

## ПРЕДИКТОРЫ ВТОРИЧНОЙ АЛЕКСИТИМИИ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИАЛИЗЕ

**Дроженкова Е.В.**

*ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России,  
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования, Кафедра  
клинической психологии*

В данной статье представлен комплекс психодиагностических методик эмпирического изучения предикторов вторичной алекситимии; дано описание участников исследования – пациентов, находящихся на диализе. С помощью клинико-психологического интервью и методом наблюдения получены данные о психологическом состоянии пациентов, находящихся на диализе. Проведена обработка полученных данных с помощью методов математической статистики. Основным результатом работы является обоснование положения о том, что вторичная алекситимия возникает как следствие неизлечимого хронического тяжелого заболевания, рассматривается в качестве защитного механизма в травмирующей ситуации, угрожающей жизни пациента. Развитие вторичной алекситимии обусловлено набором личностных черт и характеристик, таких как легкая степень депрессии, анозогностический тип, дефицит развития эмоций негативного спектра.

**Ключевые слова:** алекситимия, депрессия, анозогностический, тревога, травмирующая ситуация, эмоции.

## Predictors of secondary alexithymia on undergoing dialysis patients

**Drozhenkova E. V.**

*Federal State Educational institution of higher education  
«Ural State Medical University»  
Ministry of Health of the Russian Federation,  
Faculty of Psychology and Social Work and Higher Nursing Education Department of Clinical  
Psychology*

In the theoretical part of the report discussed the origin of the concept of alexithymia, which were offered by domestic and foreign researchers, the main types of alexithymia (primary and secondary), symptoms and features of display in different nosology. It was a review of clinical presentations of chronic renal failure, symptoms, syndromes and stages of the disease. According to the literature the features were describes of psychosomatic patients on hemodialysis. In the research part of the report provides a set of psycho-diagnostic methods of the empirical study of predictors of secondary alexithymia; a description of the study participants - patients who are on dialysis. With the help of the clinical and psychological interview and observation method to obtain data on the psychological state of patients who are on dialysis. Data processing is spending with methods of mathematical statistics. The main result of the study is the situation that the secondary alexithymia arises as a consequence of chronic incurable severe disease is seen as a protective mechanism in traumatic situations threatening the patient's life. The development of secondary alexithymia is caused by a set of personality traits and characteristics such as mild depression, anosognostic type of deficiency of the negative spectrum of emotions.

**Keywords:** alexithymia, depression, anosognostic, anxiety, traumatic situation, emotions.

## **Введение**

Проблема психосоматического здоровья в настоящий момент является объектом многочисленных исследований, и занимает, значительную часть среди факторов развития современных болезней. Исследование личностных особенностей хронических больных, занимает приоритетное место в клинической психологии. Достоверно известно, что лица с тяжелыми неизлечимыми заболеваниями подвергаются трансформации личности. Данная трансформация затрагивает в первую очередь ценностно-смысловую и эмоциональную сферы. Особенно ярко это наблюдается при заболеваниях, которые сопровождаются угрозой смерти, к числу которых относят хроническую почечную недостаточность (ХПН). Достижения современной нефрологии, развитие технического совершенствования гемодиализа (ГД) придают особую актуальность психологическим проблемам больных, находящихся на лечении гемодиализом.

Выделяют три этапа психологической адаптации пациентов, находящихся на диализе во временном аспекте. Для каждого этапа характерен набор психотравмирующих факторов, а также ответных реакций на них. Третьему периоду – долговременной адаптации, нахождение на ГД более 12 месяцев, соответствуют пролонгированные ситуации, которые связаны с изменением условий жизни, а именно - семейного положения, сферы деятельности, интересов, а также профессионального статуса. Совместно с расстройствами настроения существуют изменения направленности поведенческой активности и системы жизненных ценностей. Данные изменения проявляют выраженное истощающее воздействие на психику больных, что является следствием длительного психического напряжения. Реакция на напряжение проявляется широким регистром депрессивных и тревожных симптомов, одним из которых является вторичная алекситимия, которая может маскировать, в том числе, и суицидальную настроенность больных.

Вопросами изучения алекситимии занимались многие исследователи как российские так и зарубежные, однако до сих пор, существует множество вопросов по поводу происхождения данного феномена и способах его прогнозирования.

Выделяют три модели, объясняющие феномен алекситимии и ее роль в формировании психосоматических расстройств – биологическая теория, теория травматизации и социокультурная теория. В биологическом подходе врожденная, или первичная алекситимия имеет выявляемый органический субстрат. Этим могут являться последствия гипоксии во время родов или беременности, незначительные пороки развития, которые были перенесены в раннем возрасте [1].

Первичная алекситимия - это стойкая форма алекситимии, которая плохо поддается лечению. Вторичная алекситимия обнаруживается уже в старшем возрасте у людей соматически здоровых. В обоих случаях признаки алекситимии схожи - это бедность и скудность речи; малая представленность в настоящем событий прошлой жизни; недостаточная инициатива и активность в поиске средств; зависимость от взрослого (матери); неустойчивость и недифференцированность самооценки и неадекватность целеполагания; неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего.

Вторичная алекситимия имеет признак наличия депрессивного фона больного. Пациент с вторичной алекситимией подавлен, ограничивает контакты, замыкается в себе и отрицает свои эмоции. В данном случае важное место в возникновении вторичной алекситимии имеет наличие «модели отрицания». Такая модель являет собой активное, нередко тотальное торможение различных эмоций, которые переживает человек. В этом случае алекситимия носит обратимый характер, но сочетается с депрессией [2].

Опираясь на модель травматической соматизации в данном исследовании, можно утверждать, что пациенты с ХПН подвержены возникновению вторичной алекситимии. Пациенты с заболеванием ХПН на стадии терминальной уремии испытывают сильный стресс, в связи со своим диагнозом. Исходя из этого, можно предположить, что влияние психотравмирующего фактора сказывается на возникновении депрессии и ведет к проявлению вторичной алекситимии.

**Цель работы:** выявить предикторы вторичной алекситимии у пациентов находящихся на диализе.

**Материалы и методы:** Наблюдение, Клинико-психологическое интервью, Методика «Шкала депрессии Бека», Торонтская шкала алекситимии, Проективная методика «Рисунок человека» (К. Махвер), Методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).

Достоверность и надёжность полученных данных обеспечивалась методологическим обоснованием исследования, применением комплекса взаимодополняющих методов, адекватных целям и задачам исследования, репрезентативностью выборок, сочетанием количественной оценки и качественного анализа результатов, статистической обработкой результатов при помощи пакета статистических программ «MicrosoftExcel». Для решения задач корреляционного анализа использовалась программа статистической обработки SPSS (критерий Спирмена).

Участники исследования - 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин), в возрасте от 28 до 70 лет, средний возраст пациентов  $50,7 \pm 13$  лет, длительность ХБП –  $15,8 \pm 9,8$  года, продолжительность терапии перитонеальным диализом от 2 до 15 лет -  $25,6 \pm 18,2$  месяца.

### **Результаты и обсуждение**

Наблюдение показало, что лица пациентов постоянно печальные, глаза полны слез. Мимика больных и их жестикация не выразительны, темп речи замедлен, также наблюдалась двигательная и эмоциональная заторможенность.

В клинко-психологическом интервью было выявлена зависимость уровня образования и ценностной ориентацией. Жалобы пациентов скудны, в основном касаются физического состояния, часто отрицают наличие психологических проблем. Окружающий мир таких пациентов не интересует, мысли сосредоточены на болезни и ее мрачных перспективах. У большинства пациентов наблюдается речевая и двигательная заторможенность. В первые дни пребывания на гемодиализе настроение больных характеризуется своеобразной амбивалентностью: с одной стороны, они понимают, что предстоящее лечение связано с более радикальным вмешательством в функционирование их организма, чем проводившееся до сих пор; с другой стороны, их вдохновляет мысль, что наконец-то на смену неэффективным методам лечения придет гораздо более радикальная терапия с возможным благоприятным исходом. У больных формируется общий психологический фон, в структуре которого можно выделить три эмоциональные модальности: подавленность, тревога и надежда.

По результатам методики «Шкала депрессии Бека» выявлено наличие у большинства пациентов легкой депрессии, с фиксацией на когнитивно-аффективной субшкале. Результаты диагностики уровня депрессии у пациентов, находящихся на диализе были подсчитаны и представлены в таблице 1.

Таблица 1  
Результаты по методике «шкала депрессии Бека»

Мужчины (чел.)		Женщины (чел.)	
Абсолютное число	Проценты ( % )	Абсолютное число	Проценты ( % )
Отсутствие депрессивных симптомов			
5	12,5	3	7,5
Легкая депрессия (субдепрессия)			
14	35	12	30
Средняя тяжесть депрессии			
1	2,5	2	5
Умеренная депрессия			
0	0	2	5
Тяжелая депрессия			
0	0	1	2,5

Симптоматика депрессии маскируется в виде снижения контактов, инициативы, расстройств сна, аппетита. Углубление депрессии происходит под влиянием психотравмирующей ситуации, наличии семейных проблем. Постепенно у большинства испытуемых депрессивный сдвиг настроения утрачивает тревожный компонент, в определенной мере теряет зависимость от внешних факторов и включается в структуру личностных нарушений.

По результатам методики «Торонтская шкала алекситимии» выявлено наличие у большинства пациентов алекситимии. Результаты были подсчитаны и внесены в таблицу 2.

Таблица 2  
Результаты по методике «Торонтская шкала алекситимии»

Наличие алекситимии											
Мужчины (чел)						Женщины (чел)					
Абсолютное число			Проценты (%)			Абсолютное число			Проценты (%)		
Наличие алекситимии		Группа риска		Отсутствие алекситимии		Наличие алекситимии		Группа риска		Отсутствие алекситимии	
12	30%	6	15%	2	5%	11	27,5%	6	15%	3	7,5%

По наличию алекситимии у большинства испытуемых можно говорить о том, что в связи с наличием психотравмы, такие пациенты отказываются от своей боли и не готовы адекватно принять и пережить травмирующую ситуацию. К сожалению, отказ от негативных эмоций часто ведет к отказу и возможной радости. Такие люди склонны к появлению депрессии. Наличие алекситимии свидетельствует о том, что испытуемые закрыты для всего нового и центрированы на негативных событиях. Так же, можно утверждать, что у таких пациентов нарушена как эмоциональная, так и личностная сфера, и сфера мышления.

Соотношение результатов по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «шкала депрессии Бека» для последующего сравнения и анализа были изображены на рисунке.



Рис. Соотношение результатов по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «шкала депрессии Бека»

Как показано на рис.1. – для большего количества пациентов характерно наличие легкой депрессии и выраженной алекситимии. Для доказательства данной взаимосвязи использовался метод статистической обработки данных.

Статистическая обработка данных между выявленными показателями по шкале депрессии и алекситимии.

Для решения задач корреляционного анализа использовалась программа статистической обработки SPSS. Распределение показателей не соответствует нормальному. Для обнаружения взаимосвязи между переменными нами был проведен корреляционный анализ с помощью критерия Спирмена. Выбор обусловлен тем, что этот непараметрический метод используется с целью статистического изучения связи между явлениями.

Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 3.

Таблица 3  
Результаты корреляционного анализа между алекситимией и уровнем депрессии

	Отсутствие депрессии	Легкая депрессия	Умеренная депрессия	Тяжелая депрессия
Наличие алекситимии	-,0516**	0,711**		
Группа риска			0,417**	0,325*
Отсутствие алекситимии	0,561**	-0,328*		

Примечания: \*\* уровень значимости 0,01; \*уровень значимости 0,05.

Анализируя данную корреляционную матрицу, можно сделать следующие выводы о взаимосвязи между алекситимией и уровнем депрессии.

1. Между показателями «отсутствие депрессии» и «наличие алекситимии» ( $r=0,516$ , при  $p=0,01$ ) наблюдается сильная отрицательная взаимосвязь, что свидетельствует о том, что возрастание алекситимичности личности ведет к росту уровня депрессии и наоборот, рост уровня депрессивности личности приводит к возрастанию уровня алекситимии. Также отсутствие алекситимии положительно коррелирует с отсутствием депрессии ( $r=0,561$ , при  $p=0,01$ ) данный результат интерпретируется следующим образом – чем ниже уровень алекситимии личности, тем ниже уровень депрессии и наоборот.

2. Наиболее сильная положительная взаимосвязь наблюдается между показателями алекситимии и легкой депрессии (субдепрессии) ( $r=0,711$ , при  $p=0,01$ ), что говорит о том, что наличие алекситимии у пациента приводит к легкой степени депрессии (или наличие у пациента легкой степени депрессии также говорит о наличии у него алекситимии.)

3. Отсутствие алекситимии отрицательно коррелирует с легкой степенью депрессии ( $r=-0,328$ , при  $p=0,05$ ), это свидетельствует о том, что при снижении уровня алекситимии снижается уровень депрессии. У пациентов, относящихся к группе риска по уровню алекситимии наблюдается положительная корреляция с умеренной степенью депрессии ( $r=0,417$ , при  $p=0,01$ ) и тяжелой депрессией ( $r=0,325$ , при  $p=0,05$ ). Это доказывает, что пациент, находящийся в группе риска алекситимии определяет у него наличие умеренной или тяжелой депрессии и наоборот, наличие у пациента умеренной или тяжелой депрессии определяет его предрасположенность к группе риска алекситимии.

Соотнося результаты по методикам «Торонтская шкала алекситимии» и «Шкала депрессии Бека», наблюдается взаимосвязь между уровнем депрессии и наличием алекситимии. Обращая внимания на Рис.1, можно заметить наличие выраженной алекситимии и легкой депрессии у большинства пациентов (14 человек), также существует группа испытуемых с легкой степенью депрессии, находящихся в группе риска возникновения алекситимии (10 человек). Это дает основание полагать, что наличие депрессии является риском развития алекситимии и также наличие алекситимии ведет к повышению уровня депрессии.

В интерпретации проективной методики «Рисунок человека» подтверждается взаимосвязь длительности периода лечения и особенностями эмоционального состояния. Для большинства пациентов характерно наличие общего истощения как личностной, так и эмоционально-волевой сферы. У большего количества испытуемых присутствует астения, подавленность, тревога как реакция на сильный стресс. Также, низкая самооценка характерно проявляется в рисунках большинства пациентов. Наблюдаются слабость эмоционального фона, сниженное настроение, апатия.

Особенности отношения к болезни пациентов хронического диализа изучались при помощи методики для психологической диагностики типов отношения ТОБОЛ. Результаты по методике подчитаны и занесены в таблицу 4.

Таблица 4  
Результаты по методике ТОБОЛ

Тип отношения к болезни	Мужчины		Женщины	
	Абсолютное количество	Проценты (%)	Абсолютное количество	Проценты(%)
Гармоничный	2	5	0	0
Эргопатический	4	10	3	7,5
Анозогнозический	12	30	13	32,5
Апатический	2	5	0	0
Тревожный	0	0	1	2,5
Сенситивный	0	0	2	5
Меланхолический	0	0	0	0
Неврастенический	1	2,5	0	0
Паранойяльный	0	0	0	0
Дисфорический	0	0	0	0
Ипохондрический	0	0	0	0
Эгоцентрический	0	0	0	0

Исследование типов отношения к болезни у пациентов, находящихся на диализе показало, что преобладающий тип отношения к болезни у больных с ХПН – анозогнозический (25 человек), что говорит об активном отбрасывании мыслей о болезни и о возможных ее последствиях. Наличие анозогнозического типа болезни свидетельствует о приписывании проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказе от соблюдения рекомендаций врача по лечению, желания обойтись «своими средствами», пренебрежению и легкомысленному отношению к болезни и лечению. Наличие данного типа отношения - тревожный признак, поскольку он влияет на ход лечения и может привести к полному отказу от прохождения процедуры диализа, что ведет к летальному исходу.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что эмоциональные нарушения у части больных проявляются в виде апатии, безучастности к окружающему, а у другой части в подавленности с дисфорическим оттенком, угрюмостью. По выводам эмпирического исследования можно говорить о наличии связи между депрессией, астенией и вторичной алекситимией.

Существуют различные варианты реакции личности на болезнь, которые в основном определяются особенностями личности больного человека. В качестве примера можно привести некоторые из них: психастенический, астено-депрессивный, истерический, ипохондрический и эйфорически-анозогнозический [3]. Полученные выводы дают

основание квалифицировать психическое состояние больных в синдромальном плане, как астено-депрессивный синдром, который проявляется в ослаблении побуждений к деятельности, эмоциональной невыносливости, ощущении общей разбитости, подавленности, беспредметной удрученности. Астенизированный больной не может активно бороться со своей болезнью, он повышенно чувствителен к ощущениям, идущим от внутренних органов, склонен к печали и длительным расслабляющим раздумьям о своих несчастьях. Астенизация психики очень способствует формированию неправильного отношения к болезни, а это, в свою очередь, негативно влияет на течение заболевания и снижает эффект от лечения.

Стадия уремической интоксикации при ХПН, не только существенно влияет на когнитивные функции и влечет за собой неврологические нарушения, но и отрицательно сказывается на психоэмоциональном фоне пациентов. Больные на гемодиализе становятся апатичными, тревожными, депрессивными и проявляют признаки астении. Посредством эмпирического исследования, у пациентов, находящихся на диализе была выявлена вторичная алекситимия, что говорит о трудностях таких пациентов в определении и описании собственных переживаний; сложности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижении способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и воображения; сфокусированности в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях. Алекситимия в данном случае предстает в виде некоего психологического симптомокомплекса, который проявляется на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом. В данном исследовании феномен алекситимии рассматривался в качестве предиктора и признака эмоционального расстройства, ассоциированного с тревогой, депрессией и анозогнозии. Наличие депрессии прогнозирует у таких пациентов, возникновение алекситимии, как ответ на психотравмирующее событие, то есть – хроническую болезнь. У пациентов с ХПН в связи с их положением нет слов, что бы выразить свои эмоции. Данная ситуация является настолько безысходной и ужасной, что пациенты просто закрывают себя для эмоций, решают скрыться от своей боли, уходят в депрессию и теряют силы для того, что бы бороться.

Вопрос прогнозирования вторичной алекситимии является очень важным в работе клинического психолога с данной категорией пациентов, поскольку сложности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями приводят к утрате сигнальной функции, формируют конкретное операциональное мышление, искажают

психозэмоциональный статус больных и негативно влияют на течение психокоррекционных мероприятий.

Список литературы

1. Sifnoes. P. E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients / P.E. Sifneos // 1983. - P. 243-259.
2. Николаева, В.В. О психологической природе алекситимии / В.В.Николаева // Телесность человека: междисциплинарные исследования, 1991. - С. 80 - 89.
3. Ковалев, В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В.Ковалев // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. – 1972. С.102-114.

---

Дроженкова Екатерина Вячеславовна - ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования кафедра клинической психологии. 620016, Екатеринбург, ул. Вильгельма де Геннина 40, e-mail Just\_Katya93@mail.ru