

УДК 616.89-008.19

*А.К. Бурцев***АЛЕКСИТИМИЯ И СОМАТОГЕННЫЕ ДЕПРЕССИИ**

Донецкий государственный медицинский университет

Ключевые слова: алекситимия, соматогении, депрессия, органическое аффективное расстройство.

С современной точки зрения [1] к психосоматическим расстройствам относятся соматогении, в том числе и соматогенные (органические) расстройства настроения (F 06.3) депрессивного характера.

Этиопатогенез расстройств, относящихся к данной рубрике достаточно сложен, так как помимо биологических причин в формировании и развитии их клиники большую роль играют психологические механизмы. К числу психогенных факторов патогенеза соматогенных депрессий относится алекситимия, определяющаяся как неспособность к вербализации и осознанию аффективных переживаний, склонность к утилитарному способу мышления и использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, а также как бедность жизненных фантазий [2].

Синдром алекситимии и его роль в формировании психосоматических расстройств рассмат-

ривается с позиций двух моделей — «отрицания» и «дефицита». Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов, которое можно рассматривать как психологическую защиту [3].

С целью проверки предположения о психогенном характере алекситимических тенденций у больных, страдающих соматогенными депрессиями было обследовано 58 пациентов, проходивших лечение в психосоматическом центре Донецкой областной клинической психиатрической больницы. У большинства больных отмечались депрессии и субдепрессии (80%), обусловленные ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью; у 20% больных имела место депрессия, обусловленная различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Средний возраст больных составил 40,6 лет, в выборке равно были представлены мужчины и женщины.

**Методы исследования**

Для количественной и качественной оценки проявлений алекситимии была применена Торонтская Алекситимическая Шкала (ТАШ), созданная G.J.Taylor с соавт.(1985) и адаптированная для русскоязычного контингента Д.Б.Ересько (1994) [3].

Для количественного измерения степени выраженности депрессивных расстройств применялась самооценочная шкала депрессии В.Зунга (W. Zung, 1972), адаптированная Т.Н.Балашовой (1990) [4].

Для изучения и описания личностных особенностей испытуемых использовалась модифицированная форма В Фрейбургского личностного опросника (FPI), адаптированного факультетом психологии ЛГУ ( А.А.Крылов, Т.И.Ронгинская 1990 ) [5]. Опросник FPI содержит 12 шкал: I — невротичности, II — спонтанной агрессивности, III — депрессивности, IV — раздражительности, V — общительности, VI уравновешенности, VII — реактивной агрессивности, VIII — застен-

чивости, IX — открытости, X — экстраверсии, XI — эмоциональной лабильности, XII — маскулинизма. Полученные результаты рассматривались не только как личностные характеристики, но и как отражение актуального состояния обследованных лиц.

В комплекс диагностических методик была включена также «шкала одиночества»(UCLA), разработанная Д.Расселом (Russel D. et al., 1978, 1980) [6].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы «Стадия» для персональных компьютеров. Использовались методы описательной статистики (вычисления средних и средних ошибок средних арифметических) и, с учетом величины выборок, непараметрические критерии Манна-Уитни и Спирмена, так как полученные данные не соответствовали параметрам нормального распределения.

## Полученные результаты и их обсуждение

По данным методики Зунга пациенты были разделены на две группы - с выраженными и средними уровнями депрессии. Средние значения показателей указанных методик представлены на таблицах 1 и 2.

*Таблица 1.*

### Средние значения по шкалам методик у лиц со средневыраженными проявлениями соматогенных депрессивных расстройств

Показатели	Шкалы FPI												Z	A	L
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			
M	12.7	4.4	10.2	6.25	5.75	4.7	4.5	5.85	9.8	5.4	10.1	6.35	56.7	76.2	45.9
m	0.98	0.68	0.73	0.57	0.52	0.4	0.43	0.56	0.5	0.52	0.58	0.58	3.6	2.2	8.3

*Таблица 2.*

### Средние значения по шкалам методик у лиц с выраженными проявлениями соматогенных депрессивных расстройств

Показатели	Шкалы FPI												Z	A	L
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			
M	9.3	3.9	9.2	5.9	6.9	4.3	4.8	5.9	9.0	5.3	8.5	5.9	61.7	70.1	51.6
m	0.68	0.55	0.77	0.65	0.66	0.41	0.49	0.4	0.53	0.4	0.67	0.6	3.9	2.1	8.2

Примечание: Z — показатель по шкале Зунга; A — показатель по ТАШ; L — показатель по шкале UCLA.

Уровень достоверности различий между показателями по шкалам использованных методик в группах больных со средневыраженными депрессиями и выраженными депрессиями по коэффициенту Манна-Уитни показан на таблице 3.

*Таблица 3.*

### Достоверность различий между показателями по шкалам использованных методик в группах больных со средневыраженными и выраженными соматогенными депрессиями

P	Шкалы FPI												Z	A	L
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII			
	.001	.001	.05	.002	.001	.001	.001	.001	.006	.001	-	.001	.05	.05	.002

**Значение коэффициента корреляции рангов Спирмена между уровнем алекситимии и показателями по шкалам FPI и Зунга в группах больных со средневыраженной (А) и выраженной (В) соматогенными депрессиями**

		Шкалы FPI												Z
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
А	r	0.62	0.45	-	-	-	-	-	0.37	-	-	0.6	0.42	0.72
	P	.009	.05	-	-	-	-	-	.07	-	-	.01	.06	.002
В	r	-	-	-	0.496	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	P	-	-	-	.03	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: r - коэффициент ранговой корреляции Спирмена; P - достоверность значимости

Достоверность различий в показателях по методике Зунга между группами больных с клинически более легкими и более тяжелыми соматогенными депрессиями говорит в пользу того, что на более отдаленных и тяжелых этапах динамики этих расстройств в большей степени имеет место их эндогенизация и, соответственно, большая зависимость их клиники от биологических, а не психологических факторов.

Достоверно более высокие уровни алекситимии позволяют предположить, что она в большей степени характерна для более легких (ранних) случаев соматогенной депрессии и играет в ее психогенезе более значительную роль. Доказательству этой гипотезы посвящен приводящийся ниже анализ личностных особенностей представителей указанных клинических групп в сопоставлении с выраженностью у них алекситимии.

В группе больных с более легкими проявлениями соматогенной депрессии большинство показателей методики FPI находится в диапазоне средних оценок, низкие оценки не определяются ни по одной из шкал.

Показатель по шкале невротичности отражает как высокий уровень конституциональной невротичности, так и степень «нажитой невротизации». Выраженность астенической симптоматики может быть связана с заострением конституциональной невротичности под влиянием как самого по себе биологического (экзогенного) воздействия болезни, так и психологических обстоятельств ситуации болезни, выступающих как

психогенный фактор («нозогении» в понимании Б.А.Смулевича [7]).

Высокий показатель по шкале депрессивности может расцениваться у респондентов группы больных с более легкими проявлениям соматогенной депрессии как следствие в определенном смысле управляемого и осознаваемого повышенного самоконтроля, когда нереализованные побуждения, намерения, потребности отражаются в пониженном настроении, депрессивном аффекте как результат дефицита, потери, утраты. Вынужденная необходимость самоограничения любой спонтанной активности, а следовательно «супернормальность», «нормопатичность» (McDougal) [8,9] в поведении являются одной из психологических причин снижения настроения в описываемой группе больных. Таким образом, речь идет не об изначальном витальном снижении настроения, а скорее о психогенно обусловленной депрессивной симптоматике.

Достаточно низкий показатель по шкале маскулинности отражает объективно присущие стилю поведения описываемого контингента больных сглаженность проявлений собственной инициативы, пассивность, зависимость от социально приемлемых норм поведения, отказ от всякой трансгрессивности. Столь сдержанный рисунок поведения, безусловно, достигается за счет усиления самоконтроля. Своеобразным подтверждением повышения уровня самоконтроля поведения является и относительно низкий средний показатель по шкале II спонтанной агрессии

сивности. Другим отражением тенденции подавлять спонтанную активность является низкий уровень среднего показателя по шкале V — общительности, отражающий редукцию реальных проявлений социальной активности, пониженную потребность в общении и отсутствие желания и готовности к межличностному взаимодействию. Подобное положение дел отражает как поведенческий компонент депрессии, так и свойственную алекситимическим личностям малую способность к установлению живых эмоциональных связей из-за недостаточности осознания и экспрессии собственных эмоций.

Достаточно высокий показатель по шкале застенчивости соответствует наличию заметной скованности, неуверенности в себе, тревожности, которые вызывают существенные трудности в установлении и реализации социальных контактов. При этом имеет место предрасположенность к выраженному стрессовому реагированию даже на самые обычные житейские трудности. Жесткий самоконтроль приводит при этом к преобладанию пассивно-оборонительных тенденций в рамках процесса психической адаптации.

Относительно низкий уровень показателя по шкале уравновешенности говорит о том, что лицам описываемой группы не слишком присущи уверенность в себе, оптимистичность, устойчивость к воздействию стрессовых факторов обычной житейской ситуации. Другими словами, поддержание уравновешенного и относительно стабильного стиля социальных отношений дается напряжением интрапсихического контура саморегуляции и предполагает наличие в паттерне индивидуальной адаптации разнонаправленных, дискордантных тенденций.

Высокий показатель по шкале эмоциональной лабильности (XI) в значительной степени диссонирует с тем впечатлением, которое больные описываемой группы производят в непосредственном общении: изучаемые больные сдержаны, усиленно контролируют свои ответы, поведение. Подобное рассогласование указывает на то, что имеет место гиперкритическое (связанное с описанным выше депрессивным модусом переживаний) отношение к самим себе. Такое отношение базируется, по всей вероятности, на том, что напряженные попытки «гипернормализации» поведения, впечатления о себе представляются самим больным недостаточно успешными, что порождает усиление неудовлетворенности собой. Аналогичное значение имеет и относительно высокий средний показатель

по шкале реактивной агрессивности (VII). Подчеркивание самими больными при тестировании якобы имеющихся проявлений реактивной агрессивности можно отнести к аспектам чрезмерно критичного отношения к себе. О гиперкритичности по отношению к самим себе косвенно свидетельствует и высокий средний показатель по шкале открытости (IX). Высокие показатели по этой шкале встречаются у лиц, стремящихся к доверительному миролюбивому взаимодействию с окружающими, то есть, опять-таки при «нормопатическом» стиле поведения. Как известно, подобный стиль тесно связан с алекситимическими чертами и находится в тесной динамической зависимости с ними. Предполагая, что алекситимия при этом играет роль одного из системообразующих факторов в индивидуальном паттерне адаптации, мы провели корреляционный анализ степени ее выраженности с показателями по шкалам методики FPI у респондентов описываемой группы.

Наиболее насыщенная корреляционная связь указывает на явную «сцепленность» депрессивного аффекта и поведенческих аспектов депрессии со степенью выраженности проблем с вербализацией, описанием собственного эмоционального состояния, распознаванием в себе нюансов имеющегося снижения настроения и других проявлений нарушения эмоционального функционирования. Выраженная корреляционная связь между алекситимией и депрессивностью (депрессией) подтверждает объективно выявляемую в ходе собеседования недостаточную способность к словесной интерпретации своих эмоциональных переживаний, которая сочетается со скудостью и монотонностью внешней репрезентации своего актуального состояния. Можно предположить, что высокий уровень алекситимии в изучаемом контингенте больных не только существовал изначально и являлся предиктором развития психосоматической патологии, но и вырос вместе с параллельным развитием все большего соматического неблагополучия и связанного с ним депрессивного расстройств настроения.

Весьма значительная насыщенность корреляционной связи между уровнем алекситимии и выраженностью показателя по шкале невротичности (I) методики FPI подтверждает реактивный характер алекситимии, выступающей следствием астенизации, обусловленной многообразной соматической патологией, характерной для описываемого контингента больных. В описываемом контингенте невротичность, депрес-

сия и алекситимия образуют прочно связанную корреляционную плеяду, описывающую его характерную психологическую особенность. Высокая степень депрессивности и невротичности свидетельствуют о вполне сохранной способности к эмоциональному реагированию, об отсутствии признаков эмоциональной уплощенности и сниженности. В то же время высокий уровень алекситимичности отражает нарушения в экспрессии и идентификации эмоционального состояния. Можно предположить, что у описываемых больных за счет ущерба, несостоятельности, когнитивного и поведенческого компонентов эмоционального реагирования, с явной перегрузкой вынужденно «работает» главным образом психофизиологический контур адаптационного процесса. В такой ситуации неизбежным становится возникновение массивных вегетативных дисфункций. Нарушение вегетативной регуляции, обусловленное специфическими психологическими особенностями, приобретает свойство существенно важного патогенетического механизма дальнейшего прогрессирования имеющейся соматической патологии. Нарастающая же соматическая несостоятельность вызывает дальнейшее углубление соматогенных нервно-психических расстройств.

Достаточно насыщенная корреляционная связь между уровнем алекситимии и уровнем показателя по шкале застенчивости (VIII) методики FPI является отражением редукции социальных контактов, скованности поведения, то есть в «отсечении» любых, не касающихся собственно телесных аспектов личностного функционирования, отношений личности. Подобная консолидация личностного паттерна адаптации в ущерб многообразию и гибкости системы отношений обладает, по всей вероятности, весьма ограниченным спектром адекватной приспособительной пригодности и очень скоро начинает выступать в качестве дополнительного аспекта генеза психосоматических расстройств. Таким образом, в лице алекситимии мы сталкиваемся с компенсаторно-приспособительным механизмом сродни механизмам психологической защиты, адаптивный диапазон которых достаточно ограничен.

Ведущим по степени выраженности пиком в усредненном профиле методики FPI в группе больных с более тяжелыми проявлениями депрессии является показатель по шкале депрессивности (III), что отражает ведущую роль депрессивной симптоматики в структуре нервно-психических расстройств. Однако указанная

шкала измеряет лишь часть клинических проявлений, лишь одну сторону, причем не наиболее характерную, в спектре проявлений изучаемой патологии. У больных описываемой группы имеет место значительно большая степень эндогенизации депрессивной симптоматики, что в большей степени улавливается методикой Зунга.

Столь же выраженным, как и показатель по шкале депрессивности методики FPI, оказывается в усредненном профиле больных с соматогенными депрессиями более тяжелого уровня и показатель по шкале невротичности. Сравнение степени выраженности показателей по шкале невротичности в отличающихся по степени тяжести соматогенных депрессий группах обнаружило, что показатель по шкале I FPI достоверно ниже в группе соматогенных депрессий более тяжелого уровня. Несмотря на значительную выраженность в этой группе проявлений астенического симптомокомплекса, его нельзя считать ведущим в спектре клинических проявлений. Происходит огрубение, упрощение структуры личностного функционирования в связи с ограничением числа степени свободы реагирования изнуряющей организм соматической патологией.

Суммируя данные о наиболее выраженных показателях по методике FPI, в группе больных с более выраженными соматогенными депрессиями следует отметить, что, хотя наиболее представленными оказываются шкалы, отражающие проявления астено-депрессивного плана, их удельный вес оказывается меньшим, чем в группе больных с более легкими соматогенными депрессиями.

Третьим по степени выраженности в группе больных с более тяжелыми проявлениями соматогенных депрессий оказывается средний показатель по шкале VIII методики FPI — шкале застенчивости. За высоким показателем по шкале застенчивости кроется комплекс сензитивных переживаний и идей самоуничижения, порождаемых доминирующим депрессивным аффектом. При этом речь идет именно о превратном толковании реальной житейской ситуации, воспринимаемой через призму депрессивного состояния. В пользу такого вывода говорит тот факт, что у больных описываемой группы показатель по шкале застенчивости методики FPI с очень высокой степенью достоверности превышает аналогичный показатель в группе лиц с более легкими соматогенными депрессиями. Имеет место параллельное и взаи-

мообуславливающее существование депрессивного и сензитивного модусов восприятия окружающей действительности. Нельзя не отметить при этом вполне четкую разнонаправленность этих тенденций, что не может не повышать уровня внутреннего эмоционального напряжения, усиливающего проявления соматической патологии.

Значительно выраженным в группе больных с тяжелыми соматогенными депрессиями оказывается показатель по шкале XI методики FPI — шкале эмоциональной лабильности. Высокий показатель по шкале эмоциональной лабильности в описываемой группе больных отражает как реальные проявления неустойчивости эмоционально-вегетативного состояния, так и гиперкритической самооценки. У больных с более тяжелыми проявлениями депрессии уровень эмоциональной лабильности был достоверно более низким. Эти данные подтверждают идею об упрощении и огрубении структуры реагирования личности больных при утяжелении сомато-психического состояния. Более низкий уровень эмоциональной лабильности свидетельствует о выходе на первый план в значительной степени «эндогенизированной» аффективной симптоматики, динамика которой мало зависит от объективных изменений психологического плана и главным образом задается внутренними обстоятельствами биологического характера.

В диапазоне средних значений находится уровень показателя по шкале IX FPI — шкале открытости в группе больных с тяжелыми проявлениями соматогенной депрессии. Вместе с тем, средний уровень открытости в группе больных с более легкими проявлениями депрессии достоверно выше, что может свидетельствовать о большей способности этих больных к установлению социальных контактов. Определенное различие между более высоким уровнем открытости по методике FPI и большим ощущением недостаточности коммуникативных способностей и насыщенности эмоциональных связей (по методике ТАШ) может быть объяснено тем, что первая методика в большей степени фиксирует изначальную конституциональную полноценность эмоционального функционирования, а вторая — реактивные наслоения, возникающие в психике под влиянием ситуации болезни. Эти наслоения еще и потому более живо воспринимаются больными с более легкими проявлениями депрессии, что у них отмечается более высокая критичность к собственной измененности под влиянием соматической болезни.

Подтверждением последнего вывода может

служить, также достоверно более высокий средний уровень самоощущения одиночества по методике UCLA в группе больных с менее тяжелыми проявлениями депрессии. Хотя высокий уровень одиночества по методике UCLA традиционно рассматривается в рамках когнитивной модели как прототип депрессивного переживания, связанный положительной корреляционной связью со степенью выраженности депрессии (Sermat V., 1989; Horovitz L. et al., 1989) [10,11], полученные нами результаты имеют противоположный смысл. По нашим данным отсутствуют достоверные корреляционные связи между выраженностью депрессии по методике Зунга и уровнем одиночества по шкале UCLA. Кроме того, как уже указывалось, более высокие показатели по этой шкале отмечались у менее депрессивных больных. По всей вероятности, когнитивная модель депрессии в большей степени отражает положение вещей при относительно неглубоких депрессивных состояниях. При углублении и утяжелении депрессии снижается степень как поглощенности общественными отношениями, так и степень критической оценки своей коммуникативной активности.

Показатель по шкале раздражительности соответствует высокому уровню значений, но, по сравнению с больными, обнаруживающими более низкий уровень депрессии, он является достоверно меньшим. Таким образом, при сохранности астенической симптоматики в качестве стержневой, отмечается нарастание в динамике признаков все большего истощения энергетических ресурсов личности.

Подтверждением этой тенденции является и выраженность в группе больных с более высокими уровнями депрессии среднего показателя по шкале реактивной агрессивности методики FPI. Он соответствует высокому уровню значений, но достоверно ниже, чем у больных с более легкими проявлениями соматогенной депрессии. Естественно связать снижение уровня реактивной агрессивности с нарастанием соматогенной астении и большей степени двигательной заторможенности вследствие более тяжелой гипотимии. Однако нельзя сбрасывать со счетов того, что показатель по шкале реактивной агрессивности все-таки остается на уровне высокой степени выраженности. Можно предположить, что вынужденное ограничение из-за соматической несостоятельности поведенческих проявлений агрессивности в то же время сопровождается достаточно высоким аффективным уровнем переживания агрессивных импульсов.

Невозможность или затрудненность реализовать агрессию в поведении порождает канализацию возникающего внутреннего напряжения по пути перегрузки психофизиологического контура адаптационного процесса, что ухудшает прогноз имеющейся соматической патологии.

Низкий показатель по шкале маскулинности-феминности характеризует отсутствие тенденций к агрессивно-наступательному стилю поведения, стремления к доминированию в межличностных отношениях, что абсолютно согласуется с описанными выше проявлениями базисной астенической симптоматики, а также редукции поведенческой активности в рамках более выраженного депрессивного состояния. Естественным оказывается, что средний показатель по этой шкале достоверно ниже по сравнению с больными с более легкой депрессией. Можно говорить в данном случае уже не о реализации «нормопатического» поведения в рамках алекситимических тенденций, а об истинном преобладании пассивно-оборонительного типа активности, обусловленного астенизацией и депрессией.

Структура корреляционных связей показателей по шкалам методики FPI со степенью вы-

раженности показателя алекситимии, в отличие от лиц с более легкими проявлениями депрессии, характеризуется отсутствием многообразия и насыщенности корреляционных связей. Вместо разветвленной корреляционной плеяды, описанной выше, установлена лишь достоверная связь показателя алекситимии с уровнем раздражительности по методике FPI. По всей вероятности, в этой группе у более алекситимичных лиц создается более искаженное впечатление о степени их раздражительности (в сторону ее преувеличения). Отсутствие других достоверных связей, а также сам по себе достоверно более низкий уровень алекситимии в группе с более тяжелыми проявлениями депрессии указывает на то, что в этом контингенте алекситимия не играет значительной роли в консолидации паттерна личностного реагирования. Более тяжелая соматогенная депрессия, клинически выглядящая более биологически зависимой, по сравнению с более легкой депрессией, оказывается связанной в меньшей степени с психогенными факторами. Алекситимия выступает в ряду приобретённых психологических качеств, а не является конституциональной чертой.

### Выводы

1. При более лёгких соматогенных депрессиях отмечаются достоверно более значительные сдвиги в паттерне реагирования ( по данным FPI и ТАШ ), что отражает большую открытость личности этих больных психологическим аспектам ситуации болезни.

2. Значительная насыщенность и широта корреляционных связей показателя алекситимии с характеристиками личностного реагирования по методике FPI указывает на то, что алекситимия играет роль системообразующего реактивного фактора (обраования), выполняющего функцию механизма психологической защиты.

3. Уменьшение выраженности алекситимии ( по ТАШ ) и упрощение паттерна личностного

реагирования при более тяжелых соматогенных депрессиях свидетельствуют об упрощении структуры отношений личности и повышении значимости собственно биологических аспектов болезненного процесса.

4. У больных, характеризующихся более низкими показателями депрессии (до 57 Т-баллов по Зунгу) и более высокими (свыше 72 по ТАШ) алекситимии психотерапевтические коррекционные мероприятия могут быть более эффективными, несмотря на сложность установления контакта как с алекситимичными пациентами. При более низких показателях алекситимии и высоких — депрессии предпочтение должно отдаваться биологической терапии.

*О.К. Буцев*

## АЛЕКСИТИМИЯ ТА СОМАТОГЕННІ ДЕПРЕСІЇ

Донецький державний медичний університет

58 хворих на соматогенну депресію (органічний (афективний) розлад настрою F06.3 за МКХ-10) були досліджені за допомогою шкали депресії Зунга, Торонтської Алекситимічної Шкали, Фрейбурзького особистісного опитувальника (FPI) та шкали самотності UCLA.

Відповідно показникові за шкалою Зунга хворі були розділені на 2 групи - з високим та середнім рівнем депресії. Змальовані деякі особливості хворих кожної групи. Здійснений аналіз кореляційних зв'язків між рівнем алекситимії та рівнями шкал методики FPI. Наведено факти, що свідчать про значну роль алекситимії як реактивного формування у походженні соматогенних депресій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С.29-36).

## ALEXITHYMIA AND SOMATOGENIC DEPRESSION

Donetsk State Medical University

58 patients with somatogenic depressions (organic (affective) mood disorder — F06,3 by ICD-10) were investigated using Zung's depressive scale, Toronto Alexithymia Scale, Freiburg Personality Inventory (FPI) and UCLA scale of loneliness.

According to the score by Zung's scale the patients were divided into 2 groups - with the high and middle level of depression. Some personality's peculiarities of each group's patients were described. The analysis of correlation ties between the alexithymia's level and levels of FPI's scales was carried out. Some reasons to consider alexithymia as a significant reactive formation in somatogenic depressions of middle level origin were shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1998. — № 2 (5). — P.29-36).

### *Литература*

1. Гиндикин В.Я. Соматоформные, соматогенные и психосоматические расстройства. // Лексикон малой психиатрии. М., 1997, с.274-328.
2. Коркина М.В., Марилов В.В. Психосоматические расстройства. // Психиатрия - М.: 1995.- с.501-511.
3. Ереско Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Метод. пособие. Психоневрологический ин-т им. В.М.Бехтерева, - СПб, 1994, 16с
4. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунга. // Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие п. ред. Райгородского Д.Я. - Самара: Изд. Дом «Бахрах», 1998, - с.82-84.
5. Личностный опросник FPI. // Практикум по экспериментальной и прикладной психологии. Учебное пособие п. ред. Крылова А.А. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1990, - с.51-61.
6. Рассел Д. Измерение одиночества. // Лабиринты одиночества. -М.: Прогресс, 1989. с.192-226.
7. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезни (к проблеме нозогений). // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова, - N 2, 1997, с.4-10.
8. McDougall J. Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. // J Psychoanal Psychother, 1982-1983, N 9, p.379-388.
9. Weinryb R.M., Gustavsson J.P., Asberg M., Rossel R.J. The concept of alexithymia: an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. // Acta Psychiatr Scand, 1992, N 85, p.153-162.
10. Серма В. Некоторые ситуативные и личностные корреляты одиночества // Лабиринты одиночества. -М.: Прогресс, 1989. с.227-242.
11. Хоровиц Л.М. с соавт. Прототип одинокой личности. // Лабиринты одиночества. -М.: Прогресс, 1989. с.243-275.

Поступила в редакцию 15.11.99г.