

# СВЯЗЬ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ АЛЕКСИТИМИИ И ОТДЕЛЬНЫХ АЛЕКСИТИМИЧЕСКИХ ЧЕРТ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕНОМОРФНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

И.А. Лапин, Т.А. Рогачева

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Алекситимия – личностный конструкт, характеризующий комплекс аффективных и когнитивных нарушений, проявляющихся в трудностях осознания и вербализации эмоций, в затруднениях дифференциации эмоций от телесных ощущений, в бедности сновидений и фантазий, в чрезмерной привязанности мышления к реальности [2, 39]. Первоначально термин был предложен психоаналитиками J.Nemiah и P.Sifneos [34, 39] в качестве специфического признака так называемой психосоматической конституции. Однако дальнейшие исследования показали, что высокие значения алекситимии не специфичны для соматизации и психосоматических заболеваний. Алекситимические черты были выявлены у широкого круга больных психическими и соматическими заболеваниями и коррелировали с более высокой тяжестью заболевания вне зависимости от частных диагнозов [3, 5, 10, 24, 36–38, 42, 45]. Это позволило исследователям рассматривать алекситимию, как некий «паттерн когнитивно-эмоционального ограничения» [1], и утверждать, что алекситимия может быть вовлечена в патогенез не только психосоматических расстройств, но и целого ряда психопатологических состояний, включая депрессию. Высокие уровни алекситимии при депрессиях зарегистрированы в целом ряде работ [15, 16, 19, 21, 29, 41, 43, 45]. Однако, несмотря на многочисленные исследования связь депрессии с алекситимией по-прежнему не вполне понятна, еще меньше известно об эффекте отдельных симптомов депрессивного симптомокомплекса на конкретные проявления алекситимических черт.

**Цель** и задачи исследования: выявить корреляты отдельных клинических проявлений депрессивного симптомокомплекса с выраженностью алекситимии и отдельных алекситимических черт у больных с

эндогенормными депрессиями умеренной степени тяжести.

## Материал и методы исследования

Обследовано 100 стационарных больных клиники Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России (39 муж. и 61 жен., средний возраст  $30,03 \pm 11,34$ ) с умеренными депрессиями в структуре депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного расстройств (F31.30; F31.31; F31.6; F32.10; F32.11; F33.10 и F33.11 по МКБ-10, средний балл по HDRS= $21,72 \pm 4,61$  [13]; по HARS= $20,91 \pm 5,5$  [14]). Средний возраст на момент начала заболевания у больных с депрессивным эпизодом составил  $26,71 \pm 9,83$ , у пациентов с биполярным аффективным расстройством –  $20,53 \pm 8,44$  лет, рекуррентным депрессивным –  $24,25 \pm 8,52$ . Средняя длительность заболевания в структуре депрессивного эпизода составила  $7,25 \pm 3,93$  месяцев, в структуре биполярного аффективного расстройства –  $7,18 \pm 5,3$  лет, рекуррентного депрессивного –  $10,46 \pm 9,17$  лет. Среднее число перенесенных в анамнезе приступов в структуре биполярного аффективного расстройства –  $8,12 \pm 8,2$ , рекуррентного депрессивного –  $4,32 \pm 2,87$ ; их средняя продолжительность для биполярного аффективного расстройства составила  $3,0 \pm 2,52$  месяца, для рекуррентного депрессивного –  $5,2 \pm 3,23$  месяца.

Критерии включения: наличие умеренного депрессивного расстройства в рамках депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного либо биполярного аффективного расстройств, оцениваемого в 14–27 баллов HDRS.

Критерии исключения: лица моложе 18 и старше 65 лет, беременные и кормящие женщины, пациенты

с психотическими и психоорганическими нарушениями, декомпенсацией острой либо хронической соматической патологии.

Клинико-психопатологическая оценка состояния испытуемых дополнялась использованием клинических шкал депрессии (17 пунктов) [13] и тревоги [14] Гамильтона. Кроме того, выраженность всех обязательных и факультативных депрессивных симптомов оценивались в баллах от 0 до 5 (где 0 – отсутствие нарушений, 5 – крайняя выраженность расстройств).

Уровень алекситимии определялся при помощи русскоязычной версии Торонтской алекситимической шкалы – TAS-20-R [6], где суммарный балл от 20 до 51 принят за нормальный уровень алекситимии, от 52 до 60 – повышенный, а от 61 и выше – высокий. Кроме суммарного балла оценивались показатели по трем подшкалам, выделенным согласно факторной структуре TAS-20: трудности идентификации чувств и дифференциации их от соматических проявлений (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ), внешне-ориентированный тип мышления и обеднение фантазий (ВОМ) [8, 41].

Статистический анализ. Всего было проанализировано 242 социодемографических и клинических признака. Поскольку, как показал визуальный анализ и применение критерия Колмогорова-Смирнова, балльная оценка выраженности отдельных депрессивных симптомов, суммарные оценки по шкалам HDRS, HARS, TAS-20-R и показатели ряда подшкал (ТИЧ, ТОЧ, ВОМ, пункты HARS – 1, 2, 4–6, 13, HDRS – 1, 7, 11) имели распределение, близкое к нормальному, для изучения их взаимосвязей использовали параметрические методы статистического анализа – корреляции Пирсона ( $r$ ) и линейную регрессию. С помощью непараметрического метода – корреляционный анализ Спирмана ( $R$ ) анализировали не имеющие нормального распределения оценки отдельных депрессивных симптомов и ряд показателей HDRS и HARS (пункты HARS – 3, 7–12, 14, HDRS – 2–6, 8–10, 12–17). Несколько изучаемых социо-демографических и клинических переменных были представлены номинальной двух-уровневой шкалой (например, пол, наличие или отсутствие работы, наследственной отягощенности по той или иной нозологии и т.д.), для анализа влияния подобных факторов на количественный отклик (показатели TAS-20-R, ТИЧ, ТОЧ, ВОМ) анализировали нормальность распределения количественной переменной внутри номинального фактора и в дальнейшем пользовались соответствующими методами статистического анализа ( $t$ -критерий Стьюдента, либо  $U$ -критерий Манна-Уитни). Для того, чтобы выяснить, зависит ли уровень алекситимии от диагноза (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное и биполярное расстройство) либо от ведущего аффекта (тоскливый, тревожный, тоскливо-тревожный, тоскливо-апатический) решали задачу о влиянии номинального многоуровневого фактора на

количественный отклик. Так как данные (показатели ТИЧ, ТОЧ, ВОМ) внутри изучаемых групп были распределены ненормально, применялся ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса для независимых выборок. Основной анализ, направленный на выявление вклада тревожного и депрессивного аффекта в формирование проявлений алекситимии, проводили с использованием множественной пошаговой линейной регрессии. Данные обрабатывали с помощью программы Statistica 6.0.

### Результаты исследования

Средний уровень алекситимии по TAS-20-R по всей выборке больных с клинически очерченной депрессией составил  $58,71 \pm 9,68$ , средние оценки по подшкале ТИЧ –  $21,78 \pm 5,32$ , ТОЧ –  $15,14 \pm 3,81$ , ВОМ –  $21,79 \pm 3,45$ . Доля лиц с высокой алекситимией составила 38%, повышенной – 31%, низкой – 31%.

Больные, у которых родственники первой и второй линии родства страдали шизофренией ( $n=6$ ), отличались от пациентов без наследственной отягощенности по данной форме патологии ( $n=94$ ) более выраженными затруднениями в описании чувств – более высокими оценками по подшкале ТОЧ ( $U=17,0$  –  $p=0,033$ ); пациенты, у ближайших родственников которых имелось тревожное, уклоняющееся, избегающее расстройство личности (по МКБ-10) ( $n=19$ ), отличались от лиц без подобной наследственности ( $n=81$ ) более низкими показателями ТОЧ ( $U=96,5$  –  $p=0,044$ ). Зависимости выраженности алекситимии от наличия другой наследственной отягощенности не выявлено.

Больные с наличием коморбидного депрессии пограничного расстройства личности ( $n=17$ ) отличались от пациентов без подобной патологии ( $n=83$ ) более высокими суммарным баллом по TAS-20-R и баллом по подшкале ТИЧ ( $U=81,0$  –  $p=0,034$  и  $U=63,0$  –  $p=0,008$  соответственно). Наоборот, более низкие оценки по ТИЧ определялись у лиц с акцентуацией характера в виде повышенной чувствительности и ранимости ( $n=21$ ), ( $U=96,5$  –  $p=0,021$ ). Зависимости алекситимии от факта наличия иных акцентуаций характера либо расстройств личности не обнаружено.

Уровень алекситимии не зависел от диагноза, в рамках которого было диагностировано депрессивное расстройство. Суммарный балл TAS-20-R у больных с депрессивными нарушениями в структуре депрессивного эпизода (ДЭ), рекуррентного депрессивного (РДР) и биполярного аффективного расстройства (БАР) по Критерию Краскела-Уоллиса существенно не отличался, как в целом по выборке ( $p=0,461$ ), так и в каждой паре изучаемых расстройств (ДЭ/БАР –  $p=0,468$ ; ДЭ/РДР –  $p=0,221$ ; РДР/БАР –  $p=0,891$ ). Значимых различий по отдельным подшкалам TAS-20-R также не выявлено: ТИЧ в целом по выборке –  $p=0,161$  (по парам ДЭ/БАР –  $p=0,078$ ; ДЭ/РДР –  $p=0,215$ ; РДР/БАР –  $p=0,44$ ), ТОЧ –  $p=0,328$  (ДЭ/БАР –  $p=0,549$ ;

ДЭ/РДР –  $p=0,139$ ; РДР/БАР –  $p=0,491$ ), ВОМ –  $p=0,524$  (ДЭ/БАР –  $p=0,249$ ; ДЭ/РДР –  $p=0,724$ ; РДР/БАР –  $p=0,465$ ). Кроме того, суммарный балл TAS-20 и оценки по отдельным подшкалам были не связаны с фактом наличия смешанного депрессивного эпизода (согласно спецификатору DSM-5: «со смешанными признаками») ( $n=23$ ) и быстрой сменой фаз при БАР ( $n=6$ ). Были выявлены значимые отрицательные корреляции суммарных оценок по TAS-20 и подшкалам ТИЧ и ТОЧ с возрастом начала заболевания ( $r=-0,243 - p=0,02$ ,  $r=-0,215 - p=0,041$  и  $R=-0,287 - p=0,006$  соответственно), то есть высокий уровень алекситимии был связан с более ранним началом заболевания. Средняя продолжительность приступа положительно коррелировала с показателями подшкалы ТИЧ ( $R=0,242 - p=0,021$ ), то есть чем более выраженные затруднения в идентификации чувств испытывал больной, тем больше была продолжительность депрессивного эпизода. Взаимосвязей алекситимии с общей длительностью заболевания и числом предыдущих приступов не выявлено. Результаты корреляционного анализа суммарного балла TAS-20 и показателей подшкал ТИЧ, ТОЧ и ВОМ с данными клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, были найдены значимые корреляции между суммарным баллом TAS и

отдельным подшкалами с выраженностью тревожного настроения, инсомнии, интеллектуальных нарушений, депрессивного настроения, респираторных, вегетативных и поведенческих нарушений по HARS, а также депрессивного настроения, чувства вины, суицидальных намерений, пре- и постсомнии, снижения работоспособности и активности, психической и соматической тревоги, желудочно-кишечных и ипохондрических нарушений по HDRS. Связи алекситимии с оценками по пунктам HARS, оценивающим напряжение, страхи, соматические, мышечные, сенсорные, сердечно-сосудистые, гастроинтестинальные, мочеполовые симптомы, а также по пунктам HDRS оценивающим, интрасомнию, заторможенность, агитацию, общесоматические и генитальные симптомы, потерю в весе и критичность отношения к болезни, не выявлено.

Для оценки влияния тяжести депрессии на алекситимию провели серию анализов методом множественной линейной регрессии, в которых зависимыми переменными были нормально распределенные показатели алекситимии (суммарный балл по TAS-20, баллы ТИЧ, ТОЧ и ВОМ), а независимой – суммарный балл по 17 пунктам шкалы HDRS. Поскольку демографические факторы, как показывает ряд литературных данных [9, 22, 23, 26, 35], могут влиять на выраженность алекситимии, в

Таблица 1

**Результаты корреляционного анализа между показателями алекситимии и данными клинических шкал тревоги и депрессии Гамильтона**

	TAS-20-R	ТИЧ	ТОЧ	ВОМ
HARS 1	$r=0,214$ $p=0,042$	$r=0,242$ $p=0,021$	NS	NS
HARS 4	$r=0,396$ $p=0,000$	$r=0,364$ $p=0,000$	$r=0,369$ $p=0,000$	NS
HARS 5	$r=0,352$ $p=0,001$	$r=0,313$ $p=0,003$	$r=0,27$ $p=0,01$	$r=0,207$ $p=0,049$
HARS 6	$r=0,398$ $p=0,000$	$r=0,332$ $p=0,001$	$r=0,369$ $p=0,000$	NS
HARS 10	$R=0,313$ $p=0,003$	$R=0,311$ $p=0,003$	NS	$R=0,246$ $p=0,019$
HARS 13	$r=0,214$ $p=0,041$	$r=0,241$ $p=0,021$	NS	NS
HARS 14	NS	$R=0,255$ $p=0,015$	NS	NS
HARS	$r=0,384$ $p=0,000$	$r=0,41$ $p=0,000$	NS	$r=0,225$ $p=0,032$
HDRS 1	$r=0,362$ $p=0,000$	$r=0,217$ $p=0,039$	$r=0,345$ $p=0,001$	$r=0,3$ $p=0,004$
HDRS 2	$R=0,336$ $p=0,001$	$R=0,206$ $p=0,049$	$R=0,326$ $p=0,002$	$R=0,255$ $p=0,015$
HDRS 3	$R=0,377$ $p=0,000$	$R=0,267$ $p=0,01$	$R=0,357$ $p=0,001$	$R=0,232$ $p=0,027$
HDRS 4	$R=0,233$ $p=0,026$	NS	$R=0,216$ $p=0,04$	$R=0,212$ $p=0,044$
HDRS 6	NS	$R=0,249$ $p=0,017$	NS	NS
HDRS 7	$r=0,314$ $p=0,002$	NS	$r=0,335$ $p=0,001$	NS
HDRS 10	$R=0,212$ $p=0,044$	NS	NS	NS
HDRS 11	NS	$r=0,268$ $p=0,01$	NS	NS
HDRS 12	$R=0,212$ $p=0,044$	NS	NS	NS
HDRS 15	$R=0,217$ $p=0,039$	$R=0,304$ $p=0,003$	NS	NS
HDRS	$r=0,367$ $p=0,000$	$r=0,309$ $p=0,003$	$r=0,327$ $p=0,002$	$r=0,218$ $p=0,038$

Примечания:  $r$  – коэффициент корреляции Пирсона;  $R$  – корреляция Спирмена; NS – значимых корреляций не обнаружено. Пункты клинических шкал HARS и HDRS по которым значимых корреляций с TAS-20-R и подшкалам ТИЧ, ТОЧ, ВОМ не обнаружено и в данной таблице не указаны.

качестве ковариант вводили пол и возраст. В результате было обнаружено, что при учете вышеуказанных социально-демографических переменных выраженность депрессии является значимым предиктором как алекситимии, так и отдельных ее проявлений (трудность идентификации чувств, трудность описания чувств и внешне-ориентированный тип мышления), объясняя 14, 10, 9 и 5 % общей дисперсии каждого из этих признаков соответственно. Однако, тяжесть депрессии переставала являться значимым предиктором при учете уровня образования. Картина повторилась в серии регрессионных анализов, в которых в качестве независимой переменной использовали выраженность безнадежности, оцениваемую по первому пункту шкалы HDRS, безнадежность являлась значимым предиктором алекситимии, в том числе ТИЧ и ТОЧ при учете факторов пола и возраста, с вкладом 13–16% в общую дисперсию, но переставала быть таковой при введении в уравнение регрессии в качестве коварианты образования. Однако, образовательный уровень не влиял на связь безнадежности с бедностью фантазий, чрезмерной привязанностью к реальности и утилитарным содержанием мышления испытуемых, безнадежность оставалась связанной с внешне-ориентированным типом мышления, объясняя 17% общей дисперсии шкалы WOM.

Регрессионный анализ, включающий вместо тяжести депрессии и безнадежности выраженность тревоги (суммарный балл по HARS), обнаружил значимую связь между тревогой и алекситимией вне зависимости от влияния образования, пола и возраста, вклад тревожных нарушений в дисперсию признака составил 15–23%. Тревога влияла на оценки по ТИЧ, ТОЧ и WOM при учете возраста, объясняя от 21, 8 и 6% дисперсии каждого из изучаемых признаков; при учете фактора пола тревога оставалась значимым предиктором для ТИЧ и WOM, вклад – 17 и 6%; фактора образования – для ТИЧ, вклад – 21%. Мы повторили анализ, кроме пола, возраста и образования дополнительно вводя в уравнение в качестве ковариант тяжесть депрессии и выраженность безнадежности, однако и в этом случае тревожный аффект оставался значимым предиктором алекситимии.

Дополнительная к клиническим шкалам балльная оценка (от 0 до 5) отдельных психопатологических симптомов позволила выявить положительные корреляции TAS-20 и ТИЧ с выраженностью беспокойства ( $r=0,25 - p=0,017$ ;  $r=0,266 - p=0,011$  соответственно) и пресомнии ( $R=0,248 - p=0,018$ ;  $R=0,237 - p=0,024$ ), балл ТИЧ был связан с раздражительностью ( $R=0,258 - p=0,013$ ). Значимых взаимосвязей алекситимии с симптомами входящими в спецификатор DSM-5 «со смешанными признаками» (повышенное настроение, завышенная самооценка, снижение потребности во сне, полет идей, увеличение энергии или целенаправленной деятельности, участие в рискованных мероприятиях) не выявлено,

исключение составил количественный признак, характеризующий речевой напор, отрицательно коррелировавший с WOM ( $R=-0,293 - p=0,005$ ). Кроме того, уровень алекситимии не зависел от выраженности отвлекаемости, психомоторного возбуждения, нерешительности, гневливости, слезливости, внутреннего напряжения, депрессивных руминаций и импульсивности. Больные с витализацией депрессивного аффекта (душевной болью) ( $n=91$ ) отличались от пациентов без подобных нарушений ( $n=9$ ) более высоким суммарным баллом по TAS-20 и более высокими оценками по ТОЧ ( $U=703,5 - p=0,009$  и  $U=738,0 - p=0,019$  соответственно). Больные с наличием в структуре депрессивного симптомокомплекса аутопсихической деперсонализации ( $n=13$ ) отличались от больных без подобного симптома ( $n=87$ ) более высокими показателями ТИЧ ( $U=128,0 - p=0,042$ ), аллопсихической деперсонализации ( $n=6$ ) – более высокими показателями TAS-20 и подшкалы ТИЧ ( $U=28,5 - p=0,021$  и  $U=10,5 - p=0,007$  соответственно), ипохондрии ( $n=46$ ) – более высокими показателями ТИЧ ( $U=547,5 - p=0,049$ ), навязчивых представлений ( $n=35$ ) – более высокими суммарным баллом TAS и баллом по ТОЧ ( $U=389,0 - p=0,015$  и  $U=403,0 - p=0,021$ ). Значимых отличий уровня алекситимии от наличия суточной динамики выраженности депрессивного аффекта, развернутого вегетативного комплекса Протопопова-Осипова (сухость слизистых, запоры, сердцебиения, мидриаз, дисменорея), навязчивых опасений, сомнений, страхов, влечений, дисморфофобических нарушений не выявлено. Выраженность алекситимии не зависела от наличия или отсутствия дисгармонии (преобладания факультативной симптоматики над облигатной) или диссоциации депрессивного симптомокомплекса (сочетаний тоски и психомоторного возбуждения, тревоги и заторможенности, наличия сонливости, повышенного аппетита, прибавки массы тела). Больные с наличием полиморфно-факультативной симптоматики (2 и более факультативных симптомов) ( $n=52$ ) отличались от больных без подобных нарушений ( $n=48$ ) более высокими показателями ТИЧ ( $U=569,0 - p=0,023$ ).

По критерию Краскела-Уоллиса алекситимия не зависела от ведущего аффекта (тоскливый, тревожный, тоскливо-тревожный, тоскливо-апатический) как в целом по выборке ( $p=0,128$ ), так и в каждой паре (тоскливо-тревожный/тревожный –  $p=0,09$ ; тоскливо-тревожный/тревожный –  $p=0,527$ ; тоскливо-тревожный/тоскливо-апатический –  $p=0,566$ ; тревожный/тоскливо-тревожный –  $p=0,09$ ; тревожный/тоскливый –  $p=0,408$ ; тревожный/тоскливо-апатический –  $p=0,278$ ; тоскливый/тоскливо-тревожный –  $p=0,527$ ; тоскливый/тревожный –  $p=0,408$ ; тоскливый/тоскливо-апатический –  $p=0,977$ ; тоскливо-апатический/тоскливо-тревожный –  $p=0,566$ ; тоскливо-апатический/тревожный –  $p=0,278$ ; тоскливо-апатиче-

ский/тоскливый –  $p=0,977$ ). Значимых различий по отдельным подшкалам TAS-20-R также не выявлено: ТИЧ ( $p=0,175$ ), ТОЧ ( $p=0,213$ ), ВОМ ( $p=0,748$ ).

### Выводы и обсуждение

Проведенное исследование подтвердило высокую распространенность алекситимических черт среди пациентов с клинически очерченной депрессией. Доля лиц с высокой алекситимией составила 38%, против 4,1–10% в популяционных исследованиях [9, 22, 28].

Найденные взаимосвязи высокого уровня алекситимии с наличием шизофренической патологии у родственников первой и второй линии родства могут отражать, как наследственную природу алекситимии, имеющей с шизофренией общие генетические корни, так и быть следствием дисфункциональных средовых влияний. Весомый генетический вклад в происхождение алекситимии (вне контекста шизофрении) отмечен в близнецовых исследованиях А. Heiberg и А. Heiberg [17, 18]. В последующем, Е.М. Valera и Н. Berenbaum [44] показали, что генетические факторы детерминируют преимущественно оперантное мышление (т.е. соотносятся с показателями шкалы ВОМ), в то время как средовые факторы объясняют дисперсию таких переменных, как трудности идентификации и описания чувств (шкалы ТИЧ и ТОЧ). Отметим, что в нашем исследовании наличие шизофрении у родственников было ассоциировано с показателями подшкалы ТОЧ, то есть в контексте вышесказанного имеет скорее отношение к патопластическому влиянию микроокружения, чем к наследственной природе алекситимии. Варианты дисфункционального влияния микроокружения могут быть весьма разнообразны и широко обсуждены в психоаналитической литературе. По мнению представителей психодинамического направления несформированность или стойкое выпадение определенных аспектов эмоционального реагирования могут быть связаны с психотравматизацией [4, 7] и/или с нарушением взаимодействия мать–дитя [11, 12, 27, 31] в раннем довербальном периоде. Очевидно, что шизофреническая патология представляет благодатную почву для ранней психотравматизации и серьезно мешает родителю тонко настраиваться на реакции ребенка. Кроме того, такие проявления дефицитной симптоматики, как эмоциональное обеднение и огрубление у значимого лица не позволяют ребенку самому «научиться» выражать тонкие дифференцированные эмоции. Последнее согласуется с другой нашей находкой, оказалось, что пациенты, ближайшим родственникам которых была свойственна избыточная эмоциональная экспрессия, отличались более низкими показателями шкалы ТОЧ. Таким образом, можно согласиться с утверждением Е.Ю. Брель и И.Я. Стояновой [1], что алекситимия в ряде случаев может соответствовать теории социально-психологического формирования.

Изучение у пациентов с депрессией преморбидных личностных черт выявило взаимосвязь алекситимии с пограничным расстройством личности. Феноменологически у этих явлений много общего: снижение способности к эмпатии, коммуникативные затруднения, переживаемые и теми и другими «аффективные бури» [33]. Различия между этими двумя конструктами по мнению J. McDougall [31], могут находиться в сфере межличностных взаимоотношений, так у лиц с пограничными чертами любовный объект подвергается постоянным нападкам и дискредитируется, у лиц же с высокой алекситимией наиболее близкий человек имеет повышенную ценность, хотя любовные объекты легко взаимозаменяемы и привязанность к ним носит чисто утилитарный характер. В противовес пограничному расстройству, пациенты, преморбидный профиль которых характеризовался повышенной эмоциональностью с чертами сенситивности, ранимости, отличались низкими показателями алекситимии; видимо эмоциональная включенность, частое эмоциональное отреагирование и тенденция использовать поддержку в межличностных отношениях позитивно влияют на способность осознавать и дифференцировать аффект.

Проведенное исследование не выявило зависимости алекситимии от диагноза, в рамках которого было диагностировано депрессивное расстройство, что перекликается с мнением ряда исследователей о том, что проявления алекситимии связаны не с частными диагнозами, а с более высокими уровнями тяжести заболевания [1], важно отметить, что в данной работе связь алекситимии с тяжестью депрессии также обнаружена.

Полученные данные об ассоциации трудностей идентификации чувств (ТИЧ) с продолжительностью приступа у стационарных больных с депрессиями согласуются с результатами исследования Т.В. Karasu [25] в котором на выборке пациентов с бронхиальной астмой было показано, что выраженность алекситимии может быть пропорциональна длительности госпитализации.

Проведенное исследование выявило, что степень выраженности отдельных алекситимических черт по-разному связана с различными проявлениями депрессивного симптомокомплекса. Результаты регрессионного анализа с учетом доли дисперсии проявлений алекситимии, объясняемой показателями HDRS и HARS, позволяют говорить, что тяжесть депрессии и аффект безнадежности (с учетом влияний пола и возраста) являются значимыми предикторами алекситимии и отдельных ее проявлений (трудность идентификации и описания чувств, внешне-ориентированный тип мышления). Однако, тяжесть депрессии и безнадежность перестают являться значимыми предикторами при учете уровня образования. Вне зависимости от образования, пола и возраста уровень алекситимии был связан с тревогой. Тревожный аффект являлся значимым предиктором алекситимии

при учете влияний, как социодемографических переменных, так и переменных, связанных с тяжестью депрессии и выраженностью аффекта безнадежности. Таким образом, проведенное исследование выявило диссоциацию выраженности алекситимических черт под влиянием тяжести депрессии, аффекта безнадежности и тревоги. Кроме того, разная чувствительность алекситимических доменов к конкретным проявлениям депрессивного симптомокомплекса позволяет говорить о различном генетическом вкладе в формирование последних (ассоциация WOM с генетическими факторами, а шкал чувств с влияниями среды была изложена выше в свете исследований Е.М. Valera и Н. Berenbaum [44]). Напротив, алекситимические нарушения, характеризующиеся высокими показателями только по подшкалам чувств, могут быть обусловлены теми депрессивными нарушениями, с которыми коррелируют, и могут носить транзиторный характер [19].

Имеющиеся к настоящему времени данные о специфичности связи конкретных депрессивных симптомов с алекситимией достаточно скудны. Так, изучая данный вопрос в контексте вторичной алекситимии М. S. Hendryx и соавт. [19] отметили, что алекситимия скорее является реакцией не на депрессию, а на генерализованную тревогу или переживаемый субъектом стресс. В. В. Калинин [3] в своих исследованиях проследил количественную связь между алекситимией и паническим расстройством, а также ответом на лечение. Единичные работы указывают на возможные корреляции с факультативной коморбидной депрессии симптоматикой, так Н. Krystal и J. Krystal [27] отметили связь алекситимии с обсессивно-компульсивными нарушениями. Отметим, что подобные корреляции с навязчивыми представлениями были выявлены и в данной работе. Результаты данного исследования о связи алекситимических черт с суицидальными намерениями согласуются с выводами J. Hintikka и соавт. [20], предпринявшими 12-месячное популяционное исследование алекситимии. По мнению авторов оказалось, что алекситимия ассоциируется с наличием суицидальных мыслей даже после поправки на пол, возраст, некоторые социально-экономические факторы и наличие депрессии, в том случае, если депрессия и алекситимия сочетаются, суицидальный риск резко возрастает.

В настоящее время существует два взгляда на феномен алекситимии и вызывающие его причины. Согласно первому алекситимия является врожденной или приобретенной в раннем возрасте стабильной характеристикой, в основе которой стойкое выпадение определенных аспектов эмоционального функционирования. Этой теории придерживаются как основоположник концепции P. Sifneos [40], так и ряд авторитетных зарубежных и отечественных исследователей [3, 24, 30, 32, 35]. Согласно этой концепции алекситимия понимается как дефицит в когнитивно-аффективной сфере и может рассма-

триваться как уязвимость к психосоматической, аддиктивной, аффективной и т.д. патологии. Вторым подходом предполагается, что алекситимия может иметь вторичный характер и рассматриваться как транзиторное регрессивное состояние, своеобразная защита от сильного аффекта, что подразумевает определенную флюктуацию выраженности нарушений в зависимости от тяжести заболевания, вплоть до редукции алекситимических проявлений по мере выхода из депрессивного состояния, показанную в ряде лонгитудинальных исследований [15, 16, 19, 27, 45]. Данная работа не отвечает на вопрос о первичности тех или иных нарушений, поскольку ни регрессионный, ни корреляционный анализ не позволяют говорить о направлении влияний между переменными, они также не позволяют исключить влияния на обе группы переменных некой третьей причины. В случае депрессии и алекситимии таким латентным фактором может быть нарушение в работе общих нейрональных сетей, обслуживающих комплекс аффективных, когнитивных и поведенческих нарушений, лежащих в основе депрессии и алекситимии. Не вдаваясь в идущие вот уже несколько десятилетий споры исследователей о природе феномена отметим, что наличие алекситимии было ассоциировано с большей тяжестью течения аффективной патологии, об этом говорят выявленные в ходе данного исследования корреляты алекситимии с более ранним началом заболевания, продолжительностью и тяжестью приступа, алекситимия была связана с целым комплексом аффективных, когнитивных, поведенческих и соматических проявлений депрессивного симптомокомплекса, выраженностью суицидальных намерений и ряда факультативных симптомов (ауто- и аллопсихической деперсонализации, ипохондрии, навязчивых представлений), наличием полиморфно-факультативных нарушений, сюда же следует отнести литературные данные о плохой чувствительности алекситимичных субъектов к психотерапии [2, 30] и фармакотерапии [3].

Проведенное исследование имеет ряд ограничений. Первое вытекает из самой природы изучаемого явления. Субъектов с алекситимией характеризуют серьезные затруднения в идентификации и описании чувств [2]. Данный факт мог повлиять на оценку клинической симптоматики врачом, не лишенным в свою очередь субъективности. Второе связано с методологией оценки алекситимических нарушений – шкалы самооценки алекситимии, подобные TAS, парадоксальным образом требуют от испытуемого как раз тех способностей в идентификации и описании чувств, дефицит которых призваны измерять [2]. Они не лишены социальной желательности. Наконец, существуют некоторые сомнения по поводу правомерности использования самоотчетов при тревожно-депрессивных расстройствах, так как эти заболевания могут исказить представления испытуемого о самом себе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии наркологии. 2017. Т. 97, № 4. С. 74–81.
2. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии (обзор зарубежных исследований) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 1. С. 128–145.
3. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, № 4. С. 96–103.
4. Калшед Д. Внутренний мир травмы // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 1. С. 68–102.
5. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. 2009. Т. 94, № 8. С. 85–92.
6. Старостина Е.Г. и соавт. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 31–38.
7. Фольц-Боерс У. Теперь я снова человек... // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 4. С. 124–147.
8. Bagby R.N., Taylor G.J., Parker J.D.A. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity // J. Psychosom. Res. 1994. Vol. 38. P. 33–40.
9. Blanchard E.B., Arena J.C., Pallmeyer T.P. Psychosomatic properties of a scale to measure alexithymia // Psychother. Psychosom. 1981. Vol. 35. P. 64–71.
10. Blumer D., Heilbronn M. Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder // Nerv. Ment. Dis. 1982. Vol. 170. P. 381–406.
11. Edgumbe R. Toward a developmental line for the acquisition of language. The psychoanalytic Study of the Child. New Haven, CT: Yale University Press, 1981.
12. Greenspan S. Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood. New York: International University Press, 1981.
13. Hamilton M. A rating scale for depression // Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1960. Vol. 23. P. 56–62.
14. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating // Br. J. Med. Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50–55.
15. Haviland M.G., MacMurray J.P., Cummings M.A. The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatients // Psychother. Psychosom. 1988. Vol. 49. P. 37–40.
16. Haviland M.G., Shaw D.G., Cummings M.A. Alexithymia: Subscales and relationship to depression // Psychother. Psychosom. 1988. Vol. 50. P. 164–170.
17. Heiberg A.N., Heiberg A. A possible genetic contribution to the alexithymia trait // Psychother. Psychosom. 1978. Vol. 30. P. 205–210.
18. Heiberg A.N., Heiberg A. Alexithymia – an inherited trait? // Psychother. Psychosom. 1977. Vol. 28. P. 236–241.
19. Hendryx M.S., Haviland M.G., Shaw D.G. Dimensions of Alexithymia and their relationships to anxiety and depression // J. Person. Assessment. 1991. Vol. 52. P. 227–237.
20. Hintikka J., Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Antikainen R., Tanskanen A., Haatainen K., Viinamäki H. Alexithymia and suicidal ideation: A 12-month follow-up study in a general population // Comprehensive Psychiatry. 2004. Vol. 45. P. 340–345.
21. Honkalampi K., Hintikka J., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population // J. Psychosom. Res. 2000. Vol. 48. P. 99–104.
22. Honkalampi K., Koivumaa-Honkanen H., Tanskanen A., Hintikka J., Lehtonen J., Viinamäki H. Why do alexithymic features appear to be stable // Psychother. Psychosom. 2001. Vol. 70. P. 247–253.
23. Joukama M., Sohlman B., Lehtinen V. Alexithymia in primary health care patients // J. Psychosom. Res. 1995. Vol. 39. P. 833–842.
24. Kalinin V.V. et al. Alexithymia: Relationships with Neurobiological and Immune Variables in Patients with Epilepsy // Curr. Develop. Alexithymia Cognitive Affect. Deficit. Nova Science Publishers; 2018, Chapter 6. P. 121–131.
25. Karasu T.B. Psychotherapy of the medically ill // Am. J. Psychiatry. 1979. Vol. 136. P. 1–11.
26. Kauhane J., Kaplan G.A., Julkunen J., Wilson T.W., Salonen J.T. Social factors in alexithymia // Compr. Psychiatry. 1993. Vol. 34. P. 330–335.
27. Krystal H., Krystal J. Integration and self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988.
28. Lindholm T., Lehtinen V., Hyppä M.T., Pukka P. Alexithymia features in relation to dexamethasone suppression test in a Finnish population sample // Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147. P. 1216–1219.
29. Luminet O., Bagby M., Taylor G. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression // Psychother. Psychosom. 2001. Vol. 70. P. 254–260.
30. Mc Dougal J. Alexithymia – a psychoanalytic viewpoint // Psychother. Psychosom. 1982. Vol. 38. P. 81–90.
31. Mc Dougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process // Int. Rev. Psychoanal. 1974. Vol. 1. P. 437–459.
32. Nemiah J.C. Denial Revisited: Reflections on Psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. 1975. Vol. 26. P. 140–148.
33. Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. Alexithymia: a view of psychosomatic process // Modern Trends in Psychosomatic Medicine / O.W. Hill (Ed.). London: Butterworths, 1976. P. 430–440.
34. Nemiah J.C., Sifneos P.E. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. Modern Trends in Psychosomatic Medicine / O.W.Hill (Ed.). London: Butterworth, 1970.
35. Pasini A., Chiaie R.D., Ciani N. Alexithymia as related to sex, age and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects // Compr. Psychiatry. 1992. Vol. 33. P. 42–46.
36. Rubino A., Grasso S., Sonnino A., Pezzarossa A. Is alexithymia a non-neurotic personality dimension? // Br. J. Med. Psychol. 1991. Vol. 64. P. 385–391.
37. Schmidt J., Jiwany A., Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders // Compr. Psychiatry. 1993. Vol. 34. P. 54–58.
38. Shipko A. Alexithymia and somatization // Psychother. Psychosom. 1982. Vol. 37. P. 193–201.
39. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients // Psychother. Psychosom. 1973. Vol. 22. P. 255–262.
40. Sifneos P.E. Alexithymia: Past and Present // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 153. P. 137–142.
41. Taylor G.J. The Alexithymia construct: conceptualization, validation and relationship with basic dimensions of personality // New Trends Exp. Clin. Psychiatry. 1994. Vol. 10. P. 61–74.
42. Taylor G.J., Parker I.D., Bagby R.M. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence // Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147. P. 1228–1230.
43. Taylor G.J., Ryan D.D., Bagby R.N. Toward the development of a new self-report alexithymia scale // Psychother. Psychosom. 1985. Vol. 44. P. 191–199.
44. Valera E.M., Berenbaum H. A twin study of alexithymia // Psychother. Psychosom. 2001. Vol. 70. P. 239–246.
45. Wise T.N., Niranjan N.J., Pihl P.O. Alexithymia in males at high risk for alcoholism // Psychother. Psychosom. 1987. Vol. 47. P. 81–87.

### СВЯЗЬ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕПРЕССИВНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ АЛЕКСИТИМИИ И ОТДЕЛЬНЫХ АЛЕКСИТИМИЧЕСКИХ ЧЕРТ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕНОМОРФНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

И.А. Лапин, Т.А. Рогачева

Проведенное исследование подтвердило высокую распространённость алекситимических черт среди пациентов с клинически очерченной депрессией. Наличие алекситимии было ассоциировано с более выраженной тяжестью течения аффективной патологии (более ранним началом заболевания, большей продолжительностью и тяжестью приступа). Выявлена связь алекситимии и отдельных ее проявлений с целым комплексом аффективных, когнитивных, поведенческих и соматических проявлений депрессивного симптомокомплекса, выраженностью суицидальных намерений и ряда факультативных симптомов (ауто- и аллопсихической деперсонализации, ипохондрии, навязчивых представлений). Тяжесть депрессии и конкретные проявления депрессивного симптомокомплекса

по-разному соотносились с суммарным баллом и факторной структурой TAS-20, отражающей основные компоненты алекситимии. Регрессионный анализ показал, что тяжесть депрессии и аффект безнадежности являются значимыми предикторами алекситимии (вне зависимости влияний пола и возраста), но перестают являться таковыми при учете уровня образования. Вне зависимости от образования, пола и возраста алекситимия была связана с тревогой. Более того, тревожный аффект оставался значимым предиктором алекситимии при учете влияний, как социодемографических, так клинических переменных, связанных с тяжестью депрессии и выраженностью аффекта безнадежности.

**Ключевые слова:** алекситимия, TAS-20, депрессия, личность.

## CORRELATIONS BETWEEN INDIVIDUAL CLINICAL MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE SYMPTOM COMPLEX AND SEVERITY OF ALEXITHYMIA AND INDIVIDUAL ALEXITHYMIC FEATURES IN PATIENTS WITH MODERATE ENDOGENOMORPHIC DEPRESSION

I.A. Lapin, T.A. Rogachyova

This research confirms high prevalence of alexithymic features in patients with clinical depression. Alexithymia shows association with more severe course of affective disorders (earlier onset, longer duration and more severe episodes). The authors report links between alexithymia and individual alexithymic features, and a number of affective, cognitive, behavioural and physical manifestations of depressive symptom complex, severity of suicidal intention and several additional symptoms (like auto- and allopsychic depersonalization, hypochondria, obsessive beliefs). Severity of depression and specific manifestations of depressive symptom complex relate in different ways to the TAS-20 total score and its factor

structure that reflects the key components of alexithymia. Regression analysis suggests that severity of depression and the hopelessness affect happen to be significant predictors of alexithymia (independent from gender and age), but stop being them when the education parameter is taken into account. Alexithymia was associated with anxiety, and this association did not depend on education, gender and age parameters. Moreover, the anxious affect remained a significant predictor of alexithymia when socio-demographic and also clinical (like severity of depression and intensity of the hopelessness affect) variables were taken into account.

**Key words:** alexithymia, TAS-20, depression, personality

---

**Лاپин Игорь Александрович** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории патологии мозга ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, заведующий отделением инструментальной диагностики Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: igor\_lapin@mail.ru

**Рогачева Татьяна Анатольевна** – доктор медицинских наук, заведующая отделением экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: 32316@mail.ru