

АЛЕКСИТИМИЯ ПРИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В ШЕЕ И СПИНЕ

Радий Германович Есин^{1,2}, Елена Анатольевна Горобец², Ильшат Хамзович Хайруллин²,
Олег Радиевич Есин², Алла Игоревна Федоренко¹

¹Казанская государственная медицинская академия, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д.36,

²Казанский (Приволжский) федеральный университет, 420008, г. Казань, ул. Кремлевская, д.18,
e-mail: radyesin@gmail.com

Реферат. Алекситимия (трудность вербализации ощущений) в настоящее время рассматривается как фактор отягощающий течение соматических заболеваний, в том числе скелетно-мышечной боли. Цель работы: определить частоту встречаемости алекситимии у пациентов с неспецифической болью в шее и спине и ее ассоциацию с клиническими особенностями боли. Контингент и методы обследования: 156 пациентов в возрасте 18–50 лет (средний возраст 38,2±10,1 года), 89 женщин и 67 мужчин, обратившихся в медицинские учреждения по поводу аксиальной боли (паравerteбральная локализация боли) в области шеи, грудного отдела позвоночника и поясничной области. Методы исследования: Торонтская шкала алекситимии, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) боли, ВАШ влияния боли на инвалидизацию, ВАШ удовлетворенности жизнью, госпитальная шкала депрессии и тревоги, индекс широко распространенной боли. Результаты: пациенты с алекситимией и острой болью имели статистически значимо более высокие показатели по ВАШ (интенсивность боли), индексу инвалидизации и госпитальной шкале тревоги и депрессии, и значимо более низкие показатели индекса удовлетворенности жизнью, чем неалекситимичные пациенты. Та же закономерность выявлена в подгруппе пациентов с хронической болью. Выводы: коморбидность алекситимии, острой и хронической боли, тревоги и депрессии обуславливает целесообразность регистрации этого феномена в клинике для прогноза заболевания и разработки в дальнейшем путей преодоления проблемы.

Ключевые слова: алекситимия, боль в шее, боль в спине, депрессия, тревога, широко распространенная боль.

ALEXITHYMIA IN CHRONIC AND ACUTE
NON-SPECIFIC CERVICAL AND BACK PAIN

Radiy G. Esin^{1,2}, Elena A. Gorobets², Ilshat K. Khairullin²,
Oleg R. Esin², Alla I. Fedorenko¹

¹Kazan State Medical Academy, Russia, Butlerov Str. 36, Kazan, 420012, ²Kazan (Volga region) Federal University, Kremlyovskaya Str. 18, Kazan, Russian Federation, 420008, e-mail: radyesin@gmail.com

Alexithymia (difficulty of verbalization of sensations) is currently considered as a factor aggravating the course of somatic diseases, including musculoskeletal pain. Objective: to determine the frequency of occurrence of alexithymia in patients with nonspecific pain in the neck and back and its association with the clinical features of pain. Contingent and examination methods: 156 patients aged 18–50 years (mean age 38.2 ± 10.1 years), 89 women and 67 men who applied to medical institutions for axial pain (paravertebral localization of pain) in the neck, thoracic region spine and lumbar region. Research methods: Toronto alexithymia scale, visual analogue scale (VAS) of pain, VAS influence of pain on disability, VAS life satisfaction, hospital scale of depression and anxiety,

index of widespread pain. Results: patients with alexithymia and acute pain had statistically significantly higher rates for VAS (pain intensity), disability index and hospital anxiety and depression scale, and significantly lower life satisfaction index than non-alexithymic patients. The same pattern was found in the subgroup of patients with chronic pain. Conclusions: comorbidity of alexithymia, acute and chronic pain, anxiety and depression makes it advisable to register this phenomenon in the clinic to predict the disease and to develop further ways to overcome the problem.

Key words: alexithymia, neck pain, back pain, depression, anxiety, widespread pain.

Боль является самой частой причиной обращения в систему первичной медицинской помощи [8], от хронической боли страдает каждый пятый европеец и такое же число американцев [5, 19]. Неспецифическая боль в спине является одной из ведущих нозологий в списке причин боли. Термин «неспецифическая боль в спине» предложен за рубежом для практикующих врачей амбулаторного звена, которым в условиях дефицита времени необходимо определить необходимость дополнительных обследований и лечебную тактику. Причинным субстратом неспецифической боли в спине являются миогенные триггерные зоны (потому, боль называется неспецифической), которые: а) не визуализируются инструментальными методами; б) не сопровождаются изменениями каких-либо лабораторных показателей; в) для верификации требуют хороших навыков мануальной диагностики и значительного времени [2].

Несмотря на доброкачественность причины, длительность обострений миогенной боли может достигать 12 месяцев [9]. Вопросы хронизации боли являются одной из самых значимых проблем современной альгологии. Интенсивно изучаются нейрофизиологические, биохимические, морфологические предпосылки персистенции боли [18]. Одной из причин, которая может способствовать более тяжелому течению боли и обуславливать тенденцию к хронизации, является алекситимия, под которой понимается неспособность индивидуума адекватно понимать и выражать собственные чувства и ощущения, воспринимать чужие эмоции [1].

Цель исследования – определить частоту алекситимии у пациентов с неспецифической болью в шее и спине и ее ассоциацию с клиническими особенностями боли.

Контингент обследованных. В исследование были включены 156 пациентов в возрасте 18–50 лет (средний возраст $38,2 \pm 10,1$ года), 89 женщин и 67 мужчин, обратившихся в медицинское учреждение по поводу аксиальной боли (паравертебральная локализация боли) в области шеи, грудного отдела позвоночника и поясничной области. Протокол отбора пациентов изображен на рис. 1. Критерием включения являлось наличие аксиальной (проекция позвоночника и паравертебральные области) неспецифической боли в шее и/или спине и/или поясничной области. Критерий исключения – знаки опасности («красные флаги»), свидетельствующие о возможной специфической причине боли [2], клинически значимая патология центральной и/или периферической нервной системы.



Рис. 1. Схема отбора пациентов в исследование.

Методы исследования. Оценка алекситимии. Для оценки алекситимии использовали русскоязычный вариант 20-пунктной Торонтской шкалы алекситимии (TAS). TAS включает вопросы по трем доменам, отражающим основные компоненты алекситимии: трудность идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ), внешне-ориентированный тип мышления (ВОМ). ТИЧ включает пункты 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14; ТОЧ – 2, 4, 11, 12, 17; ВОМ – 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 и 20. Баллы по пунктам 4, 5, 10, 18 и 19 ставятся в обратном порядке (5-х, где х – балл, проставленный испытуемым). Пациент может

набрать 20–100 баллов [3]. Пациенты, имеющие балл 61 и выше оцениваются как алекситимичные (группа А), 51–60 баллов – пограничная область (группа В), менее 50 баллов – отсутствие алекситимии (группа С).

Оценка боли. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли, хронической следует считать боль, длящуюся более трех месяцев. Пациенты, которых беспокоила боль менее трех месяцев, составили группу острой боли, пациенты, которых беспокоила боль более трех месяцев, составили группу хронической боли. Интенсивность боли оценивали по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), принимая, что 0 – полное отсутствие боли, 100 – боль сильная, какую только можно представить. Если пациент испытывал затруднения с указанием интенсивности боли по ВАШ, оценку проводили по числовой ранговой шкале (ЧРШ) также в миллиметрах [10]. Для дополнительной информации пациентов просили отметить, в каких областях тела они испытывают боль: 1 – голова и лицо, 2 – шея, 3 – плечо и рука, 4 – грудная клетка, 5 – спина, 6 – рот, 7 – поясничная область, 8 – ноги, 9 – таз и область гениталий.

Психометрические тесты. Для оценки степени влияния боли на ежедневную активность (инвалидизацию) использовали 100-мм ВАШ, где 0 – нет инвалидизации (значимого влияния на ежедневную активность), 100 – инвалидизирован так сильно, как это только можно представить [4]. Для оценки удовлетворенности жизнью пациентов просили ответить также по 100-мм ВАШ, на которой 0 – абсолютно не удовлетворен жизнью, 100 – максимально удовлетворен жизнью [15]. Оценка тревоги и депрессии проводили по госпитальной шкале тревоги и депрессии, по которой 0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия [26].

Анализ полученных данных был проведен с использованием пакета программ Excel и Statistica 10. Были использованы: метод Шапиро–Уилка для определения вида распределения данных; методы описательной статистики с представлением данных в виде среднего значения и стандартного отклонения; метод таблиц сопряженности для сравнения исследованных групп.

Общая характеристика пациентов приведена в табл. 1.

Результаты. Статистическая обработка полученных данных позволила установить, что пациенты группы А с острой болью имели статистически значимо более высокие показатели по ВАШ (интенсивность испытываемой боли), индексу инвалидизации и госпитальной шкале тревоги и депрессии, и значимо более низкие показатели индекса удовлетворенности жизнью, чем пациенты групп В и С (табл. 2). Та же закономерность выявлена в подгруппе пациентов с хронической болью. Статистически значимых различий показателей между подгруппами В и С не выявлено.

Таблица 1

Общая характеристика пациентов

Группы	Баллы TAS-20	Число пациентов (% от общего числа пациентов)	ОБ (% от общего числа пациентов с ОБ)	ХБ (% от общего числа пациентов с ХБ)
С	50 и <	81 (51,9%)	40 (67,8%)	41 (54,5%)
В	51-60	26 (16,7%)	11 (18,6%)	15 (20,0%)
А	>60	49 (31,4%)	8 (13,6%)	19 (25,5%)
Всего		156	59	75

Примечание: ОБ – острая боль; ХБ – хроническая боль.

Таблица 2

Показатели оценки боли, инвалидизации, удовлетворенности жизнью, тревоги и депрессии у обследованных пациентов

Группы	ВАШ	ИИ	ИУЖ	HADS
Острая боль				
А (n=8)	44,6±3,1	72,3±3,6	46,8±1,2	17,9±1,6
В (n=11)	37,8±2,4	62,7±1,8	52,3±1,8	10,2±1,4
p	0,0003	0,006	0,0003	0,0003
С (n=40)	34,7±3,3	60,1±3,1	54,7±2,8	9,8±1,7
p	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001
Хроническая боль				
А (n=19)	67,6±3,2	78,3±1,7	35,1±2,6	23,9±3,0
p*	0,001	0,003	0,001	0,002
В (n=15)	53,9±3,8	67,3±3,6	46,1±4,9	14,6±2,0
p	0,00001	0,01	0,02	0,00001
p*	0,001	0,004	0,003	0,001
С (n=53)	51,3±5,9	64,1±2,8	51,2±0,9	11,6±1,8
p	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001
p*	0,001	0,001	0,001	0,001

Примечание: ИИ – индекс инвалидизации, ИУЖ – индекс удовлетворенности жизнью; HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; p – различия между группой А и группами В и С; *p – различия между острой и хронической болью по всем подгруппам.

Наиболее часто причиной боли в шее являлись триггерные зоны разгибателей головы и шеи (ременная мышца головы и шеи, вертикальная порция трапециевидной мышцы), причиной боли в области грудного отдела позвоночника являлась мышца-разгибатель туловища, в области таза и крестца – торако-дорзальная фасция и медиальные отделы большой ягодичной мышцы.

Изучение распространенности боли по критериям широко распространенной боли [25] показало, что пациенты группы А, кроме доминирующей боли в шее и/или спине, ощущают боль в 7-8 регионах, пациенты группы В – в 1-4 регионах, пациенты группы А – в 1-3 регионах. Таким образом, пациенты с алекситимией имели больший индекс распространенности боли, близкий к таковому у пациентов с фибромиалгией. Оценка тяжести симптомов по тем же критериям показала, что в группе А баллы по шкале тяжести симптомов составляли 5–8 баллов, в группе В – 1-4 балла, в группе С – 0–3 балла.

Обсуждение результатов. Современные исследования особенностей боли у пациентов с алекситимией немногочисленны из-за имеющихся методологических трудностей вербализации ощущений пациентов. Изучение алекситимичности, агрессии и самоагрессии у пациентов с фибромиалгией и ревматоидным артритом показало, что алекситимия (трудности, связанные с определением ощущений) характерна для фибромиалгии в большей степени, чем для ревматоидного артрита [23]. То же касается и самоагрессии, хотя связь ревматоидного артрита и алекситимии описана в литературе [13]. Общее мнение современных исследователей заключается в том, что пациенты с алекситимией гиперчувствительны как к внутренним соматическим, так и к внешним ноцицептивным стимулам [20], однако описать отличия боли одного вида от боли другого вида они затрудняются. Не всегда помогают и болевые опросники, так как зачастую пациенты не понимают значений предлагаемых в опросниках слов.

Популяционные исследования, проведенные в европейских странах, показывают частоту алекситимии около 10% в общей популяции [7, 16]. Клинические исследования ассоциации боли и алекситимии, выявили их положительную корреляционную связь [6, 14, 21, 22]. Японское популяционное исследование выявило частоту алекситимии 7,8% и высокий риск хронизации боли у лиц с алекситимией [24]. В нашем исследовании пациенты с алекситимией составили 31,4%, со статистически значимым различием в подгруппах острой и хронической боли (13,6% и 25,5% соответственно). При изучении частоты алекситимии у пациентов с соматической патологией, следует иметь в виду, что болезнь и алекситимия имеют обоюдную взаимосвязь: алекситимия может являться предиктором соматических заболеваний и наоборот, соматические заболевания (в том числе боль) могут способствовать развитию вторичной алекситимии, регрессирующей вместе с заболеванием [1]. Этот факт объясняет значимые различия в частоте диагностики алекситимии в общей популяции и популяции пациентов, имеющих значимый болевой синдром, а также большую частоту алекситимии при хронической боли.

Выявленные в нашем исследовании значимо большие баллы по госпитальной шкале тревоги и депрессии при наличии алекситимии можно объяснить согласующимися с этим фактом находками нейровизуализации – функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ). фМРТ у алекситимиков обна-

руживает гиперактивность ноцицептивных зон коры (инсулярная кора), и одновременно – гипоактивность зон, модулирующих боль (префронтальная кора). Этот дисбаланс может явиться причиной соматической гиперсенситивности [11, 12]. Имеющаяся депрессия обуславливает снижение активности антиноцицептивной системы, то есть нарушение центральной модуляции боли по нисходящим ингибиторным путям [17].

Выводы. У пациентов с острой или хронической неспецифической болью в шее и спине алекситимия выявляется значительно чаще, чем в общей популяции, по данным литературы. Длительность и тяжесть боли коррелирует с баллами по Торонтской шкале алекситимии. Коморбидность алекситимии, острой и хронической боли, тревоги и депрессии обуславливает целесообразность регистрации этого феномена в клинике для прогноза заболевания и разработки в дальнейшем путей преодоления проблемы. Дальнейшие исследования могут быть направлены в том числе на выявление частоты первичной и вторичной алекситимии, гендерных особенностей, ассоциации алекситимии с возрастом и эффективности фармакологических и нефармакологических методов лечения.

Конфликт интересов отсутствует.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 17-04-00575.

ЛИТЕРАТУРА

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). С.148–151. <https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121148-151>
2. Есин Р.Г., Есин О.Р., Горобец Е.А. и др. Боль в шее, боль в спине: базовые принципы диагностики и терапии. Монография под общ. ред. Р.Г. Есина. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2016. 400 с.
3. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. №20(4). С. 31–38.
4. Boonstra A.M., Schiphorst Preuper H.R., Reneman M.F. et al. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain // Int J Rehabil Res. 2008. №31. P. 165–169.
5. Breivik H., Collett B., Ventafridda V. et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment // European Journal of Pain. 2006. №10. P. 287–287. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009;
6. Celikel F.C., Saatcioglu O. Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients // Ann Gen Psychiatry. 2006. №5. P. 13.
7. Franz M., Popp K., Schaefer R. et al. Alexithymia in the German general population // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008. № 43. P. 54–62.
8. Frießem C.H., Willweber-Strumpf A., Zenz M.W. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006 // BMC Public Health. 2009. №9. P. 299. doi:10.1186/1471-2458-9-299.
9. Gerwin R.D. A review of myofascial pain and fibromyalgia – factors that promote their persistence // Acupuncture in Medicine. 2005. №23. P. 121–134.
10. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic

Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) // Arthritis Care Res (Hoboken). 2011. №63 Suppl 11. P. S240–252.

11. Kano M., Hamaguchi T., Itoh M. et al. Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human // Pain. 2007. №132. P. 252–263.
12. Kano M., Fukudo S. The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders // Biopsychosoc Med. 2013. №7. P. 1.
13. Kojima M., Kojima T., Suzuki S. et al. Alexithymia, depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis // Arthritis Care and Research. 2014. № 66(5). P. 679–686.
14. Lumley M.A., Asselin L.A., Norman S. Alexithymia in chronic pain patients // Compr Psychiatry. 1997. № 38. P. 160–165.
15. Matsubayashi K., Wada T., Okumiya K. et al. Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and in Yaku // Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 1994. №31. P. 790–799.
16. 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. P. 629–635.
17. Mico J.A., Ardid D., Berrocoso E., Eschaliere A. Antidepressants and pain // Trends Pharmacol Sci. 2006. №27. P. 348–354.
18. Mills S., Torrance N., Smith B.H. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review // Current Psychiatry Reports. 2016. №18. P. 22. doi:10.1007/s11920-015-0659-9.
19. Nahin R.L. Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012 // The journal of pain: official journal of the American Pain Society. 2015. N16(8). P.769–780. doi:10.1016/j.jpain.2015.05.002.
20. Nyklíček I., Vingerhoets A.J.J.M. Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation // Pain. 2000. Vol. 85 (3). P. 471–475.
21. Pecukonis E.V. Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain // Pain Manag Nurs. 2009. №10. P. 116–123.
22. Porcelli P., Tulipani C., Maiello E et al. Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients // Psychooncology. 2007. №16. P. 644–650.
23. Sayar K., Gulec H., Topbas M. Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia // Clinical Rheumatology. 2004. № 23. P. 441–448.
24. Shibata M., Ninomiya T., Jensen M.P. et al. Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population: The Hisayama study // PLoS One. 2014 Mar. №12. 9(3). P. e90984. DOI: 10.1371/journal.pone.0090984
25. Wolfe F., Clauw D.J., Fitzcharles M-A.L. et al. 2016 Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria // Seminars in Arthritis and Rheumatism 46, № 3 (December 2016). P. 319–329. doi:10.1016/j.semarthrit.2016.08.012.
26. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety And Depression Scale // Acta Psychiatr Scand. 1983. №67. P. 361–370.

REFERENCES

1. Esin R.G., Gorobets E.A., Galiullin K.R., Esin O.R. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2014. №114(12). pp.148–151. <https://doi.org/10.17116/jnevro2014114121148-151>. (in Russian)
2. Esin R.G., Esin O.R., Gorobets E.A. et al. *Bol' v shее, bol' v spine: bazovye printsipy diagnostiki i terapii*. Monografiya pod obshch. red. R.G. Esina. Kazan: Izd-vo Kazan. un-ta, 2016. 400 p. (in Russian)
3. Starostina E.G., Teilor G.D., Kvilti L.K. et al. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya*. 2010. №20(4). pp. 31–38. (in Russian)

Поступила 02.11.18.