

## Особенности алекситимии у пациентов с анкилозирующим спондилитом

Н. А. Кузнецова<sup>1</sup>, О. В. Кремлева<sup>2</sup>, Г. Б. Колотова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> МАУ «Городская клиническая больница № 40», Екатеринбург

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России, Екатеринбург

**Резюме.** Целью исследования была количественная оценка алекситимии у больных анкилозирующим спондилитом (АС) в ее взаимосвязях с клиническими особенностями течения заболевания. В контролируемом и корреляционном исследовании участвовали 90 пациентов с достоверным диагнозом АС (в соответствии с модифицированными нью-йоркскими критериями 1984 года) и 45 практически здоровых добровольцев, составивших контрольную группу. Для психологического исследования использовалась адаптированная Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ). Выявлен более высокий уровень алекситимии (по ТАШ) у пациентов с АС по сравнению со здоровыми лицами. Высокий уровень алекситимии при этом ассоциирован с худшими клиническими и функциональными показателями, а также с интенсивностью хронического болевого синдрома и показателями активности воспалительного процесса.

**Ключевые слова:** алекситимия, Торонтская алекситимическая шкала, анкилозирующий спондилит

### Feature of alexithymia in patients with ankylosing spondylitis

N. A. Kuznetsova<sup>1</sup>, O. V. Kremleva<sup>2</sup>, G. B. Kolotova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MAU "City Clinical Hospital № 40", Yekaterinburg,

<sup>2</sup> GBOU VPO "Ural State Medical Academy" Ministry of Health, Yekaterinburg

**Summary.** The aim of the study was a quantitative assessment of alexithymia in patients with ankylosing spondylitis (AS) and its relation to clinical features of the disease. In a controlled and correlation study involved 90 patients with a documented diagnosis of AS (according to modified New York — based criteria in 1984) and 45 healthy volunteers in the control group. For psychological studies used adapted Toronto alexitimicheskaya scale (TAS). Revealed higher levels of alexithymia (the TAS) in patients with AS compared with healthy individuals. The high level of alexithymia is associated with worse clinical and functional parameters, as well as to the intensity of chronic pain and indicators of inflammatory activity.

**Key words:** alexithymia, Toronto alexitimicheskaya scale, ankylosing spondylitis

Впервые анкилозирующий спондилит был описан в 1892 г. В. М. Бехтеревым и известен также как болезнь Бехтерева [1]. Идиопатический анкилозирующий спондилит (АС) занимает второе место по распространенности среди воспалительных ревматических болезней (от 0,5 % до 1,4 %) [4]. Это заболевание начинается в молодом возрасте, малокурабельно, характеризуется хронической болью, деформациями позвоночника и суставов, неуклонным прогрессированием, ранней инвалидизацией в наиболее трудоспособном возрасте, а также высокой склонностью больных к депрессии и тревоге [15] и снижением качества жизни [6].

Несмотря на то что АС, как и другие аутоиммунные заболевания, находится под влиянием генетических факторов, последние являются хотя и обязательным, но недостаточным условием для развития этих расстройств [17]. Согласно современным концепциям стресс-уязвимости [19], триггером экспрессии генов могут являться стрессоры, высокую уязвимость к которым обеспечивают некоторые психологические характеристики индивидуумов [5]. Негативные эффекты стрессоров могут быть поддержаны избеганием или ингибацией эмоций [10],

и эту функцию выполняет такой психологический конструкт, как алекситимия [13]. Исследования ряда авторов предполагают, что индивидуумы с воспалительными ревматическими заболеваниями склонны проявлять дефицит осознания эмоций, трудности в различении негативных и позитивных эмоций и нежелание вербально выражать чувства, особенно гнев [8], однако в исследуемые выборки не были включены больные с АС. Эмоциональные ограничения как факторы алекситимического конструкта часто связывают с переживанием интенсивной боли [16], но при АС, также характеризующимся интенсивной и персистирующей болью, такие исследования не проводились.

Несмотря на утверждения, что психосоматические влияния при АС обнаруживаются реже, чем при ревматоидном артрите [2], психологические факторы могут быть важны в оценке и ведении больных с АС, поскольку способны опосредовать эффект воздействия важных социодемографических и медицинских факторов на активность болезни и функциональные ограничения у этих пациентов [7].

Целью настоящего исследования явилась количественная оценка алекситимии у больных АС в

ее взаимосвязях с клиническими особенностями течения заболевания.

#### Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе городского ревматологического центра МАУ «ГКБ №40» в период с 2009 по 2010 год. Основную группу составили 90 пациентов АС (70 мужчин — 77,8 %, 20 женщин — 22,2 %), с медианой возраста — 43 (34, 48) года, у мужчин — 42,5 (34, 48) года, у женщин — 43,5 (36,5; 48,5) года.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: получение информированного согласия на участие в исследовании и достоверный диагноз АС в соответствии с модифицированными нью-йоркскими критериями (1984). Критерием исключения из исследования было наличие тяжелой сопутствующей хронической соматической патологии, не контролируемой медикаментозным лечением.

Контрольная группа сформирована из 45 практически здоровых добровольцев (32 мужчины и 13 женщин). Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту ( $p=0,40$ ;  $p=0,91$  соответственно).

Медиана возраста дебюта АС составила 25,5 (20, 30) года, длительности заболевания — 15,5 (9;22) года. Всем пациентам АС, включенным в исследование, проводилась рентгенография крестцово-подвздошных сочленений, тазобедренных суставов, позвоночника, УЗИ тазобедренных суставов, лабораторное определение маркеров активности воспаления (СОЭ, СРП) и тестирование на генетический маркер HLAB27. В качестве инструмента определения активности заболевания использовался индекс BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) [20] и ASDAS СРП (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) [20]; функциональное состояние пациентов определялось по индексу BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) [20]. Для оценки спондилита ис-

пользовались показатели боли в позвоночнике по числовой ранговой шкале (ЧРШ), отдельно оценивались ночная, дневная боль и глобальная оценка общей активности заболевания пациентов. Для оценки подвижности всех отделов позвоночника определялся метрологический индекс BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) [20], поражения энтезисов — индекс MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score) [20].

Исследуемая группа отличалась высокой активностью заболевания (медиана активности по индексу BASDAI составила 5 (3,6; 6,4) баллов), ASDAS СРП — 3,5(2,8;4,1) и умеренной функциональной недостаточностью — медиана функционального индекса BASFI — 3,5 (1,9; 6,5).

Для психологического исследования использовалась адаптированная Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ); определялась медиана общего балла алекситимии [3]. Тестирование проводилось однократно, индивидуально с каждым обследованным пациентом основной и участником контрольной группы. «Алекситимический» тип личности определяли при наборе пациентом 74 баллов и выше, «неалекситимический» тип личности — 62 балла и ниже.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ «Statistica, версия 6,1» (Stat Soft, США). Большинство показателей анализируемой группы характеризовались распределением, отличным от нормального, в связи с чем результаты представлены в виде медианы (Me) с указанием размаха значений от 25 до 75 процентиля — Me (25; 75%). Сравнение двух групп количественных признаков с распределением, отличным от нормального, с равной дисперсией, проводилось с помощью критерия Манна-Уитни (U). С целью выявления корреляции определялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R). Статистически значимой считалась разница показателей при  $p<0,05$ .

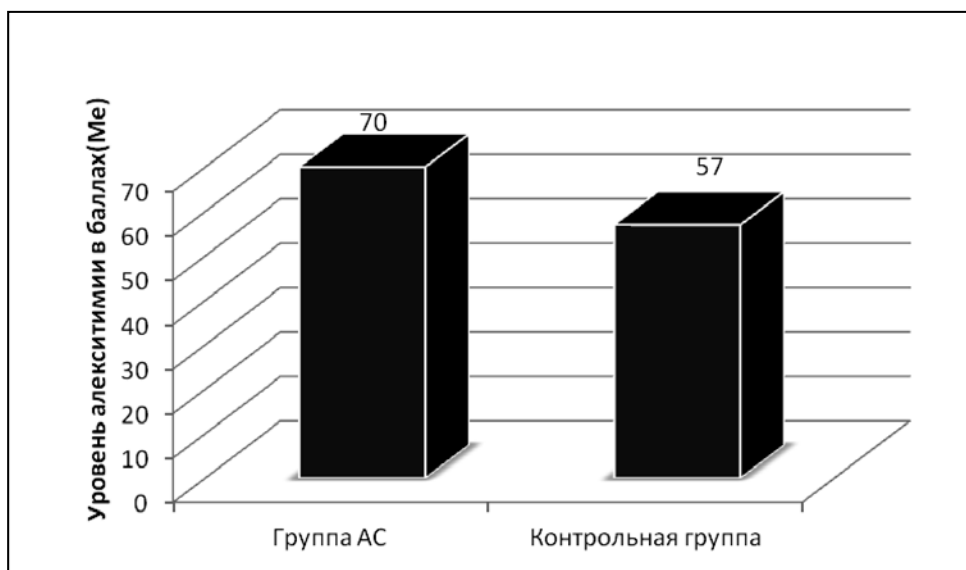


Рис.1. Уровень алекситимии в основной и контрольной группах (медианы),  $p=0,00001$

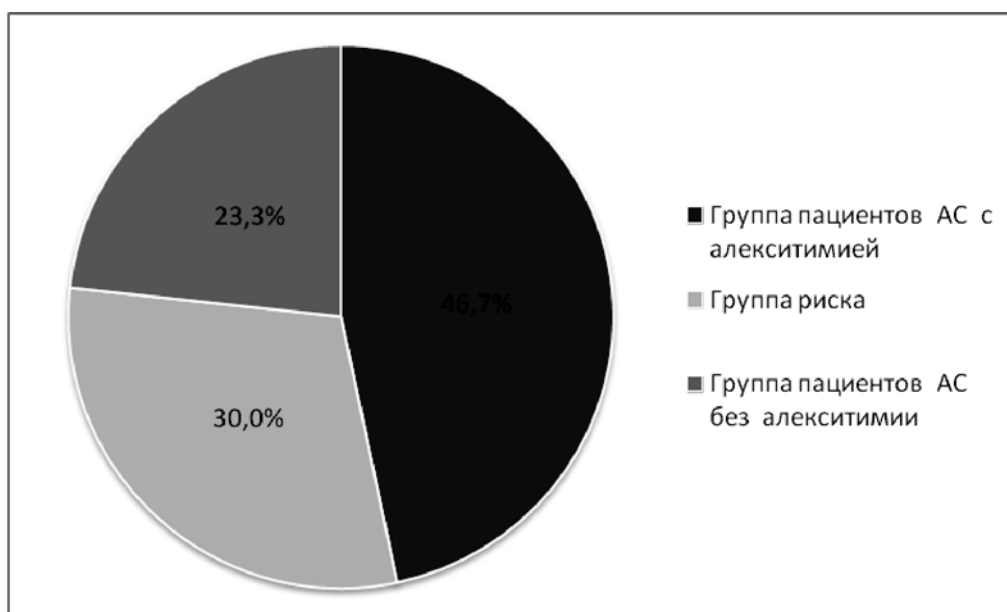


Рис. 2. Распределение больных АС по данным ТАШ

### Результаты и обсуждение

В основной группе больных АС медиана общего балла алекситимии по ТАШ оказалась значительно выше аналогичного показателя контрольной группы — 70,0 (60,0; 77,0) и 57,0 (53,0; 70,0) соответственно ( $p=0,00001$ ), что свидетельствует о наличии трудностей в идентификации, различении и вербализации чувств, экстерналистском стиле мышления и бедности воображения у данной категории пациентов (рис. 1).

Среди обследованных больных АС 42 человека (46,7%) имели очерченный алекситимический радикал (рис. 2). Эти пациенты при тестировании по шкале ТАШ набрали свыше 74 баллов, что соответствует критерию выраженной алекситимии. У 21 пациента (23,3 %) алекситимии выявлено не было (менее 62 баллов по ТАШ).

При сопоставлении частоты «алекситимического» и «неалекситимического» типов личности у больных группы АС в сравнении с контрольной установлено, что в группе пациентов с АС «алекситимический» тип личности статистически значимо превалировал ( $p<0,0001$ ). Удельный вес «неалекситимического» типа личности был значимо ниже в основной группе по сравнению с контрольной ( $p<0,05$ ).

В доступной литературе не обнаружено исследований алекситимии у больных АС. Данные по баллам и уровню алекситимии при других воспалительных ревматических заболеваниях трудно сопоставимы из-за использования разных версий Торонтской шкалы и других опросников алекситимии. В работах, использовавших сопоставимую версию Торонтской шкалы (TAS-26), приводится средний балл алекситимии при ревматоидном артрите — 64 — 69, а число алекситимиков — 27,5 — 66% [18]. Таким образом, показатели алекситимии в выборке больных АС оказались сопоставимыми

с таковыми в выборке больных ревматоидным артритом, считающихся высокоалекситимичными, однако подсчитать статистически значимую разницу не представляется возможным.

Сравнительный анализ первичных данных по ТАШ у больных АС и лиц контрольной группы в соответствии с факторной моделью алекситимии показал, что для пациентов АС наиболее характерными были такие «ядерные» составляющие конструкта алекситимии, как затруднения при идентификации собственных чувств (утверждения ТАШ 4, 12, 20), и трудности в различении между чувствами и телесными ощущениями (утверждения ТАШ 10, 17, 25) ( $p<0,001$ ).

Для устранения влияния на уровень алекситимии основных социально-демографических факторов далее был проведен анализ взаимосвязи алекситимии с такими характеристиками пациентов, страдающих АС, как пол и возраст.

Показатели алекситимии у мужчин — 68,0 (60,0; 76,0) и женщин — 75,0 (63,0; 77,0) в группе пациентов АС статистически значимо не различались ( $p>0,05$ ) (рис. 3).

Не выявлено также значимой корреляционной связи алекситимии со средним возрастом пациентов АС ( $R=0,13$ ,  $p > 0,05$ ).

Для дальнейшего анализа взаимосвязи уровня алекситимии и клинических факторов пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы: 1-ю составили «алекситимики» — 42 чел. ( $>74$  баллов по ТАШ), 2-ю сформировали пациенты «неалекситимики» — 21 чел. ( $<62$  балла по ТАШ).

Результаты анализа корреляционных связей между уровнем алекситимии (ТАШ) и особенностями течения АС показали наличие значимых позитивных ассоциаций алекситимии с уровнем активности BASDAI, показателем функциональной недостаточности BASFI, показателем наруше-

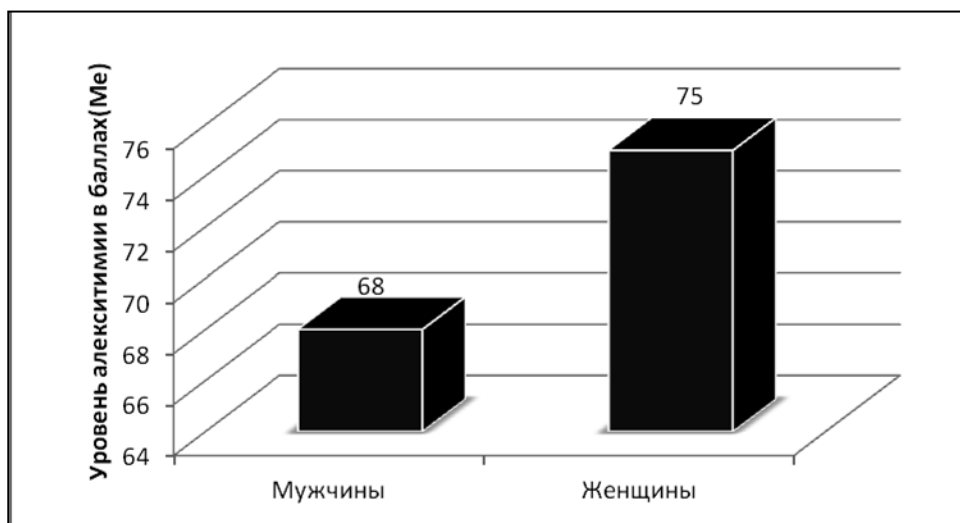


Рис. 3. Сравнение уровня алекситимии у мужчин и женщин основной группы (АС) (медианы),  $p=0,17$

ния подвижности позвоночника и тазобедренных суставов (метрологическим индексом BASMI) и показателем поражения энтезисов MASES ( $p<0,05$ ) (табл. 1).

**Таблица 1. Коэффициенты корреляции между уровнем алекситимии (ТАШ) и клиническими показателями у больных АС**

Клинические показатели	R	p
Показатель активности BASDAI	0,30	0,003
Показатель активности ASDAS СРП	0,27	0,01
Показатель функциональной недостаточности BASFI	0,35	0,0006
Метрологический индекс BASMI	0,28	0,008
Показатель поражения энтезисов MASES	0,25	0,01

Примечание. R – коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Наиболее значимой оказалась связь высокого уровня алекситимии с показателями функциональной недостаточности, метрологическим индексом и показателем активности воспаления BASDAI. Возможно, высокая значимость корреляционных связей алекситимии с этими показателями объясняется тем, что все они извлечены из самозаполняемых пациентами опросников (BASFI, BASDAI) в отличие от показателей активности по ASDAS, поражения энтезисов по MASES и метрологического индекса BASMI, опирающихся на объективные и лабораторные оценки. Поскольку данные других авторов указывают, что самосообщаемый статус здоровья более тесно связан с личностными чертами [9], можно предполагать большее влияние алекситимии на субъективные оценки здоровья пациентами с АС. Однако, поскольку одновременно не было установлено значимых корреляционных связей уровня алекситимии

с возрастом начала АС и продолжительностью заболевания ( $p>0,05$ ), следует рассмотреть возможность влияния иных психологических факторов на установленные связи алекситимии с субъективно худшими оценками соматического статуса, например соматизации. Отсутствие значимых вариаций уровня алекситимии в зависимости от протяженности заболевания во времени от момента его начала косвенно указывает на «первичный» характер алекситимии в соотношениях с АС.

Результаты корреляционного анализа между уровнем алекситимии по ТАШ и болью (по ЧРШ) показали наличие значимых позитивных корреляционных связей как с ночной болью, так и с болью, испытываемой в течение дня (табл. 2). Полученные данные хорошо согласуются с данными других авторов, обнаруживших высокий уровень алекситимии при болевых синдромах [16].

**Таблица 2. Коэффициенты корреляции между уровнем алекситимии (ТАШ) и уровнем боли (по ЧРШ) у пациентов с АС**

Показатели боли (ЧРШ)	R	p
Боль в течение дня	0,33	0,001
Ночная боль	0,36	0,0005

Примечание. R – коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Более высокая значимость корреляции алекситимии с ночной болью и меньшая – с дневной другими авторами не упоминалась. Для объяснения этой связи может потребоваться дополнительное исследование опосредующей роли депрессии при АС, которая, по данным исследователей, встречается при этом заболевании и ассоциирована с алекситимией [12]. Ночная боль отражает выраженность спондилита, т.е. активности АС. Таким образом, имеется определенное соответствие: корреляция с активностью по BASDAI и активностью спондилита по ВАШ ночная боль.

## Выводы

Проведенное исследование выявило у больных АС более высокий уровень алекситимии (по ТАШ) по сравнению со здоровыми лицами, при этом переменные пола и возраста не влияли на измерения алекситимии. Такой «чувственный» фактор алекситимии, как затруднения при идентификации собственных чувств и трудности в различении между чувствами и телесными ощущениями был значимо ассоциирован с АС.

Высокий уровень алекситимии при АС ассоциирован с худшими клиническими и функциональными показателями. При этом алекситимия значимо ассоциировалась не только с функциональным снижением и ограничениями подвижности, но также с интенсивностью хронического болевого синдрома и показателями активности воспалительного процесса. Эти данные ясно демонстрируют, что высокий уровень алекситимии тесно связан с субъективными и объективными оценками соматического статуса при АС. Поскольку продолжительность заболевания не влияла на уровень алекситимии, можно предполагать, что алекситимические характеристики не являлись следствием соматогенного или психогенного воздействия АС на личность пациентов. В таком случае более закономерной является гипотеза значения алекситимии как фактора, опосредующего стресс-уязвимость в генезе АС.

Основное влияние клинических и функциональных показателей АС на общее состояние

здоровья и активность повышает вероятность того, что психологические факторы могут оказывать влияние на болезненное состояние и исходы болезни. Было бы полезным далее проследить, что лежит в основе этих ассоциаций, прежде чем рассмотреть, как эти знания могут быть использованы в клинической практике, например, в расширении современных протоколов оценок при АС, включив в них психологические оценки. Необходимо дальнейшее исследование, чтобы идентифицировать соматопсихическую / психосоматическую направленность выявленных связей, а также возможную опосредующую связь алекситимии с другими психологическими характеристиками, ассоциированными с болью, воспалением и функциональным снижением при АС.

Настоящее исследование указывает, что разница в уровне алекситимии может отвечать за вариации в переживании боли пациентами АС, что отмечалось при других хронических болевых синдромах в ревматологии [15], и позволяет наметить новые мишени для психологического вмешательства в субъективное восприятие боли при АС. Высокий уровень алекситимии в значимых ассоциациях со статусом здоровья при АС делает целесообразным разработку и включение методов психотерапевтической помощи в комплекс лечения и реабилитации пациентов, страдающих этим серьезным заболеванием.

## Литература

1. Бехтерев В.М. Одеревенелость позвоночника с искривлением его как особая форма заболевания // *Врач.* — 1892. — № 13. — С. 899–903.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА. — 1999. — 376 с.
3. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей / НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб. — 2005. — 24 с.
4. Насонов Е.Л. Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР. — 2008. — 720 с.
5. Belsky J., Pluess M. Beyond Diathesis-Stress: Differential Susceptibility to Environmental Influences // *Psychological Bulletin.* — 2009. — V. 135 (6). — P. 885–908.
6. Bostan E.E., Borman P., Bodur H. [et.al.]. Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis // *Rheumatol Int.* — 2003. — № 23. — P. 121–126.
7. Brionez T.F., Assassi S., Reveille J.D. [et. al.]. Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis // *J Rheumatol.* — 2010. — V.37(4). — P. 829–34.
8. Dailey P.A., Bishop G.D., Russell I.J. [et. al.]. Psychological stress and the fibrositis/fibromyalgia syndrome // *J Rheumatol.* — 1990. — № 17. — P. 1380–1385.
9. Hidding A., de Witte L., Van der Linden S. Determinants of self-reported health status in ankylosing spondylitis // *J Rheumatol.* — 1994. — № 21. — P. 275–278.
10. Horowitz M.J. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders // *Hosp Community Psychiatry.* — 1986. — № 37. — P. 241–249.
11. Kobelt G., Andlin-Sobocki P., Maksymowych W.P. Costs and quality of life of patients with ankylosing spondylitis in Canada // *J. Rheumatol.* — 2006. — № 33. — P. 289–95.
12. Lowe B., Willand L., Eich W [et. al.]. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases // *Psychosom Med.* — 2004. — № 66. — P. 395–402.
13. Lumley M.A., Stettner L., Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways // *J Psychosom Res.* — 1996. — № 41. — P. 505 – 518.
14. Lumley M.A., Smith J.A., Longo D.J. The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain. Comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression // *J Psychosom Res.* — 2002. — № 53. — P. 823–830.
15. Martindale J., Smith J., Sutton C.J. [et. al.]. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis //

- Rheumatology (Oxford)*. — 2006. — V. 45 (10). — P. 1288–1293.
16. Middendorp H. van, Lumley M.A., Jacobs J.W.G. [et. al]. *Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia* // *J Psychosom Res*. — 2008. — № 64. — P. 159–167.
17. Mohan C. *Environment versus genetics in autoimmunity: a geneticist's perspective* // *Lupus*. — 2006. — № 15. — P. 791–793.
18. Poulsen A. *Psychodynamic, time-limited Group Therapy in rheumatic disease — a controlled study with special reference to alexithymia* // *Psychotherapy and Psychosomatics*. — 1991. — V. 56 (1–2). — P. 12–23.
19. Robertson S.P., Poulton R. *Longitudinal Studies of Gene–Environment Interaction in Common Diseases—Good Value for Money? In: Genetic Effects on Environmental Vulnerability to Disease: Novartis Foundation Symposium 293* (ed M. Rutter), John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK. — 2008. — P. 128–142.
20. Sieper J., Rudwaleit M., Baraliakos X. [et. al]. *The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis* // *Ann Rheum Dis*. — 2009. — V. 68 (Suppl II). — P. 2 – 44.

**Сведения об авторах**

**Наталья Александровна Кузнецова** — врач-ревматолог; Городской ревматологический центр, консультативно – диагностическая поликлиника, МАУ «ГКБ № 40», Екатеринбург. E-mail: [natalia10@e1.ru](mailto:natalia10@e1.ru)

**Ольга Владимировна Кремлева** — д. м. н., профессор, зав. курсом психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, Екатеринбург. E-mail: [kremleva\\_olga@mail.ru](mailto:kremleva_olga@mail.ru)

**Галина Борисовна Колотова** — МАУ «ГКБ № 40», заместитель главного врача по медицинской помощи, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии ФПК и ПП ГБОУ ВПО «УГМА Минздрава России». E-mail: [natalia10@e1.ru](mailto:natalia10@e1.ru)