

# Частота алекситимии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и их сочетанием

И. Е. Сапожникова, ORCID: 0000-0002-1606-918X, [irina\\_sapojnikova@rambler.ru](mailto:irina_sapojnikova@rambler.ru)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Кировский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 610998, Россия, Киров, ул. Карла Маркса, 112

**Резюме.** Целью данного исследования было изучить частоту алекситимии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и их сочетанием. Обследованы 3 группы пациентов. В 1-ю группу вошли 25 лиц с сахарным диабетом 2 типа без артериальной гипертензии (55 {51; 59} лет, 7 (28%) мужчин); 2-ю группу составили 25 пациентов такого же пола и возраста с сочетанием сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии. В 3-ю группу были включены 25 пациентов с артериальной гипертензией без сахарного диабета и других нарушений гликемии (57 {48; 62} лет, 7 (28%) мужчин). Проведены опрос по Торонтской алекситимической шкале (TAS-26), клиническое и лабораторное обследования. Группы не различались по возрасту и уровню образования пациентов, количеству работающих лиц. Между 1-й и 2-й группами отсутствовали различия по виду терапии сахарного диабета 2 типа, концентрации гликозилированного гемоглобина, частоте хронических осложнений диабета. Выраженная алекситимия обнаружена у 14 (56%) пациентов 1-й группы, 12 (48%) – 2-й (суммарно 52% пациентов с сахарным диабетом 2 типа), у 9 (36%) пациентов – 3-й группы. Отсутствие алекситимии (TAS-26 < 62 баллов) чаще выявлялось в 3-й группе (10 (40%) пациентов), чем в 1-й и 2-й (по 3 (12%) пациента;  $\chi^2_{1-3}$ ,  $p = 0,02$ ). У лиц с сахарным диабетом 2 типа (1-я + 2-я группы) был выше балл по шкале TAS-26: 74 {69; 79} в сравнении с 69 {59; 74} у лиц с артериальной гипертензией (Т-критерий Манна – Уитни,  $p = 0,022$ ). Выраженная алекситимия обнаружена у 26 (52%) пациентов с сахарным диабетом 2 типа, частота не зависела от наличия артериальной гипертензии. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа реже, чем у лиц с артериальной гипертензией без сахарного диабета 2 типа и других нарушений гликемии, выявлялось отсутствие алекситимии, был выше балл шкалы TAS-26.

**Ключевые слова:** алекситимия, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, психологические особенности, психологическая поддержка, терапевтическое обучение.

**Для цитирования:** Сапожникова И. Е. Частота алекситимии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией и их сочетанием // Лечащий Врач. 2022; 3 (25): 22-26. DOI: 10.51793/OS.2022.25.3.003

## Occurrence of alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension and their combination

Irina E. Sapozhnikova, ORCID: 0000-0002-1606-918X, [irina\\_sapojnikova@rambler.ru](mailto:irina_sapojnikova@rambler.ru)

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 Karl Marx str., Kirov, 610998, Russia

**Abstract.** The objective is to study occurrence of alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus (DM-2), arterial hypertension (AH) and their combination. 3 groups of patients have been examined. Group 1 included 25 patients having DM 2 without AH (55 {51; 59} y.o., 7 (28%) men); group 2 included 25 patients of the same age and gender having DM-2 combined with AH; group 3 included 25 patients having AH and normoglycemia (57 {48; 62} y.o., 7 (28%) men). A number of evaluations have been done, such as a survey based on Toronto Alexithymia Scale (TAS-26), clinical and laboratory studies. The patients in all the 3 groups had a similar age, level of education and the number of working people didn't differ. The patients in groups 1 and 2 received the same therapy for DM-2, level of glycosylated hemoglobin and incidence of DM-related chronic complications proved similar in these groups. High-grade alexithymia was detected in 14 (56%) patients in group 1, in 12 (48%) patients in group 2 (summary 52% patients with DM-2), in 9 (36%) patients in group 3. Group 3 showed absence of alexithymia (score TAS-26 < 62) more often (10 (40%)) as compared with groups 1 and 2 (3 (12%) patients in each group;  $\chi^2_{1-3}$ ,  $p = 0,02$ ). A higher score according to TAS-26 was detected in patients having DM-2 (group 1 + group 2) as compared having AH and normoglycemia (74 {69; 79} vs 69 {59; 74}, Mann – Whitney T-test,  $p = 0,022$ ). 26 (52%) patients with DM-2 were detected to have high-grade alexithymia, while its occurrence was not connected to the presence of AH. Comparing with the patients having AH and normoglycemia, the patients with DM-2 more rarely showed the absence of alexithymia; the latter also had the higher score TAS-26.

**Keywords:** alexithymia, type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension, psychological traits, psychological support, therapeutic education.

**For citation:** Sapozhnikova I. E. Occurrence of alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus, arterial hypertension and their combination // Lechaschi Vrach. 2022; 3 (25): 22-26. DOI: 10.51793/OS.2022.25.3.003

**A**лекситимия характеризуется недостаточным развитием эмоциональной сферы, нарушенной идентификацией и вербализацией чувств и телесных ощущений со склонностью к соматизации, нарушением восприятия эмоций других людей, утилитарным стилем мышления [1-3]. Частота алекситимии повышена при тревожно-депрессивных расстройствах [1, 3], у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) [4], бронхиальной астмой (БА) [5], артериальной гипертензией (АГ) [6-8], метаболическим синдромом (МС) и ожирением [9-11], сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) [12, 13].

Частота АГ среди взрослого населения РФ составляет 44,2% [14]; интерес вызывают психологические особенности пациентов с АГ [15]. В РФ зарегистрировано более 4 млн пациентов с СД 2 типа [16]. Риск развития осложнений СД 2 типа доказанно снижается при достижении целевых значений гликозилированного гемоглобина ( $\text{HbA}_{1c}$ ), артериального давления (АД) и параметров липидного спектра [17], но в реальной практике цели терапии достигаются не у всех пациентов. По данным российского Регистра (2018 г.) уровень  $\text{HbA}_{1c} < 7,0\%$  зафиксирован у 52% пациентов с СД 2 типа [16]. Среди причин недостаточной эффективности терапии СД 2 типа выделяют психологические особенности пациентов [18]; изучение их является актуальным. В связи с частым сочетанием СД 2 типа и АГ [17] проанализирована частота алекситимии у пациентов с СД 2 типа в сочетании с АГ и при ее отсутствии, а также у лиц с АГ без СД и других нарушений гликемии.

Целью исследования было изучить частоту алекситимии у пациентов с СД 2 типа, АГ и их сочетанием.

### Материал исследования

Обследованы 3 группы пациентов. Первую группу составили пациенты с СД 2 типа без АГ. Во 2-ю группу включались пациенты с СД 2 типа и АГ, имевшие одинаковые пол и возраст (пары) с лицами 1-й группы. В 3-ю группу вошли пациенты с АГ без СД и предиабета. Критериями исключения для трех групп являлись хроническая сердечная недостаточность IIБ-III стадии по классификации Василенко – Стражеско; острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторная ишемическая атака в предшествующие 6 месяцев; хроническая болезнь почек (ХБП) 3б-5 стадии; цирроз печени классов В и С классификации по Чайлда – Пью; БА. Критериями исключения для 3-й группы являлись вторичная АГ, СД, предиабет (нарушенная толерантность к глюкозе или нарушенная гликемия натощак), ИБС.

Набор пациентов в 1-ю группу проводился в эндокринологическом отделении: с 10.01.2008 г. по 20.03.2011 гг. (17 пациентов), с 10.01.2018 г. по 20.03.2020 г. (8 пациентов). Во 2-ю группу вошли пациенты, обследованные в эндокринологическом отделении в период с 10.01.2008 г. по 15.03.2011 гг. Набор пациентов в 3-ю группу проводился с 10.01.2018 г. по 28.06.2019 г. в кардиологическом и терапевтическом стационарных отделениях и на амбулаторном приеме.

### Методы исследования

1. Анкетирование: опрос пациентов по Торонтской алекситимической шкале, состоящей из 26 вопросов (TAS-26). На каждый вопрос возможен один из пяти вариантов ответа: «совершенно не согласен», «скорее не согласен», «ни то, ни другое», «скорее согласен», «совершенно согласен». Итоговый балл  $< 62$  указывает на отсутствие алекситимии;  $62-73$  – на ее высокую вероятность;  $\geq 74$  – на выраженную алекситимию.

2. Общее клиническое обследование: сбор жалоб, анамнеза, антропометрические обследования, измерение АД на обеих руках, подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) и пульса, расчет индекса массы тела (ИМТ).

3. Лабораторная диагностика: определение общего холестерина (ОХС) крови, гликемии натощак, креатинина крови с расчетом величины скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле CKD-EPI; определение экскреции альбумина в разовой порции мочи. В 1-й и 2-й группах определяли концентрацию  $\text{HbA}_{1c}$ , постпрандиальную гликемию (ППГ).

### Статистическая обработка данных

Нормальность распределения изучаемых параметров проверялась на основании кривых Колмогорова – Лилифорса. Поскольку подавляющее большинство данных не подчинялось нормальному распределению, они представлены в виде  $\text{Me} \{25\%; 75\%\}$  ( $\text{Me}$  – медиана, 25% и 75% – перцентили). Статистическая значимость различий количественных данных в трех группах оценивалась по критерию Крускала – Уоллиса; при выявлении статистически значимых различий проводилось сравнение пар групп (Т-критерий Манна – Уитни с поправкой Бонферони). Статистическая значимость различий количественных данных в двух группах определялась по Т-критерию Манна – Уитни. Значимость различий качественных признаков оценивалась по критерию  $\chi^2$  для таблиц сопряженности  $2 \times 2$  и  $2 \times 3$ ; при ожидаемых числах  $\leq 5$  применялся двусторонний вариант точного критерия Фишера. Критический уровень значимости ( $p$ ) при проверке гипотез принят равным 0,05 (при сравнении трех групп, с учетом множественных сравнений – равным 0,017). Статистическая обработка данных осуществлялась на персональном компьютере с использованием программ MS Excel, Biostat 4.03 и Statistica 6.1.

### Результаты

Обследованы 75 пациентов, по 25 в каждой группе: по 7 (28%) мужчин и 18 (72%) женщин. В 1-ю и 2-ю группы были включены пациенты одинакового возраста – от 47 до 64 лет (55 {51; 59} лет), в 3-ю группу – пациенты от 38 до 67 лет (57 {48; 62} лет), критерий Крускалла – Уоллиса,  $p = 0,49$ . Социальные

Таблица 1  
Социальные характеристики пациентов;  $n (\%)$  / Social characteristics of patients;  $n (\%)$

Параметр	1-я группа, СД 2 типа	2-я группа, СД 2 типа + АГ	3-я группа, АГ	$p$
Высшее образование	6 (24)	6 (24)	10 (40)	0,36
Среднее специальное образование	12 (48)	10 (40)	10 (40)	0,81
Среднее и основное образование	7 (28)	9 (36)	5 (20)	0,45
Работающие	16 (64)	15 (60)	14 (56)	0,85
Жители областного центра	14 (56)	16 (64)	13 (52)	0,68
Жители малых городских поселений	5 (20)	4 (16)	9 (36)	0,22
Жители сельских поселений	6 (24)	5 (20)	3 (12)	0,54

Таблица 2

Клинические характеристики пациентов; Me [25; 75], n (%) / Clinical characteristics of patients; Me [25; 75], n (%)				
Параметр	1-я группа, СД 2 типа	2-я группа, СД 2 типа + АГ	3-я группа, АГ	p
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	30,1 [27; 31,6]	31,9 [29,3; 36,4]	27,3 [26,3; 31,3]	0,0161
САД, мм рт. ст.	125 [120; 130]	140 [130; 150]	150 [130; 160]	< 0,0012
ДАД, мм рт. ст.	80 [80; 80]	90 [80; 90]	90 [80; 100]	0,0013
Длительность АГ, лет	-	8 [5; 14]	7 [3; 15]	0,47
Регулярная АГТ: монотерапия комбинированная всего	- - -	10 (40) 13 (52) 23 (92)	9 (36) 13 (52) 22 (88)	1,0 1,0 > 0,05 <sup>Ф</sup>
Терапия статином	5 (20)	6 (24)	6 (24)	0,93
ЧСС, уд. в мин	70 [66; 76]		75 [71; 81]	68 [60; 74]
ОХС, ммол/л	5,44 [4,62; 6,18]	5,0 [3,9; 5,74]	5,75 [4,38; 6,61]	0,1
СКФ (мл/мин/1,73 м <sup>2</sup> )	92 [82; 104]	94 [82; 98]	82 [72; 100]	0,21
Альбуминурия (мг/л)	5,8 [2,6; 9,2]	6,4 [1,9; 9,5]	2,7 [1,7; 5,1]	0,38
Гликемия натощак	7,8 [5,9; 9,0]	7,2 [6,1; 9,2]	5,4 [5; 5,6]	< 0,014

Примечание. При парном сравнении групп: <sup>1</sup>  $p_{2-3} = 0,006$ ;  $p_{1-2} = 0,075$ ;  $p_{1-3} = 0,39$ ; <sup>2</sup>  $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ;  $p_{2-3} = 0,3$ ; <sup>3</sup>  $p_{1-2} < 0,001$ ,  $p_{1-3} < 0,001$ ;  $p_{2-3} = 0,38$ ; <sup>4</sup>  $p_{1-3} < 0,001$ ,  $p_{2-3} < 0,001$ ;  $p_{1-2} = 0,38$ . Ф – двухсторонний вариант точного критерия Фишера.

характеристики пациентов представлены в табл. 1; по данным признакам группы не различались. Клиническая характеристика пациентов представлена в табл. 2.

В 1-й и 2-й группах медиана ИМТ соответствовала ожирению 1-й степени, в 3-й – избыточной массе тела (статистически значимо различие между 2-й и 3-й группами). У пациентов с АГ выявлены более высокие уровни систолического (САД) и диастолического АД (ДАД); между группами пациентов с АГ отсутствовали различия по уровню АД, длительности АГ, антигипертензивной терапии (АГТ). У пациентов с СД 2 типа обнаружен более высокий уровень гликемии. Среди лиц с СД 2 типа отсутствовали имевшие в анамнезе острые сердечно-сосудистые осложнения; в 3-й группе одна пациентка ранее перенесла ОНМК.

Данные об антигипергликемической терапии, ее результатах и хронических осложнениях СД 2 типа у пациентов 1-й и 2-й групп представлены в табл. 3. Группы не различались по вариантам терапии, ее результатам, частоте хронических осложнений СД 2 типа. Во всех случаях микроангиопатий имелась непролиферативная диабетическая ретинопатия, сочетавшаяся с нефропатией ХБП С2 А2 у одного пациента 1-й группы, у двух – 2-й группы. Проявлениями диагностированных диабетических макроангиопатий в 1-й группе являлись атеросклероз брахиоцефальных артерий (3 пациента) и атеросклероз артерий нижних конечностей (2 пациента); во 2-й группе во всех случаях выявлялся атеросклероз брахиоцефальных артерий, в двух случаях сочетавшийся со стенокардией напряжения второго функционального класса.

Данные о характеристиках Алекситимии у обследованных лиц приведены в табл. 4. Группы не различались по частоте выраженной Алекситимии и ее высокой вероятности; при СД 2 типа реже встречалось отсутствие Алекситимии. Выявленна тенденция к статистической значимости различий балла шкалы TAS-26 между тремя группами, отсутствие различий между группами лиц с СД 2 типа по всем изученным параметрам. Проведено сравнение пациентов с СД 2 типа (1-я и 2-я группы, n = 50) и пациентов с АГ без нарушений гликемии (3-я группа, n = 25). Пациенты с СД 2 типа (вне зависимости

от наличия АГ) имели более высокий балл шкалы TAS-26: 74 [69; 79] vs 69 [59; 74] (Т-критерий Манна – Уитни, p = 0,021), у лиц с СД 2 типа реже обнаруживался балл шкалы TAS-26 < 62, т. е. отсутствие Алекситимии и ее высокой вероятности – 6 (12%) пациентов vs 10 (40%) лиц 3-й группы,  $\chi^2$ , p = 0,021.

## Обсуждение

В исследовании анализируется частота Алекситимии у пациентов с СД 2 типа, АГ и их сочетанием. Группы не различаются по демографическим (пол, возраст) и социальным (уровень образования, трудовая занятость) параметрам. Ограничениями работы являются неодновременный набор пациентов и относительно небольшая численность групп, что обусловлено включением в них одинакового числа пациентов с сопоставимыми демографическими характеристиками.

Выраженная Алекситимия выявлена у 14 (56%) пациентов с СД 2 типа, у 12 (48%) лиц с СД 2 типа и АГ, у 9 (36%) пациентов с АГ. По данным эпидемиологических исследований в общей популяции распространенность Алекситимии составляет 10–13% [19]. В данном исследовании у лиц с соматической патологией (СД 2 типа, АГ и их сочетание) Алекситимия выявлялась чаще, что соответствует данным литературы о повышенной частоте Алекситимии у пациентов с АГ [6–8] и СД 2 типа [12, 13].

Между лицами 1-й и 2-й групп различия по величине балла шкалы TAS-26, частоте выраженной Алекситимии и ее высокой вероятности отсутствовали, то есть пациенты с СД 2 типа не различались по указанным параметрам в зависимости от наличия или отсутствия у них АГ. Выраженная Алекситимия обнаружена у 26 из 50 (52%) пациентов с СД 2 типа. Полученный результат соответствует данным обзора литературы [12]: частота Алекситимии при СД 2 типа варьировала от 25% до 50% (в среднем 40%). В нашем исследовании у пациентов с АГ без СД и других нарушений гликемии чаще, чем у пациентов с СД 2 типа (вне зависимости от наличия АГ), выявлялось отсутствие Алекситимии (12% в сравнении с 40%), был ниже балл по шкале TAS-26.

Возможным связующим звеном между Алекситимией и СД 2 типа может выступать ожирение. Частота Алекситимии повышена при ожирении и МС [9–11] – это доказанные факторы

Таблица 3

**Антигипергликемическая терапия, ее результаты и хронические осложнения СД у пациентов 1-й и 2-й групп; Me {25;75}, n (%) / Treatment of Type 2 Diabetes and results therapy, and chronic diabetes complication at patients of Group 1 and 2; Me {25; 75}, n (%)**

Параметр	1-я группа, СД 2 типа	2-я группа, СД 2 типа + АГ	p
Прием метформина:			
• все варианты терапии	19 (76)	17 (68)	0,75
• монотерапия	4 (16)	3 (12)	1,0 <sup>Ф</sup>
Препараты сульфонимочевины (ПСМ):			
• все варианты терапии	14 (56)	15 (60)	1,0
• монотерапия	1 (4)	1 (4)	1,0 <sup>Ф</sup>
Препараты инсулина (в различных режимах)	6 (24)	10 (40)	0,36
Комбинация двух препаратов:			
• метформин + ПСМ	12 (48)	6 (24)	0,14
• метформин + инсулин	0	5 (20)	0,05 <sup>Ф</sup>
• ПСМ + базальный инсулин	2 (8)	3 (12)	1,0 <sup>Ф</sup>
• всего	14 (56)	14 (56)	1,0
Комбинация двух пероральных препаратов* и базального инсулина	3 (12)	3 (12)	1,0 <sup>Ф</sup>
HbA <sub>1c</sub> , %	8,4 {6,7; 9,9}	7,9 {6,9; 9,25}	0,56
Гликемия натощак, ммоль/л	7,8 {5,9; 9,0}	7,2 {6,1; 9,23}	0,63
ППГ, ммоль/л	8,84 {7,7; 9,8}	7,6 {7,1; 9,17}	0,56
Пациенты с хроническими осложнениями СД	16 (64)	19 (76)	0,54
Количество осложнений у одного пациента	1 {1; 2}	1 {1; 2}	0,61
Диабетические микроangiопатии	8 (32)	7 (28)	1,0
Диабетическая дистальнаянейропатия	12 (48)	15 (60)	0,57
Диабетические макроangiопатии	5 (20)	8 (32)	0,52
Примечание. Ф – двусторонний вариант точного критерия Фишера.			
* – у 1 пациентки (1-я группа) – метформин + ситаглиптин, у остальных – метформин + ПСМ.			

Таблица 4

**Частота Алекситимии и балл по шкале TAS-26 у обследованных пациентов; Me {25;75}, n (%) / Frequency of alexithymia and score according to TAS-26 at examined patients; Me {25; 75}, n (%)**

Параметр	1-я группа, СД 2 типа	2-я группа, СД 2 типа + АГ	3-я группа, АГ	p
Выраженная Алекситимия (балл TAS-26 ≥ 74)	14 (56)	12 (48)	9 (36)	0,36
Высокая вероятность Алекситимии (балл TAS-26 62-73)	8 (32)	10 (40)	6 (24)	0,48
Отсутствие Алекситимии (балл TAS-26 < 62)	3 (12)	3 (12)	10 (40)	0,02
Выраженная Алекситимия + высокая вероятность Алекситимии	22 (88)	22 (88)	15 (60)	0,02
Балл по шкале TAS-26	75 {67; 80}	72 {70; 78}	69 {59; 74}	0,062

в недавних работах обнаружены положительные результаты применения у лиц с Алекситимией длительной динамической психотерапии [23], методов вербализации эмоций [24] и тренировки внимания [25], что дает основания надеяться на возможные успехи в данной сфере.

Учитывая высокую частоту Алекситимии у пациентов с СД 2 типа, при их обучении может быть обоснован более конкретный, отчасти утилитарный подход с преимущественным формированием навыков (по самоконтролю гликемии, планированию питания, физической активности, контролю массы тела). В литературе сообщается [18] о проведении психологического тестирования перед началом обучения в школе диабета пациентов с СД 2 типа и избыточной массой тела для оптимизации работы в группе и улучшения результатов терапевтического обучения. Нельзя исключать обоснованность дифференциации групп пациентов с СД 2 типа при обучении в школе диабета в зависимости от наличия Алекситимии для применения особых психологических и дидактико-методологических подходов. При СД рекомендуется включение в лечебный процесс психосоциальной поддержки, которая особенно показана при наличии психологического неблагополучия [17]. Пациенты с СД 2 типа и Алекситимией, вероятно, чаще нуждаются в психологической помощи, оказываемой психотерапевтами или медицинскими психологами.

## Выводы

1. Выраженная Алекситимия выявлена у 26 (52%) пациентов с СД 2 типа и у 9 (36%) – с АГ; частота ее обнаружения у пациентов с СД 2 типа не зависела от наличия у них АГ. У пациентов с СД 2 типа (вне зависимости от наличия АГ) реже, чем у лиц с АГ, выявлялось отсутствие Алекситимии: по 3 (12%) пациента в обеих группах пациентов с СД 2 типа, 10 (40%) пациентов с АГ ( $\chi^2_{1-3}$ , p = 0,02).

2. У пациентов с СД 2 типа (вне зависимости от наличия у них АГ) выявлен более высокий, чем у пациентов с АГ, балл по шкале TAS-26: 74 {69; 79} vs 69 {59; 74} (Т-критерий Манна – Уитни, p = 0,021).

3. Высокая частота Алекситимии в группе лиц с СД 2 типа указывает на значимость для них психологической помощи;

риска СД 2 типа [17]. Эмоциональные стрессы, которые личность не может адекватно осознать, словесно выразить и подвергнуть когнитивной переработке, могут способствовать избыточным приемам пищи и последующему увеличению массы тела [10], что, при наличии предрасполагающих факторов, может в будущем привести к манифестации СД 2 типа. Итальянские авторы [20] выявили особенности вкусового восприятия у людей с Алекситимией в виде нарушения распознавания горького вкуса и предпочтения сладкой и жирной пищи, что также может способствовать развитию и прогрессированию ожирения.

Данные о возможности коррекции Алекситимии неоднозначны [21, 22]. В обзоре, посвященном результатам психотерапии у пациентов с Алекситимией [22], указывается в целом на невысокую эффективность традиционной и поддерживающей психотерапии; в качестве причин этого рассматриваются сложности в осознании, дифференциации и словесном выражении пациентами эмоций. Вместе с тем

# Эндокринология

возможно, обоснованным будет учет наличия алекситимии при терапевтическом обучении.

**КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ.** Автор статьи подтвердила отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

## Литература/References

1. Есин Р. Г., Горобец Е. А., Галиуллин К. Р., Есин О. Р. Алекситимия – основные направления изучения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014; 114 (12): 148-151.
- [Esin R. G., Gorobets E. A., Galiullin K. R., Esin O. R. Alexithymia – baseline trends of research // Zhurnal Nevrologii i Psichatrii im. S. S. Korsakova. 2014; 114 (12): 148-151. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121148-151>.
2. Hirola A., Pirkola S., Karukivi M., Markkula N., Bagby R. M., Joukamaa M., Jula A., Kronholm E., Saarijarvi S., Salminen J. K., Suvisaari J., Taylor G., Martila A. K. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia over 11 years in a Finnish general population // J Psychosom Res. 2017; 95: 81-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.007>.
3. Ho N., Wong M., Lee T. Neural connectivity of alexithymia: specific association with major depressive disorder // J Affect Disord. 2016; 193: 362-372. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.057>.
4. Silva H., Freitas J., Moreira S., Santos A., Almeida V. Alexithymia and psychopathology in patients with acute myocardial infarction // Acta Cardiol. 2016; 71 (2): 213-220. <https://doi.org/10.2143/AC.71.2.3141852>.
5. Innamorati M., Chetta A., Antonucci C., Bettini E., Aiello M., Montani A., Parisoli C., Belvederi Murri M., Brugnoli R., Pisi M., Pompili M., Amore M. Alexithymia and self-reflectiveness in bronchial asthma // Riv Psichiatr. 2015; 50 (5): 245-252. <https://doi.org/10.1708/2040.22168>.
6. Di Trani M., Mariani R., Renzi A., Greenman P. S., Solano L. Alexithymia according to Bucci's multiple code theory: A preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals // J Psychol Psychother. 2018; 91 (2): 232-247. <https://doi.org/10.1111/papt.12158>.
7. Piotrowska-Polrolnik M., Holas P., Kreitz I., Symonides B. Relationship between alexithymia and variability of blood pressure measured with ABPM in hypertensive patients // Gen Hosp Psychiatry. 2019; 60: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.014>.
8. Casagrande M., Mingarelli A., Guarino A., Favieri F., Boncompagni I., Germano R., Germano G., Forte G. Alexithymia: a facet of uncontrolled hypertension // Int J Psychophysiol. 2019; 146: 180-189. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2019.09.006>.
9. Karukivi M., Jula A., Hutili-Kahonen N., Juonala M., Raitakari O. Is alexithymia associated with metabolic syndrome? A study in a healthy adult population // Psychiatry Res. 2016; 236: 58-63. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.034>.
10. Fernandes J., Ferriera-Santos F., Miller K., Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis // Obes Rev. 2018; 19 (1): 111-120. <https://doi.org/10.1111/obr.1260>
11. Casagrande M., Boncompagni I., Forte G., Favieri F., Guarino A., Favieri F. Emotion and overeating behavior: effects of alexithymia and emotional regulation on overweight and obesity // Eat Weight Disord. 2020; 25 (5): 1333-1345. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-9>.
12. Martino G., Caputo A., Vicario C. M., Catalano A., Schwarz P., Quattrocchi M. C. The relationships between alexithymia and type 2 diabetes: a systematic review // Front Psychol. 2020; 11: 2026-2032. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02026>.
13. Avci D., Kelleci M. Alexithymia in patients with type 2 diabetes mellitus: the role of anxiety, depression, and glycemic control // Patient Prefer Adherence. 2016; 10: 1271-1277. <https://doi.org/10.2147/PPA.S110903>.
14. Шальнова С. А., Драпкина А. М. Значение исследования ЭССЕ-РФ для развития профилактики в России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19 (3): 2602.
- [Shalnova S. A., Drapkina O. M. Contribution of the ESSE-RF study to preventive healthcare in Russia // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2020; 19 (3): 2602. (In Russ.)] <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2602>.
15. Слобожанинова Е. В., Савиных Е. А., Чепурных Я. Я., Шамсутдинова Р. А. Взаимосвязь личностной тревожности и типа темперамента с приверженностью к лечению у больных гипертонической болезнью // Вятский медицинский вестник. 2020; 3 (67): 81-84.
- [Slobozhaninova E. V., Savinykh E. A., Chepurnykh A. Ya., Shamsutdinova R. A. Influence of anxiety and temperament type of patients with hypertension on treatment compliance // Vyatskij medicinskij vestnik. 2020; 3 (67): 81-84. (In Russ.)] <https://doi.org/10.24411/2220-7880-2020-10112>.
16. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К., Исааков М. А., Железнякова А. В. Атлас регистра сахарного диабета Российской Федерации. Статус 2018 // Сахарный диабет. 2019; 22 (2S): 4-61. [Dedov I. I., Shestakova M. V., Vikulova O. K., Isaakov M. A., Zheleznyakova A. V. Atlas of Diabetes Register in Russian Federation, status 2018 // Sakharnyi diabet. 2019; 22 (2S): 4-61 (In Russ.)] <https://doi.org/10.14341/DM12208>.
17. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (9-й выпуск) / Под ред. Дедова И. И., Шестаковой М. В., Майорова А. Ю. // Сахарный диабет. 2019; 22 (S1): 1-212. [Standards of specialized diabetes care / Edited by Dedov I. I., Shestakova M. V., Mayorov A. Yu. (9<sup>th</sup> edition) // Sakharnyi diabet. 2019; 22 (S1): 1-212. (In Russ.)] <https://doi.org/10.14341/DM22S1>.
18. Андреева С. И., Рудина Л. М., Савельева Л. В., Гуркина М. В., Суркова Е. В., Галстян Г. Р., Шестакова М. В. Психологическая составляющая комплексной программы модификации образа жизни пациентов с избыточной массой тела (ожирением) и сахарным диабетом 2-го типа // Проблемы эндокринологии. 2018; 64 (2): 93-104. [Andreeva S. I., Rudina L. M., Savelyeva L. V., Gurkina M. V., Surkova E. V., Galstyan G. R., Shestakova M. V. The psychological component of comprehensive lifestyle modification program in overweight (obese) patients with type 2 diabetes mellitus // Problemy endokrinologii. 2018; 64 (2): 93-104. (In Russ.)] <https://doi.org/10.14341/probl9420>.
19. Mattila A. K., Salminen J. K., Nummi T., Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population // J Psychosom Res. 2006; 61 (5): 629-635. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>.
20. Robino A., Mezzavilla M., Pirastu N., La Blanca M., Gasparini P., Carlino D., Tepper B. J. Understanding the role of personality and alexithymia in food preferences and PROP taste perception // Physiol Behav. 2016; 57: 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.01.022>.
21. Quirky L. C., Taylor G. J., McBride C., Bagby R. M. Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder // Psychiatry Res. 2017; 254: 75-79. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.047>.
22. Ogrodniczuk J. S., Piper W. E., Joyce A. S. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review // Psychiatry Res. 2011; 90: 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.026>.
23. Khademi M., Haiahamadi M., Faramarzi M. The role of the long-term psychodynamic psychotherapy in improving attachment patterns, defense styles, and alexithymia in patients with depressive/anxiety disorders // Trends Psychiatry Psychother. 2019; 41 (1): 43-50. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0144>.
24. Edwards E., Shivaji S., Wupperman P. The Emotion Mapping Activity: preliminary evaluation of a mindfulness-informed exercise to improve emotion labeling in alexithymic persons // Scand J Psychol. 2018; 59 (3): 319-327. <https://doi.org/10.1111/sjop.12438>.
25. Norman H., Marzano L., Coulson M., Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review // Evid Based Ment Health. 2019; 22 (1): 36-43. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300029>.

## Сведения об авторе:

**Сапожникова Ирина Евгеньевна**, к.м.н., врач-эндокринолог, доцент кафедры госпитальной терапии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Кировский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации; 610998, Россия, Киров, ул. Карла Маркса, 112; irina\_sapojnikova@rambler.ru

## Information about the author:

Irina E. Sapozhnikova, MD, endocrinologist, Associate Professor of the Internal Medicine Department at the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 Karl Marx str., Kirov, 610998, Russia; irina\_sapojnikova@rambler.ru

Поступила/Received 08.06.2021

Принята в печать/Accepted 28.01.2022