

## Алекситимия у больных с инфарктом головного мозга левополушарной локализации в позднем восстановительном периоде

Н.А. АНТОНОВА, Е.Б. КУЗНЕЦОВА, И.И. ШОЛОМОВ

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, кафедра нервных болезней

### Alexithymia in patients with left-hemispheric cerebral infarction in the late recovery period

N.A. ANTONOVA, E.B. KUZNETSOVA, I.I. SHOLOMOV

Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov

**Цель исследования** — изучение эмоционального статуса (включающего алекситимию, тревогу и депрессию) у пациентов с инфарктом головного мозга в бассейне средней мозговой артерии слева в позднем восстановительном периоде и разработка способа коррекции выявленных нарушений. **Материал и методы.** В исследовании приняли участие 30 пациентов с инфарктом головного мозга в бассейне средней мозговой артерии слева, группу сравнения составили 10 пациентов с хронической ишемией головного мозга. **Результаты и заключение.** Полученные данные демонстрируют зависимость уровня алекситимии от неврологического дефицита, гендерной принадлежности, уровня тревоги и депрессии. Установлено, что развитие инфаркта головного мозга влияет на уровень алекситимии. Наличие алекситимии у пациентов с инфарктом головного мозга приводит к нарушению адекватной самооценки физического и психического состояния, что может усложнять реабилитацию таких больных и требует коррекции — сочетания фармакотерапии и психотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: алекситимия, инфаркт головного мозга, тревога, депрессия.

**Objective.** To study emotional status, including alexithymia, anxiety and depression, in patients with cerebral infarction in the area of the middle cerebral artery (on the left side) in the late recovery period and to develop a method for correction of the damage. **Material and methods.** The study included 30 patients with cerebral infarction in the area of the middle cerebral artery (on the left side). A comparison group consisted of 10 patients with chronic brain ischemia. **Results and conclusion.** The results have demonstrated the correlation between the level of alexithymia and the severity of neurological deficit, sex-related level of anxiety and depression. The cerebral infarction impacts on the level of alexithymia. Alexithymia in patients with cerebral infarction affects the adequate self-esteem of physical and mental condition that may complicate the rehabilitation of these patients and demands correction as a combination of pharmacotherapy and psychotherapeutic intervention.

*Keywords: alexithymia, cerebral infarction, anxiety, depression.*

Под алекситимией понимают трудности в определении и вербализации собственных эмоций, а также описания различий между чувствами и телесными ощущениями, бедностью воображения, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [1, 2]. Термин «алекситимия» в 1970 г. был предложен Р. Sifneos. Межличностные связи у таких людей бедны; у них отмечается тенденция к патологической зависимости или к одиночеству, избегание общения с окружающими. Р. Sifneos предположил, что алекситимический стиль в когнитивно-эмоциональной сфере характерен для пациентов с различными психосоматическими заболеваниями. В отличие от «невротиков», которые предъявляют много эмоционально окрашенных жа-

лоб на нарушения в психологической сфере, алекситимики жалуются преимущественно на свое соматическое неблагополучие [3, 4].

В последние годы алекситимию рассматривают как фактор риска развития многих заболеваний, в том числе психосоматических. Алекситимические черты присущи по разным данным от 5 до 23% населения [5—7]. Логично предположить, что наличие данных особенностей у пациентов неврологического профиля будет утяжелять клиническую картину заболевания и усложнять реабилитационный период. Учитывая высокую медицинскую и социальную значимость инсульта, и различные реабилитационные проблемы у данной категории больных, настоя-

шее исследование было проведено у пациентов с инфарктом головного мозга (ИМ) в позднем восстановительном периоде.

Цель исследования — изучение эмоционального статуса (включающего алекситимию, тревогу и депрессию) у пациентов с ИМ в бассейне левой средней мозговой артерии в позднем восстановительном периоде и способы коррекции выявленных нарушений.

## Материал и методы

В исследовании приняли участие две группы пациентов: основная, которая включала 30 больных с ИМ в бассейне левой средней мозговой артерии в позднем восстановительном периоде (6 мес от начала заболевания) и группа сравнения, состоящая из 10 пациентов с хронической ишемией головного мозга (ХИМ). Распределение по полу в основной группе было следующим: женщин — 10 (33,3%), мужчин — 20 (66,7%). Возраст пациентов колебался от 50 до 70 лет (средний —  $61,6 \pm 7,1$  года). Группа сравнения была сопоставима по полу и возрасту с основной группой. У 18 (60%) человек основной группы отмечались речевые нарушения, у 12 (40%) — пирамидная симптоматика.

Критериями включения в исследование были результаты КТ или МРТ подтвержденного ИМ в бассейне левой средней мозговой артерии с развитием очаговой неврологической симптоматики (афатические расстройства, центральные парезы конечностей); поздний восстановительный период для данного заболевания (не менее 6 мес с момента развития).

Критериями исключения из исследования — любая соматическая патология в состоянии декомпенсации, другие неврологические заболевания, пароксизмальные состояния в анамнезе, беременность, кормление грудью, алкоголизм.

Уровень алекситимии оценивался с помощью 26-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26), предложенной в 1985 г. G. Taylor и соавт [8]. Русский вариант TAS-26 был адаптирован в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [9]. При заполнении анкеты испытуемые должны были использовать для ответов шкалу Ликерта — от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». При этом одна половина пунктов имеет по-

ложительный код, другая — отрицательный. Алекситимичными считают людей, набравших по TAS 74 балла и более, отсутствию алекситимии соответствует показатель менее 62 баллов, остальные значения относят к пограничному уровню. Уровень тревоги и депрессии оценивали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

## Результаты

При изучении уровня алекситимии, тревоги и депрессии у обследуемых пациентов были получены результаты, представленные в **табл. 1**.

У пациентов основной группы уровень алекситимии был достоверно выше, чем у пациентов группы сравнения. В то же время по уровню тревоги и депрессии достоверных различий между группами обнаружено не было.

В ходе исследования было обнаружено, что 60% (18) пациентов основной группы имели выраженные алекситимические черты (по шкале TAS свыше 74 баллов); у 40% (12) пациентов (по шкале TAS 62—74 балла) они соответствовали пограничному уровню. Пациентов основной группы, у которых отсутствовала алекситимия, в ходе исследования выявлено не было.

В группе сравнения было обнаружено, что у 70% (7) пациентов алекситимии не было выявлено, у 20% (2) пациентов она соответствовала пограничному уровню; и только у 1 пациента имелись выраженные алекситимические черты.

Для пациентов обеих групп была характерна субклинически выраженная тревога и депрессия. В ходе исследования был изучен уровень алекситимии, тревоги, депрессии у пациентов основной группы в зависимости от неврологического дефицита (**табл. 2**).

У пациентов с речевыми нарушениями результат по шкале TAS был достоверно выше, чем у пациентов с пирамидной симптоматикой —  $80,3 \pm 4,0$  и  $68,25 \pm 7,13$  балла соответственно, что соответствует наличию выраженной алекситимии. Пациенты с пирамидной симптоматикой имеют пограничный уровень, находясь в зоне риска по развитию алекситимии. Больные с речевыми нарушениями имеют более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению с группой пациентов с пирамидной симптоматикой.

**Таблица 1.** Уровень алекситимии, тревоги и депрессии у обследованных пациентов

Показатель, баллы	Основная группа (n=30)	Группа сравнения (n=10)
Алекситимия	$75,5 \pm 8,0^*$	$62,0 \pm 12,3$
Тревога	$10,0 \pm 1,4$	$10,25 \pm 1,83$
Депрессия	$9,8 \pm 2,4$	$9,3 \pm 1,2$

Примечание. \* —  $p < 0,05$ .

**Таблица 2. Уровень алекситимии, тревоги и депрессии у больных основной группы в зависимости от неврологического дефицита**

Показатель, баллы	Речевые нарушения (n=18)	Пирамидная симптоматика (n=12)
Алекситимия	80,3±4,0*	68,25±7,13
Тревога	9,2±2,5	8,0±1,82
Депрессия	10,6±3,6	8,3±3,7

Примечание. \* —  $p < 0,05$ .

**Таблица 3. Динамика уровня алекситимии, тревоги и депрессии у пациентов основной группы на фоне проведенного лечения**

Показатель, баллы	До лечения	После лечения
Алекситимия	75,5±8,0	65,5±5,3*
Тревога	10,0±1,4	8,7±1,3
Депрессия	9,8±2,4	8,8±1,9*

Примечание. \* —  $p < 0,05$ .

Анализ выраженности алекситимии в основной группе пациентов в зависимости от пола показал, что результаты по шкале TAS-26 у мужчин выше по сравнению с женщинами и составляют 77,3±7,7 и 68,5±6,4 балла соответственно. Это указывает на наличие выраженной алекситимии у мужчин и ее пограничный уровень у женщин в позднем восстановительном периоде ИМ.

Анализ уровня алекситимии у пациентов с расстройствами речи в этой же группе в зависимости от гендерной принадлежности показал еще более разительные результаты. У мужчин с речевыми расстройствами среднее значение по шкале TAS-26 составило 81,8±1,92 балла, что соответствует выраженной алекситимии, в то время как у женщин — 65,5±6,4 балла, что соответствует пограничному уровню. Также была выявлена прямая сильная корреляционная связь между уровнем тревоги, депрессии и алекситимии ( $r=1,0$ ) — чем выше уровень тревоги и депрессии, тем выше уровень алекситимии.

Учитывая обнаруженные изменения эмоционального статуса, больным основной группы к традиционному лечению была добавлена комбинация из двух препаратов. Первый препарат — анксиолитик (афобазол) либо антидепрессант (флувоксамин). Они назначались в соответствующих дозировках сроком на 1 мес. Вторым препаратом являлся антиоксидант мексидол, который назначался внутривенно струйно по 5,0 мл №10, затем с переходом на пероральный прием — по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 мес. Выбор мексидола был обусловлен тем, что он оказывает антиоксидантное, антигипоксическое, стресс-протективное, ноотропное, противосудорожное, анксиолитическое действие. Также мексидол усиливает действие анксиолитиков, что позволяет использовать последние в более низких дозировках, что немаловажно для пациентов с цереброваскулярной патологией. Больные были осмотрены в динамике через 1 мес (табл. 3).

У пациентов основной группы после лечения указанной комбинацией препаратов отмечалось до-

стоверное снижение среднего балла по шкале TAS-26 и шкале тревоги/депрессии, что соответствует пограничному уровню алекситимии и субклинически выраженной тревоге/депрессии.

## Обсуждение

Единой теории, объясняющей развитие алекситимии, в настоящее время нет. По происхождению алекситимию условно делят на первичную и вторичную. Первичная алекситимия рассматривается как процесс, ведущую роль в котором играют генетические факторы [10]. Другие исследователи [11, 12] объясняют алекситимию с позиции теории межполушарной асимметрии мозга — имеет место снижение функционирования правого полушария, что выражается трудностью вербализации эмоций, обеднением аффектов, конкретным, рациональным мышлением. Также предполагается наличие билатеральной или аномальной локализации центра речи в недоминантном полушарии [13]. Вторичная алекситимия развивается в результате тяжелой психологической травмы или на фоне течения различных острых заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт и др.). Это рассматривается как своеобразный «защитный механизм» и проявляется состоянием глобального торможения аффектов или «оцепенения» [2, 14, 15]. По данным ранее проведенных исследований [16], у пациентов с инсультами алекситимия выявляется в 33% случаев без уточнения деталей или динамики данного показателя. Также ранее отмечалась некоторая зависимость локализации очага инсульта и наличия алекситимии; так у больных с правополушарным инсультом алекситимия выявлялась в 48% случаев, в то время как у больных с левополушарным очагом только в 22% [16]. Эти результаты можно объяснить нарушением латерализации функций головного мозга во время инсульта, что соответствует концепции первичной алекситимии.

Патогенез нарушений, выявленных в ходе исследования, можно объяснить, опираясь на резуль-

таты Н.Н. Петровой и Л.Л. Леонидовой [17]. У пациентов с инсультом имеет место повышенный титр антифосфолипидных антител, что влечет за собой изменения реологических свойств крови со сдвигом равновесия в ее свертывающей системе в сторону гиперкоагуляции, развитию повышенной вязкости крови. Повышенная чувствительность к развивающейся гипоксии лимбико-ретикулярного комплекса может проявиться нарушениями в эмоционально-волевой сфере, и определять предрасположенность этих больных к развитию алекситимии, которая, на наш взгляд, происходит по этому механизму.

Наличие более выраженной алекситимии у пациентов с речевыми расстройствами, в частности, у мужчин, можно предположительно объяснить с позиций теории межполушарной асимметрии. Известно, что у мужчин ведущим является левое полушарие, что уже подразумевает физиологическое снижение активности правого полушария, а значит, гипотетически имеется предрасположенность к развитию алекситимии за счет функциональных особенностей межполушарных взаимодействий. Также можно предположить, что у мужчин в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта в

бассейне левой средней мозговой артерии, на первый план выходит педагогическая алекситимия. Она характеризуется социокультурными стереотипами, связанными с воспитанием «настоящих мужчин», т.е. мужчин, которые «не распускают нюни», «не жалуются», «не плачут».

Положительный ответ на терапию комбинацией анксиолитика и антиоксиданта позволяет предположить, что алекситимические черты наших пациентов носят вторичный характер. Следует отметить, что алекситимия требует комплексного подхода с сочетанием фармакотерапии и психотерапевтического воздействия.

Для ИМ левополушарной локализации характерно возникновение не только очаговых неврологических, но и эмоционально-волевых нарушений, с повышением уровня алекситимии, тревоги и депрессии, которые в свою очередь зависят от неврологического дефицита и гендерных особенностей.

Наличие явной алекситимии у пациентов с ИМ приводит к нарушению адекватной самооценки физического и психического состояния, что требует коррекции в виде сочетания фармакотерапии и психотерапевтического воздействия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гиндикин В.Я. Справочник: *Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение)*. М.: Триада-Х; 2000;256.
2. Провоторов В.М., Крутько В.Н., Будневский А.В., Грекова Т.И., Золотов В.И., Ряскин В.И. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой с алекситимией. *Пульмонология*. 2000;3:30-35.
3. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*. 1973;22:255-262.
4. Sifneos PE. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Ibid*. 1983;40:1-4:66-73.
5. Loas G, Fremaux D, Otmani O, Verrier A. Prevalence of alexithymia in a general population: Study in 183 «normal» subjects and in 263 students. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1995;153:5:355-357.
6. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 2006;61:5:629-635.
7. Salminen JK, Saarijärvi S, Aärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Ibid*. 1999;46:1:75-82.
8. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom*. 1985;44:4:191-199.
9. Ереско Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. *Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах*. Методическое пособие. СПб. 1994;260.
10. Heiberg Ar, Heiberg As. A possible genetic contribution to alexithymia traits. *Ibid*. 1978;30:3-4: 205-210.
11. Hoppe KD. Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatr Clin North Amer*. 1988;11:3:303-315.
12. Zeitlin SB, Lane RD, O'Leary DS, Schrifft MJ. Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *Amer J Psychiatry*. 1989;146:11:1434-1439.
13. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством. *Соц и клиническая психиатрия*. 1995;5:4:96-102.
14. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Compr Psychiat*. 1998;39:2:91-98.
15. Warnes H. Alexithymia, clinical and therapeutic aspects. *Psychother Psychosom*. 1986;46:1-2:96-104.
16. Spalletta G, Pasini A, Costa A, De Angelis D, Ramundo N, Paolucci S, Caltagirone C. Alexithymic features in stroke: effects of laterality and gender. *Psychosom Med*. 2001;63:6:944-950
17. Петрова Н.Н., Леонидова Н.Н. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. *Вестник Санкт-Петербургского университета*. 2008;3:32-43.