

Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста

М. Ю. Келина, педагог-психолог, ГБОУ СОШ № 25, mkelina84@mail.ru

Т. А. Мешкова, кандидат психологических наук, Московский городской психолого-педагогический университет, tmesh@mail.ru

Изучалась связь алекситимии и риска нарушений пищевого поведения у 117 девушек (17,6 + 3,2 лет) неклинической популяции г. Москвы. Уровень алекситимии оценивался с помощью Торонтской шкалы (TAS-20); риск нарушений пищевого поведения – с помощью опросников Eating Attitude Test (EAT-26) и Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2); отношение к своему телу – с помощью Body Appreciation Scale (BAS). В группе девушек с выраженной алекситимией встречаемость критических значений по шкале EAT-26 (>20 баллов) была значимо выше, чем в группе с низким уровнем алекситимии. Суммарный балл по шкале TAS-20 положительно коррелировал с такими шкалами опросника EDI-2, как «Стремление похудеть», «Аскетизм», «Страх взросления», «Неэффективность», «Социальная уязвимость», «Межличностное недоверие», «Эмоциональная дисрегуляция», «Интероцептивный дефицит», а также с суммарным баллом по тесту EAT-26 и шкалой «Оральный контроль» того же теста. Отрицательные корреляции получены между суммарным баллом TAS-20, удовлетворенностью телом и индексом массы тела. Все упомянутые корреляции статистически значимы. Обсуждается роль алекситимии как возможного предиктора возникновения нарушений пищевого поведения.

Ключевые слова: пищевое поведение, алекситимия, неудовлетворенность телом, фактор риска, девушки-подростки.

Нарушения пищевого поведения – это психические расстройства, для которых характерно наличие комплекса поведенческих (ограничительное пищевое поведение и др.), психопатологических (нарушение восприятия собственного тела и др.) и физиологических симптомов (потеря веса и др.). Как отмечает Lewinsohn, нарушения пищевого поведения (НПП) представляют значительный риск для психического и физического здоровья девочек-подростков, 8% из которых страдает от полных или частичных синдромов НПП [25]. К нарушениям пищевого поведения традиционно относят нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание, которое является одним из наиболее полно изученных и описанных расстройств категории «Неуточненное нарушение пищевого поведения» (МКБ-10, DSM-IV). Распространенность НПП с каждым годом увеличивается: если ранее эти

расстройств ассоциировались с западными странами, то в настоящее время отмечается рост заболеваемости данными нарушениями в развивающихся странах. Также отмечается рост нарушений пищевого поведения и в восточных странах: Тайване, Гонконге, Китае, Японии [11].

Если говорить о факторах риска возникновения НПП, то относительно этого вопроса не существует универсальной точки зрения на природу этих расстройств. Однако, несмотря на имеющийся плюрализм теорий, объясняющих механизмы возникновения, формирования и развития НПП, большинство ученых разделяют общую идею о том, что нарушения пищевого поведения представляют собой сложные, мультифакторные заболевания, которые являются результатом взаимодействия биологических, социокультурных и психологических факторов.

В зарубежной литературе описано множество риск-факторов НПП: неудовлетворенность телом, низкая самооценка, перфекционизм, влияние масс-медиа, сверстников и семьи, возраст и пр. Среди разнообразия психологических переменных, влияющих на возникновение и развитие нарушений пищевого поведения, особого внимания заслуживает изучение алекситимии как возможного предиктора возникновения НПП.

Термин «алекситимия» (от «а» - недостаток, «lexis»- слово, «thimos»- эмоция), введенный американским психоаналитиком П. Сифнеосом в 1969 году, буквально означает «отсутствие слов для выражения чувств» и представляет собой кластер когнитивных и аффективных нарушений, которые наблюдались в основном у психосоматических пациентов [9]. В структуре феномена алекситимии можно выделить четыре основные характеристики: а) трудности определения и описания эмоций; 2) трудности различения эмоций и телесных ощущений; 3) бедность фантазии; 4) низкий уровень самосознания, рефлексии [34]. Понимание структуры алекситимии за последнее время было пересмотрено: в более новой концепции алекситимии внимание исследователей сосредоточено на дефицитности когнитивных процессов в регуляции эмоций в отличие от традиционного понимания алекситимии в рамках интрапсихического конфликта [33].

Коморбидность алекситимии и психосоматических расстройств, обнаруженная Сифнеосом, в настоящее время подвергается критике. Некоторые исследования показывают, что не все психосоматические пациенты отличаются алекситимическими особенностями: часть пациентов способны выразить собственные чувства довольно легко. К тому же алекситимические характеристики были обнаружены у здоровых испытуемых, у больных раком, у страдающих почечной недостаточностью, у больных с ревматоидным артритом, у наркоманов, у алкоголиков, у лиц с маскированной депрессией, у страдающих ожирением [1].

Высокий уровень алекситимии был обнаружен у лиц, страдающих различными видами нарушений пищевого поведения – нервной анорексией, нервной булимией и компульсивным переизбытком [13]; [28]. По некоторым данным, распространенность алекситимии среди больных нервной анорексией колеблется в диапазоне 23%-77%, среди больных нервной булимией выраженность алекситимии составляет от 51% до 83% [28]. Если говорить о неклинической популяции, то распространенность алекситимии составляет от 0 до 28% [8].

Как полагает Hilde Bruch, основная проблема пациентов с НПП связана с трудностью описания и дифференциации эмоциональных состояний, которая объясняется недостаточным уровнем произвольного контроля и рефлексии [9]; [10]. Например, результаты исследования, в котором сравнивались три группы испытуемых – с нервной булимией, депрессией и контрольная группа – показали, что девочки с нервной булимией демонстрируют более низкий уровень «эмоциональной осведомленности» (навыки определения и дифференциации эмоциональных состояний) по сравнению с остальными группами [30].

Существуют эмпирические доказательства того, что пациенты с НПП более алекситимичны по сравнению с контрольной группой. Также в некоторых исследованиях было показано, что алекситимия связана не с пищевым поведением как таковым, а с психологическими характеристиками самих пациентов [8]; [9]; [13]; [28]; [30]. Одной из таких характеристик могут являться особенности совладающего поведения. Например, в результате дефицита когнитивной регуляции эмоциональных побуждений алекситимичные пациенты, страдающие НПП, прибегают к неадаптивным формам поведения, таким как голодание, переедание, злоупотребление психоактивными веществами с целью саморегуляции деструктивных эмоций [31].

Тэйлор (Taylor) и др. изучали взаимосвязь между шкалами опросника Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) и алекситимией (Торонтская шкала алекситимии TAS-20) в двух группах испытуемых: первая группа – девушки с нервной анорексией, вторая группа – студентки университетов. Авторы обнаружили высокую корреляцию между суммарным баллом по шкале алекситимии и шкалой «Межличностное недоверие» опросника EDI-2 в обеих группах. В аналогичном исследовании, проведенном Лакуатра (Laquatra) и др. на неклинической популяции девушек-студенток, были получены высокие корреляции между суммарным баллом по шкале алекситимии и всеми шкалами EDI-2, за исключением шкалы перфекционизма [28]. Другая часть исследователей обратила внимание на взаимосвязь между алекситимией и неудовлетворенностью телом, которая является, по мнению многих зарубежных и отечественных авторов, ключевой характеристикой людей с нарушениями пищевого поведения [4]; [30].

Проблемы различения собственно эмоций и телесных ощущений у алекситимических лиц, страдающих НПП, приводят к тому, что такие люди не способны находиться в согласии с собственным миром эмоций. В результате алекситимики перемещают фокус внимания на восприятие негативных аспектов тела с целью избегания эмоционального опыта. Таким образом, наличие алекситимии может приводить к повышению уровня неудовлетворенности собственным телом, что в дальнейшем может развиваться в нарушение пищевого поведения [8]; [9].

В исследовании D. Berandis и коллег, в котором принимали участие студентки неклинической популяции (N=254), было обнаружено, что алекситимичные девушки в большей степени не довольны собственным телом по сравнению с девушками, у которых черты алекситимии слабо выражены [8]. Более того, у первой группы испытуемых обнаружен высокий риск развития нарушений пищевого поведения по сравнению со второй группой девушек. Неудовлетворенность телом является важной характеристикой соматоформных расстройств, в частности,

дисморфофобического расстройства. Как было обнаружено в исследовании, проведенном Fenwick и Sullivan, такой фактор алекситимии как «трудности описания эмоций» положительно коррелирует с высоким риском нарушений пищевого поведения. Также была получена высокая корреляция между тем же фактором алекситимии и дисморфофобией, проявляющейся в выраженном страхе по поводу собственного веса и формы тела [15].

По поводу этиологии алекситимии единого мнения не существует. Ведется дискуссия, является ли алекситимия чертой личности или состоянием. Имеющиеся семейные и близнецовые исследования указывают на наличие семейного характера алекситимии и определенного вклада генотипа в вариативность алекситимических черт в популяции [21]; [27]; [32]; [35] и др., что свидетельствует об отнесенности алекситимии к категории личностных черт. В одном из исследований было показано, что лица с высокими показателями алекситимии чаще являются носителями одного из аллельных вариантов COMT-гена [19]. Стабильность показателей алекситимии, продемонстрированная в лонгитюдных исследованиях, также может свидетельствовать об отнесенности алекситимии к разряду черт [29]. Однако возрастание алекситимии при таких заболеваниях, как рак, свидетельствует о том, что алекситимия может быть отнесена и к состояниям [12]. Кстати, в упомянутом обзоре вопрос об отнесении алекситимии к чертам или состояниям так и не решен в связи с отсутствием соответствующих исследований.

Можно предположить, что существует определенная врожденная предрасположенность к алекситимии, возможно связанная с некоторыми нейробиологическими особенностями, о чем говорят нейроимиджинговые исследования алекситимии [24], но определенные состояния и болезни могут усиливать эту черту.

Ряд исследований указывают на влияния семейной среды и неблагоприятных условий развития в детстве на последующую выраженность как алекситимии в целом, так и отдельных ее составляющих [22]. Возможно, алекситимия формируется на базе своеобразной нейробиологической организации, присущей лицам с предрасположенностью к алекситимии, причем неблагоприятные условия развития приводят к усилению алекситимических черт.

В семьях девушек с НПП у родителей отмечается более высокий уровень алекситимии, чем в контрольных группах [14], что может говорить либо о семейном характере алекситимии, предрасполагающем к развитию НПП, либо о влиянии самого заболевания дочери на выраженность алекситимии в семье.

Несмотря на значимость феномена алекситимии у лиц, страдающих нарушениями пищевого поведения, в отечественной литературе данная проблематика практически не отражена.

Целью данной работы является анализ взаимосвязи между особенностями пищевого поведения и алекситимией в неклинической популяции школьников и студенток – учащихся образовательных учреждений г. Москвы. Мы предполагаем, что наличие алекситимии является риск-фактором формирования неудовлетворенности телом и нарушений пищевого поведения.

Выборка

В исследовании приняли участие девушки в возрасте от 12 до 23 лет (117 человек) – учащиеся московских школ и студентки вузов Москвы. Средний возраст испытуемых – 17,6 + 3,2 лет; среднее значение индекса массы тела (ИМТ) – 19,0 + 2,1. Все испытуемые не имеют клинического диагноза пищевых расстройств.

Методики

Тест пищевых установок – Eating Attitude Test (EAT-26) [16] – широко применяемый во всем мире скрининговый опросник, направленный на выявление степени риска развития пищевых расстройств и состоящий из трех шкал – увлечение диетами, шкалы булимии и шкалы орального контроля. Опросник включает 26 утверждений, на которые испытуемый может дать 6 вариантов ответа: максимальный балл приписывается ответам «всегда», а минимальный – ответам «никогда». Тест может применяться в двух вариантах – исследовательском и диагностическом. В исследовательском варианте ответам приписываются баллы от 5 до 0, в диагностическом – от 3 до 0, причем последние три градации оцениваются нулевыми баллами. Суммарный балл диагностического варианта EAT-26, превышающий 20 баллов, свидетельствует о наличии риска нарушений пищевого поведения и необходимости обратиться к специалисту [16].

Body Appreciation Scale (BAS) – опросник из 13 пунктов, направленный на исследование отношения к собственному телу (оценка телесного «Я»). Высокий суммарный балл отражает наличие позитивного отношения к своему телу [7].

Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-20) – широко применяемый во всем мире опросник, направленный на измерение алекситимии. Опросник включает 20 утверждений, которые объединены в три фактора: трудности определения чувств и их дифференциации от телесных ощущений; трудности описания собственных чувств по отношению к другим людям; внешне ориентированное мышление [2].

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) – зарубежный опросник, переведенный на русский язык корпорацией PAR (Psychological Assessment Resources) [25]; [28] и направленный на выявление нарушений пищевого поведения и риск-факторов, связанных с ними. Опросник был применен в России в 1999 году на неклинической выборке студенток г. Краснодара для кросскультурного исследования [25]. Опросник состоит из 91 утверждения, которые объединены в 11 субшкал. Три субшкалы – «Стремление к худобе», «Булимия» и «Неудовлетворенность телом» – объединены в шкалу «Риск нарушений пищевого поведения». Остальные субшкалы связаны с психологическими факторами риска НПП: «Перфекционизм», «Межличностное недоверие», «Аскетизм», «Эмоциональная дисрегуляция», «Неэффективность», «Интероцептивный дефицит», «Страх взросления» и «Социальная уязвимость» [25]; [28].

Результаты

Алекситимия. В соответствии с диагностическими критериями методики нами было выделено три группы. У 13% девушек (11 человек) суммарный показатель по методике TAS превышает 74 балла, что свидетельствует о наличии у них алекситимических черт личности; 53% (45 человек) обладают низким уровнем алекситимии; 34% (29 человек) относятся к группе риска.

Пищевое поведение. 11% (13 человек) попадают в группу риска развития нарушений пищевого поведения (суммарный показатель по диагностической шкале EAT-26 превышает 20 баллов).

Следует отметить, что 4 случая риска НПП были обнаружены в группе девушек, обладающих высоким уровнем алекситимии, и 5 случаев – в группе риска; 2 случая НПП были обнаружены в группе девушек с низким уровнем алекситимии (рис.1). Можно заметить, что самая высокая встречаемость риска НПП наблюдается среди девушек с выраженной алекситимией. При проверке значимости различий с помощью таблиц сопряженности, была подтверждена достоверность полученных результатов (табл. 1).

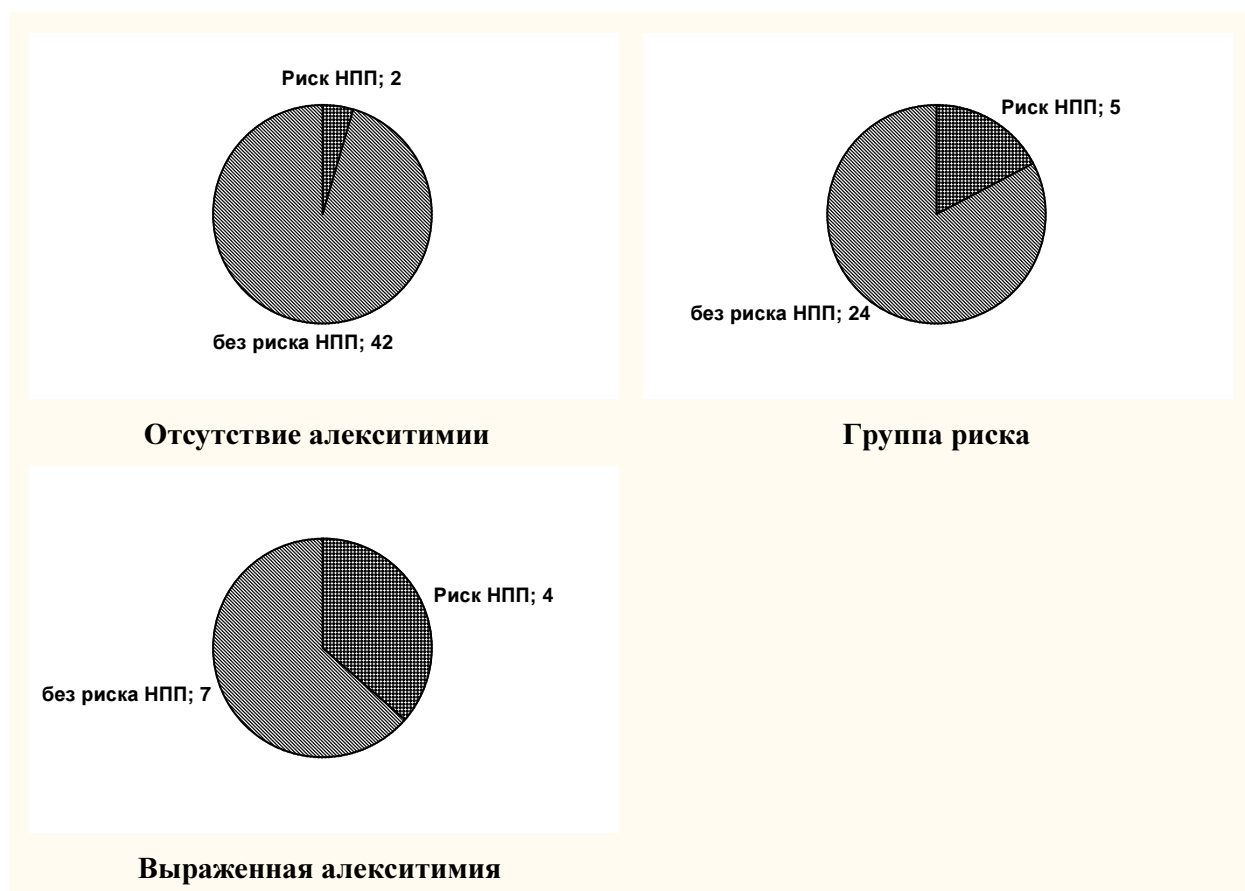


Рис. 1. Встречаемость риска нарушений пищевого поведения в трех группах, различающихся по выраженности алекситимии.

Таблица 1. Встречаемость риска нарушений пищевого поведения в группах с различной выраженностью алекситимии

	Нет риска НПП	Ри ск НПП	Су мма
Отсутствие алекситимии	42 (76%)	2 (4%)	44 (80%)
Выраженная алекситимия	7 (13%)	4 (7%)	11 (20%)
Chi-square (df=1)	9,17*	p= ,002	

В соответствии с суммарными баллами методики TAS-20 мы разбили выборку на три группы: группа с высоким уровнем алекситимии (24 человека), группа со средним уровнем (34 человека) и группа с низким уровнем алекситимии (27 человек). С помощью дисперсионного анализа указанные группы были сопоставлены между собой по всем шкалам опросника EDI-2, по суммарному баллу EAT-26 (исследовательский вариант), опроснику отношения к телу (BAS) и индексу массы тела. Статистически значимые различия были обнаружены по индексу массы тела и большинству шкал опросника EDI-2 («Аскетизм», «Неудовлетворенность телом», «Неэффективность», «Эмоциональная дисрегуляция», «Межличностное недоверие», «Интероцептивный дефицит», «Социальная уязвимость», «Страх взросления»), а также по суммарным баллам опросников EAT-26 и BAS (табл.2).

Таблица 2. Сравнение групп с различной выраженностью алекситимии

	Алекситими я						p
	Низкий уровень (N=27)		Средний уровень (N=34)		Высокий уровень (N=24)		
	M	Sd	M	Sd	M	Sd	
Риск НПП	1	11,	2	15,	2	17,	0

(EDI-2)	3,89	91	0,24	67	6,00	32	,010*
Аскетизм	,92	39	4,379	78	5,048	79	5,0009*
Интероцептивный дефицит	,87	45	4,341	80	7,6270	13	6,70003*
Межличностное недоверие	,00	51	3,639	63	4,096	86	4,10026*
Эмоциональная дисрегуляция	,96	62	4,6053	10	6,7530	14	8,20004*
Социальная уязвимость	,85	31	3,115	79	4,841	71	4,10041*
Неэффективность	,74	50	3,888	79	5,8259	12	6,60002*
Страх взросления	,58	54	3,444	94	6,3158	19	5,10001*
Неудовлетворенность телом (EDI-2)	,19	53	5,726	95	8,3142	14	7,9014*
Удовлетворенность телом (BAS)	1,75	52	8,4617	401	11,15	411	14,0511*
Индекс массы тела	0,24	22	2,1925	18	1,9816	13	1,60013*

Корреляционный анализ (по Спирмену) позволил обнаружить статистически значимые корреляции показателей алекситимии с другими шкалами и индексом массы тела (табл.3).

Таблица 3. Корреляции показателя алекситимии с другими переменными

Алекситимия

N r

Удовлетворенность телом (BAS)	85	0,29*	-
Неудовлетворенность телом (EDI-2)	85	0,37**	
Стремление похудеть	72	0,32*	
Аскетизм	80	**	0,34
Страх взросления	84	**	0,40
Неэффективность	83	**	0,45
Социальная уязвимость	82	**	0,36
Межличностное недоверие	83	**	0,35
Эмоциональная дисрегуляция	81	**	0,45
Интероцептивный дефицит	78	**	0,47
EAT-26 (сумма)	85	**	0,32
Оральный контроль	84	*	0,23
Индекс массы тела	77	0,33**	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Обсуждение результатов

Распространенность алекситимии в нашей выборке составляет 13%, что согласуется с эпидемиологическими данными зарубежных исследований [8]; [28].

Встречаемость НПП составляет 11%, что не вполне совпадает с данными других авторов, полученными на российской популяции [3]; [4]; [5]; [6]. Такое несовпадение можно объяснить межпопуляционными и методическими различиями, имеющимися в упомянутых работах.

Полученные результаты показывают, что встречаемость НПП среди девушек с высокими показателями алекситимии выше. Результаты дисперсионного и корреляционного анализов указывают на наличие связи между алекситимией и риском нарушений пищевого поведения. Полученные данные согласуются с рядом зарубежных исследований, в которых также была обнаружена связь алекситимии с НПП [8]; [9]; [15]; [30]; [31]. К сожалению, сопоставить наши данные с результатами отечественных исследований мы не имеем возможности в виду отсутствия таковых.

Мы не можем однозначно утверждать, является ли алекситимия триггерным механизмом НПП, однако есть вероятность, что она представляет собой способствующую причину, которая повышает риск развития нарушений пищевого поведения. Мы отмечали ранее, что в некоторых зарубежных исследованиях алекситимия была связана не с ключевой психопатологией НПП, а с психологическими особенностями личности.

На основании корреляционного анализа мы не вправе делать заключение о механизмах связи алекситимии и нарушений пищевого поведения. Возможно, алекситимия, которой присущи некоторые особенности, позволяющие отнести ее к категории личностных черт (стабильность в онтогенезе, связь с наследственностью), может способствовать формированию нарушений пищевого поведения и являться одним из предикторов НПП. Каким образом осуществляется такое влияние, пока сказать трудно. Можно предположить, что алекситимия входит как составляющая в целый комплекс личностных черт, предрасполагающих к НПП, поскольку мы обнаруживаем ее связь с рядом индивидуальных особенностей, коррелирующих с НПП и относящихся к психологическим факторам риска. Для того чтобы отнести какую-либо черту к истинным факторам риска НПП, необходимо проведение лонгитюдных прослеживаний от состояния предрасположенности к состоянию болезни. Лишь такой подход позволяет рассматривать те или иные факторы, предшествующие болезни, как факторы риска.

В 2004 году в аналитическом обзоре [20], охватывающем 320 исследований и обзоров, было выделено лишь несколько факторов, которые могут быть отнесены к истинным факторам риска, предшествующим НПП: принадлежность к женскому полу, осложнения беременности и родов, обсессивно-компульсивные расстройства, перфекционизм, негативная самооценка. В упомянутом обзоре алекситимия вообще не рассматривается среди факторов риска НПП. Для выяснения принадлежности алекситимии к предикторам НПП необходимы дальнейшие исследования, включающие лонгитюдные прослеживания.

Литература

1. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестн. Моск. Ун-та, 1995, сер. 14, №1

2. *Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Пособие для психологов и врачей. СПб., 2005.
3. *Занозин А.В.* Клинико-эпидемиологические и психопрофилактические аспекты нервной анорексии. Дис. канд. мед. наук, 2002.
4. *Келина М.Ю., Маренова Е.В., Мешкова Т.А.* Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование, 2011, №5.
5. *Николаева Н.О., Мешкова Т.А.* Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. // Вопросы психического здоровья детей подростков, 2011, сер. 11, №1.
6. *Семина Т.И.* Риск развития расстройств пищевого поведения у школьниц и студенток // Вестн. СибГМУ, 2000, №2.
7. *Avalos L., Tylka T., Wood-Barcalow N.* The body appreciation scale: development and psychometric evaluation // Body image, 2005, No 2.
8. *Berandis D., Carano A., Gambi F. et al.* Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample // Eating behaviors, 2007, No 8.
9. *Berardis D., Serroni N., Campanella D. et al.* Alexithymia and its relationships with dissociative experiences, body dissatisfaction and eating disturbances in a non-clinical female sample // Cogn. Ther. Res., 2009, v. 33.
10. *Brunch H.* Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa // Psychosomatic medicine, 1962, v. 24.
11. *Chisuwa N., O'Dea J.* Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: a review of the literature // Appetite, 2009, No 9.
12. *De Vries A.M.M., Forni V., Voellinger R., Stiefel F.* Alexithymia in cancer patients: review of the literature // Psychotherapy and psychosomatics, 2012, v.81.
13. *Eizaguirre A., de Cabezon A., de Alda I. et al.* Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders // Personality and individual differences, 2004, v. 36.
14. *Espina A.* Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables // Journal of psychosomatic research, 2003, v.55.
15. *Fenwick A., Sullivan K.* Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample // Psychiatry research, 2011, v. 189.

16. *Garner D., Olmsted M., Garfinkel P., Bohr Y.* The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates // *Psychological medicine*, 1982, No 12.
17. *Garner D.M.* Eating disorder inventory—2. Florida, U.S.A.: Psychological assessment resources, Inc. 1991.
18. *Garner D.M.* Eating disorder inventory—3. Professional manual. Florida, U.S.A.: Psychological assessment resources, Inc. 2004.
19. *Ham B.-J., Lee M.-S., Lee Y.-M., Kim M.-K., Choi M.-J., Oh K.-S., Jung H.Y., Lyoo I.K. Choi I.-G.* Association between the catechol o-methyltransferase val108/158met polymorphism and alexithymia // *Neuropsychobiology*, 2005, v. 52.
20. *Jacobi C., Hayward C., de Zwaan M., Kraemer H. C., Agras W. S.* Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy // *Psychological bulletin*, 2004. v. 130, No. 1.
21. *Jorgensen M.M., Zachariae R., Skytthe A., Kyvik K.* Genetic and environmental factors in alexithymia: a population-based study of 8,785 Danish twin pairs // *Psychotherapy and psychosomatics*, 2007, v.76.
22. *Kench S., Irwin H.J.* Alexithymia and childhood family environment // *Journal of clinical psychology*, 2000, v.56, No. 6.
23. *Kooiman C. G., van Rees Vellinga S., Spinhoven P., Draijer N., Trijsburg R., Rooijmans H.G.M.* Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood // *Psychotherapy and psychosomatics*, 2004, v.73.
24. *Larsen J.K., Brand N., Bermond B., Hijman R.* Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies // *Journal of psychosomatic research* 2003, v.54.
25. *Lewinsohn P.M., Striegel-Moore R.H., Seeley J.R.* Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000, 39.
26. *O'Keefe P., Lovell D.M.* Eating disorder inventory scores in Russia and Britain: A preliminary comparison // *European eating disorders review*, 1999. v.7.
27. *Picardi A., Fagnani C., Gigantesco A., Toccaceli V., Lega I., Stazi M. A.* Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms // *Journal of psychosomatic research*, 2011, v.71.
28. *Quinton S., Wagner H.* Alexithymia, ambivalence over emotional expression and eating attitudes // *Personality and individual differences*, 2005, v. 38.
29. *Salminen J.K., Saarijarvi S., Toikka T., Kauhanen J., Aarela E.* Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population // *Journal of psychosomatic research*, 2006, v.61.

30. *Sim L., Zeman J.* The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls // *Journal of youth and adolescence*, 2006, No 2.
31. *Speranza M., Loas G., Wallier J., Corcos M.* Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders; a 3-year prospective study // *Journal of psychosomatic research*, 2007, v. 63.
32. *Szatmari P., Georgiades S., Duku E., Zwaigenbaum L., Goldberg J., Bennett T.* Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder // *Journal of autism and developmental disorders*, 2008, v.38, p.1859–1865.
33. *Taylor G.J.* Recent developments in alexithymia theory and research. // *Canadian journal of psychiatry*, 2000, v. 45.
34. *Taylor G.J., Bagby R. & Parker J.D.* The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine // *Psychosomatics*, 1991, v. 32.
35. *Valera E. M., Berenbaum H.* A twin study of alexithymia // *Psychotherapy and psychosomatics*, 2001, v.70, No 5.

Alexithymia and eating attitudes among adolescent and young girls of non-clinical population

M. U. Kelina, educational psychologist, state educational institution secondary school № 25, mkelina84@mail.ru

T.A. Meshkova, PhD in Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, tmesh@mail.ru

The link between alexithymia and eating disturbances risk among 117 girls (age 17,6 + 3,2) of Moscow non-clinical population was studied. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Eating Attitude Test (EAT-26), Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2), Body appreciation scale (BAS) were used. Girls with evident alexithymia show higher potential risk of eating disturbances (EAT-26 total score above 20), than girls without alexithymia. TAS-20 total score demonstrates positive correlations with EAT-26 total score and "Oral control" subscale, and with EDI-2 subscales: "Drive for thinness", "Ascetism", "Maturity fears", "Ineffectiveness", "Social insecurity", "Emotional dysregulation", "Interoceptive deficits". The negative correlations between TAS-20 total score, body dissatisfaction and body mass index were obtained. The role of alexithymia as possible predictor of eating disturbances was discussed.

Keywords: eating behavior, alexithymia, body dissatisfaction, risk factor, adolescent girls

Literature

1. *Bylkina N.D.* Aleksitimiya (analiticheskiy obzor zarubejnyh issledovanii) // Vestn. Mosk. Un-ta, 1995, ser. 14, №1
2. *Eres'ko D.B., Isurina G.L., Kaidanovskaya E.V. i dr.* Aleksitimiya i metody ee opredeleniya pri pograničnyh psihosomaticheskih rasstroistvah. Posobie dlya psihologov i vrachei. SPb., 2005.
3. *Zanozin A.V.* Kliniko-epidemiologičeskie i psihoprofilaktičeskie aspekty nervnoi anoreksii. Dis. kand. med. nauk, 2002.
4. *Kelina M.Yu., Marenova E.V., Meshkova T.A.* Neudovletvorennost' telom i vliyanie roditel'ei i sverstnikov kak faktory riska narushenii pischevogo povedeniya sredi devushek podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta // Psihologičeskaya nauka i obrazovanie, 2011, №5.
5. *Nikolaeva N.O., Meshkova T.A.* Narusheniya pischevogo povedeniya: social'nye, semeinye i biologičeskie predposylki. // Voprosy psihicheskogo zdorov'ya detei podrostkov, 2011, ser. 11, №1.

6. *Semina T.I.* Risk razvitiya rasstroistv pischevogo povedeniya u shkol'nic i studentok // Vestn. SibGMU, 2000, №2.
7. *Avalos L., Tylka T., Wood-Barcalow N.* The body appreciation scale: development and psychometric evaluation // Body image, 2005, No 2.
8. *Berandis D., Carano A., Gambi F. et al.* Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample // Eating behaviors, 2007, No 8.
9. *Berardis D., Serroni N., Campanella D. et al.* Alexithymia and its relationships with dissociative experiences, body dissatisfaction and eating disturbances in a non-clinical female sample // Cogn. Ther. Res., 2009, v. 33.
10. *Brunch H.* Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa // Psychosomatic medicine, 1962, v. 24.
11. *Chisuwa N., O'Dea J.* Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents: a review of the literature // Appetite, 2009, No 9.
12. *De Vries A.M.M., Forni V., Voellinger R., Stiefel F.* Alexithymia in cancer patients: review of the literature // Psychotherapy and psychosomatics, 2012, v.81.
13. *Eizaguirre A., de Cabezon A., de Alda I. et al.* Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders // Personality and individual differences, 2004, v. 36.
14. *Espina A.* Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables // Journal of psychosomatic research, 2003, v.55.
15. *Fenwick A., Sullivan K.* Potential link between body dysmorphic disorder symptoms and alexithymia in an eating-disordered treatment-seeking sample // Psychiatry research, 2011, v. 189.
16. *Garner D., Olmsted M., Garfinkel P., Bohr Y.* The eating attitude test: psychometric features and clinical correlates // Psychological medicine, 1982, No 12.
17. *Garner D.M.* Eating disorder inventory—2. Florida, U.S.A.: Psychological assessment resources, Inc. 1991.
18. *Garner D.M.* Eating disorder inventory—3. Professional manual. Florida, U.S.A.: Psychological assessment resources, Inc. 2004.
19. *Ham B.-J., Lee M.-S., Lee Y.-M., Kim M.-K., Choi M.-J., Oh K.-S., Jung H.Y., Lyoo I.K. Choi I.-G.* Association between the catechol o-methyltransferase val108/158met polymorphism and alexithymia // Neuropsychobiology, 2005, v. 52.
20. *Jacobi C., Hayward C., de Zwaan M., Kraemer H. C., Agras W. S.* Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy // Psychological bulletin, 2004. v. 130, No. 1.
21. *Jorgensen M.M., Zachariae R., Skytthe A., Kyvik K.* Genetic and environmental factors in alexithymia: a population-based study of 8,785 Danish twin pairs // Psychotherapy and psychosomatics, 2007, v.76.

22. *Kench S., Irwin H.J.* Alexithymia and childhood family environment // Journal of clinical psychology, 2000, v.56, No. 6.
23. *Kooiman C. G., van Rees Vellinga S., Spinhoven P., Draijer N., Trijsburg R., Rooijmans H.G.M.* Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood // Psychotherapy and psychosomatics, 2004, v.73.
24. *Larsen J.K., Brand N., Bermond B., Hijman R.* Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies // Journal of psychosomatic research 2003, v.54.
25. *Lewinsohn P.M., Striegel-Moore R.H., Seeley J.R.* Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. J. Am. // Child Adolesc. Psychiatry, 2000, 39.
26. *O'Keefe P., Lovell D.M.* Eating disorder inventory scores in Russia and Britain: A preliminary comparison // European eating disorders review, 1999. v.7.
27. *Picardi A., Fagnani C., Gigantesco A., Toccaceli V., Lega I., Stazi M. A.* Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms // Journal of psychosomatic research, 2011, v.71.
28. *Quinton S., Wagner H.* Alexithymia, ambivalence over emotional expression and eating attitudes // Personality and individual differences, 2005, v. 38.
29. *Salminen J.K., Saarijarvi S., Toikka T., Kauhanen J., Aarela E.* Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population // Journal of psychosomatic research, 2006, v.61.
30. *Sim L., Zeman J.* The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls // Journal of youth and adolescence, 2006, No 2.
31. *Speranza M., Loas G., Wallier J., Corcos M.* Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders; a 3-year prospective study // Journal of psychosomatic research, 2007, v. 63.
32. *Szatmari P., Georgiades S., Duku E., Zwaigenbaum L., Goldberg J., Bennett T.,* Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder // Journal of autism and developmental disorders, 2008, v.38, p.1859–1865.
33. *Taylor G.J.* Recent developments in alexithymia theory and research. // Canadian journal of psychiatry, 2000, v. 45.
34. *Taylor G.J., Bagby R. & Parker J.D.* The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine // Psychosomatics, 1991, v. 32.
35. *Valera E. M., Berenbaum H.* A twin study of alexithymia // Psychotherapy and psychosomatics, 2001, v.70, No 5.