

# ФЕНОМЕН АЛЕКСИТИМИИ У ЛИЦ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сперанская О.И., Смирнов В.К., Богданов К.А., Ларина И.Г., Терентьева И.Г.

ФГБУ «ГНЦССП имени В.П.Сербского» Минздравсоцразвития РФ,  
БУЗ ВО Воронежский областной наркологический диспансер

*В статье рассматриваются особенности проявления феномена алекситимии у лиц с табачной зависимостью.*

*Установлена связь алекситимии с неблагоприятным течением табачной зависимости, выраженностью клинических симптомов патологического влечения к курению табака и коморбидных аффективных расстройств, а также с первичной резистентностью к никотинозаместительной и психофармакотерапии.*

*Приводятся направления терапевтического воздействия при табачной зависимости, способные оказывать влияние как на патологическое влечение к курению табака, так и на выраженность алекситимии.*

**Ключевые слова:** *табачная зависимость, алекситимия, патологическое влечение к курению, резистентность к терапии*

## ALEXITHYMIA IN TOBACCO DEPENDENT PATIENTS

O.I.Speranskaya, V.K.Smirnov, K.A.Bogdanov, I.G.Larina, I.G.Terentieva

The Serbsky State Research Centre of Social and Forensic Psychiatry, Moscow  
Voronezh Regional Narcological Dispensary

*The paper explores the evaluation of alexithymia signs in tobacco dependent patients.*

*The correlation of alexithymia with tobacco dependence symptoms, comorbid affective disorders and resistance to nicotine replacement therapy is presented.*

*The approaches of adjuvant therapy including, along with pharmacological treatment some of non-drug methods are described.*

**Key words:** *tobacco dependence, alexithymia, craving for tobacco, therapy resistance to NRT*

Алекситимия, как совокупность эмоционально-личностных свойств больных с психосоматическими расстройствами впервые описана психоаналитиками Sifneos P.E. [15] и Nemiah J.C. [14].

Авторами был представлен особый тип аффективно-когнитивного реагирования, характеризовавшийся трудностями определения (идентификации) и словесного описания ощущений и эмоций, разграничения и анализа эмоциональных состояний и телесных ощущений; склонностью к фиксации на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. К алекситимическим свойствам личности было также отнесено снижение способности к символизации, бедность фантазии. Эмоциональные особенности

лиц с алекситимическими чертами, проявлялись периодически возникавшими состояниями раздражительности, вспышками гнева [2,6].

Была выдвинута гипотеза, согласно которой, ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта вызывает усиление соматического компонента эмоционального возбуждения с формированием ипохондрических и психосоматических расстройств [2].

Установлена прямая положительная корреляционная связь между выраженностью алекситимии и депрессии [2,3].

Это, казалось, должно было обеспечить высокую эффективность применения методов психотерапии в лечении данного контингента. Однако, именно неудачи в проведении психоанализа, нацеленного на исследование внутреннего мира пациентов, позволили Sifneos P.E. [15] выделить эту особую, названную им «алекситимической» группу депрессивных больных.

Алекситимические черты чаще выявляются у лиц пожилого возраста, чем в других возрастных группах, а также при патологии влечений – зависимости от алкоголя, никотина, наркотиков[4]. Уровень алекситимии у больных с психическими расстройствами значительно выше, чем у лиц, не имеющих психической патологии [2].

Выраженность алекситимии многие авторы связывают с дисфункцией правого полушария, лежащей в основе нарушения первичных этапов эмоционального восприятия, а также со снижением межполушарной передачи эмоциональной информации[3].

Значимость алекситимии как фактора, обуславливающего низкую эффективность терапии, подчеркивалась при описании депрессивных и психосоматических расстройств [2,3,13,17,18].

Изучение результатов терапии табачной зависимости [4] также показало, что низкой эффективности лечения соответствует выраженность алекситимии у курящих лиц.

Глобальный опрос взрослого населения РФ о потреблении табака [1] показал, что эффективность лечения табачной зависимости (ТЗ), (т.е.

прекращение курения длительностью не менее полугода после окончания терапии) в целом является достаточно низкой и составляет не более 11,2 %.

Сходные результаты применения международных терапевтических стандартов оказания помощи при отмене курения отмечаются и в странах, занимающих лидирующее положение в мире по интенсивности антитабачной пропаганды [11, 19, 20].

По нашим наблюдениям, более 40% случаев неэффективности лечения ТЗ связано с формированием терапевтической резистентности к никотинозаместительной терапии (НЗТ), которая проявляется как первичная (с отсутствием эффекта применения НЗТ при первых попытках отмены курения) и вторичная (возникающая при повторных попытках отмены курения) [7,8].

**Цель исследования** – изучение возможности использования феномена алекситимии как прогностического критерия развития первичной или вторичной резистентности к НЗТ у лиц с табачной зависимостью для разработки тактики дальнейшей терапии.

#### **Методика исследования**

Исследовались особенности проявления алекситимии у лиц с ТЗ, имевших первичную (165 наблюдений – 1 группа) и вторичную (160 наблюдений – 2 группа) резистентность к НЗТ, а также у пациентов, не имевших резистентности к НЗТ (3-я – контрольная группа – 100 наблюдений).

Для оценки алекситимии использована 20-ти пунктовая Торонтская алекситимическая шкала (TAS) [8,9], которая позволяет ранжировать степень выраженности основных алекситимических черт.

Российский адаптированный вариант алекситимической шкалы [2] содержит 26 пунктов, где выраженность каждого из признаков определяется в баллах от 1 (полное отрицание присутствия признака) до 5 (отчетливое осознание его наличия).

Балльная оценка уровня алекситимии –  $\leq 60$  выявляется у лиц, не имеющих психической патологии или состояний зависимости [2].

Алекситимический показатель  $\geq 70$  баллов отмечался в группе больных с психосоматическими заболеваниями и пограничными психическими расстройствами [2,3].

Оценка  $\geq 74$  баллов соответствует преобладанию алекситимических черт личности [2].

Клиническая характеристика ТЗ у обследованных лиц проводилась путем оценки выраженности отдельных компонентов синдрома патологического влечения к курению табака (ПВК) – идеаторного, вегетативно-сосудистого, невротического в баллах (от 0 до 4) в соответствии с методическими указаниями Фармакологического комитета МЗ РФ по изучению лиц с табачной зависимостью [5]. Исследование идеаторного компонента ПВК включало оценку следующих характеристик возникновения и исчезновения мысленных (образных) воспоминаний и представлений, а также желания курения:

- произвольность-непроизвольность (потеря контроля «Я» над возникновением, течением, исчезновением мыслей и представлений о курении);
- ассоциативный характер возникновения воспоминаний и представлений курения;
- возможность произвольного прекращения воспоминаний и представлений курения при переключении внимания.

Исследование особенностей аффективной сферы включало оценку выраженности коморбидной ТЗ аффективной симптоматики по шкале депрессии Гамильтона (НАМ-D) [12].

## **Результаты**

Клинико-психопатологическое исследование показало, что синдром патологического влечения к курению (ПВК) у пациентов с первичной и вторичной терапевтической резистентностью характеризовался крайней степенью интенсивности проявления идеаторного компонента в виде непроизвольно возникающих мысленных воспоминаний и представлений о курении (в группе 1 –  $4 \pm 0,00$  балла, в группе 2 –  $3,8 \pm 0,4$  балла).

Высокую степень выраженности имели также вегетативно-сосудистый (в 1-ой группе –  $3,81 \pm 0,067$ , во 2-ой группе –  $3,6 \pm 0,7$  балла) и невротический (в группе 1 –  $3,75 \pm 0,073$  и в группе 2 –  $3,8 \pm 0,40$ ) компоненты ПВК.

В контрольной группе идеаторный компонент ПВК характеризовался средней интенсивностью ( $1,67 \pm 0,083$  балла) воспоминаний и представлений о курении, которые возникали по ассоциации (с запахом, видом табачных изделий и т.д.) или произвольно, с возможностью их исчезновения при переключении внимания. Различия в выраженности с 1 и 2 группами были достоверны ( $p < 0,01$ ).

Интенсивность вегетативно-сосудистых расстройств составляла  $1,33 \pm 0,083$  балла, невротических –  $1,33 \pm 0,083$  балла, что было ниже ( $p < 0,01$ ), чем в группах 1 и 2.

Пациенты с ТЗ, как правило, не высказывали жалоб на сниженное настроение, однако у лиц с первичной и вторичной резистентностью к НЗТ целенаправленный расспрос и использование шкалы депрессии Гамильтона выявляли расстройства депрессивного спектра:

- сниженное настроение (выраженностью не менее 2 баллов);
- наличие чувства вины (2 балла);
- беспокойство (1-2 балла);
- психическую (до 2 баллов) и соматическую (до 2-3 баллов) тревогу;
- симптомокомплекс диссомнических нарушений с тревожным прерывистым ночным сном (1-2 балла), ранним пробуждением по утрам (1-2 балла), отсутствием ощущения полноценного отдыха при пробуждении (1-2 балла).

Суммарный балл депрессивных расстройств составлял  $17,56 \pm 0,10$  у пациентов 1-ой группы и  $14,41 \pm 0,86$  баллов у пациентов 2-ой группы, что соответствовало наличию депрессии субклинического уровня.

В контрольной (3-ей) группе уровень депрессивной симптоматики составлял  $5,14 \pm 0,82$  баллов ( $p < 0,01$  по сравнению с группами 1 и 2), т.е.

отдельные проявления депрессивных расстройств имели не субклинический, а субсимптоматический уровень и были обусловлены не проявлениями депрессии, а наличием сопутствующих соматических заболеваний.

Исследование алекситимии у лиц с первичной и вторичной резистентностью к НЗТ показало, что степень выраженности алекситимических черт (уровень алекситимии) была тесно связана с эмоционально-личностными особенностями пациентов (таблица 1).

**Таблица 1.**  
**Выраженность алекситимии (в баллах) у курящих лиц с первичной терапевтической резистентностью и в контрольной группе**

	Истеро- эпилептоидные (n=97)	Шизо- эпилептоидные (n=36)	Эпилептоидные (n=32)	Контрольная группа (n=100)
Алекситимия	76,36±0,13**	80,61±0,5**	65,3±0,9*	57,58±0,19

где \*\* - достоверность различий с контрольной группой –  $p < 0,01$ ;

\* - достоверность различий с контрольной группой –  $p \leq 0,05$ .

Исследования показали, что значение выше 74 баллов (которое характеризует пациентов как «алекситимических») было отмечено у лиц с эмоционально-личностными особенностями сложной структуры – истеро-эпилептоидной и шизо-эпилептоидной. Эти же пациенты имели клинически значимый уровень коморбидных аффективных расстройств, соответствующий депрессивному состоянию легкой степени (субдепрессии): 17,56±0,1 – при шизо-эпилептоидной структуре личности, 17,11±0,20 - при наличии истеро-эпилептоидной структуры.

Алекситимию в пределах 65 (65,38±0,16) баллов имели пациенты с первичной терапевтической резистентностью и наличием не сложных, а специфических (эпилептоидных) патохарактерологических черт личности. Такой уровень алекситимии, по данным Ересько Д.Б. с соавторами [2], встречается у пациентов с пограничными психическими расстройствами.

Выраженность коморбидной аффективной симптоматики в данной подгруппе была самой низкой (суммарный балл по шкале Гамильтона –  $11,28 \pm 0,18$ ), хотя субдепрессивный уровень расстройств сохранялся.

У пациентов контрольной группы уровень алекситимии составлял  $54,70 \pm 0,61$ , что соответствует величине алекситимии у здоровых лиц [2], с отсутствием коморбидных аффективных расстройств (суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона –  $6,55 \pm 0,83$ ). Отчетливых признаков патохарактерологических расстройств или поведенческих реакций в данной группе лиц с ТЗ не выявлялось.

Для всех пациентов с высоким уровнем алекситимии типичными были положительные ответы на следующие вопросы анкеты Торонтской шкалы: «Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю», «Мне трудно находить правильные слова для своих чувств», «Я часто не знаю, почему сержусь», «Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства»; и отрицательные – на утверждения типа «Я часто мечтаю о будущем», «Я так же легко могу заводить друзей, как и другие».

Использование непараметрических статистических критериев (критерий Z Уилкоксона) показало достоверность различий по уровню алекситимии между подгруппами пациентов с табачной зависимостью, имеющих шизо-эпилептоидную и истеро-эпилептоидную структуру личности ( $-7,498$ ;  $p < 0,01$ ), что проявлялось в степени выраженности алекситимических черт.

Например, пациенты с шизо-эпилептоидными чертами давали максимальную оценку (5 баллов) такому явлению, как затруднение в дифференциации эмоциональных состояний, а при наличии истеро-эпилептоидных черт те же проблемы оценивались более умеренно, в 3-4 балла. Также были установлены достоверные различия между пациентами со сложной (шизо-эпилептоидной) структурой личности и пациентами со специфической (эпилептоидной) структурой (Z критерий Уилкоксона -  $7,149$  при  $p < 0,01$ ); между пациентами с истеро-эпилептоидной и эпилептоидной структурой личности (Z критерий Уилкоксона  $-8,626$  при  $p < 0,01$ ).

Выявлена достоверность различий по уровню алекситимии ( $p < 0,01$ ) между пациентами с первичной терапевтической резистентностью в целом и контрольной группой.

У курящих лиц с вторичной терапевтической резистентностью уровень алекситимии не превышал значений, определяемых у пациентов с пограничными психическими расстройствами независимо от характеристики эмоционально-личностных особенностей (таблица 2).

**Таблица 2.**  
**Выраженность алекситимии (в баллах) у курящих лиц с вторичной терапевтической резистентностью и в контрольной группе**

	Истеро- эпилептоид ные (98)	Шизо- эпилептоидны е (n=21)	Шизоидные (n=41)	Контрольная группа (n=100)
Алекситимия	61,52±0,9*	65,56±1,7*	63,05±1,5*	57,58 ±1,9

где \* - достоверность различий -  $p \leq 0,05$

Различия в выраженности алекситимии между выделенными с учетом эмоционально-личностных особенностей группами курящих лиц с вторичной терапевтической резистентностью недостоверны. Различия лиц с вторичной терапевтической резистентностью и контрольной группы по выраженности алекситимии достоверны ( $P < 0,05$ ).

### Обсуждение

Результаты исследования выявили у всех лиц с терапевтической резистентностью повышение уровня алекситимии по сравнению с пациентами контрольной группы.

«Алекситимический» ( $\geq 74$  баллов по Торонтской алекситимической шкале) уровень выраженности определялся только у пациентов с первичной терапевтической резистентностью и сложной структурой эмоционально-личностных расстройств.

Выраженность алекситимии, соответствующая «пограничному» уровню ( $\leq 70 \geq 60$  баллов) выявлялась у лиц с первичной терапевтической



резистентностью и специфической (эпилептоидной) структурой личности, а также у всех пациентов с вторичной резистентностью, независимо от структуры эмоционально-личностных черт.

Максимальная выраженность алекситимии ( $\geq 80$  баллов) –  $82,7 \pm 0,1$  у лиц с первичной терапевтической резистентностью коррелировала ( $r = ,759$ ,  $P < 0,01$ ) с высокой степенью проявления идеаторного компонента ПВК (интенсивность 4 балла).

Установлена ассоциация (прямая линейная положительная связь) между выраженностью идеаторного компонента патологического влечения к курению и уровнем алекситимии; между выраженностью коморбидных аффективных расстройств (в баллах шкалы депрессии Гамильтона) и алекситимией.

Применение, наряду с базисной никотинозаместительной терапией, других терапевтических подходов (прием препаратов антидепрессивного действия) показало наличие отрицательной корреляционной связи между выраженностью аффективных расстройств в структуре патологического влечения к курению табака у «алекситимических» курящих лиц и терапевтической динамикой вегетативного компонента патологического влечения: (коэффициент  $r = -0,398$ ,  $p < 0,05$ ). То есть, чем в большей степени выражены коморбидные аффективные расстройства у лиц с табачной зависимостью, имеющих повышенные значения алекситимии, тем в меньшей степени поддается терапии симптоматика вегетативного компонента патологического влечения.

Высокий уровень алекситимии до лечения отрицательно коррелировал с динамикой аффективных расстройств в процессе психофармакотерапии (коэффициент корреляции  $r = -0,5$ ,  $p < 0,01$ ). То есть, чем больше выражена величина алекситимии, тем в меньшей степени подвержены терапевтической динамике компоненты синдрома патологического влечения к курению.

Полученные данные имеют значение для прогноза возможности формирования резистентности к терапии при назначении препаратов НЗТ.

С другой стороны, выявленная связь алекситимии с высоким уровнем выраженности патологического влечения к курению табака и резистентностью к базисной терапии табачной зависимости, способствовала разработке новых терапевтических подходов к лечению заболевания.

Имея в виду связь между выраженностью алекситимии и дисбалансом симпатическо-адреналовой и гипоталамо-гипофизарной систем с изменением содержания кортизола, адренкортикотропного гормона и норадреналина [2], нами были разработаны методики лечения лиц, имеющих табачную зависимость, путем активизации глюкокортикоидной, адренергической и норадренергической систем, дифференцированно у курящих мужчин и женщин, с помощью применения метода биорезонансной терапии [9,10].

Применение указанных методик позволяет добиваться прекращения курения с полным регрессом отдельных компонентов синдрома патологического влечения к курению табака, коморбидных аффективных расстройств и алекситимии [8].

### **Выводы**

1. Выраженность алекситимии в сочетании с высоким уровнем патологического влечения к курению табака и коморбидной аффективной симптоматикой достоверно свидетельствует о наличии первичной резистентности к препаратам никотинозаместительной терапии у лиц с табачной зависимостью.
2. Максимальные значения уровня алекситимии определяются у курящих лиц, имеющих первичную терапевтическую резистентность и эмоционально-личностные особенности сложной структуры - истероэпилептоидной и шизоэпилептоидной; меньшей степени выраженности алекситимии соответствует наличие специфических (эпилептоидных) личностных черт.
3. У курящих лиц с вторичной резистентностью к никотинозаместительной терапии выраженность алекситимии относительно невысока и не имеет достоверной связи с возникновением резистентности.

4. Наличие высокого уровня алекситимии ухудшает прогноз применения комплексной терапии табачной зависимости в виде сочетания никотинозаместительной и психофармакотерапии.
5. Прекращение курения у лиц, имеющих высокий уровень алекситимии и резистентность к НЗТ, достигается путем включения в терапевтический комплекс нелекарственных методов лечения, позволяющих оказывать избирательное влияние на отдельные биологически активные системы организма, связанные с формированием алекситимии.

## Литература

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака// (GATS), Российская Федерация, 2009 г., 168 с.
2. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. // Пособие для психологов и врачей. - Санкт-Петербург., 2005.-24с.
3. Калинин В.В. Максимова Е.А. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом больных с паническим расстройством //Социальная и клиническая психиатрия. – 1995, т. 5, № 4, с. 57-62.
4. Литвинов Е.В. Сравнительная оценка функционального состояния ВНС у курящих и некурящих студентов с ХОБЛ, разделенных по показаниям алекситимичности, на основе исследования ВСР с применением дыхательной пробы. // Вестн. Нов. Мед. Технол. – 2006, т. 13, № 1, с. 45-47.
5. Смирнов В.К., Качаев А.К. В.К., Музыченко А.П., Метелица В.И., Островская Т.П., Филатова Н.П. Методические указания по клиническому изучению антитабачных лекарственных препаратов. // ВНИИ общей и судебной психиатрии им.

- В.П.Сербского, Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР, Москва, 1986, 20 с.
6. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Ж. неврологии и психиатрии им Корсакова. – 1994, т. 53, № 3, с. 18-24.
  7. Сперанская О.И. Применение препарата пиразидол для преодоления терапевтической резистентности при табачной зависимости. // Наркология – 2009, № 3, с.54-59.
  8. Сперанская О.И., Смирнов В.К. Гендерные различия при табачной зависимости. // Наркология – 2010, №5, с.67-73.
  9. Сперанская О.И., Смирнов В.К. Патент на изобретение №2428163 Способ лечения табачной зависимости у женщин, 2009.
  10. Сперанская О.И., Смирнов В.К. Патент на изобретение №2428164 Способ лечения табачной зависимости у мужчин, 2009.
  11. Grosshans M., Mutschier J. et al. Reduced affective symptoms during tobacco dependence treatment with varenicline. // Addiction – 2009, Vol. 104, №9, pp. 859-861.
  12. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness.// Brit. J. Soc. Clin. Psychol. – 1967, Vol. 6, pp. 278-296.
  13. Krystal H., Krystal J.H. Integration and self-healing: affect, trauma and alexitimia //Hilldale, NJ, US: Analytic Press, Inc., 1988, 204 p.
  14. Nemiah J.C. Alexitimia: theoretical considerations.//Psychoter. Psychosom. – 1977, V.27, pp. 199-206.
  15. Sifneos P. E. et al. The phenomenon of alexithymia observations in neurotic and psychosomatic patients // Psychoter. Psychosom. –1977, Vol. 28, N 1-4, pp. 45-47.
  16. Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment //Am. J. Psychiat. –1984, V. 141, №5, pp. 725-732.

17. Taylor G.J, Bagby R.M., Parker J.D.A. The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures// J. Psycho. Res. – 2003, №55, pp. 277-283.
18. Thorberg F.A., Young R.McD., Sullivan K.A., Lyvers M. Parental bonding and alexitymia:A meta-analysis //European Psychiatry – 2011, Vol. 26, N3, pp.187-193.
19. Tschabitscher P., Homaier I., Lichtenschopf A. Varenicline-pharmacological therapy of tobacco dependence. // Wien Med. Wochenschr. – 2009, Vol. 159, №1-2, pp. 17-23.
20. World Health Organization: Proposal for inclusion of nicotine replacement therapy in the WHO list of essential medicine – 2008, 157p.