

Феномен алекситимии у лиц с табачной зависимостью

СПЕРАНСКАЯ О.И.

к.м.н., доцент, зав. кабинетом диагностики и терапии табачной зависимости

ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития РФ; e-mail: speranskaya08@mail.ru

СМИРНОВ В.К.

д.м.н., врач кабинета диагностики и терапии табачной зависимости ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития РФ

БОГДАНОВ К.А.

к.биол.н., внештатный сотрудник ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития РФ

ЛАРИНА И.Г.

зав. кабинетом табачной зависимости наркологического диспансера Воронежской области

ТРЕТЬЯКОВА И.Г.

врач кабинета табачной зависимости наркологического диспансера Воронежской области

Рассматриваются особенности проявления феномена алекситимии у лиц с табачной зависимостью. Установлена связь алекситимии с неблагоприятным течением табачной зависимости, выраженностью клинических симптомов патологического влечения к курению табака и коморбидных аффективных расстройств, а также с первичной резистентностью к никотинозаместительной и психофармакотерапии. Приводятся направления терапевтического воздействия при табачной зависимости, способные оказывать влияние как на патологическое влечение к курению табака, так и на выраженность алекситимии.

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

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

Авторами был представлен особый тип аффективно-когнитивного реагирования, характеризовавшийся трудностями определения (идентификации) и словесного описания ощущений и эмоций, разграничения и анализа эмоциональных состояний и телесных ощущений; склонностью к фиксации на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. К алекситимическим свойствам личности было также отнесено снижение способности к символизации, бедность фантазии. Эмоциональные особенности лиц с алекситимическими чертами проявлялись периодически возникавшими состояниями раздражительности, вспышками гнева [2, 6].

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

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

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

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

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

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

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

Глобальный опрос взрослого населения РФ о потреблении табака [1] показал, что эффективность лечения табачной зависимости (ТЗ) (т.е. прекращение курения длительностью не менее полугода после окончания терапии), в целом, является достаточно низкой и составляет не более 11,2%.

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

По нашим наблюдениям, более 40% случаев неэффективности лечения ТЗ связано с формированием терапевтической резистентности к никотинозамести-

тельной терапии (НЗТ), которая проявляется как первичная (с отсутствием эффекта применения НЗТ при первых попытках отмены курения) и вторичная (возникающая при повторных попытках отмены курения) [7, 8].

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

Методика исследования

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

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

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

Балльная оценка уровня алекситимии — ≤ 60 является у лиц, не имеющих психической патологии или состояний зависимости [2].

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

Оценка ≥ 74 балла соответствует преобладанию алекситимических черт личности [2].

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

- произвольность-непроизвольность (потеря контроля «Я» над возникновением, течением, исчезновением мыслей и представлений о курении);
- ассоциативный характер возникновения воспоминаний и представлений курения;

- возможность произвольного прекращения воспоминаний и представлений курения при переключении внимания.

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

Результаты

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

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

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

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

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

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

Суммарный балл депрессивных расстройств составлял $17,56 \pm 0,10$ у пациентов 1-й группы и

14,41 ± 0,86 балла у пациентов 2-й группы, что соответствовало наличию депрессии субклинического уровня.

В контрольной (3-й) группе уровень депрессивной симптоматики составлял 5,14 ± 0,82 балла ($p < 0,01$ по сравнению с группами 1 и 2), т.е. отдельные проявления депрессивных расстройств имели не субклинический, а субсимптоматический уровень и были обусловлены не проявлениями депрессии, а наличием сопутствующих соматических заболеваний.

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

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

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

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

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

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

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

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

Таблица 1

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

	Истеро-эпилептоидные (n=97)	Шизо-эпилептоидные (n=36)	Эпилептоидные (n=32)	Контрольная группа (n=100)
Алекситимия	76,36 ± 0,13**	80,61 ± 0,5**	65,3 ± 0,9*	57,58 ± 0,19
Примечание. ** — достоверность различий с контрольной группой — $p < 0,01$; * — достоверность различий с контрольной группой — $p < 0,05$				

Таблица 2

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

	Истеро-эпилептоидные (98)	Шизо-эпилептоидные (n=21)	Шизоидные (n=41)	Контрольная группа (n=100)
Алекситимия	61,52 ± 0,9*	65,56 ± 1,7*	63,05 ± 1,5*	57,58 ± 1,9
Примечание. * — достоверность различий — $p < 0,05$				

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

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

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

Обсуждение

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

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

Выраженность алекситимии, соответствующая «пограничному» уровню ($\leq 70 \geq 60$ баллов) выявлялась у лиц с первичной терапевтической резистентностью и специфической (эпилептоидной) структурой личности, а также у всех пациентов с вторичной резистентностью, независимо от структуры эмоционально-личностных черт.

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

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

Применение, наряду с базисной никотинозаместительной терапией, других терапевтических подходов (приём препаратов антидепрессивного действия) показало наличие отрицательной корреляционной связи между выраженностью аффективных расстройств в структуре патологического влечения к курению табака у «алекситимических» курящих лиц и терапевтической динамикой вегетативного компонента патологи-

ческого влечения: (коэффициент $r = 0,398$, $p < 0,05$). То есть, чем в большей степени выражены коморбидные аффективные расстройства у лиц с табачной зависимостью, имеющих повышенные значения алекситимии, тем в меньшей степени поддаётся терапии симптоматика вегетативного компонента патологического влечения.

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

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

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

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

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

Выводы

1. Выраженность алекситимии в сочетании с высоким уровнем патологического влечения к курению табака и коморбидной аффективной симптоматикой достоверно свидетельствует о наличии первичной резистентности к препаратам никотинозаместительной терапии у лиц с табачной зависимостью.

2. Максимальные значения уровня алекситимии определяются у курящих лиц, имеющих первичную терапевтическую резистентность и эмоционально-личностные особенности сложной структуры — истеро-эпилептоидной и шизоэпилептоидной; меньшей степени выраженности алекситимии соответствует наличие специфических (эпилептоидных) личностных черт.

3. У курящих лиц с вторичной резистентностью к никотинозаместительной терапии выраженность алекситимии относительно невысока и не имеет достоверной связи с возникновением резистентности.

4. Наличие высокого уровня алекситимии ухудшает прогноз применения комплексной терапии табачной зависимости в виде сочетания никотинозаместительной и психофармакотерапии.

5. Прекращение курения у лиц, имеющих высокий уровень алекситимии и резистентность к НЗТ, достигается путём включения в терапевтический комплекс нелекарственных методов лечения, позволяющих оказывать избирательное влияние на отдельные биологически активные системы организма, связанные с формированием алекситимии.

Список литературы

1. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака // (GATS), Российская Федерация, 2009. — 168 с.
2. Ереско Д.Б., Исурина Г.А., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. и др. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей. — СПб., 2005. — 24 с.
3. Калинин В.В., Максимова Е.А. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом больных с паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — Т. 5, №4. — С. 57—62.
4. Литвинов Е.В. Сравнительная оценка функционального состояния ВНС у курящих и некурящих студентов с ХОБЛ, разделённых по показаниям алекситимичности, на основе исследования ВСР с применением дыхательной пробы // Вестн. Нов. Мед. Технол. — 2006. — Т. 13, №1. — С. 45—47.
5. Смирнов В.К., Качаев А.К., Музыченко А.П., Метелица В.И., Островская Т.П., Филатова Н.П. Методические указания по клиническому изучению антитабачных лекарственных препаратов // ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Всесоюзный кардиологический научный центр АМН СССР. — М., 1986. — 20 с.
6. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Ж. неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1994. — Т. 53, №3. — С. 18—24.
7. Сперанская О.И. Применение препарата пиразидол для преодоления терапевтической резистентности при табачной зависимости // Наркология. — 2009. — №3. — С. 54—59.
8. Сперанская О.И., Смирнов В.К. Гендерные различия при табачной зависимости // Наркология. — 2010. — №5. — С. 67—73.
9. Сперанская О.И., Смирнов В.К. Патент на изобретение №2428163 Способ лечения табачной зависимости у женщин, 2009.
10. Сперанская О.И., Смирнов В.К. Патент на изобретение №2428164 Способ лечения табачной зависимости у мужчин, 2009.
11. Grosshans M., Mutschier J. et al. Reduced affective symptoms during tobacco dependence treatment with varenicline // Addiction. — 2009. — Vol. 104, №9. — P. 859—861.
12. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Brit. J. Soc. Clin. Psychol. — 1967. — Vol. 6. — P. 278—296.
13. Krystal H., Krystal J.H. Integration and self-healing: affect, trauma and alexithymia // Hildale, NJ, US: Analytic Press, Inc., 1988. — 204 p.
14. Nemiah J.C. Alexithymia: theoretical considerations // Psychoter. Psychosom. — 1977. — Vol. 27. — P. 199—206.
15. Sifneos P.E. et al. The phenomenon of alexithymia observations in neurotic and psychosomatic patients // Psychoter. Psychosom. — 1977. — Vol. 28, №1—4. — P. 45—47.
16. Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment // Am. J. Psychiat. — 1984. — Vol. 141, №5. — P. 725—732.
17. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. The 20-item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures // J. Psycho. Res. — 2003. — №55. — P. 277—283.
18. Thorberg F.A., Young R.McD., Sullivan K.A., Lyvers M. Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis // European Psychiatry. — 2011. — Vol. 26, №3. — P. 187—193.
19. Tschabitscher P., Homaier I., Lichtenschopf A. Varenicline — pharmacological therapy of tobacco dependence // Wien Med. Wochenschr. — 2009. — Vol. 159, №1—2. — P. 17—23.
20. World Health Organization: Proposal for inclusion of nicotine replacement therapy in the WHO list of essential medicine. — 2008. — 157 p.

ALEXITHYMIA IN TOBACCO DEPENDENT PATIENTS

SPERANSKAYA O.I., SMIRNOV V.K., BOGDANOV K.A., LARINA I.G., TERENTIEVA I.G.

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

The paper explores the evaluation of alexithymia signs in tobacco dependent patients. The correlation of alexithymia with tobacco dependence symptoms, comorbid affective disorders and resistance to nicotine replacement therapy is presented. The approaches of adjuvant therapy including, along with pharmacological treatment some of non-drug methods are described.

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