

ОСОБЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА В СТРУКТУРЕ ЛИЧНОСТИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Е.Ю. БРЕЛЬ*

Национальный исследовательский Томский государственный университет

Изучение алекситимии как предикта формирования и развития психосоматических заболеваний становится возможным только при рассмотрении ее устойчивых взаимосвязей с другими психологическими характеристиками. Понимание специфики алекситимического пространства в структуре «практически здоровой» личности позволяет определять методы ее эффективной психологической превенции алекситимии.

Ключевые слова: алекситимия, алекситимическое пространство, структура алекситимического пространства.

Введение

В современных исследованиях алекситимия представлена как психологическая характеристика личности, включающая в себя следующие особенности:

- трудности вербализации и дифференциации собственных эмоций и чувств, а также эмоций и чувств окружающих людей;
- трудности различения эмоциональных переживаний и телесных ощущений;
- фокусирование на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям;
- дефицит в области межличностного взаимодействия [2, 3, 9, 14].

Традиционно алекситимию рассматривают как в разной степени выраженную характеристику в структуре личности испытуемых с хроническими соматическими заболеваниями: ишемической болезнью сердца [13, 15], бронхиальной астмой [5, 10, 12, 16, 17], перенесенным инфарктом

миокарда [7, 11], гипертонической болезнью [8], невротическими расстройствами [4, 18], при панических расстройствах [1, 6]. Эти исследования являются подтверждением гипотезы о формировании алекситимии как вторичной реакции личности на изменение соматического статуса.

Рассмотрение алекситимии как одного из неспецифических факторов риска развития соматических заболеваний предполагает изучение ее выраженности в структуре «практически здоровой» личности и ее устойчивых взаимосвязей с другими личностными характеристиками. Детальное определение алекситимического пространства позволит разработать и апробировать программы психологического сопровождения и превенции.

Методика

Для изучения алекситимического пространства в структуре «практически здоровой личности» разработанная нами диагностическая модель была апробирована в двух группах испытуемых.

Группа 1. 84 человека (из них 35 мальчиков и 49 девочек). Возраст испытуемых 12–15 лет. Анализ медицинских карт испытуемых позволил нам зафиксировать в

© Брель Е.Ю., 2017

* Для корреспонденции:

Брель Елена Юрьевна
кандидат психологических наук, доцент,
Национальный исследовательский Томский
государственный университет, учебное управление
E-mail: brelelena@mail.ru

анамнезе наличие задержки психического развития (ЗПР), выявленной на психолого-медико-педагогической комиссии. По результатам самоотчетов все испытуемые оценили свое состояние как «хорошее» и «вполне удовлетворительное». Поскольку на предшествующих этапах обучения задержка психического развития у этих испытуемых не была компенсирована, мы условно называем данную группу «Испытуемые с ЗПР». Учитывая психологические особенности развития данной категории школьников, применение диагностического инструментария в этой группе осуществляли в режиме индивидуально-го тестирования с элементами собеседования.

Группа 2. 153 испытуемых (из них 96 мальчиков и 57 девочек). Возраст испытуемых 12–15 лет. Анализ медицинских карт и беседа с классными руководителями и родителями позволили нам зафиксировать у респондентов отсутствие хронических соматических заболеваний. Исходя из определения здоровья как состояния физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов, а также полученных от респондентов сведений, мы относим их к категории «практически здоровых».

Диагностическая модель изучения алекситимии включала в себя следующие основные составляющие:

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

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

Результаты и обсуждение

При диагностике уровня алекситимии в группе 1 были зафиксированы результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Уровень алекситимии у испытуемых с ЗПР

Уровень алекситимии	Всего, %	Юноши, %	Девушки, %
Низкий	4–4,8	–	4–8,2
Средний	28–33,3	8–22,9	20–40,8
Высокий	52–61,9	27–77,1	25–51,0

Определение статистических различий по t-критерию Стьюдента показало, что у мальчиков уровень алекситимии достоверно выше, чем у девочек (при средних значениях 79,29 и 74,79; $t=2,55$).

Сравнение этих показателей с аналогичными в группе 2 позволяет констатировать статистически большую выраженность алекситимии (при средних значениях 70,1 и 62,7 балла соответственно и при $t=4,77$).

При диагностике выраженности акцентуаций характера у школьников с ЗПР полученные показатели свидетельствуют о наибольшей выраженности акцентуаций экзальтированного (63,1%), возбудимого (53,6%), циклоидного (53,6%) и гипертимического (36,9%) типов. Определение статистических различий между юношами и девушками показало, что девушки демонстрируют достоверно более высокие показатели по эмотивности (при средних значениях 11,7 и 17,3 соответственно, $t=5,56$), циклоидности (при средних значениях 12,7 и 17,8 соответственно, $t=3,89$), возбудимости (при средних значениях 14,4 и 17,7 соответственно, $t=2,81$) и экзальтированности (при средних значениях 11,5 и 20,2 соответственно, $t=6,64$).

Сравнение данных количественных показателей с аналогичными в группе 2 позволило зафиксировать, что испытуемые с ЗПР демонстрируют достоверно более вы-

сокие показатели по неуравновешенности (при средних значениях 13,8 и 11,6 соответственно, $t=3,31$), возбудимости (при средних значениях 16,3 и 12,7 соответственно, $t=3,16$), педантичности (при средних значениях 13,0 и 9,7 соответственно, $t=3,67$), тревожности (при средних значениях 12,6 и 6,2 соответственно, $t=6,05$), возбудимости (при средних значениях 16,3 и 12,7 соответственно, $t=3,16$), дистимичности (при средних значениях 12,5 и 7,3 соответственно, $t=5,99$) и экзальтированности (при средних значениях 16,6 и 13,4 соответственно, $t=2,33$), чем их сверстники. Показатели по гипертимности, напротив, у них статистически более низкие (средние значения 14,8 и 19,8 соответственно, $t=4,62$).

Сопоставление показателей по степени выраженности акцентуаций характера с уровнем алекситимии в группе школьников с ЗПР показало, что при высоком уровне алекситимии наиболее выражены в явной форме акцентуации экзальтированного (34,5%), циклоидного (32,1%) и возбудимого (29,8%) и в скрытой форме – неуравновешенного (38,1%), дистимического (33,4%), демонстративного (30,9%) и тревожного (29,8%) типов. Высокоалекситимичные испытуемые с ЗПР демонстрируют наименьшую эмоциональную открытость и восприимчивость. Их показатели по эмотивности стабильно уменьшаются при возрастании степени выраженности алекситимии. Отмечена статистически достоверная динамика изменений показателей активности личности: возрастают возбудимость, неуравновешенность, циклоидность и дистимичность (у девочек). У мальчиков достоверно увеличиваются показатели по тревожности, а у девочек такая динамика отмечена на уровне стабильной тенденции.

При диагностике уровня личностной тревожности у школьников с ЗПР зафиксированы статистически более высокие результаты, чем в группе «практически здоровых» испытуемых (при соответствующих средних значениях 22,9 и 11,5; $t=8,5$).

При выраженной алекситимии в 47,6% случаев у испытуемых с ЗПР фиксируется высокий уровень тревожности (у высокоалекситимичных мальчиков в 60,0%, у девочек – в 38,8% случаев).

При проведении диагностики степени выраженности агрессивных и враждебных реакций у школьников с ЗПР зафиксировано, что в исследуемой группе низкий уровень индекса враждебности и агрессивности не выявлен, показатели в основном высокие. При определении статистических различий между мальчиками и девочками обнаружено, что у девочек достоверно более высокие значения по косвенной агрессии (при средних значениях 5,37 и 4,65; $t=2,04$), подозрительности (при средних значениях 7,81 и 6,34; $t=3,8$), чувству вины (при средних значениях 7,63 и 6,17; $t=3,66$). Кроме того, значения индекса враждебности у девочек также статистически достоверно выше, чем у мальчиков (при средних значениях 13,02 и 11,17; $t=3,49$).

Сравнение этих показателей с аналогичными данными у «практически здоровых» испытуемых показало, что школьники с ЗПР демонстрируют более высокий уровень практически по всем видам агрессивных и враждебных реакций, чем их сверстники (табл. 2).

Таблица 2

Достоверность различий средних значений агрессивных и враждебных реакций

	Средние значения		Значения t-критерия
	Группа 1	Группа 2	
Косвенная агрессия	5,07	4,5	2,46
Раздражение	6,58	4,91	4,14
Негативизм	2,86	3,61	2,63
Обида	5,14	4,36	2,45
Подозрительность	7,20	5,61	4,07
Чувство вины	7,02	5,28	4,52
I враждебности	12,25	9,97	4,19
I агрессивности	20,51	17,58	3,16

При сопоставлении показателей по алекситимии с уровнем агрессивных и

враждебных реакций в группе школьников с ЗПР было установлено, что выраженность агрессивных форм поведения стабильно возрастает с увеличением показателей по алекситимии.

Диагностика типа темперамента в группе 1 продемонстрировала, что наиболее представлены «крайние» типы: холерический тип выявлен у 59,5% испытуемых, меланхолический – 25,0%. Важно, что и у мальчиков (в 51,4% случаев) и у девочек (в 65,3% случаев) в основном диагностирован холерический тип. Сангвинистический и флегматический типы представлены в исследуемой группе в единичных случаях.

Наибольшая представленность в группе 1 испытуемых с меланхолическим типом темперамента (25,0%) по сравнению с «практически здоровыми» сверстниками (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). Испытуемые без ЗПР проявляют этот тип акцентуации в явной форме только в 5,9% случаев и в скрытой форме – в 31,4% случаев.

Сопоставление выявленных типов темперамента и уровня выраженности алекситимии позволило зафиксировать холерический тип темперамента у 34 испытуемых (40,5%), меланхолический – у 15 испытуемых (17,9%), флегматический – у 3 (3,6%).

У девочек показатели нейротизма статистически достоверно выше, чем у мальчиков (при средних значениях 17,67 и 15,2, $t=2,59$), по шкале экстраверсии достоверных различий не обнаружено.

Однако при сравнении этих показателей с аналогичными в группе 2 установлено, что школьники с ЗПР достоверно отличаются от сверстников по экстраверсии (при средних значениях 13,9 и 18,3; $t=5,82$) и нейротизма (при средних значениях 16,6 и 12,3; $t=5,8$).

Следует отметить, что полученные данные вполне согласованы с результатами сравнения испытуемых по гипертимности и тревожности (по Шмишеку Г.), а также

по показателям личностной тревожности (шкала Тейлор Дж.). Школьники с ЗПР демонстрируют более высокий уровень тревожности по сравнению со сверстниками, по гипертимности у них, напротив, показатели ниже. В результате можно говорить о меньшей открытости для конструктивного взаимодействия с окружающим миром, выраженном тревожном ожидании этого взаимодействия и, соответственно, более негативном и враждебном отношении к нему.

Анализ количественных показателей, полученных при проведении диагностики уровня эмпатии по методике Юсупова И.М. в группе 1 свидетельствует, 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 в группе 2 этот показатель отмечен в 17,7% случаев. Следует указать на то, что по шкале «Эмпатия с героями художественных произведений» у школьников с ЗПР результаты более высокие, чем у сверстников. Эти данные согласуются с высокими показателями по экзальтированности, полученными в данной группе по опроснику Шмишека Г., и отражают общую нереалистичную направленность личности испытуемых. В группе 1 у девочек найден статистически достоверно более высокий, чем у мальчиков, уровень эмпатии с родителями (при средних значениях 7,8 и 5,8 соответственно, $t=3,31$), эмпатии с животными (при средних значениях 8,2 и 5,9 соответственно, $t=3,51$), а также суммарный показатель эмпатии (при средних значениях 44,4 и 36,48 соответственно, $t=3,14$).

При выраженной алекситимии высокий уровень эмпатии зафиксирован по отдельным шкалам у девочек в единичных случаях (у мальчиков не выявлен).

Полученные корреляционные взаимосвязи между изучаемыми показателями в группе испытуемых с ЗПР представлены на рисунке 1.

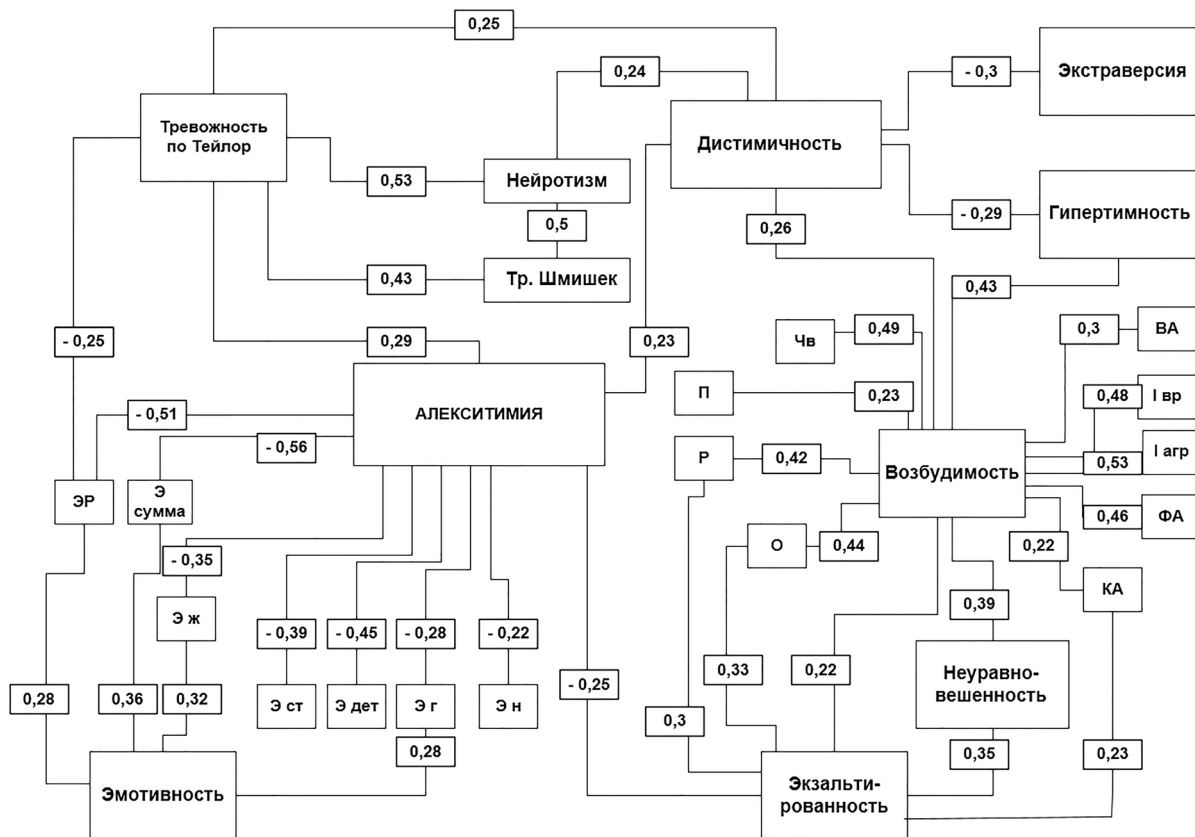


Рис. 1. Корреляционные взаимосвязи в группе испытуемых с ЗПР. Условные обозначения: ФА – физическая агрессия; О – обида; ВА – вербальная агрессия; Р – раздражение; КА – косвенная агрессия; П – подозрительность; I агр – индекс агрессивности; I вр – индекс враждебности; Чв – чувство вины; Э г – эмпатия с героями; Эр – эмпатия с родителями; Э дет – эмпатия с детьми; Э ж – эмпатия с животными; Э ст – эмпатия со стариками; Э н – эмпатия с незнакомыми людьми

В структуре корреляционных взаимосвязей четко прослеживаются три основных блока:

1. Прямая взаимосвязь алекситимии с тревожными характеристиками (уровень тревожности по шкале Дж. Тейлор, уровень нейротизма по опроснику Айзенка Г. и выраженность тревожной акцентуации характера по опроснику Шмишека Г.).

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 блок не отличаются по структуре взаимосвязей от аналогичных, выявленных при проведении корреляционного анализа в группе 2.

В 3-м блоке принципиально важно 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.

При проведении факторного анализа в выборке школьников с задержкой психического развития 32 факторизуемых параметра были сгруппированы в 6 смысловых факторов.

В первый фактор с высокими положительными значениями и общим процен-

том объясняемой дисперсии 15,18 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. Тейлор (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». Включение в фактор сразу трех тревожных характеристик (тревожная акцентуация характера, личностная тревожность и нейротизм) объясняют природу эмоциональной неуравновешенности личности. 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 (процент объясняемой дисперсии 13,42) со значимыми отрицательными вкладками находятся все показатели эмпатии по опроснику Юсупова И.М. и показатель эмотивности. Следует отметить, что данный фактор полностью совпадает со вторым фактором, выявленным в группе 2. Аналогично и его название «Гипоэмпатийные переживания».

В третий смысловой фактор (процент объясняемой дисперсии 12,75) 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», обнаруженному в выборке испытуемых без задержки психического развития.

В четвертом факторе (процент объясняемой дисперсии 8,82) с высокими положительными вкладками 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 (процент объясняемой дисперсии 8,36) представлен пятью значимыми вкладками: 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 одному из факторов, установленному в группе 2. Однако в данном случае здесь присутствуют такие составляющие, как пол и экзальтированность. Поскольку именно по этим показателям девочки с ЗПР демонстрируют статистически достоверно более высокие показатели, то мы относим сочетание данных психологических характеристик именно к женскому стереотипному варианту поведения. Проявление скрытых форм враждебного реагирования может быть свойственно девочкам в результате их более выраженной социальной нормативности. Общество чаще осуждает открытое проявление ими агрессии, в то время как у мальчиков в отдельных случаях это может рассматриваться как достоинство и показатель социальной успешности. Поэтому девочки действуют более завуалированными способами при реализации своих агрессивных намерений и действий.

Шестой фактор (процент объясняемой дисперсии 5,61) был назван «Возрастные особенности» по аналогии с одним из факторов, выявленным в выборке школьников без ЗПР. Он объединяет только два параме-

тра со значимыми вкладами: возраст (0,70) и неуравновешенность (0,44). Дополнительно в него входят недостоверные, но относительно высокие вклады по шкалам эмпатия с животными (-0,35), эмпатия с героями художественных произведений (-0,21), эмпатия 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. Им формируется оторванная от реальности ориентация на более широкое социальное взаимодействие, с которым и связываются возможные перспективы развития и успешности.

Таким образом, психологическая структура алекситимии в выборке школьников с ЗПР не несет принципиальных отличий от структуры алекситимии у «практически здоровых» испытуемых.

Заключение

Как показало проведенное нами исследование, структура алекситимического пространства многогранна. Для глубокого и полного понимания психологической сущности этой характеристики недостаточно знания только о возможной степени выраженности ее в структуре личности. Необходимо понимать, выраженность каких психологических характеристик неизбежно приводит к формированию алекситимических черт.

Учитывая сведения о крайне затрудненном непосредственном воздействии на алекситимию мероприятий по психологической коррекции и психотерапии, психологам, работающим с алекситимичными индивидами, следует строить свою работу опосредованно и поэтапно. Плановая

организация работы по психологической коррекции тревожности, развитию эмпатийных способностей, вербализации эмоций, социализации агрессивности выступает в данном случае как способ психологической профилактики алекситимии, а в случае выраженности в структуре личности будет способствовать нивелированию и коррекции.

Рассмотрение алекситимии как предикта развития психосоматических заболеваний дает возможность считать превентивные психологические мероприятия частью программы по снижению риска соматизации. Указанный аспект исследования имеет важное значение в контексте понимания природы и специфики развития психосоматических механизмов реагирования индивида при его взаимодействии с окружающим миром.

Литература

1. *Аверкина Н.А., Филатова Е.Г.* Психологические факторы при хронической боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100. – № 12. – С. 21–27.
2. *Былкина Н.Д.* Алекситимия (Аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. – 1995. – № 1. – С. 43–53.
3. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.* Концепция алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13(1). – С. 128–145.
4. *Гузова Е.С.* Феномен алекситимии в структуре невротозов и методы его психотерапевтической коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 1998. – 23 с.
5. *Заболотских Т.В., Баранзаева Д.Ч., Мизерницкий Ю.Л.* Клиническая эффективность психокоррекции в комплексной терапии детей с бронхиальной астмой, обучающихся в астма-школе // Аллергология. – 2003. – № 3. – С. 8–16.
6. *Калинин В.В.* Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5(4). – С. 96–102.

7. Коркина М.В., Цивилько М.А., Кисляк О.А., Бухарева С.В. Выраженность алекситимии и уровень комплайенса у больных, перенесших инфаркт миокарда // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9(4). – С. 20–22.
8. Лышова О.В., Провоторов В.М., Чернов Ю.Н. Особенности клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии // Кардиология. – 2002. – Т. 42(6). – С. 47–50.
9. Потапова Н.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Адамович Е.И. Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 11. – 2016. – № 2(16). – С. 65–73.
10. Провоторов В.М., Крутько В.Н., Будневский А.В., Грекова Т.И., Золотев В.И., Ряскин В.И., Харчевникова С.В. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией // Пульмонология. – 2000. – № 3. – С. 30–35.
11. Провоторов В.М., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Грекова Т.И. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией // Кардиология. – 2001. – Т. 41(2). – С. 46–49.
12. Семенова Н.Д. Психологические аспекты бронхиальной астмы // Бронхиальная астма / Под ред. Чучалина А.Г. – М.: Агар, 1997. – Т. 2. – С. 187–212.
13. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.
14. Урванцев Л.П. Алекситимия как фактор психосоматических заболеваний. – Ярославль: Ярослав. гос. ун-т, 2000. – 160 с.
15. Юрьева Т.В., Хватова Ю.Г. Когнитивно-эмоциональные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца // Вестн. Тамбов. ун-та. Сер. Естественные и технические науки. – 2014. – Т. 19(1). – С. 118–120.
16. Joukama M., Karlsson H., Sohlman B., Lehtinen V. Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care // Psychother. Psychosom. – 1996. 65:199–200.
17. Nearing G.W., van der Staar C.P. Perception of heart rate and blood pressure: the role of alexithymia and anxiety // Psychother. Psychosom. – 1995. 63(3–4):193–200.
18. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. – Cambridge University Press, 1999. – 359 p.

References

1. Averkina NA, Filatova YeG. Psikhologicheskiye faktory pri khronicheskoy boli. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S.Korsakova 2000; 100(12):21–27 (In Russian).
2. Bylkina ND. Aleksitimiya (Analiticheskiy obzor zarubezhnykh issledovaniy). Vestnik Moskovskogo universiteta. Ser. 14, Psikhologiya 1995; 1:43–53 (In Russian).
3. Garanyan NG, Kholmogorova AB. Kontsepsiya aleksitimii. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya 2003; 13(1):128–145 (In Russian).
4. Guzova YeS. Fenomen aleksitimii v strukture nevrozov i metody yego psikhoterapevticheskoy korrektsii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Bishkek 1998: 23 (In Russian).
5. Zabolotskikh TV, Baranzayeva DCh, Mizernitskiy YuL. Klinicheskaya effektivnost' psikhokorrektsii v kompleksnoy terapii detey s bronkhial'noy astmoy, obuchayushchikhsya v astma-shkole. Allergologiya 2003; 3:8–16 (In Russian).
6. Kalinin VV. Aleksitimiya, mozgovaya lateralizatsiya i effektivnost' terapii ksanaksom u bol'nykh panicheskim rasstroystvom. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya 1995; 5(4):96–102 (In Russian).
7. Korkina MV, Tsivil'ko MA, Kislyak OA, Bukhareva SV. Vyrzhennost' aleksitimii i uroven' komplayensa u bol'nykh, perenessikh infarkt miokarda. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya 1999; 9(4):20–22 (In Russian).
8. Lyshova OV, Provotorov VM, Chernov YuN. Osobennosti klinicheskikh proyavleniy gipertonicheskoy bolezni pri aleksitimii. Kardiologiya 2002; 42(6):47–50 (In Russian).
9. Potapova NA, Grekhov RA, Suleymanova GP., Adamovich YeI. Problemy izucheniya fenomena aleksitimii v psikhologii. Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo

- universiteta. Seriya 11 2016; 2(16):65–73 (In Russian).
10. Provotorov VM, Krut'ko VN, Budnevskiy AV, Grekova TI, Zoloyedov VI, Ryaskin VI, Kharchevnikova SV. Osobnosti psikhologicheskogo statusa bol'nykh bronkhial'noy astmoy s aleksitimiyei. Pul'monologiya 2000; 3:30–35 (In Russian).
 11. Provotorov VM, Budnevskiy AV, Kravchenko AY, Grekova TI. Psikhosomaticheskiye sootnosheniya u bol'nykh ishemicheskoy bolezni serdtsa s aleksitimiyei. Kardiologiya 2001; 41(2):46–49 (In Russian).
 12. Semenova ND. Psikhologicheskiye aspekty bronkhial'noy astmy. Bronkhial'naya astma. Pod red. Chuchalina AG. Moscow: Agar, 1997; 2:187–212 (In Russian).
 13. Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MYu, Ivanov SV. Psikhokardiologiya. Moscow: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo 2005: 784 (In Russian).
 14. Urvantsev LP. Aleksitimiya kak faktor psikhosomaticheskikh zabolovaniy. Yaroslavl': Yaroslavl gos un-t 2000: 160 (In Russian).
 15. Yur'yeva TV, Khvatova YuG. Kognitivno-emotsional'nyye osobnosti patsiyentov s ishemicheskoy bolezni serdtsa. Vestn. Tambov un-ta. Ser. Yestestvennyye i tekhnicheskiye nauki 2014; 19(1):118–120 (In Russian).
 16. Joukama M, Karlsson H, Sohlman B, Lehtinen V. Alexithymia and psychological distress among frequent attendance patients in health care. Psychother Psychosom 1996; 65:199–200.
 17. Nearing GW, van der Staar CP. Perception of heart rate and blood pressure: the role of alexithymia and anxiety. Psychother Psychosom 1995; 63(3–4):193–200.
 18. Taylor GJ, Bagby RM, Parker J. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press 1999: 359.

FEATURES OF ALEXITHYMIC SPACE IN THE STRUCTURE OF PERSONALITY WITH MENTAL RETARDATION

E.Yu. BREL

National Research Tomsk State University

The study of alexithymia as a predictor of development of psychosomatic diseases becomes possible only when considering its stable relationships with other psychological characteristics. Understanding the specifics of the alexithymic space in the structure of an «almost healthy» personality allows one to determine the methods of effective psychological prevention of alexithymia.

Keywords: alexithymia, alexithymic space, structure of alexithymic space.

Address:

Brel E.Yu., Ph.D.,
assistant professor,
National Research Tomsk State University,
E-mail: brelelena@mail.ru