рисами, притаманними таким пацієнтам були труднощі ідентифікації власних почуттів, пошуку відповідних слів для їх опису, а також складнощі при розрізненні почуттів та тілесних відчуттів.

Феномен алекситимії спочатку представляв собою групу когнітивних особливостей, до якого включаються труднощі в ідентифікації почуттів, труднощі опису почуттів до інших, зовнішньо орієнтоване мислення та обмежену уявну здатність тощо. Таке визначення алекситимії стало найбільш впливовим у сучасних теоріях та дослідженнях. Альтернативою цього визначення, стало визначення, що алекситимія – це масштабне порушення емоційної обробки, що призводить до обмежених емоційної експресії та розпізнавання емоцій, яка є менш впливовою. Однак обидва підходи до пояснення цього явища сходяться на думці про те, що алекситимія – це дефіцит, нестача, або нездатність до емоційної обробки, а не захисний процес, і дефіцитарний погляд на алекситимію отримує все більше підтверджень в лабораторних дослідженнях [3, 4, 5].

Розробці концепції алекситимії передували спостереження, які встановили, що велика кількість пацієнтів, які страждають психосоматичними хворобами, виявляють труднощі у вербальному символічному вираженні емоцій.

Опитування таких осіб виявляє, що вони мало знають про свої власні почуття і в більшості випадків не в змозі пов'язати їх зі спогадами, конкретними ситуаціями тощо. До того ж, їх поведінка зовні може не співпадати з класичним визначенням алекситимії, оскільки в них можуть проявлятися інші порушення емоційної сфери.

Виділяють декілька груп рис, характерних для осіб, що мають алекситимію: розлади афективних та когнітивних функцій; порушення самосвідомості; особливі цінності та уявлення про світ.

За різними даними, серед хворих з психосоматичними діагнозами, близько 64 % страждають на алекситимію. Вчені сходяться на думці, що алекситимія є одним з факторів ризику виникнення психосоматичних розладів. Сучасний клінічний досвід та емпіричні дослідження підтверджують наявність взаємозв'язку між алекситимією та психосоматичними захворюваннями, проте алекситимія є характерною і для невротичних розладів, і так само може зустрічатися у здорових осіб.

В науковій літературі існують різні підходи до пояснення природи явища алекситимії. Виходячи з соціокультурного трактування, феномен алекситимії пов'язують із низьким соціальним статусом, з невисоким рівнем освіти та відсутністю мовленнєвої культури. З точки зору психоаналізу, алекситимія розглядається як захисний механізм, що працює проти афектів, які непідвладні особистості [6, 7, 8].

При алекситимії характерним є не відсутність емоцій чи здатності їх виражати, а скоріше складнощі ідентифікації, аналізу та опису

їх як почуттів, не просто номінальне визначення тієї чи іншої емоції а ментальна обробка її та можливість аналізу виникнення та здатність витримувати такі почуття.

Натомість обмежена здатність осіб з алекситимією до таких опрацювань, до регулювання та моделювання тривожних, неприємних емоцій призводить до переведення з когнітивного простору до соматичного, де розрядка емоційного збудження відбувається як негайно.

Існують наукові підходи, в межах яких, алекситимію розглядають як результат психологічної травми у ранньому віці, що призвела до порушень у психологічному аспекті розвитку. З цієї точки зору алекситимія – неспецифічний розлад переживання та протікання емоцій, характерний для осіб з менш організованою структурою психіки. Відповідно до таких поглядів, особи з алекситимією використовують незрілі механізми психологічного захисту – відреагування, заперечення, проєктивну ідентифікацію.

Клінічні спостереження підтверджують ідею, що особи з високим ступенем алекситимії в основному використовують примітивні захисні сили, мають обмежену здатність до емпатії та виявляють дефіцит менталізації.

З найвідоміших, зупинимось на двох моделях, які пояснюють феномен алекситимії та її роль у формуванні психосоматичних розладів. Перша модель спирається на ідею глобального гальмування афектів. Згідно з нею, можна припустити «зворотність» синдрому алекситимії. Однак у багатьох випадках прояви алекситимії незворотні навіть при тривалій психотерапії. Друга модель – «модель дефіциту», відповідно до якої має місце не гальмування, а відсутність відповідних психічних функцій, що може призвести до зниження здатності символізувати інстинктивні потреби та фантазувати, що не буде мати зворотнього процесу.

Біопсихосоціальний підхід сучасної медицини вказує на те, що здоров'я особистості невід'ємно пов'язане як з природними, так і соціальними факторами. При такому розумінні, хворобливі зміни є індикатором, який чітко відображає зміни в широкому контексті. Психосоматичний підхід пояснює взаємодію між біологічними та психологічними факторами та їх вплив на розвиток і перебіг захворювань; вплив негативних стресових факторів на регуляцію соматичних процесів; вплив психосоціальних чинників на розвиток захворювань; вплив хронічного стресу на реакції імунної, серцево-судинної, дихальної систем тощо, а також необхідність надання психологічної допомоги для профілактики, лікування та реабілітації пацієнтів із соматичними захворюваннями. Психогенний фактор у вивченні хворіб сприяє багатофакторному розгляду захворювання.

Великий вклад до вивчення феномену соматизації та пояснення виникнення психосоматичних захворювань внесли в першу чергу фізіологи. При переживанні людиною люті відбувається налаштування вегетативних функцій організму на вимоги зовнішньої активності. Підготовка організму відбувається і тоді, коли участь у події є виключно емоційною. Людина знаходиться в готовності переживання, що дозволяє їй впізнавати певні події як екстремальні, а ця готовність в подальшому перетворюється на готовність до фізичних дій. Кожна екстремальна ситуація сприяє запуску захисних механізмів на руховому, вісцеральному та нейрогормональному рівнях. У випадку, якщо загроза для організму залишається, сили для підтримки внутрішньої рівноваги мають залишатися активними більш тривалий час, що може викликати функціональні, а також органічні порушення активованих систем.

Г. Сельє одним з перших описав патогенез стресу. Поняттям «стресор» він зазначив фізичні, хімічні і психологічні навантаження, які може відчувати організм. Фізичне або душевне навантаження або перевантаження вимагає стресової реакції організму, пристосування до незвичних впливів. Цей процес відбувається з проявом так званого адаптаційного синдрому, неспецифічної реакції, в якій виділяють 3 фази: стадію реакції тривоги; стадію опору; стадію виснаження. Г. Сельє обґрунтував свої гіпотези в досліджах на тваринах і зміг виявити гуморальні і морфологічні зрушення. Він вважав, що загальний адаптаційний синдром протікає по-різному, в залежності від вихідного стану організму. У фазі опору здійснюється власне адаптація організму, в наступній фазі він виснажується, відбувається злам регулюючих механізмів організму з незворотними соматичними змінами.

Дослідження життєвих подій показали, що частота та інтенсивність змін в житті – і тим самим необхідний рівень адаптації – нарастають перед маніфестацією захворювання. При вивченні стресових реакцій на реальній чи уявній втраті об'єкта, було встановлено, що якщо втрата веде до почуття безпорадності та безнадійності, надалі часто виникають психосоматичні захворювання.

У подальших дослідженнях стресу більшу увагу надавали суб'єктивному переживанню зовнішніх стресорів. Очікування дії по-різному переживаються різними людьми, в залежності від віри у власні можливості, радості від діяльності тощо. Опанування ситуацією визначається індивідуальним значенням конкретної ситуації для конкретної особи. Модель стресу виявилася дієвим мостом між фізіологією з одного, і психологією з іншого боку, і надзвичайно стимулювала психосоматичні дослідження.

Перші природно-наукові психосоматичні теорії пов'язані з психоаналізом. З. Фрейдом була запропонована модель істеричної конверсії, яка пояснювала тілесні порушення символічним способом вираження пригнічених внутрішньо психічних конфліктів. Ним було визначено психічний патогенний «агент» (афект або афективний конфлікт) і запропоновано для пояснення цього процесу механізм символічної конверсії. Важливим була наявність «логічно зрозумілого» зв'язку між змістом афективного конфлікту та клінічними симптомами, які проявлялися. З точки зору психоаналізу, якщо конверсія на орган є оборотною, тоді можна вважати появу неврозу. Якщо ж зміни не піддаються зворотному розвитку і призводять до руйнування органу, то мова буде йти про психосоматичне захворювання.

Щодо теорій особистості, основною ідеєю виступало те, що люди, які мають одні і ті ж самі хвороби, подібні за своїми особистісними особливостям, що в свою чергу і є вирішальним у виникненні захворювання. Якщо емоція не отримала відповідного вираження, хронічне напруження переходить у хронічні супутні вегетативні порушення. На перший план висувається ідея взаємодії особистісних особливостей з психологічними факторами зовнішнього середовища та описання профілів особистості для хворіб, які більшою мірою залежали від особистісних факторів. Авторка стверджувала, що дана концепція дозволяє розглядати хворобу в широкому контексті життєдіяльності людини, що не обмежується внутрішньопсихічною сферою. На основі багаторічної роботи та аналізу було виділено профілі особистості, що сприяють розвитку відповідних захворювань: «коронарний», «гіпертонічний», «алергічний» та «схильний до пошкоджень» типи особистості [9, 10, 11, 12].

Концепція «профілю особистості» отримала широке поширення, і в подальшому в різних країнах авторами було проведено численні дослідження зв'язків між типами особистості пацієнтів і психосоматичними захворюваннями, характерними для даних типів.

Проте, незважаючи на те, що результати численних досліджень дійсно відображають існування певних кореляцій між особливостями особистості та характером психосоматичних розладів, концепція «профілю особистості» вважається в цілому не підтвердженою. По-перше, між хворобою і психікою існує різна спрямованість причинно-наслідкових зв'язків (особистісні особливості обумовлюють схильність до певних захворювань, і одночасно сама хвороба веде до змін психіки), і статистичні кореляції свідчать лише про наявність взаємозв'язку, але висновки про те, яка з взаємопов'язаних змінних є причиною, а яка – наслідком, є лише суб'єктивними припущеннями.

По-друге, аналіз отриманих даних свідчить про те, що виявлені взаємозв'язки між особистісними особливостями та психосоматичними захворюваннями є окремими випадками єдиної загальної закономірності. Ряд авторів схильні відмовитися від пошуку профілів особистості та замінити цей аспект досліджень описом особливостей особистості психосоматичного хворого взагалі, розглядаючи в якості базисної характеристики наявність інфантильної особистісної структури, невротичної життєвої позиції та, ймовірно, алекситимії.

Згодом в науці виникає альтернативне поняття вегетативного неврозу, введене Ф. Александером. Він підкреслював значення психодинамічного конфлікту як більш важливого в природі психосоматичного розладу, ніж особистісний профіль. Він вважав, що в етіології психосоматичних розладів існує три важливих чинників: успадкована (або рано набута) системна недостатність; психологічні патерни конфлікту та сформований в ранньому дитинстві захист; актуальні життєві ситуації.

Були також спроби виокремити певні загальні для всіх людей життєві ситуації або переживання, які можуть призводити до появи психосоматичних розладів, проте такі пошуки також не дали результатів. Загалом, вважалось не важливим, що переживає людина та через які причини. Більш важливим було те, як саме людина перетворює пережитий досвід, тому науковці притримуються думки про те, що скоріше не самі конфлікти, а лише тип і характер їх переробки можуть виявитися подібними у осіб з проявами соматизації. Припускається, що саме специфічний характер переробки конфліктних переживань може бути підставою для класифікації та терапії різних психосоматичних станів.

Соматичні симптоми мають різні психологічні та соціальні функції, а також пов'язані з системою переконань особистості. Внутрішні конфлікти та невротичні типи реакцій обумовлюють картину органічного страждання, його тривалість, перебіг і навіть резистентність до терапії.

Поширеність алекситимії у загальній популяції становить приблизно 10%, тоді як серед пацієнтів із психосоматичними розладами відмічається значно вищий рівень прояву алекситимії (приблизно 40–60%). Алекситимія вважається ключовим фактором, що має зв'язок з розвитком психосоматичного процесу, а також однією з неврологічних причин фізичних захворювань.

Також дослідники повідомляють про те, що алекситимія спостерігається при синдромі роздратованого кишечника та функціональній диспепсії, 66% з таких пацієнтів мали достатньо високі показники за шкалами алекситимії. В інших дослідженнях вказується на те, що

алекситимія спостерігалася у 67% пацієнтів із панічними атаками та приблизно у 13% пацієнтів з обсесивно-компульсивними розладами та фобіями. Також відмічається, що серед клінічних вибірок, пацієнти з депресією мали достатньо високий рівень алекситимії.

Дефіцит когнітивної обробки емоції є основою конструкту алекситимії. Згідно з результатами досліджень припускається, що особи з високим рівнем алекситимії сприймають слова, пов'язані з хворобою, як більш емоційні порівняно зі словами, що виражають негативні емоції. Така схильність уваги до слів, пов'язаних із хворобою, узгоджується з ідеєю про те, що емоції людей, що мають виражену алекситимію, недостатньо представлені психічно. Це в свою чергу призводить до їх схильності зосереджуватись на соматичних відчуттях, що супроводжують емоційне збудження, і неправильно трактувати їх як ознаки хвороби. Цей механізм лежить в основі зв'язку алекситимії та психосоматичних захворювань.

Таким чином, феномен алекситимії залишається важливою темою для клінічної психології та медицини, та найчастіше за все розглядається у контексті сучасних досліджень. У багатьох дослідженнях встановлено прямий зв'язок алекситимії із розвитком психосоматичних захворювань. Алекситимія є одним із основних параметрів, на який необхідно орієнтуватися для прогнозування ймовірності виникнення соматизації.

Важливим є зв'язок алекситимії, психосоматичних захворювань та захисних механізмів, які використовує особа в ситуаціях стресу. Замість використання невротичних засобів захисту, особи із алекситимією найбільш ймовірно використовують примітивні захисні механізми.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Beckendam C. C. Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation, alexithymia and empathy: doctoral dissertation. Santa Barbara. 1997.
2. Berkman L. F. The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*. 1995. № 57. P. 245–254.
3. Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment relationships *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994. №59. P. 228–249.
4. Fonagy P. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*. 1997. № 9. P. 679–700.
5. Goerlich K. S. The Multifaceted Nature of Alexithymia. *Neuroscientific Perspective. Frontiers in Psychology*. 2018. //www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6124373/.
6. Krystal H. *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, and Alexithymia*. Hillsdale, NJ. 1988.
7. Levant R. F. Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*. 2009. № 10. P. 190–203.

8. Lumley M. A. Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996. №41. P. 519–530.

9. Terluin B. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multi-dimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*. 2006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1590008/>.

10. Vermeulen N. Alexithymia and the automatic processing of affective information: Evidence from the affective priming paradigm. *Cognition & Emotion*. 2006. № 20. P. 64–91.

11. Warner B. J. The relationship between alexithymia, wellness, and substance dependence: Doctoral Dissertation. New Orleans. 2007. 560 p.

12. Wearden A. Adult attachment, alexithymia, symptom reporting, and health-related coping. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003. №55. P. 341–347.