

Specializuotos psichoterapijos veiksmingumas koreguojant aleksitimiją

The efficacy of specified group psychotherapy in reducing alexithymia

Margarita BERESNEVAITĖ

Kauno Medicinos universitetas, Kardiologijos institutas, Kardiologinės reabilitacijos laboratorija
Kaunas University of Medicine, Institute of Cardiology,
The Laboratory of Cardiological Rehabilitation, Lithuania

SANTRAUKA

Tyrimo tikslas – ištirti psichoterapijos galimybes koreguojant aleksitimines asmenybės charakteristikas. Aleksitimijai nustatyti naudota Toronto aleksitimijos skalė (TAS) (26 teiginių), nerimui ir depresijai – Minesotos daugiaprofilinė asmenybės anketa (MMPI). Tyrime dalyvavo 64 pacientai, persirgę miokardo infarktu (terapinėje grupėje – 47 pacientai, kontrolinėje – 17 pacientų). Grupinės psichoterapijos metodika buvo sudaryta iš kognityvinės-elgesio ir *geštalt* terapijos procedūrų, truko 4 mėnesius. Psichometriniai tyrimai atlikti prieš terapiją ir ją užbaigus bei po jos užbaigimo praėjus 6 mėn., 1 ir 2 metams. Nustatyta, kad metodika efektyviai mažino aleksitimiją: aleksitimijos skalės rodmenys sumažėjo 59 proc. ligonių. Terapinėje grupėje statistiškai reikšmingai sumažėjo aleksitimijos vidurkis, ir tokia būklė išliko stabili dvejus metus. Pritaikius psichoterapiją pagerėjo ligonių emocinė būklė – sumažėjo MMPI depresijos skalės vidurkis, sumažėjo rūkančių pacientų skaičius. Kontrolinėje grupėje šių pokyčių nenustatyta.

Raktažodžiai: aleksitimija, Toronto aleksitimijos skalė, išeminė širdies liga, grupinė psichoterapija.

SUMMARY

The study aimed to establish the efficacy of specified group psychotherapy in reducing alexithymia. The Lithuanian translation of 26-item Toronto Alexithymia Scale was used for alexithymia evaluation. MMPI scales were used for depression and anxiety evaluation. The contingent of the investigated subjects included 64 patients: 47 patients in therapy group and 17 in control one. The specified group psychotherapy was compiled with cognitive-behavioral and gestalt therapy procedures. The course of therapy was 4 month. Subjects were administered the psychometric measures before therapy and after it. Subjects were retested at 6-month, 1-year and 2-year interval after the treatment. The results of this study showed that specified psychotherapy is effective in reducing alexithymia: (1) the scale score decreased in 59% patients; (2) the mean Toronto Alexithymia Scale score decreased statistically significantly ($p=0,01$) and this result was stable in 2 years.

Key words: alexithymia, Toronto Alexithymia Scale, coronary heart disease, group psychotherapy.

ĮVADAS

Širdies ir kraujagyslių ligos tebėra dažniausios Lietuvos gyventojų mirštamumo priežastys. Nepaisant nustatyto rizikos veiksnių (RV) vaidmens išeminės širdies ligos (IŠL) etiopatogenezėje, yra žinoma, kad nemažai daliai sergančiųjų nėra rizikos veiksnių; taip pat žinoma, kad yra populiacijų, kur šie veiksniai labai paplitę, o sergančiųjų IŠL skaičius – mažas. Todėl svarbu toliau tirti veiksnius, skatinančius sergamumą ir mirštamumą.

Atlikta daug psichologinių veiksnių įtakos IŠL eigai [1, 2, 3] tyrimų. Psichoterapijos veiksmingumo tyrimų nėra daug [4, 5]. Mažai skelbta darbų apie aleksitimijos ryšį su IŠL [6, 7, 8, 9, 10].

Aleksitiminė asmenybės struktūra išskirta remiantis klinikiniais stebėjimais, vėliau ji buvo patvirtinta empiriniais tyrimais. Paskutiniųjų tyrimų rezultatai patvirtina, kad aleksitimija sudaryta iš trijų faktorių: 1) blogo emocijų atpažinimo, 2) blogos emocijų išraiškos simboliais – žodžiais, 3) kognityviniam asmenybės stiliui būdingos orientacijos į aplinkos veiksnius (vidiniai išgyvenimai ir patirtis ignoruojami). Manoma, kad šios charakteristikos atspindi kognityvinių procesų deficitą ir emocijų reguliacijos sutrikimą [11]. Kol kas

nežinoma, ar aleksitimija turi tiesioginę įtaką organinio proceso atsiradimui ir vystymuisi, bet žinoma, kad aleksitimija yra susijusi su daugeliu somatinių ir psichikos sutrikimų. Kauhanen su bendraautoriais [6] atliko perspektyvųjį tyrimą, kurio duomenimis, aleksitimija yra susijusi su pirmine IŠL diagnoze, tačiau nėra susijusi su išemija, nustatyta fizinio krūvio mėginio metu. Šio tyrimo duomenimis, aleksitimija nebuvo susijusi ir su miego arterijos sienelės sustorėjimu. Be to, aleksitimiskoms asmenybėms buvo daugiau negalavimų fizinio krūvio mėginio metu.

Tokie rezultatai paskatino autorius padaryti išvadą, kad aleksitimija daro įtaką elgesiui susirgus, bet nėra susijusi su patofiziologiniais pokyčiais. Kita vertus, Lenkijoje buvo atliktas perspektyvusis tyrimas, kuris parodė, kad aleksitimija daro įtaką IŠL eigai – šio tyrimo duomenimis, aštuonerių metų laikotarpiu tarp aleksitimiskų ligonių, sergančių IŠL, buvo penkis kartus daugiau miokardo infarkto (MI) atvejų nei tarp nealeksitimiskų ligonių [7]. Kauhanen tyrimo duomenimis [12], bendroje populiacijoje aleksitimija buvo susijusi su mažu fiziniu aktyvumu, riebesnio maisto vartojimu, rūkymu, mažo tankio cholesteroliu – o tai yra pagrindiniai IŠL rizikos veiksniai. Yra paskelbta keletas tyrimų, kurių metu nustatytas aleksitimijos ryšys su hipertontine liga, kuri savo ruožtu taip pat yra IŠL

Adresas korespondencijai: Margarita Beresnevaitė, Sukilėlių 17, LT-3007 Kaunas, tel.: (8*37) 73 40 85, faksas: (8*37) 73 22 86, el. paštas: sepetauskiene@hotmail.com

rizikos veiksnys. Kenyon su bendraautoriais [10] duomenimis, aleksitimiški pacientai, susirgę MI, vėliau patenka į ligoninę, nes jiems sunku atskirti somatinės ligos simptomus nuo fizinių jutimų, kuriuos sukelia emociniai išgyvenimai – taigi jiems rizika mirti nuo MI yra didesnė.

Daugumos psichoterapeutų [13, 14, 15] klinikinė patirtis rodo, kad psichoanalizė ir jai artimos metodikos norint koreguoti aleksitiminius asmenybės bruožus nėra veiksmingos. Nesėkminga psichoanalizė yra siejama su tuo, kad šie pacientai blogai suvokia savo emocines problemas, giluminė psichoterapija jiems išprovokuoja nerimą [16]. Todėl pradėtos kurti specializuotos metodikos. Individuali psichoterapija taip pat buvo nesėkminga, todėl pradėta taikyti grupinę psichoterapiją [11, 13, 17]. Fukunishi su bendraautoriais [18] nustatė, kad Toronto aleksitimijos skalės vidurkį galima statistiškai reikšmingai sumažinti po 6 mėn. psichoterapijos kurso (grupinė psichoterapija skirta alkoholizmu sergančių ligonių šeimų nariams). Tačiau taikyta psichoterapijos metodika nebuvo aprašyta, psichoterapijos įtaka somatinei grupės dalyvių būklei nebuvo tirta.

TYRIMO TIKSLAS

Ištirti psichoterapijos galimybes koreguojant aleksitimines asmenybės charakteristikas.

TYRIMO KONTINGENTAS IR METODIKA

Kontingentas

Tyrimo dalyviai buvo atsitiktiniu būdu atrinkti iš pacientų, persirgusių MI ir dalyvaujančių bendroje reabilitacijos programoje Kauno medicinos universiteto klinikų Kardiologijos klinikoje. Kontraindikacijos psichoterapijai buvo šios: dažni ir stiprūs stenokardiniai skausmai, ritmo sutrikimai, psichikos sutrikimai. Psichoterapija skirta tiems pacientams, kurių Toronto aleksitimijos skalės (26 teiginių) rodmenys buvo ≥ 63 (vidutinis ir didelis skalės rodmenų intervalas). Jie atsitiktiniu būdu paskirstyti į terapinę ir kontrolinę grupes. Iš 47 terapinės grupės pacientų 15 pacientų nutraukė psichoterapiją ankstyvuose terapijos etapuose. Likusieji 32 pacientai (6 moterys ir 26 vyrai) baigė visą gydymo kursą. Nutraukusiųjų psichoterapiją pacientų Toronto aleksitimijos skalės (26 teiginių) vidurkis buvo statistiškai reikšmingai didesnis už likusiųjų pacientų vidurkį (\pm standartinis nuokrypis (st. nuokr.): $74,7 \pm 5,6$ ir $71,2 \pm 5,3$ ($p=0,04$). Kontrolinėje grupėje buvo 17 pacientų (1 moteris ir 16 vyrų). Pirmoje lentelėje pateikti duomenys apie terapinės ir kontrolinės grupės pacientus.

1 lentelė. Terapinės ir apmokymo grupių pacientų charakteristikos

Charakteristika	Terapinė grupė (n=32)	Kontrolinė grupė (n=17)	t	p
			χ^2	
Amžius				
• vidurkis metais	50,8	48,5		
• metų st. nuokr.	$\pm 6,2$	$\pm 8,1$	1,37	0,27
TAS				
• rodmens vidurkis	71,3	71,6		
• rod. st. nuokr	$\pm 5,3$	$\pm 8,5$	0,33	0,88

MMPI depresijos skalė

• rodmens vidurkis	60,3	57,1		
• rod. st. nuokr.	$\pm 10,6$	$\pm 8,2$	1,24	0,90

MMPI nerimo skalė

• rodmens vidurkis	53,8	59,5		
• rod. st. nuokr.	$\pm 11,2$	$\pm 12,2$	2,50	0,11

Laikas po MI (mėnesiais)

• vidurkis	5,7	11,35		
• st. nuokr.	$\pm 7,5$	$\pm 17,29$	1,07	0,12

Aukštasis išsilavinimas n (%)	11 (33)	4 (24)	2,74	0,52
-------------------------------	---------	--------	------	------

MI priekinės sien. n (%)	20 (61)	9 (53)	0,02	0,59
--------------------------	---------	--------	------	------

β blokatorių vartojimas po MI n (%)	20 (61)	9 (53)	0,02	0,59
---	---------	--------	------	------

MI anamnezėje n (%)	3 (7)	4 (24)	2,70	0,16
---------------------	-------	--------	------	------

Hipertenzija n (%)	18 (55)	4 (24)	4,80	0,03
--------------------	---------	--------	------	------

Rūkymas prieš MI n (%)	21 (64)	11 (65)	0,09	0,94
------------------------	---------	---------	------	------

TAS – Toronto aleksitimijos skalė

St. nuokr. – standartinis nuokrypis

Rod. – rodmuo

n – ligonių skaičius

Kaip matome, pagal amžiaus vidurkį ir pagal pacientų su aukštesniu išsilavinimu procentą grupės nesiskyrė. Nesiskyrė ir biomedicininės šių pacientų grupių charakteristikos: laikas po paskutinio persirgto MI, dalis pacientų, kuriems buvo priekinės miokardo sienelės MI, dalis pacientų, kurie persirgo kartotiniu MI, rūkančių (prieš paskutinį MI) pacientų procentas, pacientų, po MI vartojusių β blokatorių, procentas. Šios grupės skyrėsi pagal pacientų, kuriems nustatyta hipertenzija, skaičių. Grupės nesiskyrė pagal Toronto aleksitimijos skalės (26 teiginių) rezultatų vidurkį ir pagal depresijos skalės (MMPI) bei nerimo skalės (MMPI) rezultatų vidurkį.

Psichometrija

Aleksitimijai nustatyti naudotas Toronto aleksitimijos skalės (26 teiginių) lietuviškasis vertimas (TAS). Ši skalė pasirinkta todėl, kad ji vertinama kaip labiausiai atitinkanti standartinius patikimumo ir pagrįstumo kriterijus. Nors aleksitimija yra dimensinė konstrukcija, vis tik jos lygis vertinamas pagal kriterijus, kuriuos empiriškai nustatė Taylor su bendraautoriais. Pagal TAS rodmenis skiriami tokie šios skalės intervalai: didelė aleksitimija ($TAS \geq 74$), vidutinė ($TAS = 63-73$) ir maža ($TAS \leq 62$). Terapijos pabaigoje aleksitimijos sumažėjimas konstatuotas tais atvejais, kai TAS rodmuo iš aukštesnio intervalo nukrito į žemesnį. Pagrindinis psichoterapijos efektyvumo kriterijus buvo TAS rodmens vidurkio dinamika, nustatyta lyginant terapinę ir kontrolinę grupes. Nerimo ir depresijos skalių rezultatams vertinti naudotos atitinkamos MMPI skalės. Vertintas skalių rodmenų vidurkis ir jo dinamika lyginant terapinę ir kontrolinę grupes. Psichometrija atlikta prieš psichoterapiją, ją pabaigus; vėliau – praėjus 6 mėn., 1 ir 2 metams po psichoterapijos.

Klinikiniai duomenys

Klinikiniai duomenys, duomenys apie IŠL RV bei sociodemografiniai duomenys surinkti iš ambulatorinių kortelių prieš psichoterapiją. Rinkti šie duomenys: amžius, išsilavinimas

(aukštasis, be aukštojo išsilavinimo), ligos anamnezė (pirmas ar kartotinis MI, laikas po paskutinio MI), duomenys apie MI lokalizacijos vietą ir β blokatorių vartojimą po MI, RV – hipertenzija, rūkymas. Cholesterolio kiekis buvo nustatytas ne visiems pacientams, todėl šiuo duomenų analizę jis nebuvo įtrauktas. Stebėjimo po psichoterapijos baigimo laikotarpiu (dvejus metus) surinkti ir duomenys apie tolesnę ligos eigą – buvo užfiksuoti kartotinio MI atvejai, staigi kardialinė mirtis, kartotinės hospitalizacijos atvejai dėl stenokardinių skausmų (tais atvejais, kai išemiją patvirtino elektrokardiograma) ar ritmo sutrikimai.

Grupinė psichoterapija

Psichoterapijos seansai, skirti kartą per savaitę, truko 1,5-2 val., pravesta 16 seansų. Grupės sudarė 6-10 pacientų. Aleksitimijai koreguoti sukurta specializuota metodika – ją sudaro psichoterapijos kryptų, kurias pripažįsta Europos psichoterapijos asociacija, procedūros. Tai kognityvinė-elgesio psichoterapija ir *gestalt* terapija. Psichoterapijos eiga suskirstyta į penkis etapus: 1) psichoemocinės įtampos mažinimas ir susikaupimo lavinimas, 2) pratimai, skirti emocijoms išgyventi neverbaliniu lygiu ir mokytis jas atpažinti, 3) pratimai, skirti emocijoms išreikšti simboliškai – verbaliai, 4) pratimai, skirti pasitikėjimui patirti, emociniais išgyvenimais stiprinti, 5) pratimai, skirti vaizdiniam mąstymui lavinti. Pirmajame psichoterapijos etape pacientai buvo mokomi progresuojančios raumenų relaksacijos [19], kituose etapuose taikytos pagrindinės psichoterapijos procedūros [20, 21]. Kiekvienas užsiėmimas buvo sudarytas iš trijų dalių: a) įvado – skirto pasiruošti, susikaupti, savitarpio palaikymo atmosferai palaikyti (laisvas pokalbis, kvėpavimo pratimai, savarankiško darbo namie aptarimas, pratimai dėmesio koncentracijai lavinti), b) pagrindinės psichoterapinės procedūros, c) raminamosios hipnozės (skirtos dėl emocinių išgyvenimų suaktyvėjusiai širdies ir kraujagyslių sistemai nuraminti). Baigiant užsiėmimą pacientams buvo siūloma užsiėmimo metu įgautą patirtį per savaitę taikyti kasdieniame gyvenime.

Kontrolinėje grupėje per mėnesį praveisti du mokomojo pobūdžio užsiėmimai: pacientai supažindinti su IŠL etiopatogeneze, rizikos veiksniais ir jų korekcijos metodais. Visiems pacientams pasiūlyta lankyti progresuojančios raumenų relaksacijos mokymo užsiėmimus. Juos lankė 5 iš 17 pacientų. Praveisti 4 užsiėmimai per tą patį mėnesį.

TYRIMO REZULTATAI

Terapinėje grupėje visą psichoterapijos kursą baigė 32 pacientai. Jų TAS vidurkis nukrito nuo $71,2 \pm 5,3$ iki $63,3 \pm 9,2$. Šis skirtumas yra statistiškai patikimas ($p=0,01$). 19 (59 proc.) pacientų TAS rezultatai nukrito iš aukštesnio į žemesnį skalės intervalą: 6 asmenų – iš aukšto intervalo į vidutinį, 1 – iš aukšto į žemą, 12 – iš vidutinio į žemą. Šios pogrupės TAS vidurkis, amžiaus vidurkis, asmenų su aukštuoju išsilavinimu procentas nesiskyrė nuo kitos 13 pacientų pogrupės, kurių TAS rezultatai nesumažėjo. Psichoterapijos metu IŠL pablogėjimo atvejų nepastebėta.

Kontrolinėje grupėje TAS vidurkio dinamika buvo tokia: $71,6 \pm 8,5$ ir $72,1 \pm 0$. Šis skirtumas buvo statistiškai nereikš-

mingas ($p=0,8$). Dviejų pacientų (12 proc.) TAS rezultatas nukrito iš aukštesnio į žemesnį intervalą. 4 asmenys tuo laikotarpiu buvo pakartotinai hospitalizuoti dėl stenokardinių skausmų.

Po 4 mėn. psichoterapijos kurso pacientai buvo stebėti dvejus metus. Per šį laikotarpį mirė du terapinės grupės pacientai ir du kontrolinės grupės pacientai. Vienas terapinės grupės pacientas atsisakė tolesnio sekimo. Taigi stebėjimo laikotarpiu surinkti 29 terapinės grupės pacientų ir 15 kontrolinės grupės pacientų psichometriniai duomenys.

29 terapinės grupės pacientų TAS vidurkių dinamika tirta atliekant ir t-testą. Nustatyta, kad dvejų metų laikotarpiu (po psichoterapijos užbaigimo praėjus 6 mėn., 1 ir 2 metams) TAS rezultatų vidurkiai taip pat statistiškai reikšmingai skyrėsi, palyginti su pradinio rodmens vidurkiu (2 lentelė).

2 lentelė. Toronto aleksitimijos skalės (TAS) rodmens dinamika terapijos metu ir stebėjimo laikotarpiu terapinėje ir kontrolinėje grupėse

	Prieš terapiją	Baigus terapiją	6 mėn. po terapijos	1 m. po terapijos	2 m. po terapijos
Terapinė gr. (n=29)					
TAS					
vidurkis	71,2	63,0	62,1	62,2	62,4
$\pm S$	$\pm 5,0$	$\pm 9,5$	$\pm 9,3$	$\pm 9,2$	$\pm 10,4$
p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Mokymo gr. (n=15)					
TAS					
vidurkis	70,3	70,0	69,3	68,8	66,2
$\pm S$	$\pm 8,0$	$\pm 7,0$	$\pm 12,5$	$\pm 12,6$	$\pm 13,6$
p		0,89	0,80	0,70	0,32

Kaip matome iš lentelės, kontrolinės (mokymo) grupės pacientų TAS rodmenų vidurkio dinamika nesiskyrė nuo pradinio rodmenų vidurkio.

Po terapijos skyrėsi rūkančių pacientų procentas grupėse: terapinėje grupėje rūkė 3 (9 proc.) pacientai, kontrolinėje – 8 (47 proc.) pacientai. Šis skirtumas yra statistiškai reikšmingas ($\chi^2=6,91$, $p=0,01$). Reikšmingas skirtumas ($\chi^2=5,70$, $p=0,02$) nustatytas ir praėjus dvejiems metams po terapijos: terapinėje grupėje rūkė 4 (14 proc.) pacientai; kontrolinėje – 7 (47 proc.) pacientai.

Depresijos bei nerimo skalių rodmenų vidurkiai grupėse vertinti prieš psichoterapiją ir po jos. Reikšmingai sumažėjo terapinės grupės depresijos skalės vidurkis – nuo $60,3 \pm 10,6$ iki $53,8 \pm 11,5$ ($p<0,001$). Nerimo skalės vidurkis nepakito. Kontrolinės grupės pacientų depresijos skalės vidurkis nepakito, nerimo – nedaug pakilo. Palyginti terapinės grupės pacientus, kuriems TAS rodmuo sumažėjo, su kitais pacientais, depresijos skalės vidurkis reikšmingai sumažėjo tik pirmojoje pogrupėje: $61,7 \pm 10,8$ ir $52,1 \pm 13,2$ ($p<0,001$). Antros pogrupės – $58,2 \pm 10,5$ ir $56,5 \pm 8,4$ ($p=0,11$).

Buvo palyginta terapinės ir kontrolinės grupių pacientų ligos eiga (3 lentelė).

3 lentelė. IŠL komplikacijos ir pakartotinės hospitalizacijos atvejai terapinėje ir kontrolinėje (mokymo) grupėse

Grupės	Ligoniai, kuriems buvo IŠL komplikacijų ar pakartotinė hospitalizacija dvejų metų laikotarpiu n (%)	p
Terapinė grupė (n=32)	10 (33)	
Kontrolinė grupė (n=17)	8 (47)	0,22
Terapinė grupė		
Pogrupė pacientų, kuriems TAS rodmuo sumažėjo (n=19)	4 (20)	
Pogrupė pacientų, kuriems TAS rodmuo nesumažėjo (n=13)	7 (56)	0,06

TAS - Toronto aleksitimijos skalė

Kaip matome iš lentelės, dvejų metų stebėjimo laikotarpiu 6 kontrolinės grupės pacientai buvo pakartotinai hospitalizuoti (2 pacientai - po 3 kartus, 2 pacientai - po 2 kartus ir 2 pacientai - po 1 kartą), 1 pacientas patyrė kartotinį infarktą, 1 pacientas mirė nuo piktybinės ligos. Taigi IŠL komplikacijos ir kartotinės hospitalizacijos atvejai nustatyti 8 pacientams iš 17 (47 proc.). Kiek mažesnė terapinės grupės pacientų dalis (33 proc.) taip pat patyrė IŠL komplikacijų ar buvo pakartotinai hospitalizuoti. Terapinės grupės pacientų, kuriems aleksitimijos skalės rodmuo sumažėjo, pogrupėje tik 4 iš 19 (20 proc.) pacientų buvo pakartotinai hospitalizuoti; 1 pacientas mirė nuo inkstų nepakankamumo. Terapinės grupės pacientų, kuriems TAS rodmuo nesumažėjo, pogrupėje (13 pacientų) 1 pacientas mirė (staigi kardialinė mirtis), 2 patyrė kartotinius infarktus, 4 pakartotinai hospitalizuoti dėl stenokardinių skausmų ar ritmo sutrikimų (po 1 ar 2 kartus), t.y. 7 iš 13 (56 proc.) pacientų patyrė IŠL komplikacijas ar buvo pakartotinai hospitalizuoti. Tačiau statistiškai reikšmingo skirtumo tarp šių duomenų nėra (Fišerio kriterijaus $p=0,06$).

REZULTATŲ APTARIMAS

Šio tyrimo rezultatai rodo, kad aleksitimines asmenybės charakteristikas galima koreguoti - taikant specializuotą grupinės psichoterapijos metodiką statistiškai reikšmingai sumažėjo TAS vidurkis, terapinėje grupėje didesnei daliai pacientų sumažėjo TAS rodmuo. Kontrolinėje grupėje šitų pokyčių nepastebėta. Aleksitimija stabiliai sumažėjusi liko dvejus metus po psichoterapijos. Klinikinis terapinės grupės ligonių stebėjimas taip pat rodo, kad aleksitiminiai jų bruožai keitėsi - pacientai pradėjo daugiau dėmesio skirti savo vidiniams išgyvenimams, geriau atpažinti ir suvokti savo jausmus, dažniau juos išreikšti simboliais - žodžiais. Jų bendravimas tapo betarpiškesnis, sumažėjo emocinė įtampa, jie pradėjo ramiau reaguoti į stresogeninius veiksnius. Šiuos pokyčius pacientai aprašė ir savo atsiliepimuose. Tačiau trečdalis terapinės grupės pacientų nustojo lankyti

užsiėmimus. Šių pacientų TAS rodmens buvo reikšmingai didesni nei tęsiančiųjų psichoterapiją. Tai rodo, kad asmenys, kurių aleksitiminės charakteristikos buvo stipresnės, sunkiai pasiduoda psichoterapijai. Šie pacientai nutraukė terapiją toje stadijoje, kai buvo atliekami pratimai neverbalinei emocijų išraiškai - tai rodo, kad šie pratimai jiems buvo per sunkūs.

Stebėjimo rezultatų analizė parodė, kad aleksitimijos sumažinimas neturėjo statistiškai reikšmingos įtakos tolesnei IŠL eigai. Tai galima aiškinti tuo, kad organinis pažeidimas po persirgto MI yra stiprus, todėl psichoterapija negali turėti reikšmingos įtakos ligos eigai. Gali būti, kad aleksitimijos korekcija būtų reikšminga ligos išsivystymui, jeigu būtų taikoma prevencijos tikslais. Tačiau skiriant psichoterapiją pastebėti kiti teigiami rezultatai - pagerėjo terapinės grupės pacientų emocinė būseną (tai rodo depresijos skalės vidurkio sumažėjimas), joje statistiškai reikšmingai sumažėjo rūkančių pacientų skaičius (palyginti su kontroline grupe). Be to, kai kurie duomenys rodo geresnės ligos eigos tendenciją tiems terapinės grupės ligoniams, kuriems aleksitimija sumažėjo. Vertinant literatūros duomenis ir šio darbo rezultatus galima daryti prielaidą, kad aleksitimijos sumažinimas gali turėti įtakos ligos eigai per kelis mechanizmus: 1) sumažėja emocinė įtampa, atsiranda daugiau teigiamų emocijų, sumažėja depresija, 2) pagerėjus bendravimui sustiprėja socialiniai asmens ryšiai, dėl to didėja tolerancija stresogeninėms situacijoms, 3) psichoterapija didina *n. vagus* tonusą, dėl to pagerėja vegetacinės nervų sistemos veikla, sumažėja aritmijų ir staigios mirties tikimybė, 4) taikant psichoterapiją pacientai meta rūkyti - iš patogenezės proceso iškrenta pagrindinis IŠL rizikos veiksnys [5, 11, 23].

Nustatytų tyrimo rezultatų nėra su kuo palyginti, nes tokio pobūdžio darbų su sergančiais IŠL nėra atlikta. Žinoma tik tai, kad Fukunishi su bendraautorais [18] pavyko reikšmingai sumažinti TAS rodiklio vidurkį taikant grupinę psichoterapiją ligonių šeimų nariams. Tačiau tolesnė TAS dinamika, grupės dalyvių somatinė būklė nebuvo tirta. De Groot [22] su bendraautorais koregavo aleksitimiją sergančiųjų nervine bulimija grupėje. Taikyta psichoterapijos metodika vėlgi nebuvo pateikta, tolesnė aleksitimijos dinamika bei psichoterapijos įtaka nervinės bulimijos dinamikai nebuvo tirta.

Šio darbo trūkumas yra tas, kad tyrime dalyvavo tik aleksitimiški pacientai, todėl ligos eiga nebuvo palyginta su nealeksitimiškų pacientų ligos eiga. Be to, tyrimas atliktas naudojant TAS lietuviškąjį vertimą be patikimumo ir pagrįstumo nustatymo tyrimų. Tačiau ši aplinkybė nėra itin svarbi, nes TAS-20 lietuviškas vertimas buvo pakankamai ištirtas [24], o yra žinoma, kad TAS ir TAS-20 tarpusavyje stipriai koreliuoja [11]. Ateityje tokių tyrimų metu svarbu būtų naudoti ir neseniai sukurtus tyrėjo vertinamus aleksitimijos nustatymo testus - Beth Israel klinikinį klausimyną (angl. *Beth Israel Hospital Questionnaire*) [11], Psichosomatinių diagnostikumą (angl. *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*) [25]. Be to, šio tyrimo metu nebuvo analizuotas cholesterolio, vieno iš svarbiausių IŠL rizikos veiksnių, lemiančių tolesnę IŠL eigą, koncentracijų skirtumas terapinėje ir kontrolinėje grupėse. Būsiami psichoterapiniai tyrimai turėtų būti atlikti su didesniu pacientų skaičiumi, turėtų būti papildyti tikslesniais tyrimo metodais (koronarografija, autonominio širdies ritmo reguliavimo tyrimu ir kt.). Tikslinga tokius tyrimus atlikti su vienodos pradinės būklės pacientais (pacientai po sėkmingos vainikinių

arterijų angioplastikos, po vainikinių arterijų šuntavimo operacijos), su sveikais asmenimis. Tokie tyrimai padėtų tiksliau nustatyti aleksitimijos sumažinimo įtaką IŠL išsivystymui ar/ir eigai.

IŠVADOS

1. Tyrimas parodė, kad aleksitiminius asmenybės bruožus galima koreguoti taikant specializuotą grupinės psichoterapijos metodiką, kuri sudaryta iš kognityvinės-elgesio ir *gestalt* terapijos procedūrų: po psichoterapijos kurso Toronto aleksitimijos skalės rodmuo sumažėjo 59 proc. pacientų, statistiškai reikšmingai sumažėjo skalės rodiklio vidurkis ir šis sumažėjimas išliko stabilus

dvejus metus. Kontrolinėje grupėje šių pokyčių nebuvo.

2. Nustatyta, kad terapinėje grupėje po psichoterapijos buvo statistiškai reikšmingai mažesnis rūkančių pacientų skaičius (palyginti su kontroline grupe), statistiškai reikšmingai sumažėjo depresijos skalės (MMPI) rodmens vidurkis (kontrolinėje grupėje vidurkis nepakitęs).

3. Tyrimo rezultatų analizė parodė, kad geresnė ligos eigos tendencija yra terapinės grupės pacientams, kuriems sumažėjo Toronto aleksitimijos skalės rodmuo. Todėl ateityje atliekant tyrimus tikslinga ištirti aleksitimijos korekcijos įtaką išeminės širdies ligos eigai pacientams, nesirgusiems miokardo infarktu.

LITERATŪRA:

1. Fair J.M., Haskell W.L., Alto P. Anxiety predicts angiographic coronary disease progression // *The Can. J. of Card.* - 1997, vol.13, (suppl.B), p.154B. Abstracts from 4th International Conference on Preventive Cardiology. - Montreal, June 29-July 3, 1997.
2. Kop W.J., Appels P.W.M., Carbs F., de Leon F.M., de Swart H.B., Bar F.W. Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty // *Psychosom. Med.* - 1994, vol. 56, p. 281-287.
3. Frasure-Smith N. In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men // *Am. J. Cardiol.* - 1991, vol. 67, p. 121-127.
4. Friedman H.S., Booth-Kewley S. The "disease-prone personality": a meta-analytic view of the construct // *Am. Psychologist.* - 1987, vol. 42, p. 539-555.
5. Orth-Gomer K., Uden A. A type behavior, social support and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients // *Psychosom. Med.* - 1990, vol. 52, p. 59-72.
6. Kauhanen J., Kaplan G.A., Conen R.D., Salonen R., Salonen J.T. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease // *Psychosom. Med.* - 1994, vol. 56, p. 237-244.
7. Brzezinski R., Rybakowski J. Alexithymia as a possible risk factor in ischemic heart disease. Abstract book of 12th World Congress of Psychosomatic Medicine. - Bern, August, 1993, p. 71.
8. Defourmy M., Hubin P., Luminet D. Alexithymia, "pensee operateire" and predisposition to coronopathy // *Psychother. Psychosom.* - 1976/77, vol. 27, p. 106-114.
9. Keltinas-Jarvinen L. Alexithymia and type A behavior compared in psychodynamic terms of personality // *British J. of Med. Psychology.* - 1990, vol. 63, p. 131-135.
10. Kenyon L.W., Ketterer M.W., Gheorghide M., Goldstein S. Psychological factors related to pre-hospital delay during acute myocardial infarction // *Circulation.* - 1991, vol. 84, p. 1969-1976.
11. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. Disorder of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. - Cambridge University Press, 1997.
12. Kauhanen J. Dealing with emotions and health: a population study of alexithymia in middle-aged men. - Kuopio, 1993. Academic dissertation.
13. Krystal H. Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment // *Int. J. of Psychoanalysis and Psychotherapy.* - 1982/83, vol. 9, p. 353-388.
14. McDougall J. The antianalysis and analysis. In: Lebovici S., Widlocher D. (eds.). Ten years of psychoanalysis in France. - New York, International Universities Press, 1980, p. 333-354.
15. Sifneos P.E. Is dynamic psychotherapy contraindicated for a large number of patients with psychosomatic disease? // *Psychother. Psychosom.* - 1972/73, vol. 21, p. 133-136.
16. Singer M.T. Psychological dimensions in psychosomatic patients // *Psychother. Psychosom.* - 1977, vol. 28, p. 13-27.
17. Sifneos P.E. Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease // *Psychother. Psychosom.* - 1975, vol. 26, p. 65-70.
18. Fukunishi I., Ichikawa T., Matsuzawa K. Effect of family group psychotherapy on alcoholic families // *Psychol. Res.* - 1994, vol. 74, p. 568-570.
19. Jacobson E. Progressive Relaxation. - Chicago, University of Chicago Press, 1938.
20. Rudestan K.E. Experiential groups in theory and practise. - M., 1982.
21. Beresnevaitė M., Vasiliauskas D. Grupinė psichoterapija išeminės širdies ligos antrinės profilaktikos sistemoje. Metodinės rekomendacijos. - Kaunas, KMA, Kardiologijos institutas, Kaunas, 1995.
22. De Groot J.M., Rodin G., Olmstead M.P. Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa // *Compr. Psychiatry.* - 1995, vol. 34, p. 53-60.
23. Sakakibara M., Takeuchi S., Hayano J. Effect of relaxation training on cardiac parasympathetic tone // *Psychophysiology.* - 1994, vol. 31, p. 223-228.
24. Beresnevaitė M., Taylor G.J., Parker J.D.A., Andziulis A. Cross validation of the factor structure of a Lithuanian translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale // *Acta Medica Lituanica.* - 1998, vol. 5 (suppl. 2), p. 146-149.
25. Fava G.A., Freyberger H., Bech P., Chistodoulou G., Sensky T., Theorell T., Wise T.N. Diagnostic criteria for use in psychosomatic research // *Psychother. Psychosom.* - 1995, vol. 63, p. 1-8.

Gauta: 2002 08 30

Priimta spaudai: 2002 09 10