Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Национальный исследовательский Томский государственный университет»

На правах рукописи



Брель Елена Юрьевна

АЛЕКСИТИМИЯ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕВЕНЦИИ

19.00.04 – Медицинская психология

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Научный консультант
доктор психологических наук, профессор
Стоянова Ирина Яковлевна

Томск – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ..... 4
1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ АЛЕКСИТИМИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ 16
1.1 Содержательные характеристики феномена алекситимии в контексте психического здоровья 16
1.2 Концепции формирования и развития алекситимии..... 27
1.3 Проблема типологии алекситимии в медико-психологических исследованиях 36
1.4 Направления психологической коррекции алекситимии 41
Выводы по главе 1 52
2 КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФЕНОМЕНА АЛЕКСИТИМИИ В РУСЛЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ..... 53
2.1 Клинико-психологический опыт фиксации проявлений алекситимии в условиях госпитализации..... 53
2.2 Тревожность, агрессивность и эмпатийные затруднения как психологические предикторы формирования алекситимии 72
Выводы по главе 2 122
3 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА 124
3.1 Методологические основания выделения феномена алекситимического пространства как предмета изучения в медицинской психологии 124
3.2 Обоснование исследовательской выборки 130
3.3 Дизайн исследования..... 134
Выводы по главе 3 148
4 СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ 149

4.1 Структура алекситимического пространства у подростков и юношей без нарушений психосоматического здоровья 149
4.2 Структура алекситимического пространства у пациентов с кардиологическими заболеваниями 210
4.3 Структура алекситимического пространства у подростков с задержкой психического развития 234
Выводы по главе 4 256
5 ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ 258
5.1 Психологическая превенция алекситимии при отсутствии нарушений психического и психосоматического здоровья 258
5.2 Психологическая работа с алекситимическим пространством у пациентов с кардиологическими заболеваниями 281
5.3 Психологическая коррекция алекситимического пространства при задержанном психическом развитии неорганического генеза 284
Выводы по главе 5 287
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 289
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 296
ПРИЛОЖЕНИЕ А ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЯВНЫХ АКЦЕНТУАЦИЙ 326
ПРИЛОЖЕНИЕ Б ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ 329
ПРИЛОЖЕНИЕ В ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА 334
ПРИЛОЖЕНИЕ Г ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ 335
ПРИЛОЖЕНИЕ Д ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАННОСТИ 339
ПРИЛОЖЕНИЕ Е СТАТИСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ 340

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучения феномена алекситимии в рамках медицинской психологии определяется социальной потребностью в сохранении психического здоровья в обществе, находящемся в состоянии кризиса. Кризисность социальной ситуации, во-первых, 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 её 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. Олифирович, 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, обусловливающих 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 направлены 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. Карауш), при развитии неврозов 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 эмпатиии 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, обусловливающие 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, обусловливает 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. Клочко (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. Клочко).

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 обусловливает 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 превенции, 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), 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 обсуждены также 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.

1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ АЛЕКСИТИМИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Проблема изучения алекситимии в современной науке носит полидисциплинарный характер. Широкая распространенность данного психологического нарушения не только среди больных, но и среди здоровых людей, его отрицательное влияние на становление личности и здоровье человека определяют актуальность современных исследований. Основные направления изучения данного феномена (клинический и психологический) не дают однозначной трактовки самого понятия, а также его природы, механизмов формирования и развития. Общим, на наш взгляд, является только постулирующееся исследователями предположение о том, что алекситимию следует относить к неспецифическим факторам риска развития психосоматических заболеваний. Однако это утверждение получило бы фундаментальные основания при изучении данного свойства в структуре личности не только у пациентов с выраженными психосоматическими заболеваниями, когда психологический статус индивида может быть изменен в результате объективного страдания, но и у людей без нарушений психического и соматического здоровья. Такой подход переводит феноменологию алекситимии в плоскость психологических исследований и создает основания для разработки программ превентивных мероприятий.

1.1 Содержательные характеристики феномена алекситимии в контексте психического здоровья

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 [Николаева, 1991]. Часть подобных исследований

посвящена попытке выделения и описания феномена алекситимии [Sifneos, 1973; Krystal, 1983].

Пик исследовательского интереса к изучению данного феномена относится к середине 80-х гг. XX в. В основном он поддерживался благодаря первичной гипотезе участия алекситимии в патогенезе психосоматических заболеваний. Исследования последних лет показывают, что по крайней мере у части больных соматоформные переживания и аффективная патология имеют общие механизмы. В связи с этим алекситимию продолжают рассматривать как основной механизм развития психосоматических расстройств [Мосолов, 1995; Попов, Вид, 1996; Кристал, 2006).

Разработка концепции алекситимии проводилась в нескольких направлениях:

1. Подтверждение факта существования феномена и выделение как можно более четких критериев его диагностики.

2. Верификация первоначальной гипотезы нозологической специфичности феномена для классических психосоматических заболеваний и его значимости в отношении тяжести и длительности течения расстройства.

3. Дифференциация понятия «алекситимия» как конституциональной личностной характеристики или приобретенного расстройства, которое развивается самостоятельно или сопровождает другое страдание.

4. Создание эффективных методов психологической коррекции, апробация которых явилась бы своеобразным психологическим экспериментом, подтверждающим или отрицающим некоторые гипотезы происхождения алекситимии [Соложенкин, Гузова, 1992].

Сегодня исследователи данной проблемы единодушны только в подтверждении факта существования алекситимии и повторяющихся описаниях характерных признаков феномена. Не отмечено какой-либо нозологической специфичности. Практическое значение алекситимии в первую очередь определяется признанием того факта, что наличие алекситимических характеристик у пациента существенно затрудняет создание терапевтического альянса и является одной из причин отрицательного прогностического значения.

Некоторое снижение интереса к данной проблематике в последние годы частично объясняется недостаточным арсеналом объективных методов исследования феномена. Кроме того, накопленные данные в пользу гипотезы, представляющей алекситимию как результат нарушения межполушарных взаимодействий, требуют привлечения сложных нейрофизиологических методов исследования и одновременно позволяют считать алекситимию «необратимой конституциональной характеристикой» расстройств [Мосолов, 1995; Попов, Вид, 1996], что существенно сужает границы значимости феномена. В этом случае вопрос о возможности психологической коррекции алекситимии автоматически снимается.

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 осознавание эмоций ведет к фокусированию эмоционального возбуждения на соматическом компоненте и развитию психосоматических расстройств.

Первоначально алекситимию как неспособность человека воспринимать или выражать свои чувства многие исследователи рассматривали в качестве специфического признака так называемой психосоматической личности [Sifneos, 1973; Lesser, 1985]. Явление заключало в себе отличие структуры личности психосоматических индивидов от невротиков. Предполагаемую особенность обеспечивали обедненное воображение при последовательном функциональном способе мышления, тенденция к резкому разрешению конфликтных ситуаций, ограниченная способность испытывать чувства и трудность нахождения подходящих слов для описания собственных чувств в ряде случаев [Белокрылова, Мучник, 2000]. Оппоненты данной концепции обращали внимание на

ограниченное число подтверждавших ее исследований. Они подчеркивали, что поиск однородной структуры личности для психосоматических нарушений противоречит клиническому опыту [Томэ, Кэхеле, 1996]. Сравнительные исследования групп невротиков и соматически больных на основе дифференцированного методологического подхода не обнаружили каких-либо различий [Ahrens, 1983, 1987]. Так, алекситимия была зафиксирована не только при соматических, но и при аддиктивных и послестрессовых расстройствах [Гиндикин, 1997; Smith et al., 1992].

Большинство проводимых исследований предусматривало сравнение групп алекситимичных и неалекситимичных пациентов. Например, наблюдали несколько бóльшую распространенность социальной фобии, обсессивно-компульсивного расстройства и соматоформных расстройств среди стационарных алекситимических пациентов, более высокую частоту панических расстройств и случаев злоупотребления психоактивными веществами в группе неалекситимичных. Указывалось, что распространенность генерализованного тревожного расстройства, простой фобии и депрессивных расстройств в обеих группах сходна. Алекситимические черты обнаруживали значительные корреляции с более высокими уровнями тяжести заболеваний вне зависимости от частных диагнозов и более высокой частотой текущей коморбидности. Это позволило авторам рассматривать алекситимию как «паттерн изменения когнитивно-эмоционального ограничения», возникающего при тяжелых психических и соматических заболеваниях [Bach et al., 1994].

Термин подвергали критике, однако он прочно занял свое место в литературе, посвященной психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобрела значительную популярность. Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения, установившие, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся «инфантильной личностью», испытывают трудности в вербальном символическом выражении эмоций [Перре, Бауманн, 2002].

Большинство исследователей рассматривают алекситимию как совокупность признаков, характеризующих особый психический склад индивидов, создающий предрасположенность к заболеваниям психосоматический специфичности. Следует отметить, что в последние годы ее связывают с широким кругом расстройств (например, депрессии, вторичные психосоматические расстройства при хронических заболеваниях и др.). В этом случае речь идет о вторичной алекситимии, хотя сами авторы не всегда используют данную терминологию. В результате прогностическое значение этого феномена значительно нивелируется. Все более актуальным становится вопрос о возможности классификации степени выраженности алекситимии или даже создания ее типологии.

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 [Гаранян, Холмогорова, 2003; Искусных, 2015]. Алекситимия проявляется в неспособности к рефлексии, что приводит к упрощению жизненной направленности, обеднению взаимосвязей с окружающим миром, иногда некоторой инфантильности [Шейнина, Третьякова, 2016]. Для к*огнитивой сферы* индивидов с выраженной алекситимией 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. Последнее усугубляется еще и тем, что на фоне низкой эмоциональной дифференцированности у них в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении, аффективные срывы, причины которых плохо осознаются пациентами.

Пациенты с выраженной алекситимией охотно и подробно описывают свои физические ощущения, часто не связанные с найденным заболеванием. При этом свои внутренние ощущения они описывают преимущественно в переживаниях раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д. При обедненных межличностных связях почти всегда можно наблюдать тенденцию к импульсивному поведению. Беседа с такими людьми, как правило, сопровождается ощущением скуки и бессмысленности контакта [Ковачев, 2010]. Ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии, формируют особый коммуникативный стиль поведения этих людей, который становится значительным препятствием в психотерапевтической работе с ними [Николаева, 1991].

В настоящее время алекситимию понимают как психологическую характеристику индивида, характеризующуюся затруднением или полной неспособностью точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [Провоторов, Кравченко и др., 1998]. 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. Главный дефект в области аффектов у алекситимиков – неспособность дифференцировать эмоции и ощущения неопределенного физиологического

нарушения. Выделяют и такой признак, как ограниченное использование символов, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения. У алекситимичной личности перечисленные особенности могут проявляться в равной степени или может преобладать одна из них (Провоторов и др., 1998).

В отдельных исследованиях алекситимия представлена как проявление дефекта развития [Былкина, 1995]. В этом случае ее следует описывать как неспецифическое расстройство переживания эмоций, характерное для индивидов с менее организованной психической структурой. Поэтому в большинстве случаев алекситимики используют незрелые механизмы психологической защиты – отрицание, проективную идентификацию. Одной из основных причин такого поведения может быть деформация отношений в системе «ребенок–мать», негативно влияющая на формирование образа «Я». Важно, что, проявляя гиперопеку или латентное отвержение в воспитании, мать не учит ребенка самостоятельной саморегуляции.

В.В. Николаева (1993) также рассматривает связь феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции. При этом она опирается на концепцию смысловых образований личности [Братусь, 1986]. Важный источник психологической устойчивости, свободы и саморазвития личности – это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно дефицит рефлексии является основной характеристикой алекситимии. Алекситимик не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их. В процессе онтогенетического развития потребность в саморегуляции может оказаться несформированной, в результате реализация актуальных потребностей становится невозможной, что, в свою очередь, может приводить к изменению соматического состояния.

Канадский исследователь H. Krystal (1979, 1983, 2006) выделяет в структуре алекситимии три основных компонента, каждому из которых свойственна дефицитарность:

– особенности структуры эмоциональной сферы;

– особенности когнитивной сферы;

– особенности личности.

При этом особенности структуры эмоциональной сферы характеризуются недифференцированностью телесных и эмоциональных проявлений: алекситимик не может сказать отчетливо, грустит он или устал, тревожится или испытывает боль. Эмоциональные состояния также плохо дифференцированы. Алекситимики не понимают, не вербализуют, а следовательно, и не осознают собственное эмоциональное состояние, особенности эмоциональных состояний других людей, при общении могут быть неадекватны или бестактны, могут провоцировать конфликт. Хронизация конфликтов как закрепившаяся деструктивная модель поведения приводит к риску соматизации.

Особенности когнитивной сферы характеризуются бедностью понятийного аппарата, заземленностью, некоторой конкретностью, тенденцией к оперированию житейскими понятиями, недостаточной сформированностью системы абстрактных понятий. У алекситимиков наблюдается малая доступность символических процессов, знакового опосредования деятельности и поведения. В личностном профиле алекситимичной личности наблюдаются инфантильность, эгоцентризм. Инфантильность выражается в недостаточной способности к рефлексии, осознанию себя самого как личности, своих поступков, причин этих поступков; эгоцентризм – в концентрации на себе. Алекситимики часто грубы во взаимоотношениях с окружающими. Они не могут понять точку зрения другого человека. Таким образом, личностный профиль алекситимика характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, недостаточностью функции рефлексии.

Ограниченные возможности в понимании себя, связанные с дефицитом рефлексии, становятся сложно преодолимым препятствием в психотерапевтической работе [Коростелева, 1991]. Из-за трудностей в вербализации чувств и дифференциации различных эмоциональных состояний у индивидов с выраженной алекситимией психоэмоциональные изменения переходят на соматический уровень. Единственным доступным для алекситимиков языком выражения своего эмоционального состояния становится язык тела [Соложенкин, 1992; Потапова, Грехов, Сулейманова, Адамович, 2016].

Критерии диагностики алекситимии включают *поведенческие* (вербальные и невербальные) и *когнитивные* признаки [Соложенкин, Гузова, 1992]. 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 [Apfel, Sifneos, 1979].

В основном все описания отдельных проявлений алекситимии представляют собой четыре ее основных признака с учетом различной степени их выраженности в каждом отдельном случае [Бройтигам, Кристиан, Рад, 1999].

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Человек испытывает трудности или просто не способен использовать символы. Как результат следует рассматривать своеобразный тип мышления, который определяют как «механистический», «утилитарный», «конкретный». Речь идет о реальности, связанной преимущественно с текущим моментом, ориентированной на конкретное мышление, которое почти не затрагивает внутренние объекты. Такой стиль мышления лишен колоритности, организован прагматически технично и направлен на механическую, функциональную сторону описываемых событий и явлений. В разговоре собеседник с описанным стилем мышления быстро утомляет и часто производит впечатление настоящей тупости.

2. Характерная неспособность выражать переживаемые чувства. Человек не способен связывать вербальные и жестовые символы с чувствами. Чувства описываются, если они вообще имеются, как нечто совершенно не структурируемое, непередаваемое словами. Часто их описывают через окружающих («Врач сказал…», «Моя жена сказала…») либо вместо чувств описывают соматическую реакцию.

3. Люди с высокой степенью выраженности алекситимии очень приспособлены к товарищеским отношениям, что часто определяют как «гипернормальность». Их связи с партнерами характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, то остаются на уровне «предметного» использования объектов. Зачастую они склонны к одиночеству.

4. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки субъект–объект формируется неспособность к истинным отношениям с объектом и процессу переноса. Происходит тотальная идентификация с объектом, человек существует как бы с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»).

Концепция алекситимии в том виде, как она была сформулирована П. Сифнеосом, вызвала интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации, а также к описанию собственных эмоций и подверженности психосоматическим расстройствам. Было выдвинуто предположение о том, что ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведет к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению. Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом исследователей тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств [Taylor, 1984; Taylor, Ryan, Bagby, 1985; Taylor, Bagby, Ryan, 1988; Taylor, Bagby, 1988]. Было высказано предположение, что неспособность алекситимиков регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции может приводить к усилению физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая предпосылки для развития психосоматических заболеваний. Клинический опыт частично подтверждает концепцию алекситимии в том отношении**,** что многие соматические больные проявляют ограниченную способность описывать, дифференцировать аффекты и продуцировать фантазии.

Значимость алекситимии как этиологического фактора отмечали, прежде всего, представители психоанализа. Если индивид не может достаточно точно осознавать и вербализовать свои эмоции, то, согласно этой теории, существует

высокая вероятность, что физические эквиваленты эмоций хоть и будут восприниматься, но будут неправильно оцениваться как болезненные. Вследствие этого могут возникнуть многочисленные симптомы соматизации [Перре, Бауманн, 2002].

В понимании и объяснении специфичности алекситимии и ее роли в формировании психосоматических расстройств J.C. Nemiah (1970) выделил две модели: отрицания и дефицита. Модель отрицания предполагает глобальное торможение аффектов. Если трактовать отрицание как психологическую защиту, то теоретически можно допустить обратимость защитного процесса и последующее исчезновение алекситимии и соматических симптомов. В этом случае можно говорить о «вторичной алекситимии», то есть состоянии, которое обнаруживается у некоторых пациентов, перенесших тяжелые травмы, и у пациентов с психосоматическими заболеваниями, которые после проведенной психотерапии обретают чувства и фантазии, ранее у них отсутствовавшие.

Однако, как показывает клинический опыт, у многих больных с психосоматическими нарушениями проявления алекситимии необратимы, несмотря на длительную, интенсивную, искусную и глубинную психотерапию. Такие больные остаются тотально неспособными на аффект и фантазию. Для них более приемлемой представляется модель дефицита. В соответствии с этой точкой зрения речь идет не о торможении, а об отсутствии функций и лежащего в их основе ментального аппарата. В модели дефицита акцент делается на разладе инстинкта, который, минуя психическую переработку из-за сниженной способности к символизации инстинктивных потребностей и фантазий, непосредственно неблагоприятно воздействует на соматическое состояние индивида. Этой модели придерживается и автор термина «алекситимия» П. Сифнеос [Nemiah, Sifneos, 1970; Sifneos, 1973].

Хотя концепция алекситимии быстро завоевала признание, ее значение в качестве фактора риска для появления симптомов соматизации до сих пор недостаточно подтверждено. Было зафиксировано, что у лиц, переживших физически опасные состояния или связанный с ними страх (например, у жертв

насилия, лиц с тяжелыми соматическими заболеваниями, пациентов с паническими расстройствами или нервной анорексией), выражены высокие показатели алекситимии. Необходимо отметить, что такие результаты в определенных обстоятельствах обусловлены, скорее всего, общей депрессивностью или деморализацией, которые тесно коррелируют со значениями, полученными по результатам опросника [Rief et al., 1996].

Некоторые исследователи показывают, что высокие значения алекситимии неспецифичны для соматизации или психосоматических заболеваний, как это предполагалось первоначально. Отмечают и маловероятность действия алекситимии как значительного фактора риска, специфического для соматизации. Однако при определенных условиях речь может идти об общих факторах риска для возникновения психических заболеваний или о следствии других факторов риска [Vingerhoets, Van Heck, Grim & Bermond, 1995].

Несмотря на это, в последнее время алекситимию рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний, хотя в отношении этого феномена существует много нерешенных вопросов. Так, например, не существует определенного взгляда на возникновение алекситимии. Неизвестно ее происхождение: первична она или вторична; обусловлена генетически или социально; связана ли с социальными, этническими и культуральными особенностями общества, в котором живет человек. Также не решен вопрос о стабильности данной характеристики: следует ли рассматривать ее как некую константу или это временное приспособительное состояние, которое может проявиться в определенной жизненной ситуации. Кроме того, неоднозначна и связь алекситимии с болезнью, не определена степень ее влияния на развитие психосоматической симптоматики.

1.2 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 [Калинин, 1995; Провоторов и др., 1998]. 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 [Потапова, Грехов, Сулейманова, Адамович, 2016; Sifneos, 1973, 1983]. В этом случае авторы связывают алекситимию с отсутствием функций, отвечающих за выражение аффекта и фантазий. Предполагается, что у этих людей наблюдается «первично-застревающее» на более ранней стадии развитие, а не фиксация с присоединяющейся регрессией, как это происходит при неврозах. Модели «дефицита» соответствует состояние, которое может быть первичным, конституционально обусловленным. В данном случае стоит говорить не о торможении, а об отсутствии функций и лежащего в их основе ментального аппарата. Кроме того, данная модель предполагает отсутствие функций, связанных с выражением аффекта и фантазий. Этой модели придерживается и автор концепции алекситимии П. Сифнеос. Гипотеза весьма значима и для терапии, которая всегда включает аспект развития.

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. В результате проведенных клинических исследований было установлено, что лица, подвергшиеся комиссуротомии (перерезке на уровне мозолистого тела), характеризуются сниженной способностью к символизации, фантазированию, редко видят сновидения. Экспериментальными исследованиями, подтверждающими данную теорию, занимались K.D. Hoppe, J.E. Bogen и др. [Былкина, 1995; Провоторов, Чернов, Лышова, Будневский, 2000]. Однако положения указанной теории не являются доказательными и определены как «невероятные» [Бройтигам, Кристиан, 1999].

Существуют также представления об алекситимии как о вторичном расстройстве.

1. *Теория регрессии, или отрицания*. В ее рамках алекситимию рассматривают как приобретенную характеристику, обратимое явление (вторичная алекситимия), которое возникает в хронической или острой формах и рассматривается как следствие тяжелых психических травм, при которых психосоматическое симптомообразование аналогично трактовке невротических симптомов из-за фиксации на травмирующем факторе. В этом случае предполагается наличие глобального торможения аффектов, и алекситимия объясняется как психологическая защита индивида по типу отрицания. При этом наблюдают полное отрицание болезни, покорность обстоятельствам, возникает регрессия на более раннюю стадию развития. 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. Остается непонятным, почему при этом возникает соматический, а не психический симптом [Потапова, Грехов, Сулейманова, Адамович, 2016; Nemiah, 1976].

2. *Теория социально-психологического формирования алекситимии*. В свете этой гипотезы алекситимия интерпретируется как феномен типичного приспособления к западному индустриальному обществу, в котором требуется конкретно-реалистическое, эмоционально мало окрашенное приспособительное поведение [Гаранян, 2003].

Важным дополнением к данной гипотезе мы считаем предположение о развитии вторичной алекситимии вследствие специфичной микросоциальной ситуации развития личности. «В период становления личности, когда реализация базальных биологических мотиваций опосредована культурной средой, в которой личность развивается, стиль воспитания в семье может стать фактором риска по развитию вторичной алекситимии. По данным R. Borens, алекситимия связана с низким социальным статусом, алекситимичные пациенты, как правило, имеют

низкий уровень образования и словесной культуры» (цит. по: Провоторов и др., 1998).

К вторичной алекситимии относят и состояние глобального торможения аффектов, или оцепенение, наступающее в результате тяжелой психологической травмы. В этом случае алекситимия может отражать в патологической форме горе или скрытую депрессию. Тогда она рассматривается как защитный механизм, хотя и не является психологической защитой в классическом понимании. При этом следует учитывать, что для алекситимичной личности характерен «незрелый» тип защиты, особенно от сверхсильных, непереносимых для нее аффектов.

Изучение алекситимии в рамках модели отрицания как вторичного процесса, предложенной П. Сифнеосом, послужили основой дальнейших исследований. Алекситимию стали рассматривать как состояние глобального торможения аффектов, наступающее в результате тяжелой психологической травмы [Sifneos, 1973]. В этом случае она может отражать в патологической форме горе или скрытую депрессию. Хотя авторы и представляют ее как защитный механизм, все-таки она не является психологической защитой в классическом понимании. Действительно, алекситимики чаще высказывают жалобы соматического характера, что можно рассматривать как проявление соматизации аффекта. Если подавление чувств и эмоциональных реакций на стресс становится закрепившейся моделью поведения, чувства не описываются и не подвергаются анализу. В этом понимании алекситимия носит вторичный характер и является обратимой [Урванцев, 2000].

Таким образом, вопрос о происхождении самих алекситимических черт остается открытым: вызвана ли алекситимия врожденными дефектами, является ли результатом биохимического дефицита, протекает ли из-за задержек в развитии – семейных, социальных или культурных?

Поскольку алекситимия может встречаться и у здоровых людей, и у больных с различными заболеваниями, то следует иметь в виду, что алекситимия – это не «мотивированное забывание», которое может объясняться простым

вытеснением или отрицанием и которое можно обнаружить в оговорках и распознаваемом переносе. Ее следует отличать от такого рода психической нечувствительности, которая может развиваться как активный мотивированный процесс, развивающийся вследствие значительной психической травмы, угрожающей изоляцией, дезинтеграцией и депрессией. Необходимо отличать ее также от тех видов познавательной деятельности и экспрессии, которые характеризуют сходные виды таких психиатрических синдромов, как привычные аффективные нарушения при вялотекущей шизофрении. Важно, что это и не тип операционального мышления, описанный Ж. Пиаже, который характерен для малограмотных или когнитивно неразвитых людей. То, что квалифицируется как алекситимия, в некоторых случаях может оказаться культурной или субкультурной характеристикой и соответствует положениям теории социально-психологического формирования феномена алекситимии.

В рамках этой же теории интересен подход С.А. Кулакова, который связывает формирование алекситимических черт с особенностями семейного воспитания и внутрисемейного взаимодействия [Кулаков, 2003]. Он считает, что алекситимия появляется в семейной среде, где отсутствует искреннее выражение чувств, вызванных реальной жизнью. Эта позиция может затем закрепиться при многолетней установке на ригидное следование общественным нормам. Возможно, что именно такая природа алекситимии и приводит к развитию «псевдонормальности» алекситимических индивидов.

С.А. Кулаков описывает возможную взаимосвязь алекситимии с гиперопекающей позицией матери, не допускающей проявления раздражения у ребенка. В этой связи Д.В. Винникот говорил о понятии «достаточно хорошей матери», которая находится в первые недели после рождения ребенка в весьма специфичном состоянии, называемом первичным чувством материнства. Благодаря этому состоянию мать полностью адаптируется к нуждам ребенка за счет проективной идентификации с ним. Мать и ребенок находятся в это время в состоянии симбиотического единства, что обеспечивает нормальную жизнедеятельность детского организма. Мать как бы предугадывает и

удовлетворяет все потребности ребенка, как это было во время внутриутробного развития. Затем происходит постепенное разделение, дифференциация первичного симбиотического состояния. Мать уже не предугадывает состояние ребенка, а ориентируется на подаваемые им сигналы (крики, движения, выражение недовольства), которые постепенно приобретают символический характер.

В то же время «слишком» хорошо ухаживающая мать препятствует процессу дифференциации младенца от матери. Она не дает ребенку «оторваться» от себя, оставаясь в состоянии слияния с ним. Это особенно характерно для матерей, имеющих собственные неразрешенные проблемы (например, шизоидного, ипохондрического, депрессивного характера) и использующих в этих целях симбиотическое единство с ребенком. Например, мать злоупотребляет своей способностью успокаивать, и ребенок может спать только на руках у успокаивающей его матери. В результате он не развивает способности к выражению своего состояния при помощи знака и символа. Единственным доступным для него языком выражения эмоционального состояния остается язык тела. Таким образом, недостаточно развитая способность к символизации провоцирует развитие алекситимических черт.

Такая позиция в отношении формирования алекситимии описана и другими авторами [Белокрылова, Мучник, 2000; Блейхер, Крук, Боков, 1996]. Можно предположить, что характерные для больных с алекситимией 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, в определенной степени связаны с теми условиями, в которых росли и развивались алекситимики. Среди факторов, влияющих на формирование личности ребенка, можно выделить случаи чрезмерной эмоциональной привязанности матери к ребенку (эмоциональный симбиоз) и противоположные случаи недостатка внимания, тепла и заботы, лишение ребенка материнской ласки в самые сензитивные для этого периоды младенчества и отрочества (эмоциональная депривация). В обеих ситуациях возможны искажения в

формирующихся межличностных отношениях и образе «Я» ребенка [Соколова, Николаева, 1995].

Особый интерес, на наш взгляд, 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 существования алекситимии, за внешне однородными проявлениями которых скрываются разные психологические механизмы их формирования [Соложенкин, Гузова, 1992].

Авторы предлагают рассматривать алекситимию как результат прерывания на различных этапах предъявления, а возможно, и возникновения эмоций. Качество вербального выражения эмоций во многом зависит от когнитивной переработки, его итогом является символическое обозначение эмоционального состояния. Различные формы экспрессии частично направляют вегетативный компонент эмоций по механизмам отреагирования. Таким образом, формирование вербального значения эмоций может быть представлено как один из механизмов создания психосоматических взаимосвязей и косвенно свидетельствовать о качестве аутокоммуникации. В этом случае процесс формирования вербального обозначения эмоций имеет адаптационный характер: становятся понятными возникающие ощущения и компенсируется тревога, вегетативные сдвиги десоматизируются переводом на когнитивный уровень, используемые при этом словесные символы помогают структурировать и объяснять собственную психическую сферу и демонстрируют принадлежность к определенной культуре. В случае затруднения символического обозначения эмоции вновь возникает ряд приспособительных компенсаторных реакций, первой из которых является тревога, которая, по механизму «порочного круга», усиливает вегетативные сдвиги. Основными этапами формирования символического обозначения эмоций являются:

– идентификация первичных телесных ощущений, объединение их в комплекс и обозначение этого комплекса с помощью индивидуальных символов;

– этап диссоциации с обращением к прошлому опыту и поиском похожего в увиденном, услышанном или кинестетически испытанном ранее с определением возможных причин эмоциональных переживаний;

– привлечение своего лексического запаса с ориентацией на культурные особенности среды для определения нормативности итоговой группы словесных символов;

– вербальное обозначение чувства и предъявление его собеседнику. Прерывание вышеописанного процесса на одном из этапов внешне определяется как алекситимия, а степень выраженности и особенности алекситимических характеристик зависят от этапа блокировки.

Таким образом, при данном подходе алекситимия представляется как совокупность когнитивного, телесного и вербального компонентов, воздействие на которые может носить поэтапный характер.

Когнитивный компонент проявляется как неспособность к символическому мышлению (бедность воображения, отсутствие фантазий, редкость сновидений). Символ в данном случае следует рассматривать как знак или группу знаков, обозначающих категории внутреннего мира в понятиях внешней реальности. По критерию общности символы можно подразделить на коллективные (герб страны, цветовая маркировка, обручальные кольца и т.д.) и индивидуальные, обозначающие события и состояния личного опыта.

Основная функция индивидуальных символов заключается в упрощении и структурировании психической сферы индивида, их использование облегчает адаптацию в настоящем и будущем за счет создания стереотипных переживаний, помогающих прогнозировать психическую жизнь. Когнитивный компонент алекситимии характеризуется, прежде всего, затруднением в создании собственных индивидуальных символов при сохранной способности оперировать коллективными, которые заменяют индивидуальные и выполняют их функцию. Этим, на наш взгляд, отчасти объясняется высокая социальная нормативность пациентов с алекситимией. Обычно создание индивидуальных символов обусловливается обращением к личной истории, события которой формируют

внутреннюю реальность и способность к диссоциииации от событий внутреннего мира. Последнее обеспечивает возможность сравнения внутренней и внешней реальности. При отсутствии способности к диссоциации символическое обозначение переживания становится невозможным.

Обозначение психических состояний категориями обладания («я чувствую = имею тоску…», «есть внутреннее напряжение…») чрезвычайно ограничивает возможности описания внутренних переживаний, так как набор подобных словесных категорий ограничен и они являются, скорее, коллективными символами, используемыми для определения известных эмоциональных состояний в рамках определенной культуры. Кроме того, одно и то же переживание при обозначении в категориях обладания и переводе на разные языки приобретает качественно иное значение [Satrorius, 1990], что отчасти может объяснять культурное своеобразие эмоциональных переживаний. В категориях обладания нет тенденции к изменению, они статичны; альтернативой представляется описание эмоций в категориях сравнения, преодолевающих ограниченность набора словесных ярлыков для обозначения эмоций.

Телесный компонент алекситимии проявляется в недифференцированности телесных ощущений и нарушенной способности к их идентификации и словесному обозначению. Одним из самых неспецифичных обозначений комплекса телесных ощущений является слово «боль», которое символизирует состояние болезни [Wise et al., 1994] и вновь становится источником серии чрезмерных по силе адаптационных реакций, запускающих механизм «порочного круга».

Вербальный компонент феномена является производным когнитивных составляющих алекситимии. Первичные обозначения внутренних явлений и собственный комментарий событий внешней реальности формируют так называемую «внутреннюю речь», своеобразный «черновик» вербального поведения с возможными пропусками, необозначенными связями, обрывками определений.

Вербальный компонент алекситимии внешне проявляется как «неспособность определять свои чувства словами» и наиболее доступен диагностике при общении с алекситимичными пациентами.

1.3 Проблема 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» [Соложенкин, Гузова, 1992].

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 H. Fzeyberger (1977), и ограничен временными рамками основного, первичного страдания (тяжелого депрессивного эпизода, который в этом случае примет соматизированную форму («ларвированная», или «маскированная», депрессия в прежних классификациях); угрожающего жизни страдания). Вариантом защитной алекситимии выступает диссоциативная алекситимия. Ее отличительной особенностью является избирательное нарушение прочтения тех эмоций, которые лежат в зоне интрапсихического конфликта. При этом вегетативный компонент травматичных эмоций идентифицируется как соматический симптом – боль;

– 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.

Особый интерес представляет классификация алекситимии, предложенная Е.С. Гузовой (1998). Данная классификация ориентирована на психологические механизмы формирования алекситимии и включает в себя следующие виды изучаемого феномена:

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. На основании этого подхода можно определить несколько вариантов алекситимического развития.

А. Защитная алекситимия – нарушение аутокоммуникации, вызванное страхом перед содержанием эмоций и / или причинами, повлекшими эмоциональное реагирование. Блокирование процесса вербального предъявления происходит на этапе обращения к прошлому травматичному опыту с нарушением идентификации эмоциональных состояний при сохранной способности определять тонкие телесные ощущения. Для лиц с защитной алекситимией характерна неспособность к диссоциации, что также препятствует возможности обращения к прошлому опыту. При проведении экспериментального исследования Е.С. Гузова отметила, что защитная алекситимия обычно сопутствует расстройству, по клинической картине напоминающему угрожающее жизни страдание. Пациенты с защитной алекситимией дифференцированно

описывают телесные ощущения, не понимая причин их возникновения. При описании значимых признаков расстройства они оперируют отрицательными результатами неклинических методов исследования, что доказывает отсутствие серьезного соматического страдания. Часто они делают акцент на второстепенных симптомах заболевания, маскирующих расстройство в качестве преходящего, не угрожающего жизни нарушения. При этом описание психологических трудностей обычно вызывает ухудшение соматического состояния пациента.

Б. 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. Алекситимию при этом можно сравнить с конверсионными (диссоциативными) симптомами, только в данном случае «выпадают» не произвольные сенсорные и моторные функции, а изолированная психологическая способность к идентификации негативных эмоций.

В. Ситуативная алекситимия – временный симптом затруднения вербализации эмоций в условиях фрустрирующей ситуации. Для этого варианта алекситимии характерны полное осознавание и в целом сохранная способность вербальной экспрессии эмоций, которые временно затруднены из-за особенностей конкретной ситуации. Хронизация фрустрирующей ситуации приводит к формированию симптома алекситимии как неэффективной адаптационной стратегии межличностного взаимодействия.

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.

Таким образом, авторы исследований алекситимии единодушны в начальном разделении:

– первичной алекситимии, связанной с различной симптоматикой органического поражения головного мозга или рассматриваемой как результат недоразвития центральной нервной системы (например, несформированность межполушарных взаимодействий);

– вторичной алекситимии, приобретенной в результате нарушения микросоциального взаимодействия, особенностей воспитания, культуральных характеристик и т.д.

В этой связи 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. Проявления педагогической алекситимии можно наблюдать в основном у мальчиков, они связаны с особенностями стереотипизации воспитания по образцу «настоящего мужчины».

2. Психологическая алекситимия. Д.Г. Трунов рассматривает две основных формы ее проявления:

– психотравматическую, обусловленную 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;

– ситуативную, обусловленную ситуативно-коммуникативными факторами, такими как стеснение, стыд, недоверие, отсутствие гарантий психологической безопасности, боязнь быть непонятым, боязнь осуждения и т.д. В других случаях человек может позитивно относиться к своему эмоциональному опыту и достаточно хорошо ощущать его, но тем не менее он не может описать этот опыт в словах. 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.

Хотя алекситимия как проявление образа действий человека – явление бесспорное и постоянно наблюдается у значительного числа людей, гипотеза о том, что это типичная психосоматическая структура, сталкивается с контраргументами и до сих пор порождает дискуссии. Самое важное возражение вызывает ее неспецифичность: несмотря на то, что алекситимию обнаруживают у многих (хотя и не у всех) психосоматических больных, она наблюдается и у значительного числа больных с неврозами и психически здоровых людей. Поэтому сегодня предпочтительнее говорить о том, что алекситимическое поведение представляет собой неспецифический фактор риска при развитии психосоматических заболеваний, который может быть связан с другими важными факторами.

Вероятно, следует критически оценивать концепции алекситимии, так как простое навешивание ярлыка и характеристика человека как «алекситимика» не охватывают всего комплекса его личности и не исчерпывают его оценку.

1.4 Направления психологической коррекции алекситимии

Современные клинические исследования природы, развития и лечения психосоматических заболеваний отмечают не вполне эффективный результат их медикаментозного лечения [Николаева, 1987]. В связи с этим проблема коррекции алекситимии как одного из факторов развития психосоматозов приобретает особую актуальность.

При организации психотерапевтической работы с соматическими больными неоднократно описано выявление группы пациентов, отличающихся ярко выраженной «эмоциональной безграмотностью», в целом соответствующей описанию алекситимии [Семенова, 1991]. При этом алекситимия представляла собой сложный симптомокомплекс, проявляющийся на когнитивном, аффективном и поведенческим уровнях. Работа с этими пациентами позволила зафиксировать такие классические для алекситимии 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 [Brown et al., 1981; Dirks et al., 1981; Parker, Bagby, Taylor, 1989].

В литературе описаны различные и не вполне эффективные возможности психологического воздействия на выраженность алекситимических черт в структуре личности. Среди них выделяется категоричное утверждение о том, что «алекситимия есть психотерапевтический тупик» [Кочюнас, 1986].

В основном исследователи описывают примеры воздействия на алекситимические характеристики, осуществленного в рамках групповой психодинамической психотерапии. При этом были выявлены факторы, препятствующие эффективности проведения сессий: пациенты не развивали

типичного невротического переноса, создавали очень мало спонтанной речевой продукции, не были склонны обсуждать 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, аггравировали соматические симптомы [Потапова, Грехов, Сулейманова, Адамович, 2016; Taylor, 2000; Былкина, 1995; Семенова, 1993; Krystal, 1983]. В ситуациях, требующих проявления собственных чувств или идентификации их в другом человеке, неспособность к вербализации чувств приводит алекситимика в состояние внутреннего напряжения, разрешающегося разного рода соматическими феноменами [Малкина-Пых, 2012].

Очевидно, причины неэффективности психодинамической психотерапии при работе в алекситимичными пациентами заключаются в несоответствии их действительного психологического расстройства и лежащей в основе психодинамического подхода психоаналитической модели невроза [Былкина, 1995]. M. von Rad (1984) указывал, что в ходе психотерапии терапевт должен вести себя подобно матери, помогая пациенту продвигаться по пути достижения психологической зрелости, создавая символы, осознавая, наблюдая и организовывая аффекты вместо символической интерпретации снов, действий и физических симптомов.

G.J. Taylor (2000) утверждал, что важно также обратить внимание на особый коммуникативный стиль алекситимика, который и должен стать фокусом работы на долгое время. H. Krystal (1979, 2006) выделил специфические задачи в психотерапии алекситимического расстройства:

1) помочь пациенту пронаблюдать природу своих особенностей; пациент должен увидеть, в чем его эмоции не похожи на эмоции других людей, и начать учиться не замещать чувства физиологическими реакциями;

2) помочь пациенту развить аффективную толерантность, указывая на его малоадаптивные способы переживания эмоций [Krystal, 1979].

Перечисленные задачи напрямую согласуются с тем, что при организации индивидуального психотерапевтического сопровождения и психологического

консультирования консультант берет на себя ответственность за процесс совместного поиска подходящих слов для описания эмоционального опыта клиента. Основа психологического сопровождения в том, что не клиент рассказывает консультанту о своем эмоциональном опыте, а консультант сам делает предположения о тех или иных чувствах клиента на основании полученной от него информации. Задача психотерапии, по мнению А. Маслоу, «в большей мере заключается в обобщении в едином понятии всевозможных осознаваемых, но безымянных, а потому “бессознательных” субъективных переживаний или, если еще проще, в том, чтобы дать безымянному переживанию наименование» [Маслоу, 1997]. Этот процесс «именования» Д.Г. Трунов представляет в виде следующих этапов:

1. Консультант задает клиенту обычные вопросы, направленные на исследование проблемной ситуации (например: что произошло? и др.).

2. Консультант получает ответы от клиента и эмпатически осмысливает содержащийся в них эмоциональный контент.

3. Консультант вербализует чувства клиента, при этом строит свои фразы в форме эмпатических высказываний, например: «Если я вас правильно понял, вы обиделись на него?»

4. Клиент «примеряет» на себя эмпатические высказывания консультанта и предоставляет ему обратную связь.

Таким образом, происходят подтверждение, уточнение и более точная дифференциация чувств клиента, не вызывающие «сопротивления» клиента (в отличие от прямого вопроса «Что вы чувствуете?»), что приводит к следующим психотерапевтическим эффектам: появлению у клиента навыка вербального формулирования эмоционального опыта; более глубокому пониманию, осознаванию и принятию клиентом своего эмоционального опыта; наработке эмоционального опыта, который не был концептуализирован клиентом [Трунов, 2010].

Предложенные исследователями система психокоррекционных мер с использованием методики «Переживание картин» [Норвила, 1986], методы

поведенческой терапии для пациентов с бронхиальной астмой [Dirks et al., 1981] также достаточно трудоемки и малоэффективны.

Наиболее распространен и эффективен подход к коррекции алекситимических черт, реализуемый в условиях групповой психотерапии [Поляков, Спиваковская, 1985].

По данным Н.Д. Семеновой (1991), в ситуации групповой психологической коррекции алекситимичные пациенты демонстрируют немногословность, детализированность соматических жалоб, тенденцию к типизации самоотчетов о физических и эмоциональных переживаниях (использование стандартных клишированных ответов о своем индивидуальном опыте). В ситуациях эмоционального напряжения эти пациенты демонстрируют формальное желание говорить, но на обращенные к ним вопросы об актуальных чувствах отвечают односложно и неопределенно. Для них характерно рассогласование между богатым арсеналом средств невербального поведения и бедностью его вербального обозначения. Ситуации, требующие проявления собственных чувств или их идентификации в партнере из-за сниженной способности к вербализации приводят пациента в состояние внутреннего напряжения, которое разрешается соматическими проявлениями.

Такое специфическое поведение делает неприемлемыми традиционные формы вербального взаимодействия, диалогические формы психокоррекции, включающие обсуждение чувств по принципу «здесь и сейчас», анализ внутригруппового взаимодействия, что обусловливает необходимость иного подхода к воздействию на алекситимию. Основные принципы этого подхода должны включать:

– эмоциональную поддержку, обеспечивающую подготовку к вербальным способам взаимодействия;

– специальные приемы, создающие условия для осознания собственного внутреннего состояния;

– способы активного перевода скудной вербальной продукции на дифференцированный язык чувств;

– обязательную опору на невербальные средства взаимодействия.

Рассматривая возможности преодоления алекситимического барьера в структуре личности пациентов с алекситимией, Н.Д. Семенова (1988, 1991) выделяет следующие основные этапы.

1. Стадия релаксации (подготовительный этап преодоления алекситимии). В качестве релаксирующих приемов автор предлагает использовать аутогенную тренировку, музыкотерапевтические сеансы, психогимнастические упражнения. Особое внимание на этом этапе работы автор уделяет реализации дидактической направленности. Это обусловлено сложностью для пациентов вербализовать свои чувства по принципу «здесь и сейчас». Поскольку этот принцип является одним из основных при организации работы группы, то недостаточная способность к его усвоению может значительно снижать психокоррекционный потенциал. Для этого используют тренинг навыка переживаний по типу «здесь и сейчас».

2. Актуализация невербальных способов общения. На этом этапе возможно применение психогимнастических приемов и методик, которые способствуют актуализации чувств без тревоги, связанной с вербализацией. Этот этап можно рассматривать как своеобразную «разминку» чувств, их освобождение.

3. Актуализация «внутренних диалогов». Этот этап включает приемы, направленные на вербализацию скрытых, не полностью осознанных внутренних диалогов. Поскольку в основе проявлений алекситимии лежат диффузность и слитность переживаний психосоматического дискомфорта, то по аналогии возможны диффузность и слитность внутреннего диалога. При этом он вытесняется из сознания в силу его неразрешимости в том виде, в котором он актуально представлен. Вытесненные из сознания субъективно неприятные переживания, связанные с внутренним диалогом, способствуют повышению общей тревожности пациента, на базе которой происходит хронизация психосоматического переживания [Семенова, 1991, 1993].

Таким образом, предложенный Н.Д. Семеновой подход к коррекции алекситимических черт на основе невербальных средств общения мобилизует внутренние резервы личности, обеспечивая опору на ее сохранные стороны.

Овладение способами невербальной коммуникации в данном случае следует рассматривать как расширение общего арсенала средств и способов общения. В результате это приводит к углублению эмпатического потенциала пациентов, восприятию ими более широкого спектра коммуникативных стимулов, получаемых от партнеров по общению (интонаций голоса, выражений лица, языка тела), и других факторов, дополняющих вербальные составляющие общения.

Особый интерес представляет собой адаптационный подход к коррекции алекситимических характеристик, предложенный в работе В.В. Соложенкина и С.В. Гузовой (1992). На основе описанной классификации алекситимии авторы предлагают программу психологической коррекции преходящей (адаптационной) алекситимии. В этом случае в качестве основных принципов организации психотерапевтической работы выделяют:

– рассмотрение коррекции алекситимии как обучающего, подготовительного этапа психотерапевтического воздействия, обеспечивающего доступ к психологическим проблемам;

– принцип приоритета 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.

Предложенная В.В. Соложенкиным и С.В. Гузовой программа психологической коррекции алекситимии включает в себя шесть основных этапов.

1-й этап – формирование мотивации. Поскольку пациенты с алекситимией отличаются низким уровнем аутокоммуникации, то они оказываются не способны обозначить психологическую проблему. В результате возникают трудности в оформлении психотерапевтического заказа: первоначально он включает лишь жалобы на соматическое неблагополучие и желание «чтобы стало лучше», просьбы о получении более «полного» лечения. Основное условие работы на этом этапе – удовлетворение потребности в безопасности. В случае диссоциативной

алекситимии распространены убежденность пациента в исключительности собственного страдания и отношение к психотерапии как единственно возможному методу лечения.

2-й этап – формирование первичного психотерапевтического заказа. К данному этапу рекомендуют возвращаться после каждой психотерапевтической сессии для трансформации заказа в процессе психологической коррекции. При этом рекомендуют не вводить алекситимию в структуру заказа и не обозначать в начале работы особенности специфики коммуникативного стиля пациента.

3-й этап – тренинг идентификации первичных телесных ощущений. Пациенты с алекситимией испытывают трудности с распознаванием и описанием простейших телесных ощущений, не выделяют их отдельных составляющих и не оценивают их как «плохие» или «хорошие». Поэтому суть этого этапа состоит в отслеживании ощущений в различных частях тела, их регистрации и обозначении любыми возможными символами с описанием различий. В дальнейшем работа строится на идентификации комплексов ощущений, соответствующих состоянию покоя и состоянию тревоги. В результате пациенты начинают понимать связи между своими простейшими ощущениями, соответствующими тревоге, и признаками своего расстройства. Если эти связи самостоятельно опознаны и вербально обозначены, то возвращаются к этапу формирования психотерапевтического заказа. Данный этап следует сопровождать поведенческим тренингом напряжения и расслабления мышц, изменения тембра и высоты голоса пациента с регистрацией сопровождающих ощущений.

4-й этап – перевод зарегистрированных телесных ощущений на язык метафор при помощи использования категорий сравнения. Пациентам предлагают символы для словесного описания телесных ощущений с использованием всех репрезентативных систем. Эта работа позволяет символически обозначить телесный симптом.

5-й этап – тренинг диссоциации. На этом этапе выполняют ряд упражнений по созданию визуального образа самого себя. Авторы программы отмечают, что пациенты с алекситимией или не могут создать свой визуальный образ, или

представляют себе изолированные части тела, одежду. Таким образом, целью этого этапа является создание визуального посредника между пациентом и его внутренним миром, изображение которого можно произвольно изменять. Данные изменения собственного изображения позволяют создать представление о том, как «выглядят» эмоции. В связи с этим тренинг диссоциации одновременно развивает способность пациентов к эмпатии. Этот этап следует оценивать как основную ступень проведения дальнейшей психокоррекционной работы.

6-й этап – изложение личной истории пациента как биографии своего визуального двойника. Поскольку основные затруднения становятся «видимыми» во время описания поведения, чувств, отношений и желаний своего двойника, то этот этап предшествует непосредственной работе с психологической проблемой пациента. Пересказ личной истории не только выступает как способ идентификации психологических проблем, но и может разрешать некоторые из них. В психотерапевтическом заказе начинают звучать психологические проблемы, что позволяет говорить о новом уровне аутокоммуникации.

После прохождения этого этапа, обозначения основного спектра психологических проблем представляется возможным широкий выбор методов психокоррекционной и психотерапевтической помощи. При этом основным принципом работы должно быть использование обозначения эмоциональных состояний и категорий сравнения.

Таким образом, данная модель психотерапевтической работы с алекситимией основана на трех приемах:

1. Формирование визуального посредника, облегчающего доступ к внутреннему миру.

2. Тренинг идентификации простых телесных ощущений.

3. Синтез телесных ощущений в один комплекс с последующей когнитивной интерпретацией эмоционального состояния.

Следует отметить, что 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 человека И.Г. Малкиной-Пых (2012) предложена методика ритмо-двигательной психокоррекции. Программа реализовывалась в основном как групповая форма работы. Основаниями для разработки программы стали предположения:

– о существовании взаимосвязи между психологическими свойствами личности и тем, как человек двигается;

– о воздействии изменений в привычках движения на психологическое, эмоциональное и физическое здоровье человека.

В процессе работы группы с помощью техники ритмо-двигательной психокоррекции автор определяет базовые личностные нарушения взаимоотношений индивида с собственными потребностями, помогает выявить и осознать неэффективные стереотипы движения, поведения и взаимодействия, приобрести новые возможности проявления себя через изменение старых стереотипов, способствует процессу личностной интеграции и роста с помощью движения.

Работа с группой включала следующие основные направления:

1. Опоры, или заземление (внутренняя устойчивость).

2. Границы (установление границ с окружающим миром).

3. Межличностные отношения (контакты и коммуникация с другими людьми).

4. Избыточный контроль (контроль себя и других людей).

5. Агрессия и способность конструктивно справляться ней.

6. Я-образ.

7. Психофизиологические блоки (зажимы).

8. Структурная интеграция.

Общая продолжительность программы психокоррекционных занятий составила 16 недель. Занятия с группами проводились 1 раз в неделю,

продолжительность каждого занятия составляла 1,5–2 часа. В результате у респондентов группы достоверно значимо ($p < 0,001$) снизился уровень алекситимии, практически достигнув границы значений неалекситимического типа.

Схожие результаты получены в исследовании, проведенном А.Г. Ледовских и З.В. Луковцевой (2015). Авторы рассматривают гипотетическую модель воздействия на компоненты алекситимии с помощью техник оздоровительной йоги:

1. Фокусирование на внешних событиях, а не на внутренних переживаниях – концентрация внимания участников на определенных частях тела и происходящих физических процессах.

2. Трудности в идентификации, вербализации собственных эмоций и их дифференциации от телесных ощущений – концентрация внимания на эмоциональном состоянии, изменяющемся в процессе выполнения упражнений (в том числе на фоне успеха / неуспеха при овладении сложными техниками). Вербализация соответствующих переживаний инструктором и самими участниками, групповое обсуждение эмоционального опыта.

3. Недостаток фантазии, воображения, способности к символизации – применение инструктором, а затем и участниками образов-символов для обозначения нового перцептивного опыта.

Проведенное исследование показало, что алекситимия менее выражена у лиц, практикующих спортивно-оздоровительную деятельность. Аргументом в пользу того, что оздоровительная йога действительно способствует преодолению алекситимии, авторы считают полученные сведения о большем богатстве словаря чувств и ощущений у обладателей опыта занятий йогой. Сущность коррекционного воздействия оздоровительной йоги на алекситимию может быть описана как 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, воображения [Ледовских, Луковцева, 2015].

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.

Проведенный анализ литературных источников показывает неоднозначность толкования самого термина «алекситимия», его психологической природы, причин формирования и классификации.

Исследователи отмечают, что выраженная в структуре личности испытуемых алекситимия сопровождается примитивным, упрощенным восприятием своего эмоционального состояния и окружающего мира в целом, неспособностью дифференцировать психологические и физиологические составляющие своего «Я», сложностями в идентификации эмоционального состояния партнера по общению. Мы считаем, что данные проявления алекситимии связаны с ее специфичной психологической структурой, создающей основу для последующего развития психосоматических заболеваний.

В некоторых экспериментальных клинико-психологических исследованиях отмечено наличие взаимосвязи между проявлениями алекситимии и высоким уровнем личностной тревожности испытуемых, что позволяет авторам рассматривать алекситимию как приспособительную реакцию индивида на тревогу. При этом исследователи отмечают специфику коммуникативного стиля алекситимичных индивидов и их склонность к упрощению, стереотипизации поведенческих реакций.

Мы считаем, что данные проявления позволяют нам выделить тревожность и агрессивность как психологические компоненты алекситимии. При этом тревожность выполняет функцию блокирования позитивного восприятия эмоционального внутреннего и внешнего мира, а агрессивность выступает в качестве естественного, в данном случае примитивного, способа реагирования на изменения окружающего мира и единственного доступного индивиду способа взаимодействия с ним.

Как сдерживающий развитие алекситимии психологический компонент мы выделяем эмпатию, на основе которой в структуре личности формируется способность к эмоциональной идентификации. Авторы отмечают трудности коррекции алекситимического поведения испытуемых при организации клинико-психологических исследований. Возможно, что психокоррекционное воздействие непосредственно на алекситимические черты не является эффективным из-за многогранности этого феномена. Выявление и детальное изучение специфики психологических составляющих алекситимии позволит осуществлять ее раннюю профилактику и опосредованную коррекцию через воздействие на ее отдельные компоненты.

Выводы по главе 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 КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ФЕНОМЕНА АЛЕКСИТИМИИ В РУСЛЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАРАДИГМЫ

2.1 Клинико-психологический опыт фиксации проявлений алекситимии в условиях госпитализации

В литературных источниках представлены различные направления изучения алекситимии как одного из факторов нарушения психологического статуса больных с различными соматическими заболеваниями. Большинство исследователей отмечают высокие показатели алекситимии у пациентов и трактуют это как один из факторов риска развития заболевания, как особенность психологического статуса, затрудняющую эффективность лечения.

Сведения о возможном негативном влиянии алекситимии на развитие и течение психосоматических заболеваний представлены в многочисленных работах [Grenberg, Dattore, 1983; Taylor, 1984; Taylor, 1987; Bach, Bach, de Zwan, 1996; Bach, Bach, 1996]. Алекситимия присутствует в структуре личности при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальной астме и других заболеваниях [Провоторов и др., 2000]. При этом авторы отмечают у алекситимичных пациентов гораздо более неблагоприятный профиль традиционных факторов риска по сравнению с неалекситимичными [Провоторов, и др., 1998].

Концепцию алекситимии связывают также с проблемой эмоциональной экспрессии у психосоматических больных. Авторы отмечают, что такие характеристики алекситимии, как неспособность субъекта идентифицировать и вербализовать свои чувства, отличать чувства от телесных ощущений, создают конфликтную ситуацию в межличностной сфере. Это вызывает напряжение, которое трансформируется в патологические физиологические реакции [Былкина, 1997; Охматовская, 2001].

С исследованиями в рамках концепции алекситимии связан ряд трудностей [Былкина, 1997, Исаев, 1996], поскольку до настоящего времени не ясна природа

данного расстройства, а также не решен вопрос о том, является алекситимия чертой или состоянием.

Рассматривая алекситимию в контексте риска развития психосоматических и соматоформных расстройств, исследователи не исключают возможности повышения эффективности существующих программ первичной и вторичной профилактики соматических заболеваний.

Алекситимию считают наименее изученной психологической характеристикой, оказывающей влияние на развитие и прогрессирование бронхиальной астмы [Семенова, 1997; Провоторов, Крутько и др., 2000; Taylor, 1984; Nearing, 1995; Jourama, Karlsson, 1996; Taylor, Bagby, Parker, 1999].

Так, В.М. Провоторов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский проводили изучение алекситимии у больных с разной степенью тяжести бронхиальной астмы. При помощи Торонской алекситимической шкалы выявили, что высокий уровень алекситимии демонстрируют 55,1% больных бронхиальной астмой (в контрольной группе 16,7%), а средний балл у них статистически достоверно выше, чем у обычных испытуемых (72,3 ± 1,6 и 59,6 ± 1,8 соответственно).

Кроме того, анализ взаимосвязи выраженности алекситимических черт личности и образования позволил установить, что у лиц с высшим образованием средний уровень алекситимии несколько ниже, чем у пациентов со средним специальным и средним образованием (средний балл 70 ± 1,5; 72,6 ± 1,9 и 72,4 ± 2,1 соответственно).

Проведенное в этом же исследовании тестирование по методике Спилбергера–Ханина выявило статистически более высокие показатели по личностной и ситуативной тревожности у алекситимичных пациентов по сравнению с неалекситимичными. Авторы интерпретируют это как более выраженную стрессочувствительность алекситимичных пациентов с бронхиальной астмой. В результате отмечена их более низкая готовность к выполнению врачебных рекомендаций и предписаний. Полученные данные свидетельствуют о том, что эмоциональная сфера у больных с бронхиальной астмой представлена как наиболее чувствительный адаптивный механизм, через который реализуется

влияние комплекса факторов внешней среды. При этом важную роль играют такие характерологические черты личности алекситимичных индивидов, как низкая степень социальной адаптации, склонность к депрессивному типу регирования на дистресс, высокая личностная и ситуативная тревожность. Данное состояние проявляется в ощущении психоэмоционального напряжения [Провоторов, Крутько и др., 2000].

Подобные экспериментальные материалы приведены и 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%. Важно, что среди алекситимичных пациентов преобладали дети с тяжелой степенью заболевания: средний балл алекситимии у них был зафиксирован выше, чем у детей со среднетяжелой и легкой бронхиальной астмой (74,9; 72,4 и 64,5 соответственно при $p < 0,05$). Также отмечено, что у этих пациентов зафиксированы высокие показатели (по методике Спилбергера–Ханина) 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 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 ишемической болезнью сердца. Исследование выраженности алекситимии у этой категории пациентов обусловлено отнесением ее к психологическим факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Актуальность исследований очевидна вследствие недостаточности изученности алекситимии [Грекова и др., 1997; Провоторов и др., 1998; Сыропятов, 2009; Юрьева, Хватова, 2014; Numata, Ogata, Oike, 1998].

В исследовании В.М. Провоторова, А.В. Будневского, А.Я. Кравченко, Т.И. Грековой (2001) приняли участие 411 мужчин в возрасте от 38 до 65 лет.

Основную группу составили 350 мужчин с острым инфарктом миокарда, стенокардией и постинфарктным кардиосклерозом.

Контрольную группу подбирали для определения частоты алекситимии у здоровых лиц. В нее вошел 61 здоровый мужчина без изменений на ЭКГ.

При анализе результатов тестирования с помощью Торонтской алекситимической шкалы получены данные, которые сопоставимы с аналогичными показателями у больных бронхиальной астмой. Средний балл по алекситимии статистически достоверно выше в основной группе по сравнению с контрольной (72,8 ± 1,6 и 58,4 ± 2,1 соответственно). Наиболее часто алекситимия представлена в структуре личности больных постинфарктным кардиосклерозом (62,1%), в наименьшей степени этот показатель выражен у больных с нестабильной стенокардией (39,3%).

Более высокую частоту алекситимии в подгруппе больных с острым инфарктом миокарда авторы объясняют значительным психотравмирующим влиянием данного заболевания на эмоциональное состояние пациента. Помимо тяжести заболевания и его внезапности, обстоятельств госпитализации и интенсивности терапевтического воздействия, пациент осознает крушение жизненных планов и надежд. В результате в дальнейшем у него может возникнуть страх перед сильными эмоциями и переживаниями. Вследствие «глобального торможения аффектов» характер алекситимии необходимо рассматривать в этом случае как «приобретенный» [Taylor, Bagby, Parker, 1999].

В этом же исследовании приведены данные о выраженности ситуативной и личностной тревожности (определяли с помощью методики Спилбергера–Ханина). При этом отмечено, что средние значения по этим видам тревожности у алекситимичных пациентов статистически достоверно выше, чем у неалекситимичных: по личностной тревожности – 46,2 ± 1,2 и 38,3 ± 1,9; по ситуативной – 50,1 ± 1,7 и 42,3 ± 1,8 баллов соответственно (при $p < 0,05$). Представленные показатели также соответствуют материалам исследований в группе больных с бронхиальной астмой.

При работе с пациентами кардиологической клиники, перенесшими инфаркт миокарда, М.В. Коркина изучала выраженность у них алекситимии

в сочетании с уровнем комплайенса [Коркина, Цивилько, Кисляк, Бухарева, 1999]. Эти характеристики автор относит к психологическим факторам риска развития ишемической болезни сердца. При этом она опирается на положение о психологическом генезе алекситимии и ее развитии в результате прижизненного формирования психики пациентов в особых дефицитарных условиях: наличие специфического телесного опыта (болезнь), длительное переживание неуспеха в значимой деятельности, ограниченность эмоционального опыта спектром негативных эмоций [Николаева, 1991]. Такое атипичное развитие эмоциональной сферы больных с алекситимией, проявляющееся в их неспособности осознать собственные чувства и адекватно передать их в словах и средствах телесного языка, может приводить к нарушению комплайенса, включающего в себя соблюдение лечебного режима, сотрудничество с врачом. Несомненно, что эти особенности больных способствуют снижению эффективности лечебных мероприятий.

При проведении комплексного клинического и психологического исследования в основной группе (92 человека: 62 – с острым инфарктом миокарда и 30 – с постинфарктным кардиосклерозом) выявлены 46 человек (50,0%) с высокими показателями по алекситимии. В контрольной группе выраженная алекситимия зафиксирована у трех человек (15,0%). В беседе эти пациенты достаточно скудно описывают свое состояние, при объективно тяжелом соматическом статусе испытывают затруднения в словесном выражении своих ощущений, прибегают к активной жестикуляции.

Изучение комплайенса в исследуемой группе выявило его низкий уровень у большинства пациентов. Установлены варианты активной и пассивной позиции больного по отношению к болезни. При активной позиции наблюдали нарушение терапевтического альянса, проявляющееся в недоверии к врачу, перепроверке его действий, нарушении режима и диеты. При пассивной позиции больные были неспособны к самостоятельному отслеживанию своего состояния и своевременному приему адекватных мер при его объективном ухудшении.

Исследование взаимосвязи алекситимии и качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда, проведенное В.М. Провоторовым в 1998 г.,

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. Результаты исследования позволили зафиксировать более частое злоупотребление курением и алкоголем у больных с выраженной алекситимией [Провоторов, Кравченко и др., 1998]. Данные поведенческие особенности авторы объясняют в рамках традиционной концепции алекситимии [Nemiah, Sifneos, 1970; Sifneos, 1973]. Из-за затруднений в вербализации чувств у пациентов наблюдается неадекватное отреагирование эмоций, поэтому в ситуациях повышенного эмоционального напряжения алекситимичные индивиды прибегают к курению и употреблению алкоголя как наиболее простым и доступным для них способам купирования стресса.

Важно, что повышенный уровень алекситимии 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 [Fukunishi et al., 1997; Maeland, Havik, 1987].

Д.С. Никулина и С.Н. Синеева проводили исследование взаимосвязи степени выраженности качества жизни и алекситимии у студентов. Выборку составили 70 студентов без хронических соматических заболеваний в возрасте от 17 лет до 21 года. В исследовании зафиксировано, что высокий уровень алекситимии у испытуемых связан как с низким уровнем удовлетворенности жизнью в целом, так и с основными факторами, связанными с удовлетворенностью жизнью: низкими показателями самооценки здоровья, высокими показателями психосоциального стресса, низкими показателями удовлетворенности основных жизненных потребностей [Никулина, Синеева, 2008].

Представляют определенный интерес результаты исследования, проведенного Т.И. Грековой и ее коллегами в группе из 120 больных ишемической болезнью сердца (61 мужчина и 59 женщин в возрасте от 38 до 60 лет). По материалам

тестирования выявлено значительно большее число алекситимичных индивидов по сравнению с контрольной группой, а также увеличение показателей по алекситимии при наличии в анамнезе больного инфаркта миокарда. При тестировании использовали методику MMPI (модификация Ф.Б. Березина), что позволило провести анализ личностных профилей и установить ярко выраженный подъем профиля по шкале депрессии у алекситимичных пациентов. Это свидетельствует о большей их склонности отвечать на стресс депрессивной реакцией и выявляет у обследованных не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и такие личностные особенности, как склонность к волнению и повышенному переживанию неудач, повышенное чувство вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, неуверенность в себе.

Эти же авторы отмечают склонность алекситимичных пациентов к ипохондрическому развитию личности. Высокие показатели по шкале социальной интровертированности указывают на внутреннюю дисгармонию личности, сокрытие от окружающих людей истинных черт своего характера, стремление избежать конфликтов.

Интерес представляет указанная возможность коррекции психологических черт алекситимичных пациентов в условиях кардиологической клиники. Авторы считают наиболее эффективным использование методов групповой и индивидуальной психотерапии, направленной на создание «банка эмоций», который может быть использован для тренинга распознавания различных эмоциональных состояний и их адекватной вербализации [Ересько и др., 1994; Грекова, Провоторов, Кравченко и др., 1997].

Среди исследований, посвященных изучению алекситимии как особой характеристики психологического статуса у больных с различными соматическими заболеваниями, можно выделить несколько работ по описанию клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии [Jula, Salmen, Saarijaivi, 1999; Лышова, Провоторов, Чернов, 2002].

О.В. Лышова (2002) и ее коллеги обследовали 202 больных гипертонической болезнью второй стадии. По материалам тестирования выявлены 88 пациентов с

выраженной алекситимией (58 мужчин и 30 женщин, средний возраст 49,8 ± 0,9, средняя продолжительность заболевания 10,4 ± 0,6 года) и 54 больных без алекситимии (24 мужчины и 30 женщин, средний возраст 46,4 ± 1,0 года, средняя продолжительность заболевания 6,4 ± 0,7 года).

При изучении динамики артериального давления (АД) в исследуемой выборке установлено, что у 23% пациентов с алекситимией наблюдается ночная гипертония и большая вариабельность АД в течение суток по сравнению с пациентами без алекситимии. Во время исследования зафиксированы более высокие значения среднедневного систолического АД у алекситимичных больных (при $p < 0,001$). Эти данные вполне согласуются с материалами зарубежных исследований о том, что больным гипертонической болезнью с алекситимией свойственны более высокие показатели артериального давления (Gage, Egan, 1984).

Кроме того, изучали уровень ситуативной и личностной тревожности по шкале Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина. Установлено, что больные гипертонической болезнью демонстрируют высокий уровень тревожности. Однако у пациентов с алекситимией, по сравнению с пациентами без алекситимии, уровень и ситуативной, и личностной тревожности статистически достоверно выше: средние баллы по ситуативной тревожности составили 54,1 и 46,7, по личностной тревожности – 55,8 и 48,0 балла соответственно (при $p < 0,001$).

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 [Berenbaum, Irvin, 1996; Fukunishi, Sasaki, Chishima, 1996; Haliland et al., 1994]. Поскольку больные гипертонической болезнью с алекситимией склонны к аффективной ригидности, у них происходит накопление неотреагированных отрицательных эмоций. При этом устранение тревоги происходит через интрапсихическую переработку вегетативных проявлений. При относительно небольшом количестве неприятных физических ощущений значимость соматических ощущений увеличивается. Это используется как средство давления на окружающих и приводит к дестабилизации межличностных взаимоотношений.

У пациентов без алекситимии устранение тревоги происходит при помощи ее полного вытеснения с формированием демонстративного поведения. В этом случае отмечают немногочисленные, «упорные соматические жалобы» (Лышова, Провоторов, Чернов, 2002).

В представленном исследовании обращает на себя внимание средняя продолжительность заболевания в группах больных с алекситимией и без нее: у выявленных алекситимичных пациентов она в среднем на 4 года выше. Мы считаем, что в связи с этим вопрос о причинно-следственной взаимосвязи алекситимии и соматического заболевания приобретает дискуссионный характер.

Одно из наиболее фундаментальных отечественных клинических исследований, посвященных проблеме алекситимии, проведено Е.С. Гузовой на базе психосоматического отделения Республиканского психоневрологического диспансера г. Бишкека. Актуальность исследования обусловлена широкой распространенностью психических расстройств, протекающих под соматическими масками. Автор рассматривает алекситимию как совокупность признаков особого коммуникативного стиля, характеризующегося затруднением в вербализации эмоциональных состояний, и один из основных факторов, приводящих к формированию соматоформных переживаний в клинической картине невротических расстройств [Гузова, 1998].

Выборка исследования представлена 160 пациентами (возраст 20–45 лет) без признаков органического заболевания головного мозга, снижения интеллекта и серьезной соматической патологии.

Для оценки выраженности феномена алекситимии применяли Торонтскую алекситимическую шкалу, для дифференциации «симптома» алекситимии от «феномена» использовали полуформализованное интервью и метод вычисления алекситимического индекса (AI).

В результате одновременного применения процедуры вычисления алекситимического индекса и тестирования по Торонтской алекситимической шкале все испытуемые с невротическими расстройствами были разделены на четыре группы.

Первая группа. Значения алекситимического индекса высокие, а баллы по Торонтской алекситимической шкале низкие. Основной отличительный признак этих пациентов – диссоциация между крайне скудным вербальным предъявлением эмоций и достаточно ярким невербальным компонентом речи, который компенсировал трудности вербального предъявления чувств так эффективно, что эмоции становились понятными для собеседника. Клинические характеристики этой группы включали в себя акцентированность на телесных признаках расстройства, чувство вины за поведенческие компоненты эмоциональных переживаний («слезливость», «несдержанность» и т.д.), своеобразную «психологическую неграмотность», которая заключалась в незнании различий между понятиями «ощущения» и «чувства» (после соответствующих разъяснений они легко усваивали эту разницу). Пациенты были эмпатийны, мечтали, фантазировали, часто думали о будущем, по доминирующим поведенческим стереотипам не являлись «людьми действия». Симптом алекситимии у них носил отчетливый адаптационный характер, выступая в качестве культурального или ситуационного запрета на вербальное предъявление эмоций. В противном случае его можно рассматривать как результат действия механизмов психологической защиты (вытеснения негативного эмоционального опыта с заполнением образовавшегося «вакуума» соматоформными переживаниями).

Вторая группа. Значения алекситимического индекса и баллы по Торонтской алекситимической шкале высокие. У этих пациентов были выявлены следующие алекситимические характеристики:

1. Обедненная словесными символами вербальная продукция, редкое употребление словесных ярлыков, обозначающих чувства, практически отсутствуют описания эмоциональных переживаний.

2. Скудные жесты и мимические реакции, не компенсирующие затруднение вербальной экспрессии эмоций, что формирует в описаниях психического статуса таких пациентов определения «сдержан», «немногословен», «закрыт» и т.д. Пациенты для обозначения своего соматического самочувствия используют простые, универсальные жесты.

3. В большинстве случаев усиление соматоформных переживаний (например, интенсификация тревоги) вызывает замирание жестов и мимики.

4. Не дифференцируют понятия «ощущения» и «чувства» и с трудом понимают разницу после соответствующих объяснений, обычно предъявляют чувства (жар, боль) в качестве физических симптомов страдания.

5. Изменения настроения возникают только по конкретной, доступной осознанию причине, при этом снижение настроения во время болезни рассматривают как естественную реакцию на физическое страдание.

Третья группа. Значения алекситимического индекса и баллы по Торонтской алекситимической шкале низкие. Пациенты осознают возможность избавления от телесных признаков страдания при снижении уровня тревоги и депрессии. Эта весьма важная характеристика превращает пациента в партнера по терапии и обеспечивает эффективный терапевтический альянс. Симптом алекситимии нестабилен, его выраженность уменьшается в процессе научения вербальному обозначению чувств в ходе психотерапевтической работы.

Четвертая группа. Значения алекситимического индекса низкие, а баллы по Торонтской алекситимической шкале высокие. Пациенты этой группы с внешним отсутствием симптома алекситимии клинически не отличались от пациентов второй группы. Они демонстрировали те же поведенческие признаки, кроме основных словесных ярлыков, обозначающих эмоции. Однако умение употреблять словесные ярлыки, обозначающие эмоции в речи, не свидетельствует о действительной идентификации чувств.

Таким образом, проведенное Е.С. Гузовой исследование позволило идентифицировать алекситимию как изолированный признак неспособности вербального обозначения эмоций («симптом») и как комплекс эмоциональных, когнитивных и поведенческих признаков («феномен»). Важно, что среди обследуемого контингента алекситимия была зафиксирована в 70% случаев: в 26% случаев – в качестве изолированного симптома и в 44% – в качестве феномена.

Изучение феномена алекситимии в связи с развитием панических расстройств основано на положении о том, что алекситимия не только отражает предиспозицию для соматической патологии, но и несет существенную прогностическую информацию в плане течения заболевания в целом и эффективности терапии [Калинин, 1995]. Это предположение обусловливает необходимость исследования возможных связей алекситимии с некоторыми нейрофизиологическими характеристиками.

Обращает на себя внимание то, что исследование В.В. Калинина – практически единственное из отечественных работ по алекситимии, основанное на концепции возникновения алекситимии в результате нарушения коммуникаций между правым и левым полушариями головного мозга. В результате алекситимия рассматривается как вариант синдрома «расщепленного мозга», возникающего при перерезке мозолистого тела [Hoppe, Bogen, 1997]. Подобный блок на уровне мозолистого тела приводит к нарушению взаимодействия между полушариями, в результате чего левое полушарие не в состоянии адекватно распознавать эмоциональные переживания, возникающие в правом. Это и обусловливает проявление алекситимической симптоматики. В пользу правомерности этой гипотезы автор ссылается на работу S. Zeitlin, посвященную изучению процесса межполушарной передачи тактильных стимулов при алекситимии, в которой подтверждено затруднение проведения стимулов из правого полушария в левое [Zeitlin, Lane, O'Leary, Schrift, 1989].

Таким образом, в основе исследования лежит предположение о том, что при алекситимии мозг отличается меньшей латерализацией, чем у лиц без алекситимии.

Изучая выраженность алекситимии при панических расстройствах, В.В. Калинин предполагает неоднородность панического расстройства как диагностической категории и выделяет два его самостоятельных варианта.

Для первого варианта характерна высокая представленность вегетативной симптоматики при меньшей выраженности психопатологических переживаний и высокой степени алекситимии. При этом автор отмечает, что чем выше частота

приступов панического расстройства, тем более выражена алекситимия и более затруднен терапевтический эффект [Калинин, 1993].

Второй вариант панического расстройства (неалекситимический) характеризуется большей представленностью собственно психопатологических переживаний и меньшей выраженностью приступов расстройства, алекситимия при этом не выражена.

Проведенное исследование отличает сочетание психологических и нейрофизиологических методов исследования:

– Торонтская алекситимическая шкала для определения выраженности алекситимии;

– тест дихотомического прослушивания для оценки степени латерализации головного мозга по речи;

– проба Розенбаха и проба совмещения карандаша с вертикальной линией для определения доминантного глаза.

В работе приняли участие 36 человек, страдающих паническим расстройством.

Материалы исследования показали, что коэффициент латерализации по речи статистически значимо связан с выраженностью алекситимии: чем больше латерализован мозг по речи (больше представленность центра речи в левом полушарии), тем меньше выраженность алекситимии и соматоформных переживаний в структуре панического расстройства и тем более высокого терапевтического эффекта правомерно ожидать.

Напротив, при меньшей латерализации речи в левом полушарии либо даже при доминантности правого полушария больше выражены алекситимия и соматоформные переживания при меньшей эффективности терапии.

Кроме того, отмечено, что больные с разным доминантным глазом отличаются между собой по некоторым клинико-психопатологическим параметрам: у больных паническим расстройством с правым доминантным глазом меньше выраженность алекситимии, более редкие приступы паники и в среднем большая эффективность терапии по сравнению с больными с левым ведущим глазом.

Таким образом, результаты исследования позволили автору определить в качестве основы алекситимии при паническом расстройстве структурно-функциональную организацию головного мозга. Ее специфика состоит в «билатеральной или даже аномальной локализации центра речи (в правом полушарии)» [Калинин, 1995]. Рассматривая алекситимию как фактор предрасположенности к *любой* соматической патологии и основываясь на результатах исследования, автор считает, что фактор аномальной межполушарной латерализации в определенной мере способствует развитию большинства психосоматических расстройств.

Учитывая незначительную выборку, отсутствие контрольной группы и локальный характер исследования в целом, мы полагаем, что представленные как фундаментальные выводы не вполне правомерны и требуют дополнительного изучения и анализа.

Проведенное Н.А. Аверкиной исследование алекситимии в группе пациентов с паническим расстройством позволило автору зафиксировать отсутствие взаимосвязи алекситимии с наличием болевого синдрома. Все испытуемые были разделены на три группы:

1 группа – пациенты с паническим расстройством и хроническим болевым синдромом;

2 группа – пациенты с паническим расстройством, испытывающие болевой синдром эпизодически;

3 группа – пациенты с паническим расстройством, не испытывающие болевого синдрома.

С помощью психодиагностических методов исследования во всех группах определяли показатели по алекситимии, фобической тревоге и депрессии.

Результаты исследования показали, что во всех трех группах наблюдается положительная статистически достоверная корреляционная взаимосвязь между показателями алекситимии и депрессии; во второй и третьей группах – положительная статистически достоверная корреляционная взаимосвязь между показателями фобической тревоги и депрессии (в первой группе – отрицательная).

Во второй группе зафиксирована положительная статистически достоверная корреляционная взаимосвязь между показателями алекситимии и фобической тревоги (в третьей группе – отрицательная).

Таким образом, выраженная алекситимия сопутствует высокой депрессии, однако даже при их сочетании хронический болевой синдром наблюдается только в 70% случаев [Аверкина, Филатова, 2000].

В результате проведения клинических исследований выявлена взаимосвязь между выраженностью алекситимии в структуре личности и наличием избыточной массы тела (ожирением). Так, в работе В.М. Провоторова и соавт. отмечено, что у алекситимичных больных с ишемической болезнью сердца 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 в выборке 250 девушек-студенток, не предъявлявших жалоб на состояние здоровья. Результаты позволили зафиксировать неблагоприятную тенденцию увеличения случаев предожирения и ожирения у студенток с алекситимическим радикалом.

В период становления личности, когда не только формируются высшие, специфические человеческие особенности психики, но и реализация базальной биологической мотивации опосредована культурной средой, в которой эта личность развивается, стиль воспитания в семье может стать фактором риска для возникновения вторичных алекситимических нарушений. Экспериментальное подтверждение этого предположения особенно важно для понимания патогенеза заболеваний, в основе которых лежат нарушения базальных мотиваций (например, пищевой). Такую характеристику алекситимии, как неспособность дифференцировать свои эмоциональные и соматические ощущения (например, чувство голода), рассматривают как непосредственный фактор риска при формировании психосоматической симптоматики при ожирении [Коростелева, Вознесенская, Рыльцова, 1994].

Авторы отмечают, что навязываемое в семье удовлетворение какой-либо биологической мотивации как способ релаксации при переживании негативных эмоциональных состояний может блокировать развитие более тонких способов снятия эмоционального напряжения.

В исследовании приняли участие 28 больных с церебральным ожирением: в первую группу вошли 19 человек, у которых зафиксировано наличие гиперфагической реакции на стресс (ГФРС), вторую группу составили 9 больных без ГФРС.

Гиперфагическую реакцию на стресс (эмоциогенную еду) авторы рассматривают как специфическую форму пищевого поведения, становление которого прослеживается с раннего детства. Родители больных навязывали детям неадекватный прием пищи в ситуациях эмоционального или физического неблагополучия. В результате ГФРС представляет собой основной механизм увеличения массы тела. ГФРС фиксируют у эмоционально незрелых, неагрессивных, социально ориентированных личностей, относя ее к примитивной, дезадаптивной и социально не порицаемой форме защиты от стресса [Вознесенская, 1990].

В представленном исследовании наличие алекситимических черт выявляли при помощи анализа вербальной продукции по методике ТАТ (в модификации Х. Хекхаузена) и метода клинической беседы.

Анализ вербальной продукции по протоколам ТАТ выявил снижение ее общего количества у больных с ГФРС по сравнению со здоровыми испытуемыми (320,4 и 471,3 баллов соответственно при $p < 0,01$). Авторы интерпретируют эти данные в сочетании со специфическим характером жалоб пациентов и их склонностью к примитивизации как выраженность алекситимических характеристик в исследуемой группе [Коростелева, Вознесенская, Рыльцова, 1994].

В исследовании также предпринята попытка оценить природу алекситимии и определить, развивается ли она на основе дефектов воспитания или является конституциональной особенностью.

Анализ клинической беседы позволил выявить типичный стиль воспитания, который подразумевает наличие единственного фактора, обеспечивающего

снятие эмоционального напряжения и выступающего стимулом к достижению успехов. Этим фактором является еда. Использование родителями вкусной пищи для поощрения и утешения накладывается на характерную для этих больных исходно высокую пищевую мотивацию. Поощрение вкусной пищей за любые достижения и наказание в виде ее лишения, а также прием пищи в ситуациях эмоционального дискомфорта приводят к опосредованию пищей любого эмоционального напряжения или психического усилия и обеспечивают ее употребление в больших количествах в подобных ситуациях. В период формирования личности, когда закладываются все навыки взаимодействия с окружающей действительностью, наличие такого способа снятия внутренних противоречий и достижения гармонии между внутренним и внешним миром блокирует развитие более зрелых вариантов купирования эмоционального напряжения. При усвоении социальных норм и приобретении опыта интимно-личностного общения эта социально не отвергаемая форма разрядки эмоционального напряжения приобретает особое значение.

Кроме того, прием пищи как способ снятия негативного эмоционального состояния формирует избыточную массу тела, что выделяет ребенка или подростка из его окружения. Типичное для детских и подростковых коллективов отвержение «не таких как все» обеспечивает недоразвитие навыков общения, неверное усвоение адаптивных форм поведения и способствует искажению взаимодействия в зрелом возрасте. Такое отвержение препятствует формированию адекватного способа выражения своих чувств и переживаний на вербальном уровне, а воспитанный в семье стереотип снятия эмоционального напряжения с помощью дополнительного приема пищи снижает стремление выразить свои чувства вербально.

Существует и другой аспект данной проблемы: еда, хотя и снижает внутреннее напряжение, не купирует его совсем и не избавляет от существующих внутренних противоречий. Описанный стиль воспитания также блокирует способность к дифференциации чувства голода от любого эмоционального напряжения. Такую неспособность к дифференциации собственных ощущений,

как и неспособность к вербальному выражению своих переживаний, следует относить к алекситимическим проявлениям [Николаева, 1991]. Обе эти черты формируются, очевидно, в результате особенностей семейного воспитания, так как прием пищи в ситуации любого эмоционального напряжения приводит к «связыванию» в сознании дискомфорта, вызываемого чувством голода, и дискомфорта, порожденного эмоциональным напряжением любой другой природы. Таким образом, это подтверждает влияние специфики воспитания на формирование и развитие алекситимии у больных с ГФРС [Коростелева, Вознесенская, Рыльцова, 1994].

Выявленные личностные особенности позволяют говорить о наличии у пациентов исследуемой группы нарушений взаимодействия с социумом, низкой способности к интеграции поведения, выраженной склонности испытывать чувство вины и высокого уровня тревоги. Имеющиеся особенности соматического статуса позволяют определять это заболевание как психосоматическое. Особенности социализации таких больных обусловлены дисгармоничным развитием личности вследствие специфики семейного воспитания. Все эти факторы, очевидно, способствуют формированию алекситимических особенностей, которые в сочетании с исходно высокой пищевой мотивацией обеспечивают появление соматического страдания.

В качестве важной составляющей исследования следует отметить рассмотрение на данной группе особенностей межполушарных взаимодействий. При этом выявлена избыточная межполушарная асимметрия активности различных функциональных систем мозга, установлена связь высокого уровня тревоги с повышенной активацией правого полушария. Снижение активации левого и избыточная активация правого полушария могут способствовать усилению подверженности аффективным влияниям и использованию привычных стереотипных способов психологической защиты с учетом прошлого опыта, который, в связи с неправильным научением в детстве, сводится к приему пищи в ситуациях эмоционального напряжения, а также использованию приема пищи для разрядки аффекта [Вознесенская, 1990].

Анализ вербальной продукции в группе больных ожирением без ГФРС показал, что для них типично достоверно меньшее употребление слов, отражающих пищевую тематику, по сравнению со здоровыми испытуемыми. В отличие от первой группы эти пациенты не испытывали затруднений в общении, не чувствовали себя «не такими, как все», были удовлетворены своей внешностью. Анализ вербальной продукции по протоколам ТАТ зафиксировал употребление меньшего количества слов в описании по сравнению со здоровыми испытуемыми (273,4 и 307,9 соответственно при $p < 0,01$). Материалы клинической беседы и жалобы, предъявляемые этими больными, отличаются скудностью и неконкретностью. В ходе клинической беседы пациенты проявляли неспособность понять чувства и переживания окружающих, склонность к упрощению, «примитивизации» проблем. В ряде случаев эти характеристики сочетались с агрессивностью. Данные особенности вполне соответствуют определениям алекситимии.

Изучение природы алекситимии в этой группе больных показало, что они воспитаны в обычных семьях, без общей специфики воспитания. Они не отмечали трудностей общения в подростковом возрасте и других возрастных периодах. В связи с этим авторы трактуют характер алекситимии в данной группе больных как конституциональный [Коростелева, Вознесенская, Рыльцова, 1994].

Мы считаем, что такое разделение характера алекситимии в исследуемых группах не вполне корректно и правомерно. Хотя в природе алекситимии у больных ожирением с гиперфагической реакцией на стресс и без нее наблюдаются очевидные различия (наличие специфики стиля семейного воспитания, особенностей межполушарных взаимодействий и т.д.), не следует исключать из внимания малочисленность выборки исследования (группа больных ожирением без ГФРС представлена 9 испытуемыми). Это делает вполне вероятной невозможность обнаружить общие для пациентов достоверные закономерности социального развития и не позволяет делать однозначные выводы.

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). Существует мнение, что алекситимия выражена в структуре личности потребителей психоактивных веществ и является одним из значимых факторов формирования зависимости. Авторы рассматривают наличие выраженной алекситимии в качестве риска возникновения алкогольной зависимости (2011) и как временное состояние, возникающее в результате употребления алкоголя [Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002]. В исследовании, проведенном А.В. Копытовым (2011), установлено, что респонденты группы с алкогольной зависимостью (возраст от 14 до 25 лет) статистически достоверно более алекситимичны, показатели по наследственной отягощенности алкогольной зависимостью также более высокие. С.А. Смайлова и А.В. Руссу рассматривают алекситимию как один из компонентов структуры симптомокомплекса склонности к аддиктивному поведению подростков [Смайлова, Руссу, 2015].

2.2 Тревожность, агрессивность и эмпатийные затруднения как психологические предикторы формирования алекситимии

В исследованиях последних лет представлены различные материалы по изучению взаимосвязи алекситимии с отдельными психологическими характеристиками, определяющими личностные проявления человека: типологию агрессивных реакций [Левшунова, 2009, 2010], акцентуации характера [Северьянова, Плотников, Плотников, 2013; Бартош, Бартош, Мычко, 2016; Плотников, Северьянова, Плотников, 2017], особенности психологической защиты [Искусных, 2017] и совладающего поведения [Акименко, 2016], психологическая устойчивость [Нартова-Бочавер, Потапова, 2012], эмоциональный интеллект [Иванова, 2010]. Алекситимию рассматривают как важный компонент социально-психологической адаптации человека [Белов, Дмитриев, Апалькова, 2007], а также как психологическую черту, проявляющуюся в экстремальных климатогеографических условиях [Чухрова, Хаснулин, Гафаров, 2009].

В большинстве исследований выраженность алекситимии в структуре личности без соматической патологии изучают на выборках студентов [Никулина, 2004; Голубева, Голованова, 2014; Искусных, 2016; Воронко, Марищук, 2017], реже – учащихся школьного возраста [Юткина, 2017]. Это связано с тем, что основные особенности алекситимии могут быть идентифицированы уже в детском возрасте [Rieffe, 2006; Donfrancesco, 2013], а в подростковом и юношеском возрасте алекситимия является стабильной чертой личности [Mattila, 2006; Karukivi et al., 2014].

Однако представленные исследования носят достаточно фрагментарный характер, не описывают полной картины и психологической природы алекситимического пространства, его психологической структуры.

Анализ литературных источников позволил предположить, что основными компонентами алекситимического пространства являются тревожность, агрессивность и сниженная способность индивида к эмпатии.

В большинстве современных исследований избыточная тревожность определяется как основной фактор дестабилизации эмоционального состояния человека. Выражающаяся в повышенном беспокойстве, ожидании и негативном предвосхищении предстоящих событий, она блокирует позитивное эмоциональное восприятие человеком своего «Я» и окружающего мира.

Анализ литературных источников показывает неоднозначность понимания самого термина «тревога» и причин ее возникновения. Ряд авторов определяют состояние тревоги как временной срез в потоке жизненных эмоциональных переживаний человека, характеризующийся субъективными реакциями напряжения, озабоченности, нервозности и беспокойства.

Эмоциональная сфера индивида ориентирована при высокой тревожности на негативные события, формируя постоянное пребывание в готовности к сопротивлению угрозе или ее абсолютному преодолению. Одной из доступных в этом случае форм сопротивления и борьбы могут являться агрессивность и соответствующие ей способы реагирования на события. Агрессивные и враждебные реакции в этом случае выступают в качестве наиболее доступной

универсальной модели поведения. При этом человек оценивает свое состояние как однозначно негативное, сужая спектр реакций до самых простых и доступных ему. Это создает базу для формирования алекситимических характеристик, когда человек не компетентен в собственных эмоциях, не готов дифференцировать свои эмоциональные ощущения и, тем более, не может идентифицировать состояние партнера.

В этом случае возможно формирование и развитие соматических симптомов, поскольку соматические ощущения в большей степени поддаются идентификации, наиболее допустимы в современной культуре и достаточно просты для их вербализации.

Некоторые исследователи отмечают наличие взаимосвязи между переживанием тревоги и открытыми проявлениями агрессии [Соловьева, 1996; Dorsky, 1972; Kosewsky, 1977]. По данным F. Dorsky, агрессивность подвергается торможению под влиянием «социальной тревожности», под которой понимают страх перед социальными последствиями своих поступков. Исследователи отмечают, что такая тенденция характерна для «сверхконтролируемых индивидов» с выраженной ориентацией на социальную среду и оценку окружающих. В доказательство исследователи приводят экспериментальные данные, что индивиды с выраженной потребностью в социальном одобрении реагируют на побуждение к агрессии значительно более слабой агрессивной реакцией, чем те, кто не испытывает такой потребности.

При рассмотрении представлений о тревоге З. Фрейда обращает на себя внимание их постоянное изменение. Теории тревоги Фрейда менялись как в отдельных деталях, так и коренным образом. Тревога является настолько фундаментальной проблемой, что ей невозможно дать простое объяснение. В своих поздних статьях Фрейд пишет, что он может предложить только свою гипотезу, но не «окончательное решение» данной проблемы [Freud, 1965].

Тревога рассматривается как эмоция (вернее, комплекс эмоций, чувств и настроений), которая переживается как неприятное состояние, сопровождающееся внутренним напряжением, беспокойством, ожиданием неприятности. Часто

человек, испытывающий тревогу, сознает беспочвенность своих опасений, у него нет полной уверенности, что с ним или с тем, о ком он тревожится, обязательно случится что-то нежелательное. Однако тревога от этого не снимается [Банщиков, Завьялов, Короленко, 1975].

Ряд авторов рассматривают тревогу как ощущение неопределенной угрозы, характер и время возникновения которой не поддаются предсказанию [Березин, 1988; Хорни, 1993], как чувство диффузного опасения и тревожного ожидания [Poldinger, 1970], неопределенное беспокойство [Kepinski, 1977].

Интерес представляет функциональный подход к изучению тревожности, представленный в отечественных психологических исследованиях работами В.М. Астапова (1998, 1999, 2003). Автор предлагает единую концептуальную схему анализа различных аспектов проявления тревоги на основе ее функционального назначения, исходя из определения тревоги как предвосхищения опасности, неприятных событий, угрозы и сигнализации об этом индивиду [Астапов, 1999]. На основе данной трактовки В.М. Астапов выделяет следующие функции тревоги:

1. Приспособительная функция. Тревога сигнализирует об определенной опасности и поэтому не является совершенно беспредметной. В этом случае ее предмет – часть окружающего мира.

2. Функция поиска. На основе сигнала об опасности тревога побуждает индивида к активному поиску ее источников. При этом тревога не только представляется как внутренняя призма, преломляющая воздействие извне, но и как поиск скрытой опасности, где тревога имеет подтверждение во внешних событиях, не только преломляя, но и притягивая сигналы беды. Она представляет собой активное состояние целенаправленного поиска, ориентированного вовне, и человек ищет угрожающую ситуацию.

3. Дезорганизующая функция. Отвлечение внимания на поиск угрозы оказывает влияние на характер осуществляемой деятельности. Именно активная поисковая направленность тревоги, характеризующаяся с содержательной стороны фиксацией внимания на стрессовых элементах среды, а с динамической –

длительностью и устойчивостью, может быть положена в основу «беспорядочного поведения», или дезорганизующего влияния тревоги, на деятельность, которая известна как характерная ее особенность. Осуществляемое тревогой побуждение к поиску опасности имеет, по-видимому, непосредственное отношение к патопсихологическим нарушениям, при которых наблюдаются постоянный поиск источника опасности и нахождение угрозы в других людях, в собственном теле, в результате собственных действий и др.

4. Функция оценки ситуации. Первостепенное значение имеет то, какой субъективный смысл придает ситуации человек. Таким образом, психологическая специфика состояния напряженности зависит не от внешних воздействий, хотя они и должны быть сильными для человека, а от личностного смысла цели деятельности, оценки ситуации, в которой он находится. Оценка ситуации приводит к «запуску» приспособительных действий, защитных механизмов и других форм адаптивной активности, имеющей своей целью устранение источника потенциальной опасности.

Если рассматривать феномен тревоги во взаимосвязи с алекситимией, то можно предположить, что дезорганизующая функция становится фактором, блокирующим адекватное проявление остальных функций феномена тревоги и в конечном счете снижает возможности распознавания переживания и отделения чувств от сигналов тела. Это способствует нарастанию выраженности алекситимии и увеличению дезорганизующей роли тревоги.

На основе выделенных функций тревоги В.М Астапов. (1999, 2003) отмечает, что ее отрицательно окрашенное переживание возникает тогда, когда индивид не только оценивает ситуацию как опасную, но и не располагает готовыми и надежными способами ее разрешения. Исходя из этого, он считает возможными три основных формы реагирования на опасную ситуацию: бегство (через устранение возможности столкновения с опасным объектом), агрессию (через устранение источника опасности) и ступор (через полное свертывание активности). В этом предположении можно увидеть компоненты алекситимического пространства и характеризующие его взаимосвязи.

В некоторых исследованиях тревога представлена как форма адаптации организма в условиях острого или хронического стресса [Панин, Соколов, 1981]. Другие авторы считают, что тревога представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении. Длительная, интенсивная, неадекватная ситуации тревога препятствует формированию адаптивного поведения [Hilgard, Atkinson, 1967; Зейгарник, 1971, 1980; Березин, 1988]. Существенным для состояния тревоги является ее направленность в будущее. Тревожный человек беспокоится в отношении того, что может случиться, им овладевают представления о различных несчастьях и неприятностях, в действительности маловероятных (Буянов, 1992, 1993). Эти данные согласуются с особенностями алекситимического пространства, представленными в главе 4 и полученными методом контент-анализа.

Наиболее точным подходом к определению тревоги мы считаем позицию А.И. Захарова (1996). Он пишет, что тревога – это предчувствие опасности, состояние беспокойства. Наиболее часто она проявляется в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать своими неприятными последствиями. Тревога имеет своим мотивом предвосхищение неприятности и в своей рациональной основе содержит опасения по поводу возможности ее проявления. По мнению Захарова, состояние тревоги в большей мере присуще людям с развитым чувством собственного достоинства, ответственности и долга, к тому же повышенно чувствительным к своему положению и признанию среди окружающих.

Применительно к взаимосвязям внутри алекситимического пространства следует обратить внимание на работы К. Хорни. В ее исследованиях тревожность представлена как форма вытеснения естественной агрессии, присущей каждому человеку [Хорни, 1993]. Она считала, что тревожность возникает при вытеснении одной из энергий бессознательного «мортид». Вытесняя (подавляя) эту энергию, человек тем самым вытесняет естественную агрессию. Прилагая усилия для того, чтобы удержать энергию мортидо в бессознательном, человек утрачивает силы для борьбы в жизни. При этом он впадает в состояние депрессии и угнетения.

Вытесненная агрессия начинает проявлять себя в последующем состоянии тревожности. По словам К. Хорни (1993), тревожность – самый мучительный аффект, который может быть присущ человеку всю жизнь.

Определение тревожности как эмоционального состояния во взаимосвязи с алекситимией не исчерпывается представленными взглядами на природу данного понятия.

Дэвидсон (1965) и Джонсон с соавт. (1959) рассматривают тревожность как свойство личности, тесно связанное с ее чувствительностью к стрессовым реакциям. По мнению Робертса и Баумана (1978) тревожность – это сложное состояние, включающее биологические, психологические и поведенческие компоненты.

Ряд авторов [Левитов, 1969; Имедадзе, 1966; Бакеев, 1974; Ханин, 1981, 1991; Lader, 1972] выделяют два основных аспекта (элемента) тревожности: как свойство личности, определяющее индивидуальную особенность реакции на фрустрацию, и как приспособительную реакцию на действие стрессовых факторов. При этом отмечают высокую взаимосвязь реактивной и личностной тревожности.

В состоянии фрустрации лица с высокой личностной тревожностью намного чаще и интенсивнее проявляют реактивную тревожность. Большинство авторов считают, что лица с высоким уровнем тревожности более чувствительны к эмоциональному стрессу, испытывают трудности при выходе из состояния фрустрации. Одни определяют тревожность как хроническое состояние, не имеющее определенного выражения и возникающее в ответ на действие стресса [Grinberg, 1959], другие – как «осознаваемую интенсивную боязнь или предвидение боязни» [Bazowitz, 1956]. Весьма удачной, на наш взгляд, следует считать трактовку Н.Д. Левитова (1969), определяющего тревожность как психическое состояние, вызванное возможными и вероятными неприятностями, неожиданностями, изменениями в привычной обстановке и деятельности, задержкой приятного, желаемого и выражающееся в специфических переживаниях (опасение, волнение, нарушение покоя).

Выделяя различные формы проявления тревоги, исследователи обращают внимание на «субъективно скрытую тревожность», в которой выраженность всех внешних признаков тревоги сочетается с «абсолютным спокойствием» и, по результатам самоотчетов, сопровождается смутным диффузным переживанием, в вербализации которого школьник испытывает существенные затруднения (данный феномен мы наблюдали у подростков и старших школьников). По нашему представлению, выделение понятия «маска» тесно связано с феноменом алекситимии на телесном уровне.

Представление о «масках» эмоциональных расстройств заимствовано из психиатрии и психосоматической медицины, где под «маской» понимают в основном соматизацию невротических и психических расстройств. Вместе с тем понятие «маска» используют применительно к несоответствию внешнего вида и поведения пациентов распространенным представлениям о типичных проявлениях того или иного эмоционального состояния. А.М. Прихожан (2000) называет «масками» тревожности такие формы поведения, которые при ярко выраженных проявлениях личностных особенностей, порождаемых тревожностью, позволяют человеку переживать ее в смягченном виде и не проявлять вовне. В качестве таких «масок» чаще всего описывают агрессивность, зависимость, апатию, чрезмерную мечтательность и др. [Кочубей, Новикова, 1988; Бютнер, 1991; Хорни, 1993]. Кроме того, Б.И. Кочубей и Е.В. Новикова относят к «маскам» и случаи соматизации симптомов тревоги, «уход в болезнь». Подобные случаи, выходящие на уровень психосоматики, при изучении детей, не имеющих ярко выраженных невротических расстройств, целесообразно рассматривать особо.

Экспериментальные данные свидетельствуют, что «маски» тревожности встречаются достаточно рано, уже в дошкольном возрасте [Прихожан, 1996]. «Маска» не избавляет или не полностью избавляет ребенка, подростка от субъективных переживаний тревоги, но, во-первых, позволяет более или менее успешно скрыть ее от окружающих и, во-вторых, обеспечивает некоторую возможность регуляции возникновения и уровня переживаемой тревоги, что указывает на определенное родство этой формы с регулируемой и компенсированной формами тревожности.

Известно, что «маски» тревожности, наряду с «уходом в болезнь», чаще всего описываются как формы защиты. Материалы позволяют расширить традиционную интерпретацию и рассматривать «маски» тревожности не только как защиту, образованную по реактивному типу, но и как способы регуляции и компенсации тревоги, и строить на их основе работу по преодолению тревожности.

На взаимосвязь высокой тревожности с выраженностью психосоматической симптоматики указывают исследования Р. Мэя (2001). В подтверждение влияния тревоги на развитие психосоматической симптоматики автор обращает внимание на три основных вопроса.

1. Различные соматические симптомы появляются, когда человек в ситуации конфликта не может справиться с проблемой на сознательном уровне. В связи с этим тревога сопровождает любую болезнь психосоматического генеза. При этом отмечена возможность развития болезни из-за подавленной неуверенности в себе в результате хронического конфликта, который не разрешен индивидом на уровне прямого осознавания или непосредственно на психосоматическом уровне [Hartz, 1944]. В этом случае с субъективной стороны конфликт характеризуется тревогой, а с объективной – болезнью.

2. Тревога, лежащая в основе психосоматических заболеваний, в значительной степени обусловлена культурными факторами. В качестве примера Р. Мэй рассматривает высокую заболеваемость язвой желудка, связанную в европейской культуре с распространенным стремлением к соперничеству [Мэй, 2001]. Поведение индивида развивается в рамках определенной культуры, и конфликты, в которых он участвует, также возникают в контексте этой культуры. Поскольку в современном мире гораздо более приемлемо телесное заболевание, нежели эмоциональное, то последние нередко принимают соматизированную форму. Так культура обусловливает способ, с помощью которого индивид стремится избавиться от тревоги.

Изучение психосоматических заболеваний позволяет выявить различия между страхом и тревогой. Страх не ведет к болезни, если индивиду удается

избежать опасности. Если же индивид оказывается перед неустранимым конфликтом и не может избежать его, то страх трансформируется в тревогу, которая сопровождается психосоматическими изменениями.

В данном случае Р. Мэй отмечает обусловленность агрессивных эмоций индивида тревогой. Гнев не ведет к болезни, если он проявляется в открытой форме. Когда гнев должен быть подавлен из-за угрозы для человека при проявлении агрессии, становится возможным развитие психосоматических симптомов. При этом автор не отрицает важности влияния идентификации конкретных эмоций, что, по нашему мнению, соответствует основным характеристикам алекситимии.

Кроме того, исследователи указывают на наличие обратной зависимости между способностью человека переносить тревогу на сознательном уровне и появлением соматических симптомов. Так, H.F. Dunbar (1942) пишет, что «тревога, страх и конфликты, которые удаляются из сознания, по всей вероятности, вызывают болезнь. Чем более открыто проявляется тревога, чем более она заметна в поведении, тем меньше проявляется органическая болезнь» (цит. по: [Мэй, 2001]). Когда человек стремится справиться с конфликтом на уровне сознания, он может, воспринимая тревогу, противостоять угрозе. Когда человек не может выдерживать борьбу на сознательном уровне (из-за высокой ожесточенности или своей неуспешности) – развивается соматическая симптоматика.

Именно в этом А.М. Прихожан предполагает кардинальное отличие «маски» тревожности в виде определенных личностных черт и соматизации тревоги по типу «ухода в болезнь». Последнее – довольно частое, описанное в литературе явление. «Уход в болезнь» в психологической литературе традиционно рассматривается как проявление действия защитных механизмов. Полученные экспериментальные данные заставляют усомниться в универсальности такого объяснения.

«Уход в болезнь» чаще встречается у детей дошкольного и младшего школьного возрастов, физически ослабленных, имевших в анамнезе родовые травмы, перенесших в раннем детстве тяжелые заболевания. В этих случаях

устойчивые переживания тревоги способствовали реальному ухудшению их физического состояния, чему мог способствовать астенизирующий характер тревоги, т.е. болезнь могла являться не средством защиты от тревоги, а просто следствием ее действия. Исчезновение тревожности при заболевании могло быть обусловлено щадящим режимом, в котором оказывался больной. Другим вариантом, при котором «уход в болезнь» не является, на наш взгляд, проявлением защиты от тревоги, является «условная желательность» болезни для родных ребенка и (или) для него самого. Тревожность в таких случаях выступает скорее как реактивное образование, отражая конфликтную природу такой «условной желательности». Вместе с тем нет никаких сомнений в том, что «уход в болезнь» в значительной части случаев выступает в качестве формы соматизации тревоги.

А.М. Прихожан отмечает, что устойчивая тревожность оказывает негативное влияние на деятельность и развитие личности детей и подростков, вне зависимости от того, в какой форме она проявляется. Это происходит даже в тех случаях, когда ребенок сознательно использует тревожность в своих целях. Во многом это происходит за счет того, что тревожность придает деятельности выраженный приспособительный характер.

Таким образом, в исследованиях психоаналитического спектра еще не сформированы понятия алекситимического пространства, но уже выделены психологические характеристики, сопряженные с этим понятием.

В современных исследованиях агрессивность рассматривается как весьма распространенная форма проявления насилия, возникающая как ответ на часто подразумеваемое, а не действительное воздействие. Агрессивность – одна из важнейших характеристик действий и поступков, определяющих устанавливаемые взаимоотношения между людьми. Кроме того, следует говорить о том, что ее мера обусловливает эффективность индивидуального личностного развития. Именно агрессивное поведение приводит к возникновению конфликтов и неконструктивным способам их разрешения [Осницкий, 1994]. Р. Кратчфилд и Н. Ливсон считают, что агрессия необязательно «противоположна нравственности, некоторые ее формы не рассматриваются как аморальные. Но в большинстве

случаев агрессия аморальна, поэтому те же механизмы, которые ответственны за нравственное научение, лежат в основе социализации агрессивных импульсов» [Креч, Кратчфилд, Ливсон, 1992].

В современных психологических исследованиях термин «агрессия» употребляют в достаточно широком контексте. Очевидно, этому способствует многообразие форм и проявлений агрессивности (особенно применительно к человеческому поведению). Как следствие неоднозначного понимания феноменологии агрессивности следует рассматривать отсутствие ее однозначного толкования [Румянцева, 1991].

В житейском смысле термин «агрессия» широко распространен для определения насильственных, захватнических действий и всегда оценивается отрицательно (как и сами агрессоры). Эту оценку связывают с проявлениями антигуманизма, насилия, культа грубой силы. В отдельных случаях, когда речь идет о спортивных состязаниях и когда отсутствие у команды спортивной «злости» оценивают как недостаток, об агрессивных действиях говорят как об энергично наступательных и дают им позитивную оценку. Однако, такая «положительная» агрессия является скорее исключением, характерным для узко специальной сферы [Левитов, 1976].

В научных исследованиях под агрессией понимается вредоносное поведение, объединяя в нем различные по форме и результатам акты поведения – от таких, как злые шутки, сплетни, враждебные фантазии, до бандитизма и убийств. Таким образом, к настоящему времени различными исследователями предложен ряд определений, ни одно из которых, на наш взгляд, не может быть признано исчерпывающим.

В своем исследовании мы исходим из того, что в подростковом и юношеском возрасте ориентация на реакцию социального окружения и потребность в его одобрении снижена. Поэтому индивиды с высоким уровнем тревоги, напротив, демонстрируют готовность к враждебным и агрессивным типам реагирования. Это связано, на наш взгляд, с широким спектром негативных эмоций, сопровождающих тревогу, которые, при выраженной интенсивности

последней, исключают возможность позитивного восприятия окружающего мира. Агрессивность в данном случае выступает как примитивный способ защиты себя и своего эмоционального состояния от субъективно отрицательного и враждебного воздействия.

Такой подход опирается на материалы экспериментального исследования, проведенного В.С. Журавлевым (2001) с целью изучения причин агрессивного поведения подростков. Им выявлены основные виды насилия, которым подвергались подростки в возрасте 14–16 лет:

1. Словесные оскорбления – 73,8% опрошенных. Автор считает, что указанный процент значительно занижен, поскольку вербальная агрессия стала привычной частью современной жизни.

2. Физическое насилие – каждый третий из опрошенных.

3. Ущемление гражданских прав и кража имущества – 23,8% опрошенных.

Автор отмечает, что в целом окружающий мир воспринимается подростками как некая агрессивная среда, что провоцирует соответствующее реагирование.

Среди основных причин собственного агрессивного поведения подростки называют следующие:

– корыстные побуждения агрессора – 47,2% случаев;

– желание одних людей добиться власти над другими – 41,9%;

– собственно насилие – 30%.

Ряд авторов под агрессией понимают ярко выраженную активность, стремление к самоутверждению. В рамках данного подхода И.Б. Бойко, например, говорит об агрессии как о тенденции приближения к объекту или удаления от него [Бойко, 1993], а Ф. Аллан описывает агрессию как внутреннюю силу человека, дающую ему возможность противостоять внешним силам.

Д. Майерс трактует агрессию как физическое или вербальное поведение, направленное на причинение кому-либо вреда. Под это определение подпадают рукоприкладство, прямые оскорбления и даже «дразнилки» [Майерс, 2001].

Давая определение агрессии, некоторые исследователи стремятся сделать это на основе изучения поддающихся объективному наблюдению и измерению

явлений, чаще всего актов поведения. Например, А. Басс определяет агрессию как «реакцию», в результате которой другой организм получает болевые стимулы, а Уилсон – как «физическое действие или угрозу такого действия со стороны одной особи, которые уменьшают свободу или генетическую приспособленность другой особи» (цит. по: [Семенюк, 1998]).

Часто под агрессией понимают акты враждебности, атаки, разрушения, т.е. действия, которые вредят другому лицу или объекту. Например, Х. Вильфинг (1996) утверждает, что «человеческая агрессивность есть поведенческая реакция, характеризующаяся проявлением силы в попытке нанести вред или ущерб личности или обществу».

Л. Берковиц (2002) в определение агрессии включает положение о том, что те или иные действия могут быть квалифицированы как агрессия, если они включают в себя намерение обиды или оскорбления.

Созвучным с подходом Л. Берковица нам представляется следующее определение: «Агрессия – это наносящее вред поведение (нормальное или болезненное), направленное против других или себя самого (аутоагрессия) и мотивированное враждебностью, гневом, соперничеством» (Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов. Женева, 1991. Цит. по: [Макарова, 1999]).

Согласно определению Э. Фромма, агрессию следует трактовать весьма широко как любые действия, которые причиняют или намерены причинить ущерб другому человеку, животному и вообще всякому неодушевленному предмету [Фромм, 1994]. Введение в определение агрессии критерия намеренности причинения вреда создает немало серьезных трудностей. Во-первых, важно знать, что мы подразумеваем, говоря о том, что один человек намерен навредить другому. Обычное объяснение таково, что агрессор по своей воле оскорбил жертву. Это вызывает много вопросов, по поводу которых не прекращаются философские дискуссии, особенно среди специалистов по философии науки [Бэрон, Ричардсон, 2001]. Во-вторых, как утверждают многие ученые [Басс, 1971, Бандура, 1983], намерения – это личные, скрытые, недоступные прямому

наблюдению замыслы, о которых можно судить по условиям, предшествующим или следующим за актом агрессии. Подобные заключения могут делать как участники агрессивного взаимодействия, так и сторонние наблюдатели, оценка наличия намерения которых весьма субъективна. Иногда намерение причинить вред устанавливается достаточно просто: агрессоры сами признают желание навредить своим жертвам и сожалеют о том, что их действия были безрезультатны. И социальная ситуация, в которой мы наблюдаем акт агрессии, часто отчетливо свидетельствует о наличии таких намерений.

Р. Бэрон и Д. Ричардсон настаивают, что критерий намерения, несмотря на усложнение трактовки агрессии, необходим в ее определении по трем причинам.

1. Если бы в определении агрессии не упоминалось о намерении причинения вреда, то необходимо было бы каждое случайное оскорбление или нанесение повреждения классифицировать как агрессию. «Ввиду того, что люди время от времени оскорбляют чувства других, прищемляют кому-нибудь пальцы дверью и даже калечат друг друга в ДТП, представляется важным отличать подобные действия от агрессии».

2. Если исключить из определения агрессии категорию намерения, то становится необходимым охарактеризовать действия врачей и родителей, которые применяют дисциплинарные меры воздействия на детей, как агрессивные. Важно помнить, что в большинстве эти действия совершаются для причинения пользы, а не вреда.

3. Если мы не учитываем наличия в агрессивных действиях намерения, то их нельзя было бы трактовать как агрессивные в том случае, когда попытки причинить вред предприняты, но остались безуспешны. В связи с этим важно определять агрессию не только как поведение, причиняющее вред или ущерб другим, но и как любые действия, имеющие целью достижение подобных негативных последствий.

Фактически основными дискуссионными моментами в определении агрессии следует считать:

– причинение ущерба или вреда только живым существам или и неодушевленным объектам в том числе;

– расценивать ли как агрессивные любые действия, наносящие вред, или только те, которые в качестве мотива включают в себя намерение нанести ущерб или вред.

Многие авторы разводят понятия агрессии как специфической формы поведения и агрессивности как психического свойства личности. Агрессия трактуется как процесс, имеющий специфическую функцию и организацию. Агрессивность же рассматривается как некая структура, являющаяся компонентом более сложной структуры психических свойств человека, как любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда любому другому живому существу, не желающему подобного обращения, как враждебная реакция человека для защиты занимаемой территории [Румянцева, 1992], стремление к господству [Румянцева, 1991], реакция личности на враждебную человеку окружающую действительность [Бютнер, 1991]. Р. Бэрон и Д. Ричардсон (2001) понимают под агрессивностью склонность к причинению другим морального или физического ущерба.

Наиболее точным определением агрессивности мы считаем определение А.А. Реана: «Агрессивность – это свойство личности, выражающееся в готовности к агрессии» [Реан, Коломинский, 1999]. Тогда, если рассматривать агрессию как совокупность определенных действий, причиняющих ущерб другому объекту, агрессивность – это некая личностная особенность, которая выражена в готовности к агрессивным действиям в отношении другого. Агрессивность включает в себя и социально-перцептивный компонент, заключающийся в данном случае в готовности (склонности) воспринимать и интерпретировать поведение другого как враждебное. В этом плане, очевидно, можно говорить о потенциально агрессивном восприятии и потенциально агрессивной интерпретации как об устойчивых для некоторых людей особенностях мировосприятия и миропонимания.

К агрессивности близко подходит состояние враждебности. Враждебность – более узкое по направленности состояние, всегда имеющее определенный объект. Часто враждебность и агрессивность сочетаются, нередко люди могут находиться

во враждебных и даже антагонистических взаимоотношениях, но не проявлять агрессивности, поскольку им известны ее негативные последствия. Не следует исключать возможности проявления агрессивности без проявления враждебности, когда оскорбляют людей, к которым не испытывают враждебных чувств [Buss, 1961, 1969].

В повседневной жизни с проявлениями агрессии мы сталкиваемся довольно часто, относя к ним не только акты открытого физического насилия, войны, но и вербальные оскорбления, сплетни, злые шутки, психологическое давление. В связи с этим возникает закономерный вопрос о причине, по которой люди предпринимают эти действия.

Анализ литературных источников в зависимости от рассматриваемых причин подобного поведения позволяет выделить ряд основных, традиционных теоретических концепций, объясняющих природу и в соответствии с ней причины агрессивности человека.

Психоаналитическая концепция

1. Теория фрустрации–агрессии.

2. Теория социального научения.

Психоаналитический подход объясняет агрессивное поведение как инстинктивное по своей природе. Согласно этому подходу агрессия возникает потому, что люди «генетически или конституционально запрограммированы на подобные действия» [Бэрон, Ричардсон, 2001].

В своих ранних работах З. Фрейд утверждал, что все человеческое поведение проистекает прямо или косвенно из эроса, инстинкта жизни, энергия которого (либидо) направлена на упрочение, сохранение, воспроизведение жизни. В этом общем контексте он рассматривал агрессию как реакцию на блокирование или разрушение либидозных импульсов и не трактовал ее ни как неотъемлемую, ни как постоянную и неизбежную часть жизни.

Со временем З. Фрейд предположил существование второго основного инстинкта, танатоса, – влечения к смерти, энергия которого направлена на разрушение и прекращение жизни. Все человеческое поведение выступает как

результат сложного взаимодействия этого инстинкта с эросом, и между ними существует постоянное напряжение. Ввиду этого острого конфликта между сохранением жизни (эросом) и ее разрушением (танатасом) другие механизмы выполняют функции направления энергии танатоса вовне. То есть танатос косвенно способствует тому, что агрессия выводится наружу и направляется на других.

Такая позиция подвергалась критике исследователей, особенно когда агрессию стали рассматривать как человеческий инстинкт, охватывающий почти все поведение человека.

Положения теории фрустрации–агрессии, сформулированные Доллардом (1939), можно представить в следующей краткой форме:

1. Фрустрация всегда приводит к агрессии в какой-либо форме.

2. Агрессия всегда является результатом фрустрации.

При этом не предполагается, что фрустрация (ее определяют как блокирование, создание препятствий для достижения чего-либо) вызывает агрессию напрямую. Считается, что она провоцирует агрессию, побуждает к ней, а это облегчает проявление или поддерживает агрессивное поведение [Бэрон, Ричардсон, 2001; Реан, Коломинский, 1999].

Л. Берковиц пересмотрел в своих исследованиях зависимость агрессии от фрустрации. Он выдвинул предположение о том, что фрустрация вызывает озлобление и эмоциональную готовность реагировать агрессивно. Озлобление нарастает, когда тот, кто вызвал у вас фрустрацию, имел возможность не совершать фрустрирующего действия. Фрустрированный человек особенно часто разражается бранью, когда агрессивные подначки провоцируют высвобождение его гнева. Но при этом стимулы, ассоциируемые с агрессией, усиливают ее [Берковиц, 1967, 1993, 2002].

Теории агрессии, базирующиеся на понятиях «инстинкт» и «фрустрация», предполагают, что враждебные импульсы прорываются наружу с уровня глубинных эмоций. Эти эмоции естественным образом «выталкивают» агрессию изнутри на поверхность. Социальные психологи считают, что, кроме того, человек научается «вытаскивать» наружу свою агрессию.

Люди приучаются к тому, что агрессия может вознаграждаться. Ребенок, который своими агрессивными действиями успешно запугивает других детей, становится все более агрессивным. В этом случае агрессия, направленная на получение определенного вознаграждения, является инструментом.

А. Бандура, ведущий сторонник теории социального научения, убежден, что мы научаемся агрессии не только потому, что это бывает выгодным, но также перенимаем ее как модель поведения, наблюдая за другими людьми. Как и большинство прочих социальных навыков, мы усваиваем агрессивную манеру поведения, наблюдая за действиями окружающих и отмечая последствия этих действий.

По мнению А. Бандуры (1973, 2000), повседневная жизнь постоянно демонстрирует нам модели агрессивного поведения в семье, субкультуре и средствах массовой информации.

Дети, чьи родители часто применяют наказания, обычно используют сходные агрессивные формы поведения в отношениях с другими. Родители добивались от них послушания с помощью окриков, шлепков и подзатыльников и таким образом давали им уроки агрессии как метода решения проблем. Таких родителей часто подвергали физическим наказаниям их собственные родители. Хотя большинство детей, подвергавшихся оскорбительным наказаниям, не становятся в дальнейшем преступниками или оскорбляющими своих детей родителями, 30% из них все же злоупотребляют наказаниями в отношении своих детей, они наказывают их в 4 раза чаще, чем в целом по национальной статистике. Насилие в семьях часто ведет к насилию в дальнейшей жизни.

Влияние семьи также проявляется в более высоком уровне насилия в тех культурах, где отец играет минимальную роль. Взаимосвязь между отсутствием одного из родителей (обычно отца) и насилием сохраняется независимо от расы, уровня дохода, образования и места жительства. Дети, выросшие без отцов, не обязательно становятся делинквентными личностями или преступниками (при наличии заботливой матери и расширенной семьи большинство детей, оставшихся без отцов, не совершают правонарушений). Но риск этого в подобных случаях возрастает.

Социальная среда за пределами дома предоставляет широкий выбор агрессивных моделей поведения. В сообществах, где стиль «мачо» вызывает восхищение, агрессия легко передается новым поколениям. Окрашенная насилием субкультура подростковых банд демонстрирует их наиболее молодым членам образцы агрессивного поведения. В таких видах спорта, как футбол, за проявлениями насилия на игровом поле в большинстве случаев следуют проявления насилия среди болельщиков.

Хотя семья и субкультура могут формировать агрессию, телевидение предоставляет нам больший выбор образцов насилия. Наблюдение насилия по телевизору, во-первых, ведет к усилению агрессивности, во-вторых, повышает порог чувствительности зрителей к насилию и, в-третьих, формирует их взгляды на социальную реальность.

Таким образом, люди сталкиваются с агрессивностью и на собственном опыте, и при пассивном наблюдении агрессивных моделей поведения. Но в каких ситуациях приобретенные ими навыки получают практическую реализацию? А. Бандура утверждает, что агрессивные действия мотивированы разнообразным аверсивным опытом – фрустрацией, болью, оскорблениями. Аверсивный опыт вызывает у нас эмоциональное возбуждение. Но будем мы вести себя агрессивно или нет – зависит от ожидаемых последствий. Агрессия наиболее вероятно проявится тогда, когда мы возбуждены и агрессивные действия кажутся нам безопасными и сулят определенную выгоду [Бандура, 1973, Майерс, 2001].

На наш взгляд, особый интерес представляет позиция А.А. Реана, выделяющего два полярных подхода к феномену человеческой агрессии: этико-гуманистический и эволюционно-генетический. В рамках этико-гуманистического подхода агрессию следует рассматривать как зло, причинение вреда другому человеку, поведение, которое противоречит позитивной сущности людей. «Данный подход представлен в гуманистической и экзистенциальной психологии и философии, а также некоторых педагогических теориях» [Реан, 1996].

Идеи различных концепций, входящих в этико-гуманистический подход, так или иначе восходят к этическим традициям христианского учения. С точки

зрения христианства, *агрессия как действие*, причиняющее вред другому, однозначно оценивается как зло. Уже основные заповеди провозглашают: не убий, не укради, не судите, да не судимы будете. Они же запрещают действия, реально оказывающие вред или направленные на причинение ущерба. При этом речь идет в равной мере о негативной оценке действий, причиняющих физический или психический (моральный) ущерб. Неприемлемой оказывается не только агрессия как действие, но и *агрессивность как свойство* личности: возлюби ближнего своего, любите врагов ваших, благословляйте проклинающих вас. Последняя заповедь прямо противостоит эволюционно-генетическому подходу, при котором бесспорно позитивно оценивается адаптивная агрессия, т.е. направленная на защиту витальных интересов индивида, личности. Христианская же доктрина глобально не приемлет агрессивность как свойство личности, осуждая *любую* личностную готовность к агрессии. Готовность к агрессии осуждается не только на поведенческом (практическом) уровне, но и на когнитивном: «И что ты смотришь на сучок в глазе брата твоего, а бревна в своем глазу не чувствуешь?»

В психологии в рассматриваемый этико-гуманистический подход к проблемам агрессии наиболее последовательно вписывается так называемая «третья сила» – гуманистическая психология. Несмотря на нетождественность концепций различных представителей гуманистической психологии относительно взгляда на проблему агрессии и агрессивности, можно говорить о наличии значительного количества общих положений. Сам дух гуманистической психологии проникнут позитивным отношением к человеку, верой в его силу и позитивность личностного потенциала. Очевидно, не случайно, что гуманистическая психология в противовес идее формирования личности выдвигает, прежде всего, идею свободного развития личности, наиболее полной самоактуализации (А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Фромм), выражающейся, например, в осуществлении индивидуальных смыслов личности (В. Франкл), а также создания помогающих отношений (К. Роджерс) для достижения этих целей.

Провозглашение таких постулатов было бы невозможно, если бы гуманистическая психология исходила из убеждения в изначально агрессивной

природе человека. Потому что в этом случае указанные принципы означали бы предоставление свободы и создание наиболее помогающих условий для развития агрессивности как свойства и проявления агрессии как действия. Но гуманистические психологи убеждены, что, самоактуализируясь, высвобождая подавленное «Я», человек раскрывает свою величественную природу, что в основе человека лежит стремление к положительным изменениям, а не наоборот. Конечно, представители гуманистической психологии (к которым автор относит и себя) не настолько наивны, чтобы идеализировать человека, представлять его свободным от всяких негативных влечений. Человеку присущи разные, в том числе и негативные, импульсы. Но важно понимать, что свобода человека как личности выражается, в частности, и в достаточной его свободе относительно собственных влечений. Человек обладает влечениями, однако влечения не владеют им. Иначе говоря, необходимо не отрицать наличие агрессивных импульсов, но видеть принципиальную разницу между:

– агрессивными импульсами;

– агрессивным импульсным поведением;

– свободным (зрелым) поведением личности.

Отсутствие такого разграничения, игнорирование относительной свободы личности, ее поведения от собственных же импульсивных влечений ведет к фатальной агрессии. Ибо в этом случае агрессивные импульсы оправдывают агрессивное поведение, превращаясь в своеобразное алиби. Однако, как справедливо замечает Франкл, «человек не перестает ненавидеть, пока его учат, что ненависть создается импульсами и механизмами. Но это он сам ненавидит!»

В альтернативном эволюционно-генетическом подходе к феномену агрессии внутривидовая агрессия рассматривается как целесообразная форма поведения, способствующая выживанию и адаптации. Этот подход также объединяет различные концепции, начиная от теорий выживания вида и психобиологической адаптации человека и кончая концепциями социальной адаптации личности. В рамках данного подхода агрессия не рассматривается как зло, а трактуется как такой же инстинкт, как и все остальные, служащий вместе с ними сохранению жизни.

Кроме того, агрессия и агрессивность никак не рассматриваются в качестве фактора, блокирующего самоосуществление и развитие человека, а, напротив, считаются условиями его выживания и адаптации. Внутривидовая агрессия рассматривается как целесообразный инстинкт, выработанный и закрепленный в процессе эволюции. Агрессия – это инстинкт борьбы, направленный против собратьев по виду, и у животных, и у человека. Агрессия, кроме того, является инстинктом не смерти (как, например, у З. Фрейда), а сохранения жизни и вида, и поэтому таким же инстинктом, как и все остальные.

Эволюционно-генетический детерминизм развития агрессии и агрессивности как инстинкта хищнического, господства и подавления обосновывается энциклопедическим анализом эволюции и поведения животных [Лоренц, 1994], эволюцией генетики и поведения человека. При этом последовательный эволюционно-генетический подход не может остановиться лишь на констатации инстинктивной природы агрессии, но утверждает и инстинктивную природу альтруизма, коллективизма, жертвенности и других сугубо личностных свойств, даже таких, как совесть и вообще этическая система личности. Эгоизм очень способствует выживанию индивида, но специфика эволюционного развития человечества такова, что естественный отбор был в очень большой мере направлен на развитие биологических основ самоотверженности, альтруизма, коллективизма.

Однако представление о высокой степени целесообразности агрессии для человеческого существа вступает в серьезное противоречие с наблюдаемыми нами поистине катастрофическими последствиями проявления агрессивного поведения на межличностном, межгрупповом, межнациональном и межгосударственном уровнях. Это противоречие не может быть незамеченным, проигнорированным серьезными представителями эволюционно-генетической концепции агрессии. И тогда, преодолевая это противоречие, К. Лоренц выдвигает новую дополнительную посылку, которая, по его мнению, снимает несоответствие и действительно является хорошей услугой для эволюционно-генетического подхода.

Утверждается, что агрессивный инстинкт «хорош» и служит *в естественных условиях* сохранению жизни индивида и вида в целом. Если кратко резюмировать значительные выкладки К. Лоренца, ныне естественный порядок вещей нарушен следующим образом.

1. Человек есть слабое животное (не хищник). У него, в связи с этим, достаточно ограниченные естественные возможности для убийства. По крайней мере, они никак не сравнимы с потенциалом настоящих хищников (лев, тигр, волк и т.д.).

2. Именно поэтому у человека эволюционным образом сформировались и закрепились лишь слабые запреты внутривидовой агрессии. Последняя должна иметь сильные инстинктивные запреты лишь у сильных хищников, так как только при их возможностях убийства агрессия становится угрозой выживания вида. Для человека слабые запреты на агрессию вполне достаточны, и внутривидовая агрессия, агрессивность в естественных условиях не угрожают исчезновению вида.

3. Изобретение современного искусственного оружия привело к нарушению равновесия между слабыми возможностями убийства и слабыми же запретами на агрессию. Возможности убивать возросли, а запреты остались теми же, т.е. слабыми. Этот подход, конечно, не изменяет сущности эволюционно-генетической концепции агрессии. Более того, эта попытка как раз и предпринята для того, чтобы снять возникшие противоречия и еще более обосновать и укрепить взгляд на агрессию и агрессивность как на эволюционно закрепленный, целесообразный инстинкт, имманентно присущий человеку. Однако эти попытки и модель сами по себе имеют немало уязвимых мест.

Агрессивность маленького ребенка, возможно, проистекает от неудовлетворения его потребностей. В младенческом и раннем возрасте ребенок в удовлетворении своих потребностей еще всецело зависит от родителей, которые не всегда находят возможность своевременно пойти ему навстречу. В результате ребенок испытывает раздражение и гнев, проявляемые сначала криком, а затем и непосредственно агрессивными действиями. Так, годовалый ребенок, рассердившись на мать, может попытаться ее ударить. Но агрессивность по отношению к

родителям дети довольно быстро научаются сдерживать, поскольку она явно не дает желанного эффекта и встречает действенный отпор. Уже трехлетний ребенок, сдерживая активную враждебность, скорей предпочтет, например, затопать ногами, либо разрядить свой гнев на неодушевленном предмете (в частности, игрушке). Такой тип поведения – так называемая смещенная агрессия – встречается у людей всех возрастов, когда невозможно направить гнев на объект, непосредственно его вызвавший, и для разрядки избирается безопасный объект.

Однако по отношению к сверстникам агрессивность продолжает оставаться распространенным типом реагирования на протяжении всего дошкольного детства. Враждебная агрессия у детей встречается довольно редко, так как ее цель – причинение страдания. Инструментальная агрессия сопровождает действия, направленные на достижение некоторой нейтральной цели [Майерс, 1996]. Большинство агрессивных проявлений детей оказывается инструментальным, они сосредоточиваются вокруг предметов: дети пытаются отнять друг у друга игрушки и лакомства либо активно защищаются от таких попыток. В подобных ситуациях агрессивность, если она не выходит за разумные пределы, играет даже положительную роль. Она выступает неотъемлемым элементом борьбы за свои права, за достижение желаемого результата.

Если же ребенок с помощью простейших стратегий – враждебных и насильственных действий – неоднократно добивается успеха, то он теряет интерес к освоению более конструктивного поведения.

Агрессивность, таким образом, закрепляется и создает над взрослеющим человеком ореол недоброжелательности и неуживчивости. Хотя уровень агрессивности детей зависит от конкретной ситуации, существуют также устойчивые индивидуальные различия в склонности к агрессивному поведению. Например, рождение нового ребенка в семье или развод родителей может вызвать временное усиление агрессии. Но сильная агрессия, которая сохраняется дольше, чем несколько месяцев, часто является признаком устойчивого типа поведения. Склонность агрессивного ребенка воспринимать действия другого как враждебные может быть частью порочного круга, в котором подкрепляется и усиливается

агрессивность. Его агрессивные реакции в житейских ситуациях могут постоянно вызывать агрессивные действия других. В результате агрессивный ребенок сам часто подвергается нападкам со стороны других детей, и его уверенность во враждебности намерений других укрепляется [Божович, 1968].

Современный ребенок живет в мире, сложном по своему содержанию и тенденциям социализации. Это связано, во-первых, с темпом и ритмом технико-технологических преобразований, предъявляющих к растущим людям новые требования. Во-вторых, с насыщенным характером окружающего мира, который создает массу «шумов», глубинно воздействующих на ребенка, у которого еще не выработано четкой жизненной позиции. В-третьих, с экологическим и экономическим кризисами, поразившими наше общество, что вызывает у детей чувства безнадежности и раздражения (при отсутствии чувства личной ответственности) из-за того, что старшие поколения оставляют им такое наследство. При этом у детей бурно развивается чувство протеста, часто неосознанного, и вместе с тем растет их индивидуализация, которая при потере общей социальной заинтересованности ведет к эгоизму.

Дело в том, что дети больше других страдают от нестабильности социальной, экономической и моральной обстановки в стране, потеряв сегодня необходимую ориентацию в ценностях и идеалах: старые разрушены, новые не созданы. Дети теперь не только не знают, во что верить, но и считают, что большинство взрослых говорят неправду.

Данной убежденности способствует безответственная деятельность некоторых средств массовой информации, а также поток кино- и телефильмов, заполненных сценами обмана, насилия, научающих ребенка агрессивности.

Сегодня в нашем обществе имеется серьезный дефицит позитивного воздействия на растущих детей. Тем более что качественные изменения макросреды сопровождаются и деформацией семьи, которая не выполняет таких важнейших функций, как формирование у детей чувства психологического комфорта, защищенности. Здесь нередко имеет место жестокое обращение с детьми, связанное с различными видами наказаний, в том числе физическими.

Часть родителей принуждают детей к послушанию; другая часть не интересуется потребностями ребенка; третья переоценивает ребенка и недостаточно его контролирует.

В результате для многих детей характерны неразвитость нравственных представлений, потребительная ориентация, эмоциональная грубость, что связано, в частности, с повышенной внушаемостью, подражательностью.

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что наказание, например, может способствовать как подавлению агрессии, так и ее стимуляции, включая овладение формами агрессивных действий. Именно поэтому ряд исследователей считают наказание моделью агрессивного поведения, передаваемого ребенку взрослыми [Левитов, 1961].

Подобные наблюдения привели некоторых психологов к мысли, что наказание может быть эффективным только при соблюдении таких условий, как позитивное отношение наказывающего к наказываемому и принятие наказываемым норм наказывающего.

Дело в том, что дети подросткового возраста особенно зависимы от микросреды и конкретной ситуации. А одним из определяющих элементов микросреды в отношениях, в которых формируется личность, является семья. При этом решающим является не ее состав – полная, неполная, распавшаяся, а нравственная атмосфера, взаимоотношения, которые складываются между взрослыми членами семьи, а также между взрослыми и детьми.

Агрессивные дети, как правило, вырастают в семьях, где дистанция между детьми и родителями огромна, где мало интересуются развитием детей, где не хватает тепла и ласки, отношение к проявлениям детской агрессии безразличное или снисходительное, где в качестве дисциплинарных воздействий вместо заботы и терпеливого объяснения предпочитают силовые методы, особенно физические наказания [Божович, 1968].

Установлено, что закрепление форм агрессивного поведения происходит под влиянием неблагоприятных внешних условий,среди которых авторитарный стиль воспитания, недостатки нравственного воспитания, деформация системы

ценностей в семейных отношениях и т.п. Эмоциональная холодность или чрезмерная строгость родителей часто приводят к накоплению внутреннего психического напряжения у детей, которые стараются разрядить его посредством агрессивных действий.

Преодоление агрессивности тесно связано с широким кругом задач воспитания – формированием эмоциональной устойчивости, волевой регуляции поведения, овладением навыками межличностных отношений и др.

Агрессивных детей сверстники не любят и часто навешивают на них ярлык «самых неприятных»: «Неприязнь со стороны отдельно взятых сверстников не означает отвержения целым обществом или полную изоляцию от социальных структур. От детей с высоким уровнем агрессии могут отворачиваться многие одногодки, но отношения, которые устанавливаются у агрессивных детей с некоторыми сверстниками, представляются не менее важными, чем отношения неагрессивных» [Бэрон, Ричардсон, 2001].

Игра со сверстниками дает детям возможность научиться агрессивным реакциям (например, пущенные в ход кулаки или оскорбления). Шумные игры, в которых дети толкаются, догоняют друг друга, дразнятся, пинаются и стараются причинить друг другу какой-то вред, фактически могут оказаться сравнительно «безопасным» способом обучения агрессивному поведению. Дети говорят, что им нравятся партнеры по шумным играм и они редко получают травмы во время таких игр.

Существуют также свидетельства, полученные при изучении детей, посещавших дошкольные учреждения, что часто общение со сверстниками может быть связано с последующей агрессивностью [Божович, 1968].

Дети, которые в течение пяти лет перед школой регулярно посещали детский сад, оценивались учителями как более агрессивные, чем посещавшие детский сад менее регулярно [Бютнер, 1991]. Можно предположить, что дети, которые чаще «практиковались» в агрессивном поведении со сверстниками (например, в детском саду), успешнее усвоили подобные реакции и скорее способны применять их в других условиях (например, в школе).

Ранняя агрессивность, проявляемая в школе, имеет серьезные шансы превратиться в жесткую антисоциальную агрессивность в молодые годы. Такая агрессивность может проявляться в криминальном поведении, физической агрессии, жестком обращении с детьми у обоих полов, а также в жестком обращении с супругой и принуждающем поведении у мужчин [Кон, 1989].

А.К. Осницкий (1994) предлагает следующую краткую классификацию проявлений агрессии:

1) болезненные проявления агрессии (неуправляемые вспышки ярости, гнева, разрушительного возбуждения);

2) физические, словесные и другие виды агрессии, связанные с усвоением норм и правил, неприемлемых для всего общества (как правило, это бывает связано с особенностями социализации, закреплением норм антиобщественного поведения);

3) различные виды агрессии, связанные с недостаточной усвоенностью норм и правил в обществе или недостаточной сформированностью собственных средств самоуправления в действиях и поступках (недостаточная обученность и воспитанность);

4) все виды действий, которые одним наблюдателем интерпретируются как агрессивные (вызывают у них подозрения в посягательстве на чьи-то права, попытки причинить вред), а у других связываются с проявлениями активности, настойчивости.

А. Адлер (1997) относит к агрессивным чертам личности следующие:

1. Тщеславие и честолюбие. Развитие и открытое проявление этих свойств возникает при выраженном стремлении индивида к самоутверждению, что провоцирует повышение психического напряжения. Соответственно, когда власть и превосходство над другими людьми становится наиболее значимой целью, человек добивается ее с возрастающим напряжением и ожесточенностью.

2. Игра в бога. По мнению А. Адлера, честолюбие неизменно приводит человека к желанию стать богом или приобрести власть, подобную божественной. Для современной цивилизации характерный пример – стремление к обладанию деньгами и собственностью, с помощью которых можно «владеть миром».

3. Ревность во всех межличностных отношениях. Некоторые честолюбивые дети становятся ревнивыми, чтобы добиться превосходства над другими людьми. В результате формируется их враждебное отношение к миру. А. Адлер отмечает, что ревность может проявляться в различных формах: недоверчивости, стремлении «рыть другим яму», чрезмерной придирчивости к другим людям, постоянном страхе быть забытым. Задача ревнивого человека – заставить партнера жить по своим правилам, лишить ближнего свободы воли.

4. Зависть. Постоянное стремление к власти создает впечатление, что человек далек от достижения своей цели. Это провоцирует постоянную неудовлетворенность жизнью, заставляет оценивать чужие успехи и достижения. В результате возникает желание иметь больше или иметь все.

5. Жадность. Почти каждый человек, как считает А. Адлер, проявляет это качество в накапливании денег или нежелании доставлять удовольствие другим.

6. Ненависть. Эта склонность может проявляться как в открытых вспышках гнева, так и в более мягких формах: придирках и злобе. Кроме того, ненависть может быть направлена против различных дел и обязанностей, отдельных людей, какой-либо нации, класса или другого пола. Данное качество может быть замаскировано под критическое отношение к окружающему миру.

А. Адлер отмечает, что все перечисленные свойства обязательно взаимосвязаны между собой. Очевидно, что в предложенной классификации агрессивных черт мотивы намерения причинения вреда, а также разграничение объектов агрессивного отношения на живые и не живые не учитываются.

Рассматривая проявления агрессии у детей в рамках традиционных условий воспитания, в условиях их обычной жизни, прежде всего следует отметить ту пагубную роль агрессии, которую она играет в становлении личности, превращая ее либо в потенциального агрессора, либо в потенциальную жертву всех настоящих и будущих конфликтов. Менее заметно, но менее пагубно деформирующее влияние агрессии на общее развитие всех высших психических функций. Более грубые нарушения обнаруживаются, как правило, в специфических

заболеваниях: дефектах речи, нарушениях работоспособности, аллергии, бронхиальной астме, энурезе и т.п.

В целом же собственные агрессивные проявления или же постоянное ожидание подобного от окружающих ограничивают активность ребенка, усиливает его тревожность, формируют заниженную самооценку. Не случайно агрессивных детей, равно как и детей, постоянно опасающихся агрессии, относят к группе детей с аффективным поведением, к группе риска.

Можно сделать вывод, что дети черпают знания о моделях агрессивного поведения из трех основных источников. Семья может одновременно демонстрировать модели агрессивного поведения и обеспечивать его подкрепление. Вероятность агрессивного поведения детей зависит от того, сталкиваются ли они с проявлениями агрессии у себя дома. Агрессии они также обучаются при взаимодействии со сверстниками, зачастую узнавая о преимуществах агрессивного поведения во время игр. И, наконец, дети учатся агрессивным реакциям не только на реальных примерах (поведение сверстников и членов семьи), но и на символических, предлагаемых масс-медиа.

Важной характеристикой, отмечаемой исследователями, при выраженности алекситимии являются эмпатийные затруднения. При этом понятие эмпатии рассматривается как способность индивида к идентификации эмоционального состояния партнера по общению и осуществления на ее основе понимания, сочувствия и сострадания. Такая трактовка позволяет выделить в эмпатическом поведении три основных уровня:

– когнитивный – связанный с пониманием эмоционального состояния другого человека;

– аффективный – собственно сопереживание и сочувствие;

– поведенческий – активное помогающее поведение индивида.

Данные литературных источников показывают, что эмпатические способности ребенка формируются при активном участии микросоциального окружения (родителей) и проявляются уже на первом году жизни.

При оптимальной степени выраженности эмпатии в структуре личности человек обладает способностью к адекватному эмоциональному реагированию на

изменения окружающего мира, исключая агрессивные модели поведения как недопустимые и не соответствующие его внутренним эмоциональным установкам.

Способность к идентификации эмоций как обязательная составляющая эмпатии исключает возможность развития алекситимических характеристик в структуре личности, поскольку при сформированном эмпатическом отношении к миру арсенал эмоциональных ощущений достаточно велик. На их основе человек может выбирать тот способ взаимодействия с партнером, который наиболее соответствует и его собственному эмоциональному состоянию и состоянию партнера. В этом случае взаимодействие получает позитивную чувственную окраску и становится продуктивным.

Проблема эмпатии привлекала к себе внимание исследователей еще со времен античности. Древнегреческие стоики утверждали, что существует некая духовная общность между людьми, благодаря которой они сочувствуют друг другу. В Древней Греции сострадание почитали столь высоко, что ему был сооружен алтарь. В Древнем Китае сочувствие было внесено в реестр основных добродетелей человека.

Необходимо отметить, что выделение эмпатии в качестве особого психологического феномена было длительным, сложным и до сего дня его понимание не совпадает у разных ученых и в разных психологических школах.

Первоначально этот феномен обсуждали в рамках философии, в частности этики и эстетики. Поэтому его обозначали либо этическим понятием «симпатия» [Смит, 1895; Спенсер, 1876; Шопенгауэр, 1896], либо эстетическим понятием «вчувствование» [Липпс, 1907].

А. Смит понимал симпатию как способность сострадать другому человеку. Г. Спенсер определял ее как способность сочувствовать людям, проявлять заинтересованность в их судьбе. Он выделял два типа эмпатии: инстинктивную (эмоциональное заражение) и интеллектуальную (сочувственную). Для А. Шопенгауэра симпатия – это сострадание ко всем существам, порождаемое осознанием общности их природы и происхождения. Для него сострадание является свойством самой жизни. В процессе сострадания человек забывает о различиях между собой и другими.

Как механизм познания рассматривал симпатию (эмпатию) M. Scheler (1923). Для него симпатия – не просто соучастие в эмоциях другого, а акт, направленный на познание личности другого как высшей ценности. Он выделял уровни симпатии от низших к высшим, среди которых рассматривал состояние слияния с объектом симпатии, идентификацию с его переживанием, а также участие в переживании другого человека при сохранении независимости собственных переживаний.

В работах психологов конца XIX в. симпатия рассматривается как свойство животных и человека и как первичная эмоция. Т. Рибо (1987), отмечал, что на низшем психологическом уровне развития эмпатия выступает как синергия (подражание двигательным стремлениям), а на более высоком – как синестезия, т.е. согласованность чувствований, переживаний, вызывающих сходные поступки. Правда, он отмечает, что в ряде случаев люди стремятся избавить себя от сопереживания страдания другого человека. на высшем интеллектуальном уровне симпатии возникает согласованность чувств и поступков, основанных на единстве представлений и темперамента с объектом симпатии.

В. Штерн (1922) тоже считал симпатию первичной эмоцией, на основе которой развиваются социальные чувства. Он разделяет «чувство к другим» (нежность, любовь) и «чувства с другими» (сострадание, сорадость). Первые служат предпосылками для возникновения вторых. Любовь к близким идет через подражание и обучение к формированию способности реагировать на страдание других людей, к развитию альтруистического поведения.

Немецкий философ и психолог Т. Липпс в начале XX в. создал теорию познания человеком живых и неживых объектов (объектов природы, произведений искусства). Липпс полагал, что, познавая, человек «вчувствуется» в познаваемый объект; воспринимая его, он находит нечто общее между собой и объектом, и объект «возникает собой», открывает человеку свою сущность. Вчувствование в другого человека основано на желании обнаружить в нем такие же переживания, какие есть у самого субъекта. Наблюдая мимику чужого лица, субъект инстинктивно подражает ей, что вызывает соответствующую этой мимике эмоцию. Таким

образом, вчувствование происходит путем подражания (имитации экспрессии другого человека).

Теория вчувствования Липпса распространилась в англоязачных странах, и вчувствование было переведено как эмпатия. Вскоре эмпатия стала психологическим термином для обозначения процессов вчувствования, эмоциональной отзывчивости, познания человеком других людей.

Понятие «эмпатия» впервые ввел в психологию Э. Титченер [Titchener, 1909], опираясь на представления Липпса о вчувствовании как перцептивном акте. Значительная часть американских работ по эмпатии отражает ее понимание как когнитивного процесса, восприятия и понимания внутреннего мира другого человека, эмоционального содержания произведения искусства, природы [Cotrell, Dymond, 1949].

Менее распространено понимание эмпатии как вчувствования, причем и здесь имеется множество нюансов. У одних авторов эмпатия выступает как вид чувственного познания объекта через проекцию и идентификацию [Beres, Harlaw, 1953], у других – как способность поставить себя на его место, предвидеть его реакции [Mahoney, 1960], у третьих – как способность понимания эмоционального состояния другого [Wilmer, 1968] или способность проникать в психику другого, понимать его аффективные ориентации [Шибутани, 1969].

А. Адлер (1997) определял эмпатию как способность отождествлять себя с каким-либо предметом или ситуацией. Такое определение послужило основой для развития гуманистического подхода к рассмотрению данного феномена.

Новый импульс к развитию представлений об эмпатии и ее изучению был дан представителем гуманистической психологии К. Роджерсом Он определял эмпатию как «способ существования с другим человеком. Это значит войти во внутренний мир другого и быть в нем как дома. Это значит быть сензитивным к изменениям чувственных значений, непрерывно происходящих в другом человеке, а также временное проживание жизни другого, продвижение в ней осторожно, тонко, без суждения о том, что другой едва ли осознает» [Роджерс, 1997].

К. Роджерс полагал, что быть в состоянии эмпатии означает воспринимать внутренний мир другого человека точно, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Существует необходимость становиться этим другим, но без потери ощущения «как будто». Это значит, что сохраняется способность в любой момент вернуться в собственный мир переживаний. Если этот оттенок «как будто» исчезает, то речь уже идет об идентификации с эмоциональным состоянием другого, о заражении его эмоцией и переживании ее в такой же степени по-настоящему [Роджерс, 1984, 1997].

К. Роджерс стал рассматривать феноменологию эмпатии в контексте клиент-центрированной психотерапии. Он отмечал, что понимание клиента должно быть лишено предвзятости, стереотипности, что очень важно для психологического благополучия человека. Особенно это верно, по его мнению, для психотических личностей, поскольку даже намерение понять может нести психотерапевтический эффект. С этой точки зрения в гуманистической психологии «лечит» слушание с пониманием, а не интерпретация поведения.

Впоследствии К. Роджерс распространил свое понимание эмпатии на другие сферы взаимоотношений: ребенок–родитель, ученик–учитель и т.д. В этой связи он придавал эмпатии свойства фасилитатора (способствующего процессу) и в обучении, и в семейных отношениях.

К. Роджерс и его последователи проводили в сфере образования экспериментальные исследования, показавшие роль эмпатии в обучении и воспитании. Так, у учеников учителей-фасилитаторов с более высоким уровнем эмпатии по сравнению с детьми, которых обучали обычные учителя отмечали большую личную автономность, наименее выраженные проявления физической и вербальной агрессии, меньше дисциплинарных проблем, а также рост творческой активности.

Позже К. Роджерс дополнил понимание эмпатии введением коммуникативного компонента, определяемого как способность передавать партнеру понимание его переживаний или его внутренней ситуации. Эмпатия может проявиться только тогда, когда собеседник уверен, что его понимают.

Такое представление об эмпатии открыло возможности ее развития через обучение специальным способам эмпатического (активного) слушания.

В.В. Бойко (1988) рассматривает эмпатию как рационально-эмоционально-интуитивную форму отражения, которая является особенно утонченным средством «вхождения» в психоэнергетическое пространство другого человека. Автор выделяет в эмпатии три канала: рациональный, эмоциональный, интуитивный. Рациональный канал характеризует направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на сущность другого человека, его состояние, поведение, на имеющуюся у него проблему. Это проявление спонтанного интереса к другому. Эмоциональный канал позволяет эмпатирующему входить в эмоциональный резонанс с другими – сопереживать, соучаствовать. Интуитивный канал дает возможность видеть поведение других, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании эмпатирующего. Однако нередко эмпатия дает искаженную картину внутреннего мира другого человека вследствие того, что эмпатирующий необоснованно проецирует на него свои качества – недостатки, привычки, эмоциональный опыт, устаревшие взгляды, предвзятые суждения.

В отечественных исследованиях распространено более узкое понимание эмпатии как эмоционального состояния, возникающего у индивида при виде переживаний другого.

При этом одни считают, что эмпатия характеризуется сопереживанием, возникающим по механизму эмоционального заражения, т.е. непроизвольно и неосознаваемо. Здесь эмпатия обладает свойством искренности выражения своих эмоций.

Другие полагают, что в эмпатии значительную роль играют разум, рациональное восприятие человека или животного, т.е. сопереживание рассматривают как произвольную и осознаваемую эмоциональную идентификацию с другим человеком.

В последнем случае, как отмечает Т.П. Гаврилова (1981), сопереживание перерастает в сочувствие, сопровождающееся стремлением к оказанию помощи. Эмпатия же обладает свойством искренности выражения своих эмоций.

И.М. Юсупов (1991) определяет эмпатию как способность к сопереживанию, эмоциональную отзывчивость, чувствительность и внимание к другим людям, их горестям и радостям. Эмпатическое отношение к окружающему миру подразумевает развитие гуманистических ценностей личности.

Эмпатические переживания, как правило, возникают у человека при восприятии им экспрессии человека или животного в конкретной ситуации. Но эмпатический отклик вызывают и описываемые переживания, и переживания, которые человек предполагает в другом, зная, в какой тот оказался ситуации. В эмоциональном отклике на переживания другого различают переживания разной модальности. При виде горя другого человек испытывает или то же чувство, или сходное сочувствие, жалость. Страдающий человек у кого-то вызывает и противоположные чувства, например злорадство. Не всегда на радость люди откликаются радостью, у кого-то она вызывает огорчение.

Формы эмпатических переживаний зависят от отношения человека к людям вообще, его отношения к конкретному человеку, его эмоционального состояния, от всей его жизненной ситуации.

Человек способен к сорадованию, когда он достиг достаточно высокого уровня развития личности. Действительно, сорадование гораздо реже встречается в человеческих отношениях, чем сочувствие и жалость. Противоположные эмпатические переживания – радость в ответ на огорчение и огорчение в ответ на радость – порождаются завистью.

Психологи, исследовавшие эмпатию, установили, что чаще всего сочувственный отклик вызывают знакомые, близкие родственники, лица своего пола. Один на один люди внимательнее друг к другу, а в толпе могут пройти мимо слез и даже отчаяния.

Интенсивность сочувствия зависит от того, были ли подобные переживания в опыте человека, способен ли он представить себе, что переживает другой, насколько наблюдаемая ситуация помогает представить себе его чувства.

Происхождение эмпатии во многом носит дискуссионный характер. А. Адлер (1939) считал, что она объясняется существованием врожденного чувства общности. По его мнению, это космическое чувство, отражающее связь людей

со всем мирозданием, которое воплощено в каждом из нас; это неотъемлемая черта принадлежности к человеческому роду.

Первичные эмпатические реакции можно наблюдают уже у новорожденных. В процессе психического развития эмпатические реакции ребенка усложняются, обобщаются, когнитивизируются и становятся переживаниями, отражающими его отношение к другим людям. Объектом эмоциональной отзывчивости ребенка могут быть также и животные, и антропоморфизированные предметы [Циркина, 2001].

Сострадание в настоящем смысле слова появляется рано. Тейер писал, что его дитя, которому было тогда два года и три месяца, плакало, видя на картинке человека или животное в опасном положении.

С. Селли приводит случай плача у ребенка девяти с половиной месяцев, который разволновался, видя слезы матери. У В.А. Болувина описан аналогичный случай, относящийся к полутора годам. Н.Д. Скупин рассказывает о нежной заботливости его сына к петуху, когда его сыну было два года и восемь месяцев. В специальной работе Бэка, написанной на основании материалов, полученных с помощью анкетирования родителей, констатируется известная периодичность, точнее, неравномерность в развитии чувства сострадания. Полученные данные свидетельствуют о том, что наибольшее развитие чувство сострадания получает между вторым и шестым годами.

Конечно, метод, который применял Бэк, не позволяет говорить о точном исследовании чувства сострадания у детей, но все же известную ценность выводы его, безусловно, представляют.

Половина случаев сострадания относится к людям, и притом преимущественно к членам семьи; лишь начиная с третьего года жизни заметно растет сострадание к лицам, состоящим вне семьи. Смысл этого объективно истолковывает В. Штерн, когда говорит, что состраданию предшествует расширение круга социальных связей: симпатия распространяется лишь на тех, с кем ребенок чувствует себя связанным.

В. Штерн сообщает любопытные данные относительно своей младшей дочери Евы, у которой отзывчивость была очень слабой. Автор связывает это с общей вялостью и медленным развитием ее эмоциональной жизни.

Г. Крайг (2002) отмечает, что авторы некоторых исследований обращают особое внимание на развитие у начавших ходить детей таких форм просоциального поведения, как эмпатия и сотрудничество. Между 18-м и 24-м месяцами дети начинают делиться с другими, помогать им, сопереживать их горю. Развитие эмпатии можно соотнести с развивающимся чувством «Я». Вот как объясняет этот процесс Уал-Вакслер и ее коллеги (1992): «Когда на втором году жизни дети начинают проводить границу между собой и другими и, следовательно, воспринимать других как самостоятельных существ, их эмоциональная вовлеченность в страдания другого человека начинает превращаться из личного страдания в сочувственное отношение к тому, кто страдает».

Эти исследователи также полагают, что проявления эмпатии у детей второго года жизни связаны с надежными привязанностями и с тем, как обращаются с ребенком, когда он обижен или нуждается в помощи. Развитие этой новой способности проявлять участие к окружающим проходит совсем не гладко.

Когда дети видят, что другим плохо, они часто приходят в замешательство. Они могут рассмеяться или же не знают, как им реагировать. В серии исследований матерей просили сделать вид, что они только что ушиблись. Дети в возрасте 21 месяца были озадачены и обеспокоены случившимся. Однако через три месяца в аналогичной ситуации некоторые из этих детей уже научились утешать мать, наблюдая за тем, как она регулярно проявляла к ним сочувствие, когда они были чем-то расстроены [Radke-Yarrow, 1983].

В исследованиях проявлений сотрудничества при выполнении простых задач практически ни один из 12-месячных младенцев не помогал другим детям. В 18 месяцев случаи сотрудничества были не часты и, по большей части, случайны. В 24 месяца при определенном содействии со стороны взрослых почти все дети были способны сотрудничать друг с другом [Brownell, 1990].

Более реальны представления об эмпатии биологов и этологов, видящих проявление эмпатии в альтруистическом поведении животных. Простейшая реакция такого типа – эмпатический дистресс, который представляет собой непроизвольное реагирование на болезненные эмоциональные состояния другого.

Рудиментарные его формы (например, когда малыш слышит плач другого ребенка, тоже начинает плакать) являются, очевидно, врожденными. Позже к ним присоединяется опыт: зная, что такое боль, ребенок может сочувствовать другому. Элементарная параллельная эмоциональная реакция постепенно превращается в относительно осознанную, которую М. Хоффман [Hoffman, 1978] назвал симпатическим дистрессом (от слова «симпатия»). Он выделил три стадии формирования эмпатической способности у детей.

На первой стадии (около одного года) ребенок хотя и осознает других людей как отдельные физические сущности, но еще не осознает их психической автономии. Поэтому переживания другого тождественны его собственным. Например, годовалый ребенок зовет на помощь плачущему сверстнику свою мать, хотя мать другого малыша находится тут же, а полуторагодовалый ребенок, чтобы утешить печального взрослого, предлагает ему свою любимую игрушку.

На второй стадии (с двух-трех лет) ребенок начинает осознавать, что другие люди имеют свои эмоциональные состояния, не зависящие от его собственных. Это способствует дифференциации его эмоциональных реакций, однако проявление им сочувствия кратковременно и привязано к данному моменту и ситуации.

И лишь на третьей стадии (между шестью и девятью годами) его эмоциональные реакции носят характер симпатического дистресса.

Н.И. Лысенко (1974) изучала сочувственные реакции детей от шести месяцев до трех лет. Шестимесячные дети плачут при виде расстроенной матери, а к концу первого года жизни ребенок не только плачет, если при нем кого-то обижают, но и делает попытки утешить. Развитие речи и двигательной активности ребенка способствует все более действенному характеру его сочувствия.

В два года дети утешают, если видят слезы, делятся сладостями. Их сочувствие распространяется не только на близких взрослых, но и на сверстников. Н.И. Лысенко наблюдала, как двухлетние дети активно соучаствуют в переживаниях сверстников не только по просьбе взрослого, но и по собственной инициативе.

Американская исследовательница Л. Мерфи изучала эмпатические проявления детей трех-четырех лет. Она обнаружила, что дети этого возраста более всего

сочувствуют ребенку, потерявшему мать, пушистым цыплятам и зверятам более, чем рыбам и черепахам, а в случае выбора больше сочувствуют детям, чем животным [Мерфи, 1937].

Французский психолог А. Валлон (1967) обратил внимание на то новое, что появляется в эмоциональной сфере ребенка на третьем году жизни. Ребенок узнает себя в зеркале, называет себя местоимением «Я», хочет отделиться от взрослого, проявляет самостоятельность. Последнее подчас принимает характер упрямства: ребенок настаивает на своем тем упорнее, чем меньше взрослый чувствует, как необходимо малышу поступить по-своему.

К пяти годам ребенок достигает определенной самостоятельности, отчетливо осознает и собственную автономность, и автономию другого. Пятилетние дети способны и к острым переживаниям зависти, и к ярким проявлениям сочувствия. Причем и зависть, и сострадание воплощаются в поступках: если ребенок завидует, он может нажаловаться, если сострадает, может поделиться самым дорогим для себя, чтобы утешить.

Пятилетний ребенок уже способен воспроизвести переживания других людей, связать их с определенными действиями. Это помогает ему овладеть ролевой игрой, которая занимает центральное место в жизнедеятельности детей этого возраста.

Несмотря на то, что в дошкольном возрасте у детей развивается способность встать на место другого человека, эмоционально отзываться на то, что они не переживали сами, тем не менее их восприятие переживания другого человека еще ограничено рамками собственного опыта, кругом общения.

С началом младшего школьного возраста ребенок научается принимать во внимание мнение других людей, смотреть на себя со стороны, осмысливать свои поступки, соотносить свое поведение с его последствиями для других. К этому периоду формируются гуманистическая и эгоцентрическая формы эмпатии. Последняя проявляется как непосредственное переживание, отражающее центрированность на себе и своих переживаниях.

У школьника круг общения значительно расширяется, и он начинает осознавать себя не только по отношению к каждому конкретному сверстнику, но и по отношению к группе как общности [Богданова, 1975]. В подростковом возрасте усвоение нравственных норм делает более устойчивым и осознанным отношение ребенка к другому человеку, будь то сверстник или взрослый. В этом возрасте складывается альтруистическая и коллективистская направленность.

Что касается половых различий, Н. Айзенберг (1989) считает, что девочки более проникнуты заботой и состраданием, чем мальчики. Однако, по ее мнению, это объясняется главным образом тем, что девочки созревают быстрее мальчиков.

В.В. Зеньковский (1996) подтверждает точку зрения Н. Айзенберг. Он утверждает, что степень развития сострадания и симпатии, конечно, различна у разных детей – здесь больше сказываются индивидуальные различия. В общем, девочки всегда чувствительнее мальчиков, у них скорее и чаще пробуждается симпатия.

М.В. Осорина (2000) считает, что мальчики по своему складу легче и спокойнее переносят зрелище того, как предмет теряет свою форму и структуру в процессе агрессивного воздействия на него, когда напор силы превращает его в бесформенное вещество, хаотическое ничто. Поэтому участие в разрушительных по отношению к предметам действиях не становится для мальчиков таким остро болезненным эмоциональным переживанием, как для девочек.

Значимым для мальчиков моментом оказывается ощущение собственной власти над веществом предметного мира и одновременное раскрытие тайных сил материи, которые выходят наружу, когда разрушается прежняя оболочка и начинается сущностное преобразование самой плоти объекта. Гибель любой структуры всегда сопровождается выбросом энергии, которая была в ней заключена и эту структуру удерживала.

Освобожденная разрушением объекта энергия вырывается наружу, как джинн из бутылки, и создает на мгновение мощное силовое поле, которое очень привлекательно для мальчишек. Недаром им так нравятся звон, грохот, треск разбиваемых бутылок, взрывающихся петард или бурно протекающих

химических реакций. Все это – внешние проявления силы, которые мальчику надо пережить и освоить. В соответствии со своим природным устройством, как будущие матери, девочки (сами того не осознавая) более чувствительны не к рвущимся наружу центробежным силам, а к спрятанным, сосредоточивающимся внутри объекта силам центростремительным. Это те силы, которыми предмет или человек наливается и наращивает мощь, которые крепят его внутреннюю структуру, становясь источником его роста и развития. И в них, этих внутренних силах, девочки и женщины знают толк и умеют их использовать.

Сопереживание взрослым и животным чаще наблюдалось у мальчиков, а сочувствие – у девочек. По отношению же к сверстникам все оказалось наоборот: сопереживание чаще выражалось девочками, а сочувствие – мальчиками. В целом же и те и другие чаще сочувствовали, чем сопереживали [Ильин, 2001].

В среднем женщины всех возрастов проявляют больший интерес к чувствам других, чем мужчины [Айзенберг, 1989]. Хотя представители обоих полов одинаково разбираются в чувствах других людей, женщины более склонны к сопереживанию, так как эта роль предписана им нашей культурой. Наша культура предлагает разнообразные образцы для подражания членам различных социальных групп. Например, модели поведения, предлагаемые для мальчиков, значительно отличаются от моделей поведения, предоставляемых на выбор девочкам.

Эмпатия основана на социальном опыте, и, если человек не знает того, что чувствует другой, он не сможет ему сочувствовать [Крайг, 2002].

Эмпатия, как и основные социальные чувства, рождается вместе с социальным опытом, так как всякий социально-психический опыт выражается, прежде всего, в чувствах. Индивид связан с социальной средой благодаря тому, что непосредственно чувствует эту среду как живую, человеческую.

Первичное и непосредственное переживание человеческой среды как таковой лежит в основе всего нашего социального взаимодействия. Мы ощущаем людей не только как части мира явлений, но и как живые существа, субъекты самостоятельной и творческой активности.

Поэтому можно сказать, что существует некоторое общее социальное чувство, лежащее в основе всех отдельных социальных чувств.

Социальная симпатия (как и социальная антипатия) развивается у детей очень рано. Уже в течение первого года жизни они проявляют явные признаки своей симпатии к отцу и матери, к няне, членам семьи, ко всем тем, кто относится к ним со вниманием.

Когда заканчивается грудной период, социальная среда, в которой находился ребенок, естественно расширяется, в детских играх начинают проявляться социальные инстинкты, которые становятся средством ориентирования в социальной традиции.

К пятому-шестому году жизни начинают проступать признаки того, что ребенку уже мало семьи, ему уже тесно в ней, проявляется интерес к сверстникам. Важно, что дети высказывают сочувствие без просьбы, без чьих-либо указаний или намеков. При поощрении этих форм взаимодействия с окружающим миром они становятся нормами поведения.

Дискуссионным остается вопрос: можно ли оценивать социальное поведение как врожденное или оно формируется в процессе развития? Попытки решения данной проблемы представлены в основных положениях следующих психологических теорий.

1. Социобиологическая теория социального поведения. Такие исследователи, как Д. Майерс, М. Хоффман, утверждают, что забота о других является врожденным качеством человека и возникает из простейшего чувства сострадания, испытываемого при виде боли, мук, переживаний близких людей. Согласно этой теории желание помочь другому появляется у ребенка потому, что он не может долго переживать свое чувство сострадания. Сопереживание чужой боли настолько тягостно для малыша, что он хочет побыстрее избавиться от него. Представители данного направления считают, что дети «генетически запрограммированы» помогать другим, тем самым облегчая самовыживание и выживание человеческого рода.

2. Теория умственного развития. Сторонники этой теории развития традиционно считают: для того, чтобы поведение ребенка приобрело социальный характер, он должен обладать способностью ставить себя на место другого. Основная идея приверженцев данной теории о том, что полуторагодовалые дети могут сочувствовать другим, опровергает мнение Ж. Пиаже, будто дети этого возраста сосредоточены лишь на собственном «Я» и, следовательно, не осознают потребностей и желаний других людей. Современные исследователи показали, что чувства сопереживания и сострадания появляются у детей прежде, чем они начинают осознавать независимое от них существование других живых существ, в первую очередь – людей.

Примитивные формы социального поведения можно обнаружить даже у новорожденного, когда он начинает плакать, заслышав плач другого новорожденного. Такое поведение может быть всего лишь проявлением безусловного рефлекса или реакцией на новый сильный стимул (плач другого ребенка), когда беспокойство, исходящее от постороннего человека, связывается новорожденным с ранее испытанным беспокойством.

3. Теория обучения социальному поведению. Очевидно, что многие социальные действия дети перенимают у родителей как модель поведения. Частота проявления социальных моментов в поведении (как и актов агрессии) может возрастать в результате обучения через подражание, а также благодаря поощрению. Например, если дети наблюдали щедрость со стороны других или их хвалили за их собственную щедрость, то это качество у них получало стимул к развитию.

Большинство исследований, посвященных проблемам формирования и развития эмпатии, ориентированы именно на этот концептуальный подход [Адлер, 1964; Гаврилова, 1984; Бойко, 1988]. В качестве основных факторов, способствующих формированию и развитию эмпатии, авторы рассматривают характер семейных взаимоотношений, стиль воспитания, значимые семейные ценности.

Дети, способные к сочувствию, растут в семьях, где родители тепло относятся к ним, предоставляют им определенную независимость. Дети любящих

и демократичных матерей обладают такими чертами, как умение сотрудничать, общительность, эмоциональная устойчивость. Эмпатийность родителей прямо определяет отзывчивое, доброжелательное отношение детей к другим людям. Ребенок только тогда принимает других людей, когда его принимают, любят и уважают в собственной семье.

У детей, не принятых взрослыми в семье, не получающих в семье тепла и внимания, нередко развиваются защитные формы поведения. Такие дети фиксированы на собственных переживаниях и равнодушны к переживаниям других людей. Они обидчивы, сдержанны, подозрительны, взрывчаты, готовы к агрессивным действиям.

Анализируя причины нарушений эмоционально-нравственного поведения детей, нельзя не принимать во внимание изменения, которые происходят в современной семье. Эмансипация женщин привела к тому, что они не мыслят себя вне участия в общественной жизни. Этот прогрессивный процесс порождает и свои трудности. Образованность женщин, их профессиональная компетентность нередко подрывают авторитет отца как главы семьи. Женщина оставляет за собой право определять стиль семейной жизни, принимать решения. В современной семье нередки случаи лидерства женщин, в то время как мужчина занимает второстепенное место – отстраняется женщиной или устраняется сам от воспитания. Традиционные для мужчины функции контроля и семейных санкций нередко переходят к женщине, и при этом она неизбежно утрачивает свою роль эмоционально-теплого центра семьи.

А. Адлер (1964) считает, что социальные чувства, в том числе эмпатия, развиваются в социальном окружении. Другие люди, прежде всего мать, а затем остальные члены семьи, способствуют процессу его развития. Однако именно мать, контакт с которой является первым в жизни ребенка и оказывает на него наибольшее влияние, прилагает огромные усилия к развитию социального интереса. А. Адлер рассматривал материнский вклад в воспитание как двойной труд: поощрение формирования зрелого социального интереса и помощь в направлении его за пределы сферы материнского влияния. В идеале мать

проявляет истинную любовь к своему ребенку – любовь, сосредоточенную на его благополучии, а не на собственном материнском тщеславии.

Многие установки, сформированные в процессе материнского воспитания, могут также и подавлять у ребенка чувство социального интереса. Любое поведение, укрепляющее в детях чувство, что ими пренебрегают и не любят, приводит их к потере самостоятельности и неспособности к сотрудничеству.

А. Адлер рассматривал отца как второй по важности источник влияния на развитие у ребенка социального интереса. У отца должна быть позитивная установка к жене, работе и обществу. Вдобавок к этому его сформированный социальный интерес должен проявляться в отношениях с детьми. Идеальный отец тот, кто относится к своим детям как к равным и наряду с женой принимает активное участие в их воспитании.

Отец должен избегать двух ошибок: эмоциональной отгороженности и родительского авторитаризма. Дети, чувствующие отчужденность родителей, обычно преследуют цель достижения личного превосходства, а не превосходства, основанного на социальном интересе. Родительский авторитаризм также приводит к дефектному стилю жизни. Дети деспотичных отцов научаются бороться за власть и личное, а не за социальное превосходство.

Экспериментальные психологические исследования свидетельствуют о том, что отцы, у которых установились сильные эмоциональные связи с ребенком еще в младенческом возрасте, оказываются более чуткими к изменяющимся потребностям и интересам своих детей, когда они взрослеют. В целом такие отцы имеют большее влияние на своего ребенка. Дети чаще прислушиваются к ним, хотят походить на них, благодаря установившимся между ними тесным разносторонним отношениям.

Огромное влияние на развитие у ребенка социального чувства оказывают отношения между отцом и матерью. Так, в случае несчастливого брака у детей мало шансов для развития социального интереса. Если жена не оказывает эмоциональной поддержки мужу и свои чувства отдает исключительно детям, они страдают, поскольку чрезмерная опека гасит социальный интерес. Если муж

открыто критикует свою жену, дети теряют уважение к обоим родителям. Если между мужем и женой разлад, дети начинают играть с одним из родителей против другого. В этой игре в конце концов проигрывают дети: они неизбежно много теряют, когда их родители демонстрируют отсутствие взаимной любви.

В.В. Бойко (1988) считает, что значительную часть времени дети сегодня проводят в квартирах. Поскольку жилище ограничено в пространстве и члены семьи взаимодействуют на считанных квадратных метрах, каждый невольно «навязывает» себя другому и каждый, находясь под давлением присутствующих, в известной мере лишен самостоятельности. Такова взаимосвязь жилищной среды и психологии общения. Особенно достается детям. От них требуют, их поучают, призывают к порядку, контролируют. Все норовят командовать – мать, отец, бабушка, дедушка, старшие братья и сестры. Контроль и психологическое давление со стороны взрослых членов семьи значительны. Высока степень духовной и физической зависимости детей от взрослых.

Дети часто вынуждены сдерживать свои естественные эмоциональные порывы, самостоятельные действия, живя умом взрослых. Родители зачастую невольно подавляют детское «Я», делают его зависимым и неустойчивым. При этом взрослые нередко бывают напряжены, нетерпеливы, потому что, живя ритмами больших городов, привыкли действовать динамично, а порой резко и бескомпромиссно. Следовательно, давление на детскую психику осуществляют в весьма резкой и жесткой форме.

Хорошо, если в семье установились непринужденные доброжелательные отношения: можно пошутить, посмеяться, перебросится шуткой, спросить, что захочется, высказать свою точку зрения. Хорошо, если родители и дети привыкли обмениваться впечатлениями о прожитом дне, обо всем увиденном и услышанном. Такие отношения создают великолепную атмосферу для проявления детской непосредственности и формирования нравственной культуры. Если же в семье постоянно ощущаются скованность, напряжение, то ее члены постепенно привыкают молчать, погружаться в себя, жить внутри своего мира, быть закрытыми. Взаимодействие становится тягостным, холодным эмоционально и

пустым интеллектуально. Ни родители, ни дети не чувствуют радости семейной жизни. Такая обстановка может сделать человека отчужденным, недоверчивым, озлобленным.

По мнению Л. Мерфи (1937), мир взрослых не дает ребенку ощущения безопасности, подавляет его социальные потребности и стимулирует к агрессивному поведению. Ребенок стремится к одобрению взрослых через альтруистические формы поведения или маскирует свои агрессивные тенденции квазиальтруизмом (нападает на кого-либо из детей, делает вид, что защищает его). Тенденция к эмпатии искажается, и развивается квазиэмпатия.

Нарушение эмпатических отношений в семье приводит к формированию такого свойства личности, как тревожность, которая затрудняет проявление эмпатии в поведении.

Проецированная тревожность тоже может искажать проявления эмпатии, так как дети приписывают другим свой дискомфорт. Эмпатия проявляется в адекватных формах у адаптированных к социальной жизни детей, получивших в семье максимум доверия, любви и тепла.

Л. Мерфи (1937) также полагает, что проявление эмпатии детьми зависит от степени близости с объектом (чужой или близкий человек), частоты общения с ним, интенсивности стимула, вызывающего эмпатию (боль, слезы), предыдущего опыта эмпатии.

Развитие эмпатии у ребенка связано с возрастными изменениями темперамента, эмоциональной возбудимости, а также с влиянием тех социальных групп, в которых он воспитывается.

Важную роль в формировании и развитии эмпатии играет эмоция печали. Плач ребенка вызывает у матери чувство сострадания, побуждает обратить на ребенка внимание, успокоить его. Точно так же воспоминание о печальном событии, произошедшем с близким человеком, вызывает жалость и сострадание к этому человеку, желание помочь ему [Moor et al.,1984].

Как показали А.А. Бодалев и Т.Р. Каштанова (1975), широкий круг общения со сверстниками положительно коррелирует со способностью к сопереживанию.

По данным Е. Стотленда (1971), эмпатийность зависит от порядка рождения ребенка и от количества детей в семье. Первые и единственные дети более склонны к эмпатии, если люди как объекты эмпатии отличаются от них, если они зависят от них, не соревнуются с ними, обладают более высоким или более низким статусом. Чем больше выражен в этом случае мотив личного успеха, тем меньше выражена у них эмпатийность.

Позднерожденные дети переживают за людей, если они похожи, обладают равными с ними статусом, если отношения с объектом эмпатии у них взаимны и разнозависимы. В ситуации соревнования такой ребенок проявляет большую эмпатию по сравнению с первым и единственным в семье.

И.М. Юсупов (1993) выявил различия в эмпатийности между экстерналами и интерналами: у последних она выше. Он же изучил демографические факторы: если социализация учащихся проходила в сельских условиях, то она тормозила развитие эмпатии. Такое же влияние на эмпатию оказала и многодетность семьи. В семьях, где воспитывался один ребенок, эмпатия выше. Кроме того, было выявлено, что с возрастом способность к эмпатии снижается. Мешает формированию и проявлению эмпатии такое свойство личности, как ее эгоцентризм, а также испытываемый человеком психологический дискомфорт (тревожность, агрессивность, депрессия, невротизация). Играют роль и установки, препятствующие эмпатии: избегать лишних контактов, считать неуместным проявлять любопытство к другой личности, спокойно относиться к переживаниям и проблемам других людей.

В зарубежной психологии проблема эмпатии очень широко раскрыта и имеет большое значение как прикладная в таких областях, как психотерапия, научение, взаимодействие в социальных сферах и т.д.

В современной американской детской психологии основное внимание уделяется роли эмпатии в адаптации детей в связи эмпатии с альтруистическими формами поведения.

Некоторые исследователи считают эмпатию одним из важнейших источников развития личности ребенка. По их мнению, эмпатия – сочетание

теплоты, внимания и воздействия (comitment). Авторы опираются на идею О. Ранка о развитии ребенка как процессе установления баланса между потребностями родителей и ребенка. Соблюдение баланса потребностей делает воспитание эффективным, если эмпатия определяет психологический климат обучения ребенка взаимоотношениям с людьми.

Эмпатия в отношениях родителей и детей возможна только в том случае, когда родители понимают чувства детей, принимают участие в их делах и разрешают им некоторую самостоятельность.

Эмпатические отношения родителей облегчают адаптацию детей. В отношениях со взрослыми эмпатия выступает как мотивация поведения, изменяющаяся по мере эмоционального развития ребенка.

Сочувствие у детей обычно сопровождается актом альтруизма, и тот, кто наиболее чуток к эмоциональному состоянию другого, охотно помогает и наименее склонен к агрессии.

Таким образом, в исследованиях конца прошлого века делаются попытки выделения предикторов алекситимии, включая тревожность, агрессию и эмпатийные затруднения. При этом отсутствует систематизация компонентов алекситимического пространства, не установлены взаимосвязи между его отдельными компонентами.

Выводы по главе 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 обусловливает 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 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА

3.1 Методологические основания выделения феномена алекситимического пространства как предмета изучения в медицинской психологии

Методологической основой данного исследования стал системный подход с опорой на структурно-уровневый анализ, в рамках которого в качестве основных концептуально-объяснительных моделей использованы необихейвиористическое и адаптационное теоретические направления исследования психической деятельности.

Теория психологических систем [Клочко, 1999] предлагает рассматривать человека как самоорганизующуюся систему, самостоятельно порождающую психологические новообразования и самостоятельно развивающуюся при опоре на них. Определяя становление «человеческого в человеке», теория психологических систем понимает многомерный мир человека как «самое человеческое в нем». При этом «становление мира человека определяет становление определенного образа жизни» [Клочко, Галажинский, 2000]. Базируясь на данном подходе, алекситимия рассматривается как сложное системное многоуровневое образование, которое проявляется на различных уровнях функционирования, обнаруживая полифункциональные многозначные связи, и порождает алекситимическое пространство.

Согласно идее Л.Я. Дорфмана (2002) личность как психологическая система может определяться двояко в своих качествах. С одной стороны, она самостоятельна и автономна, обладает собственными механизмами развития, а с другой – может выступать как подсистема в составе более сложной системы, то есть являться частью более крупного (по масштабу) фрагмента социально-психологической реальности. Таким образом, как самостоятельная система личность обладает собственной структурой, функциями и механизмами саморазвития, включается во взаимодействие с другими системами как открытое образование. Это позволяет ей вносить собственные вклады в развитие других

систем и самой получать вклады, определяющие динамику ее развития. В качестве подсистемы она подчиняется общим закономерностям функционирования и развития более масштабной и сложной системы (социума), встраиваясь в ее специфические функции и компоненты. Такое функционирование системы обеспечивает необходимый оптимальный уровень адаптивного реагирования и поведения в изменяющихся условиях макросистемы (социальной среды).

В случае нарушения открытого взаимодействия, в результате сбоев либо во внешней, либо во внутренней структуре, а также в самих механизмах взаимодействия возникает нарушение нормальной адаптации. Это обусловливает, в свою очередь, появление компенсаторного адаптивного образования (например, симптомокомплекса). Функционирование системы в этом случае может осуществляться за счет формирования новых компенсаторно-защитных механизмов: интрапсихических, поведенческих и психосоматических. При этом, в зависимости от уровня осознавания и возможности произвольного использования индивидом, их можно рассматривать в качестве психологических защитных механизмов либо копинг-стратегий. Совокупность способов психологической зациты и стратегий совладания, возможности их взаимной трансформации формирует защитно-адаптивную систему человека [Семке, Стоянова, 2010].

Данное положение представлено в адаптационном подходе Ф.Б. Березина (1969, 1988), который рассматривает интрапсихические механизмы преобразования тревоги. Интенсивная тревога может выступать как основа формирования психопатологической симптоматики аффективного уровня и составлять неотъемлемую часть клинической картины. Недостаточное осознавание этих интрапсихических механизмов не позволяет индивиду использовать их произвольно. В результате, несмотря на выполнение адаптационно-стабилизирующей функции, позволяющей сохранять целостность и определенный уровень и режим адаптации личности, они препятствуют оптимальному адаптивному функционированию и развитию личности как

открытой системы. В клинической практике такой вариант развития рассматривают в невротическом контексте.

Таким образом, алекситимию мы рассматриваем как системное компенсаторно-адаптивное образование, проявляющее себя на интрапсихическом, поведенческом и соматическом уровнях психической активности человека.

На интрапсихическом уровне при насыщенности тревожного состояния различными негативными переживаниями либо субъективной интерпретации внешних событий как негативных, угрожающих, а также общем дефиците эмоционально позитивного опыта алекситимия может выступать в качестве адаптивной реакции. То есть при внутренне тревожной оценке ситуации человек склонен не наполнять ее чувством вообще и взаимодействовать с окружающим миром, исключая и собственные адекватно не идентифицируемые им эмоции, и эмоции партнеров по взаимодействию. Общий тревожный фон снижает возможность открытого эмоционально насыщенного позитивного контакта с собой и с миром. Это не позволяет продуктивно проживать и перерабатывать полученный эмоциональный опыт, в результате чего становятся невозможными его интеграция и осмысление и, как следствие, адекватная трансляция партнеру по общению.

И, напротив, открытость собственному эмоциональному опыту, способность тонко дифференцировать и интегрировать свои переживания позволяет идентифицировать эмоции партнера по общению и транслировать ему свои чувства. Эта способность определяется как эмпатия. Кроме того, при недостаточной интрапсихической переработке тревоги она проецируется во внешний план, что вызывает стойкое негативное предвосхищение событий. В этом случае объекты и явления внешнего мира изначально воспринимаются индивидом как потенциально несущие угрозу. Это вызывает постоянное ожидание неприятностей и негативного влияния со стороны мира, провоцирует необходимость защищаться и обороняться, что на интрапсихическом уровне определяется как враждебность.

Таким образом, мы можем рассматривать выраженную тревогу, агрессивность, враждебность и отсутствие эмпатии в качестве структурных компонентов алекситимического пространства на интрапсихическом уровне.

Вышеобозначенный феномен на поведенческом уровне проявляется в алекситимической модели поведения, которая обусловливает нарушения социального взаимодействия и порождает агрессию и конфликтность. Формирование алекситимической модели поведения мы рассматриваем в рамках социально-бихевиористической традиции, представленной теорией социального научения [Бандура, 2000], которая исходит из предположения о «дефиците навыка». Теория социального научения постулирует значительное воздействие на человеческие мысли, эмоции и поведение наблюдения или непосредственного личного опыта. Рассматривая алекситимию как результат дефицита чувств в микросоциальном окружении ребенка, отсутствия образцов для их идентификации и рефлексии, можно предполагать сужение как опосредованного, так и непосредственного эмоционального опыта. В результате вариативность эмоционально адекватного поведения представлена достаточно узким спектром наиболее простых и схематичных паттернов, в частности, агрессивных и враждебных действий, модели которых социум предлагает в достаточном количестве. Зачастую они презентуются как детерминанты социально успешного поведения.

Кроме того, социальное научение связано с самостоятельностью индивида в отборе, организации и трансформации внешних стимулов. Собственная эмоциональная интерпретация ситуации и ее последствий в значительной мере обусловливает поведение человека. Наличие выраженной в структуре личности тревожности приводит к интерпретации объективно нейтральных стимулов как субъективно потенциально угрожающих, что порождает ожидание неприятностей. Не имея в собственном опыте вариантов иной интерпретации событий, а также навыков продуктивного эмоционального реагирования, человек разворачивает свое поведение как избыточно защитное, исключающее эмоциональную рефлексию и адекватную самооценку своих действий.

Соответственно, при изначальной негативной оценке окружающего мира и ожидании неблагоприятных событий поведенческая реакция и эмоциональное отношение к ситуации приобретают выраженные враждебные черты. Это также обусловлено отсутствием образцов открытого эмпатичного взаимодействия со средой и сужением собственного эмоционального опыта.

На соматическом уровне алекситимия проявляется как фиксация на телесных компонентах состояния индивида. Исходя из этого, рассматривая саморазвитие как необходимое условие жизни, алекситимические характеристики ограничивают эмоционально окрашенный мир, сужая его до спектра легко идентифицируемых телесных ощущений, создавая базу для фиксации на соматической составляющей состояния. Алекситимическая модель жизни, закрепленная в поведении человека, определяет его развитие как в перспективе соматизированное в противовес чувственному, эмоциональному, открытому. Неумение и невозможность продуктивно перерабатывать и интегрировать опыт в эмоционально-смысловом плане провоцирует перенос непроработанных эмоций в план соматического симптома. Таким образом, на соматическом уровне алекситимия как устойчивое личностное образование рассматривается нами в качестве вторичного симптома психогенного генеза.

При психологическом анализе алекситимии в рамках структурно-уровневого подхода [Роговин, Залевский, 1988; Залевский, 2004] становится возможным рассматривать выраженную алекситимию в контексте нарушенных отношений в адаптационной структуре на всех трех рассмотренных уровнях: интрапсихическом, поведенческом и соматическом. Рассогласование между «высшим акциональным уровнем цели и низшим акциональным уровнем средств» проявляется в данном случае в том, что неадекватное, не насыщенное чувствами эмоциональное взаимодействие со средой приводит к неадаптивности действий, что, в свою очередь, обусловливает «функционирование личности на более низком акциональном уровне» [Залевский, 2004]. Это может проявляться или в последующей фиксации индивида на соматических компонентах состояния,

провоцируя развитие психосоматических заболеваний, или в неконструктивных формах социального взаимодействия.

Следующая концепция, с опорой на которую расширяется возможность создания технологий психологической помощи, называется психологическим пространством. В представлениях авторов этот феномен рассматривается как устойчивая характеристика личности. В пространстве можно выделить его объем, количество измерений, сохранность (устойчивость – подвижность границ). Психологическое пространство развивается в онтогенезе и сочетается с другими качествами личности. При этом состояние границ собственного психологического мира в значительной мере определяет отношение человека к элементам среды, т.е. его мироотношение в целом.

Рассматривая алекситимию в качестве психологического пространства – алекситимического пространства, можно выделить его составляющие и определить его границы, исследовать условия, при которых оно увеличивается или, наоборот, уменьшается.

Таким образом, представленная нами концептуальная модель алекситимии, построенная на изложенных выше методологических основаниях, позволяет определить психологическую природу, структуру и механизмы формирования алекситимии, а также разработать диагностическую модель исследования алекситимии как многоаспектного психологического феномена. Специфика компонентов интрапсихического и поведенческого уровней проявления алекситимии при отсутствии нарушений здоровья обусловливает целесообразность и необходимость превентивного подхода при организации психологической помощи. В данном случае превентивный подход позволяет:

– выделить «группу риска выраженной алекситимии» на основе реализации диагностической модели;

– осуществить долгосрочный психологический прогноз в отношении формирования и развития алекситимического пространства;

– разработать индивидуально ориентированные программы психологического сопровождения лиц с выраженными значимыми

диагностическими признаками алекситимического пространства (выраженные тревожность, враждебность, агрессивность и сниженные способности к эмпатии);

– осуществлять вторичную профилактику развития соматической симптоматики.

При оказании психологической помощи пациентам с задержкой психического развития или с психосоматическими нарушениями в рамках психологической реабилитации необходимо разработать дифференцированные психологические программы, направленные на коррекцию, снижение выраженности алекситимического пространства.

3.2 Обоснование исследовательской выборки

Для осуществления исследовательских задач, включающих углубленное изучение алекситимического пространства, его проявлений в норме и патологии, а также возможностей получения сравнительных характеристик с учетом возрастных, половых и характерологических различий, сформирована выборка исследования. 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.

Психодиагностику проводили в форме группового и индивидуального тестирования. При количественной обработке результатов учитывали принадлежность испытуемых к определенному возрастному интервалу: от 12 до 15 (153 человека) и от 16 до 20 лет (231 человек). Распределение возрастов по всей выборке и возрастов по полу представлено на рисунках 1 и 2.

На рисунке 1 видно, что соотношение возрастов испытуемых в выборке недостаточно равномерно: если размер возрастных групп 13, 14, 15, 16 и 18 лет приблизительно одинаков (8–14%), то разница между группами 17-летних и 12-летних составляет 31%. Поэтому мы сочли целесообразным использовать при статистическом анализе данных признак возрастных интервалов. Выделено два интервала: 12–15 лет и 16–20 лет. На рисунке 2 показано соотношение размеров этих возрастных интервалов и их распределение по полу. Размер возрастных интервалов практически одинаков: в возрастной группе 12–15 лет преобладают юноши (62,7%), а в возрастной группе 16–20 лет – девушки (63,2%).

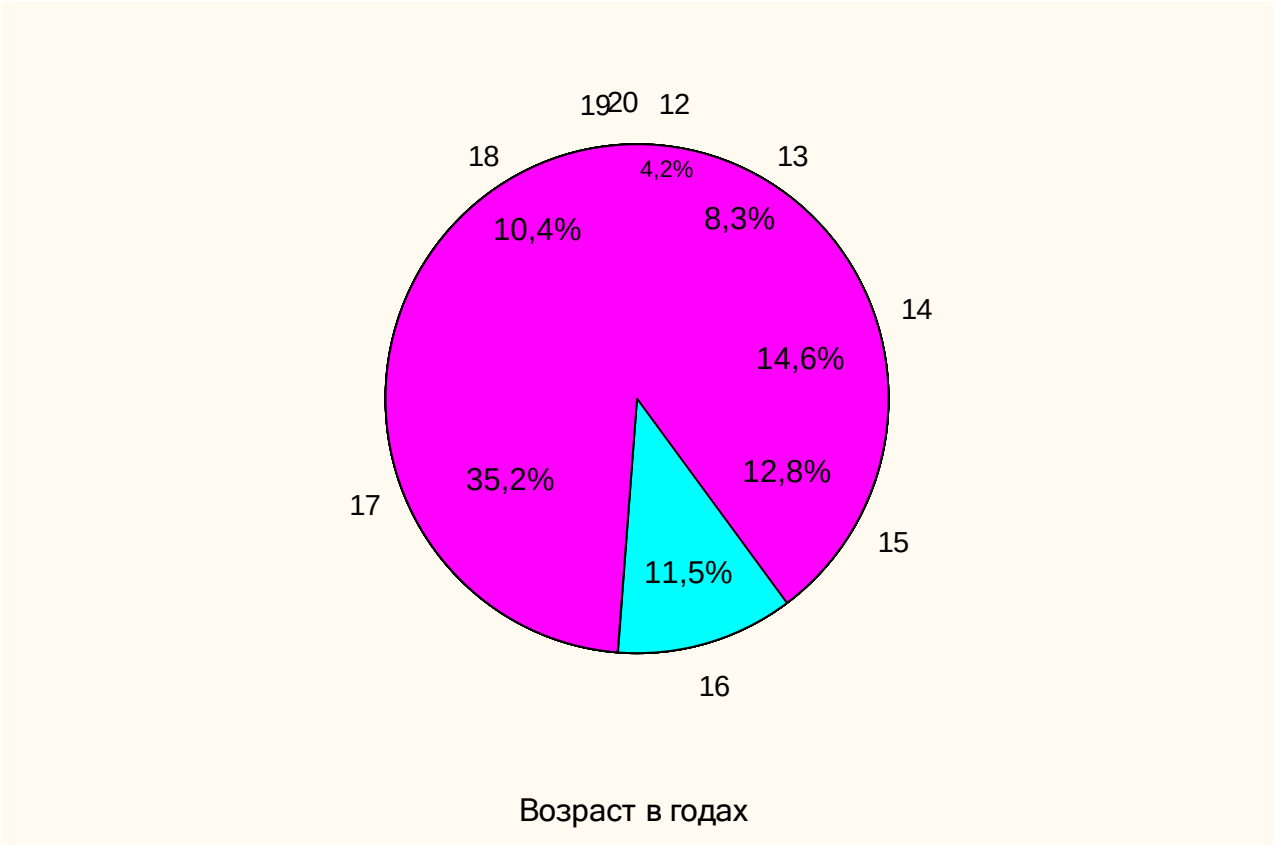


Рисунок 1 – Распределение возрастов во всей выборке

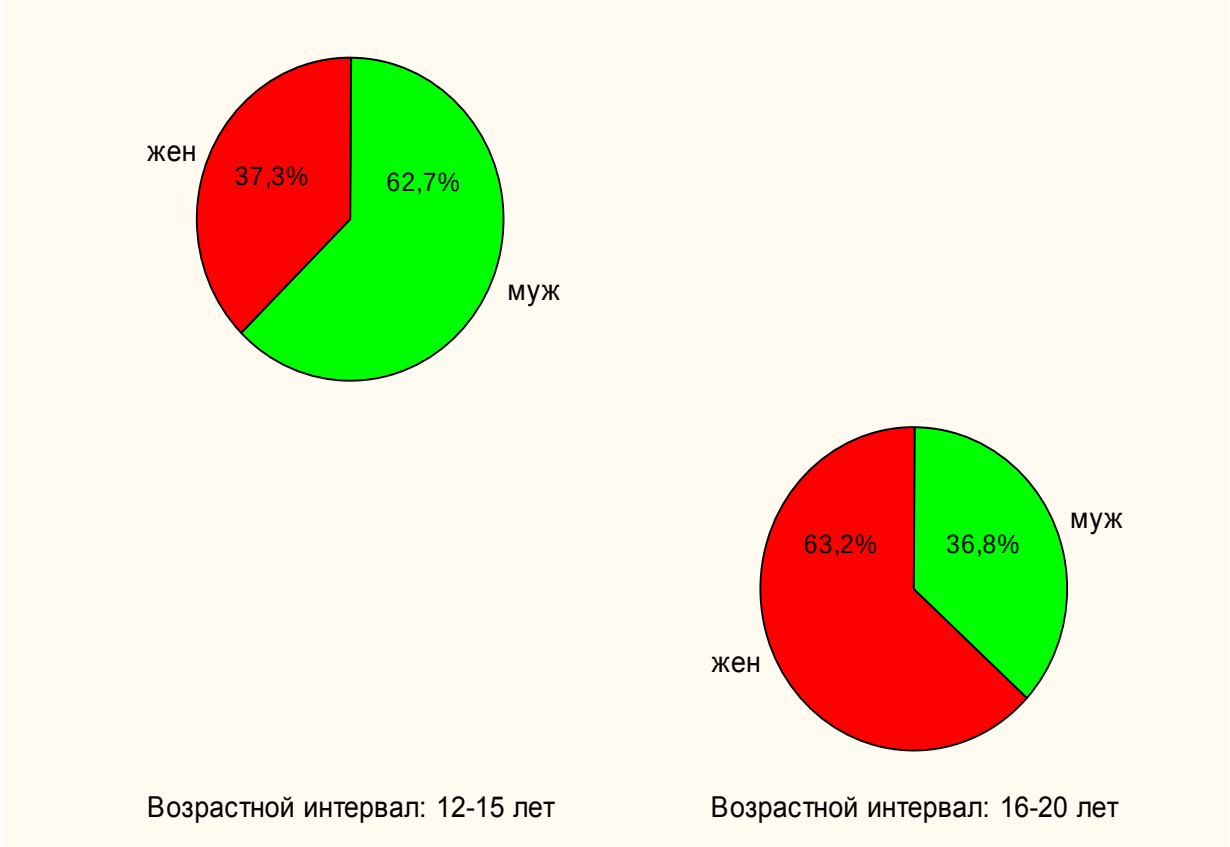


Рисунок 2 – Распределение возрастов по полу

Обработку и интерпретацию экспериментальных данных проводили отдельно для каждого возрастного интервала.

Анализ медицинских карт, беседа с классными руководителями и кураторами студенческих групп позволили нам 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 полученных о респондентах сведений мы относим их к группе испытуемых без нарушений психического и психосоматического здоровья (группа нормы).

Группа 2. Это группа пациентов 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. Это группа школьников, 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 исследуемую группу вошли 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 на базе школы – гимназии № 1 г. Кемерово. По результатам первого этапа исследования данная выборка была разбита на экспериментальную (50 человек, из которых 24 мальчика и 26 девочек) и контрольную (71 человек, из которых 39 мальчиков и 32 девочки).

3.3 Дизайн исследования

Исследование выраженности алекситимии и структуры алекситимического пространства состояло из серии исследований и было организовано по следующей схеме.

1. Эмпирическое исследование, выявляющее выраженность алекситимии и ее взаимосвязь с различными компонентами алекситимического пространства (в группах 1, 2 и 3).

2. Сравнительное эмпирическое исследование, выявляющее различия выраженности алекситимии и ее взаимосвязей с различными компонентами алекситимического пространства (между испытуемыми групп 1 и 2; групп 1 и 3).

3. Экспериментальное исследование по типу истинного лонгитюда, выявляющее возможности профилактики развития алекситимии (группа 4).

4. Формирующее экспериментальное исследование, определяющее эффективность психологической работы с алекситимическим пространством у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

5. Формирующее экспериментальное исследование, определяющее эффективность психологической коррекции алекситимического пространства у школьников с задержкой психического развития.

Первичные эмпирические данные, полученные при проведении этих исследований, были подвергнуты обработке при помощи методов качественного и количественного анализа, в том числе методов математической статистики.

Исходя из представленной концепции алекситимии, задающей понимание ее психологической природы, специфики и структуры, нами была разработана диагностическая модель изучения алекситимии, позволяющая верифицировать гипотезы данного исследования, а также решать различные практические и исследовательские задачи. Данная модель включает в себя следующие основные составляющие:

1. Оценку степени выраженности алекситимии в структуре «практически здоровой» личности с помощью:

– Торонтской алекситимической шкалы;

– методики мини-сочинения.

2. Оценку различных показателей тревожности испытуемых с помощью:

– шкалы тревожности А.М. Прихожан (учебная, самооценочная, межличностная тревожность и суммарный показатель тревожности детей младшего школьного возраста);

– детского варианта шкалы явной тревожности (уровень личностной тревожности испытуемых от 10 до 12 лет);

– шкалы тревожности Дж. Тейлор (уровень личностной тревожности испытуемых от 13 до 20 лет);

– опросника Г. Айзенка (показатели нейротизма);

– характерологического опросника Г. Шмишека (выраженность тревожной акцентуации характера).

3. Оценку выраженности агрессивных и враждебных реакций с помощью:

– опросника А. Басса и А. Дарки;

– характерологического опросника Г. Шмишека (выраженность возбудимой акцентуации характера).

4. Оценку уровня эмпатии испытуемых с помощью:

– опросника И.М. Юсупова;

– характерологического опросника Г. Шмишека (выраженность эмотивной акцентуации характера).

5. Оценку социально-психологических факторов формирования алекситимии с помощью:

– теста-опросника родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина;

– метода экспертных оценок для определения уровня образованности испытуемых.

Разработанная нами модель включает в себя различные типы психодиагностических методов: психометрические, качественные и проективные, что на методическом уровне позволяет сочетать элементы идеографического и номотетического подходов.

Ниже представлено описание использованного нами психодиагностического инструментария.

1. Торонтская алекситимическая шкала (TAS). Методика разработана Дж. Тейлор в 1985 г. с применением концептуально-ориентированного, факторного подхода. Были определены основные сферы, отражающие сущность концепции алекситимии, и на их основе разработано 41 утверждение, оценивая которые испытуемый характеризовал себя. После анализа результатов пилотного опроса было отобрано 26 пунктов для окончательного варианта шкалы.

Таким образом, методика позволяет диагностировать степень выраженности алекситимии в структуре личности.

Одно из доказательств валидности TAS при оценке алекситимии получено путем изучения корреляций TAS и Краткого перечня процессов воображения, который состоит из трех шкал:

1. Позитивно-конструктивные мечты (например, «Мои фантазии обычно доставляют мне приятные мысли»).

2. Мечты, связанные с чувством вины и страхом провала (например, «Я представляю, что я не способен закончить работу, которая мне поручена»).

3. Слабый контроль внимания (например, «Я склонен к тому, что мне быстро все надоедает»).

Поскольку индивиды с алекситимией обладают ограниченным воображением и мало фантазируют, TAS положительно коррелировала с двумя шкалами (второй и третьей) и отрицательно – с первой. Это позволяет предположить, что мечты алекситимических индивидов окрашены чувством вины или дисфории, они неконструктивны и не предполагают стремления к реализации [Ересько и соавт., 1994].

При осуществлении диагностики по Торонтской алекситимической шкале испытуемому необходимо оценить себя, исходя из своего отношения к предложенным утверждениям. Для этого предложено пять вариантов оценки: «Совершенно не согласен», «Скорее не согласен», «Ни то ни другое», «Скорее согласен», «Совершенно согласен». Подсчет баллов осуществляли в соответствии с ключом.

2. Методика мини-сочинения. Это полупроективная качественная методика в форме субъективного самоотчета с последующим контент-анализом. Испытуемым предлагали написать сочинение на тему «Что чувствует человек, когда он не может рассказать о своих переживаниях?». Мы предполагали, что слова и высказывания, которые используют испытуемые при описании такого состояния, будут разлаться по смысловой нагрузке и эмоциональной окрашенности в зависимости от выраженности у них алекситимии. При наибольшей выраженности алекситимии для испытуемых будут характерны следующие проявления:

– чаще использовать лексические единицы, указывающие на тревогу, враждебность и агрессивность как способ совладания с ситуацией;

– реже применять лексические единицы, указывающие на осознаваемость ситуации, собственных чувств и эмоций, их тонкую идентификацию, а также описывать конструктивные способы совладания;

– использовать указания на негативные соматические компоненты собственного состояния.

В нашем исследовании метод применяли в качестве дополнительного, в комплексе с Торонтской алекситимической шкалой, для изучения содержательных характеристик текстов испытуемых с различной степенью выраженности алекситимии.

3. Шкала тревожности А.М. Прихожан, которая разработана по принципу шкалы социально-ситуативной тревоги О. Кондаша (1973 г.). Данную методику применяли при работе с испытуемыми лонгитюдной группы на первом этапе исследования, когда они были учащимися начальных классов. С помощью шкалы определяли уровень учебной, самооценочной и межличностной тревожности у детей, а также суммарного показателя по всем трем видам. Ребенку предлагали 30 ситуаций, к каждой из которых он должен был подобрать цветную карточку в зависимости от своей оценки данной ситуации (красную – мне эта ситуация неприятна, я волнуюсь, беспокоюсь; желтую – мне эта ситуация чуть-чуть неприятна; синюю – я чувствую себя спокойно). За выбор красной карточки

присваивали 3 балла, желтой – 2 балла, синей – 0 баллов. Подсчет баллов осуществляли в соответствии с ключом и методическими рекомендациями по работе с методикой [Кудрина, 1992].

4. Детский вариант шкалы явной тревожности (CMAS). Методика разработана американскими психологами на основе шкалы явной тревожности (Manifest Anxiety Scale) Дж. Тейлор [Castaneda, McCandless, Palermo, 1956] и предназначена для выявления тревожности как относительно устойчивого образования у детей 8–13 лет. В России методика прошла стандартную психометрическую проверку, адаптирована А.М. Прихожан (1997). В нашем исследовании методику применяли при выявлении тревожности как свойства личности испытуемых 12–13 лет.

Для детского варианта шкалы было отобрано 42 пункта, оцененных как наиболее показательные с точки зрения проявления хронических тревожных реакций. Кроме того, детский вариант дополнен 11 пунктами контрольной L-шкалы, выявляющей тенденцию испытуемого давать социально одобряемые ответы. Показатели этой тенденции выявляют с помощью как позитивных, так и негативных ответов. О наличии симптомов тревожности свидетельствуют только утвердительные варианты ответов. При обработке результатов сначала подсчитывают баллы по субшкале социальной желательности и в случае, если полученный результат не превышает критического значения (9 баллов), высчитывают показатель по субшкале тревожности.

5. Шкала тревожности Дж. Тейлор (Manifest Anxiety Scale, MAS). Опросник разработан и опубликован Дж. Тейлор в 1953 г. (Taylor J., 1953). Методика создана на основе Миннесотского многопрофильного опросника (MMPI) и направлена на исследование уровня личностной тревожности. При организации исследований MAS используют в качестве одной из дополнительных шкал MMPI. При этом результат измерения тревожности не только дополняет данные по основным клиническим шкалам MMPI, но и в некоторых случаях может быть привлечен к интерпретации профиля в целом. Кроме того, MAS находит широкое применение в клинико-психологических исследованиях, психодиагностике спорта

[Блейхер, Бурларчук, 1978]. В нашей работе методику применяли на основной выборке испытуемых.

Методика представляет собой набор из 50 утверждений, касающихся психологического, эмоционального состояния, соматического здоровья, поведенческих реакций и самоощущений человека в различных ситуациях. Испытуемым предлагали выбрать один из вариантов ответов «Да», «Нет», «Иногда» согласно его отношению к данному утверждению. Подсчет баллов осуществляли в соответствии с ключом.

6. Тест-опросник А. Басса – А. Дарки. Опросник разработан авторами в 1957 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций испытуемого, исходя из следующей классификации:

– физическая агрессия – нападение, использование физической силы против другого лица;

– косвенная агрессия – агрессия, которая опосредованно направлена на другое лицо (злобные сплетни, шутки), и агрессия без направленности (взрыв ярости, выражающийся в крике, битье кулаками по столу и пр.);

– раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем побуждении (вспыльчивость, грубость);

– негативизм – оппозиционная форма поведения (обычно направлена против авторитетов или руководства) от пассивного сопротивления до активной борьбы против устоявшихся обычаев и законов;

– обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия;

– подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред;

– вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы);

– чувство вины выражает возможное убеждение человека, что он является плохим, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

При составлении опросника авторы использовали следующие принципы:

1. Вопрос может относиться только к одной форме агрессии.

2. Вопросы сформулированы таким образом, чтобы в наибольшей степени ослабить влияние общественного одобрения ответа.

Опросник состоит из 75 утверждений, на которые испытуемый отвечает «Да» или «Нет». Подсчет баллов осуществляли в соответствии с ключом.

7. Тест-опросник способности к эмпатии. Опросник разработан И.М. Юсуповым и позволяет зафиксировать показатель выраженности эмпатийных способностей испытуемого. Опросник содержит шесть диагностических шкал эмпатии, выражающих отношение к родителям, животным, старикам, детям, героям художественных произведений, незнакомым и малознакомым людям. Кроме того, в методике предусмотрена шкала лжи, что позволяет оценить результаты тестирования как достоверные или недостоверные.

В опросник включены 36 утверждений, каждое из которых испытуемый оценивает, исходя из шести предусмотренных вариантов ответов: «Никогда», «Иногда», «Часто», «Почти всегда», «Всегда», «Не знаю». Каждому варианту соответствует числовое значение (от 0 до 5), на основании которых проводят обработку результатов тестирования.

8. Характерологический опросник Г. Шмишека. В основе теста-опросника лежит концепция акцентуированных личностей К. Леонгарда, согласно которой акцентуации – это «заострение» некоторых присущих каждому человеку индивидуальных личностных свойств [Леонгард, 1989]. Методика состоит из 88 вопросов, на которые испытуемому предлагают ответить «Да» или «Нет». Подсчет баллов осуществляют отдельно по каждой из десяти шкал, соответствующих типам акцентуаций характера:

1) гипертимический;

2) неуравновешенный;

3) эмотивный;

4) педантичный;

5) тревожный;

6) циклоидный;

7) демонстративный;

8) возбудимый;

9) дистимический;

10) экзальтированный.

Показатель считают выраженным, а акцентуацию – представленной в скрытой форме при 12 баллах по шкале, в явной форме – при 18 и более баллах.

9. Опросник Г. Айзенка для определения типа темперамента. Методика позволяет диагностировать тип темперамента испытуемого на основе соотношения результатов по шкалам интроверсии – экстраверсии и нейротизма. Сочетание результатов испытуемого, полученных по каждой шкале, позволяет фиксировать один из четырех типов темперамента:

– холерический – показатели по шкалам экстраверсии и нейротизма более 12 баллов;

– сангвинический – показатель по шкале экстраверсии более 12, по шкале нейротизма – менее 12 баллов;

– флегматический – показатель по шкале экстраверсии менее 12, по шкале нейротизма – менее 12 баллов;

– меланхоличексий – показатель по шкале экстраверсии менее 12, по шкале нейротизма – менее 12 баллов.

Использование при тестировании шкалы лжи позволяет оценить ответы испытуемых как достоверные или недостоверные. Опросник состоит из 60 вопросов, на которые испытуемому предлагают ответить «Да» или «Нет».

10. Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина. Данный опросник использовали в работе с родителями учащихся начальных классов для выявления доминирующего типа родительского отношения к ребенку, понимания возможных причин формирования детской тревожности и построения (на основе полученных данных) стратегии эффективного последующего психологического консультирования родителей. Опросник включает 61 вопрос, на которые возможны два варианта ответов – «Да» или

«Нет». Испытуемым предлагали ответить на вопросы в соответствии с их основными правилами и принципами воспитания ребенка, формами и методами взаимодействия с ним. Обработку и анализ результатов вели в соответствии с тестовыми нормами.

11. Метод экспертных оценок. Выборка экспериментального исследования включила в себя подростков и лиц юношеского возраста, обучающихся в различных образовательных системах. При этом представленные образовательные системы отличаются и по направленности обучающих программ, и по уровню базовой и профессиональной подготовки учащихся. Экспертную оценку осуществляли специалисты данных образовательных учреждений.

Исходя из очевидных различий образовательных условий испытуемых, мы определили в качестве одного из субъективных критериев их разделения уровень образованности (низкий, средний, высокий). Показателями наиболее объективной оценки этого критерия мы считали:

А. Уровень качественной успеваемости (устанавливали на основании анализа первичной документации: классных журналов и ведомостей с семестровыми отметками).

Б. Уровень познавательной активности (выясняли при посещении занятий, бесед с преподавателями, классными руководителями, кураторами групп и самими испытуемыми).

В. Особенности планирования дальнейшей образовательной или профессиональной стратегии развития (определяли на основе анкетирования испытуемых).

Каждый из показателей эксперт оценивал в баллах: 1 – низкий, 2 – средний и 3 – высокий, общую оценку уровня образованности определял как средний балл по трем показателям. Совокупный результат по уровню образованности складывался из усредненной оценки, данной несколькими экспертами. Таким образом, оценка уровня образованности испытуемых представляла собой комплексную диагностику с применением метода анализа документов, опроса и анкетирования.

Как показывают материалы исследования, разделение испытуемых позволило изучить различия в проявлении психологических характеристик в зависимости от уровня образованности, что представляет определенный интерес для практических работников системы образования и может быть использовано при организации деятельности психологических и социальных служб образовательных учреждений любого уровня.

При статистической обработке результатов в соответствии с исследовательскими задачами были использованы следующие методы статистического анализа (программа Statistica 10).

1. Определение достоверности различий по t-критерию Стьюдента. Это параметрический метод, который используют для проверки гипотез о достоверности разницы средних значений при анализе количественных данных. Данный метод применяют при работе с независимыми (экспериментальная и контрольная группы) и зависимыми выборками (результаты одной и той же группы испытуемых до и после воздействия независимой переменной).

В нашем исследовании метод применяли для определения достоверных различий в независимых выборках (между группами юношей и девушек, между группами с низким, средним и высоким уровнем алекситимии, между выборками обычных испытуемых и испытуемых с задержкой психического развития).

2. Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Это параметрический метод, который по своему назначению является аналогом t-критерия Стьюдента, но в отличие от последнего применяется для сравнения трех и более выборок. В однофакторном дисперсионном анализе сравниваются между собой средние значения каждой выборки и вычисляется общий уровень значимости различий между группами без конкретизации того, какие именно группы различаются, а какие нет. Для идентификации пар выборок, отличающихся друг от друга средними значениями на уровне статистической значимости, используют апостериорные критерии парных сравнений (Post Hoc).

В нашем исследовании однофакторный дисперсионный анализ применялся для определения достоверных различий в трех независимых выборках (между

группами респондентов с низким, средним и высоким уровнем алекситимии, а также между выборками обычных испытуемых и испытуемых с задержкой психического развития). Идентификация пар выборок, отличающихся друг от друга средними значениями, осуществлялась с помощью процедуры апостериориорных критериев парных сравнений, по критерию Бонферрони (Post-hos Bonferroni). Критерий Бонферрони корректирует наблюденный уровень значимости с учетом того факта, что выполняются множественные сравнения (так, в случае 3 попарных сравнений, критический уровень значимости должен быть 0,05 / 3 = 0,017).

3. Определение достоверности различий по H-критерию Краскела–Уоллеса. Этот непараметрический метод позволяет установить степень различия между тремя и более независимыми выборками по уровню выраженности порядковой переменной.

В данном исследовании метод применялся для определения достоверных различий по уровню образованности у юношей и девушек с разной степенью выраженности алекситимии.

4. Корреляционный анализ по критерию ранговой корреляции Спирмена. Применение данного метода обусловлено необходимостью выявления взаимосвязей между распределением показателей по всем изучаемым признакам в каждой из выборок. Это позволило нам выявить закономерности соизменения балльных значений психодиагностических шкал, т.е. наличие или отсутствие взаимосвязи этих шкал как внутри каждой выборки, так и между ними. Была сочтена наиболее целесообразной и интересной проверка корреляций между шкалами разных тестов отдельно для выборки юношей и для выборки девушек. Такой путь позволил сразу выявить гендерные различия, не прибегая к очень большому количеству проверок гипотез о статистической значимости различий средних значений каждой шкалы между полами. Кроме того, использование метода сделало возможным выявление комплексов взаимосвязанных признаков, дающих представление о психологической структуре алекситимии.

5. Анализ таблиц сопряжённости по критерию Пирсона χ^2. Статистической гипотезой в анализе таблиц сопряженности является предположение о том, что совместная встречаемость двух или более значений-градаций у разных признаков является неслучайной, а отсутствие этой совместной встречаемости – случайно. В нашем исследовании этими признаками стали значения пола, возрастного интервала, уровня образованности и темперамента. По вычисленной ожидаемой частоте совместной встречаемости мы могли судить о взаимной сопряженности данных признаков: если вычисленная ожидаемая частота их совместной встречаемости больше фактически наблюдаемой частоты, то градации признаков отталкиваются, то есть данные градации встречаются вместе с очень малой вероятностью; если фактическая частота совместной встречаемости градаций превышает ожидаемую, то в исследуемой выборке данные градации встречаются вместе очень часто и с высокой вероятностью эта тенденция сохранится при увеличении выборки.

6. Факторный анализ. В настоящем исследовании в соответствии с поставленными целью и задачами процедура факторного анализа применялась в качестве дополнительного метода обработки данных для подтверждения релевантности выявленных комплексов взаимосвязанных признаков реально протекающим психическим процессам и явлениям. Наличие устойчивых соотношений признаков между собой (факторная структура) свидетельствует о том, что наблюдаемые процессы и диагностируемые характеристики на глубинном уровне детерминируются некоторой устойчивой латентной структурой и подчинены определенным закономерностям. В нашем исследовании наиболее целесообразным является применение факторного анализа по методу основных компонент с последующим косоугольным вращением VARIMAX для поиска наиболее оптимального факторного решения.

В ходе выполнения анализа по методу главных компонент строится модель для наилучшего объяснения (максимального воспроизведения) полной дисперсии экспериментальных данных, полученных по всем переменным. В результате выделяются «компоненты». При факторном анализе предполагается, что каждая переменная объясняется (детерминируется) некоторым количеством

гипотетических общих факторов (влияющих на переменные) и характерными факторами (для каждой переменной своими).

Метод факторного анализа необходим при одновременном изучении большого количества коэффициентов корреляции различных шкал между собой [Плохинский, 1970; Суходольский, 1972; Лакин, 1990; Сидоренко, 2002]. В нашем случае такими шкалами были все изучаемые характеристики, заданные в соответствии с диагностической моделью исследования.

Интерпретируемость результатов – наиболее важный содержательный критерий достоверности и значимости анализа. Результат всех процедур можно назвать «хорошим», если выделенная факторная структура с содержательной точки зрения «имеет смысл» (факторы, полученные при плохом анализе, такого смысла не имеют). Факторы интерпретируют и получают названия от конкретной комбинации измеряемых переменных, имеющих с ним высокую корреляцию. Легче всего интерпретировать фактор, когда несколько измеряемых переменных имеют высокую корреляцию только с ним и не коррелируют с другими факторами.

Для адекватной интерпретации результатов необходимо верифицировать факторную структуру путем установления конструктивной валидности факторов. Исследователь должен показать, что факторные значения (баллы, показатели), полученные испытуемыми по латентным переменным (факторам), напрямую взаимосвязаны со значениями (баллами, показателями), полученными испытуемыми по измеряемым первичным переменным, то есть значения по латентным переменным зависят от условий эксперимента, как это предсказывала теоретическая модель.

К сожалению, в методах вращения главных компонент и факторного анализа не существует внешнего критерия, позволяющего судить о правильности решения, поэтому после выделения факторов возникает бесконечное множество вариантов вращения, базирующихся на тех же исходных переменных, но дающих разные решения (факторные структуры определяются несколько иным образом). Окончательный выбор между возможными альтернативами внутри бесконечного множества математически равнозначных решений зависит от содержательного

осмысления исследователями результатов интерпретации. А поскольку объективного критерия для оценки различных решений нет, предлагаемые обоснования выбора решения могут казаться голословными и неубедительными.

Выделяют два основных типа факторного анализа: эксплораторный (разведочный) и конфирматорный (подтверждающий гипотезу). В первом случае задача исследователя состоит в описании и обобщении информации, группировке переменных, тесно связанных между собой. При этом первичные (измеряемые) переменные выбираются чаще всего без предварительных гипотез относительно существования определенных латентных факторов. Эксплораторный факторный анализ обычно используют на ранних этапах исследования как инструмент для объединения в группы первичных переменных и для выдвижения гипотез относительно структуры латентных факторов. Конфирматорный факторный анализ гораздо тоньше, его используют на более поздних стадиях работы для подтверждения уже выстроенной гипотезы о латентной структуре. В этом случае наблюдаемые переменные тщательно отбираются. В нашем исследовании применение данного метода носило скорее конфирматорный (подтверждающий гипотезу), чем эксплораторный характер.

При факторизации составляющих психологической структуры алекситимии использован факторный анализ образов. В этом методе общая часть каждой переменной вычисляется как результат множественной регрессии всех остальных переменных. То есть в общей части дисперсии каждой переменной учитывается только то, что оказалось взаимосвязанным (отраженным, включенным) с другими переменными. Можно сказать, что общая часть наблюдаемой переменной – это ее образ в других переменных (отсюда и название метода). Значение для каждой переменной вычисляется с помощью множественной регрессии. Все переменные по очереди выступают в качестве зависимых от всех остальных переменных. Интерпретируя результаты, следует помнить, что вычисляемые этим методом факторные нагрузки также интерпретируются как взаимосвязи между переменными и факторами.

Выделение факторов с помощью анализа образов – своеобразный компромисс между методами главных компонент и главных факторов. Подобно

методу главных компонент, анализ образов дает математически единственное решение, поскольку на единичной диагонали матрицы взаимосвязей расположены фиксированные величины. Подобно главным факторам, величины на диагонали являются общностями, не содержащими специфических и ошибочных дисперсий.

Устойчивость факторной структуры проверяли методом расщепления матрицы.

Использование представленных методов позволило получить новую психологическую информацию о феномене алекситимического пространства в нормативной группе, у пациентов с сердечно-сосудистыми нарушениями, а также у респондентов с задержкой психического развития неорганического генеза.

Выводы по главе 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 СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ КОМПОНЕНТОВ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

4.1 Структура алекситимического пространства у подростков и юношей без нарушений психосоматического здоровья

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 с применением описанных методов. Общая выборка испытуемых составила 384 человека. Анализ медицинских карт и беседа с классными руководителями и кураторами свидетельствуют об отсутствии у респондентов хронических соматических и психических заболеваний. По результатам самоотчетов все испытуемые оценили свое состояние как «хорошее» и «вполне удовлетворительное» Исходя из определения психического здоровья как «состояния физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов», а также полученных документальных сведений, мы относим их к группе нормы.

Решение исследовательских задач, направленных на выявление выраженности алекситимии в нормативной группе, осуществлялось с помощью Торонтской алекситимической шкалы. Частотные характеристики алекситимии с учетом половых различий представлены в таблице 1.

Данные результаты свидетельствуют о том, что у юношей показатели алекситимии более высокие, чем у девушек, как по общей выборке (41,4 и 32,5% соответственно).

Таблица 1 – Частотное распределение выраженности алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала) в группе нормы

Алекситимия	Юноши		Девушки		Всего по выборке	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Выражена	75	41,4	66	32,5	141	36,7
Промежуточная группа	57	31,5	73	36,0	130	33,9
Не выражена	49	27,1	64	31,5	113	29,4

Рассматривая выраженность алекситимии с учетом возрастных интервалов (таблица 2), можно отметить, что наибольшее различие между юношами и девушками в отношении выраженности алекситимии проявляется в возрасте 12–15 лет, когда эти показатели у юношей более чем в два раза выше, чем у девушек (29,4 и 13,1%).

Таблица 2 – Частотное распределение выраженности алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала) в различных возрастных интервалах

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

В возрастном интервале 16–20 лет у девушек результаты более высокие по сравнению с юношами, с разницей в 7% (19,9 и 12,9% соответственно). 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 $t = 2,1$; $p<0,05$).

Кроме того, следует отметить, что в возрастном интервале от 16 до 20 лет большее количество испытуемых составили промежуточную группу (37,7%). При качественном анализе результатов тестирования обращает на себя внимание то,

что у многих испытуемых полученные значения алекситимии приближены к предельно допустимым. В соответствии с ключом к данной методике принято говорить о выраженной алекситимии, если испытуемый набирает 74 и более баллов. В исследуемой выборке достаточно распространены показатели 70–73 балла, на основании чего мы относим испытуемого к промежуточной группе, хотя эти показатели почти высокие.

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:

1) лексические единицы (слова и суждения), обозначающие чувства и эмоции;

2) лексические единицы, обозначающие рефлексивные и эмпатические компоненты переживания;

3) лексические единицы, обозначающие соматические компоненты состояния;

4) лексические единицы, указывающие на способ совладания с ситуацией.

Кроме того, 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 о том, что содержательные характеристики значительно отличаются в группах с низкой, средней и высоко выраженной алекситимией. Так, в группе индивидов с невыраженной алекситимией наиболее часто (в 55 случаях) встречаемое слово «Я» (варианты словоформы: «моя», «себе», «сама») отражает выраженную личностную направленность, представленность образа «Я» в обозначенной ситуации. Чаще всего эта словоформа употребляется в сочетании со словами «чувства» и

«эмоции» (14 и 5 случаев соответственно). Однако несмотря на четкую инструкцию («Когда человек не может говорить»), в текстах встречаются слова «выговориться», «поделиться», «посоветоваться», «высказать». Кроме того, в содержании текстов присутствуют конкретные участники ситуации: мать, подруга, родители, друзья, то есть значимые люди из микросоциального окружения. Прослеживается также явная деятельностная направленность, выраженная словами «стараюсь», «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 невысоким уровнем алекситимии 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 только один раз встречается слово «поговорить», отсутствуют ссылки на значимых других. Деятельностная направленность поступков, представленная в речевой продукции, выражается принципиально иными словами и характеризуется попытками избавления от тягостных состояний. Спектр используемых словоформ характеризуется широким набором: от нейтральных «движения», «гулять», «заходить», «отвлечься» до ярко эмоционально окрашенных «страдать», «разгрузить», «выплеснуть вулканом наружу»,

«энергия», «извергнутся», «травмировать», «расплакаться». 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». Ссылки на чувства присутствуют только в двух случаях, при этом широко представлена гамма переживаемых чувств депрессивного спектра: «страх», «боязнь», «безразличие», «безысходность», «жалость», «тревога», «неудобство», «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» используемых редко по сравнению с частыми, яркими эмоционально насыщенными образами, отражающими 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». Использование этих слов принципиально отличает содержание текстов этой группы от описанных выше.

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. Следует отметить наличие ярких описательных характеристик, используемых при выраженной 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 в нашем исследовании содержательная сторона используемых словоформ, их выраженная негативная эмоциональная окрашенность и смещение в сторону «болезненных симптомов», становится критерием выделения группы риска, подверженной нарушениям психического и соматического здоровья.

Различия в содержательных характеристиках текстов у испытуемых с различным уровнем алекситимии позволяют рассматривать психологические характеристики алекситимического пространства и с опорой на его особенности проводить превентивную психологическую работу.

Для дальнейшего соотнесения выраженности алекситимии и акцентуации характера в нормативной группе проведено тестирование по опроснику Г. Шмишека Наличие явных и скрытых акцентуаций характера представлено в таблице 3.

Таблица 3 – Частотное распределение выраженности акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) в группе нормы

Тип акцентуации	Явная акцентуация		Скрытая акцентуация		Акцентуация не выражена	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Гипертимический	230	59,9	87	22,6	67	17,5
Неуравновешенный	47	12,2	200	52,1	137	35,7
Эмотивный	132	34,4	164	42,7	88	22,9
Педантичный	39	10,2	168	43,8	177	46,0
Тревожный	50	13,0	103	26,8	231	60,2
Циклоидный	146	38,1	148	38,5	90	23,4
Демонстративный	82	21,4	183	47,7	119	30,9
Возбудимый	121	31,5	150	39,1	113	29,4
Дистимичный	25	6,5	117	30,5	242	63,0
Экзальтированный	210	54,7	112	29,2	62	16,1

В исследуемой выборке наиболее выражены акцентуации гипертимического (59,9% испытуемых), экзальтированного (54,7%), циклоидного (38,1%) и эмотивного (34,4%) типов. Менее всего выражена акцентуация дистимического типа (у 6,5% испытуемых).

Далее мы анализировали выраженность явных и скрытых акцентуаций характера с учетом пола и принадлежности участников исследования к определенному возрастному интервалу (таблицы 4, 5).

В возрастном интервале 12–15 лет более всего представлены явные акцентуации гипертимического (67,9% испытуемых), экзальтированного (45,1%), циклоидного (33,9%), возбудимого (29,4%) и эмотивного (27,5%) типов. В возрастном интервале 16–20 лет наиболее выражены акцентуации экзальтированного (61,0% испытуемых), гипертимического (54,5%), циклоидного (40,7%), эмотивного (38,9%), возбудимого (32,9%) и демонстративного (26,8%) типов.

Таблица 4 – Выраженность явных акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) у юношей и девушек в различных возрастных интервалах

Тип акцентуации		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Юноши	Девушки	Всего	Юноши	Девушки	Всего
Гипертимический	Частота	65	39	104	52	74	126
	Валидный процент	42,5	25,4	67,9	22,5	32,0	54,5
Неуравновешен-ный	Частота	7	5	12	13	22	35
	Валидный процент	4,6	3,2	7,8	5,6	9,6	15,2
Эмотивный	Частота	15	27	42	20	70	90
	Валидный процент	9,8	17,7	27,5	8,7	30,2	38,9
Педантичный	Частота	3	6	9	9	21	30
	Валидный процент	2,0	3,9	5,9	3,9	9,0	12,9
Тревожный	Частота	11	8	19	7	24	31
	Валидный процент	7,2	5,2	12,4	3,0	10,4	13,4
Циклоидный	Частота	28	24	52	39	55	94
	Валидный процент	18,3	15.65	33,9	16,9	23,8	40,7
Демонстративный	Частота	11	9	20	23	39	62
	Валидный процент	7,2	5,9	13,1	9,9	16,9	26,8

Окончание табл. 4

Тип акцентуации		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Юноши	Девушки	Всего	Юноши	Девушки	Всего
Возбудимый	Частота	31	14	45	31	45	76
	Валидный процент	20,3	9,1	29,4	13,4	19,5	32,9
Дистимичный	Частота	5	4	9	10	6	16
	Валидный процент	3,2	2,7	5,9	4,3	2,6	6,9
Экзальтированный	Частота	32	37	69	42	99	141
	Валидный процент	20,9	24,2	45,1	18,2	42,8	61,0

Таблица 5 – Выраженность скрытых акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) у юношей и девушек в различных возрастных интервалах

Тип акцентуации		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Юноши	Девушки	Всего	Юноши	Девушки	Всего
Гипертимический	Частота	15	13	28	21	38	59
	Валидный процент	9,8	8,5	18,3	9,0	16,5	25,5
Неуравновешен-ный	Частота	47	33	80	45	75	120
	Валидный процент	30,7	21,6	52,3	19,5	32,5	52,0
Эмотивный	Частота	55	23	78	34	52	86
	Валидный процент	35,9	15,0	50,9	14,7	22,5	37,2
Педантичный	Частота	37	28	65	47	56	103
	Валидный процент	24,2	18,3	42,5	20,3	24,3	44,6
Тревожный	Частота	20	17	37	25	41	66
	Валидный процент	13,1	11,1	24,2	10,8	17,8	28,6
Циклоидный	Частота	40	20	60	34	54	88
	Валидный процент	26,1	13,1	39,2	14,7	23,4	38,1
Демонстративный	Частота	44	36	80	35	68	103
	Валидный процент	28,8	23,5	52,3	15,2	29,4	44,6
Возбудимый	Частота	35	22	57	40	53	93
	Валидный процент	22,9	14,4	37,3	17,3	23,0	40,3
Дистимичный	Частота	24	24	48	29	40	69
	Валидный процент	15,7	15,7	31,4	12,6	17,3	29,9
Экзальтированный	Частота	36	16	52	29	31	60
	Валидный процент	23,5	10,4	33,9	12,6	13,4	26,0

При определении статистически значимых различий по выраженности акцентуаций характера между двумя возрастными интервалами установлено, что испытуемые 12–15 лет статистически значимо более гипертимны, чем испытуемые 16–20 лет (при соответствующих средних значениях 17,51 и 16,26 $t = 2,15$; $p<0,05$), а старшие испытуемые более педантичны (при соответствующих средних значениях 11,87 и 10,55 $t = 2,78$; $p<0,05$), демонстративны (при соответствующих средних значениях 13,591 и 12,27 $t = 3,0$; $p<0,05$) и экзальтированны (при соответствующих средних значениях 16,55 и 14,75 $t = 2,8$; $p<0,05$) по сравнению с младшими.

При определении статистически значимых различий между юношами и девушками по общей выборке были получены результаты, представленные в таблице 6.

Таблица 6 – Значимость различий между юношами и девушками по опроснику Г. Шмишека

Тип акцентуации	Среднее значение у юношей	Среднее значение у девушек	Значение t-критерия
Эмотивный	12,25	16,03	7,88**
Тревожный	8,17	10,07	3,22*
Демонстративный	12,62	13,99	3,45*
Возбудимый	14,02	12,72	2,47*
Экзальтированный	13,98	16,94	4,91*

* Различия значимы при $p \leq 0,05$.
** Различия значимы при $p \leq 0,01$.

Анализ половых различий свидетельствует о том, что у юношей на уровне статистической значимости в большей степени проявляется возбудимость, что, по нашему представлению, соответствует результатам, полученным при выявлении степени выраженности агрессивных и враждебных реакций. В то же время девушки более тревожны по сравнению с юношами, а также демонстрируют более высокий уровень эмотивности, демонстративности и экзальтированности.

Определение значимых различий между юношами и девушками в каждом возрастном интервале позволило зафиксировать следующие закономерности (таблица 7). В каждом возрастном интервале девушки значимо более эмотивны и экзальтированы; в интервале 12–15 лет они демонстрируют более высокие по сравнению с юношами показатели педантичности, тревожности и дистимичности.

Определенный интерес представляет то, что в возрастном интервале 16–20 лет юноши более, чем девушки, склонны не только к возбудимости, но и к циклоидности и дистимичности. При увеличении возраста у юношей статистически значимо возрастают показатели педантичности ($t = 3,99$; $p<0,05$), циклоидности ($t = 2,81$; $p<0,05$), демонстративности ($t = 2,14$; $p<0,05$), дистимичности ($t = 2,59$; $p<0,05$) и экзальтированности ($t = 2,50$; $p<0,05$). У старших девушек значимо снижаются гипертимность ($t = 2,53$) и дистимичность ($t = 2,27$; $p<0,05$).

Таблица 7 – Значимость различий между юношами и девушками в каждом возрастном интервале по опроснику Г. Шмишека

Тип акцентуации	Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
	Средние значения (юноши)	Средние значения (девушки)	Значение t-критерия	Средние значения (юноши)	Средние значения (девушки)	Значение t-критерия
Эмотивный	12,38	15,95	5,15*	12,26	15,44	4,68*
Педантичный	9,8	11,8	2,87*			
Тревожный	7,8	9,9	2,22*			
Циклоидный				16,08	14,66	2,13*
Возбудимый				14,87	13,14	2,41*
Дистимичный	8,5	10,4	2,6*	10,33	8,77	2,36*
Экзальтированный	13,3	17,1	3,6*	14,85	17,54	3,33*

* Различия значимы при $p \leq 0,05$.

В дальнейшем мы сопоставляли результаты, полученные по явным и скрытым акцентуациям характера, со степенью выраженности алекситимии у испытуемых. Эта психологическая информация представлена в таблицах 8, 9. Соотношение между показателями акцентуаций характера и степени выраженности алекситимии в соответствии с принадлежностью испытуемых к возрастному интервалу представлены в приложении 1.

Установлено, что при высокой степени выраженности алекситимии в большей степени представлены явные акцентуации по экзальтированному (19,0%), циклоидному (15,1%) и возбудимому (14,1%) типам. При низких показателях алекситимии эти акцентуации характера в явной форме отмечаются в единичных случаях.

В количественном отношении чаще всего акцентуации характера в скрытой форме при высоких показателях алекситимии зафиксированы по следующим

типам: неуравновешенному (21,6%), эмотивному (17,9%), педантичному и демонстративному (в каждом случае у 15,9% испытуемых).

Анализ цифровых значений показывает, что количество испытуемых с явными и скрытыми акцентуациями каждого типа возрастает при увеличении показателей по алекситимии. Эта тенденция отмечена по выборке в целом, а также в группах юношей и девушек. Например, явная акцентуация возбудимого типа при низких значениях алекситимии отмечена у 22, при средних значениях – у 45 и при высоких значениях – у 54 испытуемых. В некоторых случаях увеличение числа испытуемых с явными или скрытыми акцентуациями характера какого-либо типа происходит при изменении значений по алекситимии от низких к средним (гипертимический тип акцентуаций в явной форме) или от средних к высоким (гипертимический и педантичный типы акцентуаций в скрытой форме).

Таблица 8 – Выраженность явных акцентуаций характера при различной выраженности алекситимии

Тип акцентуации		Алекситимия не выражена			Промежуточная группа			Алекситимия выражена		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Гипертим-ный	Частота	78	33	45	82	40	42	70	44	26
	Валидный процент	20,3	8,6	11,7	21,4	10,4	10,9	18,2	11,5	6,8
Неуравно-вешенный	Частота	14	8	6	18	7	11	15	5	10
	Валидный процент	3,6	2,1	1,6	4,7	1,8	2,9	3,9	1,3	2,6
Эмотивный	Частота	49	15	34	55	13	42	28	7	21
	Валидный процент	12,8	3,9	8.9	14,3	3,8	10,9	7,3	1,8	5,5
Педантич-ный	Частота	15	2	13	12	4	8	12	6	6
	Валидный процент	3,9	0,5	3,8	3,1	1,04	2,1	3,1	1,6	1,6
Тревожный	Частота	9	3	6	20	5	15	21	10	11
	Валидный процент	2,3	0,8	1,6	5,2	1,3	3,9	5,5	2,6	2,9
Циклоид-ный	Частота	35	16	19	53	24	29	58	27	31
	Валидный процент	9,1	4,2	4,9	13,8	6,3	7,6	15,1	7,0	8,1
Демонстра-тивный	Частота	29	10	19	27	10	17	26	14	12
	Валидный процент	7,6	2,6	4,9	7,0	2,6	4,4	6,8	3,6	3,1
Возбуди-мый	Частота	22	13	9	45	21	24	54	28	26
	Валидный процент	5,7	3,8	2,3	11,7	5,5	6,3	14,1	14,1	6,8

Окончание табл. 8

Тип акцентуации		Алекситимия не выражена			Промежуточная группа			Алекситимия выражена		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Дистимичный	Частота	5	3	2	4	1	3	16	11	5
	Валидный процент	1,3	0,8	0,5	1,04	0,3	0,8	4,2	2,9	1,3
Экзальтированный	Частота	61	17	44	76	28	48	73	29	44
	Валидный процент	15,9	4,4	11,5	19,8	7,3	12,5	19,0	7,6	11,5

Примечание. Здесь и далее: Ю – юноши; Д – девушки.

Таблица 9 – Выраженность скрытых акцентуаций характера при различной выраженности алекситимии

Тип акцентуации		Алекситимия не выражена			Промежуточная группа			Алекситимия выражена		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Гипертимный	Частота	23	11	12	25	10	15	39	15	24
	Валидный процент	5,9	2,9	3,1	6,5	2,6	3,9	10,2	3,9	6,3
Неуравновешенный	Частота	55	20	35	62	28	34	83	44	39
	Валидный процент	14,3	5,2	9,1	16,1	7,3	8,9	21,6	11,5	10,2
Эмотивный	Частота	48	26	22	47	24	23	69	39	30
	Валидный процент	12,5	6,8	5,7	12,2	6,3	5,9	17,9	10,2	7,8
Педантичный	Частота	44	24	20	63	29	34	61	31	30
	Валидный процент	11,5	6,3	5,2	16,4	7,6	8,9	15,9	8,1	7,8
Тревожный	Частота	24	9	15	35	14	21	44	22	22
	Валидный процент	6,3	2,3	3,9	9,1	3,6	5,5	11,5	5,7	5,7
Циклоидный	Частота	54	24	30	48	22	26	46	28	18
	Валидный процент	14,1	6,3	7,8	12,5	5,7	6,8	11,9	7,3	4,7
Демонстративный	Частота	59	25	34	63	25	38	61	29	32
	Валидный процент	15,4	6,5	8,9	16,4	6,5	9,9	15,9	7,6	8,3
Возбудимый	Частота	49	20	29	50	25	25	51	30	21
	Валидный процент	12,8	5,2	7,6	13,0	6,5	6,5	13,3	7,8	5,5
Дистимичный	Частота	33	14	19	42	20	22	42	19	23
	Валидный процент	8,6	3,6	4,9	10,9	5,2	5,7	10,9	4,9	5,9
Экзальтированный	Частота	30	18	12	40	20	20	42	27	15
	Валидный процент	7,8	4,7	3,1	10,4	5,2	5,2	10,9	7,0	3,9

Сравнительный анализ средних значений показателей акцентуаций характера в трех группах испытуемых (с разной выраженностью алексетимии) проводился с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), позволяющего вычислить общий уровень значимости различий в сравниваемых выборках. Идентификация пар выборок, отличающихся друг от друга средними значениями, осуществлялась с помощью процедуры апостериориорных критериев парных сравнений (Post-hos Bonferroni).

При определении статистически значимых различий выраженности акцентуаций характера у испытуемых юношей и девушек в зависимости от уровня алекситимии получены результаты, представленные в таблицах 10, 11.

Как было описано выше, результаты рассматривали в трех группах: 1-я группа – с низким уровнем алекситимии, 2-я группа – со средним уровнем алекситимии и 3-я группа – с высоким уровнем алекситимии.

Обращают на себя внимание показатели по эмотивности: если в выборке юношей с увеличением значений по алекситимии средний балл эмотивности уменьшается, то в группе девушек самые высокие значения зафиксированы в промежуточной группе (вторая группа статистически значимо отличается от третьей при $p<0,05$). По значениям демонстративности (и у юношей, и у девушек) и по значениям гипертимности у девушек отмечено снижение показателей при увеличении выраженности алекситимии. В остальных случаях показатели возрастают.

Таблица 10 – Значимость различий выраженности акцентуаций характера у юношей в зависимости от выраженности алекситимии

Тип акцентуации	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
	1 группа	2 группа	3 группа	F	1–2 группа	1–3 группа
Эмотивный	13,65±2,72	11,95±2,56	11,48±2,69	4,603*	0,008	0,009
Тревожный	6,95±1,96	8,13±2,12	9,05±2,37	3,950*	–	0,005
Демонстративный	13,95±2,91	12,26±2,87	11,96±2,81	4,518*	–	0,008
Возбудимый	12,95±2,53	14,82±2,46	14,21±2,33	3,840*	0,011	–

* Различия значимы при $p < 0,05$.

Таблица 11 – Значимость различий выраженности акцентуаций характера у девушек в зависимости от уровня алекситимии

Тип акцентуации	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
	1 группа	2 группа	3 группа	F	1–2 группа	1–3 группа
Гипертимный	17,75±3,41	16,36±3,05	14,43±2,79	5,107*	–	0,003
Неуравновешенный	12,48±2,86	12,94±2,71	13,64±2,26	3,820*	–	0,009
Эмотивный	16,45±3,01	17,21±2,09	14,2±2,83	4,724*	–	0,006
Циклоидный	13,55±2,75	14,65±2,58	15,63±2,12	3,931*	–	0,009
Демонстративный	14,95±2,18	14,01±2,75	12,81±2,34	3,812*	–	0,010
Возбудимый	11,16±2,63	13,04±2,14	14,21±2,47	4,326*	0,006	0,004
Дистимичный	8,33±1,74	9,06±2,06	10,46±1,98	3,695*	–	0,008

* Различия значимы при $p < 0,05$.

Эти данные согласуются с материалами проведенного контент-анализа: при увеличении степени выраженности алекситимии увеличивается частота случаев описания тревоги и сопряженных с ней негативных эмоций, трансформируется характер личностной активности: от нейтральной к слишком действенной и эмоционально окрашенной или вялой, болезненной. Ориентация на чувства и значимое окружение снижается, что делает невозможным эмпатийное взаимодействие. Установленные результаты определили программу последующей психодиагностической работы, направленной на изучение степени выраженности тревожности, агрессивных и враждебных реакций и способности испытуемых к эмпатии.

Для определения уровня тревожности у испытуемых 14–20 лет мы использовали шкалу тревожности Дж. Тейлора (MAS), а у испытуемых 12–13 лет – детский вариант этой шкалы (CMAS) в модификации А.М. Прихожан. Поскольку шкала CMAS – это модификация обычного варианта шкалы явной тревожности, мы сочли возможным привести полученные результаты без разделения по методикам (таблицы 12, 13).

Таблица 12 – Частотное распределение выраженности уровня тревожности (шкалы MAS и CMAS) в группе нормы

Уровень тревожности	Юноши		Девушки		Всего по выборке	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Высокий	49	27,1	92	45,3	141	36,7
Средний	110	60,8	102	50,2	212	55,2
Низкий	22	12,1	9	4,5	31	8,1

Таблица 13 – Частотное распределение выраженности уровней тревожности (шкалы MAS и CMAS) в различных возрастных интервалах

Уровень тревожности		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Юноши	Девушки	Всего	Юноши	Девушки	Всего
Высокий	Частота	24	25	49	25	67	92
	Валидный процент	15,7	16,3	32,0	10,8	19,0	39,8
Средний	Частота	60	28	88	50	74	124
	Валидный процент	39,2	18,4	57,6	21,6	32,1	53,7
Низкий	Частота	12	4	10,4	10	5	15
	Валидный процент	7,8	2,6	10,4	4,3	2,2	6,5

Представленные материалы свидетельствуют о том, что в целом по выборке показатели высокого уровня личностной тревожности у девушек представлены в большем количестве случаев по сравнению с юношами (в 45,3 и 27,1% соответственно). При этом показатели повышаются в зависимости от принадлежности испытуемых к определенному возрастному интервалу (в 12–15 лет высокий уровень зафиксирован у 32,0%, в 16–20 лет – у 39,8% испытуемых). В каждом возрастном интервале девушки более тревожны по сравнению с юношами: в возрастном интервале 12–15 лет при соответствующих средних значениях 14,9 и 18,5 $t = 2,86$; $p<0,05$; в возрастном интервале 16–20 лет при соответствующих средних значениях 17,0 и 19,51 $t = 2,24$; $p<0,05$. Значимых различий между юношами и девушками разных возрастных групп не выявлено.

Таким образом, статистически подтверждено, что в целом по выборке показатели тревожности у юношей ниже, чем у девушек (средние значения 15,82 и 18,82 соответственно при $t = 3,62$; $p<0,05$).

При сопоставлении данных алекситимии и тревожности получены результаты, представленные в таблицах 14–16.

Установлено, что основное количество испытуемых по выборке в целом и по каждой возрастной группе в отдельности сконцентрировано в интервале среднего уровня тревожности и относится к промежуточной группе по выраженности алекситимии. Однако при сравнении результатов в группах с низким и высоким уровнем тревожности отмечается устойчивая тенденция к возрастанию алекситимии. Например, в группе с выраженной алекситимией

низкий уровень тревожности зафиксирован у 2,3% испытуемых (1,6% – юноши и 0,8% – девушки), а высокий – у 17,4% (7,6% – юноши и 9,9% – девушки). Такое же распределение результатов наблюдается и в каждом возрастном интервале.

Таблица 14 – Выраженность тревожности при различной выраженности алекситимии

Выраженность алекситимии		Низкий уровень тревожности			Средний уровень тревожности			Высокий уровень тревожности		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Не выражена	Частота	16	11	5	74	35	39	23	3	20
	Валидный процент	4,2	2,9	1,3	19,3	9,1	10,2	5,9	0,8	5,2
Промежуточная группа	Частота	6	5	1	73	35	38	51	17	34
	Валидный процент	1,6	1,3	0,3	19,0	9,1	9,9	13,3	4,4	8,9
Выражена	Частота	9	6	3	65	40	25	67	29	38
	Валидный процент	2,3	1,6	0,8	16,9	10,4	6,5	17,4	7,6	9,9

Таблица 15 – Выраженность тревожности при различном уровне алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Выраженность алекситимии		Низкий уровень тревожности		Средний уровень тревожности		Высокий уровень тревожности	
		Ю	Д	Ю	Д	Ю	Д
Не выражена	Частота	6	3	16	12	3	5
	Валидный процент	3,9	1,9	10,5	7,8	1,9	3,3
Промежуточная группа	Частота	1	8	20	–	5	9
	Валидный процент	0,2	5,2	13,1	–	3,3	5,9
Выражена	Частота	5	1	24	8	16	11
	Валидный процент	3,3	0,2	15,7	5,2	10,5	7,2

Таблица 16 – Выраженность тревожности при различном уровне алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Выраженность алекситимии		Низкий уровень тревожности		Средний уровень тревожности		Высокий уровень тревожности	
		Ю	Д	Ю	Д	Ю	Д
Не выражена	Частота	5	2	–	27	19	15
	Валидный процент	2,2	0,8	–	11,7	8,2	6,5
Промежуточная группа	Частота	4	1	15	30	12	25
	Валидный процент	1,7	0,4	6,5	12,9	5,2	10,8
Выражена	Частота	1	2	16	17	13	27
	Валидный процент	0,4	0,8	6,9	7,4	5,6	11,7

При определении значимости различий по уровню тревожности между низко-, средне- и высокоалекситимичными испытуемыми установлено, что значения по шкале тревожности у девушек с низкой и средней степенью выраженности алекситимии значимо отличаются при $t = 2,79$; $p<0,05$; у девушек с низкой и высокой степенью выраженности алекситимии значимо отличаются при $t = 4,57$; $p<0,05$; и у девушек со средней и высокой степенью выраженности алекситимии значимо отличаются при $t = 2,45$; $p<0,05$ (средний балл по шкале тревожности в каждой группе девушек 15,7; 19,18 и 22,11 соответственно). У юношей статистически значимо отличаются группы с низкой и средней степенью выраженности алекситимии (при средних баллах 13,04 и 16,35; $t = 2,0$; $p<0,05$), а также группы с низкой и высокой степенью выраженности алекситимии (при средних баллах 13,04 и 17,36; $t = 3,28$; $p<0,05$).

Полученные результаты вполне соответствуют тенденции, отмеченной при изучении выраженности акцентуаций характера при различном уровне алекситимии. Тенденция к проявлению тревожности при высоком уровне алекситимиу наблюдается во всех исследуемых группах.

Эти данные согласуются и с материалами контент-анализа. В группе испытуемых с невыраженной алекситимией описания тревоги и близких к ней негативных эмоциональных состояний практически отсутствуют, тогда как у алекситимиков они широко представлены яркими словоформами. Фактически и предполагаемые «действия» алекситмичных индивидов разнонаправлены и не имеют приложения к конкретному объекту. Это полностью соответствует тому, что тревога, в отличие от страха, не имея определенного негативного опыта в прошлом, не связанная с каким-то человеком или ситуацией, проецируется в будущее без связи с конкретными людьми и действиями. В результате происходит блокирование эмоционально позитивного восприятия окружающего мира, снижается возможность идентификации собственного эмоционального состояния. Одним из вероятных последствий этого следует считать концентрацию на соматическом компоненте состояния, который даже субъективно проще идентифицировать и описать, что отчетливо представлено в изучаемых текстах.

При выявлении степени выраженности агрессивных и враждебных реакций, а также вычислении общих индексов агрессивности и враждебности по методике А. Басса и А. Дарки мы получили результаты, представленные в таблице 17.

Таблица 17 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) в группе нормы

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	218	131	87	64	28	36	102	22	80
	Валидный процент	56,8	72,4	42,9	16,7	15,5	177	26,5	12,1	39,4
Косвенная агрессия	Частота	128	54	74	170	82	88	86	45	41
	Валидный процент	33,3	29,8	36,5	44,3	45,3	43,3	22,4	24,9	20,2
Раздражение	Частота	73	28	45	144	79	65	167	74	93
	Валидный процент	49,0	15,5	22,2	37,5	46,3	32,0	43,5	40,9	45,8
Негативизм	Частота	205	109	96	90	34	56	89	38	51
	Валидный процент	53,4	60,2	47,3	23,4	18,8	27,6	23,2	21,0	25,1
Обида	Частота	144	73	71	125	59	66	115	49	66
	Валидный процент	37,5	40,3	35,0	32,6	32,6	32,5	29,9	27,1	32,5
Подозритель-ность	Частота	242	126	116	68	27	41	74	28	46
	Валидный процент	63,0	69,6	57,1	17,7	14,9	20,2	19,3	15,5	22,7
Вербальная агрессия	Частота	240	119	121	79	36	44	65	27	38
	Валидный процент	62,5	69,6	59,6	20,6	19,3	21,7	16,9	15,0	18,7
Чувство вины	Частота	214	95	119	67	31	36	103	55	48
	Валидный процент	55,7	52,5	58,6	17,5%	17,1	17,7	26,8%	30,4	23,7
Индекс враждебности	Частота	244	126	118	129	52	77	11	3	8
	Валидный процент	63,5	69,6	58,1	33,6	28,7	37,9	2,9	1,7	4,0
Индекс агрессивности	Частота	164	91	73	120	56	64	100	34	66
	Валидный процент	42,7	50,3	35,9	31,3	30,9	31,5	26,0	18,8	32,6

Показатели методики свидетельствуют о том, что юноши более склонны к проявлению физической (72,4%) и вербальной агрессии (69,6%), негативизма (60,2%) и подозрительности (69,6%). Девушки в большей степени склонны к косвенной агрессии (36,5%), раздражению (22,2%) и аутоагрессивным реакциям (58,6%). Показатели индекса враждебности и индекса агрессивности являются более высокими у юношей по сравнению с девушками.

Значимые различия между юношами и девушками по параметрам опросника А. Басса и А. Дарки (по общей выборке) выявлены в отношении физической агрессии, негативизма, подозрительности, индексов враждебности и агрессивности (таблица 18).

Таблица 18 – Значимость различий между юношами и девушками по методике А. Басса и А. Дарки

Агрессивные и враждебные реакции	Среднее значение у юношей	Среднее значение у девушек	Значение t-критерия
Физическая агрессия	6,36	4,9	7,46**
Негативизм	3,53	3,21	2,09*
Подозрительность	6,21	5,81	2,24*
Индекс враждебности	10,98	10,29	2,6*
Индекс агрессивности	19,8	17,82	4,4*

* Различия значимы при $p \leq 0,05$.
** Различия значимы при $p \leq 0,01$.

Полученные данные позволяют сделать вывод о большей степени выраженности этих реакций у юношей в сравнении с девушками (уровень достоверности статистически значим).

Более подробно показатели выраженности агрессивных и враждебных реакций у юношей и девушек в зависимости от возрастного интервала представлены в таблицах 19–21.

Таблица 19 – Частотное распределение высокого уровня агрессивных и враждебных реакций (методика А. Басса и А. Дарки) в различных возрастных интервалах

Агрессивные и враждебные реакции		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	95	74	21	123	57	66
	Валидный процент	62,1	48,4	13,7	53,3	24,7	28,6
Косвенная агрессия	Частота	46	30	16	82	24	58
	Валидный процент	30,1	19,6	10,5	35,5	10,4	25,1
Раздражение	Частота	30	17	13	43	11	32
	Валидный процент	19,7	11,2	8,5	18,7	4,8	13,9
Негативизм	Частота	90	65	25	115	44	71
	Валидный процент	58,8	42,5	16,3	49,7	19,0	30,7

Окончание табл. 19

Агрессивные и враждебные реакции		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Обида	Частота	59	44	15	85	29	56
	Валидный процент	38,6	28,8	9,8	36,8	12,6	24,2
Подозрительность	Частота	101	66	35	141	60	81
	Валидный процент	66,0	43,1	22,9	60,8	25,7	35,1
Вербальная агрессия	Частота	89	60	29	151	59	92-
	Валидный процент	58,1	39,2	18,9	65,3	25,5	39,8
Чувство вины	Частота	90	50	40	124	45	79
	Валидный процент	58,8	32,7	26,1	53,7	19,5	34,2
Индекс враждебности	Частота	97	69-	28	147	57	90
	Валидный процент	63,4	45,1	18,3	63,6	24,7	38,9
Индекс агрессивности	Частота	66	48	18	98	43	55
	Валидный процент	43,2	31,4	11,8	42,4	18,6	23,8

Таблица 20 – Частотное распределение среднего уровня агрессивных и враждебных реакций (методика А. Басса и А. Дарки) в различных возрастных интервалах

Агрессивные и враждебные реакции		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	22	14	8	42	14	28
	Валидный процент	14,8	9,6	5,2	18,2	6,1	12,1
Косвенная агрессия	Частота	71	45	26-	99	37	62
	Валидный процент	46,3	29,4	16,9	42,8	16,0	26,8
Раздражение	Частота	65	44	21	79	35	44
	Валидный процент	42,5	28,8	13,7	34,2	15,2	19,0
Негативизм	Частота	33	16	17	57	18	39
	Валидный процент	21,7	10,5	11,2	24,7	7,8	16,9
Обида	Частота	42	27	15	83	32	51
	Валидный процент	27,4	17,6	9,8	36,0	13,9	22,1
Подозрительность	Частота	24	14	10	44	13	31
	Валидный процент	16,1	9,6	6,5	19,0	5,6	13,4
Вербальная агрессия	Частота	35	19	16	44	16	28
	Валидный процент	22,9	12,4	10,5	19,0	6,9	12,1

Окончание табл. 20

Агрессивные и враждебные реакции		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Чувство вины	Частота	30	20	10	37	11	26
	Валидный процент	19,6	13,1	6,5	16,1	4,8	11,3
Индекс враждебности	Частота	50	25	25	79	27	52
	Валидный процент	32,6	16,3	16,3	34,2	11,7	22,5
Индекс агрессивности	Частота	55	33	22	65	23	42
	Валидный процент	37,0	21,6	14,4	28,1	9,9	18,2

Таблица 21 – Частотное распределение низкого уровня агрессивных и враждебных реакций (методика А. Басса и А. Дарки) в различных возрастных интервалах

Агрессивные и враждебные реакции		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	36	8	28	66	14	52
	Валидный процент	23,5	5,2	18,3	28,6	6,1	22,5
Косвенная агрессия	Частота	36	21	15	50	24	26
	Валидный процент	23,5	13,7	9,8	21,7	10,4	11,3
Раздражение	Частота	57	35	23	109	39	70
	Валидный процент	37,9	22,9	15,0	47,2	16,9	30,3
Негативизм	Частота	30	15	15	59	23	36
	Валидный процент	19,6	9,8	9,8	25,5	9,9	15,6
Обида	Частота	52	25	27	63	24	39
	Валидный процент	33,9	16,3	17,6	27,3	10,4	16,9
Подозрительность	Частота	28	16	12	46	12	34
	Валидный процент	18,3	10,5	7,8	19,9	5,2	14,7
Вербальная агрессия	Частота	29	17	12	36	10	26
	Валидный процент	19,0	11,2	7,8	15,6	4,3	11,3
Чувство вины	Частота	33	26	7	70	29	41
	Валидный процент	21,5	16,9	4,6	30,3	12,6	17,7
Индекс враждебности	Частота	6	2	4	5	1	4
	Валидный процент	3,9	1,3	2,6	2,1	0,4	1,7
Индекс агрессивности	Частота	32	15	17	68	19	49
	Валидный процент	21,0	9,8	11,2	29,4	8,2	21,2

Результаты исследования показали, что общие значения выраженности агрессивных и враждебных реакций достаточно высоки: в возрастном интервале 12–15 лет значительное количество испытуемых демонстрируют высокий уровень подозрительности (66,0%), физической агрессии (62,1%), негативизма (58,8%), чувства вины (58,8%) и вербальной агрессии (58,1%), что составляет большую часть данной возрастной группы. В возрастном интервале 16–20 лет высокий уровень зафиксирован в большинстве случаев по вербальной агрессии (65,3%), подозрительности (60,8%), чувству вины (53,7%) и физической агрессии (53,3%).

При сравнении данных по возрастным интервалам получены доказательства того, что младшие испытуемые более склонны к проявлению физической агрессии (62,1 и 53,3% соответственно), раздражения (19,7 и 18,7% соответственно), негативизма (58,8 и 49,7% соответственно), подозрительности (66,0 и 60,8% соответственно) и чувства вины (58,8 и 53,7% соответственно). При этом для старших испытуемых более характерно использование в поведении косвенных агрессивных реакций (35,5 и 30,1% соответственно) и вербальной агрессии (65,3 и 58,8% соответственно). Общие показатели индекса враждебности и индекса агрессивности в двух возрастных интервалах примерно одинаковы. Поскольку статистически значимых различий по этим показателям между возрастными группами не установлено, полученные данные позволяют нам фиксировать только определенную тенденцию в изменении степени выраженности агрессивных и враждебных реакций в возрастной динамике. Установлены статистически значимые различия между юношами и девушками в каждом возрастном интервале (таблица 22).

Таким образом, в каждом возрастном интервале у юношей выявлен статистически значимо более высокий уровень агрессивных и враждебных реакций по сравнению с девушками. При выявлении значимых различий между юношами разных возрастных групп установлено снижение негативизма у старших юношей по сравнению с младшими (при $t = 2,20$; $p<0,05$); у девушек 16–20 лет по сравнению с девушками 12–15 лет статистически более высокий уровень обиды (при соответствующих средних значениях 4,89 и 4,02 при $t = 3,03$;

p<0,05); напротив, младшие девушки демонстрируют более высокий уровень чувства вины по сравнению со старшими (при соответствующих средних значениях 2,58 и 2,26 при t = 2,46; p<0,05).

Таблица 22 – Значимость различий между юношами и девушками в каждом возрастном интервале по методике А. Басса и А. Дарки

Агрессивные и враждебные реакции	Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
	Средние значения		Значение t-критерия	Средние значения		Значение t-критерия
	Ю	Д		Ю	Д	
Физическая агрессия	6,49	4,91	5,65**	6,46	5,12	5,10**
Косвенная агрессия				2,0	2,22	2,17*
Негативизм	3,82	3,28	2,35*			
Обида	4,97	4,02	3,11*			
Подозрительность				2,56	2,32	2,23*
Чувство вины	2,25	2,57	2,44*			
Индекс враждебности	11,44	10,18	2,59*			
Индекс агрессивности	20,19	18,07	2,9*	20,04	18,59	2,24*

* Различия значимы при p ≤ 0,05.
** Различия значимы при p ≤ 0,01.

При решении задач исследования сопоставлялись результаты, полученные по всем шкалам опросника А. Басса и А. Дарки, со степенью выраженности алекситимии у испытуемых без задержки психического развития (таблицы 23–25). Количественные показатели по каждому возрастному интервалу приведены в приложении 2.

Таблица 23 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) при выраженной алекситимии в группе нормы

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	92	59	33	23	9	14	26	7	19
	Валидный процент	23,9	15,4	8,6	5,9	2,3	3,6	6,8	1,8	4,9
Косвенная агрессия	Частота	47	22	25	59	34	26	34	19	15
	Валидный процент	12,2	5,7	6,5	15,4	8,9	6,8	8,9	4,9	3,9
Раздражение	Частота	42	17	25	44	30	14	55	28	27
	Валидный процент	10,9	4,4	6,5	11,5	7,8	3,6	14,3	7,3	7,0

Окончание табл. 23

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Негативизм	Частота	78	43	35	33	13	20	30	19	11
	Валидный процент	20,3	11,2	9,1	8,6	3,4	5,2	7,8	4,9	2,9
Обида	Частота	70	35	35	39	24	15	32	16	16
	Валидный процент	18,2	9,1	9,1	10,2	6,3	3,9	8,4	4,2	4,2
Подозритель-ность	Частота	98	57	41	22	10	12	21	8	13
	Валидный процент	25,5	14,8	10,7	5,7	2,6	3,1	5,5	2,1	3,4
Вербальная агрессия	Частота	91	52	39	27	12	15	23	11	12
	Валидный процент	23,7	13,5	10,1	7,0	3,1	3,9	5,9	2,9	3,1
Чувство вины	Частота	86	43	43	19	8	11	36	24	12
	Валидный процент	22,4	11,2	11,2	4,9	2,1	2,9	9,4	6,3	3,1
Индекс враждебности	Частота	106	58	48	31	16	15	4	1	3
	Валидный процент	27,6	15,1	12,5	8,1	4,2	3,9	1,0	0,3	0,8
Индекс агрессивности	Частота	68	39	29	48	28	20	25	8	17
	Валидный процент	17,7	10,2	7,6	12,5	7,3	5,2	6,5	2,1	4,4

Таблица 24 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) для промежуточной группы по алекситимии в группе нормы

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	76	43	33	20	6	14	34	8	26
	Валидный процент	19,8	11,2	8,6	5,2	1,6	3,6	8,9	2,1	6,8
Косвенная агрессия	Частота	46	17	29	60	26	34	24	14	10
	Валидный процент	11,9	4,4	7,6	15,6	6,8	8,9	6,3	3,6	2,6
Раздражение	Частота	23	6	17	60	33	27	47	18	29
	Валидный процент	5,9	1,6	4,4	15,6	8,6	7,0	12,2	4,6	7,6
Негативизм	Частота	73	36	37	32	14	18	25	7	18
	Валидный процент	19,0	9,3	9,6	8,4	3,6	4,7	6,5	1,8	4,7
Обида	Частота	50	25	25	4	14	28	38	18	20
	Валидный процент	13,0	6,5	6,5	10,9	3,6	7,3	9,9	4,7	5,2
Подозритель-ность	Частота	81	41	40	20	7	13	29	9	20
	Валидный процент	21,1	10,7	10,4	5,2	1,8	3,8	7,6	2,3	5,2
Вербальная агрессия	Частота	86	38	48	23	12	11	21	7	14
	Валидный процент	22,4	9,9	12,5	5,9	3,1	2,9	5,5	1,8	3,6

Окончание табл. 24

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Чувство вины	Частота	76	33	43	21	8	13	33	16	17
	Валидный процент	19,8	8,6	11,2	5,5	2,1	3,8	8,6	4,2	4,4
Индекс враждебности	Частота	82	38	44	17	17	–	31	2	29
	Валидный процент	21,4	9,9	11,5	4,4	4,4	–	8,1	0,5	7,6
Индекс агрессивности	Частота	66	34	32	34	15	19	30	8	22
	Валидный процент	17,2	8,9	8,4	8,9	3,9	4,9	7,8	2,1	5,7

Таблица 25 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) при не выраженной алекситимии в группе нормы

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	50	29	21	21	13	8	42	7	35
	Валидный процент	13,0	7,6	5,5	5,5	3,8	2,1	10,9	1,8	9,1
Косвенная агрессия	Частота	31	15	16	50	22	28	32	12	20
	Валидный процент	8,1	3,9	4,2	13,0	5,7	7,3	8,3	3,1	5,2
Раздражение	Частота	8	5	3	40	16	24	65	28	37
	Валидный процент	2,1	1,3	0,8	10,4	4,2	6,3	16,9	7,3	9,6
Негативизм	Частота	42	30	22	25	7	18	39	15	24
	Валидный процент	10,9	7,8	5,7	6,5	1,8	4,6	10,2	3,9	6,3
Обида	Частота	24	13	11	44	21	23	45	15	30
	Валидный процент	6,3	3,8	2,9	11,5	5,5	5,9	11,7	3,9	7,8
Подозритель-ность	Частота	63	28	35	36	10	16	24	11	13
	Валидный процент	16,4	7,3	9,1	9,3	2,6	4,2	6,3	2,9	3,4
Вербальная агрессия	Частота	63	29	34	29	11	18	21	9	12
	Валидный процент	16,4	7,6	8,9	7,6	2,9	4,6	5,5	2,3	3,1
Чувство вины	Частота	52	19	33	27	15	12	34	15	19
	Валидный процент	13,5	4,9	8,6	7,0	3,9	3,1	8,9	3,9	4,9
Индекс враждебности	Частота	56	30	26	33	–	33	24	19	5
	Валидный процент	14,6	7,8	6,8	8,6	–	8,6	6,3	4,9	1,3
Индекс агрессивности	Частота	30	18	12	38	13	25	45	18	27
	Валидный процент	7,8	4,6	3,1	9,9	3,4	6,5	11,7	4,7	7,0

Отмечается выраженная тенденция к повышению уровня агрессивных реакций при увеличении степени выраженности алекситимии как в целом по выборке, так и отдельно среди юношей и девушек. Так, высокий уровень физической агрессии отмечается в 23,9% случаев при явно выраженной алекситимии, в 19,8% случаев – при среднем уровне алекситимии и только в 13,0% случаев – при низком уровне алекситимии. Такая же тенденция выявлена при вычислении индексов враждебности и агрессивности: высокие результаты при высокой алекситимии зафиксированы в 27,6 и в 17,7% случаев; при средней степени выраженности алекситимии – в 21,4 и в 17,2% случаев и при невыраженной алекситимии – только в 14,6 и 7,8% случаев.

Для выявления статистически значимых различий выраженности агрессивных типов реагирования, сопряженного с алекситимией, с учетом половых различий применялся однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с последующей процедурой попарного межгруппового сравнения (Post-hos Bonferroni). При этом юноши и девушки были разделены на группы: 1-я группа – с невыраженной алекситимией, 2-я группа – промежуточная группа по алекситимии и 3-я группа – с выраженной алекситимией. Полученные результаты представлены в таблицах 26, 27.

Таблица 26 – Значимость различий уровня агрессивных и враждебных реакций у девушек

Агрессивные и враждебные реакции	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
	1 группа	2 группа	3 группа	F	1–2 группа	1–3 группа
ФА	4,31±0,31	5,09±0,25	5,37±0,32	3,902*	0,010	0,008
Р	4,53±0,40	5,74±0,38	6,2±0,37	5,317*	0,006	0,004
Н	2,80±0,29	3,38±0,32	3,5±0,35	3,891*	0,010	0,009
О	3,80±0,26	4,69±0,28	5,16±0,38	4,897*	0,011	0,006
П	5,48±0,28	5,78±0,34	6,23±0,37	4,023*		0,012
ЧВ	5,19±0,32	5,94±0,27	6,33±0,30	4,510*	0,009	0,007
Индекс враждебности	9,27±2,74	10,39±2,86	11,39±2,79	4,819*	0,011	0,008
Индекс агрессивности	16,02±3,01	18,53±3,43	19,16±3,91	4,862*	0,007	0,005

Примечание. Здесь и далее: ФА – физическая агрессия; Р – раздражение; Н – негативизм; О – обида; П – подозрительность; ЧВ – чувство вины.

* Различия значимы при $p < 0,05$.

Таблица 27 – Значимость различий уровня агрессивных и враждебных реакций у юношей

Агрессивные и враждебные реакции	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
	1 группа	2 группа	3 группа	F	1–2 группа	1–3 группа
ФА	5,79±0,27	6,71±0,26	6,49±0,26	3,910*	0,007	0,008
Р	4,88±0,29	5,81±0,27	5,96±0,31	4,542*	0,008	0,006
О	4,39±0,26	4,79±0,29	4,99±0,32	4,018*		0,010
П	5,81±0,31	6,21±0,33	6,49±0,35	4,130*		0,009
Индекс враждебности	10,19±2,81	11,0±2,90	11,51±2,87	3,874*		0,010
Индекс агрессивности	18,02±3,14	20,42±3,75	20,58±3,67	4,245*	0,011	0,010

* Различия значимы при $p < 0,05$.

Таким образом, и в выборке девушек, и в выборке юношей выраженность отдельных агрессивных и враждебных реакций, а также уровень враждебности и агрессии в целом статистически значимо повышаются при увеличении показателей алекситимии. При более высокой выраженности алеситимии испытуемые демонстрируют ярко выраженную готовность к агрессивным и враждебным типам реагирования. Такие формы поведения мы рассматриваем как закономерные стереотипные механизмы, которые ограничивают спектр поведенческих реакций вследствие эмоциональной некомпетентности и неспособности индивида к позитивному восприятию окружающего мира.

В целом результаты психодиагностического исследования согласуются с материалами анализа текстов испытуемых. При увеличении степени выраженности алекситимии в текстах четко прослеживается нарастание общей активности, описываемое словами, обозначающими нейтральное движение («хожу», «бегаю», «занимаюсь уборкой», «мою пол, посуду»), а также активными действиями, носящими воинственный, агрессивный характер («разбить», «извергнутся», «выплеснуть», «вулкан», «избавиться»). Также прослеживается и соответствие с выявленными типами акцентуаций характера по возбудимому и неуравновешенному типам.

Анализ литературных источников свидетельствует о том, что исследователи, описывая поведение людей с выраженной алекситимией, обращают внимание на агрессивное поведение, которое трактуется как

недифференцированный аффект [Кристал, 2006]. По нашему представлению, следует рассматривать подобные проявления как наиболее доступную форму действий, которую они не могут оценить. При снижении способности индивида к идентификации собственных эмоций или в результате эмоциональной некомпетентности предпочтение отдается наиболее простым и стереотипным способам поведения. Поскольку навыков эмоционально открытого и подразумевающего ориентацию на чувства взаимодействия не сформировано, то последующие действия и поступки являются упрощенными и достаточно примитивными.

Диагностика по опроснику Г. Айзенка, направленная на выявление типа темперамента в соотнесении с уровнем алекситимии и наличии таких темпераментных характеристик, как экстраверсия и нейротизм, позволила установить следующее распределение по типам (таблица 28).

Очевидно, что в исследуемой выборке преобладают испытуемые с холерическим (36,5%) и сангвинистическим (39,3%) типами темперамента. Распределение типов темперамента по возрастным интервалам представлено на рисунке 3. Выявлено, что процент флегматиков в возрастном интервале 16–20 лет увеличился почти в два раза по сравнению с возрастным интервалом 12–15 лет (от 9,8 до 18,2%). По остальным типам темперамента соотношение значительно не изменилось.

Таблица 28 – Частотное распределение типов темперамента (опросник Г. Айзенка) в группе нормы

Тип темперамента	Частота	Валидный процент
Холерический	140	36,5
Сангвинистический	151	39,3
Флегматический	57	14,8
Меланхолический	36	9,4

При определении значимости различий между юношами и девушками по параметрам экстраверсии и нейротизма установлено, что в целом по выборке юноши более экстравертированы, чем девушки (средние значения 15,19 и 14,36 соответственно при $t = 2,17$; $p<0,05$), а девушки демонстрируют более высокие показатели по нейротизму в сравнении с юношами как по всей выборке,

так и в возрастном интервале 12–15 лет (средние значения по общей выборке 12,29 и 11,04 соответственно при t = 2,47; в младшем интервале – 13,44 и 10,97 соответственно при t = 2,59; p<0,05). Та же закономерность была отмечена при определении уровня личностной тревожности по шкале Дж. Тейлор и выявлении акцентуации тревожного типа по опроснику Г. Шмишека.

Показатели по экстраверсии статистически значимо уменьшаются у девушек при увеличении возраста (средние значения 15,47 и 14,02 при t = 2,18; p<0,05). Очевидно, что эти данные соответствуют уменьшению показателей по гипертимности у девушек при переходе в более старшую возрастную группу.

Распределение типов темперамента в зависимости от уровня алекситимии представлено в таблице 29, данные по каждому возрастному интервалу приведены в приложении 3.

Из таблицы видно, что при высоком уровне алекситимии более всего по выборке в целом, а также отдельно у юношей и девушек представлены холерический, флегматический и меланхолический типы темперамента.

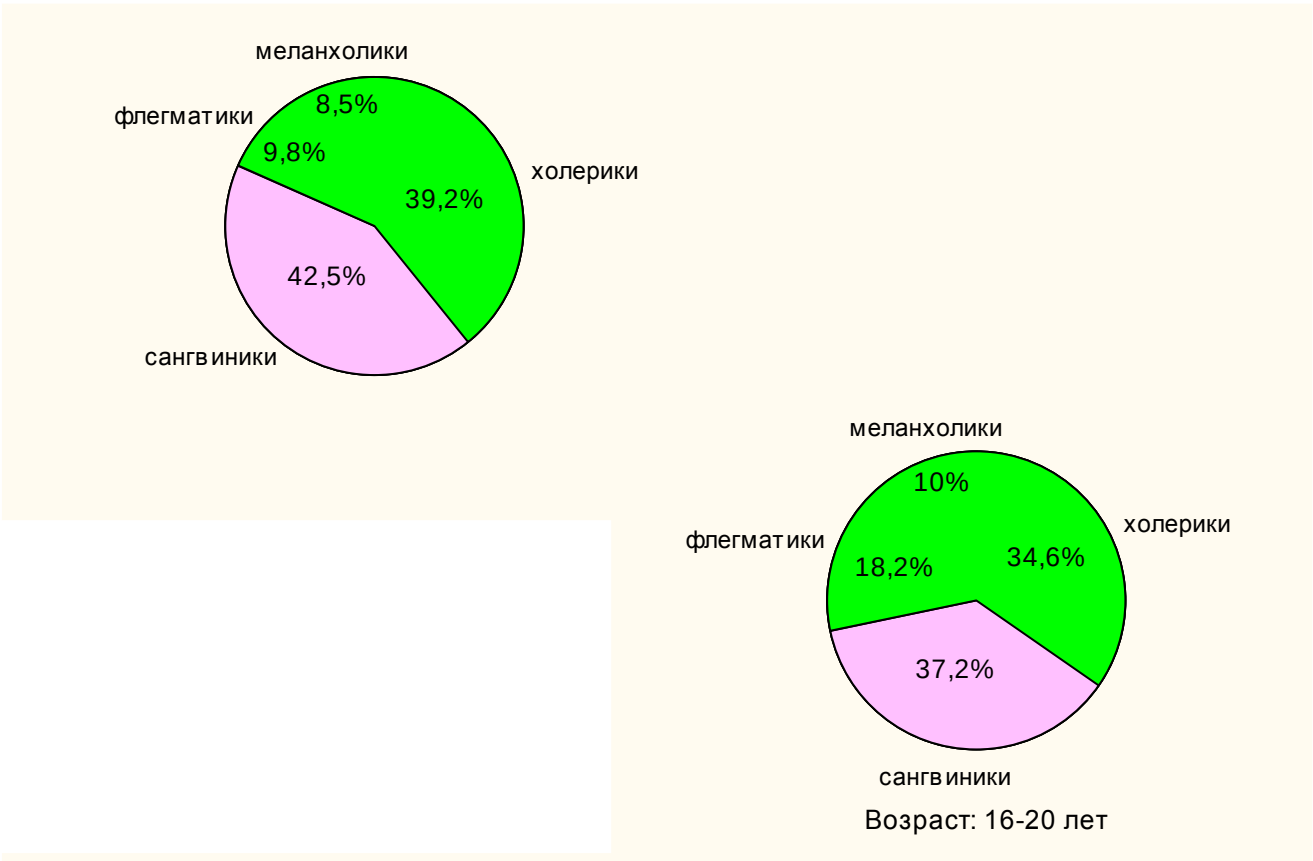


Рисунок 3 – Распределение типов темперамента по возрастным интервалам

Таблица 29 – Частотное распределение типов темперамента в зависимости от выраженности алекситимии

Алекситимия		В целом по выборке				Юноши				Девушки			
		Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М
Не выражена	Частота	22	71	14	6	6	35	4	4	16	36	10	2
	Валидный процент	5,7	18,5	3,6	1,6	1,6	9,1	1,0	1,0	4,2	9,4	2,6	0,5
Промежуточная группа	Частота	52	46	19	13	21	22	9	5	31	24	10	8
	Валидный процент	13,5	11,9	4,9	3,8	5,5	5,7	2,3	1,3	8,1	6,3	2,6	2,1
Выражена	Частота	66	34	24	17	35	22	12	6	31	12	12	11
	Валидный процент	17,2	8,9	6,3	4,4	9,1	5,7	3,1	1,6	8,1	3,1	3,1	2,9

Примечание. Здесь и далее: Х – холерический; С – сангвинический; Ф – флегматический; М – меланхолический.

Результаты проведенного однофакторного дисперсионного анализа с процедурой попарного межгруппового сравнения (таблица 30) показали, что низко-, средне- и высокоалекситимичные юноши отличаются по показателям нейротизма (при средних баллах 9,35; 11,48 и 11,89 соответственно). При этом группа респондентов с невыраженной алекситимией статистически значимо ($p<0,05$) отличается от промежуточной группы и от группы с выраженной алекситимией. Такие результаты согласуются с данными, полученными при сопоставлении показателей алекситимии и тревожности по шкале Дж. Тейлор, алекситимии и тревожной акцентуации характера.

Таблица 30 – Значимость различий по нейротизму у юношей в зависимости от выраженности алекситимии

Шкала	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)		
	1 группа	2 группа	3 группа	F	1–2	1–3	2–3
Нейротизм	9,35±2,31	11,48±2,26	11,89±2,38	4,628*	0,009	0,008	

* Различия значимы при $p < 0,05$.

Низко-, средне- и высокоалекситимичные девушки отличаются по значениям экстраверсии и нейротизма при $p\leq 0,05$ (таблица 31).

Таблица 31 – Значимость различий по экстраверсии и нейротизму у девушек в зависимости от выраженности алекситимии

Шкала	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)		
	1 группа	2 группа	3 группа	F	1–2	1–3	2–3
Экстраверсия	14,83±2,72	14,74±2,64	13,36±2,70	4,270*		0,09	0,012
Нейротизм	10,45±2,53	12,51±2,61	14,21±2,68	4,628*	0,007	0,005	0,010

* Различия значимы при $p <0,05$.

Очевидно, что при увеличении показателей алекситимии так же, как и в группе юношей, возрастают значения нейротизма.

Что касается данных по шкале экстраверсии, то они согласованы с результатами, полученными при сопоставлении уровня алекситимии и выраженности гипертимической акцентуации характера, где показатели статистически значимо уменьшаются при возрастании значений алекситимии.

Следующий этап исследования характеризовался определением уровня эмпатии с помощью методики И.М. Юсупова с целью соотнесения с выраженностью алекситимии. Результаты частотного распределения эмпатии представлены в таблице 32.

Таблица 32 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) в группе нормы

Шкалы		Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Эмпатия с родителями	Частота	70	302	12
	Валидный процент	18,2	78,6	3,2
Эмпатия с животными	Частота	13	264	107
	Валидный процент	3,3	68,8	27,9
Эмпатия со стариками	Частота	18	314	52
	Валидный процент	4,7	81,8	13,5
Эмпатия с детьми	Частота	27	281	76
	Валидный процент	7,0	73,2	19,8
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	7	246	131
	Валидный процент	1,8	64,1	34,1
Эмпатия с незнакомыми	Частота	23	298	63
	Валидный процент	6,0	77,6	16,4
Суммарный показатель	Частота	40	247	97
	Валидный процент	10,4	64,3	25,3

Установлено, что у учащихся наиболее выражены эмпатийные способности по отношению к родителям (18,2%), наименее представлена эмпатия в отношении героев художественных произведений (1,8%). В целом эмпатия по отношению к разным объектам представлена на среднем уровне.

При оценке эмпатии у юношей и девушек были выявлены показатели, приведенные в таблице 33, более детальные результаты, в зависимости от

принадлежности испытуемых к определенным возрастным интервалам, представлены в таблицах 34–36.

Таблица 33 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) у юношей и девушек

Шкалы		Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
		Юноши	Девушки	Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
Эмпатия с родителями	Частота	33	37	138	164	10	2
	Валидный процент	18,2	18,2	76,2	80,8	5,6	1,0
Эмпатия с животными	Частота	2	11	105	159	74	33
	Валидный процент	1,1	5,4	58,0	78,3	40,9	16,3
Эмпатия со стариками	Частота	9	9	137	177	35	17
	Валидный процент	5,0	8,4	75,7	87,2	19,3	8,4
Эмпатия с детьми	Частота	9	18	125	156	47	29
	Валидный процент	5,0	8,9	69,1	76,8	25,9	14,3
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	4	3	93	153	84	47
	Валидный процент	2,2	1,5	51,4	75,4	46,6	23,1
Эмпатия с незнакомыми	Частота	6	17	127	171	48	15
	Валидный процент	3,3	8,4	70,2	84,2	26,5	7,4
Суммарный показатель	Частота	7	33	106	141	68	29
	Валидный процент	3,8	16,2	58,6	69,5	37,6	14,3

Таблица 34 – Частотное распределение высокого уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) в различных возрастных интервалах

Шкалы		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	27	16	11	43	17	26
	Валидный процент	17,7	10,5	7,2	18,7	7,4	11,3
Эмпатия с животными	Частота	5	2	3	8	–	8
	Валидный процент	4,5	1,3	3,2	3,5	–	3,5
Эмпатия со стариками	Частота	8	5	3	10	4	6
	Валидный процент	6,4	3,2	3,2	4,3	1,7	2,6
Эмпатия с детьми	Частота	17	8	9	10	1	9
	Валидный процент	11,1	5,2	5,9	4,3	0,4	3,9

Окончание табл. 34

Шкалы		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	5	4	1	2	–	2
	Валидный процент	3,3	2,6	0,7	0,9	–	0,9
Эмпатия с незнакомыми	Частота	9	5	4	14	1	13
	Валидный процент	5,8	3,2	2,6	6,0	0,4	5,6
Суммарный показатель	Частота	14	4	10	26	3	23
	Валидный процент	9,1	2,6	6,5	11,2	1,3	9,9

Таблица 35 – Частотное распределение среднего уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) в различных возрастных интервалах

Шкалы		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	88	74	14	182	64	118
	Валидный процент	58,0	48,4	9,6	78,8	27,7	51,1
Эмпатия с животными	Частота	106	58	48	158	47	111
	Валидный процент	69,3	37,9	31,4	68,4	20,3	48,1
Эмпатия со стариками	Частота	117	71	46	197	66	131
	Валидный процент	76,5	46,4	30,1	85,3	28,6	56,7
Эмпатия с детьми	Частота	109	68	41	172	57	115
	Валидный процент	71,3	44,5	26,8	74,5	24,7	49,8
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	93	50	43	153	43	110
	Валидный процент	50,8	32,7	28,1	66,2	18,6	47,6
Эмпатия с незнакомыми	Частота	107	62	45	191	65	126
	Валидный процент	69,9	40,5	29,4	82,6	28,1	54,5
Суммарный показатель	Частота	88	53	35	159	53	106
	Валидный процент	57,5	34,6	22,9	68,8	22,9	45,9

Таблица 36 – Частотное распределение низкого уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) в различных возрастных интервалах

Шкалы		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	8	6	2	4	4	–
	Валидный процент	5,2	3,9	1,3	1,7	1,7	–
Эмпатия с животными	Частота	42	36	6	65	38	27
	Валидный процент	27,4	23,5	3,9	28,2	16,5	11,7
Эмпатия со стариками	Частота	28	20	8	24	15	9
	Валидный процент	18,3	13,1	5,2	10,4	6,5	3,9
Эмпатия с детьми	Частота	27	20	7	49	27	22
	Валидный процент	17,7	13,1	4,6	21,2	11,7	9,5

Окончание табл. 36

Шкалы		Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	55	42	13	76	42	34
	Валидный процент	36,0	27,5	8,5	32,9	18,2	14,7
Эмпатия с незнакомыми	Частота	37	29	8	26	19	7
	Валидный процент	24,1	18,9	5,2	11,2	8,2	3,0
Суммарный покказатель	Частота	51	39	12	46	29	17
	Валидный процент	33,2	25,4	7,8	20,0	12,6	7,4

Анализ психодиагностических материалов показал, что по всем видам эмпатии девушки демонстрируют более высокие показатели, чем с юношами. Эта тенденция подтверждена при определении статистически значимых различий между юношами и девушками по всем шкалам методики И.М. Юсупова (таблица 37). Следует отметить, что в целом по выборке мы оцениваем полученные показатели как достаточно низкие, поскольку в соответствии с ключом к данной методике значения средних величин по отдельным шкалам можно отнести только к среднему уровню. При этом даже самый высокий показатель эмпатии с родителями у девушек (10,62) также может быть оценен только как средний. Средние значения суммарного показателя эмпатии и у юношей (41,01), и у девушек (49,76) тоже относятся к среднему уровню.

Выявленные статистически значимые различия между юношами и девушками в каждом возрастном интервале представлены в таблице 37. Полученные результаты соответствуют общей тенденции к проявлению девушками более высокого уровня эмпатийных способностей практически по всем шкалам методики И.М. Юсупова.

Таблица 37 – Значимость различий между юношами и девушками по уровню эмпатии

Шкалы	Среднее значение у юношей	Среднее значение у девушек	Значение t-критерия
Эмпатия с родителями	9,17	10,62	2,25*
Эмпатия с животными	5,81	7,57	6,33**
Эмпатия со стариками	7,21	8,4	4,43**
Эмпатия с детьми	6,8	8,48	5,11**
Эмпатия с героями художественных произведений	5,01	6,72	6,47**
Эмпатия с незнакомыми	6,94	8,73	5,88**
Суммарный показатель	41,01	49,76	7,63**

* Различия значимы при $p \leq 0,05$.

** Различия значимы при $p \leq 0,01$.

Вычисление статистически значимых различий между возрастными интервалами по уровню эмпатии к различным объектам показало, что с увеличением возраста повышаются показатели эмпатии с незнакомыми и малознакомыми людьми (при $t = 3,84$; $p<0,05$), со стариками (при $t = 2,28$; $p<0,05$), а также суммарный показатель эмпатии (при $t = 2,59$; $p<0,05$); уровень эмпатии с детьми, наоборот, снижается (при $t = 2,0$; $p<0,05$).

Кроме того, выявлено, что у юношей значимо снижается показатель эмпатии с детьми при переходе в старшую возрастную группу (при $t = 2,57$; $p<0,05$). У девушек с увеличением возраста значимо снижается уровень эмпатии с животными (при $t = 2,72$; $p<0,05$) и повышается уровень эмпатии с незнакомыми и малознакомыми людьми (при $t = 3,28$; $p<0,05$). Подробные данные представлены в таблице 38.

Таблица 38 – Значимость различий между юношами и девушками в каждом возрастном интервале (методика И.М. Юсупова)

Шкалы	Возрастной интервал 12–15 лет			Возрастной интервал 16–20 лет		
	Средние значения		Значение t-критерия	Средние значения		Значение t-критерия
	Ю	Д		Ю	Д	
Эмпатия с родителями	8,74	9,82	2,1*			
Эмпатия с животными	5,85	8,15	4,92**	5,53	7,15	4,33**
Эмпатия со стариками				7,13	8,49	3,58*
Эмпатия с детьми				6,15	7,95	4,29**
Эмпатия с героями худож. произведений	5,08	6,59	3,23*	4,85	6,54	4,67**
Эмпатия с незнакомыми				6,85	8,86	5,10**
Суммарный показатель	40,69	48,26	3,79*	40,25	48,82	6,15**

* Различия значимы при $p \leq 0,05$.
** Различия значимы при $p \leq 0,01$.

Далее результаты, полученные по каждой шкале опросника, анализировали в зависимости от степени выраженности алекситимии у испытуемых. Количественные показатели представлены в таблицах 39–41. По материалам

таблиц очевидно, что наибольшее количество испытуемых демонстрируют средние показатели по эмпатии и алекситимии. Однако высокий уровень эмпатии чаще встречается при низких показателях алекситимии.

Таблица 39 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при выраженной алекситимии в группе нормы

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	9	7	2	105	60	55	17	8	9
	Валидный процент	2,3	1,8	0,5	27,3	15,6	14,3	4,45	2,1	2,3
Эмпатия с животными	Частота	52	39	13	87	36	51	2	–	2
	Валидный процент	13,5	10,2	3,8	22,7	9,4	13,3	0,5%	–	0,5
Эмпатия со стариками	Частота	22	23	9	102	50	52	7	2	5
	Валидный процент	5,7	5,9	2,3	26,6	13,0	13,5	1,8	0,5	1,3
Эмпатия с детьми	Частота	36	27	9	101	45	56	4	3	1
	Валидный процент	9,4	7,0	2,3	26,3	11,7	14,6	1,04	0,8	0,3
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	56	38	18	83	36	47	2	1	1
	Валидный процент	14,6	9,9	4,7	21,7	9,4	12,2	0,5	0,3	0,3
Эмпатия с незнакомыми	Частота	35	29	6	101	45	56	5	1	4
	Валидный процент	9,1	7,6	1,6	26,3	11,7	14,6	1,3	0,3	1,04
Суммарный показатель	Частота	63	45	18	73	29	44	5	1	4
	Валидный процент	16,4	11,7	4,7	19,0	7,6	11,5	1,3	0,3	1,04

Таблица 40 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при промежуточной группе по алекситимии в группе нормы

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	2	2	–	102	45	57	26	10	16
	Валидный процент	0,5	0,5	–	26,6	11,7	14,8	6,8	2,6	4,2
Эмпатия с животными	Частота	32	21	11	93	35	58	5	1	4
	Валидный процент	8,3	5,5	2,9	24,2	9,1	15,1	1,3	0,3	1,04
Эмпатия со стариками	Частота	18	10	8	109	46	63	3	1	2
	Валидный процент	4,7	2,6	2,1	28,4	11,9	16,4	0,8	0,3	0,5
Эмпатия с детьми	Частота	28	13	15	93	42	51	9	2	7
	Валидный процент	7,3	3,8	3,9	24,2	10,9	13,3	2,3	0,5	1,8

Окончание табл. 40

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	37	25	12	91	31	60	2	1	1
	Валидный процент	9,7	6,5	3,1	23,7	8,1	15,6	0,5	0,3	0,3
Эмпатия с незнакомыми	Частота	19	13	6	104	43	61	7	1	6
	Валидный процент	4,9	3,8	1,6	27,1	11,2	15,9	1,8	0,3	1,6
Суммарный показатель	Частота	26	19	7	93	37	56	11	1	10
	Валидный процент	6,8	4,9	1,8	24,2	9,6	14,6	2,9	0,3	2,6

Таблица 41 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при невыраженной алекситимии в группе нормы

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	1	1	–	85	33	52	27	15	12
	Валидный процент	0,3	0,3	–	22,1	8,6	13,5	7,0	3,9	3,1
Эмпатия с животными	Частота	23	14	9	84	34	50	6	1	5
	Валидный процент	5,9	3,6	2,3	21,8	8,9	13,0	1,6	0,3	1,3
Эмпатия со стариками	Частота	2	2	–	103	41	62	8	6	2
	Валидный процент	0,5	0,5	–	26,8	10,7	16,1	2,1	1,6	0,5
Эмпатия с детьми	Частота	12	7	5	87	38	49	14	4	10
	Валидный процент	3,1	1,8	1,3	22,7	9,9	12,8	3,6	1,04	2,6
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	38	21	17	72	26	46	3	2	1
	Валидный процент	9,9	5,5	4,4	18,8	7,8	11,9	0,8	0,5	0,3
Эмпатия с незнакомыми	Частота	9	6	3	93	39	54	11	4	7
	Валидный процент	2,3	1,6	0,8	24,2	10,2	14,1	2,9	1,04	1,8
Суммарный показатель	Частота	8	4	4	81	40	41	24	5	19
	Валидный процент	2,1	1,04	1,04	21,1	10,4	10,7	6,3	1,3	4,9

Показатели уровня эмпатии у юношей и девушек в зависимости от степени выраженности алекаситимии в каждом возрастном интервале представлены в приложении 4.

Определение значимости различий по уровню эмпатии в зависимости от степени выраженности алекситимии в группах юношей и девушек подтверждает

эту тенденцию. По мере возрастания показателей по алекситимии средние баллы у юношей по всем шкалам, кроме эмпатии с героями художественных произведений, и у девушек по всем шкалам кроме эмпатии с родителями и эмпатии с героями художественных произведений, уменьшаются (таблицы 42, 43).

Таблица 42 – Значимость различий в уровне эмпатии в зависимости от степени выраженности алекситимии у юношей

Шкалы	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)		
	Не выражена алекситимия 1	Промежуточная группа 2	Выражена алекситимия 3	F	1–2	1–3	2–3
Эмпатия с родителями	10,37±2,57	9,44±2,31	8,12±2,09	4,126*	-	0,003	0,009
Эмпатия с животными	6,33±2,48	5,76±2,39	5,48±2,41	3,303*	-	0,013	-
Эмпатия со стариками	8,44±2,03	7,02±2,34	6,48±2,55	3,661*	0,014	0,009	-
Эмпатия с детьми	8,04±2,11	6,97±2,53	5,79±2,80	3,445*		0,002	0,011
Эмпатия с незнакомыми	8,6±2,62	6,76±2,09	5,9±2,75	4,512*	0,012	0,007	-
Суммарный показатель	47,42±11,03	40,9±12,10	36,65±11,16	4,631*	0,008	0,001	0,005

* Различия значимы при p <0,05.

Таблица 43 – Значимость различий в уровне эмпатии в зависимости от степени выраженности алекситимии у девушек

	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)		
	Не выражена алекситимия 1	Промежуточная группа 2	Выражена алекситимия 3	F	1–2	1–3	2–3
Эмпатия с животными	8,19±2,37	7,56±2,41	6,83±2,03	3,341*		0,008	
Эмпатия со стариками	9,3±2,34	7,91±2,32	7,9±2,25	3,697*	0,009	0,008	
Эмпатия с детьми	9,64±2,81	8,18±2,43	7,44±2,47	4,012*	0,012	0,006	
Эмпатия с незнакомыми	9,71±2,33	8,73±2,31	7,56±2,29	4,539*	0,011	0,004	0,007
Суммарный показатель	53,69±14,12	49,39±13,38	45,51±13,63	4,601*	0,007	0,003	0,008

* Различия значимы при p < 0,05.

Таким образом, в группах юношей и девушек с низкой степенью выраженности алекситимии уровень эмпатии статистически значимо выше. Эти данные согласуются с результатами сопоставления выраженности эмотивной акцентуации характера и уровня алекситимии в исследуемых группах.

Полученные данные подтверждают тенденцию к повышению уровня эмпатии у испытуемых при снижении показателей алекситимии. Это согласуется и с материалами контент-анализа текстов, поскольку в них явно прослеживается ориентация на людей из микросоциального окружения (маму, родителей, друзей), причем ориентация эмоциональная, сопряженная с желанием рассказать о ситуации, поделиться, посоветоваться. Примечательны и случаи взаимодействия в указанной ситуации с природой, желание смотреть на пламя и слушать музыку, так как мы видим в них ярко окрашенное, эмоционально открытое взаимодействие с миром, глубокое понимание собственного эмоционального дискомфорта и конструктивное желание преодолеть его.

В текстах испытуемых с выраженной алекситимией ориентация на близких людей либо другие объекты отсутствует, описываемые чувства окрашены в ярко негативные тона и сопровождаются либо деструктивной активностью («выпить», «злит», «избавиться»), либо болезненной пассивностью («лечь», «опустошенность», «успокоительные таблетки»). Взаимодействие с миром, а тем более эмпатичное, эмоционально открытое взаимодействие в содержании текстов не прослеживается.

В исследуемой группе испытуемых было установлено, что в возрасте 12–15 лет соотношение численности групп с высоким и низким уровнем образованности между юношами и девушками одинаковое. Респондентов со средним уровнем образованности не выявлено (у юношей 12–15 лет – 22,9% с высоким уровнем, 77,1% – с низким; у девушек 12–15 лет – 24,6% с высоким уровнем, 75,4% – с низким). В возрастной группе 16–20 лет преобладает средний уровень образованности. При этом если высокий уровень одинаков у юношей и девушек (23,5 и 24% соответственно), то группа с низким уровнем в несколько раз больше у юношей (17,6%) по сравнению с девушками (3,4%). В целом выявленная неравномерность распределения полов по уровню образованности и возрасту даёт

основание для промежуточной гипотезы о наличии статистически значимой зависимости уровня образованности от взаимосвязи типа темперамента и возраста (рисунки 4, 5).

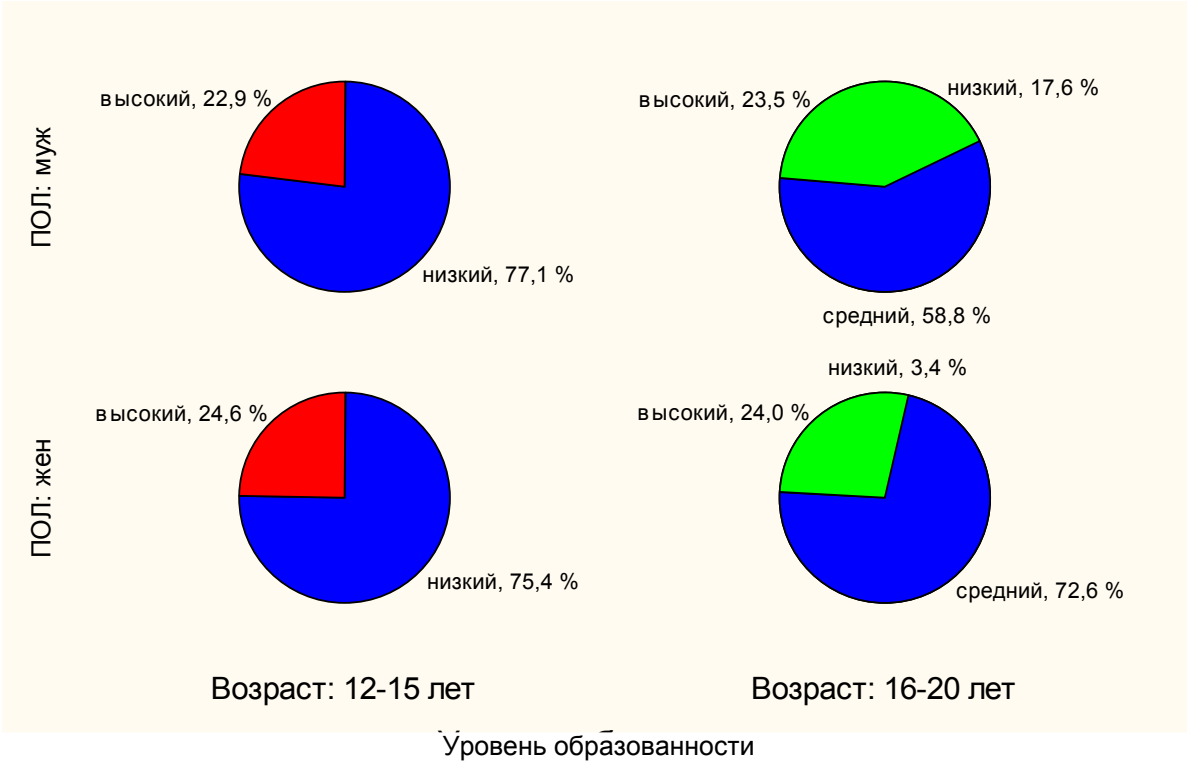


Рисунок 4 – Распределение уровня образованности по возрасту и полу

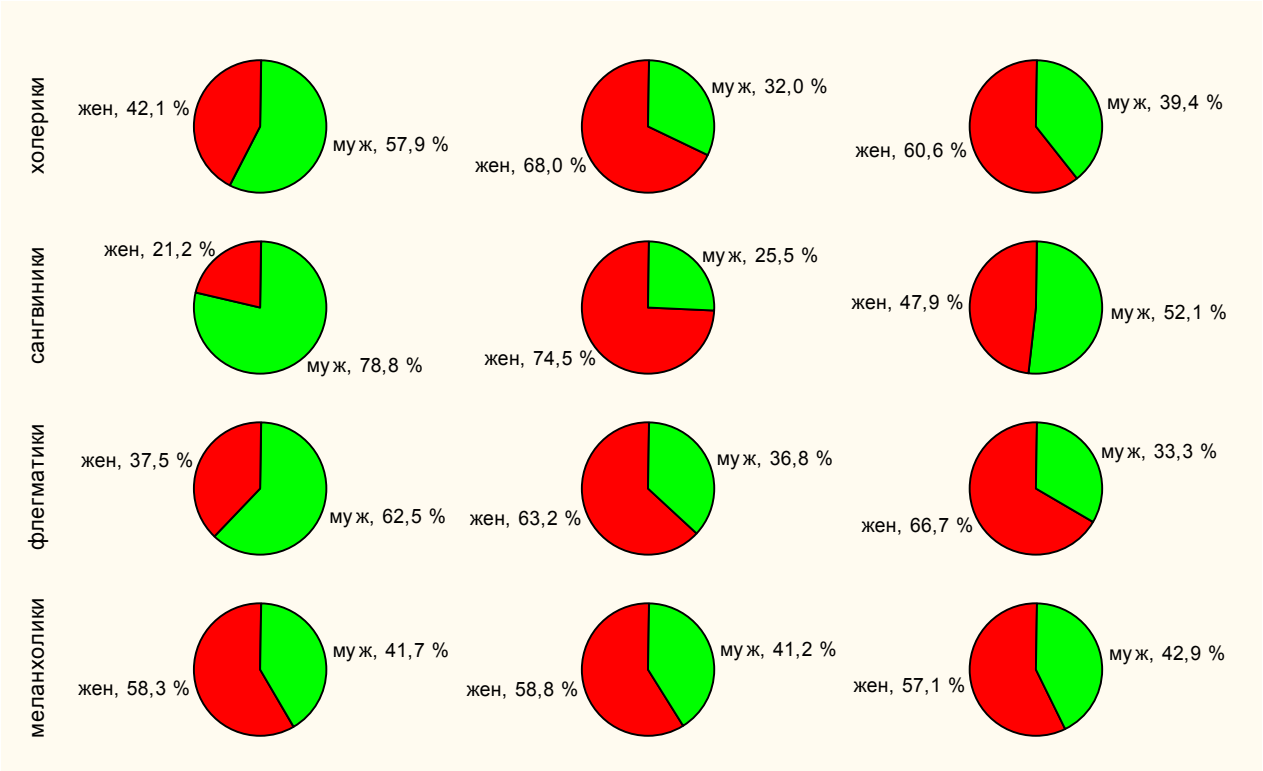


Рисунок 5 – Распределение полов по уровню образованности и возрасту

Таким образом, предварительно выдвинутые гипотезы о взаимосвязи пола, возраста и темперамента как факторов уровня образованности подтвердились. В таблице 44 представлены результаты анализа сопряжённости пола, темперамента и уровня образованности по критерию Пирсона Хи-квадрат (разности фактических и ожидаемых частот: положительные значения – притяжение признаков, отрицательные значения – отталкивание признаков). При $p<0,00001$ установлено, что у юношей холериков, как правило, низкий уровень образованности, у юношей сангвиников отмечен либо низкий, либо высокий уровень образованности, у юношей флегматиков – средний уровень. У меланхоликов не выявлено значимой сопряжённости, очевидно, из-за небольшой численности выборки. У девушек только среди сангвиников наиболее вероятен высокий уровень образованности, остальные типы темперамента положительно сопряжены со средним уровнем.

Таблица 44 – Сопряжённость пола, темперамента и уровня образованности

Пол	Уровень образованности	Типы темперамента				Сумма в строке
		Холерический	Сангвинический	Флегматический	Меланхолический	
Муж	Низкий	**9,5**	**15,6**	0,4	–1,1	24,4
	Средний	–10,8	–15,9	**3,1**	0,1	–23,5
	Высокий	–2,6	**8,1**	–5,4	–1,0	–0,9
Жен	Низкий	–2,4	–17,5	–4,8	0,2	–24,4
	Средний	**3,9**	**5,6**	**11,8**	2,3	23,5
	Высокий	2,5	**4,1**	–5,1	–0,5	0,9

В таблице 45 представлены результаты анализа сопряжённости возраста, темперамента и уровня образованности (разности фактических и ожидаемых частот: положительные значения – притяжение признаков, отрицательные значения – отталкивание признаков). При $p<0,0000001$ установлено, что в возрасте 12–15 лет только сангвиники склонны получать образование на высоком уровне, остальные типы темперамента в этом возрастном интервале положительно сопряжены с низким уровнем образованности.

Таблица 45 – Сопряжённость возраста, темперамента и уровня образованности

Возраст, лет	Уровень образованности	Типы темперамента				Сумма в строке
		Холерический	Сангвинический	Флегматический	Меланхолический	
12–15	Низкий	**27,1**	**21,5**	**6,9**	**6,9**	62,4
	Средний	–22,7	–24,4	–9,2	–5,8	–62,2
	Высокий	–0,2	**7,7**	–5,4	–2,4	–0,3
16–20	Низкий	–20,0	–23,4	–11,2	–7,7	–62,4
	Средний	**15,8**	**14,1**	**24,1**	**8,2**	62,2
	Высокий	0,04	4,5	–5,1	0,9	0,3

В возрасте 16–20 лет наблюдается положительная сопряжённость всех типов темперамента со средним уровнем образованности, но при этом интересно, что флегматический тип единственный отрицательно сопряжён с высоким уровнем образованности. То есть среди флегматиков 16–20 лет практически нет испытуемых с высоким уровнем образованности.

При сопоставлении значений алекситимии с уровнем образованности испытуемых получены результаты, представленные в таблице 46.

Таблица 46 – 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. Результаты определения значимости различий в уровне образованности юношей и девушек в зависимости от степени выраженности алекситимии представлены в таблице 47.

Таблица 47 – Значимость различий по уровню образованности у юношей и девушек с разной степенью выраженности алекситимии

	Хи-квадрат	ст.св.	p
Юноши	6,600	2	0,037
Девушки	6,226	2	0,044

Примечание. Критерий Краскела-Уоллеса

Группирующая переменная: степень выраженности алекситимии

Таким образом, психодиагностика и статистический анализ свидетельствуют о значимо большей выраженности алекситимии у испытуемых с низким уровнем образованности, чем у респондентов с более высоким уровнем (различия значимы).

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 совершенно не обязательно наличие у него бедного словарного запаса, который не позволяет описать собственные чувства и эмоции. 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.

Корреляционный анализ результатов, полученных в группе нормы, проводили по критерию ранговой корреляции Спирмена, результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Анализ взаимосвязей в общей выборке испытуемых 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.

Очевидно, что эти блоки соответствуют тем, которые были зафиксированы при проведении лонгитюдного исследования. Выявленные взаимосвязи представлены в таблицах 48–50 и на рисунках 6–8.

Так, в первом блоке алекситимия положительно взаимосвязана с тревожными характеристиками, которые, в свою очередь, положительно коррелируют с такими агрессивными реакциями, как раздражение, обида, подозрительность, чувство вины, а также общим индексом враждебности и агрессивности (таблица 50). 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, например, через показатель уровня образования: алекситимия коррелирует с этим показателем при r = –0,25 и эмотивность – при r = 0,32, а также данный показатель отрицательно взаимосвязан с физической агрессией (r = –0,21), раздражением (r = –0,24), подозрительностью (r = –0,23) и индексом агрессивности (r = –0,26).

Таблица 48 – Корреляционные взаимосвязи алекситимии с тревожными характеристиками в структуре личности

	Нейротизм	Тревожность (Тейлор)	Тревожность (Шмишек)	Эмпатия с героями худож. произведений
Алекситимия	0,25	0,28		
Нейротизм		0,63	0,51	0,21
Тревожность (Тейлор)			0,49	
Раздражение	0,26	0,28		
Обида	0,29	0,3	0,22	
Подозрительность	0,21	0,23		
Чувство вины	0,37	0,26	0,25	
I враждебности	0,31	0,32	0,21	
I агрессивности	0,26	0,23		
Эмотивность			0,22	

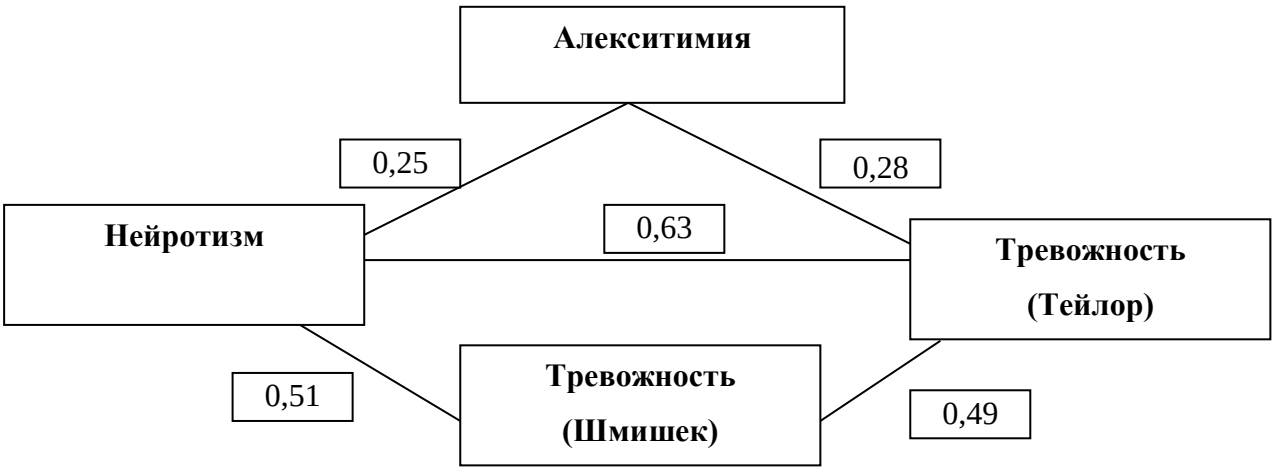


Рисунок 6 – Взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками

Таблица 49 – Корреляционные взаимосвязи алекситимии с эмпатийными способностями и эмотивностью в структуре личности

Шкалы	Ур-нь образов.	Э	Эр	Эж	Эст	Эд	Эг	Энезн	Эсумма
Алекситимия	–0,25	–0,21			–0,23	–0,26		–0,3	–0,34
Эмотивность	0,32		0,21	0,38	0,25	0,3	0,34	0,3	0,46
Эмпатия с родителями				0,27	0,28	0,21		0,24	0,52
Эмпатия с животными					0,24	0,41	0,37	0,34	0,49
Эмпатия со стариками						0,25	0,27	0,34	0.45
Эмпатия с детьми							0,29	0.42	0,51
Эмпатия с героями								0,4	0.43
Эмпатия с незнакомыми	0,24								0,55
Физическая агрессия		–0,23							–0,23
Нейротизм							0,21		
Тревожность (Шмишек)		0,22							

Примечание. Здесь и далее: Ур-нь образов. – уровень образования; Э – эмотивность; Эр – эмпатия с родителями; Эж – эмпатия с животными; Эст – эмпатия со стариками; Эд – эмпатия с детьми Энезн – эмпатия с незнакомыми; Эсумма – суммарный показатель эмпатии.

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

Выявленные три психологические подсистемы мы рассматриваем как устойчивые психологические характеристики в структуре личности испытуемых. Личностная тревожность, которая проявляется в повышенном беспокойстве, волнении, снижении мобилизационных способностей организма, 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, основанное на эмоциональной идентификации. Данное внутреннее состояние приводит к упрощению реагирования человека на изменение окружающей действительности. Если эмоциональный внутренний мир негативно окрашен и человек вследствие повышенной тревожности ожидает негативных событий, то он, соответственно, предвосхищает события собственной враждебно-агрессивной стратегией поведения.

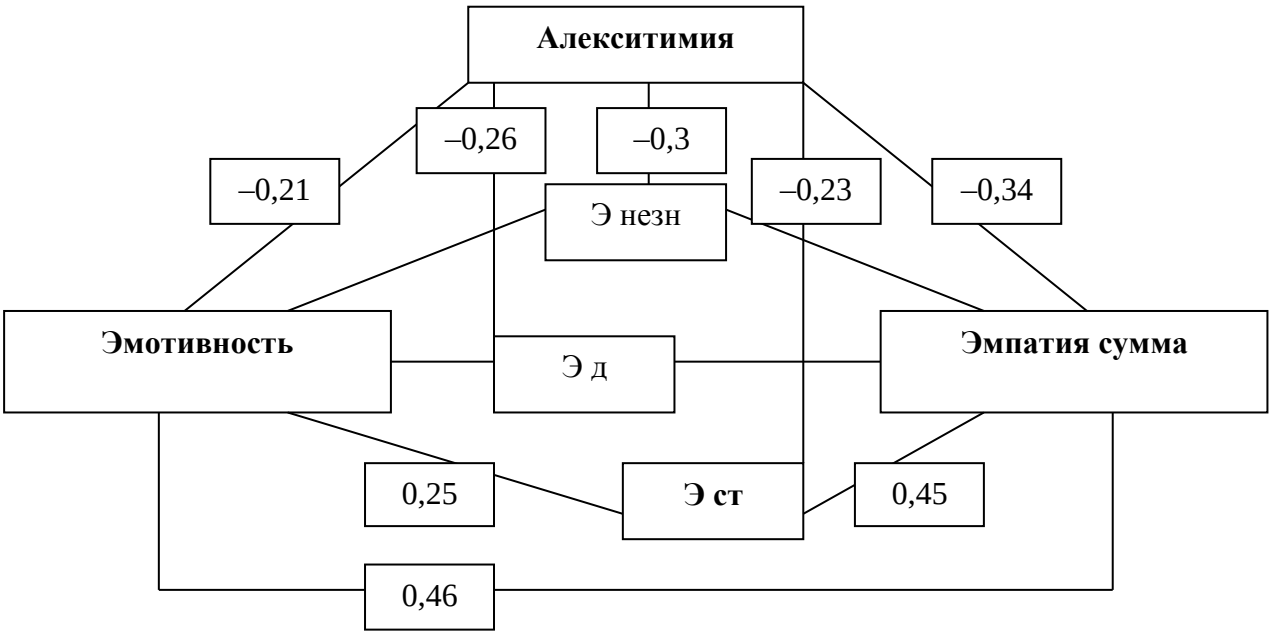


Рисунок 7 – Взаимосвязь алекситимии с эмпатийными способностями и эмотивностью

Особый интерес представляет, на наш взгляд, 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, то есть адекватной эмоциональной чувствительности к окружающему миру. 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 $p < 0,01$. Статистически значимые корреляционные зависимости представлены в приложении 6 и на рисунках 9, 10.

Таблица 50 – Корреляционные взаимосвязи алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями в структуре личности

Шкалы	А	ФА	КА	Р	Н	О	П	ВА	ЧВ	Iвр	Iагр
Алекситимия		0,22		0,27		0,24				0,27	0,26
Физическая агрессия				0,36	0,37	0,28	0.33	0,38		0,39	0,75
Косвенная агрессия		0.26		0,23	0,24	0,2				0,24	0,3
Раздражение					0,35	0,31	0,33	0,28	0,24	0,41	0,68
Негативизм						0,27	0,25	0,43		0,35	0,51
Обида									0,25	0,73	0,35
Подозрительность								0,42		0,77	0,48
Чувство вины										0,4	0,76
Вербальная агрессия										0,29	0,2
Возбудимость		0,37		0,34	0,27	0,25		0,26		0,29	0,44
Уровень образованности	–0,23	–0,21		–0,24			–0,23				–0,26

Примечание. Здесь и далее: А – алекситимия; ФА – физическая агрессия; КА – косвенная агрессия; Р – раздражение; Н – негативизм; О – обида; П – подозрительность; ВА – вербальная агрессия; I вр – индекс враждебности ; ЧВ – чувство вины; I агр – индекс агрессивности.

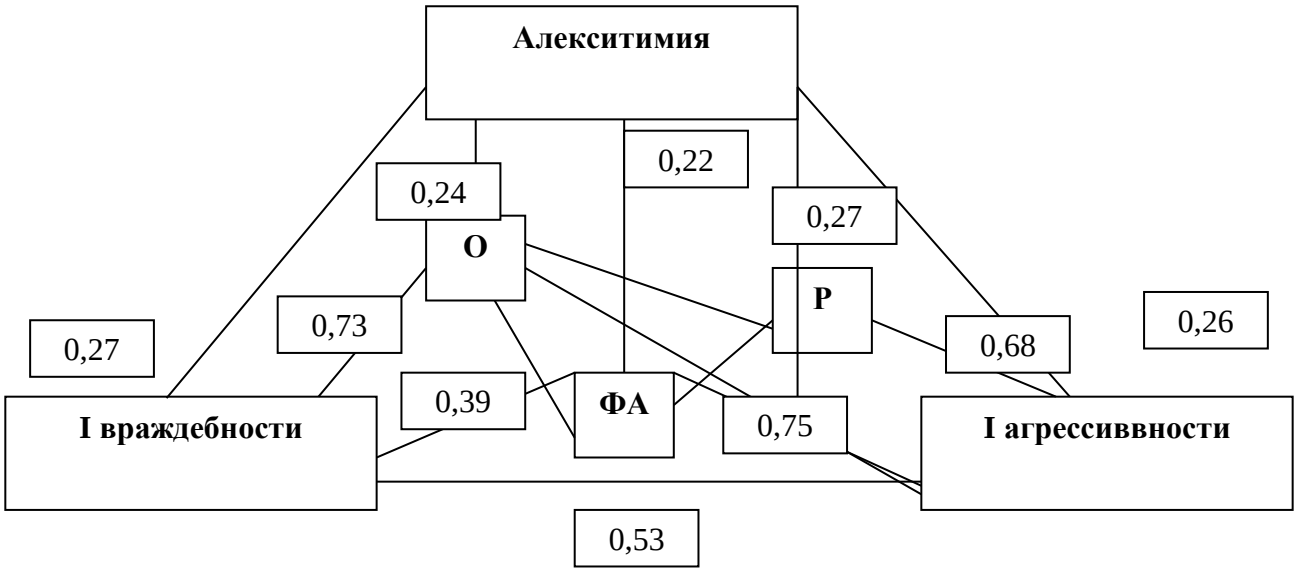


Рисунок 8 – Взаимосвязь алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями

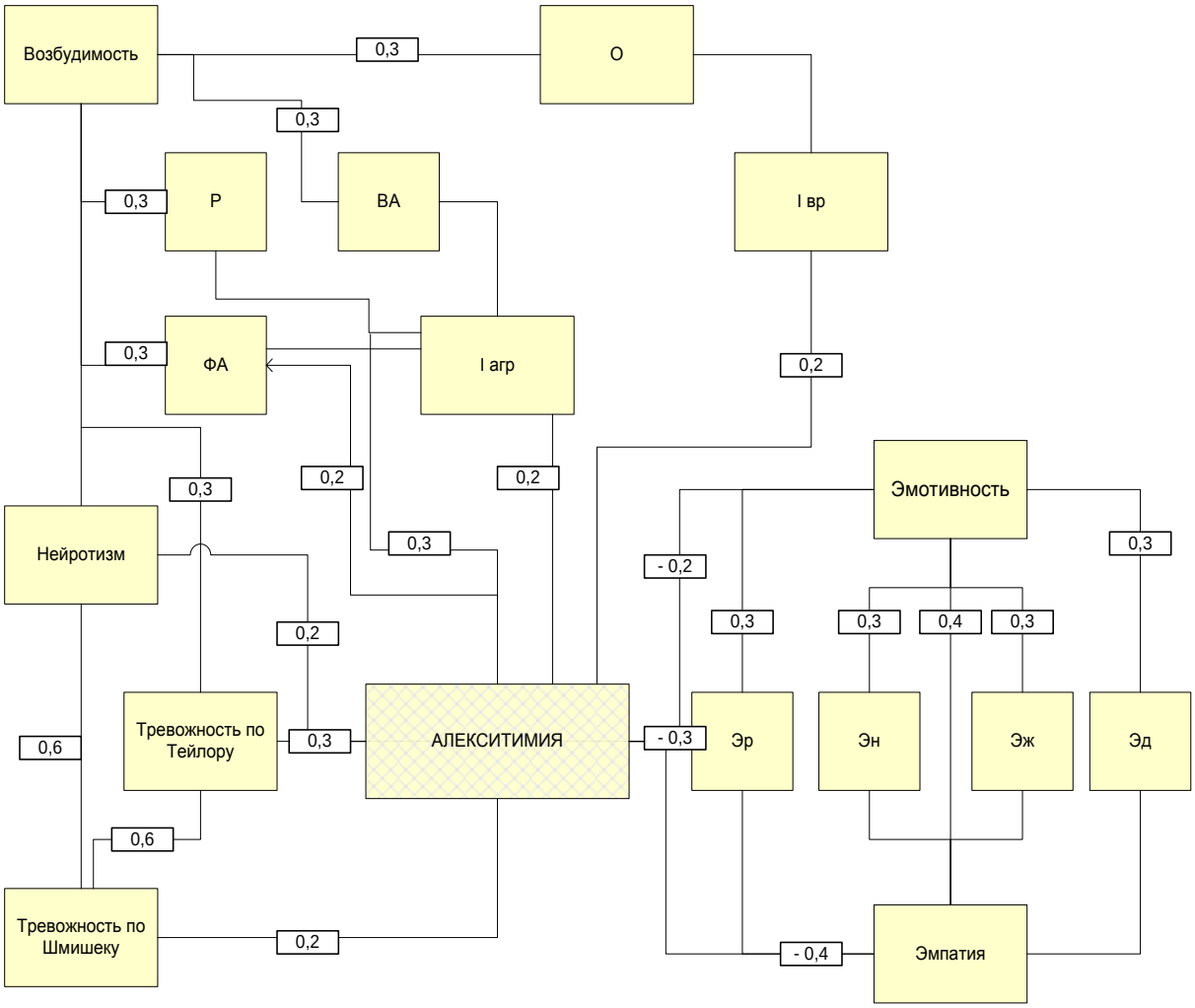


Рисунок 9 – Корреляционные взаимосвязи в выборке юношей

Условные обозначения: ФА – физическая агрессия; О – обида; ВА – вербальная агрессия; Р – раздражение; Iагр – индекс агрессивности; Iвр – индекс враждебности; Эр – эмпатия с родителями; Эд – эмпатия с детьми; Эж – эмпатия с животными; Эн – эмпатия с незнакомыми людьми

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 (по опроснику Г. Шмишека); экстраверсии – с гипертимностью и демонстративностью; нейротизма – с тревожностью по Шмишеку, с циклоидностью и возбудимостью; физической агрессии – с возбудимостью; раздражения – с возбудимостью; индекса агрессивности – с возбудимостью. Также общими для мужской и женской выборки являются статистически значимые положительные корреляции эмотивности с эмпатией с животными и с суммарным показателем эмпатии.

2. Специфичными для мужской выборки зависимостями, отсутствующими в женской выборке, являются: обратная корреляция экстраверсии с педантичностью, тревожностью по Г. Шмишеку и дистимичностью; прямая корреляция обиды с возбудимостью; прямая корреляция вербальной агрессии с гипертимностью и возбудимостью; прямая корреляция индекса враждебности с циклоидностью и возбудимостью; прямая корреляция индекса враждебности с гипертимностью и тревожностью по Г. Шмишеку; прямая корреляция чувства вины с неуравновешанностью, педантичностью, тревожностью по Г. Шмишеку, циклоидностью, возбудимостью, дистимичностью, экзальтированностью (при этом показательно, что в женской выборке значимых корреляций шкалы чувства вины с другими шкалами не выявлено). Кроме того, следует отметить, что для мужской выборки характерны прямые корреляции эмотивности с эмпатией с родителями, эмпатией с детьми, эмпатией с незнакомыми, а также прямая корреляция экзальтированности с эмпатией с героями художественных произведений, тогда как в женской выборке эти взаимосвязи не выявлены.

3. Специфичными для женской выборки зависимостями, отсутствующими в мужской выборке, являются: обратная корреляция тревожности по шкале Дж. Тэйлора с гипертимностью; прямые корреляции тревожности по Тэйлору с

циклоидностью и дистимностью; нейротизма – с педантичностью, дистимностью и экзальтированностью; негативизма – с возбудимостью; индекса враждебности – с экзальтированностью, а также прямые корреляции эмотивности с эмпатией с героями художественных произведений и суммарной эмпатии с педантичностью.

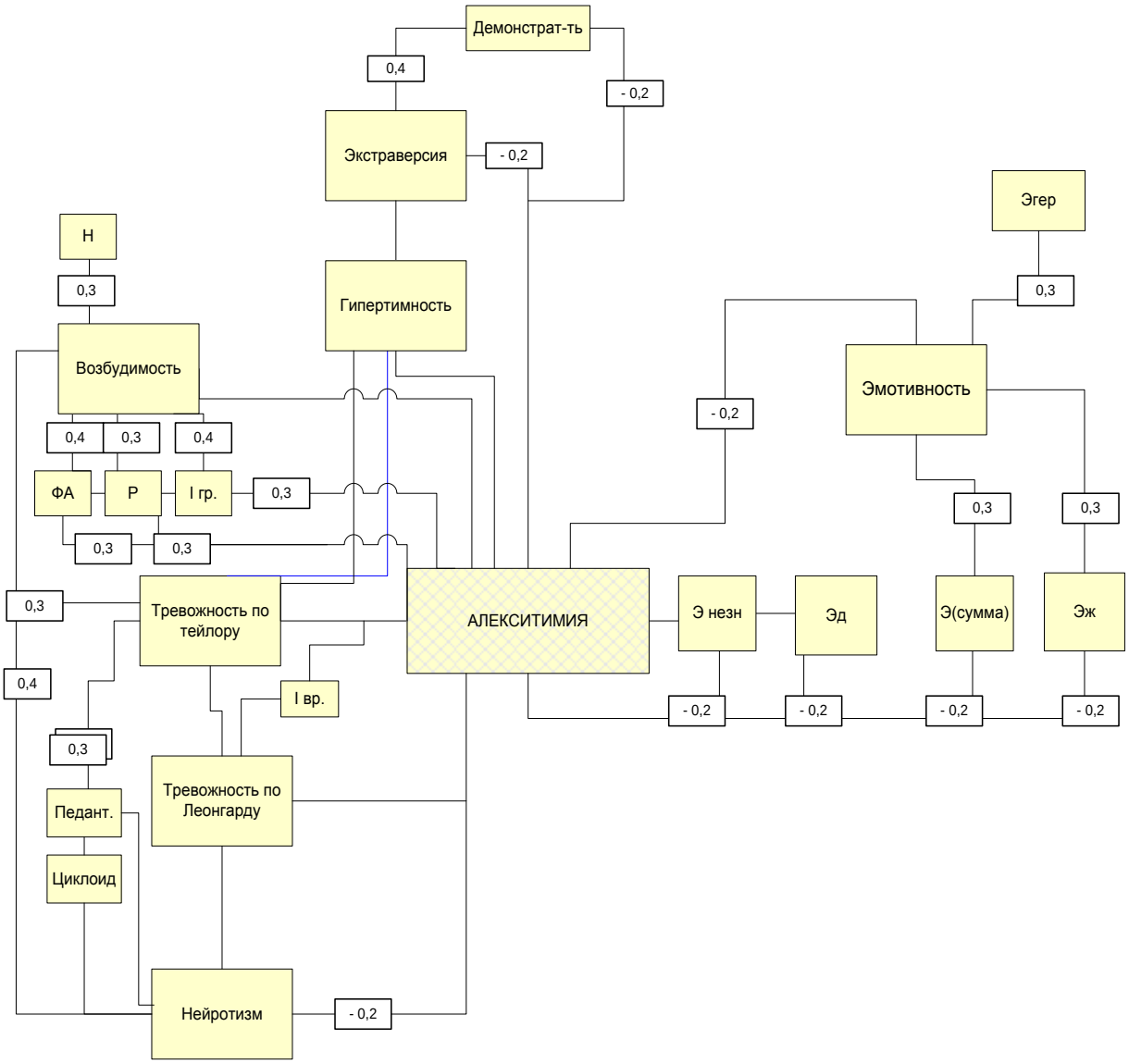


Рисунок 10 – Корреляционные взаимосвязи в выборке девушек

Условные обозначения: ФА – физическая агрессия; Н – негативизм; ВА – вербальная агрессия; Р – раздражение; I агр – индекс агрессивности; I вр – индекс враждебности; Педант. – педантичность; Циклоид. – циклоидность; Эд – эмпатия с детьми; Эж – эмпатия с животными; Эгер. – эмпатия с героями художественных произведений; Энезн. – эмпатия с незнакомыми людьми

В мужской выборке единственная статистически значимая зависимость – прямая корреляция чувства вины с эмпатией с героями художественных произведений. В женской выборке выявленные статистически значимые

зависимости весьма слабы (коэффициент корреляции 0,2). Это следующие положительные корреляции: подозрительности – с эмпатией с родителями, эмпатии со стариками – с тревожностью по Тэйлору, нейротизма – с эмпатией с героями художественных произведений и с суммарной эмпатией.

Далее изучение структуры алекситимических составляющих рассматривали с помощью применения факторного анализа образов с косоугольным вращением промакс. В выборке группы нормы у испытуемых эмпирически обнаружено, что 32 факторизуемых параметра можно сгруппировать в 8 смысловых факторов, объясняющих 60% всей возможной дисперсии смыслов. Рассмотрим и проанализируем с точки зрения проявленной алекситимии каждый из них, причем по степени значимости собственных значений (таблица 51).

Таблица 51 – Факторная структура алекситимии в группе нормы

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6	Фактор 7	Фактор 8
Возр. интервал	0,00	0,04	–0,10	**0,84**	0,02	0,12	–0,03	0,03
Образование	–0,18	0,06	0,29	**0,69**	0,09	–0,12	0,11	–0,21
Гипертимность	0,15	0,11	**0,81**	–0,07	–0,02	–0,06	0,00	0,02
Неуравновешенность	0,15	0,07	–0,10	0,09	**0,77**	–0,11	0,09	–0,05
Эмотивность	–0,15	**–0,43**	0,27	0,05	0,39	0,15	–0,03	–0,20
Педантичность	–0,11	0,14	–0,18	0,17	**0,52**	0,26	–0,07	0,29
Тревожность	0,04	0,09	–0,08	0,05	0,02	**0,76**	0,13	0,08
Циклоидность	0,14	–0,06	0,24	0,08	**0,55**	0,34	–0,09	0,11
Демонстративность	–0,01	0,14	**0,63**	0,30	0,07	0,07	0,08	0,03
Возбудимость	**0,54**	0,00	0,10	–0,01	0,11	0,38	–0,01	–0,09
Дистимичность	0,01	–0,02	**–0,47**	–0,13	**0,41**	0,26	0,01	0,09
Экзальтированность	0,06	0,21	0,07	0,06	**0,44**	**0,47**	0,00	0,03
Эмпатия с родителями	–0,06	**–0,55**	–0,03	0,21	0,08	–0,03	–0,25	0,26
Эмпатия с животными	–0,13	**–0,66**	0,07	–0,16	0,07	0,18	–0,08	0,02
Эмпатия со стариками	0,10	**–0,59**	–0,13	0,22	0,08	–0,03	0,09	–0,13
Эмпатия с детьми	0,00	**–0,70**	0,13	–0,17	–0,11	0,00	–0,05	0,09
Эмпатия с героями художеств. произведений	–0,11	**–0,58**	0,02	–0,13	0,23	0,19	0,15	–0,09
Эмпатия с незнакомыми	–0,04	**–0,70**	0,07	0,23	–0,06	0,02	0,11	–0,05

Окончание табл. 51

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6	Фактор 7	Фактор 8
Общая эмпатия	–0,06	**–0,98**	0,04	0,05	0,08	0,09	–0,01	0,02
Тревожность (Тейлор)	0,17	0,14	–0,28	0,04	0,06	**0,72**	0,10	0,11
Экстраверсия	0,18	–0,03	**0,76**	–0,11	–0,02	–0,17	–0,03	0,01
Нейротизм	0,20	0,07	–0,03	–0,09	0,29	**0,72**	0,13	–0,04
ФА	**0,65**	–0,21	0,05	–0,05	–0,10	0,13	0,12	0,20
КА	0,40	0,07	0,14	0,13	0,11	0,01	**0,40**	–0,08
Раздражение	**0,66**	–0,01	–0,11	–0,08	0,10	0,18	0,18	0,04
Негативизм	**0,69**	–0,02	0,09	–0,05	0,10	–0,20	0,20	–0,05
Обида	0,21	–0,02	–0,02	0,06	0,02	0,24	**0,80**	0,15
Подозрительность	0,28	0,01	0,00	–0,14	0,13	0,06	0,17	**0,79**
ВА	**0,61**	–0,06	0,24	0,04	0,01	0,05	–0,16	**0,43**
Чувство вины	0,08	0,06	–0,02	–0,21	**0,51**	0,25	0,32	0,09
Индекс враждебности	0,33	–0,02	–0,02	–0,06	0,10	0,19	**0,64**	**0,62**
Индекс агрессивности	**0,87**	–0,11	0,12	–0,04	–0,01	0,17	0,04	0,31
Собственное значение фактора	3,44	3,76	2,37	1,70	2,22	2,69	1,65	1,70
% объясняемой дисперсии	11,36	12,48	7,24	5,78	7,29	8,31	5,82	5,35

В первый фактор с положительными высокими значениями вошли такие шкалы, как агрессивность (0,87), негативизм (0,68), раздражительность (0,66), физическая агрессия (0,65) и вербальная агрессия (0,61). Семантическое единство этих шкал позволяет дать данному фактору название «проявленная агрессивность». По отношению к алекситимии этот фактор можно считать проявлением компенсаторных механизмов: недостаточная эмоциональная чувствительность и, возможно, осознание некоторой неадекватности собственных реакций по отношению к интересам и переживаниям партнеров по коммуникации порождает внутреннее возбуждение. Это возбуждение создает когнитивный резонанс поведенческих реакций в виде физической и вербальной агрессии, направленной на ближайшее окружение. Скорее всего, каузальность собственных действий не осознается, а «виноватыми» оказываются партнеры по коммуникации, спровоцировавшие подобные реакции. Это подтверждается выраженным негативизмом и увеличенной раздражительностью. В качестве невыраженной тенденции в первый фактор также входят психологические

показатели косвенной агрессии (0,40), враждебности (0,33), подозрительности (0,28), обиды (0,21) и нейротизма (0,20). Такие шкалы добавляют в семантическое пространство первого фактора алекситимии элементы внутренних переживаний на фоне высокой реактивности. Возникшие подозрительность, враждебность и обида не накапливаются и трансформируются во внешнюю, «проявленную агрессивность».

Во втором факторе со значимыми отрицательными вкладами находятся все показатели эмпатийного опросника И.М. Юсупова: общая эмпатия (0,98), эмпатия по отношению к незнакомым (0,70) и к детям (0,70), эмпатийные переживания по отношению к животным (0,66), старикам (0,59), героям художественных произведений (0,58) и к родителям (0,55). Кроме этих показателей, во втором факторе с большим вкладом находится показатель эмотивности (0,43). Данный фактор можно назвать «гипоэмпатийные переживания». Очевидно, что у значительной части респондентов алекситимия проявляется в сниженной способности к сочувствию и состраданию ко всему, что их окружает. На наш взгляд, это обусловлено такой психологической характеристикой алекситимии, как общее снижение эмоциональной чувствительности по отношению к себе и, как следствие, по отношению к окружающему миру. Эмоционально тонкое восприятие чужого состояния становится невозможным при отсутствии способности к идентификации собственных эмоций.

Третий смысловой фактор структуры алекситимии объединяет со значимыми вкладами высокую гипертимичность (0,81), экстравертированность (0,76), выраженную демонстративность (0,63) и отсутствие дистимических реакций (–0,47). Мы назвали этот фактор «экстравертированная гипертимность», так как экстравертированная направленность личности задает «внешний» вектор эмоциональных переживаний, а повышенная чувствительность к стимулам, предъявляемым ближайшим окружением, создает содержание и насыщенность этих переживаний. Определенно можно утверждать наличие эффекта «эмоционального отзеркаливания», который проявляется в поверхностно-демонстративном поведении в ситуации рефлексии – алекситимичности. Это

попытка сохранения личностной аутентичности, которая, судя по отсутствию дистимических реакций, является достаточно успешной.

Кроме обозначенных параметров, тенденцию смыслового единства с третьим фактором имеют шкалы низкой тревожности (–0,28), высокой эмотивности (0,27), циклоидности (0,24) и вербальной агрессии (0,24). Немотивированные, эмоционально насыщенные перепады настроения не вызывают тревоги у таких респондентов, а экстравертированная направленность упрощает вербализацию агрессии. Дополнительно также следует отметить слабую корреляцию фактора экстравертированной гипертимности с уровнем образования респондентов (0,29): чем выше уровень образования, тем больше демонстративности и вербальной агрессивности; а низкий уровень образования способствует росту тревожности и дистимичности. Не следует связывать образовательный уровень по этому фактору с возрастом респондентов, так как шкала «возрастной интервал» входит в третий фактор с маленьким и незначимым вкладом (–0,10), что свидетельствует о ее семантической отстраненности от смыслового содержания третьего фактора.

Следующий, четвертый, фактор, был назван «возрастные особенности проявления алекситимии». Самые большие и единственно значимые два вклада – это шкалы возрастного интервала (0,84) и уровня образования (0,69). Дополнительные, незначимые, но все же высокие вклады обнаружены по шкалам демонстративности (0,30), эмпатии незнакомым людям (0,23), эмпатии старикам (0,21), чувства вины (–0,21) и эмпатии родителям (0,21). На определенном этапе взросления у респондентов появляется демонстративность поведения, но вместе с этим молодые люди научаются эмпатии. В более раннем возрасте (12–13 лет) подростки не способны понять переживаний и чувств людей старшего поколения, в том числе и своих родителей. Некоторые психологи, работающие в области возрастной психологии, даже постулируют «конфликт поколений» в качестве одной из особенностей подросткового возраста: ребенок в поиске самоидентичности неизбежно противопоставляет себя уже известным, сложившимся в семье нормам поведения и самореализации. Отсутствие эмпатии к

родителям в раннем подростковом возрасте просто неизбежно. Этой же особенностью можно объяснить и отсутствие эмпатии к незнакомым и малознакомым людям: сказываются установки, формируемые в детстве: «с незнакомыми нельзя разговаривать», «доверять незнакомым людям опасно» и т.д. Складывается интересная ситуация: старым отношениям уже не доверяют, а новым еще не доверяют. И то, и другое выходит из области сопереживания. С завершением подросткового возраста возвращается эмпатия родителям и старикам, и появляется эмпатия незнакомым людям. Возрастная динамика переживания чувства вины заключается в его уменьшении с увеличением возраста респондентов с 12 до 20 лет. Феноменология вины, возможно, связана с осознанием несоответствия собственным или чужим ожиданиям. В раннем подростковом возрасте это ожидания и требования со стороны родителей и учителей; в юношеском – требования к самому себе. Со сменой референтной группы в индивидуальном коммуникативном пространстве личности происходит переоценка значимости ожиданий со стороны, и акцент смещается все больше в сторону внутреннего локуса контроля. А значит, и виноватым быть не перед кем. Такие же закономерности, описанные для возраста, характерны и для увеличения уровня образования.

Рассматривая интерпретацию по четвертому фактору в контексте возрастных особенностей проявления алекситимии, отметим, что с возрастом у респондентов появляется адаптация к слабой эмоциональной чувствительности, в переживании алекситимии уходит чувство вины и появляются компенсаторные эмпатийные тенденции.

Пятый фактор включает следующие шкалы с большими вкладами: неуравновешенность (0,77), циклоидность (0,55), педантичность (0,52), чувство вины (0,51), экзальтированность (0,44), дистимические реакции (0,41). Этот фактор был назван «экзальтированная неуравновешенность». Алекситимические расстройства характеризуются разнообразными особенностями, многие из которых раскрыты в предыдущих главах данной работы. Семантическое пространство понимания алекситимии, обозначенное в пятом факторе, скорее всего, свидетельствует об активном осознавании респондентами собственной

эмоциональной нечувствительности, что и находит отражение в повышенном чувстве вины, циклоидности и неуравновешенности. Такое сочетание характеристик можно назвать личностным аутопоезисом системы психологических особенностей коммуникации. Иначе говоря, это отчаянная попытка самосохранения психологического равновесия и гармонии. По всей вероятности, эта стратегия компенсации не является эффективной: ощущая вину и проявляя экзальтированную педантичность, невозможно выстроить «ровные» эмоциональные коммуникации. К тому же такому аутопоесису мешает проявление циклоидности, что неминуемо приводит респондентов к дистимии. По силе эмоционального напряжения фактор «экзальтированная неуравновешенность» является самым значительным из всех смысловых факторов алекситимического расстройства личности.

Из менее значимых параметров в пятый фактор входят эмотивность (0,39), нейротизм (0,29) и эмпатия героям художественных произведений (0,23). Эмотивность находится в общем контексте фактора, так как еще раз подчеркивает эмоциональное напряжение и фрустрированность ситуации коммуникативного взаимодействия. Нейротизм как показатель силы нервной системы свидетельствует, что проявления, отраженные в пятом факторе, присущи в большей степени личностям с холерическим и меланхолическим типом темперамента. Каким образом выстраивать взаимоотношения с другими людьми респондентам, обладающим всеми вышеописанными характеристиками по данному фактору? Проявлять эмпатию и заинтересованность в собеседнике мешают неуравновешенность, циклоидность и педантичность. Остается выход в проявлении эмпатии героям художественных произведений – молчаливым косвенным собеседникам коммуникативного мира; что и подтверждается тенденцией вхождения такого показателя в пятый фактор.

В шестой фактор со значимыми вкладами вошли такие шкалы, как тревожность по Г. Шмишеку (0,76), нейротизм (0,72), тревожность по Дж. Тейлору (0,72) и экзальтированность (0,47). Поэтому данный фактор был назван «тревожные переживания». Тревожность присутствует в структуре

алекситимии в качестве одного из важных факторов, который связан с сильной нервной системой и влияет на интерсубъективные переживания личности собственной эмоциональной нечувствительности. Появление высокой тревожности, скорее всего, связано не с ситуативными, а с личностными особенностями, более устойчивыми по природе и типологическими по этимологии. Коммуникативная активность, в силу высокого нейротизма, способна вызвать доминирующие тенденции, имеющие либо экстернальную, либо интернальную направленность. В случае интровертированности личности респондентов фактор «тревожные переживания» остается внешне непроявленным и способен привести к депрессивным состояниям и аутизму. При экстравертированности – наоборот, тревожность будет иметь внешнее выражение в виде повышенного беспокойства о себе и о партнере по коммуникации.

С менее значимыми вкладами в шестой фактор входят шкалы возбудимости (0,38), циклоидности (0,34), педантичности (0,26), дистимии (0,26), чувства вины (0,25), обиды (0,24) и отсутствия негативизма (-0,20). Внутренняя или внешняя общая направленность респондентов определила столь разноплановые дополнительные вклады в фактор «тревожные переживания»: у испытуемых с интровертированной направленностью, помимо указанных выше особенностей, будут проявляться педантичность, дистимия и чувство вины, а у экстравертов – возбудимость и циклоидность. Важно отметить, что и те, и другие, скорее всего, не будут испытывать негативных переживаний по отношению к членам референтной группы. Но утверждать в противовес, что переживания будут позитивными, тоже нельзя. Однозначно одно: тревожность по шестому фактору символизирует рефлексивное отношение к своим собственным действиям и не несет негативной окраски.

Седьмой фактор представлен всего тремя значимыми вкладами – это обида (0,80), враждебность (0,64) и косвенная агрессия (0,40). Мы назвали этот фактор алекситимии «враждебная обида», так как соответствующие шкалы имеют самые большие и значимые вклады. Некоторые участники исследования в аспекте изучения алекситимии проявляют обиду на партнеров по коммуникации, что

может быть связано с неумением рефлексировать собственные эмоциональные переживания. Скорее всего, эмоциональное воздействие со стороны воспринимается не адекватно, порождая враждебность и косвенную агрессию. Такая агрессивность не выражается в виде внешних реакций, а имеет тенденцию накапливаться в качестве внутреннего переживания, что, в свою очередь, создает эффект подавленности и отстраненности и воспринимается окружающими как общая враждебная настроенность.

Дополнительно в седьмой фактор входят шкалы чувства вины (0,32), отсутствия эмпатии родителям (–0,25) и негативизма (0,20). Чувство вины напрямую коррелирует с обидой, негативизм – с враждебностью. Неудивительно, что такие респонденты не испытывают эмпатийных чувств по отношению к своим родителям: скрытая агрессия, совместно с обидой на окружающих, особенно в подростковом и раннем юношеском возрасте, распространяется на людей ближайшего окружения, в число которых входят и родители.

Самый последний смысловой фактор, восьмой, объединяет в единое семантическое поле шкалы подозрительности (0,79), враждебности (0,62) и вербальной агрессии (0,43). По смысловому содержанию этот фактор похож на первый, с небольшими отличиями в способе проявления агрессии. Он был назван «подозрительная враждебность»: некоторые респонденты с алекситимией выработали оборонительную реакцию на эмоциональную область коммуникативных взаимодействий, они как бы изначально готовы негативно отреагировать на эмоциональное воздействие со стороны. Такие подростки и юноши подозрительно относятся к глубоким эмоциональным контактам и враждебно воспринимают упреки в свой адрес. На уровень физической агрессии эта враждебность не выходит, но вербальная агрессивность присутствует явно.

Из шкал с менее значимыми вкладами в восьмой фактор следует отметить агрессивность (0,31), педантичность (0,29), эмпатию родителям (0,26), низкий уровень образованности (–0,21), слабовыраженную эмотивность (–0,20) и повышенную физическую агрессию (0,20). Испытуемые с защитной реакцией по восьмому фактору иногда отвечают явной агрессией, педантичны в отношениях.

Такая позиция, с точки зрения транзактного анализа, может быть названа позицией «родителя», диктующего сверху свои условия и не принимающего возражений, что и находит отражение в эмпатии по отношению к родителям. Отдельно стоит отметить, что респонденты, реагирующие по фактору «подозрительной враждебности», имеют невысокий уровень образованности.

Анализ собственных значений факторов и процента объясняемой дисперсии показывает, что самым значимым является фактор «гипомпатийное переживание», за ним, по степени убывания значимости идут факторы «проявленная агрессивность», «тревожные переживания», «экстравертированная гипертимность», «экзальтированная неуравновешенность», «возрастные особенности», «подозрительная враждебность», «враждебная обида».

Поскольку мы предполагали изучить развернутую структуру алекситимии с коррелирующими параметрами, дополнительно был проведен анализ взаимосвязи факторов алекситимического пространства. Результаты представлены в таблице 52.

Таблица 52 – Корреляции между факторами

Факторы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6	Фактор 7	Фактор 8
Фактор 1	1,00	**–0,60**	0,01	**–0,31**	–0,26	–0,05	0,21	**0,31**
Фактор 2	**–0,60**	1,00	–0,06	0,01	–0,12	–0,15	–0,28	**–0,30**
Фактор 3	0,01	–0,06	1,00	0,02	–0,28	**–0,42**	–0,16	–0,15
Фактор 4	**–0,31**	0,01	0,02	1,00	–0,08	–0,18	–0,12	–0,26
Фактор 5	–0,26	–0,12	–0,28	–0,08	1,00	0,18	–0,07	–0,11
Фактор 6	–0,05	–0,15	**–0,42**	–0,18	0,18	1,00	0,08	0,05
Фактор 7	0,21	–0,28	–0,16	–0,12	–0,07	0,08	1,00	0,14
Фактор 8	**0,31**	**–0,30**	–0,15	–0,26	–0,11	0,05	0,14	1,00

Представляется логичной прямая зависимость между факторами «проявленная агрессивность» и «подозрительная враждебность» (r = 0,31), поскольку при внутренне враждебном отношении к окружающему миру открытые агрессивные реакции можно рассматривать как форму доступного индивиду примитивного поведения. Подтверждением этого служит обратная зависимость между факторами «проявленная агрессивность» и «гипоэмпатийные переживания». При выраженных способностях к сочувствию, сопереживанию, способности к идентификации эмоционального состояния партнера по общению

спектр возможных стратегий поведения расширяется, а не ограничивается только враждебно-агрессивным стилем реагирования.

Важно, что фактор «возрастные особенности» также отрицательно коррелирует с фактором «проявленная агрессивность». То есть при естественном физиологическом и социальном взрослении, а также повышении уровня образованности склонность к открытой агрессии снижается.

При проведении факторного анализа с целью изучения структуры алекситимического пространства в группе нормы факторизуемые параметры были логически сгруппированы в три смысловых фактора (таблица 53). Алекситимия при этом не является ключевым признаком ни в одном из факторов, однако наблюдается тенденция к участию этого показателя в каждом из полученных факторов (об этом свидетельствуют ее количественные вклады в общую структуру каждого фактора: 0,33, 0,38 и 0,36 соответственно).

Таблица 53 – Факторная структура алекситимического пространства в группе нормы

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Пол	–0,07	0,47	–0,15
Гипертимность	0,13	0,16	**–0,68**
Неуравновешенность	0,39	0,17	–0,15
Эмотивность	–0,15	**–0,60**	–0,06
Педантичность	–0,35	0,31	–0,32
Тревожность	–0,48	0,13	–0,41
Циклоидность	–0,48	0,20	–0,03
Демонстративность	–0,15	0,26	0,38
Возбудимость	**0,59**	–0,01	0,08
Дистимичность	–0,32	0,03	**0,53**
Экзальтированность	0,47	0,41	–0,15
Эмпатия с родителями	0,10	**–0,54**	0,17
Эмпатия с животными	–0,12	**–0,61**	–0,02
Эмпатия со стариками	–0,03	**–0,53**	0,09
Эмпатия с детьми	–0,02	**–0,60**	0,23
Эмпатия с героями худож. произведений	–0,18	**–0,58**	–0,13
Эмпатия с незнакомыми людьми	0,04	**–0,62**	0,20
Общая эмпатия	–0,05	**–0,90**	0,14
Тревожность (Тейлор)	**0,54**	0,11	–0,48

Окончание табл. 53

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Экстраверсия	0,10	0,02	**–0,67**
Нейротизм	**0,65**	0,15	–0,36
Физическая агрессия	**0,54**	–0,38	0,26
Косвенная агрессия	0,41	–0,01	0,18
Раздражение	**0,63**	–0,16	0,02
Негативизм	0,33	–0,16	0,45
Обида	**0,57**	–0,09	–0,02
Подозрительность	**0,56**	–0,11	0,09
Вербальная агрессия	0,49	–0,17	0,45
Чувство вины	**0,56**	0,16	–0,22
Индекс враждебности	**0,75**	–0,15	0,06
Индекс агрессивности	**0,75**	–0,30	0,36
Алекситимия	**0,33**	**0,38**	**0,36**
Собственное значение фактора	10,08	7,71	5,16
% объясняемой дисперсии	16,25	12,44	8,33

В первый фактор, названный нами «тревожная агрессивность», с положительно высокими значениями вошли такие шкалы, как возбудимость (0,59), тревожность по опроснику Дж. Тейлора (0,54), нейротизм (0,65), физическая агрессия (0,54), раздражение (0,63), обида (0,57), подозрительность (0,56), чувство вины (0,56), индекс враждебности (0,75) и индекс агрессивности (0,75). Такое сочетание психологических характеристик, объединенных в один смысловой фактор, достаточно логично с точки зрения тревожной склонности индивида к предвосхищению негативного развития событий и, соответственно, готовности к ответной агрессивной реакции на развитие ситуации. Следует отметить и тенденцию к проявлению в структуре этого фактора алекситимии (вклад 0,33).

Второй смысловой фактор структуры личности испытуемых группы нормы объединяет со значимыми отрицательными вкладами эмотивность (0,60) и все показатели опросника И.М. Юсупова: эмпатию с родителями (0,54), с животными (0,61), со стариками (0,53), с детьми (0,60), с героями художественных произведений (0,58), с незнакомыми людьми 0,62), а также общий суммарный показатель эмпатии (0,90). По аналогии со вторым фактором структуры алекситимии в исследуемой выборке мы назвали его «гипоэмпатийные

переживания». Важно, что в этом факторе отмечается тенденция к включению в него алекситимии (со вкладом 0,38). Такое сочетание выражается в сниженной способности к сочувствию к любым объектам окружающего мира, невозможности идентифицировать и адекватно оценивать эмоциональные состояния и, как следствие, адекватно реагировать на них.

В третий смысловой фактор, названный нами «дистимическая активность», вошли со значимыми отрицательными вкладами такие показатели, как гипертимность (0,68), экстраверсия (0,67) и дистимичность со значимым положительным вкладом (0,53). Также внутри структуры фактора наблюдается тенденция к выраженности алекситимии (0,36). Очевидно, что для данной категории испытуемых характерно активное познание окружающего мира. Только при наличии активности, позитивно окрашенного эмоционального отношения к действительности становится возможным его понимание на эмоциональном уровне. В этом случае осуществляется эмоциональная идентификация собственного состояния, которая делает возможным эмоциональное понимание объектов окружающего мира.

4.2 Структура алекситимического пространства у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Решение исследовательских задач, направленных на выявление выраженности алекситимии в нормативной группе, осуществлялось с помощью Торонтской алекситимической шкалы.

Для изучения специфики выраженности алекситимии и ее отдельных психологических компонентов в контексте алекситимического пространства пациентов с кардиологическими заболеваниями использовалась диагностическая модель, подробно описанная в главе 3. Для этого проведено психодиагностическое обследование на базе Кемеровского областного кардиологического диспансера.

Проведение предварительной индивидуальной беседы с пациентами позволило отнести их к категории пациентов с типом поведения А (все испытуемые социально успешны, работают в условиях ненормированного рабочего дня, оценивают себя как профессионалов в сфере своей деятельности). Оценивая состояние здоровья, испытуемые отмечали, что «ничего страшного не произошло», что они «просто немного устали», высказывали неудовольствие длительным пребыванием в клинике и опасения относительно оторванности от профессиональной деятельности. Такие высказывания соответствуют описанию в литературе поведения коронарных больных, которые часто вытесняют физиологические ощущения и вполне терпимы (или даже безразличны) к симптомам болезни [Малкина-Пых, 2004].

Таким образом, выборку респондентов составили 64 пациента (в том числе 32 мужчины и 32 женщины) в возрасте от 29 до 42 лет. Все испытуемые госпитализированы с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, кардиомиопатия, эндокардит, миокардит, перикардит).

Тестирование испытуемых по Торонтской алекситимической шкале позволило получить результаты, представленные в таблице 54.

Таблица 54 – Частотное распределение выраженности алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала) 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. Следует заметить, что средние значения у мужчин относятся к промежуточной группе и приближаются к высоким.

Сравнение результатов с аналогичными в нормативной выборке 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 (при 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 авральном 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.

Сравнительные показатели между нормой и пациентами свидетельствуют о том, что алекситимия значимо более выражена у испытуемых с сердечно-сосудистыми заболеваниями, чем у испытуемых группы нормы. Следует отметить, что психологическое тестирование проводили в период относительной стабилизации состояния пациентов, чтобы исключить общую деморализацию испытуемых, связанную с необходимостью госпитализации и сменой привычного образа жизни.

При тестировании по опроснику Г. Шмишека с целью установления взаимосвязей между алекситимией и характерологическими проявлениями выявлены явные и скрытые акцентуации характера у пациентов с заболеваниями

сердечно-сосудистой системы (таблица 55). Подробные результаты выраженности акцентуаций характера у мужчин и женщин представлены в таблице 56. Очевидно, что в исследуемой выборке (по сравнению с группой нормы) преобладают неуравновешенный, педантичный, тревожный и дистимический типы. На уровне статистической значимости установлено, что у женщин более выражены неуравновешенность (средние значения 13,88 у мужчин и 15,44 у женщин при t = 2,02; p = 0,04), эмотивность (средние значения 13,97 у мужчин и 17,71 у женщин при t = 2,86; p = 0,006) и экзальтированность (средние значения 11,44 у мужчин и 14,34 у женщин при t = 2,02; p = 0,04).

Таблица 55 – Частотное распределение выраженности акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Тип акцентуации	Явная акцентуация		Скрытая акцентуация		Акцентуация не выражена	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Гипертимический	17	26,56	24	37,5	23	35,94
Неуравновешенный	15	23,44	41	64,06	8	12,5
Эмотивный	32	50,0	23	35,94	9	14,06
Педантичный	20	31,25	34	53,12	10	15,63
Тревожный	14	21,87	26	40,63	24	37,5
Циклоидный	21	32,81	30	46,88	13	20,31
Демонстративный	11	17,19	37	57,81	16	25,6
Возбудимый	10	15,63	34	53,12	20	31,25
Дистимичный	11	17,19	31	48,44	22	34,38
Экзальтированный	18	28,13	31	48,44	15	23,44

Таблица 56 – Выраженность акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) у мужчин и женщин с кардиологическими заболеваниями

Тип акцентуации		Явная акцентуация		Скрытая акцентуация	
		М	Ж	М	Ж
Гипертимический	Частота	5	12	15	9
	Валидный процент	15,6	37,5	46,9	28,3
Неуравновешенный	Частота	7	8	18	23
	Валидный процент	21,9	25,0	56,3	71,9
Эмотивный	Частота	11	21	15	8
	Валидный процент	34,4	65,6	46,9	25,0
Педантичный	Частота	12	8	13	21
	Валидный процент	37,5	25,0	40,6	65,6
Тревожный	Частота	6	8	10	16
	Валидный процент	18,8	25,0	31,3	50,0

Окончание табл. 56

Тип акцентуации		Явная акцентуация		Скрытая акцентуация	
		М	Ж	М	Ж
Циклоидный	Частота	10	11	13	17
	Валидный процент	31,3	34,4	40,6	53,1
Демонстративный	Частота	2	9	20	17
	Валидный процент	6,3	28,3	62,5	53,1
Возбудимый	Частота	5	5	18	16
	Валидный процент	15,6	15,6	56,3	50,0
Дистимичный	Частота	7	4	16	15
	Валидный процент	21,9	12,5	50,0	46,9
Экзальтированный	Частота	6	12	17	14
	Валидный процент	18,8	37,5	53,1	43,8

При проведении статистической обработки данных обнаружено, что в исследуемой выборке значимо более выражены неуравновешенность, эмотивность, педантичность, тревожность, дистимичность и экзальтированность и менее выражены гипертимность и экзальтированность (таблица 57). Подробные результаты по значимым различиям между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями приведены в таблицах 58, 59.

Далее проводился анализ выраженности явных акцентуаций характера в структуре личности испытуемых в зависимости от степени выраженности алекситимии. Материалы представлены в таблице 60. Отмечается тенденция повышения показателей по тревожному, дистимическому и экзальтированному типам при увеличении степени выраженности алекситимии.

Таблица 57 – Статистически значимые различия в выраженности акцентуаций характера между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями

Тип акцентуации	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Гипертимический	16,26	12,47	4,65	0,0006
Неуравновешенный	12,76	14,65	3,59	0,0001
Эмотивный	14,27	15,84	2,11	0,03
Педантичный	11,87	14,38	3,8	0,0001
Тревожный	9,36	12,13	3,34	0,0009
Дистимичный	9,34	12,05	3,9	0,0001
Экзальтированный	16,54	12,89	4,30	0,00002

Таблица 58 – Статистически значимые различия в выраженности акцентуаций характера между юношами группы нормы и мужчинами с кардиологическими заболеваниями

Тип акцентуации	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Гипертимический	17,12	11,34	5,19	0,00001
Тревожный	8,61	11,12	2,13	0,03
Циклоидный	16,08	13,88	2,22	0,02
Возбудимый	14,87	12,65	2,48	0,01
Дистимичный	10,32	12,56	2,08	0,03
Экзальтированный	14,85	11,44	2,77	0,006

Таблица 59 – Статистически значимые различия в выраженности акцентуаций характера между девушками группы нормы и женщинами с кардиологическими заболеваниями

Тип акцентуации	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Неуравновешенный	12,89	15,44	3,64	0,00001
Эмотивный	15,44	17,71	2,26	0,02
Педантичный	11,56	14,44	3,18	0,001
Тревожный	9,8	13,13	2,88	0,004
Дистимичный	8,77	11,53	3,04	0,002
Экзальтированный	17,54	14,34	2,79	0,005

Таблица 60 – Выраженность явных акцентуаций характера при различной выраженности алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Тип акцентуации		Алекситимия не выражена			Промежуточная группа			Алекситимия выражена		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Гипертимический	Частота	2	1	–	4	–	4	11	4	7
	Валидный процент	3,1	3,1	–	6,3	–	12,5	17,2	12,5	21,9
Неуравновешенный	Частота	5	5	–	3	–	3	7	2	5
	Валидный процент	7,8	15,6	–	4,7	–	9,4	10,9	6,3	15,6
Эмотивный	Частота	6	5	1	6	2	4	20	4	16
	Валидный процент	9,4	15,6	3,1	9,4	6,3	12,5	31,25	12,5	50,0
Педантичный	Частота	5	5	–	5	2	3	8	5	3
	Валидный процент	7,8	15,6	–	7,8	6,3	9,4	12,5	15,6	9,4
Тревожный	Частота	2	2	–	1	–	1	11	4	7
	Валидный процент	3,1	6,3	–	1,6	–	3,1	17,2	12,5	21,9
Циклоидный	Частота	7	6	1	2	1	1	12	3	9
	Валидный процент	10,9	18,7	3,1	3,1	3,1	3,1	18,8	9,4	28,1

Окончание табл. 60

Тип акцентуации		Алекситимия не выражена			Промежуточная группа			Алекситимия выражена		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Демонстра-тивный	Частота	2	1	1	1	–	1	8	1	7
	Валидный процент	3,1	3,1	3,1	1,6	–	3,1	12,5	3,1	21,9
Возбудимый	Частота	2	2	–	1	–	1	7	3	4
	Валидный процент	3,1	6,3	–	1,6	–	3,1	10,9	9,4	12,5
Дистимичный	Частота	1	–	1	3	1	2	7	6	1
	Валидный процент	1,6	–	3,1	4,7	3,1	6,3	10,9	18,7	3,1
Экзальти-рованный	Частота	3	2	1	4	1	3	11	3	2
	Валидный процент	4,7	6,3	3,1	6,3	3,1	9,4	17,2	9,4	6,3

При сравнении групп с высокой, средней и низкой степенью выраженности алекситимии у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы не обнаружено статистически значимых различий в проявлении акцентуаций характера. При сравнении низко, средне и высокоалекситимичных испытуемых группы нормы и пациентов с кардиологическими заболеваниями получены значимые различия, представленные в таблице 61. Количественные показатели позволяют сделать вывод о том, что высокоалекситимичные пациенты демонстрируют значимо менее выраженную гипертимность и экзальтированность и более выраженную педантичность и тревожность; при среднем уровне алекситимии они более дистимичны и менее экзальтированны; при низкой алекситимии – менее гипертимны и более неуравновешенны и педантичны.

Таблица 61 – Значимость различий выраженности акцентуаций характера между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями в зависимости от выраженности алекситимии

Тип алекситимии	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Выражена алекситимия				
Гипертимный	14,47	11,69	2,32	0,02
Эмотивный	13,0	16.23	3,09	0,002
Педантичный	11,8	13,84	2,37	0,01
Тревожный	9,92	12,77	2,52	0,01
Экзальтированный	17,0	13,38	2,99	0,003

Окончание табл. 61

Тип алекситимии	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Промежуточная группа				
Дистимичный	8,94	12,46	2,7	0,008
Экзальтированный	16,74	12,23	2,6	0,01
Не выражена алекситимия				
Гипертимный	17,96	12,25	3,36	0,001
Неуравновешенный	12,06	16,17	3,32	0,001
Педантичный	11,75	16,0	2,73	0,007

Что касается показателей по эмотивности, то следует заметить, что они статистически значимо более высокие у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, чем у испытуемых группы нормы (и по выборке в целом, и отдельно в группах мужчин и женщин). Кроме того, при высоком уровне алекситимии эти респонденты также демонстрируют высокие показатели эмотивности.

Такие результаты противоположны данным нормативной группы и могут свидетельствовать об особенностях личностного реагирования, формирующих психосоматические проявления у пациентов с кардиологическими нарушениями. Их характерными особенностями являются стремление к социальной желательности, одобряемым и приемлемым формам поведения. При несоответствии перфекционистким представлениям о себе на фоне избыточной тревоги формируется повышенная эмоциональная неустойчивость, приводящая к нарушению сердечно-сосудистого ритма.

С целью выявления уровня тревожности как компоненты алекситимического пространства у испытуемых с заболеваниями сердечно-сосудистой системы эти проявления определялись при помощи шкалы тревожности Дж. Тейлора. Полученные результаты представлены в таблице 62.

Следует отметить, что низкий уровень тревожности зафиксирован только в единичных случаях. В целом пациенты демонстрируют высокий уровень тревожности. В процессе индивидуальной обработки данных при отнесении результатов к средним (на основании ключа) в значительном числе случаев значения приближены к высоким.

Таблица 62 – Частотное распределение уровня тревожности (шкала тревожности Дж. Тейлора) у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Уровень тревожности	Всего		Мужчины		Женщины	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Высокий уровень	39	60,9	18	56,2	21	65,6
Средний уровень	22	34,4	12	37,5	10	32,3
Низкий уровень	3	4,7	2	6,3	1	3,1

Обнаружено, что уровень тревожности по шкале Дж. Тейлора у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями статистически значимо выше, чем у испытуемых группы нормы (при средних значениях 22,34 и 18,59 соответственно $t = 3,2$; $p = 0,001$). Кроме того, в женской и мужской выборках уровень тревожности также статистически более высокий (у женщин при средних значениях 19,51 и 23,59 $t = 2,41$; $p = 0,01$; у мужчин при средних значениях 17,0 и 21,14 $t = 2,62$; $p = 0,009$).

Соотнесение результатов по шкале тревожности Дж. Тейлора с результатами по Торонтской алекситимической шкале (таблица 63) обнаружило, что в исследуемой выборке при выраженной алекситимии не выявлено ни одного испытуемого с низким уровнем тревожности. В основном пациенты (31,3% мужчин и 46,9% женщин) демонстрируют высокую степень выраженности двух изучаемых параметров одновременно.

Таблица 63 – Выраженность тревожности в зависимости от выраженности алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Алекситимия		Низкий уровень тревожности			Средний уровень тревожности			Высокий уровень тревожности		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Не выражена	Частота	2	–	2	4	3	1	6	5	1
	Валидный процент	3,1	–	6,3	6,3	9,4	3,1	9,4	15,6	3,1
Промежу-точная группа	Частота	1	–	1	4	3	1	8	3	5
	Валидный процент	1,6	–	3,1	6,3	9,4	3,1	12,5	9,4	15,6
Выражена	Частота	–	–	–	14	6	8	25	10	15
	Валидный процент	–	–	–	21,9	18,7	25,0	39,1	31,3	46,9

Статистически значимых различий по уровню тревожности в группах низко-, средне- и высокоалекситимичных пациентов не выявлено, однако зафиксировано,

что даже при низком уровне алекситимии они в целом более тревожны, чем испытуемые группы нормы (при средних значениях 21,25 и 15,55 соответственно $t = 2,45$; $p = 0,02$).

При выявлении следующей компоненты алекситимического пространства – степени выраженности агрессивных и враждебных реакций у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по опроснику А. Басса и А. Дарки – были получены результаты, представленные в таблице 64.

Таблица 64 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Агрессивные и враждебные реакции		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Физическая агрессия	Частота	26	10	16	10	6	4	28	16	12
	Валидный процент	40,6	31,3	50,0	15,65	18,7	12,5	43,8	50,0	37,5
Косвенная агрессия	Частота	22	13	9	24	14	10	18	5	13
	Валидный процент	34,4	40,6	28,1	37,5	43,8	31,3	28,2	15,6	40,6
Раздражение	Частота	32	16	16	20	10	10	12	6	6
	Валидный процент	50,0	50,0	50,0	31,3	31,3	31,3	18,7	18,7	18,7
Негативизм	Частота	34	15	19	18	10	8	12	7	5
	Валидный процент	53,1	46,9	59,4	28,2	31,3	25,0	18,7	21,9	15,6
Обида	Частота	16	10	6	26	11	15	22	11	11
	Валидный процент	25,0	31,3	18,7	40,6	34,4	46,9	34,4	34,4	34,4
Подозритель-ность	Частота	20	8	12	12	6	6	32	18	14
	Валидный процент	31,3	25,0	37,5	18,7	18,7	18,7	50,0	56,2	43,8
Вербальная агрессия	Частота	22	12	10	24	10	14	18	10	8
	Валидный процент	34,4	37,5	31,3	37,5	31,3	43,8	28,2	31,3	25,0
Чувство вины	Частота	8	6	2	11	5	6	45	21	24
	Валидный процент	12,5	18,7	6,3	17,2	15,6	18,7	70,3	65,6	75,0
Индекс враждебности	Частота	4	2	2	25	10	15	35	20	15
	Валидный процент	6,3	6,3	6,3	39,1	31,3	46,9	54,6	62,5	46,9
Индекс агрессивности	Частота	17	7	10	32	18	14	15	7	8
	Валидный процент	26,6	21,9	31,3	50,0	56,2	43,8	23,4	21,9	25,0

Обращает на себя внимание преобладание в выборке высокого уровня физической агрессии (43,8%), обиды (34,4%), подозрительности (50,0%), чувства вины (70,3%), а также общего индекса враждебности (54,6%). Полученные результаты вполне согласуются с данными литературных источников, в которых враждебность рассматривается как один из ключевых признаков в формировании и развитии нарушений сердечно-сосудистой деятельности. Известны исследования, в которых авторы доказывают связь враждебности с тяжестью ишемической болезни сердца [Barefoot et al., 1994; Dembroski et al., 1985; MacDougall et al., 1985]. В нашем случае интерес вызывает столь высокая степень выраженности в исследуемой группе аутоагрессивных реакций.

Статистически значимо группа пациентов-мужчин отличается от группы пациентов-женщин только по шкале косвенной агрессии (при средних значениях 4,06 и 5,0 соответственно t = 2,14; p = 0,03). Полученные значимые отличия показателей испытуемых группы нормы от показателей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями приведены в таблице 65.

Во всех случаях пациенты демонстрируют более низкую степень выраженности агрессивных и враждебных реакций, кроме показателей по шкале «Чувство вины».

Таблица 65 – Статистически знеачимые различия в выраженности агрессивных и враждебных реакций между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями

Агрессивные и враждебные реакции	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Различия по группам в целом				
Физическая агрессия	5,61	4,81	2,74	0,006
Негативизм	3,4	2,48	4,9	0,001
Вербальная агрессия	7,96	6,31	5,06	0,001
Чувство вины	5,63	6,86	4,17	0,00004
Индекс агрессивности	19,13	16,42	3,9	0,00008
Различия по группам мужчин				
Физическая агрессия	6,4	5,25	2,98	0,003
Негативизм	3,38	2,53	3,07	0,002
Вербальная агрессия	8,04	6,38	3,72	0,0003
Чувство вины	5,46	6,53	2,56	0,01
Индекс агрессивности	20,04	16,87	3,4	0,0009

Окончание табл. 65

Агрессивные и враждебные реакции	Средние значения		Значение t-критерия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Различия по группам женщин				
Негативизм	3,42	2,44	3,77	0,0002
Вербальная агрессия	7,92	6,25	3,55	0,0004
Чувство вины	5,74	7,19	3,52	0,0004
Индекс агрессивности	18,59	15,97	2,71	0,007

Сопоставление результатов по степени выраженности алекситимии и уровня агрессивных и враждебных реакций представлено в таблицах 66–68. Статистически значимо показатели групп низко-, средне- и высокоалекситимичных пациентов по шкалам опросника А. Басса и А. Дарки не отличаются. Однако сравнение их с аналогичными в выборке испытуемых группы нормы показало, что пациенты при различном уровне алекситимии демонстрируют более высокую степень выраженности аутоагрессивных реакций, тогда как по другим шкалам опросника их показатели значимо ниже (таблица 69).

Таблица 66 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) при выраженной алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Физическая агрессия	Частота	18	9	9	5	4	1	16	3	13
	Валидный процент	28,1	28,1	28,1	7,8	12,5	3,1	25,0	9,4	40,6
Косвенная агрессия	Частота	12	2	10	14	8	6	13	6	7
	Валидный процент	18,8	6,3	31,3	21,9	25,0	18,7	20,3	18,7	21,9
Раздражение	Частота	11	6	5	11	4	7	17	6	11
	Валидный процент	17,2	18,7	15,6	17,2	12,5	21,9	26,6	18,7	34,4
Негативизм	Частота	7	5	2	10	4	6	22	7	15
	Валидный процент	10,9	15,6	6,3	15,6	12,5	18,7	34,4	21,9	46,9
Обида	Частота	15	7	8	13	4	9	11	5	6
	Валидный процент	23,4	21,9	25,0	20,3	12,5	28,1	17,2	15,6	18,7
Подозритель-ность	Частота	21	11	10	7	4	3	11	1	10
	Валидный процент	32,8	34,4	31,3	10,9	12,5	9,4	17,2	3,1	31,3
Вербальная агрессия	Частота	10	5	5	15	6	9	14	5	9
	Валидный процент	15,6	15,6	15,6	23,4	18,7	28,1	21,9	15,6	28,1

Окончание табл. 66

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Чувство вины	Частота	29	9	20	7	4	3	3	3	–
	Валидный процент	45,3	28,1	62,5	10,9	12,5	9,4	4,7	9,4	–
Индекс враждебности	Частота	23	13	10	14	3	11	2	–	2
	Валидный процент	35,9	40,6	31,3	21,9	9,4	34,4	3,1	–	6,3
Индекс агрессивности	Частота	11	5	6	18	10	8	10	1	9
	Валидный процент	17,2	15,6	18,7	28,1	31,3	25,0	15,6	3,1	28,1

Таблица 67 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) для промежуточной группы по алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Физическая агрессия	Частота	5	2	3	3	1	2	5	3	2
	Валидный процент	7,8	6,3	9,4	4,7	3,1	6,3	7,8	9,4	6,3
Косвенная агрессия	Частота	3	–	3	5	3	2	5	3	2
	Валидный процент	4,7	–	9,4	7,8	9,4	6,3	7,8	9,4	6,3
Раздражение	Частота	1	–	1	4	2	2	8	4	4
	Валидный процент	1,6	–	3,1	6,3	6,3	6,3	12,5	12,5	12,5
Негативизм	Частота	3	1	2	4	2	2	6	3	3
	Валидный процент	4,7	3,1	6,3	6,3	6,3	6,3	9,4	9,4	9,4
Обида	Частота	2	–	2	7	2	5	4	4	–
	Валидный процент	3,1	–	6,3	10,9	6,3	15,6	6,3	12,5	–
Подозритель-ность	Частота	6	2	4	4	2	2	3	2	1
	Валидный процент	9,4	6,3	12,5	6,3	6,3	6,3	4,7	6,3	3,1
Вербальная агрессия	Частота	5	3	2	6	1	5	2	2	–
	Валидный процент	7,8	9,4	6,3	9,4	3,1	15,6	3,1	6,3	–
Чувство вины	Частота	8	4	4	2	–	2	3	2	1
	Валидный процент	12,5	12,5	12,5	3,1	–	6,3	4,7	6,3	3,1
Индекс враждебности	Частота	7	2	5	5	3	2	1	1	–
	Валидный процент	10,9	6,3	15,6	7,8	9,4	6,3	1,6	3,1	–
Индекс агрессивности	Частота	3	1	2	7	2	5	3	3	–
	Валидный процент	4,7	3,1	6,3	10,9	6,3	15,6	4,7	9,4	–

Таблица 68 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) при невыраженной алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Физическая агрессия	Частота	5	5	–	2	1	1	5	4	1
	Валидный процент	7,8	15,6	–	3,1	3,1	3,1	7,8	12,5	3,1
Косвенная агрессия	Частота	3	3	–	5	3	2	4	4	–
	Валидный процент	4,7	9,4	–	7,8	9,4	6,3	6,3	12,5	
Раздражение	Частота	–	–	–	5	4	1	7	6	1
	Валидный процент	–	–	–	7,8	12,5	3,1	10,9	18,7	3,1
Негативизм	Частота	2	1	1	4	4	–	6	5	1
	Валидный процент	3,1	3,1	3,1	6,3	12,5	–	9,4	15,6	3,1
Обида	Частота	5	4	1	6	5	1	1	1	–
	Валидный процент	7,8	12,5	3,1	9,4	15,6	3,1	1,6	3,1	–
Подозритель-ность	Частота	5	5	–	1	–	1	6	5	1
	Валидный процент	7,8	15,6	–	1,6	–	3,1	9,4	15,6	3,1
Вербальная агрессия	Частота	3	2	1	3	3	–	6	5	1
	Валидный процент	4,7	6,3	3,1	4,7	9,4	–	9,4	15,6	3,1
Чувство вины	Частота	8	8	–	2	1	1	2	1	1
	Валидный процент	12,5	25,0	–	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
Индекс враждебности	Частота	5	5	–	6	4	2	1	1	–
	Валидный процент	7,8	15,6	–	9,4	12,5	6,3	1,6	3,1	–
Индекс агрессивности	Частота	1	1	–	7	6	1	4	3	1
	Валидный процент	1,6	3,1	–	10,9	18,7	3,1	6,3	9,4	3,1

Таблица 69 – Значимость различий агрессивных и враждебных реакций между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями при различной выраженности алекситимии

Агрессивные и враждебные реакции	Средние значения		t	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Высокий уровень алекситимии				
Физическая агрессия	5,93	4,77	3,05	0,002
Негативизм	3,47	2,46	3,93	0,0001
Вербальная агрессия	8,13	6,13	4,27	0,00004
Чувство вины	5,88	7,18	3,05	0,002
Индекс агрессивности	20,21	16,54	3,98	0,0001

Окончание табл. 69

Агрессивные и враждебные реакции	Средние значения		t	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Средний уровень алекситимии				
Раздражение	5,86	4,69	2,15	0,03
Негативизм	3,48	2,54	2,41	0,01
Индекс агрессивности	19,62	16,61	2,14	0,03
Низкий уровень алекситимии				
Вербальная агрессия	7,75	6,17	2,11	0,03
Чувство вины	5,18	6,58	2,33	0,02

При изучении типа темперамента у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также выявлении таких темпераментных характеристик, как экстраверсия и нейротизм, позволили зафиксировать результаты, представленные в таблице 70.

Таблица 70 – Частотное распределение типов темперамента (опросник Г. Айзенка) у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Тип темперамента		Всего	Мужчины	Женщины
Холерический	Частота	22	8	14
	Валидный процент	34,4	25,0	43,6
Сангвинический	Частота	6	2	4
	Валидный процент	9,4	6,25	12,5
Флегматический	Частота	18	10	8
	Валидный процент	28,1	31,3	25,0
Меланхолический	Частота	18	12	6
	Валидный процент	28,1	37,5	18,4

Анализ результатов показывает, что в данной выборке значительно чаще (по сравнению с группой нормы) представлены флегматический и меланхолический типы: флегматический тип в группе нормы встречается только в 14,8% случаев, а меланхолический – в 9,4%. При этом у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы зафиксированы статистически более низкие показатели по экстраверсии (при средних значениях 11,28 и 14,36 соответственно $t = 5,39$; $p = 0,00001$) и более высокие показатели по нейротизму (при средних значениях 13,29 и 11,71 соответственно $t = 2,41$; $p = 0,02$). Эта тенденция сохраняется и в группе мужчин и в группе женщин: у мужчин-пациентов менее выражена экстраверсия (при средних значениях 10,59 и 14,94 соответственно $t = 5,2$; $p = 0,00001$) и более высок показатель по нейротизму (при средних значениях 13,53 и 11,36 соответственно $t = 2,23$; $p = 0,02$); у женщин-

пациентов также статистически более низкий показатель по экстраверсии (при средних значениях 11,96 и 14,02 соответственно t = 2,61; p = 0,009). Эти результаты соответствуют данным, полученным по опроснику Г. Шмишека (гипертимность и тревожность), а также по шкале тревожности Дж. Тейлора.

Соотношение типов темперамента в исследуемой группе пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с выраженностью алекситимии (таблица 71) показало, что при выраженной алекситимии наиболее представлены холерический и меланхолический типы, общей чертой которых является эмоциональная нестабильность.

Таблица 71 – Частотное распределение типов темперамента в зависимости от выраженности алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Алекситимия		В целом по выборке				Мужчины				Женщины			
		Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М
Не выражена	Частота	4	1	4	3	3	1	3	3	1	–	1	–
	Валидный процент	12,5	1,6	12,5	4,7	9,4	3,1	9,4	9,4	3,1	–	3,1	–
Промежу-точная группа	Частота	5	–	5	3	–	–	3	3	5	–	2	–
	Валидный процент	15,6		15,6	4,7			9,4	9,4	15,6		6,3	
Выражена	Частота	13	5	9	12	5	1	4	6	8	4	5	6
	Валидный процент	20,3	15,6	14,1	18,8	15,6	3,1	12.5	18,7	25,0	12.5	15,6	18,7

Статистически значимые различия в выраженности экстраверсии между испытуемыми группы нормы и пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в зависимости от уровня алекситимии (таблица 72).

Таблица 72 – Значимые различия по экстраверсии между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями при различной выраженности алекситимии

Алекситимия	Средние значения		Значение t-крите-рия	p
	Испытуемые группы нормы	Испытуемые с кардиозаболеваниями		
Не выражена	14,84	11,0	2,75	0,007
Промежуточная группа	14,47	11,07	2,86	0,01
Выражена	13,80	11,44	3,17	0,001

Интерес вызывает, на наш взгляд, незначительное, но очевидное увеличение средних значений по экстраверсии при возрастании показателей по алекситимии у

испытуемых группы нормы и их уменьшение у пациентов. По степени выраженности нейротизма значимых различий в исследуемых группах не обнаружено.

Диагностика уровня эмпатии по отношению к определенным объектам по методике И.М. Юсупова позволила зафиксировать результаты, представленные в таблице 73.

Таблица 73 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Шкалы		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Эмпатия с родителями	Частота	9	5	4	50	25	25	5	2	3
	Валидный процент	14,1	15,6	12,5	78,1	78,1	78,1	7,8	6,3	15,6
Эмпатия с животными	Частота	5	4	1	46	23	23	13	5	8
	Валидный процент	7,8	12,5	3,1	71,9	71,9	71,9	20,3	15,6	25,0
Эмпатия со стариками	Частота	3	-	3	55	31	24	6	1	5
	Валидный процент	4,6	-	15,6	85,9	96,9	75,0	9,4	3,1	15,6
Эмпатия с детьми	Частота	6	2	4	48	24	24	10	6	4
	Валидный процент	9,4	6,3	12,5	75,0	75,0	75,0	15,7	18,7	12,5
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	3	2	1	43	22	21	18	8	10
	Валидный процент	4,6	6,3	3,1	67,2	68,7	65,6	12,2	25,0	31,3
Эмпатия с незнакомыми	Частота	3	2	1	49	25	24	12	5	7
	Валидный процент	4,6	6,3	3,1	76,7	78,1	75,0	18,7	15,6	21,9
Суммарный показатель	Частота	8	4	4	43	23	20	13	5	8
	Валидный процент	12,5	12,5	12,5	67,2	71,9	62,5	20,3	15,6	25,0

Очевидна тенденция, наблюдаемая в выборке пациентов: результаты сконцентрированы в основном в пределах среднего уровня выраженности изучаемого параметра, показатели высокого и низкого уровня эмпатии зафиксированы в единичных случаях.

Статистически значимых различий в уровне эмпатии между мужчинами и женщинами не обнаружено, однако выявлены отличия в выраженности эмпатии между испытуемыми группы нормы и пациентами (таблица 74). Очевидно, что

как по выборке в целом, так и по выборке мужчин пациенты демонстрируют более высокие показатели эмпатии, чем здоровые испытуемые. Исключение составляют различия в группах женщин: у женщин-пациентов значимо более низкий уровень эмпатии с незнакомыми людьми, чем у девушек группы нормы.

Таблица 74 – Значимость различий по уровню эмпатии между испытуемыми группы нормы и пациентами с кардиологическими заболеваниями

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

Далее проводили анализ показателей по уровню эмпатии в зависимости от степени выраженности алекситимии (таблицы 75–77). Сохраняется тенденция к концентрации показателей в пределах среднего уровня, но у женщин при средних и низких значениях алекситимии высокий уровень эмпатии вообще не выявлен, а у мужчин только при средних значениях алекситимии отмечен в единичных случаях.

Также обнаружено, что при низких значениях алекситимии пациенты демонстрируют значимо более низкие показатели эмпатии с незнакомыми людьми, чем испытуемые группы нормы (при средних значениях 7,08 и 9,54 соответственно $t = 2,76$; $p = 0,007$). При высоких значениях алекситимии пациенты по сравнению испытуемыми группы нормы более эмпатичны в целом (при средних значениях 47,64 и 41,51 соответственно $t = 2,74$; $p = 0,007$), а также

демонстрируют более высокий уровень эмпатии с животными (при средних значениях 7,64 и 5,88 соответственно t = 3,14; p = 0,002), с детьми (при средних значениях 8,28 и 6,36 соответственно t = 3,19; p = 0,001) и с героями художественных произведений (при средних значениях 7,21 и 5,54 соответственно t = 2,74; p = 0,007).

Таблица 75 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при выраженной алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Эмпатия с родителями	Частота	4	2	2	29	12	17	6	2	4
	Валидный процент	6,3	6,3	6,3	45,3	37,5	53,1	9,4	6,3	12,5
Эмпатия с животными	Частота	7	3	4	30	12	18	2	1	1
	Валидный процент	10,9	9,4	12,5	46,9	37,5	56,2	3,1	3,1	3,1
Эмпатия со стариками	Частота	3	–	3	33	33	17	3	–	3
	Валидный процент	4,7	–	9,4	51,6	56,1	53,1	4,7	–	9,4
Эмпатия с детьми	Частота	6	4	2	29	12	17	4	–	4
	Валидный процент	9,4	12,5	6,3	45,3	37,5	53,1	6,3	–	12,5
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	9	3	6	28	12	16	2	1	1
	Валидный процент	14,1	9,4	18,7	43,8	37,5	50,0	3,1	3,1	3,1
Эмпатия с незнакомыми	Частота	7	3	4	30	12	18	2	1	1
	Валидный процент	10,9	9,4	12,5	46,9	37,5	56,2	3,1	3,1	3,1
Суммарный показатель	Частота	9	4	5	24	10	14	6	2	4
	Валидный процент	14,1	12,5	15,6	37,5	31,3	43,8	9,4	6,3	12,5

Таблица 76 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при промежуточной группе по алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Эмпатия с родителям	Частота	1	–	1	10	4	6	2	2	–
	Валидный процент	1,6	–	3,1	15,7	12,5	18,7	3,1	6,3	–
Эмпатия с животными	Частота	4	2	2	7	2	5	2	2	–
	Валидный процент	6,3	6,3	6,3	10,9	6,3	15,6	3,1	6,3	–

Окончание табл. 76

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Эмпатия со стариками	Частота	2	1	1	11	5	6	–	–	–
	Валидный процент	3,1	3,1	3,1	17,2	15,6	18,7	–	–	–
Эмпатия с детьми	Частота	3	2	1	9	3	6	1	1	–
	Валидный процент	4,7	6,3	3,1	14,1	9,4	18,7	1,6	3,1	–
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	6	2	4	6	3	3	1	1	–
	Валидный процент	9,4	6,3	12,5	9,4	9,4	9,4	1,6	3,1	–
Эмпатия с незнакомыми	Частота	3	1	2	9	4	5	1	1	–
	Валидный процент	4,7	3,1	6,3	14,1	12,5	15,6	1,6	3,1	–
Суммарный показатель	Частота	3	1	2	9	4	5	1	1	–
	Валидный процент	4,7	3,1	6,3	14,1	12,5	15,6	1,6	3,1	–

Таблица 77 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при невыраженной алекситимии у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего	М	Ж
Эмпатия с родителями	Частота	–	–	–	11	9	2	1	1	–
	Валидный процент	–	–	–	17,2	28,1	6,3	1,6	3,1	–
Эмпатия с животными	Частота	2	–	2	9	9	–	1	1	–
	Валидный процент	3,1	–	6,3	14,1	28,1	–	1,6	3,1	–
Эмпатия со стариками	Частота	1	–	1	11	10	1	–	–	–
	Валидный процент	1,6	–	3,1	17,2	31,3	3,1	–	–	–
Эмпатия с детьми	Частота	1	–	1	10	9	1	1	1	–
	Валидный процент	1,6	–	3,1	15,7	28,1	3,1	1,6	3,1	–
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	3	3	–	9	7	2	–	–	–
	Валидный процент	4,7	9,4	–	14,1	21,9	6,3	–	–	–
Эмпатия с незнакомыми	Частота	2	1	1	10	9	1	–	–	–
	Валидный процент	3,1	3,1	3,1	15,7	28,1	3,1	–	–	–
Суммарный показатель	Частота	1	–	1	10	9	1	1	1	–
	Валидный процент	1,6	–	3,1	15,7	28,1	3,1	1,6	3,1	–

При проведении факторного анализа результатов в выборке пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы все факторизуемые параметры были сгруппированы в четыре смысловых фактора (таблица 78).

Таблица 78 – Факторная структура алекситими у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Пол	–0,06	0,11	–0,11	0,37
Гипертимность	0,33	–0,05	0,00	**0,62**
Неуравновешенность	0,07	–0,32	0,15	0,24
Эмотивность	–0,20	–0,47	–0,24	0,32
Педантичность	0,09	–0,36	–0,12	0,18
Тревожность	0,25	–0,27	–0,21	**0,52**
Циклоидность	0,25	–0,25	0,01	0,46
Демонстративность	0,05	–0,07	–0,11	**0,55**
Возбудимость	0,35	–0,03	–0,13	0,42
Дистимичность	0,27	–0,07	–0,02	–0,24
Экзальтированность	0,24	–0,17	0,11	0,36
Эмпатия с родителями	–0,28	**–0,70**	–0,08	0,10
Эмпатия с животными	–0,23	**–0,63**	–0,05	–0,11
Эмпатия со стариками	–0,13	**–0,68**	0,12	–0,04
Эмпатия с детьми	–0,22	**–0,67**	–0,03	–0,08
Эмпатия с героями худож. произведений	0,07	**–0,60**	0,27	0,04
Эмпатия с незнакомыми	–0,21	**–0,67**	0,07	–0,05
Общая эмпатия	–0,23	**–0,96**	0,05	–0,03
Тревожность (Тейлор)	0,37	–0,15	0,09	**0,62**
Экстраверсия	0,26	–0,14	–0,12	**0,59**
Нейротизм	0,42	–0,26	–0,03	**0,51**
Физическая агрессия	0,46	0,08	**0,56**	–0,03
Косвенная агрессия	**0,58**	–0,06	0,09	0,14
Раздражение	**0,62**	–0,01	0,36	0,14
Негативизм	0,26	–0,19	0,12	0,04
Обида	**0,67**	–0,10	–0,41	0,26
Подозрительность	**0,81**	–0,16	–0,06	–0,32
Вербальная агрессия	0,22	–0,10	**0,51**	0,13
Чувство вины	**0,64**	–0,39	–0,30	0,17
Индекс враждебности	**0,92**	–0,16	–0,33	–0,12
Индекс агрессивности	**0,78**	–0,03	**0,59**	0,11
Собственное значение фактора	9,09	8,06	3,07	4,65
% объясняемой дисперсии	15,15	13,43	5,12	8,74

В первый фактор со значимыми положительными вкладами вошли практически все шкалы опросника А. Басса и А. Дарки: косвенная агрессия (0,58), раздражение (0,62), обида (0.67), подозрительность (0,81), чувство вины (0,64),

индекс враждебности (0,92) и индекс агрессивности (0,78). По аналогии с первым фактором структуры алекситимии в выборке испытуемых группы нормы он был назван нами «проявленная враждебность», поскольку включает в себя скрытые формы проявления именно враждебного отношения к окружающему миру (обиду, подозрительность и косвенную агрессию). Такие данные соответствуют материалам литературных источников, в которых многие авторы отмечают, что враждебность является одним из ядерных признаков в структуре личности пациентов с кардиологическими заболеваниями, особенно если их поведение развивается по типу А (именно так, как в случае с респондентами исследуемой выборки). В нашем случае этот фактор является ведущим, на что указывает его наиболее высокое по сравнению с остальными собственное значение (9,09), а также процент объясняемой дисперсии.

Второй фактор, названный «гипоэмпатийные переживания», включает все шкалы опросника И.М. Юсупова, представленные значимо высокими отрицательными вкладами. Сочетание эмпатических характеристик в одном смысловом факторе отвечает неспособности при выраженной алекситимии к эмоциональному резонансу и способствует фиксации на соматическом компоненте собственного состояния.

В третий фактор вошли только три параметра с положительно высокими значимыми вкладами: физическая агрессия (0,56), вербальная агрессия (0,51) и индекс агрессивности (0,59). Сочетание этих характеристик обусловило название фактора – «проявленная агрессивность». По нашему представлению, при выраженной враждебности и сниженной способности к сочувствию и состраданию, при невозможности адекватной оценки своего поведения, проявлений импульсивности формируется готовность индивида к открытому агрессивному противодействию ситуации. В дальнейшем на фоне эмоциональной нестабильности усиливаются чувства вины и тревоги, поднимается артериальное давление.

Четвертый фактор – «тревожная активность» – объединил с положительными значимыми вкладами следующие характеристики: гипертимность (0,62), тревожность (0,52), демонстративность (0,55), тревожность

по шкале Дж. Тейлора (0,62), экстраверсию (0,59) и нейротизм (0,51). В соответствии с тем, что мы относим испытуемых данной выборки к респондентам с поведением типа А, сочетание данных характеристик в пространстве одного смыслового фактора вполне логично: у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы достаточно ярко выражена идентификация со своей профессией, которая требует от них соответствия стереотипам социальной успешности, постоянной активной деятельности, а значимость этой деятельности определяет и напряженный жизненный ритм. В связи с этим высоки вклады тревожных характеристик, которые запускают механизмы активности, на основании ответственности, цейтнота, ощущения дефицита времени и постоянного стремления к успеху. Логично и включение в данный фактор демонстративности, желания быть признанным, успешным, стремления к положительным оценкам социума и признания своих, в данном случае профессиональных, заслуг.

При проведении факторизации всех исследуемых характеристик с целью изучения структуры алекситимического пространства у пациентов с нарушениями сердечно-сосудистой деятельности исследуемые параметры были сгруппированы в пять основных смысловых фактора (таблица 79).

Пятый фактор образован единственной характеристикой – алекситимией – со значимым положительным вкладом 0,65. Данный фактор не является ключевым в структуре личности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, однако он достаточно значим, о чем свидетельствуют его собственное значение (3,20) и процент объясняемой дисперсии (5,16).

Таким образом, алекситимия значимо представлена в структуре личности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и является отдельным фактором в этой структуре. В связи с этим очевидно ее участие в формировании специфики поведения, особенно у пациентов с поведением типа А: их активная концентрация на профессиональной деятельности, постоянное стремление к достижению успехов, существование в условиях дефицита времени, провоцирующая импульсивность создают базу для общей эмоциональной

некомпетентности, неумения строить конструктивные эмпатичные взаимоотношения с миром.

Таблица 79 – Факторная структура алекситимического пространства у пациентов с кардиологическими заболеваниями

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Пол	0,11	–0,04	–0,48	–0,14	–0,28
Гипертимность	0,43	0,11	–0,35	–0,38	–0,05
Неуравновешенность	0,33	–0,24	0,01	**–0,51**	0,12
Эмотивность	0,24	**–0,68**	–0,38	0,09	0,00
Педантичность	0,34	–0,39	–0,09	0,19	0,47
Тревожность	**0,53**	–0,24	–0,32	0,30	0,08
Циклоидность	**0,53**	–0,18	–0,18	0,23	0,30
Демонстративность	0,27	–0,12	**–0,63**	–0,11	0,10
Возбудимость	0,50	0,09	–0,36	0,06	0,02
Дистимичность	0,23	0,06	0,31	**0,54**	0,22
Экзальтированность	0,49	–0,06	–0,09	–0,20	–0,20
Эмпатия с родителями	0,09	**–0,75**	0,06	–0,08	0,05
Эмпатия с животными	0,03	**–0,66**	0,26	0,08	0,04
Эмпатия со стариками	0,19	**–0,60**	0,26	–0,19	–0,29
Эмпатия с детьми	0,04	**–0,62**	0,12	–0,26	–0,08
Эмпатия с героями худож. произведений	0,35	–0,40	0,38	–0,10	0,09
Эмпатия с незнакомыми	0,10	**–0,61**	0,32	0,04	–0,15
Общая эмпатия	0,20	**–0,87**	0,32	–0,12	–0,07
Тревожность (Тейлор)	**0,55**	0,06	0,09	0,00	0,34
Экстраверсия	**0,52**	–0,12	**–0,55**	–0,10	0,20
Нейротизм	**0,68**	–0,07	–0,13	0,15	0,13
Физическая агрессия	0,29	0,43	0,44	–0,38	0,16
Косвенная агрессия	**0,59**	0,27	0,02	–0,26	–0,14
Раздражение	**0,57**	0,37	0,15	–0,16	–0,28
Негативизм	0,36	–0,04	0,26	0,01	0,22
Обида	**0,60**	0,20	–0,14	0,27	–0,06
Подозрительность	**0,57**	0,27	0,32	0,24	0,01
Вербальная агрессия	**0,65**	0,23	0,16	–0,08	0,35
Чувство вины	0,45	–0,33	–0,18	0,39	–0,11
Индекс враждебности	**0,71**	0,30	0,14	0,31	–0,03
Индекс агрессивности	**0,69**	0,45	0,34	–0,27	0,09
Алекситимия	0,00	0,02	–0,05	0,26	**0,65**
Собственное значение фактора	10,81	8,70	5,06	3,31	3,20
% объясняемой дисперсии	17,43	14,02	8,15	5,34	5,16

Образ жизни этих людей не оставляет времени на обдумывание собственного эмоционального состояния и глубокого анализа своих переживаний, что способствует формированию специфического алекситимического пространства у пациентов с кардиологическими нарушениями. Сочетание перфекционизма, эмоциональной нестабильности, импульсивности, тревоги, усиление чувства вины и служит основой для формирования и развития соматического заболевания. При его возникновении отмечается игнорирование болезненных симптомов. Наличие болезни может быть оценено пациентом как препятствие для осуществлении актуальной профессиональной деятельности в рамках привычного образа жизни.

Для повышения результативности лечения необходимо построение модели психологической реабилитации пациентов, направленной на обучение новой модели поведения, в которой значительное место будет отведено осознанию собственных эмоциональных переживаний, умению их идентифицировать и отделять от изменения соматического состояния. Это будет способствовать повышению эффективности лечения и активному участию самого больного в процессе выздоровления.

4.3 Структура алекситимического пространства у подростков с задержкой психического развития

Для изучения степени выраженности алекситимии и взаимосвязи ее отдельных компонентов при задержанном психическом развитии проведено психодиагностическое исследование с применением описанных методов. Общая выборка данной категории испытуемых составила 84 человека (из них 35 мальчиков и 49 девочек). Возраст испытуемых 12–15 лет. Анализ медицинских карт испытуемых позволил нам зафиксировать в анамнезе наличие задержки психического развития (ЗПР) неорганического генеза, выявленной на психолого-медико-педагогической комиссии. По результатам самоотчетов все испытуемые оценили свое состояние как «хорошее» и «вполне удовлетворительное».

Полученные в данной группе результаты подвергали отдельной обработке, а также проводили сравнение с показателями испытуемых группы нормы в соответствующем возрастном интервале (12–15 лет).

При диагностике уровня алекситимии с учетом половых различий выявлены результаты, представленные в таблице 80.

Таблица 80 – Частотное распределение выраженности алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала) 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 81).

Таблица 81 – 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 $p < 0,01$.

Анализ средних значений, представленных в таблице, показывает, что у школьников с ЗПР они соответствуют выраженной алекситимии (76,7 балла), у

школьников группы нормы с низким уровнем образованности – промежуточной группе (70,1 балла) и у школьников группы нормы с высоким уровнем образованности – свидетельствуют о том, что алекситимия не выражена (62,7 балла).

Таким образом, в исследуемых группах наиболее статистически значимо высокие показатели по алекситимии отмечаются у школьников с ЗПР.

При диагностике выраженности акцентуаций характера у школьников с ЗПР были зафиксированы результаты, представленные в таблице 82.

Полученные показатели свидетельствуют о наибольшей выраженности акцентуаций экзальтированного (63,1%), возбудимого (53,6%), циклоидного (53,6%) и гипертимического (36,9%) типов. В скрытой форме ярко представлены акцентуации неуравновешенного (61,9%), тревожного (52,4%), дистимического (52,4%), педантического (47,6%) и демонстративного (41,7%) типов. Определение статистических различий между юношами и девушками показало, что девушки демонстрируют значимо более высокие показатели по эмотивности (при средних значениях 11,7 и 17,3 соответственно; $t = 5{,}56$, $p < 0{,}01$), циклоидности (при средних значениях 12,7 и 17,8 соответственно; $t = 3{,}89$, $p < 0{,}05$), возбудимости (при средних значениях 14,4 и 17,7 соответственно; $t = 2{,}81$, $p < 0{,}05$) и экзальтированности (при средних значениях 11,5 и 20,2 соответственно; $t = 6{,}64$, $p < 0{,}01$).

Сравнение данных количественных показателей с аналогичными у школьников группы нормы позволило выявить следующие статистически значимые различия (таблица 83).

Таблица 82 – Частотное распределение выраженности акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) у школьников с ЗПР

Тип акцентуации		Явная акцентуация			Скрытая акцентуация		
		Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мальчики	Девочки
Гипертимический	Частота	31	12	19%	33%	12%	21
	Валидный процент	36,9	34,3	38,8	39,3	34,3	42,9
Неуравновешенный	Частота	16	6	10	52	21	31
	Валидный процент	19,0	17,1	20,4	61,9	60,0	63,3

Окончание табл. 82

Тип акцентуации		Явная акцентуация			Скрытая акцентуация		
		Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мальчики	Девочки
Эмотивный	Частота	38	5	33	25	15	10
	Валидный процент	45,2	14,3	67,3	29,8	42,9	20,4
Педантичный	Частота	17	6	11	40	15	25
	Валидный процент	20,2	17,1	22,5	47,6	42,9	51,0
Тревожный	Частота	17	4	13	44	22	22
	Валидный процент	20,2	11,4	26,5	52,4	62,9	62,9
Циклоидный	Частота	45	12	33	17	7	10
	Валидный процент	53,6	34,3	67,3	20,2	20,0	20,4
Демонстратив-ный	Частота	15%	8	7	35	15	20
	Валидный процент	17,9	22,9	14,3	41,7	42,9	40,8
Возбудимый	Частота	45	12	33	22	10	12
	Валидный процент	53,6	34,3	67,3	26,2	28,6	24,5
Дистимичный	Частота	13	4	9	44	21	23
	Валидный процент	15,5	11,4	18,4	52,4	60,0	46,9
Экзальтиро-ванный	Частота	53	12	43	17	10	5
	валидный процент	63,1	34,3	87,8	20,2	28,6	10,2

Таблица 83 – Значимость различий средних значений акцентуаций характера у испытуемых с ЗПР и школьников группы нормы 12–15 лет

Тип акцентуации	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	F	Группы 1– 2	Группы 1–3
Гипертимический	14,8±4,61	16,8±4,57	19,8±4,87	4,621**	0,009	0,003
Неуравновешенный	13,8±4,06	12,1±4,63	11,6±6,01	3,317*	0,011	–
Эмотивный	14,9±4,34	13,2±4,09	15,3±5,76	2,483*	0,013	–
Педантичный	13,0±4,79	10,8±5,02	9,7±3,99	3,572*	0,008	0,006
Тревожный	12,6±3,98	9,3±5,15	6,2±2,81	6,050**	0,004	0,001
Возбудимый	16,3±4,99	13,5±4,12	12,7±3,94	3,167*	0,007	0,006
Дистимичный	12,5±3,97	9,8±5,47	7,3±2,75	5,991**	0,005	0,002
Экзальтированный	16,6±4,43	15,8±4,60	13,4±6,05	2,330*	–	0,011

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 <0,05; ** различия значимы при p <0,01.

Таким образом, испытуемые с задержкой психического развития демонстрируют значимо более высокие показатели по неуравновешенности, педантичности, тревожности, возбудимости, дистимичности и

экзальтированности, чем их сверстники группы нормы. Показатели по гипертимности, напротив, у них более низкие.

Сопоставление показателей по степени выраженности акцентуаций характера с выраженностью алекситимии в группе школьников с ЗПР показало, что при выраженной алекситимии наиболее выражены в явной форме акцентуации экзальтированного (34,5%), циклоидного (32,1%) и возбудимого (29,8%), а в скрытой форме – неуравновешенного (38,1%), дистимического (33,4%), демонстративного (30,9%) и тревожного (29,8%) типов (таблица 84). При промежуточной группе по алекситимии явные акцентуации характера у юношей были выявлены в единичных случаях (таблица 85). Наиболее представлены такие типы, как возбудимый и экзальтированный (23,8%), а также циклоидный (20,2%). В скрытой форме выявлены акцентуации неуравновешенного (21,4%) и тревожного (20,2%) типов.

Таблица 84 – Частотное распределение выраженности акцентуаций характера при выраженной алекситимии у школьников с ЗПР

Тип акцентуации		Явная акцентуация			Скрытая акцентуация		
		Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мальчики	Девочки
Гипер-тимный	Частота	18	10	8	19	9	10
	Валидный процент	21,4	28,6	16,3	22,6	25,7	20,4
Неуравно-вешенный	Частота	11	6	5	32	17	15
	Валидный процент	13,1	17,1	10,2	38,1	48,6	30,6
Эмотивный	Частота	20	4	16	18	12	6
	Валидный процент	23,8	11,4	32,7	21,4	34,3	12,2
Педан-тичный	Частота	11	4	7	21	11	10
	Валидный процент	13,1	11,4	14,3	25,0	31,4	20,4
Тревожный	Частота	12	4	8	25	17	8
	Валидный процент	14,3	11,4	16,3	29,8	48,6	16,3
Циклоидный	Частота	27	6	23	9	9	–
	Валидный процент	32,1	17,1	46,9	10,7	25,7	–
Демонстра-тивный	Частота	10	7	3	26	12	14
	Валидный процент	11,9	20,0	6,1	30,9	34,3	28,6
Возбудимый	Частота	25	10	15	17	9	8
	Валидный процент	29,8	28,6	30,6	20,2	25,7	16,3

Окончание табл. 84

Тип акцентуации		Явная акцентуация			Скрытая акцентуация		
		Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мальчики	Девочки
Дисти-мичный	Частота	11	4	7	28	14	14
	Валидный процент	13,1	11,4	14,3	33,4	40,0	28,6
Экзальтиро-ванный	Частота	29	7	22	11	9	2
	Валидный процент	34,5	20,0	44,9	13,1	25,7	4,1

Таблица 85 – Частотное распределение выраженности акцентуаций характера при промежуточной группе по алекситимии у школьников с ЗПР

Тип акцентуации		Явная акцентуация			Скрытая акцентуация		
		Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мальчики	Девочки
Гипертимный	Частота	12	2	10	11	3	8
	Валидный процент	14,3	5,7	20,4	13,1	8,6	16,3
Неуравно-вешенный	Частота	4	–	4	18	4	14
	Валидный процент	4,8	–	8,2	21,4	11,4	28,6
Эмотивный	Частота	15	1	14	7	3	4
	Валидный процент	17,9	2,9	28,6	8,4	8,6	8,2
Педантичный	Частота	6	2	4	16	4	12
	Валидный процент	7,1	5,7	8,2	19,0	11,4	24,5
Тревожный	Частота	4	–	4	17	5	12
	Валидный процент	4,8	–	8,2	20,2	14,3	24,5
Циклоидный	Частота	17	3	14	5	1	4
	Валидный процент	20,2	8,6	28,6	5,9	2,9	8,2
Демонстра-тивный	Частота	4	1	3	8	3	5
	Валидный процент	4,8	2,9	6,1	9,5	8,6	10,2
Возбудимый	Частота	20	2	18	3	1	2
	Валидный процент	23,8	5,7	36,7	3,5	2,9	4,1
Дистимичный	Частота	2	–	2	14	7	7
	Валидный процент	2,4	–	4,1	16,7	20,0	14,3
Экзальтиро-ванный	Частота	20	3	17	6	3	3
	Валидный процент	23,8	8,6	34,7	7,1	8,6	6,1

Анализ результатов позволил зафиксировать тенденцию к наибольшей выраженности определенных характерологических показателей при увеличении значений по алекситимии. Например, и у мальчиков, и у девочек

высокоалекситимичные испытуемые демонстрируют наименьшую эмоциональную открытость и восприимчивость. Их показатели по эмотивности стабильно уменьшаются при возрастании степени выраженности алекситимии. Отмечена статистически значимая динамика к изменению показателей активности личности: возрастают возбудимость, неуравновешенность, циклоидность и дистимичность (у девочек). У мальчиков также значимо увеличиваются показатели тревожности, а у девочек такая динамика отмечена на уровне стабильной тенденции.

В группе школьников с задержкой психического развития наблюдаются те же закономерности. Так, при выраженной алекситимии наиболее представлены такие типы акцентуаций, как гипертимическая, возбудимая и циклоидная, акцентуация характера по тревожному типу встречается в значительном количестве случаев и в явной и в скрытой формах. У мальчиков при выраженной алекситимии акцентуация по эмотивному типу отмечена в единичных случаях.

В связи с задачами исследования алекситимических проявлений осуществлялась диагностика уровня личностной тревожности. У школьников с ЗПР выявлены результаты, представленные в таблице 86. Статистически значимых различий между мальчиками и девочками не выявлено.

Таблица 86 – Частотное распределение уровня тревожности (шкалы MAS и CMAS) у школьников с ЗПР

Уровень тревожности	Всего		Мальчики		Девочки	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Низкий	1	1,2	1	2,9	–	–
Средний	23	27,4	7	20,0	16	32,7
Высокий	60	71,4	27	77,1	33	67,3

Анализ количественных показателей по уровню личностной тревожности в возрастном интервале 12–15 лет позволяет говорить о значительно большей выраженности данной психологической характеристики у школьников с ЗПР. Эта тенденция статистически подтверждена при определении значимых различий между указанными категориями школьников (таблица 87).

В группе школьников с задержкой психического развития также обнаружено повышение уровня личностной тревожности при увеличении выраженности алекситимии (таблица 88).

Таблица 87 – Значимость различий средних значений по личностной тревожности у школьников с ЗПР и школьников группы нормы 12–15 лет

M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
Группа 1	Группа 2	Группа 3	F	Группы 1–2	Группы 1–3
22,9±4,56	17,7±4,38	11,5±5,15	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 $p < 0,01$.

Таблица 88 – Частотное распределение уровня тревожности в зависимости от выраженности алекситимии у школьников с ЗПР

Алекситимия		Низкий уровень тревожности			Средний уровень тревожности			Высокий уровень тревожности		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Не выражена	Частота	–	–	–	2	–	2	2	–	2
	Валидный процент	–	–	–	2,4	–	4,1	2,4	–	4,1
Промежу-точная группа	Частота	–	–	–	10	2	8	18	6	12
	Валидный процент				11,9	5,7	16,3	21,4	17,1	24,5
Выражена	Частота	1	1	–	11	5	6	40	21	19
	Валидный процент	1,2	2,9	–	13,1	14,3	12,2	47,6	60,0	38,8

Таким образом, во всех исследуемых группах отмечается устойчивая тенденция к повышению уровня личностной тревожности при увеличении степени выраженности алекситимии в структуре личности испытуемых.

При диагностике степени выраженности агрессивных и враждебных реакций в качестве составляющих алекситимическое пространство у школьников с ЗПР зафиксированы результаты, представленные в таблице 89.

Таблица 89 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) у школьников с ЗПР

Агрессивные и враждебные реакции		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Физическая агрессия	Частота	15	8	7	14	3	11	55	24	
	Валидный процент	17,9	22,9	14,3	16,7	8,6	22,4	65,4	68,6	63,3

Окончание табл. 89

Агрессивные и враждебные реакции		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Косвенная агрессия	Частота	19	11	8	29	13	16	36	11	25
	Валидный процент	22,6	31,4	16,3	34,5	37,1	32,7	42,9	31,4	51,0
Раздражение	Частота	25	12	13	28	14	14	31	9	22
	Валидный процент	29,8	34,3	26,5	33,3	40,0	28,6	36,9	25,7	44,9
Негативизм	Частота	33	15	18	19	4	15	32	16	16
	Валидный процент	39,3	42,8	36,7	22,6	11,4	30,6	38,1	45,7	32,7
Обида	Частота	16	8	8	32	12	20	36	15	21
	Валидный процент	19,0	22,9	16,3	38,1	34,3	40,8	42,9	42,8	42,9
Подозритель-ность	Частота	8	8	–	8	4	4	68	23	45
	Валидный процент	9,5	22,9	–	9,5	11,4	8,2	81,0	65,7	91,8
Вербальная агрессия	Частота	14	5	9	16	12	4	54	18	36
	Валидный процент	16,7	14,3	18,4	19,0	34,3	8,2	64,3	51,4	73,4
Чувство вины	Частота	8	6	2	13	9	4	63	20	43
	Валидный процент	9,5	17,1	4,1	15,5	25,7	8,2	75,0	57,2	87,7
Индекс враждебности	Частота	–	–	–	12	8	4	72	27	45
	Валидный процент	–	–	–	14,3	22,9	8,2	85,7	77,1	91,8
Индекс агрессивности	Частота	–	–	–	32	14	18	52	21	31
	Валидный процент	–	–	–	38,1	40,0	36,7	61,9	60,0	63,3

В целом по исследуемой группе низкий уровень индекса враждебности и агрессивности не зафиксирован, показатели в основном высокие. При определении статистических различий между юношами и девушками обнаружено, что у девушек значимо более высокие значения по косвенной агрессии (при средних значениях 5,37 и 4,65 $t = 2,04$; $p<0,05$), подозрительности (при средних значениях 7,81 и 6,34 $t = 3,8$; $p<0,05$), чувству вины (при средних значениях 7,63 и 6,17 $t = 3,66$; $p<0,05$). Кроме того, значения индекса враждебности у девушек также статистически значимо выше, чем у юношей (при средних значениях 13,02 и 11,17 $t = 3,49$; $p<0,05$). По остальным видам агрессивных реакций значимых различий между мальчиками и девочками не выявлено.

Сравнение этих показателей с аналогичными данными у школьников группы нормы 12–15 лет показало, что школьники с ЗПР демонстрируют более

высокий уровень практически по всем видам агрессивных и враждебным реакций, чем их сверстники с низким и высоким уровнем образованности (таблица 90). Из таблицы видно, что средние значения статистически значимо отличаются с тенденцией их уменьшения при увеличении уровня образованности испытуемых. Исключение составляют только показатели по физической агрессии: по данному параметру значимых различий между группами не обнаружено. Средние показатели по шкале обида и по общему индексу агрессивности у школьников с ЗПР значимо отличаются только от аналогичных данных их сверстников с высоким уровнем образованности.

Таблица 90 – Значимость различий средних значений агрессивных и враждебных реакций между школьниками с ЗПР и школьниками группы нормы 12–15 лет

Агрессивные и враждебные реакции	M±σ			ANOVA	Post-hos Bonferroni (Sig)	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	F	Группы 1–2	Группы 1–3
Косвенная агрессия	5,07±0,32	4,5±0,37	5,0±0,35	2,624*	0,009	–
Раздражение	6,58±0,47	6,03±0,43	4,91±0,39	4,013*	0,010	0,005
Негативизм	2,86±0,23	3,62±0,41	3,61±0,28	3,725*	0,008	0,009
Обида	5,14±0,29	4,69±0,38	4,36±0,31	2,918*	–	0,008
Подозрительность	7,20±0,34	6,56±0,45	5,61±0,28	3,986*	0,009	0,006
Чувство вины	7,02±0,37	5,96±0,47	5,28±0,30	4,678*	0,005	0,004
Индекс враждебности	12,25±2,87	11,27±3,03	9,97±2,98	4,127*	0,007	0,004
Индекс агрессивности	20,51±3,06	19,95±3,21	17,58±3,36	2,978*	–	0,007

Примечание. Группа 1 – школьники с ЗПР; группа 2 – школьники с низким уровнем образованности; группа 3 – школьники с высоким уровнем образованности; *различия значимы при $p < 0,05$.

При сопоставлении показателей по алекситимии с уровнем агрессивных и враждебных реакций в группе школьников с ЗПР было установлено, что выраженность агрессивных форм поведения возрастает с увеличением показателей по алекситимии (таблицы 91, 92).

Следует отметить, что низкого уровня индекса враждебности и индекса агрессивности в данной группе не выявлено. Высокий уровень этих параметров при выраженной алекситимии зафиксирован в 51,2 и 40,5% случаев соответственно. Такая же тенденция наблюдается по каждой отдельной шкале опросника А. Басса и А. Дарки: большинство испытуемых с выраженной алекситимией демонстрируют высокий уровень агрессивных и враждебных реакций.

Диагностика типа темперамента в группе школьников с задержкой психического развития показала, что наиболее представлены «крайние» типы: холерический тип выявлен у 50 испытуемых (59,5%), меланхолический – у 21 (25,0%). Подробные данные приведены в таблице 93. Важно, что и у юношей (в 51,4% случаев), и у девушек (в 65,3% случаев) в основном диагностирован холерический тип. Сангвинический и флегматический типы представлены в исследуемой группе в единичных случаях.

Таблица 91 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) при выраженной алекситимии у школьников с ЗПР

Агрессивные и враждебные реакции		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Физическая агрессия	Частота	11	6	5	7	3	4	34	18	16
	Валидный процент	13,1	17,1	10,2	8,4	8,6	8,2	40,5	51,4	32,6
Косвенная агрессия	Частота	11	8	3	19	11	8	22	8	14
	Валидный процент	13,1	22,9	6,1	22,6	31,4	16,3	26,2	22,9	28,6
Раздражение	Частота	16	9	7	17	12	5	19	6	13
	Валидный процент	19,0	25,7	14,3	20,2	34,3	10,2	22,6	17,1	26,5
Негативизм	Частота	23	12	11	9	3	6	20	12	8
	Валидный процент	27,4	34,3	22,4	10,7	8,6	12,2	23,8	34,3	16,3
Обида	Частота	10	7	3	17	7	10	25	13	12
	Валидный процент	11,9	20,0	6,1	20,2	20,0	20,4	29,8	37,1	24,5
Подозритель-ность	Частота	6	6	–	5	3	2	41	18	23
	Валидный процент	7,1	17,1	–	5,9	8,6	4,1	48,8	51,4	46,9
Вербальная агрессия	Частота	9	5	4	9	8	1	34	14	20
	Валидный процент	10,7	14,3	8,1	10,7	22,9	2,0	40,5	40,0	40,8
Чувство вины	Частота	7	5	2	9	7	2	36	15	21
	Валидный процент	8,4	14,3	4,1	10,7	20,0	4,1	42,9	42,8	42,9
Индекс враждебности	Частота	–	–	–	9	7	2	43	20	23
	Валидный процент	–	–	–	10,7	20,0	4,1	51,2	57,1	46,9
Индекс агрессивности	Частота	–	–	–	18	9	9	34	18	16
	Валидный процент	–	–	–	21,4	25,7	18,4	40,5	51,4	32,6

Таблица 92 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) при промежуточной группе по алекситимии у школьников с ЗПР

Агрессивные и враждебные реакции		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Физическая агрессия	Частота	2	2	–	5	–	5	21	6	15
	Валидный процент	2,4	5,7	–	5,9	–	10,2	25,0	17,1	30,6
Косвенная агрессия	Частота	6	3	3	9	2	7	13	3	10
	Валидный процент	7,1	8,6	6,1	10,7	5,7	14,3	15,5	8,6	20,4
Раздражение	Частота	7	3	4	9	2	7	12	3	9
	Валидный процент	8,4	8,6	8,2	10,7	5,7	14,3	14,3	8,6	18,4
Негативизм	Частота	9	3	6	7	1	6	12	4	8
	Валидный процент	10,7	8,6	12,2	8,4	2,9	12,2	14,3	11,4	16,3
Обида	Частота	6	1	5	14	5	9	8	2	6
	Валидный процент	7,1	2,9	10,2	16,7	14,3	18,4	9,5	5,7	12,2
Подозритель-ность	Частота	2	2	–	2	1	1	24	5	19
	Валидный процент	2,4	5,7	–	2,4	2,9	2,0	8,6	14,3	38,8
Вербальная агрессия	Частота	5	–	5	5	4	1	18	4	14
	Валидный процент	5,9	–	10,2	5,9	11,4	2,0	21,4	11,4	28,6
Чувство вины	Частота	1	1	–	4	2	2	23	5	18
	Валидный процент	1,2	2,9	–	4,8	5,7	4,1	27,4	14,3	36,7
Индекс враждебности	Частота	–	–	–	3	1	2	25	7	18
	Валидный процент	–	–	–	3,6	2,9	4,1	29,8	20,0	36,7
Индекс агрессивности	Частота	–	–	–	11	5	6	17	3	14
	Валидный процент	–	–	–	13,1	14,3	12,2	20,2	8.6	28,6

Таблица 93 – Частотное распределение типов темперамента (опросник Г. Айзенка) у школьников с ЗПР

Тип темперамента		Всего	Мальчики	Девочки
Холерический	Частота	50	18	32
	Валидный процент	59,5	51,4	65,3
Сангвинический	Частота	5	1	4
	Валидный процент	6,0	2,9	8,2
Флегматический	Частота	8	6	2
	Валидный процент	9,5	17,1	4,1
Меланхолический	Частота	21	10	11
	Валидный процент	25,0	28,6	22,4

Наибольшая представленность в группе испытуемых с меланхолическим типом темперамента (25,0%) по сравнению со сверстниками без ЗПР (9,4%) отвечает выраженности у них акцентуации характера по дистимическому типу. В явной и скрытой формах она отмечена у 57 человек (в 67,9% случаев). Сверстники соответствующего возрастного интервала проявляют этот тип акцентуации в явной форме только в 5,9% случаев и в скрытой форме – в 31,4% случаев.

Распределение типов темперамента в зависимости от степени выраженности алекситимии у юношей и девушек с ЗПР представлено в таблице 94. В целом по данной группе при выраженной алекситимии холерический тип темперамента выявлен у 34 испытуемых (40,5%), меланхолический – у 15 испытуемых (17,9%), флегматический – у 3 испытуемых (3,6%).

У девочек показатели нейротизма статистически значимо выше, чем у юношей (при средних значениях 17,67 и 15,2, t = 2,59), по шкале экстраверсии значимых различий не выявлено.

Таблица 94 – Частотное распределение типов темперамента в зависимости от выраженности алекситимии у школьников с ЗПР

Алекситимия		Мальчики				Девочки			
		Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М
Не выражена	Частота	–	–	–	–	2	1	1	–
	Валидный процент					4,1	2,0	2,0	
Промежуточная группа	Частота	2	1	3	2	12	3	1	4
	Валидный процент	5,7	2,8	8,6	5,7	24,5	6,1	2,0	8,2
Выражена	Частота	16	–	3	8	18	–	–	7
	Валидный процент	45,7	–	8,6	22,9	36,7	–	–	14,3

Однако при сравнении этих показателей с аналогичными у школьников группы нормы 12–15 лет обнаружено, что школьники с ЗПР значимо отличаются от сверстников с высоким уровнем образованности по экстраверсии (при средних значениях 13,9 и 18,3 t = 5,82; $p<0,01$). По показателям нейротизма они значимо отличаются от сверстников с низким уровнем образованности (при средних значениях 16,6 и 12,3 t = 5,8; $p<0,01$) и с высоким (при средних значениях 16,6 и 10,5 t = 6,18; $p<0,01$).

Следует отметить, что полученные данные вполне согласованы с результатами сравнения испытуемых по гипертимности и тревожности (по Г. Шмишеку), а также по показателям личностной тревожности (шкала Дж. Тейлора). Школьники с задержкой психического развития демонстрируют более высокий уровень тревожности по сравнению со сверстниками вне зависимости от их уровня образованности. По гипертимности у них, напротив, показатели ниже. В результате можно говорить о меньшей открытости для конструктивного взаимодействия с окружающим миром, тревожном ожидании этого взаимодействия и, соответственно, более негативном и враждебном отношении к нему.

При выполнении задач исследования проводилась диагностики уровня эмпатии как компоненты алекситимического пространства в группе школьников с задержкой психического развития. Результаты приведены в таблицах 95.

Таблица 95 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) у школьников с ЗПР

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Эмпатия с родителями	Частота	15	10	5	66	25	41	3	–	3
	Валидный процент	17,9	28,6	10,2	78,6	71,4	83,7	3,6	–	6,1
Эмпатия с животными	Частота	15	10	5	65	25	40	4	–	4
	Валидный процент	17,9	28,6	10,2	77,4	71,4	81,6	4,8	–	8,2
Эмпатия со стариками	Частота	12	6	6	69	29	40	3	–	3
	Валидный процент	14,3	17,1	12,2	82,1	82,9	81,6	3,6	–	6,1
Эмпатия с детьми	Частота	17	8	9	62	27	35	5	–	5
	Валидный процент	20,2	22,9	18,4	73,8	77,1	71,4	6,0	–	10,2
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	18	8	10	63	26	37	3	1	2
	Валидный процент	21,4	22,9	20,4	75,0	74,3	75,5	3,6	2,8	4,1
Эмпатия с незнакомыми	Частота	28	13	15	54	22	32	2	–	2
	Валидный процент	33,3	37,1	30,6	64,3	62,9	65,3	2,4	–	4,1
Суммарный показатель	Частота	45	24	21	35	11	24	4	–	4
	Валидный процент	53,6	68,6	42,9	41,7	31,4	48,9	4,8	–	8,2

В данной группе у девочек отмечен статистически значимо более высокий, чем у мальчиков уровень эмпатии с родителями (при средних значениях 7,8 и 5,8 соответственно $t = 3,31$; $p<0,05$), эмпатии с животными (при средних значениях 8,2 и 5,9 соответственно $t = 3,51$; $p<0,05$), а также суммарный показатель эмпатии (при средних значениях 44,4 и 36,48 соответственно $t = 3,14$; $p<0,05$).

Анализ количественных показателей в исследуемой группе подтверждает, что высокий уровень эмпатии как по отдельным шкалам опросника, так и в целом зафиксирован в единичных случаях. Например, высокий уровень эмпатии с родителями демонстрируют 3,6% испытуемых, тогда как у их сверстников этот показатель отмечен в 17,7% случаев. Статистически значимо школьники с ЗПР отличаются от своих сверстников с низким уровнем образованности по шкалам: «Эмпатия с родителями» (средние значения 6,9 и 8,9; $t = 4,38$; $p<0,05$), «Эмпатия с детьми» (средние значения 7,1 и 8,1; $t = 2,04$; $p<0,05$) и «Эмпатия с героями художественных произведений» (средние значения 6,9 и 5,8; $t = 2,82$; $p<0,05$). От школьников с высоким уровнем образованности они значимо отличаются по шкалам «Эмпатия с родителями» (средние значения 6,9 и 9,8; $t = 5,33$; $p<0,01$) и «Эмпатия с героями художественных произведений» (средние значения 6,9 и 5,3; $t = 2,97$; $p<0,05$). Следует отметить, что по шкале «Эмпатия с героями художественных произведений» у школьников с ЗПР результаты более высокие, чем у их сверстников. Это можно объяснить высокими показателями по экзальтированности, полученными в данной группе по опроснику Г. Шмишека и отражающими общую нереалистичную направленность личности испытуемых.

При сопоставлении данных психодиагностики, полученных по методике И.М. Юсупова в группе школьников с задержкой психического развития, были получены результаты, представленные в таблицах 96, 97. При выраженной алекситимии высокий уровень эмпатии зафиксирован по отдельным шкалам у девочек в единичных случаях (у мальчиков не выявлен), большинство испытуемых демонстрируют низкий и средний уровень эмпатии. При средних значениях алекситимии показатели эмпатии в основном представлены также на среднем уровне.

Таблица 96 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при выраженной алекситимии у школьников с ЗПР

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Эмпатия с родителями	Частота	14	10	4	38	17	21	–	–	–
	Валидный процент	16,7	28,6	8,2	45,2	48,6	42,9	–	–	–
Эмпатия с животными	Частота	13	10	3	37	17	20	2	–	2
	Валидный процент	15,5	28,6	6,1	44,0	48,6	40,8	2,4	–	4,1
Эмпатия со стариками	Частота	10	6	4	40	21	19	2	–	2
	Валидный процент	11,9	17,1	8,2	47,6	60,0	38,8	2,4	–	4,1
Эмпатия с детьми	Частота	15	8	7	36	19	17	1	–	1
	Валидный процент	17,9	22,9	14,3	42,9	54,3	34,7	1,2	–	2,0
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	14	8	6	37	19	18	1	–	1
	Валидный процент	16,7	22,9	12,2	44,0	54,3	36,7	1,2	–	2,0
Эмпатия с незнакомыми	Частота	21	12	9	31	15	16	–	–	–
	Валидный процент	25,0	34,3	18,4	36,9	42,8	32,6	–	–	–
Суммарный показатель	Частота	44	24	20	7	3	4	1	–	1
	Валидный процент	52,4	68,6	40,8	8,4	8,6	8,2	1,2	–	2,0

Таблица 97 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) при промежуточной группе по алекситимии у школьников с ЗПР

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Эмпатия с родителями	Частота	1	–	1	26	8	18	1	–	1
	Валидный процент	1,2	–	2,0	30,9	22,9	36,7	1,2	–	2,0
Эмпатия с животными	Частота	1	–	1	25	8	17	2	–	2
	Валидный процент	1,2		2,0	29,8	22,9	34,2	2,4	–	4,1
Эмпатия со стариками	Частота	2	–	2	25	8	17	1	–	1
	Валидный процент	2,4		4,1	29,8	22,9	34,2	1,2	–	2,0
Эмпатия с детьми	Частота	2	–	2	22	8	14	4	–	4
	Валидный процент	2,4	–	4,1	26,2	22,9	28,6	4,8	–	8,2

Окончание табл. 97

Шкалы		Низкий уровень			Средний уровень			Высокий уровень		
		Всего	М	Д	Всего	М	Д	Всего	М	Д
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	3	–	3	23	7	16	2	1	1
	Валидный процент	3,6	–	6,1	27,4	20,0	32,6	2,4	2,9	2,0
Эмпатия с незнакомыми	Частота	4	1	3	22	7	15	2	–	2
	Валидный процент	4,8	2,9	6,1	26,2	20,0	30,6	2,4	–	4,1
Суммарный показатель	Частота	–	–	–	26	8	18	2	–	2
	Валидный процент	–	–	–	30,9	22,9	36,7	2,4	–	4,1

Изучение корреляционных взаимосвязей в группе школьников с задержкой психического развития позволило выявить взаимосвязи, представленные на рисунке 11.

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

1. Прямая взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками (уровень тревожности по шкале Дж. Тейлора, уровень нейротизма по опроснику Г. Айзенка и выраженность тревожной акцентуацией характера по опроснику Г. Шмишека).

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.

Первый и второй блоки не отличаются по структуре взаимосвязей от аналогичных, выявленных при проведении корреляционного анализа в группе испытуемых без задержки психического развития. В третьем блоке принципиально важным является проявление таких психологических параметров, как неуравновешенность, дистимичность и экзальтированность. В сочетании с выраженными агрессивными и враждебными реакциями это свидетельствует об эмоциональной нестабильности и импульсивности личности.

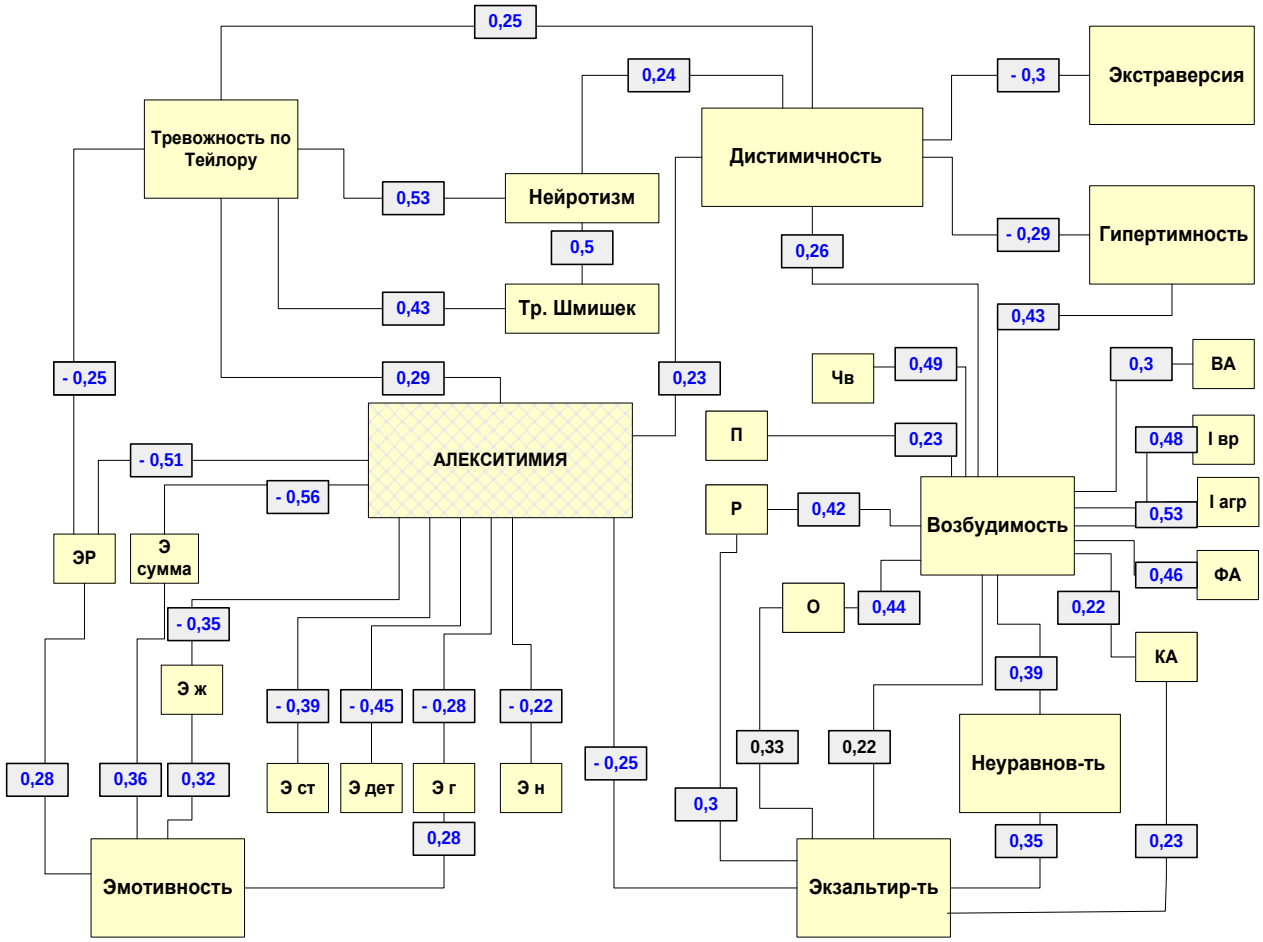


Рисунок 11 – Корреляционные взаимосвязи в группе испытуемых с задержкой психического развития

Условные обозначения: ФА – физическая агрессия; О – обида; ВА – вербальная агрессия; Р – раздражение; КА – косвенная агрессия; П – подозрительность; I агр – индекс агрессивности; I 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

При проведении факторного анализа в выборке школьников с задержкой психического развития 32 факторизуемых параметра были сгруппированы в 6 смысловых факторов (таблица 98).

В первый фактор с высокими положительными значениями вошли такие шкалы, как неуравновешенность (0,47), педантичность (0,64), тревожность (0,69), циклоидность (0,71), возбудимость (0,52), экзальтированность (0,60), тревожность по шкале Дж. Тейлора (0,59), нейротизм (0,83), обида (0,46) и чувство вины (0,66). Достаточно большое количество шкал обуславливает сложности в определении их единого семантического пространства. Однако, мы определили этот фактор как «тревожная нестабильность».

Таблица 98 – Факторная структура алекситимии в выборке школьников с ЗПР

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6
Возраст	0,05	0,23	0,15	–0,01	–0,01	**0,70**
Пол	0,28	0,27	–0,11	0,03	**0,73**	–0,04
Гипертимность	0,23	0,06	0,13	**0,73**	0,15	–0,21
Неуравновешенность	**0,47**	0,01	0,33	0,19	0,06	**0,44**
Эмотивность	0,38	**–0,49**	–0,17	–0,04	0,29	–0,09
Педантичность	**0,64**	0,17	0,05	0,07	–0,03	–0,31
Тревожность	**0,69**	–0,18	0,01	–0,17	–0,23	0,07
Циклоидность	**0,71**	0,12	0,03	0,29	0,24	0,12
Демонстративность	0,34	0,06	0,14	0,34	–0,02	–0,01
Возбудимость	**0,52**	0,13	**0,50**	0,28	0,17	0,08
Дистимичность	0,27	0,00	0,11	**–0,62**	0,10	–0,15
Экзальтированность	**0,60**	0,21	0,11	0,15	**0,47**	–0,14
Эмпатия с родителями	0,11	**–0,63**	–0,31	0,35	0,09	0,05
Эмпатия с животными	0,02	**–0,62**	0,16	–0,12	0,29	–0,35
Эмпатия со стариками	–0,11	**–0,67**	0,09	0,10	0,05	0,19
Эмпатия с детьми	0,09	**–0,74**	–0,05	0,22	0,01	0,11
Эмпатия с героями	0,09	**–0,69**	0,05	–0,17	–0,12	–0,21
Эмпатия с незнакомыми	–0,02	**–0,64**	0,03	–0,01	0,04	0,26
Эмпатия сумма	0,04	**–0,98**	–0,02	0,08	0,09	0,01
Тревожность (Тейлор)	**0,59**	–0,17	0,06	–0,32	–0,16	–0,16
Экстраверсия	0,15	0,13	0,33	**0,76**	0,12	–0,07
Нейротизм	**0,83**	–0,05	0,16	–0,06	0,16	0,18
Физическая агрессия	0,06	–0,07	**0,74**	0,18	–0,06	–0,05
Косвенная агрессия	0,05	–0,07	0,34	–0,20	**0,41**	–0,19
Раздражение	0,35	0,07	**0,62**	–0,18	0,04	0,12
Негативизм	–0,03	0,02	**0,52**	0,08	0,00	–0,39
Обида	**0,46**	–0,04	**0,55**	0,10	–0,07	0,23
Подозрительность	–0,07	0,02	0,19	0,10	**0,83**	0,04
Вербальная агрессия	–0,08	0,04	**0,62**	0,05	0,39	0,01
Чувство вины	**0,66**	0,07	0,18	0,22	0,27	0,04
Индекс враждебности	0,23	–0,03	**0,53**	0,16	**0,62**	0,17
Индекс агрессивности	0,13	0,01	**0,88**	0,07	0,22	0,03
Собственное значение фактора	4,77	4,12	3,90	2,42	2,72	1,52
% объясняемой дисперсии	15,18	13,42	12,75	8,82	8,36	5,61

Включение в фактор сразу трех тревожных характеристик (тревожная акцентуация характера, личностная тревожность и нейротизм) объясняет природу эмоциональной неуравновешенности личности. Также логично объединение с чувством вины как аутоагрессивной реакцией и обидой. Тревожная составляющая выступает в качестве дестабилизирующей характеристики, которая в результате постоянного ощущения волнения и беспокойства провоцирует неуравновешенность и циклоидность. Предвосхищение опасности создает базу

для постоянной готовности к ней человека, что выражается в повышенной возбудимости.

Во втором факторе со значимыми отрицательными вкладами находятся все показатели эмпатии по опроснику И.М. Юсупова и показатель эмотивности. Следует отметить, что данный фактор полностью совпадает со вторым фактором, выявленным в выборке испытуемых без задержки психического развития. Аналогично и его название – «гипоэмпатийные переживания».

В третий смысловой фактор с высокими положительными значениями вошли показатели возбудимости (0,50), физической агрессии (0,74), раздражения (0,62), негативизма (0,52), обиды (0,55), вербальной агрессии (0,62), а также индекса враждебности (0,53) и индекса агрессивности (0,88). Такая структура фактора полностью соответствует первому фактору «проявленная агрессивность», выявленному в выборке испытуемых без задержки психического развития.

В четвертом факторе с высокими положительными вкладами объединены гипертимность (0,73) и экстраверсия (0,76), а также отсутствие дистимических реакций (–0,62). Фактор совпадает по структуре и названию «экстравертированная гипертимность» с третьим фактором, выявленным в выборке испытуемых без ЗПР. Объединение его психологических составляющих позволяет говорить о внешней векторности эмоциональных переживаний и их активной направленности на социальное окружение.

Пятый фактор представлен пятью значимыми вкладами: пол (0,73), экзальтированность (0,47), косвенная агрессия (0,41), подозрительность (0,83) и индекс враждебности (0,62). Этот фактор мы назвали «Скрытая враждебность». По структуре он близок к седьмому фактору, выявленному в выборке респондентов без задержки психического развития. Однако в данном случае здесь присутствуют такие составляющие, как пол и экзальтированность. Поскольку именно по этим показателям девушки с ЗПР демонстрируют статистически значимо более высокие показатели, то мы относим сочетание данных психологических характеристик именно к женскому стереотипному варианту поведения. Проявление скрытых форм враждебного реагирования может быть

свойственно девушкам в результате их более выраженной социальной нормативности. Общество чаще осуждает открытое проявление агрессии девушками, в то время как у юношей в отдельных случаях это может рассматриваться как достоинство и показатель социальной успешности. Поэтому девушки действуют более завуалированными способами для реализации своих агрессивных намерений и действий.

Шестой фактор был назван «возрастные особенности» по аналогии с четвертым фактором, выявленным в выборке школьников без ЗПР. Он объединяет только два параметра со значимыми вкладами: возраст (0,70) и неуравновешенность (0,44). Дополнительно в него входят незначимые, но относительно высокие вклады по шкалам эмпатии с животными (–0,35), эмпатии с героями художественных произведений (–0,21), эмпатии с незнакомыми людьми (0,26). Интерес представляет, на наш взгляд, отсутствие на данном возрастном этапе сострадания и сочувствия к животным или героям художественных произведений при выраженном эмпатическом стремлении к незнакомым и малознакомым людям. Очевидно, на данном возрастном этапе значимость знакомого социального окружения снижается в результате постоянных высоких требований, предъявляемых к подростку. Формируется оторванная от реальности ориентация на более широкое социальное взаимодействие, с которым и связываются возможные перспективы развития и успешности.

При проведении факторизации всех исследуемых характеристик с целью изучения структуры алекситимического пространства в группе школьников с ЗПР исследуемые параметры были сгруппированы в три основных смысловых фактора (таблица 99).

В первый смысловой фактор, названный нами «тревожные переживания» с высокими положительными значениями вошли показатели тревожной акцентуации (0,61), тревожности по Тейлору Дж. (0,52), нейротизма (0,68) и алекситимии (0,42). Дополнительно в него входит незначимый, но относительно высокий вклад по шкале циклоидности (0,27).

Таблица 99 – Факторная структура алекситимического пространства в выборке школьников ЗПР

Факторизуемые параметры	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Гипертимность	0,11	0,31	-0,16
Неуравновешенность	0,17	**0,59**	-0,08
Эмотивность	-0,14	-0,06	**-0,47**
Педантичность	-0,09	0,11	0,13
Тревожность	**0,61**	0,12	0,05
Циклоидность	0,27	-0,08	0,16
Демонстративность	-0,14	0,13	0,17
Возбудимость	-0,10	**0,53**	0,01
Дистимичность	0,32	0,14	0,17
Экзальтированность	0,07	0,12	-0,15
Эмпатия с родителями	0,11	0,16	**-0,60**
Эмпатия с животными	-0,13	-0,03	**-0,64**
Эмпатия со стариками	-0,17	0,08	**-0,49**
Эмпатия с детьми	-0,09	-0,20	**-0,61**
Эмпатия с героями худож. произведений	-0,18	-0,12	**-0,56**
Эмпатия с незнакомыми	0,21	0,04	**-0,67**
Общая эмпатия	0,05	0,13	**-0,82**
Тревожность (Тейлор)	**0,52**	0,36	0,09
Экстраверсия	0,07	0,29	0,04
Нейротизм	**0,68**	0,14	-0,10
Физическая агрессия	-0,05	0,28	0,19
Косвенная агрессия	-0,02	0,34	0,10
Раздражение	0,19	**0,71**	0,08
Негативизм	0,16	**0,47**	0,13
Обида	0,09	0,30	0,14
Подозрительность	0,12	0,28	0,11
Вербальная агрессия	0,21	**0,52**	0,17
Чувство вины	-0,16	-0,08	0,03
Индекс враждебности	0,14	**0,74**	0,17
Индекс агрессивности	0,08	**0,71**	0,20
Алекситимия	**0,42**	**0,47**	0,09
Собственное значение фактора	2,03	1,61	1,17
% объясняемой дисперсии	29,03	22,98	16,72

Второй фактор был назван «проявленная агрессивность» по аналогии с первым фактором, выявленным в группе нормы. Он объединяет следующие параметры со значимыми вкладами: неуравновешенность (0,59), возбудимость (0,53), раздражение (0,71), негативизм (0,47), вербальная агрессия (0,52), индекс враждебности (0,74) и индекс агрессивности (0,71) и алекситимию (0,47). Дополнительно в данный фактор входят незначимые, но относительно высокие вклады по гипертимности (0,31), тревожности по Тейлору Дж. (0,36),

экстраверсии (0,29), физической агрессии (0,28), косвенноей агрессии (0,34), обиде (0,30) и подозрительности (0,28). Фактор назван по аналогии с группрй нормы «проявленная агрессивность).

Третий смысловой фактор объединяет со значимыми отрицательными вкладами эмотивность (0,47) и все показатели опросника И.М. Юсупова: эмпатию с родителями (0,60), с животными (0,64), со стариками (0,49), с детьми (0,61), с героями художественных произведений (0,56), с незнакомыми людьми (0,67), а также общий суммарный показатель эмпатии (0,82). По аналогии со вторым фактором структуры алекситимического пространства в группе нормы мы назвали его «гипоэмпатийные переживания».

Таким образом, психологическая структура алекситимического пространства в выборке школьников с ЗПР не имеет принципиальных отличий от показателей нормативной группы.

Выводы по главе 4

1. 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.

2. 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 обусловливает примитивность и стереотипичность поведения и способствует усилению нарушений психического развития.

3. Выявлена статистически достоверно б***о***льшая 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.

4. 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.

5 ТЕХНОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КОНТЕКСТЕ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

5.1 Психологическая превенция алекситимии при отсутствии нарушений психического и 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; психокоррекционная 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 группа (возраст на данном этапе исследования 7–9 лет), их

родители (в полных семьях и матери и отцы, в неполных – только матери) и 4 педагога, ведущие в классах основные дисциплины. Следует отметить, что в настоящем исследовании за исходные результаты приняты показатели уровня тревожности учащихся в конце учебного года (таблица 100).

Таблица 100 – Частотное распределение уровня тревожности (методика А.М. Прихожан)

Уровень тревожности		Учебная тревожность	Самооценочная тревожность	Межличностная тревожность	Суммарный показатель
Высокий	Частота	81	52	83	76
	Валидный процент	66,9	42,9	68,6	62,8
Средний	Частота	40	69	38	45
	Валидный процент	33,1	57,1	31,4	37,2

Как видно из таблицы, 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.

Распределение показателей у мальчиков и девочек по исследуемым параметрам позволило выявить несколько большее количество мальчиков с высоким уровнем самооценочной тревожности и высоким уровнем суммарного показателя по сравнению с девочками. Хотя при проведении статистической обработки данных по t-критерию Стьюдента значимых различий между мальчиками и девочками по этим показателям не выявлено, мы отмечаем наличие тенденции к повышению тревожности у мальчиков.

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». Остальные результаты приведены в таблице 101. Важно заметить, что в исследовании участвовали 56 детей из полных и 15 – из неполных семей (в этих случаях представлены только данные матерей).

Таблица 101 – Частотное распределение ведущего типа родительского отношения (опросник А.Я. Варга и В.В. Столина) в контрольной группе

Родители		Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
Матери	Частота	26	22	23
	Валидный процент	36,6	31,0	32,4
Отцы	Частота	5	24	27
	Валидный процент	8,9	42,9	48,2

Обращает на себя внимание, что матери значительно чаще отцов демонстрируют симбиотические отношения с ребенком, тогда как отцы склонны либо занимать жесткую гиперсоциализирующую позицию, либо относятся к ребенку как к несамостоятельному, неприспособленному, социально и личностно незрелому. Отец стремится строго контролировать действия ребенка, что резко снижает возможность доверительных, принимающих отношений. Чаще всего эту воспитательную позицию связывают с неосознаваемым желанием родителя приписать ребенку личную и социальную несостоятельность, которая стимулирует формирование гиперопекающего стиля взаимодействия. Результатом может стать дестабилизация эмоционального состояния ребенка, развитие у него невротических симптомов [Лебединский, 1985; Спиваковская, 1988; Соколова, 1989 и др.].

Необходимо отметить, что в экспериментальной группе типы родительского отношения матерей и отцов представлены достаточно равномерно. Среди матерей отмечается незначительная тенденция к преобладанию позиций «Кооперация» и «Симбиоз» (13 и 14 человек соответственно); у отцов несколько преобладают типы «Авторитарная гиперсоциализация» (16 чел.) и «Маленький неудачник» (14 чел.).

При подготовке второго этапа исследования результаты анализа литературных источников, результатов медико-психологических исследований, а также собственного экспериментального исследования психологической структуры алекситимического пространства обусловили смещение психологической помощи алекситимическим индивидам в область профилактики. Превентивный подход, который мы определили как «технологию 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 несколько серий 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 тренинги «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 включены 10 музыкальных сказок, объединенные общим сюжетом.

Сказкотерапию проводили с испытуемыми экспериментальной группы в виде урочной и внеурочной форм работы. Детям предлагали прослушать сказку и нарисовать к ней рисунок акварельными красками. В рисунке нужно было изобразить героев сказки, фрагмент сюжета, свои чувства, возникшие при прослушивании волшебной истории.

Далее дети принимали участие в обсуждении обозначенных в сказке проблем и рисунков. Каждый получал возможность высказать свое мнение относительно поведения сказочных героев, предложить для них вариант действий, ответить на вопрос: «Почему так произошло?». Обсуждение проходило в свободной форме, мнения детей не критиковали и не подвергали оценке.

После обсуждения сказки группа переходила к обсуждению рисунков. Каждый ребенок мог рассказать о том, что он нарисовал. Ведущий группу психолог задавал вопросы относительно содержания рисунка или использованных в нем цветов.

При проведении занятий по указанному методу использовали две формы работы: урочную – ведение психокоррекционных занятий в рамках урока «Развитие творческих способностей», и внеурочную – ведение психокоррекционных занятий.

Занятия были построены следующим образом. Вначале детям предлагали рассказать о том, как они себя чувствуют в данный момент, какое у них настроение, постараться объяснить, с чем связано то или иное их состояние, по желанию нарисовать его акварельными красками, и рассказать группе о своем рисунке. Эта работа была направлена на то, чтобы помочь детям осознать свои эмоции и чувства, попытаться разобраться в том, какие события их вызывают.

На первом занятии такое задание вызвало затруднения. Дети говорили, что нарисовать настроение нельзя. Но в дальнейшем эта работа им понравилась, они с интересом рассказывали о своих рисунках.

Важно отметить, что после того, как рисование и обсуждение настроения было закончено, многие дети говорили об улучшении самочувствия. Таким образом, выраженные в рисунке и вербализованные в обсуждении негативные чувства утрачивали свою актуальность.

Далее начинали работу со сказкой. Во время прослушивания использовали подвижные игры и упражнения для обучения детей динамической релаксации. После этого переходили к рисованию и обсуждению содержания сказки и рисунков.

На первых занятиях обсуждение выглядело как ответы детей на вопросы психолога. Они редко проявляли в разговоре активность и инициативу, отвечали односложно. Хотя родители отмечали, что дома дети с интересом рассказывают о новых «уроках», охотно демонстрируют рисунки и с нетерпением ждут следующего занятия. Начиная с третьего занятия, атмосфера в группе изменилась. Ребята стали чувствовать себя более свободно, видя, что их ответы и рисунки не подвергаются критике и негативной оценке. Кроме того, их поведение и высказывания не обсуждали с педагогами или родителями, что также давало им стимул к проявлению активности и инициативы во время занятий. Содержание сказок вызывало у детей живой интерес, они стали активнее включаться в обсуждение предлагаемых проблем.

Дети проявили интерес к необычным волшебным историям, активно участвовали в обсуждении сказочных событий, свободно высказывали свое мнение, предлагали интересные способы разрешения проблемных ситуаций.

Особого внимания заслуживают рисунки, созданные детьми на занятиях. Поскольку к сюжетному содержанию рисунков, их цветовому решению не предъявляли конкретных требований, дети имели возможность опираться лишь на свое воображение, настроение и чувства. Для большинства из них предложение нарисовать свое настроение было сначала необычным. Но в дальнейшей работе они сами предлагали изобразить свои ощущения и даже пытались обсудить и понять, чем вызвано то или иное их состояние.

Довольно часто ребята пытались перейти от обсуждения проблем, описанных в сказке, к тем ситуациям, которые происходят в их реальной школьной жизни. Тогда вместе с группой они обсуждали волнующие их проблемы взаимоотношений с товарищами, родителями или учителями, проблемы ответственного отношения к учебе, собственного поведения в конфликтных ситуациях, а главное, находили наиболее конструктивный и приемлемый для себя вариант действий.

Важным элементом данной работы следует считать то, что во время занятий каждому ребенку предоставляли возможность свободно высказать свое мнение,

даже в том случае, если оно кардинально отлично от мнения группы. При этом не допускали критических, оценочных суждений в адрес ребенка. Он имел право изложить свою точку зрения, аргументировать ее, сравнить с мнением группы и далее действовать по своему усмотрению.

В школьной жизни существует деление на «правильное» и «неправильное» мнение. Отступление ребенка от «правильных» суждений иногда ведет к неприятным для него последствиям. Это могут быть распространенные оценочные высказывания педагогов: «Не говори ерунды», «Ты всегда отвечаешь не так, как нужно» и т.д.; насмешки детей и неодобрение или даже наказание родителей. Для ребенка же особенно ценно его собственное мнение и важно отношение к нему окружающих.

Во время занятий даже дети нерешительные и робкие, понимая, что любое их высказывание принимают и не подвергают критической оценке, стремились проявить активность и инициативу.

Из бесед с учителями мы выяснили, что дети, принимающие участие в данной работе, стали более активны на уроках, свободно высказывают свою точку зрения при решении проблемных задач, проявляют инициативу и самостоятельность при выполнении индивидуальных заданий. Учителя отмечают их несомненные успехи на уроках по развитию речи и конструированию. Творческие работы этих ребят (сочинения) отличаются индивидуальностью.

ИЗ ПРОТОКОЛА НАБЛЮДЕНИЯ. Ученик 3 класса Коля И. По оценкам учителя, очень «сложный» ребенок. Успевает на «4» и «5», иногда бывают «тройки», из-за чего мальчик очень переживает. Постоянно нарушает дисциплину на уроках, вызывая этим негодование учителей. Старается насмешить детей своими проделками. Отвечая на уроках, часто фантазирует, придумывает совершенно невероятные истории, вызывая смех одноклассников. Задачи придумывает всегда только про звезды или инопланетян. Еще в первом классе дети прозвали его вруном за то, что он рассказал им, будто научил дома кошку и собаку здороваться с гостями, а позже выяснилось, что ни кошки, ни собаки у него нет. За это дома мальчик был сурово наказан. Живет с бабушкой и дедушкой

(к маме ходит на выходные), которые убеждены, что он «ужасный ребенок» и за свои «выходки» должен получать наказание.

По результатам психодиагностики зафиксирован средний уровень учебной тревожности и высокий уровень самооценочной и межличностной тревожности по шкале А.М. Прихожан, а также суммарного показателя.

Принимал активное участие в психокоррекционных занятиях, высказывая самые необычные суждения и предложения. Отсутствие критики только стимулировало его творческую активность. Колины рисунки не раз вызывали восхищение ребят своей необычностью.

По словам учителя, на занятиях других педагогов был активен, очень тщательно выполнял все задания, прекрасно справлялся с самостоятельными работами, не нарушал дисциплину. По результатам контрольной психодиагностики после окончания психокоррекционных занятий получен средний уровень по всем видам тревожности.

Таким образом, на наших занятиях мальчик получил возможность реализовать свою фантазию естественным, социально приемлемым способом, не получая при этом критических замечаний и оценок.

В рисунках, создаваемых детьми во время занятий, можно проследить следующую динамику. В начале работы группы в рисунках доминируют темные тона: черный, коричневый, темно-зеленый, темно-синий, фиолетовый, редко красный. Такие цветовые решения свидетельствуют о напряженности, повышенной тревожности, эмоционально нестабильном состоянии ребенка. В изображениях людей и сказочных героев можно заметить признаки проявления агрессии (тщательно прорисованные зубы, когти, слишком длинные пальцы, наличие в рисунке яркой штриховки) и повышенной тревожности (наличие неровного неодинакового нажима, коротких штрихов, стирания, рисование линии основы). Рисунки последних занятий отличаются использованием более светлых красок, в них преобладают желтые, голубые, синие, светло-зеленые, красные, оранжевые тона. Изображения людей практически утратили агрессивную направленность.

ИЗ ПРОТОКОЛА НАБЛЮДЕНИЯ. Ученица 1 класса Инна Т. На вступительном собеседовании выявлен низкий уровень подготовки к школьному обучению. Занимается в классе по программе «1-4». По оценкам учителя, очень робкая, стеснительная девочка. На уроках пассивна, никогда не поднимает руку, даже если знает материал, отказывается от ответа. Наиболее успешно справляется с индивидуальными заданиями, эффективно работает, находясь один на один с учителем.

По итогам психодиагностики зафиксирован высокий уровень суммарного показателя, а также учебной и межличностной тревожности и средний уровень самооценочной тревожности по шкале А.М. Прихожан.

Родители ребенка: мать – 36 лет, разведена, образование среднее, рабочей специальности. В настоящее время по специальности не работает, в ближайшее время есть опасность потерять работу. Степень удовлетворенности материальными и жилищными условиями оценивает «неудовлетворительно». Высокий уровень личностной тревожности по Тейлору, ведущий тип родительского отношения – «Маленький неудачник».

На первых занятиях девочка занимала пассивную позицию: на вопросы отвечала односложно, в обсуждении практически не участвовала, объяснять свои рисунки отказывалась. В рисунках доминировали темные тона. Постепенно, ощущая доброжелательное и безоценочное отношение к ней группы, она стала чувствовать себя более свободно. Ответы перестали носить односложный характер, в суждениях появилась самостоятельность (иногда она была не согласна с мнением кого-то из членов группы и высказывала свою точку зрения), с удовольствием участвовала в подвижных играх.

Из беседы с учительницей мы выяснили, что на уроках Инна стала поднимать руку для ответа и даже успешно выполнила задание у доски. Мама отмечает, что дочь изменилась в отношениях со старшим братом: они стали меньше ссориться, Инна теперь не плачет, как прежде, если он отказывается с ней играть, но часто просит его помощи при подготовке домашнего задания.

По итогам контрольного психодиагностического среза у Инны Т. зафиксирован высокий уровень учебной тревожности и средний уровень суммарного показателя, самооценочной и межличностной тревожности по шкале А.М. Прихожан.

Результаты промежуточной психодиагностики показали, что с помощью психокоррекционных занятий нам удалось частично снять повышенную тревожность у девочки и помочь ей в решении коммуникативных и учебных проблем.

Описанные выше случаи подтвердили, что эффективность работы по снятию эмоционального напряжения и тревожности у детей повышается при использовании комплекса мероприятий и участии в них ближайшего социального окружения ребенка (родителей и педагогов). В связи с этим мы не прерывали консультационную работу со взрослыми, построив ее на основе их индивидуальных запросов.

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:

1. Тренинг по вербализации эмоций.

2. Тренинг «Ты говоришь – я слушаю», направленный на развитие приемов активного эмпатийного слушания.

3. Тренинг по развитию эмпатийных способностей (два цикла).

4. Тренинг по снижению агрессивности (два цикла).

5. Тренинг по формированию конструктивных моделей общения (два цикла).

Тематика групповых и индивидуальных консультаций для родителей и педагогов была определена в зависимости от тематики тренингов для детей. Так, 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.

Всего в указанных различных формах работы приняли участие 50 детей, их родители (все матери и 12 отцов) и 18 педагогов.

Дети охотно принимали участие в работе тренинговых групп. В отдельных случаях, когда их родители отказывались от получения консультаций психолога, они сами убеждали в необходимости и полезности консультаций.

В основном проблемы, вынесенные на обсуждение во время консультаций, касались вопросов эффективного взаимодействия с ребенком, поиска адекватной стратегии воспитания, снятия тревожности при подготовке к зачетным и экзаменационным работам, принятию мнения ребенка при обсуждении спорных семейных ситуаций. Следует отметить, что поскольку периодичность консультаций зависела от желания родителей, они стали относиться к ним как к возможности получения реальной помощи и поддержки в воспитании. Кроме того, желание быть компетентным стимулировало потребность в чтении специальной литературы и обсуждении ее с психологом. Таким образом, наша работа носила и просветительский характер.

Педагоги отмечали, что дети, чьи родители периодически консультируются у психолога, более свободны в общении, охотно вступают в дискуссию на уроке, свободно высказывая свое мнение относительно изучаемого предмета, их

успеваемость более стабильна. Они с большим эмоциональным пониманием и сочувствием реагируют на неудачи окружающих и искренне радуются их успехам.

По итогам контрольной психодиагностики на третьем этапе работы ни у одного ученика не зафиксировано высоких показателей по алекситимии, только у шести человек результаты по Торонтской алекситимической шкале 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, поскольку процесс коррекции некоего выраженного свойства личности (особенно в зрелом возрасте) трудоемкий и не всегда результативный, в отличие от профилактики развития этого свойства. Кроме того, учитывая сложности коррекции алекситимических черт при попытках непосредственного психологического воздействия на них, мы считаем, что работа с отдельными составляющими алекситимического пространства более эффективна.

Следует отметить, что чаще всего диагностику и психологическую коррекцию алекситимии осуществляют в рамках медико-психологических исследований, в связи с развитием какого-либо соматического заболевания. Рассматривая алекситимию как один из возможных факторов формирования психосоматических заболеваний, мы считаем необходимой организацию психологической работы по ее профилактике, направленной на психологическое пространство алекситимии.

На третьем этапе работы в исследуемой выборке было проведено психодиагностическое исследование для испытуемых экспериментальной и контрольной групп, обучающихся в это время в старших классах (возраст 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. Так, например, высокий уровень тревожности по шкале Дж. Тейлора зафиксирован

у 3 испытуемых, явная акцентуация по тревожному типу (по опроснику Г. Шмишека) не выявлена ни у кого, выраженная алекситимия – у двух человек. Отдельные виды агрессивных и враждебных реакций по тесту-опроснику А. Басса и А. Дарки в большей степени представлены у мальчиков, при этом показатели в целом не превышают нормативных значений. Результаты диагностики в каждом отдельном случае отражают картину индивидуального развития и не требуют дополнительного анализа.

Результаты диагностики, зафиксированные в контрольной группе, значительно отличаются от экспериментальной. При диагностике уровня тревожности по шкале Дж. Тейлора были получены достаточно высокие показатели (таблица 102).

Таблица 102 – Частотное распределение уровня личностной тревожности (шкала Дж. Тейлор) в контрольной группе

Уровень тревожности	Низкий	Средний	Высокий
Частота	12	28	31
Валидный процент	16,9	39,4	43,7

Интересно сравнение этих показателей с данными по тревожности, полученными по шкале А.М. Прихожан в младшем школьном возрасте. Если шкала А.М. Прихожан позволяет нам фиксировать балл по определенному виду тревожности (учебной, самооценочной и межличностной), то шкала Дж. Тейлора определяет *личностную* тревожность, т.е. устойчивую характеристику испытуемого, оказывающую влияние на всю деятельность в целом, а не только на отдельные ее виды. Хотя в выборке представлен и низкий уровень тревожности (у 16,9% испытуемых), не следует забывать о неоднозначной трактовке такого результата как реально низкого. Полученные данные позволяют нам фиксировать тенденцию транформации отдельных видов тревожности в устойчивую характеристику, а также ее закрепление в структуре личности. Это подтверждают и материалы корреляционного анализа, устанавливающие положительную статистически значимую взаимосвязь между самооценочной тревожностью в

младшем школьном и личностной тревожностью в старшем школьном возрасте ($r = 0,28$ при $p = 0,0049$).

При анализе результатов диагностики по характерологическому опроснику Г. Шмишека мы учитывали выраженность акцентуаций характера всех типов. Количественные показатели представлены в таблице 103.

Таблица 103 – Частотное распределение выраженности типов акцентуаций характера (опросник Г. Шмишека) в контрольной группе

Тип акцентуации	Явная акцентуация		Скрытая акцентуация	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Гипертимический	63	88,7	6	8,4
Неуравновешенный	10	14,1	35	49,3
Эмотивный	31	43,7	33	46,5
Педантичный	2	2,8	26	36,6
Тревожный	16	22,5	18	25,4
Циклоидный	23	32,4	34	47,9
Демонстративный	19	26,8	37	52,1
Возбудимый	20	28,2	28	39,4
Дистимичный	3	4,2	14	19,7
Экзальтированный	34	47,9	19	26,8

Высокие показатели по шкалам гипертимности и экзальтированности (88,7% и 47,9% соответственно) мы связываем со спецификой эмоционального развития в старшем подростковом и юношеском возрастах. Явная акцентуация по эмотивному типу больше выражена у девочек (у 27 из 31 испытуемой), что объясняется наибольшей сензитивностью девочек, их выраженной способностью к сопереживанию и сочувствию.

Обращают на себя внимание достаточно высокие показатели по циклоидности, возбудимости и тревожности (явные акцентуации по этим типам выявлены у 32,4, 28,2 и 22,5% испытуемых соответственно).

При определении значимых различий между юношами и девушками мы выявили бóльшую выраженность эмотивности и экзальтированности у девушек ($t = 2,94$ и $t = 2,68$; $p<0,05$ соответственно).

Тестирование испытуемых по Торонтской алекситимической шкале в контрольной группе выявило следующие результаты (таблица 104).

Таблица 104 – Частотное распределение выраженности уровней алекситимии (Торонтская алекситимическая шкала) в контрольной группе

Алекситимия	Юноши		Девушки		Всего по выборке	
	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент	Частота	Валидный процент
Выражена	12	30,8	4	12,5	18	25,4
Промежуточная группа	22	56,4	11	34,4	20	28,2
Не выражена	5	12,8	17	53,1	33	46,5

Полученные данные свидетельствуют о преобладании выраженной алекситимии у мальчиков по сравнению с девочками. При проведении статистической обработки результатов установлены значимые различия между ними по этому параметру ($t = 2,34$; $p<0,05$).

Качественный анализ результатов показал, что у многих учащихся хотя и отмечен в соответствии с ключом к данной методике средний показатель, но реально он приближается к значению высокого уровня. Мы считаем, что, исходя из вышесказанного, в целом показатели по алекситимии в исследуемой выборке можно считать достаточно высокими.

При диагностике испытуемых по шкале агрессивности А. Басса и А. Дарки мы зафиксировали результаты, представленные в таблице 105.

Таблица 105 – Частотное распределение выраженности агрессивных и враждебных реакций (опросник А. Басса и А. Дарки) в контрольной группе

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Физическая агрессия	Частота	42	9	20
	Валидный процент	59,2	12,7	28,2
Косвенная агрессия	Частота	28	29	14
	Валидный процент	39,4	40,8	19,7
Раздражение	Частота	10	26	35
	Валидный процент	14,1	36,6	49,3
Негативизм	Частота	41	14	16
	Валидный процент	57,7	19,7	22,5
Обида	Частота	24	30	17
	Валидный процент	33,8	42,3	23,9

Окончание табл. 105

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Подозритель-ность	Частота	36	14	21
	Валидный процент	50,7	19,7	29,6
Вербальная агрессия	Частота	45	15	11
	Валидный процент	63,4	21,1	15,5
Чувство вины	Частота	36	13	22
	Валидный процент	50,7	18,3	31,0
Индекс враждебности	Частота	41	24	6
	Валидный процент	57,7	33,8	8,5
Индекс агрессивности	Частота	28	22	21
	Валидный процент	39,4	31,0	29,6
Индекс враждебности + Индекс агрессивности	Частота	24	28	19
	Валидный процент	33,8	39,4	26,8

Из таблицы видно, что показатели по враждебности значительно выше, чем по агрессивности. Так, превышающий нормативное значение индекс враждебности зафиксирован у 41 испытуемого (57,7%), а превышающий нормативное значение индекс агрессивности – у 28 человек (39,4%). При этом среди мальчиков большее количество испытуемых, чем среди девочек, продемонстрировали высокие показатели и по враждебности, и по агрессивности (38,5 и 28,1% соответственно). Интерес вызывает тот факт, что в исследуемой выборке у 24 учащихся (33,8%) выявлены одновременно высокие значения и по враждебности, и по агрессивности. Только у 28 человек (39,4%) оба показателя соответствуют норме (у 16 мальчиков и 12 девочек).

Что касается показателей, зафиксированных ниже нормативного значения, то мы не трактуем их как позитивный результат. Если предположить, что агрессия выполняет ряд адаптивных функций организма, то низкие ее показатели можно рассматривать как снижение адаптивных способностей. Кроме того, по аналогии с диагностикой тревожности, мы считаем, что низкие результаты по этим шкалам свидетельствуют не столько о реально слабых проявлениях враждебности и агрессивности в поведении индивида, сколько о весьма сильных защитных

механизмах или выраженной «социальной желательности» у испытуемого, которые искажают результаты тестирования.

Статистически значимые различия между мальчиками и девочками по шкалам опросника А. Басса и А. Дарки выявлены по физической агрессии, подозрительности, индексам враждебности и агрессивности (таблица 106).

Полученные данные позволяют нам говорить о большей степени выраженности физической агрессии и подозрительности у мальчиков в сравнении с девочками, а также значимо более высоких у них показателей по враждебности и агрессивности в целом.

Таблица 106 – Значимые различия между мальчиками и девочками по методике А. Басса и А. Дарки

Агрессивные и враждебные реакции	Среднее значение у мальчиков	Среднее значение у девочек	Значение t-ритерия
Физическая агрессия	6,5	4,69	3,65*
Подозрительность	5,89	4,94	2,0*
Индекс враждебности	10,89	9,44	2,04*
Индекс агрессивности	19,64	17,06	2,06*

* Различия значимы при $p \leq 0,05$.

Определяя особенности темперамента при помощи опросника Г. Айзенка в исследуемой выборке, наиболее важным показателем мы считали выраженность нейротизма как устойчивой конституциональной характеристики личности. Распределение испытуемых по типам темперамента достаточно неравномерно: выявлено 28 человек с холерическим, 38 – с сангвиническим, 2 – с флегматическим и 3 – с меланхолическим типами темперамента. При этом можно говорить о высоких показателях нейротизма у холериков и меланхоликов (31 человек) и низких – у сангвиников и флегматиков (40 человек).

При определении способности испытуемых к эмпатии по методике И.М. Юсупова зафиксированы результаты, представленные в таблице 107.

Обращает на себя внимание, что в основном в выборке представлены средние показатели по всем шкалам. Наибольший интерес, на наш взгляд, представляет выраженность высокой эмпатии с родителями лишь у 8 испытуемых (11,3%). Самые низкие показатели получены по шкалам «Эмпатия с животными»

и «Эмпатия с героями художественных произведений». Кроме того, только у троих испытуемых (4,2%) выявлен высокий общий показатель эмпатии.

Таблица 107 – Частотное распределение уровня эмпатии (методика И.М. Юсупова) в контрольной группе

Шкалы		Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Эмпатия с родителями	Частота	8	62	1
	Валидный процент	11,3	87,3	1,4
Эмпатия с животными	Частота	2	49	20
	Валидный процент	2,8	69,0	28,2
Эмпатия со стариками	Частота	3	63	5
	Валидный процент	4,2	88,7	7,1
Эмпатия с детьми	Частота	3	56	12
	Валидный процент	4,2	78,9	16,9
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	1	45	25
	Валидный процент	1,4	63,4	35,2
Эмпатия с незнакомыми	Частота	3	59	9
	Валидный процент	4,2	83,0	12,8
Суммарный показатель	Частота	3	53	15
	Валидный процент	4,2	74,7	21,1

Статистически значимые различия по всем шкалам эмпатии между мальчиками и девочками выявлены только по шкале «Эмпатия с героями художественных произведений»: у девочек она статистически значимо выше ($t = 3,15$; $p<0,05$).

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 в структуре личности испытуемых;

2 блок – взаимосвязь алекситимии с эмпатийными способностями и эмотивностью;

3 блок – взаимосвязь алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями.

Подробно зафиксированные взаимосвязи представлены на рисунках 12–14.

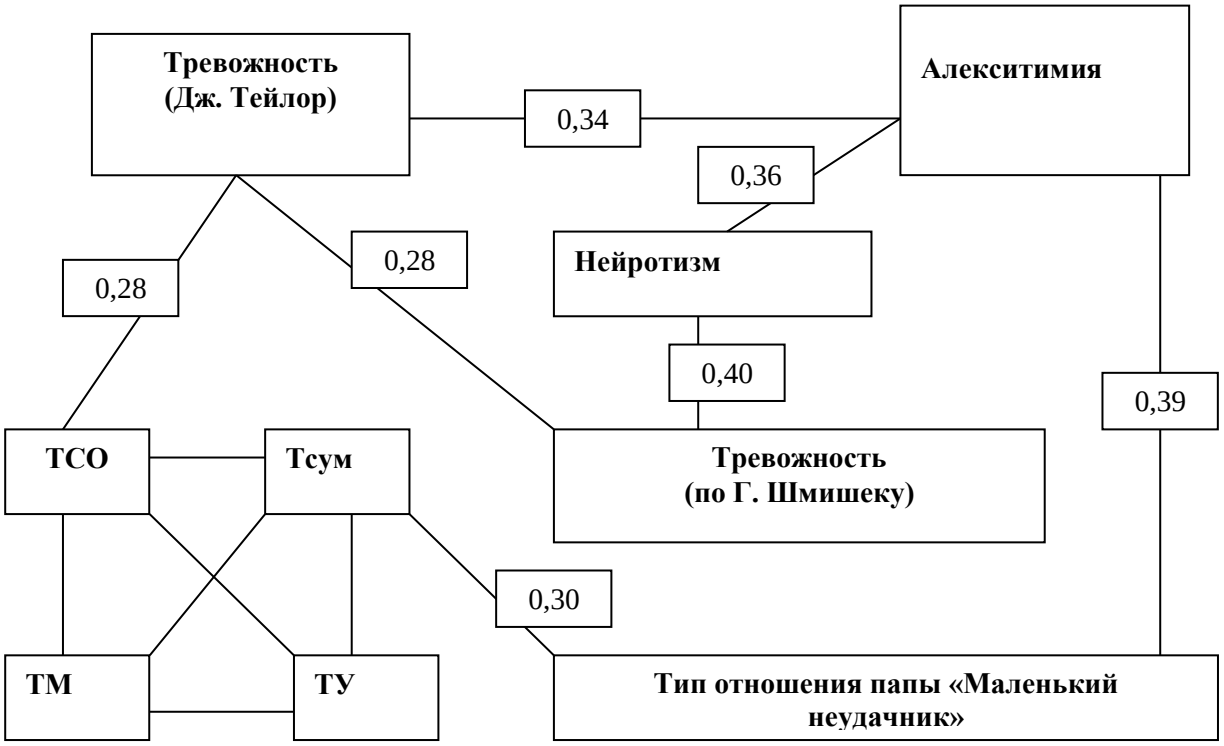


Рисунок 12 – Взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками в структуре личности испытуемых

Условные обозначения здесь и далее:

ТУ – учебная тревожность в младшем школьном возрасте; ТСО – самооценочная тревожность в младшем школьном возрасте; ТМ – межличностная тревожность в младшем школьном возрасте; Тсум – суммарный показатель тревожности в младшем школьном возрасте

При психологической интерпретации первого блока взаимосвязей «Алекситимия – тревожность» (рисунок 12) 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), алекситимией и нейротизмом (r = 0,36), алекситимией и отношением папы к ребенку по типу «Маленький неудачник» (r = 0,39) доказывают правильность нашего предположения.

Второй блок выявленных взаимосвязей (рисунок 13) позволяет нам говорить о схожей психологической природе диады «Алекситимия – эмпатия» (r = –0,51). При этом обратная зависимость этих характеристик 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 – это отсутствие таких способностей и невозможность дифференцировать эмоциональные и физиологические ощущения.

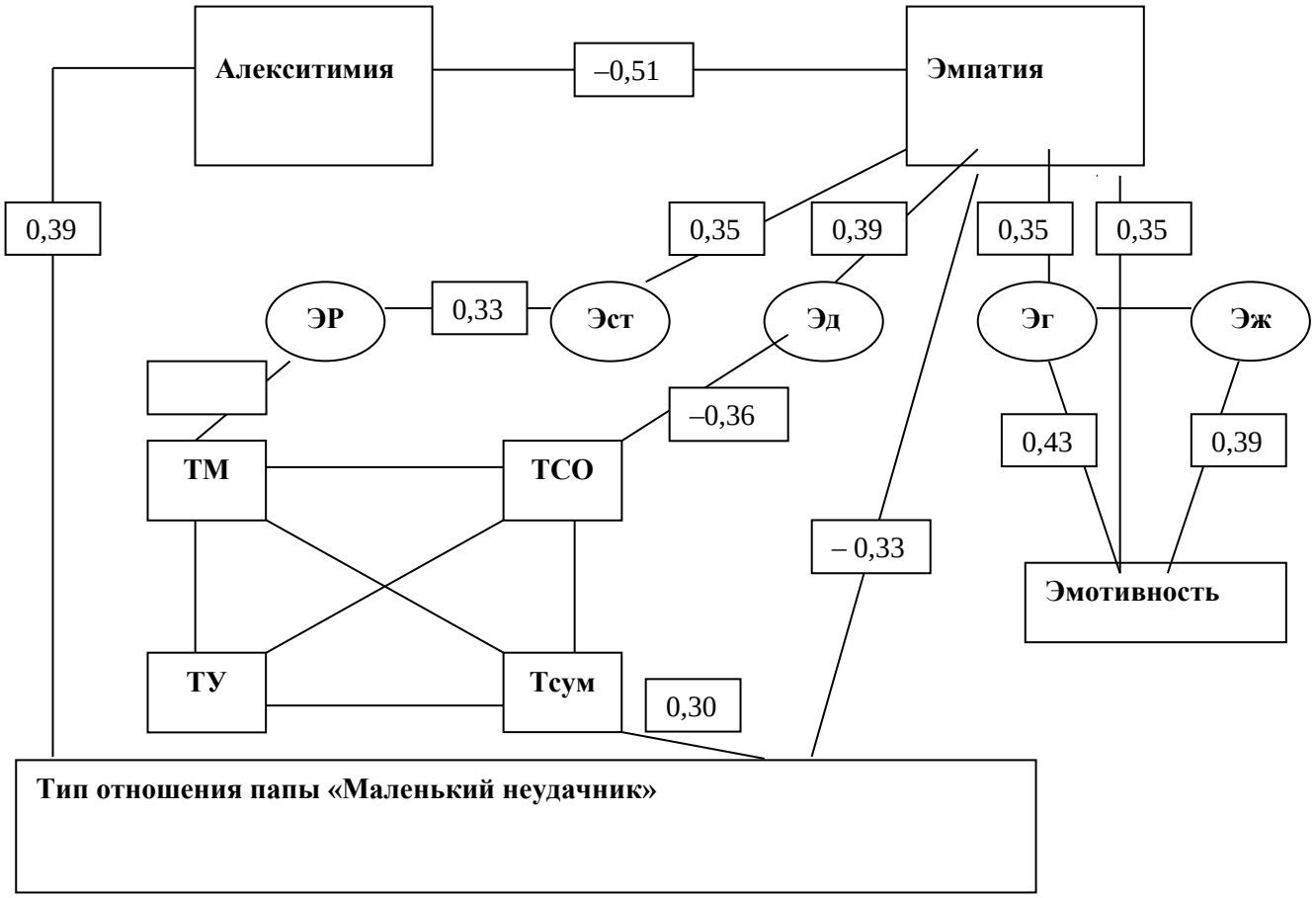


Рисунок 13 – Взаимосвязь алекситимии с эмпатийными способностями и эмотивностью

Условные обозначения:

ЭР – эмпатия с родителями; Эст – эмпатия со стариками; Эд – эмпатия с детьми; Эг – эмпатия с героями художественных произведений; Эж – эмпатия с животными

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.

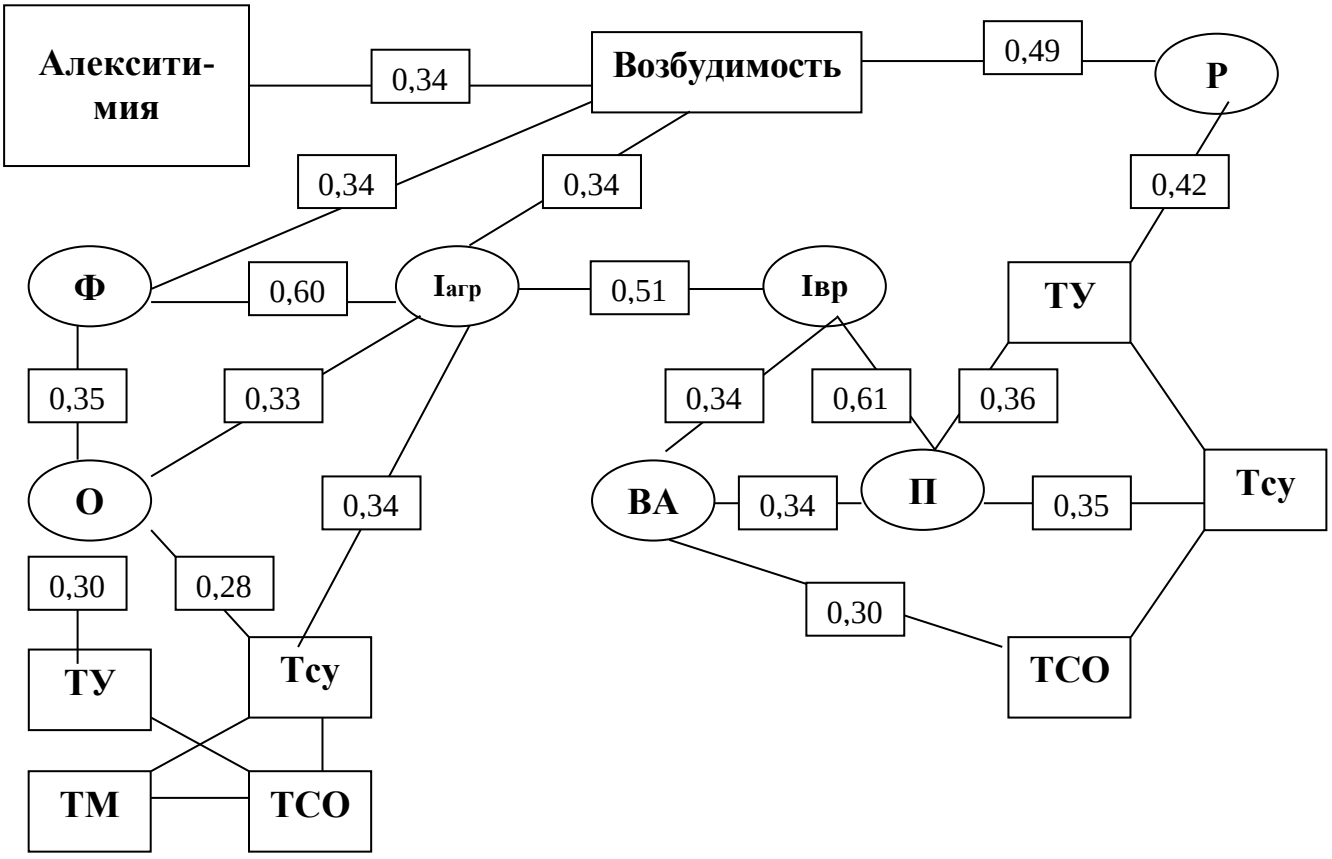


Рисунок 14 – Взаимосвязь алекситимии с агрессивными и враждебными реакциями

Условные обозначения:

Iагр – индекс агрессивности; Iвр – индекс враждебности; ФА – физическая агрессия; ВА – вербальная агрессия; Р – раздражение; П – подозрительность; О – обида

В связи с этим мы считаем закономерными представленные в третьем блоке (рисунок 14) взаимосвязи алекситимии с агрессивными и враждебными

реакциями. В этом случае деструктивное поведение мы рассматриваем как проявление недифференцированного аффекта, характерного для алекситимической личности. Высокая личностная тревожность, с одной стороны, и невозможность позитивного эмоционального реагирования – с другой, приводят к формированию и закреплению особого стиля поведения, которому свойственны различные виды агрессивности и враждебности.

Следует заметить, что виды агрессивных и враждебных реакций старшеклассников связаны с высоким уровнем их тревожности в младшем школьном возрасте.

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. В результате становится невозможным для него идентифицировать эти чувства, объективно отнести их к какой-либо конкретной ситуации. Это связано и со специфичностью тревоги как состояния: тревога, в отличие от страха, носит ненаправленный характер и не привязана к конкретному объекту.

Трактуя 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. С этим и связано формирование алекситимии как устойчивой

характеристики в структуре личности. При этом эмпатийные способности не могут развиваться, поскольку человек не может адекватно оценить свои собственные переживания, не говоря о переживаниях своего 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. При отсутствии в семейной среде ориентации на чувства, игнорирование специфики эмоционального состояния ребенка обусловливают его действия в рамках примитивных и доступных стратегий поведения. Самооценка таких действий как негативных и не единственно возможных в этом случае не может производиться, поскольку неумение оценить свои собственные эмоции блокирует и оценку эмоционального состояния партнеров по взаимодействию.

Исследования агрессивности в рамках теории социального научения обращают пристальное внимание на наличие взаимосвязи изучаемых характеристик с отношением отца к ребенку по типу «Маленький неудачник». Отец может быть актуальным образцом успешной социализации, в случае отношения по указанному типу он не оставляет ребенку возможности соответствовать его социальным качествам, поскольку считает его просто не способным на это. В результате можно говорить о возможном нарушении процесса социализации ребенка. Кроме того, в этой ситуации также не идет речь об адекватной оценке родителем чувств и эмоционального состояния ребенка, что еще в большей мере дисгармонизирует его способность к эмоциональной идентификации.

В результате ребенок становится эмоционально некомпетентным: его эмоциональное развитие обусловлено тревожными характеристиками, он не может адекватно оценивать собственные эмоции относительно конкретной

ситуации, не способен к открытому, эмпатичному взаимодействию с окружающим миром. Соответственно, его действия базируются на самых простых и доступных поведенческих стратегиях.

Исходя из этого, технология психологической помощи должна строиться на профилактических мероприятиях, предвосхищающих развитие алекситимии как устойчивой личностной характеристики.

5.2 Психологическая работа 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 [Николаев, Гартфельдер, Лазарева, 2014; Николаев, Лазарева, 2015].

Психологическое сопровождение пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы является неотъемлемой составляющей кардиореабилитации. Различные авторы отмечают, что психологическая работа с пациентом и в госпитальный, и в амбулаторный периоды способствует эффективной психической адаптации и делает медицинский и психосоциальный прогноз более благоприятным [Дубинина, 2018; Калашникова, 2016].

Для пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и выраженной алекситимией реализация мероприятий по психологической реабилитации приобретает особое значение. Это вызвано тем, что само заболевание, впервые диагностированное, и последующая за этим госпитализация выступают как значимые факторы дестабилизации эмоционального состояния человека. Изменение привычного образа жизни, необходимость осознания нарушений физического самочувствия, отрыв от профессиональных обязанностей и социального окружения – все это требует формирования нового психологического опыта.

В литературе описаны особенности психологического сопровождения пациентов с ишемической болезнью сердца [Добровольский, 2000], перенесших инфаркт миокарда [Васюк, Лебедев, 2007], а также другие кардиологические заболевания [Чернорай, 2012]. В качестве основных мишеней психологического воздействия при работе с кардиологическими больными выделяют: тревожные состояния, гнев и враждебность, укрепление социальных связей [Дмитриева, 2002; Дубинина, 2013]. Отмечается, что для пациентов с типом поведения А, которые принимали участие в нашем исследовании, особенно характерны враждебность и агрессивность, проявляющиеся в различных сферах: в когнитивной – в виде цинизма и подозрительности; в эмоциональной – в виде склонности к агрессивным действиям; в эмоциональной – в виде гнева и вербальной агрессии [Чапала, 2012; Chida, Steptoe, 2009; Калашникова, 2016].

Описанные в литературе психологические характеристики, снижающие эффективность лечения и выступающие основными мишенями при организации психологического сопровождения пациентов, мы рассматриваем как компоненты алекситимического пространства.

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.

Для членов микросоциального окружения пациента, включенных в процесс психологической реабилитации, основные задачи связаны с:

– разъяснением особенностей поведения пациента в госпитальный и постгоспитальный периоды;

– информированием об особенностях психологического состояния пациента;

– обсуждением моделей эффективного взаимодействия с пациентом с учетом эмоционального и физического самочувствия;

– укреплением эмоциональных взаимосвязей и социальной поддержки.

При взаимодействии с лечащими врачами психопрофилактические мероприятия связаны с решением следующих задач:

– 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 с учетом затруднений алекситимиков в дифференциации эмоционального и физического состояния;

– 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).

Включение в программы психологической реабилитации всех членов микросоциального окружения обусловлено рамками биопсихосоциального подхода, применяемого по отношению к каждому пациенту.

5.3 Психологическая коррекция алекситимического пространства при задержанном психическом развитии неорганического генеза

Изучение возможностей психологической коррекции эмоционального состояния детей с задержанным психическим развитием 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 [Емелина, Макаров, 2011]. 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 [Филиппова, Барыльник, Исмайлова, 2015; Филиппова, Барыльник, Деева, 2016].

В нашем исследовании приняли участие испытуемые с задержкой психического развития конституционального и психогенного происхождения. Эти типы исследователи не связывают с наличием органических поражений головного мозга [Лебединская, 2005]. Дети с ЗПР конституционального генеза (гармоническим инфантилизмом) демонстрируют черты более младшего возраста: преобладание игровых интересов, недоразвитие учебной мотивации; при благоприятных семейных и образовательных условиях они показывают

устойчивую положительную динамику обучения и развития. Поскольку ЗПР психогенного генеза в основном связывают с неблагоприятными условиями воспитания и нарушением семейных взаимоотношений, дети с таким диагнозом также позитивно реагируют на обучение при условии организации комплексного психологического сопровождения семьи [Скоромец и др., 2011].

Исследователи отмечают общую незрелость эмоционально-волевой сферы при задержках конституционального и психогенного происхождения. В связи с этим изучение выраженности алекситимии в структуре личности таких детей приобретает особую актуальность. При выраженной алекситимии эмоциональная сфера отличается слабой дифференцированностью. Алекситимики обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния, а тем более эмоционального состояния других людей, они не могут оценить модальность переживаний, им сложно понять, огорчены они, встревожены или раздражены, в стрессовых ситуациях у них могут возникать аффективные срывы [Гаранян, Холмогорова, 2003]. Алекситимия проявляется в неспособности к рефлексии, что приводит к упрощению жизненной направленности, обеднению взаимосвязей с окружающим миром, а иногда и к некоторой инфантильности [Шейнина, Третьякова, 2016]**.**

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.

В литературе представлены две основные модели деятельности психолога при организации психокоррекционной работы:

– психотерапевтическая модель, в задачи которой входит профилактика и исправление отклонений в психическом развитии детей;

– психолого-педагогическая коррекционная модель, при реализации которой психолог «взаимодействует и сотрудничает с педагогами и родителями, вместе с ними анализирует педагогическую и воспитательную практику и особенности развития детей, психологически их объясняет и совместно ищет коррекционные меры» [Скотарева, 2007].

Мы считаем, что эффективная психологическая помощь для столь сложной категории детей, как дети с задержанным психическим развитием, должна сочетать в себе задачи и подходы обеих моделей. В этом случае работа основывается на принципах гуманистической психологии, что обеспечивает ее положительный эффект.

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

Как и в предыдущих случаях, решение задач для участников психокоррекционных мероприятий связано с двумя основными этапами: психообразовательным (направленным на повышение уровня психологической грамотности) и собственно психокоррекционным (направленным на стабилизацию эмоционального состояния ребенка и гармонизацию семейного и внутришкольного взаимодействия).

Таким образом, психокоррекционные мероприятия для детей с ЗПР с выраженной алекситимией также реализуются по принципу «технологий обходных путей» и связаны с решением следующих задач:

– гармонизация эмоционального состояния;

– снятие тревоги;

– формирование и закрепление навыков вербального описания собственного эмоционального состояния;

– формирование новых социально приемлемых моделей взаимодействия с окружающим миром;

– формирование 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 по главе 5

1. 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 эффективно 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.

2. 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зафиксированные в многочисленных современных исследованиях подходы к изучению феномена алекситимии в качестве фактора риска нарушения психического и психосоматического здоровья обусловлены изменениями социальных условий жизнедеятельности человека. Особенности общественного развития, связанные с увеличением стресс-факторов, вхождением в эпоху цифровых технологий, неблагоприятными семейными взаимодействиями, способствуют увеличению численности людей с выраженными алекситимическими проявлениями, которые составляют группу риска нарушений психического и соматического здоровья.

Наличие значительного числа пациентов психосоматического спектра, невысокая эффективность профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных непосредственно на алекситимию, наличие значительного числа лиц с выраженностью этого феномена в образовательной среде свидетельствуют о необходимости и значимости рассмотрения психологических особенностей алекситимического пространства в рамках медицинской психологии с целью создания эффективных технологий психологической помощи. Данное утверждение определяется социальной потребностью в сохранении психического здоровья в обществе с учетом возрастных особенностей, половой принадлежности, социально-средовых условий жизнедеятельности.

Изучение феномена алекситимии, ее психологической природы и структуры психологического пространства, создание технологий «обходного пути» позволяет сохранять и развивать ресурсы здоровья в норме и патологии, повысить эффективность реабилитационных программ. Данная проблематика становится особенно актуальной в контексте смещения акцентов в сферу психологической превенции, что позволяет осмыслить возможность психологической реабилитации и психокоррекционной работы как в клинической практике, так и в образовательной среде.

Изучение алекситимии в рамках клинико-психологических исследований способствует разработке технологии психологической превенции. Однако попытки снизить проявления алекситимии у больных до сих пор оцениваются как низкорезультативные. При работе с пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы психокоррекционные мероприятия, как правило, ограничены во времени, проходят только на базе клиник, что в сознании пациента неизменно связывает эту работу с ощущением физического нездоровья. Недостаточно полное понимание психологической специфичности алекситимии провоцирует попытки непосредственного воздействия на ее внешние проявления.

Психологические проявления алекситимии, такие, как затруднения в идентификации собственных чувств и эмоций, специфический схематичный способ мышления, скудный словарный запас в отношении описания эмоциональных состояний, обедненное воображение, сниженная способность к выражению своих чувств и пониманию переживаний партнера по общению, позволяют определить алекситимию как фактор риска нарушения здоровья. Материалы нашего исследования на выборке людей без нарушений психического и соматического здоровья свидетельствуют о том, что алекситимия выражена у значительного числа испытуемых. Полученные данные обусловливают необходимость углубленного изучения психологической структуры алекситимии, основных факторов, способствующих формированию алекситимического пространства с учетом половозрастных, культуральных, микросоциальных особенностей. Распространенность данной характеристики как свойства личности диктует необходимость разработки программ профилактической работы по предупреждению нарушений здоровья в семейной и профессиональных средах.

Представляется уместным при целостном изучении выраженности феномена алекситимии включать в психодиагностические программы методы, отражающие психологическую информацию о компонентах алекситимического пространства, а также особенностях речевой продукции лиц с алекситимическими чертами.

Разработанная и апробированная технология превенции алекситимических проявлений показала достаточно высокую результативность. Ее успех обусловлен, на наш взгляд, пролонгированностью во времени, воздействием на отдельные компоненты алекситимического пространства, включающим снижение избыточной личностной тревожности, развитие эмпатийных способностей, нивелирование агрессивных и враждебных типов реагирования. Данные характеристики более глубоко изучены в современной психологической науке, а методы психокоррекционного воздействия разработаны и апробированы в практике индивидуальной и групповой работы. Результативность опосредованной превенции алекситимии повышается за счет включения в этот процесс ближайшего социально значимого окружения испытуемых (родителей и педагогов).

Материалы нашего исследования могут быть использованы в следующих перспективных научных направлениях: изучение роли социально-психологических предпосылок формирования алекситимии; оценка роли семейного окружения на развитие алекситимии в детском возрасте; разработка программ превентивного воздействия на развитие алекситимического пространства для лиц без нарушений психосоматического здоровья; разработка программ психореабилитации пациентов с различной психосоматической патологией; в практике группового и индивидуального психологического семейного и профессионального консультирования участников образовательного процесса без нарушений психического и соматического здоровья и пациентов, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении. Возможность эффективной превенции развития алекситимии позволит направить усилия медицинских психологов на прогнозирование вероятности развития алекситимического пространства, составление психодиагностической программы и использование индивидуализированной технологии «обходных путей». Это будет способствовать усилению ресурсов психического и соматического здоровья человека.

Таким образом, проведенное исследование позволило сформулировать следующие выводы.

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 обусловливает 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 обусловливает примитивность и стереотипичность поведения и способствует усилению нарушений психического развития.

6. Выявлена статистически достоверно б***о***льшая 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 эффективно 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 ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аверкина Н.А. Психологические факторы при хронической боли / Н.А. Аверкина, Е.Г. Филатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Бехтерева. – 2000. – Т. 100, № 12. – С. 21–27.

2. Адлер А. Понять природу человека / А. Адлер. – СПб. : Академический проект, 1997. – 256 с.

3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии : лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей / А. Адлер. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 214 с.

4. Акименко А.К. Алекситимия в структуре совладающего поведения личности молодежи / А.К. Акименко // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность : сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. / Моск. гос. ун-т дизайна и технологии. – М., 2016. – С. 127–131.

5. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М. : Эксмо, 2002. – 327 с.

6. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : метод. пособие. – СПб. : Психоневролог. ин-т им. С.С.Бехтерева, 1994. – 18 с.

7. Артюхова Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности : дис. … канд. психол. наук / Т.Ю. Артюхова. – Новосибирск, 2000. – 197 с.

8. Астапов В.М. Диагностика тревожных расстройств и фобий у детей в зарубежных исследованиях / В.М. Астапов // Прикладная психология. – 1998. – № 2. – С. 64–75.

9. Астапов В.М. Феномен тревоги с позиции функционального подхода : дис. … д-ра психол. наук / В.М. Астапов. – М., 2003. – 407 с.

10. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В.М. Астапов // Прикладная психология. – 1999. – № 1. – С. 41–47.

11. Бакеев В.А. О тревожно-внушаемом типе личности / В.А. Бакеев // Новые исследования в психологии – 1974. – № 1. – С. 19–21.

12. Бандура А. Теория социального научения / А. Бандура. – СПб. : Евразия, 2000. – 320 с.

13. Бартош О.П. Акцентуации характера у мальчиков-подростков с разным уровнем алекситимии / О.П. Бартош, Т.П. Бартош, М.В. Мычко // Вестник психофозиологии. – 2016. – № 4. – С. 20–24.

14. Белов В.Г. Здоровье как основа социально-психологической адаптации человека / В.Г. Белов, М.Г. Дмитриев, И.Ю. Апалькова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 44–48.

15. Белокрылова М.Ф. Алекситимия и соматизация: уровень алекситимии у больных с функциональными кардиоваскулярными расстройствами / М.Ф. Белокрылова, М.М. Мучник // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С. 39–42.

16. Белоусова Г.П. Характеристика габаритных размеров тела у студенток с алекситимическим радикалом / Г.П. Белоусова, И.Г. Пашкова, С.А. Кудряшова, Т.А. Колупаева // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 7. – С. 17–23.

17. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 270 с.

18. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия, контроль / Л. Берковиц. – СПб. : Питер, 2002. – 512 с.

19. Блейхер В.М. Практическая патопсихология : руководство для врачей и медицинских психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. –Ростов н/Д : Феникс, 1996. – 448 с.

20. Блейхер В.М., Психологическая диагностика интеллекта и личности / В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурларчук. – Киев : Вища школа, 1978. – 142 с.

21. Бойко В.В. Доброта в нас и вокруг нас / В.В. Бойко. – М. : Знание, 1988. – 64 с.

22. Бойко И.Б. Проявления агрессивности несовершеннолетних осужденных женского пола / И.Б. Бойко // Вопросы психологии. – 1993. – № 4. – С. 27–31.

23. Братусь Б.С. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномальном развитии / Б.С. Братусь, В.Н. Павленко // Вопросы психологии. – 1986. – № 4. – С. 22–35.

24. Брель Е.Ю. К проблеме определения агрессии в отечественных и зарубежных психологических исследованиях / Е.Ю. Брель // Сибирская психология сегодня : сб. науч. трудов. – Кемерово, 2002. – С. 170–185.

25. Брель Е.Ю. Социально-психологические факторы формирования тревожности у младших школьников и пути ее профилактики и коррекции : дис. … канд. психол. наук / Е.Ю. Брель. Томск, 1996. – 120 с.

26. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М. : Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.

27. Бурларчук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурларчук, С.М. Морозов. – СПб. : Питер, 2000. – 528 с.

28. Бухарева С.В. Психические нарушения при остром инфаркте миокарда и постинфарктном кардиосклерозе : автореф. дис. … канд. мед. наук / С.В. Бухарева. – М, 2000. – 18 с.

29. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии / М.И. Буянов. – М. : Просвещение, 1992. – 255 с.

30. Буянов М.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / М.И. Буянов. – М. : Центр. ин-т усовершенствования врачей, 1976. – 20 с.

31. Буянов М.И. Ребенок из неблагополучной семьи : записки детского психиатра / М.И. Буянов. – М. : Просвещение, 1988. – 207 с.

32. Буянов М.И. Тяжелые люди / М.И. Буянов. – М. : Рос. о-во медиков-литераторов, 1993. – 216 с.

33. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) / Н.Д. Былкина // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 1995. – № 1. – С. 43–53.

34. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий / Н.Д. Былкина // Психологический журнал. – 1997. – № 18 (1). – С. 149–160.

35. Бэрон Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. – СПб. : Питер, 1998. – 336 с.

36. Бютнер К. Жить с агрессивными детьми / К. Бютнер. – М. : Педагогика, 1991. – 141 с.

37. Валлон А. Психическое развитие ребенка / А. Валлон. – М. : Просвещение, 1967. – 328 с.

38. Василюк Ф.С. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф.С. Василюк. – М. : МГУ им. М.В. Ломоносова, 1984. – 200 с.

39. Васюк Ю.А. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – Ч. I, № 3. – С. 41–51; Ч. II, № 4. – С. 39–45.

40. Вельтищев Д.Ю. Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра : автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 1999. – 40 с.

41. Вильфинг Х. Система мер в Австрии по предупреждению насилия в семье / Х. Вильфинг // Психологический вестник. – 1996. – № 2. – С. 45–53.

42. Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и истощение : дис. … д-ра мед. наук / Т.Г. Вознесенская. – М., 1990. – 714 с.

43. Воронко Е.В. Эмоциональная сфера личности студентов, страдающих алекситимией / Е.В. Воронко, Л.В. Марищук // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2017. – № 11. – С. 82–86.

44. Выготский Л.С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1983. – Т. 3: Проблемы развития психики. – 367 с.

45. Гаврилова Т.П. Анализ эмпатийных переживаний младших школьников и младших подростков / Т.П. Гаврилова // Психология межличностного познания. – М. : Педагогика, 1981. – 223 с.

46. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии / Т.П. Гаврилова // Вопросы психологии. – 1975. – № 2. – С. 147–158.

47. Гаврилова Т.П. Экспериментальное изучение эмпатии / Т.П. Гаврилова // Вопросы психологии. – 1974. – № 5. – С. 107–114.

48. Гаранян Н.Г. Концепция алекситимии / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 128–145.

49. Гарганеева Н.П. Влияние невротических и аффективных расстройств на формирование предикторов ишемической болезни сердца и нарушений углеводного и жирового обменов / Н.П. Гарганеева, М.Ф. Белокрылова, Л.И. Тюкалова, В.Ф. Лебедева // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 5. – С. 22–28.

50. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин. – М. : Крон-Пресс, 1997. – 576 с.

51. Голубева Н.М. Факторы адаптации студентов к образовательной среде вуза / Н.М. Голубева, А.А. Голованова // Известия Саратовского университета. – 2014. – Т. 3, вып. 2 (10). – С. 125–130.

52. Грекова Т.И. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца / Т.И. Грекова, В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, А.В. Будневский // Клиническая медицина. – 1997 – Т. 75, № 11. – С. 32–34.

53. Гузова Е.С. Феномен алекситимии в структуре неврозов и методы его психотерапевтической коррекции : автореф. дис. : канд. мед. наук / Е.С. Гузова. – Бишкек, 1998. – 23 с.

54. Дмитриева Т.Б. Агрессия и психическое здоровье / Т.Б. Дмитриева. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2002. – 464 с.

55. Добровольский А.В. Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни / А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 1. – С. 23–27.

56. Дорфман Л.Я. Исторические и философские корни научного метода в эмпирической психологии : учеб. пособие / Л.Я. Дорфман ; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2002. – 107 с.

57. Дроздова И.В. Врожденные пороки сердца: алекситимические и личностные особенности / И.В. Дроздова, М.В. Демченко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2013. – № 3 (43). – С. 70–73.

58. Дружинин В.Н. Психология семьи / В.Н. Дружинин. – Екатеринбург : Деловая книга, 2000. – 200 с.

59. Дубинина Е.А. Психическая адаптация при сердечно-сосудистых заболеваниях: феноменология, динамика, прогноз : учеб. пособие / Е.А. Дубинина; РГПУ им. А.И. Герцена. – СПб. : Копи-Р Групп, 2013. – 88 с.

60. Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёсших инфаркт миокарда [Электронный ресурс] / Е.А. Дубинина // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2018. – Т. 10, № 2 (46). – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 05.05.2018).

61. Емелина Д.А. Задержки темпа психического развития у детей (обзор литературных данных) / Д.А. Емелина, И.В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 3. – С. 11–16.

62. Ересько Д.Б. Алекситимия у больных неврозами и ее зависимость от уровня невротичности и типа межполушарной асимметрии головного мозга / Д.Б. Ересько, Б.Д. Карвасарский, Ю.В. Лосева, Я.А. Меерсон, А.У. Тархан // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии / под общ. ред. М.М. Кабанова. – СПб. : Изд-во психоневрол. ин-та им В.М. Бехтерева, 1994. – Т. 133. – С. 134–141.

63. Есин Р.Г. Алекситимия – основные направления изучения / Р.Г. Есин, Е.А. Горобец, К.Р. Галнуллин, О.Р. Есин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 12. – С. 148–151.

64. Жмуров В.А. Психопатология : учеб. пособие / В.А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1994. – Ч. 1: Симптоматология. – 240 с.

65. Журавлев В.С. Почему агрессивны подростки? / В.С. Журавлев // Социологические исследования. – 2001. – № 2. – С. 134–136.

66. Заболотских Т.В. Клиническая эффективность психокоррекции в комплексной терапии детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе / Т.В. Заболотских, Д.Ч. Баранзаева, Ю.Л. Мизерницкий // Аллергология. – 2003. – № 3. – С. 8–16.

67. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии / Г.В. Залевский. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1993. – 272 с.

68. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения / Г.В. Залевский. – Иркутск : Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1976. – 190 с.

69. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии) / Г.В. Залевский. – М.; Томск : Том. гос. ун-т, 2004. – 460 с.

70. Захаров А.И. Детские неврозы (психологическая помощь родителей детям) / А.И. Захаров. – СПб. : Респекс, 1995. – 192 с.

71. Захаров А.И. Как помочь нашим детям избавиться от страха / А.И. Захаров. – СПб. : Гиппократ, 1995. – 184 с.

72. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка / А.И. Захаров. – М. : Просвещение, 1993. – 192 с.

73. Захаров А.И. Как преодолеть страхи у детей / А.И. Захаров. – М. : Педагогика, 1986. – 109 с.

74. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков / А.И. Захаров. – Л. : Медицина, 1988. – 248 с.

75. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А.И. Захаров. – Л. : Медицина, 1982. – 216 с.

76. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности / Б.В. Зейгарник. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1971. – 100 с.

77. Зейгарник Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1980. – 157 с.

78. Зеньковский В.В. Психология детства / В.В. Зеньковский. – Екатеринбург : Деловая книга, 1995. – 347 с.

79. Зинченко В.П. Анализ отечественных и зарубежных диссертаций в сфере медицинской (клинической) психологии (1990–2011) / В.П. Зинченко, В.И. Евдокимов, В.Ю. Рыбников // Вестник Московского университета. Сер. Психология. – 2014. – № 2. – С. 3–15.

80. Иванова Е.С. Опознание и вербализация эмоций как основа эмоционального интеллекта / Е.С. Иванова // Известия Уральского государственного университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. – 2010. – № 4 (81). – С. 82–88.

81. Ильин Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2001. – 749 с.

82. Имедадзе Н.В. Тревожность как фактор учения в дошкольном возрасте / Н.В. Имедадзе // Психологические исследования. – Тбилиси, 1966. – С. 49–57.

83. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста : руководство для врачей / Д.Н. Исаев. – СПб. : Специальная литература, 1996. – 454 с.

84. Искусных А.Ю. Алекситимия у студентов. Распространенность, причины, последствия / А.Ю. Искусных // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – Новосибирск, 2016. – № 9 (66). – С. 61–65.

85. Искусных А.Ю. Алекситимия. Причины и риски возникновения расстройства / А.Ю. Искусных // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : сб. статей по материалам LIII междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск : СибАК, 2015. – № 6 (52). С. 59–68.

86. Искусных А.Ю. Спектр психологических защит у студентов с алекситимией / А.Ю. Искусных // Центральный научный вестник. – 2017. – Т. 2, № 14 (31). – С. 9.

87. Калашникова В.В. Особенности агрессивных и враждебных реакций при ИБС [Электронный ресурс] / В.В. Калашникова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2016. – № 5 (40). – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 22.04.2017).

88. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством / В.В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5, вып. 4. – С. 96–102.

89. Калинин В.В. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность терапии альпразоламом / В.В. Калинин, М.А. Засорина, В.М. Волошин, И.В. Козлова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, № 3. – С. 100–106.

90. Калинин В.В. Симптоматика панического расстройства, алекситимия и эффективность терапии альпразоламом / В.В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – № 3. – С. 100–105.

91. Карауш И.С. Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями : дис. … д-ра мед. наук / И.С. Карауш. – Томск, 2016. – 402 с.

92. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского – СПб. : Питер, 2002. – 960 с.

93. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У Бауманна. – СПб. : Питер, 2002. – 1312 с.

94. Клочко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности : (введение в трансспективный анализ) / В.Е. Клочко. – Томск : Том. гос. ун-т, 2005. – 174 с.

95. Клочко В.Е. Самореализация личности: системный взгляд / В.Е. Клочко, Э.В. Галажинский. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 154 с.

96. Коатс Дж. Поколения и стили обучения / Дж. Коатс. – М. : МАПДО; Новочеркасск : НОК, 2011. – 121 с.

97. Ковачев О.В. Психодинамический коллапс алекситимии / О.В. Ковачев // Прикладная юридическая психология. – 2010. – № 1. – С. 119–124.

98. Копылов Ф.Ю. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогрессировании ишемической болезни сердца / Ф.Ю. Копылов, В.Э. Медведев, Ю.М. Никитина // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – Т. 3. – С. 24–27.

99. Копытов А.В. Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте / А.В. Копытов // Здравоохранение. – 2011. – № 5. – С. 20–25.

100. Коркина М.В. Выраженность алекситимии и уровень комплайенса у больных, перенесших инфаркт миокарда / М.В. Коркина, М.А. Цивилько, О.А. Кисляк, С.В. Бухарева // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, вып. 4. – С. 20–22.

101. Коркина М.В. Психические расстройства при соматических заболеваниях / М.В. Коркина // Руководство по психиатрии. – М. : Медицина, 1988. – Т. 2. – С. 84–113.

102. Короленко И.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях / И.П. Короленко. – Л. : Медицина, 1978. – 215 с.

103. Коростелева И.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / И.С. Коростелева, В.С. Ротенберг // Телесность человека : междисциплинарные исследования / под ред. В.В. Николаевой, П.Д. Тишенко. – М. : Изд. Филос. о-ва, 1991. – С. 136–144.

104. Коростелева И.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств / И.С. Коростелева, В.С. Ротенберг // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М. : Филос. о-во СССР, 1993. – С. 96–104.

105. Коростелева И.С. Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте алекситимии / И.С. Коростелева, Т.Г. Вознесенская, Г.А. Рыльцова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 1. – С. 29–36.

106. Кочубей Б.И. Эмоциональная устойчивость школьника / Б.И. Кочубей, Е.В. Новикова. – М. : Знание, 1988. – 80 с.

107. Кочюнас Р. Алекситимическая личность: психотерапевтический тупик / Р. Кочюнас // Психология аномальных различий. – Вильнюс, 1986. – Т. 2. – С. 308–310.

108. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2002. – 987 с.

109. Креч Д. Нравственность, агрессия, справедливость / Д. Креч, Р. Кратчфилд, Н. Ливсон // Вопросы психологии. – 1992. – № 1. – С. 84–97.

110. Кристалл Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма и алекситимия / Г. Кристалл. – М. : Ин-т общегуманитар. исслед., 2006. – 800 с.

111. Кувшинова Т.И. Социально-психологические особенности подростков «группы риска» / Т.И. Кувшинова // Психолого-педагогическая и социальная поддержка детей и молодежи «группы риска»: состояние, проблемы, перспективы : сб. науч. статей. – Кемерово, 2002. – 158 с.

112. Кудрина Г.Я. Диагностические методы обследования детей дошкольного возраста / ГЯ. Кудрина. – Иркутск : Вост.-Сиб. кн. изд-во, 1992. – 62 с.

113. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.

114. Куташов В.А. Место алекситимии в генезе зависимого стиля жизни / В.А. Куташов, Л.С. Немых // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2015. – № 59. – С. 51–59.

115. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс. – М. : Просвещение, 1970. – С. 178–209.

116. Лакин Г.Ф. Биометрия / Г.Ф. Лакин. – М. : Высшая школа, 1990. – 351 с.

117. Лебединская К.С. Проблемы аномальной психической конституции в детском возрасте [Электронный ресурс] / К.С. Лебединская // Альманах института коррекционной педагогики. – 2005. – № 9/05 – URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/problemy-anomalnoj-psihicheskoj-konstitucii-v. (дата обращения: 15.10.2017).

118. Лебединский В.В. Нарушение психологического развития у детей / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1985. – 167 с.

119. Левитов Н.Д. Психическое состояние агрессии / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1972. – № 6. – С. 168–171.

120. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1969. – № 1. – С. 38–45.

121. Левитов Н.Д. Психология характера / Н.Д. Левитов. – М. : Просвещение, 1969. – 424 с.

122. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии. – 1967. – № 6. – С. 118–128.

123. Левшунова Е.Н. Алекситимические корреляты эмоциональных состояний личности / Е.Н. Левшунова // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 4. – С. 150–154.

124. Левшунова Е.Н. Взаимосвязь агрессивности и алекситимически подобных проявлений личности / Е.Н. Левшунова // Философия образования. – 2010. – № 2. – С. 233–240.

125. Ледовских А.Г. Алекситимия у лиц, систематически занимающихся оздоровительной йогой / А.Г. Ледовских, З.В. Луковцева // Клиническая и специальная психология. – 2015. – Т. 4, № 3. – С. 47–63.

126. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев : Выща школа, 1989. – 374 с.

127. Личко А.Е. Подростковая психиатрия / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.

128. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 208 с.

129. Личко А.Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков / А.Е. Личко. – М. : Апрель-Пресс, 1999. – 416 с.

130. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло) / К. Лоренц. – М. : Прогресс : Универс, 1994. – 272 с.

131. Лысенко Н.И. Источники возникновения и развития чувства симпатии у детей раннего возраста : автореф. дис. … канд. пед. наук. – М., 1952. – 23 с.

132. Лышова О.В. Особенности клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии / О.В. Лышова, В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов // Кардиология. – 2002. – Т. 42, № 6. – С. 47–50.

133. Майерс Д. Социальная психология / Д. Майерс. – СПб. : Питер, 2001. – 752 с.

134. Макарова О.Ф. Подростки: агрессивность и психосоматика / О.Ф. Макарова // Журнал практического психолога. – 1999. – № 7–8. – С. 37–41.

135. Малкина-Пых И.Г. Акмеологический смысл алекситимии и возможности ее психологической коррекции / И.Г. Малкина-Пых // Акмеология. – 2012. – № 4. – С. 74–78.

136. Маслоу А. Психология бытия / А. Маслоу. – М. : Рефл-бук; Киев : Ваклер, 1997. – 304 с.

137. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. – СПб., 1995. – С. 445–446.

138. Мэй Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности / Р. Мэй // Тревога и тревожность : хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001. – 256 с.

139. Мэй Р. Проблема тревоги / Р. Мэй. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 432 с.

140. Мэй Р. Смысл тревоги / Р. Мэй. – М. : Класс, 2001. – 384 с.

141. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1960. – 426 с.

142. Нартова-Бочавер С.К. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов / С.К. Нартова-Бочавер, А.В. Потапова // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 3. – С. 10–17.

143. Николаев Е.В. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями / Е.Л. Николаев, Е.Ю. Лазарева // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 57–76.

144. Николаев Е.Л. Личность кардиологического пациента: возможности адаптации, межличностное взаимодействие / Е.Л. Николаев, Д.В. Гартфельдер, Е.Ю. Лазарева. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. – 302 с.

145. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1987. – 168 с.

146. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии / В.В. Николаева // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 84–93.

147. Никулина Д.С. Алекситимические проявления студентов вуза / Д.С. Никулина // Известия ТРТУ. – 2004. – № 6 (41). – С. 314–316.

148. Никулина Д.С. Удовлетворенность качеством жизни студентов с разным уровнем алекситимии / Д.С. Никулина, С.Н. Синеева // Известия Южного Федерального университета. Технические науки. – 2008. – № 6. – С. 76–80.

149. Норвила Р.В. Комплексный метод психокоррекции некоторых психосоматических заболеваний / Р.В. Норвила // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 1986. – № 4. – С. 52–54.

150. Олифирович Н.И. Психология семейных кризисов / Н.И. Олифирович, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента. – СПб. : Речь, 2006. – 360 с.

151. Осницкий А.К. Психологический анализ агрессивных проявлений учащихся / А.К. Осницкий // Вопросы психологии. – 1994. – № 3. – С. 61–68.

152. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых / М.В. Осорина. – СПб. : Питер, 2000. – 277 с.

153. Охматовская А.В. Психологические особенности враждебности у больных психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма) : дис. … канд. психол. наук / А.В. Охматовская. – М., 2001. – 120 с.

154. Панин Л.Е. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении / Л.Е. Панин, В.П. Соколов. – Новосибирск : Наука, 1981. – 178 с.

155. Плотников Д.В. Акцентуация интегральных параметров индивидуальности как основа феномена алекситимии / Д.В. Плотников, Л.А. Северьянова, В.В. Плотников // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – Т. 27, № 2. – С. 17–23.

156. Плохинский Н.А. Биометрия / Н.А. Плохинский. – 2-е изд. – М. : МГУ им. М.В. Ломоносова, 1970. – 368 с.

157. Поляков Ю.Ф. Психологическая коррекция: ее роль и место в профилактике заболеваний / Ю.Ф. Поляков, А.С. Спиваковская // Современные формы и методы организации психологической и психопрофилактической работы. – Л., 1985. – С. 119–125.

158. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – СПб. : Речь, 2002. – 402 с.

159. Потапова Н.А., Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии / Н.А. Потапова, Р.А. Грехов, Г.П. Сулейманова, Е.И. Адамович // Вестник Волгоградского государственного университета. Сер. 11, Естественные науки. – 2016. – № 2 (16). – С. 65–73.

160. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы : учеб. пособие для врачей и психологов. – СПб. : Речь, 2010. – 425 с.

161. Прихожан А.М. Детский вариант шкалы явной тревожности (CMAS) / А.М. Прихожан // Иностранная психология. – 1997. – № 8. – С. 64–67.

162. Прихожан А.М. Психологическая природа и возрастная динамика тревожности (личностный аспект) : дис. … д-ра психол. наук / А.М. Прихожан. – М., 1996. – 307 с.

163. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М. : Моск. психол.-социальный ин-т; Воронеж : МОДЕК, 2000. – 216 с.

164. Провоторов В.М. Алекситимия / В.М. Провоторов, Ю.Н. Чернов, О.В. Лышова, А.В. Будневский // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – № 6. – С. 66–70.

165. Провоторов В.М. Качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда / В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, А.В. Будневский, О.Д. Алехина, Т.И. Грекова // Клиническая медицина. – 1998. – № 11. – С. 25–27.

166. Провоторов В.М. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией / В.М. Проворотов, В.Н. Крутько, А.В. Будневский, Т.И. Грекова, В.И. Золоедов, В.И. Ряскин, С.В. Харчевникова // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 30–35.

167. Провоторов В.М. Психологические аспекты организации и проведения занятий в астма-школе / В.М. Проворотов, А.В. Будневский // Пульмонология. – 2000. – № 4. – С. 63–66.

168. Провоторов В.М. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / В.М. Провоторов, А.В. Будневский, Кравченко А.Я., Грекова Т.И. // Кардиология. – 2001. – Т. 41, № 2. – С. 46–49.

169. Провоторов В.М. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии / В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, А.В. Будневский, Т.И. Грекова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 45–47.

170. Раниебург Й. Секреты личности / Й. Раниебург, П. Поппер. – М. : Педагогика, 1983. – 157 с.

171. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности / А.А. Реан // Психологический журнал. – 1996. – № 5. – С. 3–9.

172. Реан А.А. Характерологические особенности подростков делинквентов / А.А. Реан // Вопросы психологии. – 1991. – № 4. – С. 139–144.

173. Реан А.А., Социальная педагогическая психология / А.А. Реан, Я.Л. Коломинский. – СПб. : Питер, 1999. – 416 с.

174. Рибо Т. Психология чувств / Т. Рибо. – Киев, 1897.

175. Роговин М.С. Теоретические основы психологического и психопатологического исследования / М.С. Роговин, Г.В. Залевский. – Томск : Кн. изд-во, 1988. – 234 с.

176. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека / К. Роджерс. – М. : Прогресс : Универс, 1994. – 480 с.

177. Роджерс К. Вопросы, которые я бы себе задал, если бы был учителем / К. Роджерс // Семья и школа. – 1987. – № 10. – С. 22–24.

178. Роджерс К. Клиентоцентрированная терапия / К. Роджерс. – М. : Рефл-бук, 1997. – 320 с.

179. Роджерс К. Эмпатия / К. Роджерс // Психология эмоций : тексты. – М. : МГУ им. М.В. Ломоносова, 1984. – С. 235–237.

180. Румянцева Т.Г. Агрессия: проблемы и поиски в западной философии и науке / Т.Г. Румянцева. – Минск : Университетское, 1991. – 150 с.

181. Румянцева Т.Г. Понятие агрессивности в современной зарубежной психологии / Т.Г. Румянцева // Вопросы психологии. – 1991. – № 1. – С. 81–87.

182. Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология / Ю.С. Савенко // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1974. – С. 95–112.

183. Северьянова Л.А. Интегративные основы алекситимии / Л.А. Северьянова, В.В. Плотников, Д.В. Плотников // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – № 3. – С. 65–68.

184. Селюкова М.А. Развитие социальной компетенции как ведущее направление в работе школьной социально-психологической службы с подростками / М.А. Селюкова // Эксперимент и инновации в школе. – 2011. – № 6. – С. 71–77.

185. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи: традиции и современное состояние [Электронный ресурс]/ Э.Г. Эйдемиллер, И.М. Никольская, И.В. Добряков [и др.] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журнал. – 2014. – № 6 (29). – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 02.09.2015).

186. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии / Н.Д. Семенова // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М., 1991. – С. 89–96.

187. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии / Н.Д. Семенова // Телесность человека : междисциплинарные исследования. – М., 1993. – С. 94–100.

188. Семенова Н.Д. Групповая психологическая коррекция в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой : автореф. дис. … канд. психол. наук / Н.Д. Семенова. – М., 1988. – 23 с.

189. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы / Н.Д. Семенова // Бронхиальная астма / под ред. А.Г. Чучалина. – М. : Агар, 1997. – Т. 2. – С. 187–212.

190. Семенюк Л.М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Л.М. Семенюк. – М. : Моск. психол.-социальный институт; Флинта, 2003. – 96 с.

191. Семке В.Я. Личность пациентов с невротическими расстройствами в пространстве концепции клинической персонологии / В.Я. Семке, И.Я. Стоянова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 9–12.

192. Сиденко Е.А. К вопросу адаптации младшего и старшего подростка в социуме / Е.А. Сиденко // Эксперимент и инновации в школе. – 2011. – № 6. – С. 3–9.

193. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2002. – 350 с.

194. Скоромец А.П. Задержки психического развития у детей и принципы их коррекции [Электронный ресурс] / А.П. Скоромец, И.А. Крюкова, И.Л. Семичова, М.В. Шумилина, Т.В. Фомина // Лечащий врач. – 2011. – № 5/11. – URL: http://www.lvrach.ru/2011/05/15435193/ (дата обращения: 15.10.2017).

195. Скотарева Е.М. Психолого-педагогическая коррекция: теоретико-методо- логический аспект : учеб. пособие для студ. психол. спец. / Е.М. Скотарева. – Саратов : Наука, 2007. – 72 с.

196. Смайлова С.А. Психодиагностика склонности к аддиктивному поведению у подростков / С.А. Смайлова, А.В. Руссу // Проблемы современного педагогического образования. – 2015. – № 48-1. С. 460–470.

197. Смулевич А.Б. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессия и коморбидные расстройства / А.Б. Смулевич. – М., 1997. – 154 с.

198. Соколова Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств / Е.Т. Соколова // Вопросы психологии. – 1995. – № 2. – С. 92–105.

199. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности / Е.Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1980. – 176 с.

200. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1989. – 213 с.

201. Солдатова Г.В. Интернет: возможности, компетенции, безопасность : метод. пособие для работников системы общего образования / Г.В. Солдатова, Е.Ю. Зотова, М. Лебешева, В. Шляпников. – М. : Центр книжной культуры Гутенберг, 2013. – Ч. 2: Практикум. – 137 с.

202. Солдатова Г.В. Пойманные одной сетью: социально-психологическое исследование представлений детей и взрослых об Интернете / Г.В. Солдатова, Е.Ю. Зотова, А.И. Чекалина, О.С. Гостимская ; под ред. Г.В. Солдатовой. – М., 2011. – 176 с.

203. Солдатова Г.В. Цифровая компетентность российских подростков и родителей: результаты всероссийского исследования / Г.В. Солдатова, Т. Нестик, Е. Рассказова, Е.Ю. Зотова. – М. : Фонд развития Интернет, 2013. – 144 с.

204. Соловьева С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии : дис. … д-ра психол. наук / С.Л. Соловьева. – СПб., 1996. – 600 с.

205. Соложенкин В.В. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции / В.В. Соложенкин, Е.С. Гузова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 8, вып. 2. – С. 18–24.

206. Спенсер Г. Основания психологии / Г. Спенсер. – СПб., 1876. –Т. 3. – 315 с.; Т. 4. – 354 с.

207. Спиваковская А.С. Как быть родителями / А.С. Спиваковская. – М. : Педагогика, 1986. – 159 с.

208. Спиваковская А.С. Профилактика детских неврозов / А.С. Спиваковская. – М. : Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 1988. – 200 с.

209. Суходольский Г.В. Основы математической статистики для психологов / Г.В. Суходольский. – Л. : Ленинград. гос. ун-т, 1972. – 428 с.

210. Сыропятов О.Г. Значение алекситимии при психических расстройствах у кардиологических больных / О.Г. Сыропятов, А.Н. Красюк // Нейро-News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2009. – № 7. – С. 12–19.

211. Тодд Д. Основы клинической и консультативной психологии / Д. Тодд, А.К. Богарт. – СПб. : Сова; М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 768 с.

212. Томэ Х. Современный психоанализ : пер. с англ. / Х. Томе, Х. Кэхеле ; общ. ред. А.В. Казанской. – М. : Прогресс : Литера, 1996. – Т. 2: Практика. – 547 с.

213. Трунов Д.Г. Виды и механизмы функциональной алекситимии / Д.Г. Трунов // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2010. – Вып. 2 (2). – С. 93–99.

214. Урванцев Л.П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний / Л. П. Урванцев. – Ярославль : Ярослав. гос. ун-т, 2000. – 160 с.

215. Филиппова Н.В. Клинико-диагностические аспекты задержек психического развития в детском возрасте / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, М.А. Деева, А.С. Кормилицина // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – Т. 16, № 4. – С. 89–101.

216. Филиппова Н.В. Современный взгляд на задержку психического развития / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник, А.С. Исмайлова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 10. – С. 256–262.

217. Флейк-Хобсон К. Развитие ребенка и его отношений с окружающими / К. Флейк-Хобсон. – М. : Республика, 1993. – 510 с.

218. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М. : Республика, 1994. – 354 с.

219. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. – 1978. – № 6. – С. 94–106.

220. Ханин Ю.Л. Межличностная и внутригрупповая тревога в условиях значимой совместной деятельности / Ю.Л. Ханин // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 56–64.

221. Ханин Ю.Л. Статус и эмоциональное состояние личности в группах разного уровня развития / Ю.Л. Ханин, Г.В. Буланова // Вопросы психологии. – 1981. – № 5. – С. 29–33.

222. Хорни К. Невротическая личность нашего времени / К. Хорни. – М. : Прогресс : Универс, 1993. – 480 с.

223. Хорни К. Собрание сочинений : в 3 т. / К. Хорни. – М. : Смысл, 1997. – Т. 2: Новые пути в психоанализе. –544 с.

224. Хромова Н.В. Некоторые психологические характеристики и отношение к болезни пациентов офтальмотологического стационара /

Н.В. Хромова, М.Н. Широкова // Современные проблемы фундаментальной и клинической медицины : сб. статей : (по материалам междунар. конф.). – Томск, 1999. – С. 155.

225. Циркина С.Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / С.Ю. Циркина. – СПб. : Питер, 2001. – 748 с.

226. Чернорай А.В. Отношение к болезни и лечению пациентов с обострением сердечно-сосудистого заболевания на этапе реабилитации / А.В. Чернорай // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. – 2012. – № 153-1. – С. 237–242.

227. Чухрова М.Г. Трансформация личности и ее связь с психосоматической патологией в экстремальных климатогеографических условиях / М.Г. Чухрова, В.И. Хаснулин, В.В. Гафаров // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 7 (19). – С. 281–286.

228. Шейнина О.А. Алекситимия как психологическая проблема современного общества / О.А. Шейнина, О.А. Третьякова // Психолог и вызовы современного общества : материалы VIII Междунар. семинара молодых ученых и аспирантов. – Тамбов, 2016. – С. 135–140.

229. Шибутани Т. Социальная психология / Т. Шибутани. – М. : Прогресс, 1969. – 176 с.

230. Шопенгауэр А. Свобода воли и основы морали : две основные проблемы этики / А. Шопенгауэр; пер. с нем. Ф.В. Черниговца. 3-е изд. – СПб. : изд. А.С. Суворина, 1896. – [2], VI, 363 с.

231. Эйдемиллер Э.Г. Духовное измерение психотерапии и психотерапия духовностью / Э.Г. Эйдемиллер // Психотерапия. – 2010. – № 2. – С. 53–60.

232. Юрьева Т.В. Когнитивно-эмоциональные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца / Т.В. Юрьева, Ю.Г. Хватова // Вестник Тамбовского университета. Сер. Естественные и технические науки. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 118–120.

233. Юсупов И.М. Психология взаимопонимания / И.М. Юсупов. – Казань : Татар. кн. изд-во, 1991. – 237 с.

234. Юткина О.С. Изучение алекситимии у детей школьного возраста / О.С. Юткина // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. – С. 68.

235. Abramson L. Alexithymic characteristics and metabolic control in diabetic and healthy adults / L. Abramson, D.C. Mcclelland, D. Brown, S. Kelner Jr. // J. Nerv. Ment. Dis. – 1991. – Vol. 179. – P. 490–494.

236. Ahrens St. Alexithymic und Kein Ende Versuch eines Resumees / St. Ahrens // Z. Psychosom. Med. – 1987. – Bd. 33. – S. 201–220.

237. Ahrens St. Die Psychosomatische Personlichkeitsstructur. – Fact oder Fiction? / St. Ahrens // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1983. – Bd. 51, № 12. – S. 409–426.

238. Apfel R. Alexithymia: concept and measurement / R. Apfel, P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1979. – Vol. 32 (1–4). – P. 180–191.

239. Bach M. Alexithymia and somatization Relationship to LSM – III – R Diagnoses / M. Bach, D. Bach, F. Bohmer, D.O. Nutzinger // J. of Psychosomatic research. – 1994. – Vol. 38, № 6. – P. 150–152.

240. Bach M. Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study / M. Bach, D. Bach // Psychother. Psychosom. – 1996. – Vol. 65. – P. 150–152.

241. Bach M. Independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study / M. Bach, D. Bach, M. de Zwan // Psychosomatics. – 1996. – Vol. 37. – P. 451–458.

242. Bagby R. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / R. Bagby, G. Taylor, D. Rayn // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44. – P. 191–199.

243. Baldwin A.L. The study of Mother – Child Interaction / A.L. Baldwin, C.P. Baldvin // American Scientist. – 1973. – Vol. 61. – P. 714–721.

244. Bandura A. Aggression: a Social learning Analysis / A. Bandura. – Englewood cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1973. – 201 p.

245. Bandura A. Social learning theory of aggression / A. Bandura // The control of aggression / ed. by J.F. Knutson. – Chicago : Aldine, 1973. – 196 p.

246. Barefoot J. Hostility in asymptomatic men with angiographically confirmed coronary artery disease / J. Barefoot, J. Patterson, T. Haney, T. Catton, J. Hickman, R. Williams // J. Cardiol. – 1994. – Vol. 74. – P. 439–442.

247. Bazowitz H. Anxiety and performance changes with a minimal dose epeniphrin / H. Bazowitz, S. Korohin, D. Oken // Neurol. Psychiatry. – 1956. – Vol. 76. – P. 31–37.

248. Berenbaum H. Alexithymia, anger and interpersonal behavior / H. Berenbaum, S. Irvin // Psychother. Psychosom. – 1996. – Vol. 65. – P. 203–208.

249. Beres D. Fantasy and identification in empathy / D. Beres, J.A. Arlow // Psychoanal. Quart. – 1974. – Vol. 43. – P. 26–50.

250. Berkowitz L. Aggression: It`s causes, consequences and control / L. Berkowitz. – New York : Mc Graw-Hill, 1993. – 204 p.

251. Berkowitz L. The concept of aggressive drive. Some additional consideration / L. Berkowitz // Advances in experimental social psychology. – 1967. – № 7. – P. 202–207.

252. Brown E.L. Alexithymic Asthmatics: The Miscomunication of Affective States / E.L. Brown, J.T. Fukuhara, R.J. Feiguine // Psychother. Psychosom. – 1981. – Vol. 36. – P. 116–121.

253. Brownell C.A. Changes in cooperation and self-other differentiation during the second year / C.A. Brownell, M.S. Carriger // Child Development. – 1990. – Vol. 61. – P. 1164–1174.

254. Burns J.W. Effects of Demand and Decisions Latitude on Cardiovascular Reactivity Among Coronary – Prone Women and Men / J.W. Burns, J. Hutt, G. Weidner // J. of Behavioral Medicine. – 1993. – Vol. 19 (3). – P. 122–128.

255. Burns J.W. Psychologycal, Situational and Gender Predictors of Cardiovascular Reactivity to Stress: A Multivariate Approach / J.W. Burns, E.S. Katkin // J. of Behavioral Medicine. – 1993. – Vol. 16. – P. 445–465.

256. Buss A.H. Physical aggression in relation to different frustration / A.H. Buss // J. of Abnorm and Social Psychology. – 1969. – Vol. 67. – P. 1–7.

257. Buss A.H. The psychology of aggression / A.H. Buss. – New York : Willy and Sons, 1961. – 406 p.

258. Castaneda A. The Children`s Form of Manifest Anxiety Scale / A. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo // Child Development. – 1956. – Vol. 27. – P. 317–326.

259. Cattell R.B. The Scientific Use of Factor Analysis / R.B. Cattell. – New York : Plenum, 1978. – 618 p.

260. Chida Y. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence / Y. Chida, A. Steptoe // Journal of the American College of Cardiology. – 2009. – Vol. 53, № 11. – P. 936–946.

261. Cohen S. Social support and coronary heart disease. Underlying psychological and biological mechanisms / S. Cohen, J.R. Kaplan, S.B. Manuck // Social support and cardiovascular disease / ed. by S.A. Shumaker, S.M. Czajkowski. – New York : Plenum, 1994. – P. 195–221.

262. Cohen S. Stress and infection disease in humans / S. Cohen, G.M. Williamson // Psychol. Bull. – 1991. – Vol. 109. – P. 5–24.

263. Cottrel L.S. The empathic responses: a neglected field for research / L.S. Cottrel, R. Dymond // Psychiatry. – 1949. – Vol. 12. – P. 215–228.

264. Cox B.J. Alexithymia in somatoform disorder patient with chronic pain / B.J. Cox, K. Kuch, J.D. Parker, I.D. Shulman, R.J. Evans // J. of Psychosomatic Research. – 1994. – Vol. 38, № 6. – P. 523–527.

265. Davidson W. Effect of stress and anxiety on continuous high speed color naming / W. Davidson, J. Andrews, S. Ross // J. Exper. Psychol. – 1965. – Vol. 52. – P. 13–17.

266. Dembroski T.M. Behavioral and psychophysiological perspectives on coronary-prone behavior / T.M. Dembroski, J.M. MacDougal // Biobehavioral bases of coronary heart disease / ed. by T.M. Dembroski, T.H. Schmidt, G. Blumchen. – New York : Kargen, 1983. – 347 p.

267. Dembroski T.M. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial / T.M. Dembroski, J.M. MacDougal, P.T. Costa, G.A. Grandits // Psychosomatic Medicine. – 1989. – Vol. 51. – P. 514–522.

268. Dembroski T.M. Components of Type A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic findings / T.M. Dembroski, J.M. MacDougal, R.B. Williams, T.L. Haney, J.A. Blumenthal // Psychosomatic Medicine. – 1985. – Vol. 47. – P. 219–233.

269. Dembroski T.M. Coronary prone behavior. Components of the Type A pattern and hostility / T.M. Dembroski, P.T. Costa // J. Pers. Special is.: Personality and physical health. – 1987. – Vol. 55. – P. 211–235.

270. Dirks J.F. Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma / J.F. Dirks, S.K. Robinson, D.L. Dirks // Psychother. Psychosom. – 1981. – Vol. 36. – P. 63–71.

271. Dollard J. Frustration and Aggression / J. Dollard, L. Doob, N.E. Miller, H.O. Mowrer, R.R. Sears. – New Haven, 1939. – 287 p.

272. Donfrancesco R. Attention-deficit / hyperactivity disorder and alexithymia: a pilot study / R. Donfrancesco, M. Di Trani, P. Gregori [et al.] // Atten defic hyperact disord. – 2013. – Vol. 5 (4). – P. 361–367.

273. Dorsky F. The effect of social physical anxiety on human aggressive behavior / F. Dorsky. – Kent, OH : Kent State University, 1972. – 350 p.

274. Dunbar F. Emotions and bodily changes / F. Dunbar. – New York : Columbia University Press, 1954. – 1192 p.

275. Eizenberg N. Empathy and sympathy / N. Eizenberg // Child development today and tomorrow. – San Francisco, 1989. – P. 137–154.

276. Finn P.R. Alexithymia in males at high genetic risc for alcocholism / P.R. Finn, J. Martin, R.O. Pihl // Psychother. Psychosom. – 1987. – Vol. 47. – P. 18–21.

277. Fonagy P. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self / P. Fonagy, G. Gergely, E. Jurist, M. Target. – New York : Other Press, 2002. – 236 c.

278. Freyberger H. Psychotherapeutic interventions in alexithymic patients with special regart to ulcerative colitis and Crohn patients / H. Freyberger, H.W. Konsebeck, W. Lempa // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44. – P. 72–81.

279. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia / H. Freyberger // Psychother. Psychosom. – 1977. – Vol. 28. – P. 337–342.

280. Fukunishi I. Emotional disturbances in trauma patients during the rehabilitation phase: studies of posttraumatic stress disorder and alexithymia /

I. Fukunishi, K. Sasaki, Y. Chishima // Gen. Hosp. Psychiat. – 1996. – Vol. 18. – P. 121–127.

281. Fukunishi I. Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofibroscopy / I. Fukunishi, N. Kaji, T. Hosaca // Psychosom. – 1997. – Vol. 38. – P. 20–26.

282. Gage B.C. The effect of alexithymia on morbidity in hypertensives / B.C. Gage, K.J. Egan // Psychother. Psychosom. – 1984. – Vol. 43. – P. 136–144.

283. Greenberg R.P. Do alexithymic trains predict illness? / R.P. Greenberg, P.J. Dattore // J. Nerv. Ment. Dis. – 1983. – Vol. 171. – P. 276–279.

284. Grinberg H. Personality / H. Grinberg // Rew. Psychol. – 1959. – Vol. 10. – P. 18–31.

285. Haviland M.G. Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence / M.G. Haviland, M.S. Hendryx, D.G. Shaw, J.P. Henry // Comp. Psychiat. – 1994. – Vol. 35. – P. 124–128.

286. Hilgard E.R. Introduction to psychology / E.R. Hilgard, R.C. Atkinson. – New York; Chicago : Harcourt, Brace and World, 1967. – 686 p.

287. Hoffman M. Moral development / M. Hoffman // Carmichael's manual of child psychology. – New York : Wiley, 1970. – Vol. 2.

288. Honcalampi K. Is alexithymia a permanenet feature in Lepresse patients? / K. Honcalampi, J. Hintikka, P. Saarinen, J. Lehtonen, H. Viinamaki // Psychother. Psychosom. – 2000. – Vol. 69. – P. 6–14.

289. Hoppe K. Alexithymia in twelve commisurotomized patients / K. Hoppe, J. Bogen // Psychother. Psychosom. – 1977. – Vol. 28. – P. 148–155.

290. Horney K. The neurotic personality of our time / K. Horney. – New York : W.W. Norton and Co., 1937. – 299 p.

291. Jaspers K. Allgemeine Psychologic / K. Jaspers. – Berlin : Springer, 1948. – 237 s.

292. Jenkins C.D. Psychologic and social precursors of coronary disease / C.D. Jenkins // N. Engl. J. Med. – 1972. – Vol. 284, № 5. – P. 244.

293. Johnson L. Stability of EEG activity and manifest anxiety / L. Johnson, G. Ulett // J. Comparative and Psysiol. Psychol. – 1959. – Vol. 52, № 3. – P. 284–288.

294. Joukama M. Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care / M. Joukama, H. Karlsson, B. Sohlman, V. Lehtinen // Psychother. Psychosom. – 1996. – Vol. 65. – P. 199–200.

295. Jula A. Alexithymia: a facet of essential hypertension / A. Jula, J.K. Salminen, S. Saarijaivi // Hypertension. – 1999. – Vol. 33. – P. 1057–1061.

296. Kaiser H.F. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis / H.F. Kaiser // Psychometrika. – 1958. – Vol. 23, is. 3. – P. 187–200.

297. Karukivi M. Stability of alexithymia in late adolescence: results of a 4-year follow-up study / M. Karukivi, T. Pölönen, T. Vahlberg, S. Saikkonen, S. Saarijärvi // Psychiatry Res. – 2014. – Vol. 219 (2). – P. 386–390.

298. Kauhanen J. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease / J. Kauhanen, G.A. Kaplan, R.D. Cohen // Psychosom. Med. – 1994. – Vol. 56. – P. 237–244.

299. Kierkegaard S. The concept of anxiety / S. Kierkegaard ; ed. and trans. by H.V. Hong, E.V. Hong. – Northfild, MN, 1976. – 722 p.

300. Kosewsky M. Biologizne podloze zachowamia agresywnego / M. Kosewsky // Agressywhi przestepcy. – Warszawa : Wiedza Powazichna, 1977. – S. 1–156.

301. Krystal H. Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatmeant / H. Krystal // Int. J. Psychoan. Psychother. – 1983. – № 9. – P. 353–378.

302. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy / H. Krystal // Am. J. of Psychother. – 1979. – Vol. 33, № l. – P. 17–31.

303. Lader M. The Nature of Anxiety / M. Lader // Brit. J. Psychiatry. – 1972. – Vol. 121. – P. 481–491.

304. Lesser I.M. Critique of Contributions to the Alexithymia Symposium / I.M. Lesser // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44. – P. 82–88.

305. MacDougal J.M. Components of Type – A, hostility and anger-in: Further relationships to angiographic findings / J.M. MacDougal, T.M. Dembroski, J.E. Dimsdale, T.P. Hackett // Healf. Psychology. – 1985. – Vol. 4. – P. 137–152.

306. Maeland J.G. Psychological predictors for return to the work after myocardial infarction / J.G. Maeland, O.E. Havik // J. Psychosom. Res. – 1987. – Vol. 31. – P. 471–481.

307. Mahoney S.C. The literature empathy test: development of a procedure for differentiating between “good empathizers” and “poor empathizers” / S.C. Mahoney // Dis. Abstr. – 1960. – Vol. 21. – P. 674.

308. Mattila A.K. Age is strongly associated with alexithymia in the general population / A.K. Mattila, J.K. Salminen, T. Nummi, M. Joukamaa // J Psychosom Res. – 2006. – Vol. 61 (5). – P. 629–635.

309. May R. The meaning of anxiety / R. May. – New York, 1979. – 378 p.

310. Miller T.Q. A meta-analytic review of research on hostility and physical health / T.Q. Miller, T.W. Smith, C.W. Turner, M.L. Guijarro, A.J. Hallet // Psychologycal Bulletin. – 1996. – Vol. 119 (2). – P. 322–348.

311. Morer O.H. Pain, punishment, quilt and anxiety / O.H. Morer // Anxiety / ed. by P. Hoch, J. Zubin. – New York : Grune and Stratton, 1950.

312. Nearing G.W. Perception of heart rate and blood pressure: the role of alexithymia and anxiety / G.W. Nearing, C.P. van der Staar // Psychother. Psychosom. – 1995. – Vol. 63, № 3–4. – P. 193–200.

313. Nemiah J.C. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders / J.C. Nemiah, P.E. Sifneos // Modern Trends in Psychosomatic Medicine / ed. O.W. Hill. – London : Butterworth, 1970. – P. 26–34.

314. Nemiah J.C. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders / J.C. Nemiah, P.E. Sifneos // Modern Trends in Psychosomatic Medicine / ed. by O.W. Hill. – London : Butterworths, 1976. – Vol. 2. – P. 441–457.

315. Nemiah J.C. Alexithymia: a view of the psychosomatic process / J.C. Nemiah, H. Freyberger, P.E. Sifneos // Modern Trends in Psychosomatic Medicine / ed. by O.W. Hill. – London; Boston : Butterworths, 1976. – Vol. 3. – P. 430–439.

316. Nemiah J.C. Psychosomatic illness and problem of communication / J.C. Nemiah, P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1970. – Vol. 18. – P. 154–160.

317. Numata Y. A Psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm / Y. Numata, Y. Ogata, Y. Oike // J. Circulat. J. – 1998. – Vol. 62. – P. 409–413.

318. Parker J.D. Toronto Alexithymia scale, EPQ and self – report measures of somatic complaints / J.D. Parker, R.M. Bagby, G.J. Taylor // Person. Individ. Diff. – 1989. – Vol. 10, № 6. – P. 509–604.

319. Petzold E. Psychotherapeutische Gesichtspunkte beu der Nachbehand – lung von Patient mit Herzinfanrt / E. Petzold // Notabene Medici. – 1976. – Vol. 6. – P. 14–18.

320. Radke-Yarrow M. Children`s prosocial dispositions and behavior / M. Radke-Yarrow, C. Zahn-Waxler, M. Chapman // Handbook of child psychology. – New York : Wiley, 1983. – Vol. 4: Socialization, personality and social development.

321. Rank O. Will therapy / O. Rank. – New York : Alfred A. Knopf. Inc., 1936.

322. Rieffe C. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results / C. Rieffe, P. Oosterveld, M.M. Terwogt // Personality and Individual Differences. – 2006. – Vol. 40, is. 1. – P. 123–133.

323. Roberts G. Counselor anxiety : a research rewiew / G. Roberts, J. Bowman // Psychology. – 1978. – Vol. 15. – P. 49–59.

324. Rosenman R.H. The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disearse / R.H. Rosenman, M. Friedman // Hormones and atherosclerosis. – New York : Academic Pres., 1959. – P. 63–68.

325. Sartorius N. Anxiety: psychobiological and clinical perspectives / N. Sartorius. – Washington DC : Hemisphere Publishing Corporation, 1990. – 292 p.

326. Scheler M. Wesen und Formen der Sympathie / M. Scheler // Phanomenologie der Sympatiegefuhle. – Bonn : Cohen, 1926.

327. Sifneos P.E. Affect, emotional conflict and deficit : an overview / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1991. – Vol. 56. – P. 116–122.

328. Sifneos P.E. Problems of patients with alexithymic characteristics and physical disease / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1973. – Vol. 26. – P. 65–70.

329. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1973. – Vol. 22, № 2. – P. 255–262.

330. Sifnoes P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients / P.E. Sifneos // Psychother. Psychosom. – 1983. – Vol. 40, № 1–4. – P. 66–73.

331. Smith M. French translation of Schalling-Sifneos Personality Scale Revised and Beth Israel Questionnaize, 2 evolution tools of alexithymia / M. Smith, A. Daurat, P. Pariente, P.E. Sifneos // Eneephate. – 1992. – Vol. 18, № 2. – P. 171–174.

332. Taylor G.J. Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment / G.J. Taylor // J. Psychiatr. – 1984. – Vol. 141, № 6. – P. 725–732.

333. Taylor G.J. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale / G.J. Taylor, R.M. Bagby, D.P. Ryan // Psychosom. Med. – 1988. – Vol. 50. – P. 500–509.

334. Taylor G.J. disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness / G.J. Taylor, R.M. Bagby, J. Parker. – Cambridge : Cambridge University Press, 1999. – 359 p.

335. Taylor G.J. Measurement of alexithymia recommendations for clinical practice and future research / G.J. Taylor, R.M. Bagby // Psychiat. Clin. N. Amer. – 1988. – Vol. 11. – P. 323–366.

336. Taylor G.J. Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis / G.J. Taylor. – Madison, CT : International University Press, 1987. – 391 p.

337. Taylor G.J. Recent developments in alexithymia theory and research. Canadian journal of psychiatry / G.J. Taylor // Revue canadienne de psychiatrie. – 2000. – Vol. 45 (2). – P. 134–142.

338. Taylor G.J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / G.J. Taylor, D. Ryan, R.M. Bagby // Psychother. Psychosom. – 1985. – Vol. 44. – P. 191–199.

339. Taylor J.A. A personality Scale of Manifest Anxiety / J.A. Taylor // J. Abnormal and Social Psychology. – 1953. – Vol. 38. – P. 285–290.

340. Todarello O. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study / O. Todarello, G.J. Taylor, J.D. Parker, M. Fanelli // J. Psychosom. Res.– 1995. – Vol. 39, № 8. – P. 987–994.

341. Wise T.N. Illness beliefs and alexithymia in headache patients / T.N. Wise // Headach. – 1994. – Vol. 34, № 6. – P. 362–366.

342. Zeitlin S. Interhemispheric transfer deficit and alexithymia / S. Zeitlin, R. Lane, D. O`Leary, M.J. Schrift // Amer. J. Psychiatry. – 1989. – Vol. 146, № 11. – P. 1434–1439.

ПРИЛОЖЕНИЕ А ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЯВНЫХ АКЦЕНТУАЦИЙ

Таблица А.1 – Частотное распределение явных акцентуаций в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Тип акцентуации		Не выражена алекситимия			Промежуточная группа			Выражена алекситимия		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Гипертимический	Частота	32	16	16	32	19	13	40	30	10
	Валидный процент	20,9	10,5	10,5	20,9	12,4	8,5	26,1	19,6	6,5
Неуравновешенный	Частота	4	4	–	5	2	3	3	1	2
	Валидный процент	2,6	2,6	–	3,3	1,3	1,3	1,3	0,7	1,3
Эмотивный	Частота	19	8	11	14	4	10	9	3	6
	Валидный процент	12,4	5,2	7,2	9,2	2,6	6,5	5,9	1,3	3,9
Педантичный	Частота	3	1	2	2	–	2	4	2	2
	Валидный процент	1,3	0,7	1,3	1,3	–	1,3	2,6	1,3	1,3
Тревожный	Частота	4	2	2	4	1	3	11	8	3
	Валидный процент	2,6	1,3	1,3	2,6	0,7	1,3	7,2	5,2	1,3
Циклоидный	Частота	15	7	8	14	9	5	23	12	11
	Валидный процент	9,8	4,6	5,2	9,2	5,9	3,3	15,0	7,8	7,2
Демонстративный	Частота	8	4	4	7	3	4	5	4	1
	Валидный процент	5,2	2,6	2,6	4,6	1,3	2,6	3,3	2,6	0,7
Возбудимый	Частота	7	6	1	9	8	2	28	17	11
	Валидный процент	4,6	3,9	0,7	5,9	5,2	1,3	18,3	11,1	7,2
Дистимичный	Частота	2	1	1	9	8	1	6	4	2
	Валидный процент	1,3	0,7	0,7	5,9	5,2	0,7	3,9	2,6	1,3
Экзальтированный	Частота	21	7	14	22	11	11	26	14	12
	Валидный процент	13,7	4,6	9,2	14,4	7,2	7,2	16,9	9,2	7,8

Таблица А.2 – Частотное распределение скрытых акцентуаций в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Тип акцентуации		Не выражена алекситимия			Промежуточная группа			Выражена алекситимия		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Гипертимический	Частота	6	6	–	5	4	1	14	5	8
	Валидный процент	3,9	3,9	–	3,3	2,6	0,7	9,2	3,3	5,2
Неуравновешенный	Частота	23	9	14	18	11	7	39	27	12
	Валидный процент	15,0	5,9	9,2	11,8	7,2	4,6	25,5	17,6	7,8

Тип акцентуации		Не выражена алекситимия			Промежуточная группа			Выражена алекситимия		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмотивный	Частота	23	16	7	20	14	6	35	25	10
	Валидный процент	15,0	10,5	4,6	13,1	9,2	3,9	22,9	16,3	6,5
Педантичный	Частота	18	10	8	21	11	10	26	16	10
	Валидный процент	11,8	6,5	5,2	13,7	7,2	6,5	16,9	10,5	6,5
Тревожный	Частота	9	3	6	10	5	5	18	12	6
	Валидный процент	5,9	1,3	3,9	6,5	3,3	3,3	11,8	7,8	3,9
Циклоидный	Частота	21	15	6	18	9	9	21	16	5
	Валидный процент	13,7	9,8	3,9	11,8	5,9	5,9	13,7	10,5	3,3
Демонстратив-ный	Частота	27	11	16	20	13	7	33	20	13
	Валидный процент	17,6	7,2	10,5	13,1	8,5	4,6	15,0	13,1	8,5
Возбудимый	Частота	16	8	8	18	9	9	23	18	5
	Валидный процент	10,5	5,2	5,2	11,8	5,9	5,9	15,0	11,8	3,3
Дистимичный	Частота	14	6	8	9	–	9	17	10	7
	Валидный процент	9,2	3,9	5,2	5,9	–	5,9	11,1	6,5	4,6
Экзальтиро-ванный	Частота	15	10	5	15	9	6	22	17	5
	Валидный процент	9,8	6,5	3,3	9,8	5,9	3,9	14,4	11,1	3,3

Таблица А.3 – Частотное распределение явных акцентуаций в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Тип акцентуации		Не выражена алекситимия			Промежуточная группа			Выражена алекситимия		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Гипертими-ческий	Частота	46	17	29	50	21	29	30	14	16
	Валидный процент	19,9	7,4	12,6	21,6	9,1	12,6	12,9	6,1	6,9
Неуравнове-шенный	Частота	10	4	6	13	5	8	12	4	8
	Валидный процент	4,3	1,7	2,6	5,6	2,2	3,5	5,2	1,7	3,5
Эмотивный	Частота	30	7	23	41	9	32	19	4	15
	Валидный процент	12,9	3,0	9,9	17,7	3,9	13,9	8,2	1,7	6,5
Педантичный	Частота	12	1	11	10	4	6	8	4	4
	Валидный процент	5,2	0,4	4,8	4,3	1,7	2,6	3,5	1,7	1,7
Тревожный	Частота	5	1	4	16	4	12	10	2	8
	Валидный процент	2,2	0,4	1,7	6,9	1,7	5,2	4,3	0,8	3,5
Циклоидный	Частота	20	9	11	39	15	24	35	15	20
	Валидный процент	8,7	3,9	4,8	16,9	6,5	10,4	15,2	6,5	8,7

Тип акцентуации		Не выражена алекситимия			Промежуточная группа			Выражена алекситимия		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Демонстра-тивный	Частота	21	7	15	20	7	13	21	10	11
	Валидный процент	9,1	3,0	6,5	8,7	3,0	5,6	9,1	4,3	4,8
Возбудимый	Частота	15	6	8	35	13	22	26	11	15
	Валидный процент	6,5	2,6	3,5	15,2	5,6	9,5	11,3	4,8	6,5
Дистимичный	Частота	3	2	1	3	1	2	10	7	3
	Валидный процент	1,3	0,8	0,4	1,3	0,4	0,8	4,3	3,0	1,3
Экзальтиро-ванный	Частота	40	10	30	54	17	37	47	15	32
	Валидный процент	17,3	4,3	12,9	23,4	7,4	16,0	20,3	6,5	13,9

Таблица А.4 – Частотное распределение скрытых акцентуаций в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Тип акцентуации		Не выражена алекситимия			Промежуточная группа			Выражена алекситимия		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Гипертими-ческий	Частота	13	5	8	20	6	14	26	10	16
	Валидный процент	5,6	2,2	3,5	8,7	2,6	6,1	11,3	4,3	6,9
Неуравнове-шенный	Частота	32	11	21	44	17	27	44	17	27
	Валидный процент	13,9	4,8	9,1	19,0	7,4	11,7	19,0	7,4	11,7
Эмотивный	Частота	25	10	15	27	10	17	34	14	20
	Валидный процент	10,8	4,3	6,5	11,7	4,3	7,4	14,7	6,1	8,7
Педантичный	Частота	26	14	12	42	18	24	35	15	20
	Валидный процент	11,3	6,1	5,2	18,2	7,8	10,4	15,2	6,5	8,7
Тревожный	Частота	15	6	9	25	9	16	26	10	16
	Валидный процент	6,5	2,6	3,9	10,8	3,9	6,9	11,3	4,3	6,9
Циклоидный	Частота	33	9	24	30	13	17	25	12	13
	Валидный процент	14,3	3,9	10,4	12,9	5,6	7,4	10,8	5,2	5,6
Демонстрати-вный	Частота	32	14	18	33	12	21	28	9	19
	Валидный процент	13,9	6,1	7,8	14,3	5,2	9,1	12,1	3,9	8,2
Возбудимый	Частота	33	12	21	32	16	16	28	12	16
	Валидный процент	14,3	5,2	9,1	13,9	6,9	6,9	12,1	5,2	6,9
Дистимичный	Частота	19	8	11	25	12	13	25	9	16
	Валидный процент	8,2	3,5	4,8	10,8	5,2	5,6	10,8	3,9	6,9
Экзальтиро-ваный	Частота	15	8	7	25	11	14	20	10	10
	Валидный процент	6,5	3,5	3,0	10,8	4,8	6,1	8,7	4,3	4,3

ПРИЛОЖЕНИЕ Б ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ

Таблица Б.1 – Частотное распределение агрессивных реакций при выраженной алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	49	37	12	6	5	1	10	3	7
	Валидный процент	32,0	24,2	7,8	3,9	3,3	0,7	6,5	1,9	4,6
Косвенная агрессия	Частота	18	13	5	30	20	10	17	12	5
	Валидный процент	11,8	8,5	3,3	19,6	13,1	6,5	11,1	7,8	3,3
Раздражение	Частота	20	12	8	23	19	4	22	14	8
	Валидный процент	13,1	7,8	5,2	15,0	12,4	2,6	14,4	9,2	5,2
Негативизм	Частота	38	28	10	14	7	7	13	10	3
	Валидный процент	24,8	18,3	6,5	9,2	4,6	4,6	8,5	6,5	1,9
Обида	Частота	35	26	7	16	11	5	16	8	8
	Валидный процент	22,9	16,9	4,6	10,5	7,2	3,3	10,5		5,2
Подозрительность	Частота	51	34	17	7	7	–	7	45,2	3
	Валидный процент	33,3	22,2	11,1	4,6	4,6	–	4,6	2,6	1,9
Вербальная агрессия	Частота	41	32	9	12	6	6	12	7	5
	Валидный процент	26,8	20,9	5,9	7,8	3,9	3,9	7,8	4,6	3,3
Чувство вины	Частота	41	26	15	9	7	2	15	12	3
	Валидный процент	26,8	16,9	9,8	5,9	4,6	1,3	9,8	7,8	1,9
Индекс враждебности	Частота	50	37	13	12	7	5	3	1	2
	Валидный процент	32,7	24,2	8,5	7,8	4,6	3,3	1,9	0,7	1,3
Индекс агрессивности	Частота	33	23	10	23	18	5	9	4	5
	Валидный процент	21,6	15,0	6,5	15,0	11,8	3,3	5,9	2,6	3,3

Таблица Б.2 – Частотное распределение агрессивных реакций при промежуточной группе по алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	25	20	5	6	2	4	12	4	8
	Валидный процент	16,3	13,1	3,3	3,9	1,3	2,6	7,8	2,6	5,2
Косвенная агрессия	Частота	17	10	7	17	11	6	9	5	4
	Валидный процент	11,1	6,5	4,6	11,1	7,2	3,9	5,9	3,3	2,6
Раздражение	Частота	5	2	3	25	15	10	13	9	4
	Валидный процент	3,3	1,3	1,9	16,3	9,8	6,5	8,5	5,9	2,6

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Негативизм	Частота	28	20	8	9	4	5	6	2	4
	Валидный процент	18,3	13,1	5,2	5,9	2,6	3,3	3,9	1,3	2,6
Обида	Частота	15	11	4	13	7	6	15	8	7
	Валидный процент	9,8	7,2	2,6	8,5	4,6	3,9	9,8	5,2	4,6
Подозрительность	Частота	28	18	10	58,5	2	3	10	6	4
	Валидный процент	18,3	11,8	6,5	3,3	1,3	1,9	6,5	3,9	2,6
Вербальная агрессия	Частота	25	14	11	12	9	3	6	3	3
	Валидный процент	16,3	9,2	7,2	7,8	5,9	1,9	3,9	1,9	1,9
Чувство вины	Частота	28	14	14	7	5	2	8	7	1
	Валидный процент	18,3	9,2	9,2	4,6	3,3	1,3	5,2	4,6	0,7
Индекс враждебности	Частота	26	16	10	9	9	–	8	1	7
	Валидный процент	16,9	10,5	6,5	5,9	5,9	–	5,2	0,7	4,6
Индекс агрессивности	Частота	19	14	5	19	9	10	5	3	2
	Валидный процент	12,4	9,2	3,3	12,4	5,9	6,5	3,3	1,9	1,3

Таблица Б.3 – Частотное распределение агрессивных реакций при невыраженной алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	21	17	4	10	7	3	14	1	13
	Валидный процент	13,7	11,1	2,6	6,5	4,6	1,9	9,2	0,7	8,5
Косвенная агрессия	Частота	11	7	4	24	14	10	10	4	6
	Валидный процент	7,2	4,6	2,6	15,7	9,2	6,5	6,5	2,6	3,9
Раздражение	Частота	5	3	2	17	10	7	23	12	11
	Валидный процент	3,3	1,9	1,3	11,1	6,5	4,6	15,0	7,8	7,2
Негативизм	Частота	24	17	7	10	5	5	11	3	8
	Валидный процент	15,7	11,1	4,6	6,5	3,3	3,3	7,2	1,9	5,2
Обида	Частота	11	7	4	13	9	4	21	9	12
	Валидный процент	7,2	4,6	2,6	8,5	5,9	2,6	13,7	5,9	7,8
Подозрительность	Частота	22	14	8	12	5	7	11	6	5
	Валидный процент	14,4	9,2	5,2	7,8	3,3	4,6	7,2	3,9	3,3
Вербальная агрессия	Частота	23	14	9	11	4	7	11	7	4
	Валидный процент	15,0	9,2	5,9	7,2	2,6	4,6	7,2	4,6	2,6

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Чувство вины	Частота	21	10	11	14	8	6	10	7	3
	Валидный процент	13,7	6,5	7,2	9,2	5,2	3,9	6,5	4,6	1,9
Индекс враждебности	Частота	21	16	5	13	–	13	11	9	2
	Валидный процент	13,7	10,5	3,3	8,5	–	8,5	7,2	5,9	1,3
Индекс агрессивности	Частота	14	11	3	13	6	7	18	8	10
	Валидный процент	9,2	7,2	1,9	8,5	3,9	4,6	11,8	5,2	6,5

Таблица Б.4 – Частотное распределение агрессивных реакций при выраженной алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	43	22	21	17	4	13	16	4	12
	Валидный процент	18,6	9,5	9,1	7,4	1,7	5,6	6,9	1,7	5,2
Косвенная агрессия	Частота	29	9	20	30	14	16	17	7	10
	Валидный процент	12,6	3,9	8,7	12,9	6,1	6,9	7,4	3,0	4,3
Раздражение	Частота	22	5	17	21	11	10	33	14	19
	Валидный процент	9,5	2,2	7,4	9,1	4,8	4,3	14,3	6,1	8,2
Негативизм	Частота	40	15	25	19	6	13	17	9	8
	Валидный процент	17,3	6,5	10,8	8,2	2,6	5,6	7,4	3,9	3,5
Обида	Частота	37	9	28	23	13	10	16	8	8
	Валидный процент	16,0	3,9	12,1	9,9	5,6	4,3	6,9	3,5	3,5
Подозри-тельность	Частота	47	23	24	15	3	12	14	4	10
	Валидный процент	20,3	9,9	10,4	6,5	1,3	5,2	6,1	1,7	4,3
Вербальная агрессия	Частота	50	20	30	14	6	9	11	4	7
	Валидный процент	21,6	8,7	19,9	6,1	2,6	3,9	4,8	1,7	3,0
Чувство вины	Частота	45	17	28	10	1	9	21	12	9
	Валидный процент	19,5	7,4	12,1	4,3	0,4	3,9	9,1	5,2	3,9
Индекс враждебности	Частота	56	21	35	10	–	10	10	9	1
	Валидный процент	24,2	9,1	15,2	4,3	–	4,3	4,3	3,9	0,4
Индекс агрессивности	Частота	35	16	19	25	10	15	16	4	12
	Валидный процент	15,2	6,9	8,2	10,8	4,3	6,5	6,9	1,7	5,2

Таблица Б.5 – Частотное распределение агрессивных реакций при промежуточной группе по алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	51	23	28	14	4	10	22	4	18
	Валидный процент	22,1	9,9	12,1	6,1	1,7	4,3	9,5	1,7	7,8
Косвенная агрессия	Частота	29	7	22	43	15	28	15	9	6
	Валидный процент	12,6	3,0	9,5	18,6	6,5	12,1	6,5	3,9	2,6
Раздражение	Частота	18	4	14	35	18	17	34	9	25
	Валидный процент	7,8	1,7	6,1	15,2	7,8	7,4	14,7	3,9	10,8
Негативизм	Частота	45	16	29	23	10	13	19	5	14
	Валидный процент	19,5	6,9	12,6	9,9	4,3	5,6	8,2	2,2	6,1
Обида	Частота	35	14	21	29	7	22	23	10	13
	Валидный процент	15,2	6,1	9,1	12,6	3,0	9,5	9,9	4,3	5,6
Подозри-тельность	Частота	53	23	30	15	5	10	19	3	16
	Валидный процент	22,9	9,9	19,9	6,5	2,2	4,3	8,2	1,3	6,9
Вербальная агрессия	Частота	61	24	37	11	3	8	15	4	11
	Валидный процент	26,4	10,4	16,0	4,8	1,3	3,5	6,5	1,7	4,8
Чувство вины	Частота	48	19	29	14	3	11	25	9	16
	Валидный процент	20,8	8,2	12,6	6,1	1,3	4,8	10,8	3,9	6,9
Индекс враждебности	Частота	56	22	34	8	8	–	23	1	22
	Валидный процент	24,2	9,5	14,7	3,5	3,5	–	9,9	0,4	9,5
Индекс агрессивности	Частота	47	20	27	15	6	9	25	5	20
	Валидный процент	20,3	8,7	11,7	6,5	2,6	3,9	10,8	2,2	8,7

Таблица Б.6 – Частотное распределение агрессивных реакций при невыраженной алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Физическая агрессия	Частота	29	12	17	11	6	5	28	6	22
	Валидный процент	12,6	5,2	7,4	4,8	2,6	2,2	12,1	2,6	9,5
Косвенная агрессия	Частота	24	8	16	26	8	18	18	8	10
	Валидный процент	10,4	3,5	6,9	11,3	3,5	7,8	7,8	3,5	4,3
Раздражение	Частота	28	2	26	23	6	17	17	16	1
	Валидный процент	12,1	0,8	11,3	9,9	2,6	7,4	7,4	6,9	0,4

Агрессивные и враждебные реакции		Высокий уровень			Средний уровень			Низкий уровень		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Негативизм	Частота	30	13	17	15	2	13	23	9	14
	Валидный процент	19,9	5,6	7,4	6,5	0,8	5,6	9,9	3,9	6,1
Обида	Частота	13	6	7	31	12	19	24	6	18
	Валидный процент	5,6	2,6	3,0	13,4	5,2	8,2	10,4	2,6	7,8
Подозри-тельность	Частота	41	14	27	14	5	9	13	5	8
	Валидный процент	17,7	6,1	11,7	6,1	2,2	3,9	5,6	2,2	3,5
Вербальная агрессия	Частота	40	15	25	18	7	11	10	2	8
	Валидный процент	17,3	6,5	10,8	7,8	3,0	4,8	4,3	0,8	3,5
Чувство вины	Частота	31	9	22	13	7	6	24	8	16
	Валидный процент	13,4	3,9	9,5	5,6	3,0	2,6	10,4	3,5	6,9
Индекс враждебности	Частота	35	14	21	20	–	20	13	10	3
	Валидный процент	15,2	6,1	9,1	8,7	–	8,7	5,6	4,3	1,3
Индекс агрессивности	Частота	16	7	9	25	7	18	27	10	17
	Валидный процент	6,9	3,0	3,9	10,8	3,0	7,8	11,7	4,3	7,4

ПРИЛОЖЕНИЕ В ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА

Таблица В.1 – Частотное распределение типов темперамента в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Группа		Всего				Юноши				Девушки			
		Тип темперамента											
		Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М
Группа 1	Частота	10	30	2	3	4	18	1	2	6	12	1	1
	Валидный процент	6,5	19,6	1,3	1,9	2,6	11,8	0,7	1,3	3,9	7,8	0,7	0,7
Группа 2	Частота	21	16	4	2	9	13	3	1	12	3	1	1
	Валидный процент	13,7	10,5	2,6	1,3	5,9	8,5	1,9	0,7	7,8	1,9	0,7	0,7
Группа 3	Частота	29	19	9	8	21	15	6	3	8	4	3	5
	Валидный процент	18,9	12,4	5,9	5,2	13,7	9,8	3,9	1,9	5,2	2,6	1,9	3,3

Примечание. Здесь и далее: Х – холерический; С – сангвинический; Ф – флегматический; М – меланхолический.

Таблица В.1 – Частотное распределение типов темперамента в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Группа		Всего				Юноши				Девушки			
		Тип темперамента											
		Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М	Х	С	Ф	М
Группа 1	Частота	12	41	12	3	2	17	3	2	10	24	9	1
	Валидный процент	5,2	17,7	5,2	1,3	0,8	7,4	1,3	0,8	4,3	10,4	3,9	0,4
Группа 2	Частота	31	30	15	11	12	9	6	4	19	21	9	7
	Валидный процент	13,4	12,9	6,5	4,8	5,2	3,9	2,6	1,7	8,2	9,1	3,9	3,0
Группа 3	Частота	37	15	15	9	14	7	6	3	23	8	9	6
	Валидный процент	16,0	6,5	6,5	3,9	6,1	3,0	2,6	1,3	9,9	3,5	3,9	2,6

Условные обозначения: Группа 1 – не выражена алекситимия; Группа 2 – промежуточная группа; Группа 3 – выражена алекситимия.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ЭМПАТИИ

Таблица Г.1 – Частотное распределение уровня эмпатии при выраженной алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	5	5	–	51	34	17	9	6	3
	Валидный процент	3,3	3,3	–	33,3	22,2	11,1	5,9	3,9	1,9
Эмпатия с животными	Частота	25	21	4	40	24	16	–	–	–
	Валидный процент	16,3	13,7	2,6	26,1	15,7	10,5	–	–	–
Эмпатия со стариками	Частота	18	15	3	44	29	15	3	1	2
	Валидный процент	11,8	9,8	1,9	28,8	18,9	9,8	1,9	0,7	1,3
Эмпатия с детьми	Частота	16	13	3	46	29	17	3	3	–
	Валидный процент	10,5	8,5	1,9	30,1	18,9	11,1	1,9	1,9	–
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	27	20	7	36	24	12	2	1	1
	Валидный процент	17,6	13,1	4,6	23,5	15,7	7,8	1,3	0,7	0,7
Эмпатия с незнакомыми	Частота	24	20	4	38	24	14	3	1	2
	Валидный процент	15,7	13,1	2,6	24,8	15,7	9,2	1,9	0,7	1,3

Таблица Г.2 – Частотное распределение уровня эмпатии при промежуточной группе по алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	1	1	-	35	22	13	7	3	4
	Валидный процент	0,7	0,7	-	22,9	14,4	8,5	4,6	1,9	2,6
Эмпатия с животными	Частота	11	9	2	29	16	13	3	1	2
	Валидный процент	7,2	5,9	1,3	18,9	10,5	8,5	1,9	0,7	1,3
Эмпатия со стариками	Частота	13	4	5	32	21	11	2	1	1
	Валидный процент	8,5	2,6	3,3	20,9	13,7	7,2	1,3	0,7	0,7
Эмпатия с детьми	Частота	8	6	2	28	18	10	7	2	5
	Валидный процент	5,2	3,9	1,3	18,3	11,8	6,5	4,6	1,3	3,3
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	12	11	1	30	14	16	1	1	-
	Валидный процент	7,8	7,2	0,7	19,6	9,2	10,5	0,7	0,7	-
Эмпатия с незнакомыми	Частота	8	6	2	32	19	13	3	1	2
	Валидный процент	5,2	3,9	1,3	20,9	12,4	8,5	1,9	0,7	1,3

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Суммарный показатель	Частота	12	10	2	26	15	11	5	1	4
	Валидный процент	7,8	6,5	1,3	16,9	9,8	7,2	3,3	0,7	2,6

Таблица Г.3 – Частотное распределение уровня эмпатии при невыраженной алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	–	–	–	34	18	16	11	7	4
	Валидный процент	–	–	–	22,2	11,8	10,5	7,2	4,6	2,6
Эмпатия с животными	Частота	6	6	–	37	18	19	2	1	1
	Валидный процент	3,9	3,9	–	24,2	11,8	12,4	1,3	0,7	0,7
Эмпатия со стариками	Частота	3	1	2	39	21	18	3	3	–
	Валидный процент	1,9	0,7	1,3	25,5	13,7	11,8	1,9	1,9	–
Эмпатия с детьми	Частота	3	1	2	35	21	14	7	3	4
	Валидный процент	1,9	0,7	1,3	22,9	13,7	9,2	4,6	1,9	2,6
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	16	11	5	27	12	15	2	2	–
	Валидный процент	10,5	7,2	3,3	17,6	7,8	9,8	1,3	1,3	–
Эмпатия с незнакомыми	Частота	5	3	2	37	19	18	3	3	–
	Валидный процент	3,3	1,9	1,3	24,2	12,4	11,8	1,9	1,9	–
Суммарный показатель	Частота	5	2	3	34	21	13	6	2	4
	Валидный процент	3,3	1,3	1,9	22,2	13,7	8,5	3,9	1,3	2,6

Таблица Г.4 – Частотное распределение уровня эмпатии при выраженной алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	4	2	2	64	26	38	8	2	6
	Валидный процент	1,7	0,8	0,8	27,7	11,3	16,5	3,5	0,8	2,6
Эмпатия с животными	Частота	27	18	9	47	12	35	2	–	2
	Валидный процент	11,7	7,8	3,9	20,3	5,2	15,2	0,8	–	0,8
Эмпатия со стариками	Частота	14	8	6	58	21	37	4	1	3
	Валидный процент	6,1	3,5	2,6	25,1	9,1	16,0	1,7	0,4	1,3

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с детьми	Частота	20	14	6	55	16	39	1	–	1
	Валидный процент	8,7	6,1	2,6	23,8	6,9	16,9	0,4	–	0,4
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	29	18	11	47	12	35	–	–	–
	Валидный процент	12,6	7,8	4,8	20,3	5,2	15,2	–	–	–
Эмпатия с незнакомыми	Частота	11	9	2	63	21	42	2	–	2
	Валидный процент	4,8	3,9	0,8	27,3	9,1	18,2	0,8	–	0,8
Суммарный показатель	Частота	29	18	11	45	12	33	2	–	2
	Валидный процент	12,6	7,8	4,8	19,5	5,2	14,3	0,8	–	0,8

Таблица Г.5 – Частотное распределение уровня эмпатии при промежуточной группе по алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	1	1	–	67	23	44	19	7	12
	Валидный процент	0,4	0,4	–	29,0	9,9	19,0	8,2	3,0	5,2
Эмпатия с животными	Частота	21	12	9	64	19	45	2	–	2
	Валидный процент	9,1	5,2	3,9	27,7	8,2	19,5	0,8	–	0,8
Эмпатия со стариками	Частота	9	6	3	77	25	52	1	–	1
	Валидный процент	3,9	2,6	1,3	33,3	10,8	22,5	0,4	–	0,4
Эмпатия с детьми	Частота	20	7	13	65	24	41	2	–	2
	Валидный процент	8,7	3,0	5,6	28,1	10,4	17,7	0,8	–	0,8
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	25	14	11	61	17	44	1,4%	–	1
	Валидный процент	10,8	6,1	4,8	26,4	7,4	19,0		–	0,4
Эмпатия с незнакомыми	Частота	11	7	4	72	24	48	4	–	4
	Валидный процент	4,8	3,0	1,7	31,2	10,4	20,8	1,7	–	1,7
Суммарный показатель	Частота	14	9	5	67	22	45	6	–	6
	Валидный процент	6,1	3,9	2,2	29,0	9,5	19,5	2,6	–	2,6

Таблица Г.6 – Частотное распределение уровня эмпатии при невыраженной алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Шкалы		Низкий уровень эмпатии			Средний уровень Эмпатии			Высокий уровень эмпатии		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Эмпатия с родителями	Частота	1	1	–	51	15	36	16	8	8
	Валидный процент	0,4	0,4	–	22,1	6,5	15,6	6,9	3,5	3,5
Эмпатия с животными	Частота	17	8	9	47	16	31	4	–	4
	Валидный процент	7,4	3,5	3,9	20,3	6,9	13,4	1,7	–	1,7
Эмпатия со стариками	Частота	1	1	–	62	20	42	5	3	2
	Валидный процент	0,4	0,4	–	26,8	8,7	18,2	2,2	1,3	0,8
Эмпатия с детьми	Частота	9	6	3	52	17	35	7	1	6
	Валидный процент	3,9	2,6	1,3	22,5	7,4	15,2	3,0	0,4	2,6
Эмпатия с героями худож. произведений	Частота	22	10	12	45	14	31	1	–	1
	Валидный процент	9,5	4,3	5,2	19,5	6,1	13,4	0,4	–	0,4
Эмпатия с незнакомыми	Частота	4	3	1	56	20	36	8	1	7
	Валидный процент	1,7	1,3	0,4	24,2	8,7	15,6	3,5	0,4	3,0
Суммарный показатель	Частота	3	2	1	47	19	28	18	3	15
	Валидный процент	1,3	0,8	0,4	20,3	8,2	12,1	7,8	1,3	6,5

ПРИЛОЖЕНИЕ Д ЧАСТОТНОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ОБРАЗОВАННОСТИ

Таблица Д.1 – Частотное распределение уровня образованности в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 12–15 лет

Алекситимия		Низкий уровень образованности			Высокий уровень образованности		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Не выражена	Частота	26	13	13	19	12	7
	Валидный процент	16,9	8,5	8,5	12,4	7,8	4,6
Промежуточная группа	Частота	36	22	14	7	4	3
	Валидный процент	23,5	14,4	9,2	4,6	2,6	1,9
Выражена	Частота	45	39	16	10	6	4
	Валидный процент	29,4	25,5	10,5	6,5	3,9	2,6

Таблица Д.2 – Частотное распределение уровня образованности в зависимости от выраженности алекситимии в возрастном интервале 16–20 лет

Алекситимия		Низкий уровень образованности			Средний уровень образованности			Высокий уровень образованности		
		Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д	Всего	Ю	Д
Не выражена	Частота	4	3	1	42	11	31	22	10	12
	Валидный процент	1,7	1,3	0,4	18,2	4,8	13,4	9,5	4,3	5,2
Промежуточная группа	Частота	4	4	–	59	22	37	24	5	19
	Валидный процент	1,7	1,7	–	25,5	9,5	16,0	10,4	2,2	8,2
Выражена	Частота	12	8	4	45	17	38	9	5	4
	Валидный процент	5,2	3,5	1,7	19,5	7,4	16,4	3,9	2,2	1,7

ПРИЛОЖЕНИЕ Е СТАТИСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Таблица Е.1 – Статистически значимые корреляционные взаимосвязи в группе девушек

Параметры	Экстраверсия	Нейротизм	Тревожность (Тейлор)	Физическая агрессия	Раздражение	Негативизм	Обида	Чувство вины	Индекс враждебности	Индекс агрессивности	Эмпатия с родителями	Эмпатия с животными	Эмпатия со стариками	Эмпатия с детьми	Эмпатия с незнакомыми	Эмпатия с героями худож. произведений	Суммарный показатель	Алекситимия
Гипертимность	0,5		–0,3															–0,2
Педантичность		0,3	0,3														0,3	
Тревожность		0,4	0,5						0,3									0,2
Циклоидность		0,4	0,3															
Демонстративность	0,4																	–0,2
Возбудимость		0,4	0,3	0,4	0,3	0,3				0,4								0,2
Дистимичность		0,3	0,4															0,2
Эмотивность												0,3				0,3	0,3	–0,2
Экзальтированность		0,4	0,3						0,3									
Нейротизм																0,2	0,2	0,3
Тревожность (Тейлор)													0,2					0,3
Подозрительность											0,2							0,2
Алекситимия	–0,2			0,3	0,3		0,3	0,2	0,3	0,3		–0,2		–0,2	–0,2		–0,2	

Таблица Е.2 – Статистически значимые корреляционные взаимосвязи в группе юношей

Параметры	Экстраверсия	Нейротизм	Тревожность (Тейлор)	Физическая агрессия	Раздражение	Обида	вербальная агрессия	Чувство вины	Индекс враждебности	Индекс агрессивности	Эмпатия с родителями	Эмпатия с животными	Эмпатия со стариками	Эмпатия с детьми	Эмпатия с незнакомыми	Эмпатия с героями худож. произведений	Суммарный показатель	Алекситимия
Гипертимность	0,5						0,3			0,3								
Неуравновешенность								0,3										
Педантичность	–0,4		0,3					0,3										
Тревожность	–0,3	0,6	0,6					0,3		0,3								0,2
Циклоидность		0,3						0,4	0,3									
Демонстративность	0,3																	
Возбудимость		0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4								
Дистимичность	–0,3							0,3										
Эмотивность											0,3	0,3		0,3	0,3		0,4	–0,2
Экзальтированность			0,3					0,4								0,3		
Чувство вины																0,3		
Алекситимия		0,2	0,3	0,2	0,3				0,2	0,2	–0,3		–0,3	–0,2	–0,3		–0,4	