Черномурова П.А., Попенко Н.В., Хиновкер В.В.
Алекситимия пациентов с хронической болью в спине

*ГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Красноярск)*

doi 10.18411/spc-12-01-2018-13

idsp 000001:spc-12-01-2018-13

Хроническая боль в спине является широко распространенной проблемой. Приблизительно один из четырех или пяти взрослых людей испытывает хроническую боль [1]. Изучение эпидемиологии боли в популяции разных стран показывает, что от 13,8 до 40-56,7% людей страдает хронической болью в спине [2]. Актуальность данного вопроса для современного общества подчеркивается также распространенностью хронического болевого синдрома среди лиц трудоспособного возраста и негативным влиянием этого факта на экономику.

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет хроническую боль как «боль, продолжающуюся сверх нормального периода заживления», который обычно составляет 3 месяца [1]. Это определение широко используется в исследованиях и клинической практике, но также считается слишком узким, поскольку не включает в себя функциональные и психобиологические факторы. Знания нейробиологов о причастности центральной нервной системы в формировании хронической боли сместили фокус от болезненной области тела к головному мозгу. Исследования показали, что на индивидуальный опыт восприятия боли могут влиять такие факторы как: продолжительность боли, стресс, эмоции и когниции. Таким образом, биопсихосоциальная модель становится наиболее полным подходом к изучению и пониманию хронической боли. Отмечается тесное взаимодействие биологических, психологических и социальных факторов в клинических проявлениях боли [3].

Хроническая боль нарушает систему регуляции болевой чувствительности, способна вызвать психологические расстройства и привести к дезадаптивному болевому поведению, сохраняющемуся даже после устранения причины, которая запустила механизм боли [4].

Среди психологических расстройств алекситимия, представляющая собой функциональную особенность нервной системы индивида, может способствовать появлению и усилению болевой симптоматики [3]. Алекситимия в различных ее проявлениях встречается у 5—25 % условно здоровых людей, а у пациентов с хронической болью она появляется в 47%. Алекситимия чаще выявляется у мужчин с низким социальным статусом и уровнем доходов, невысоким уровнем образования [5,6].

Алекситимия характеризуется дефицитом когнитивных процессов и эмоциональной регуляции. В основном у пациентов с алекситимией отмечают затруднения в определении и описании эмоций собственных и чужих; трудности в различении эмоций и телесных ощущений; снижение способности к символизации, о чем свидетельствует снижение воображения и внешнеориентированный когнитивный стиль. В частности, неспособность адекватно отделить физические ощущения и соматические проявления эмоций, может вызывать неправильную интерпретацию эмоционального возбуждения, как признака заболевания [3].

Люди с алекситимией не имеют явной психической патологии, однако под воздействием стрессовых факторов они более склонны к развитию алкогольной и лекарственной зависимости, нарушениям пищевого поведения и развитию тревожно-депрессивных расстройств. Установлена положительная связь между уровнем

алексетимии, тревоги и депрессии [7]. Причем отмечается более сильное взаимовлияние алекситимии и расстройств настроения, чем алекситимии и интенсивности боли [8]. Исследования подтверждают возможность психотерапевтической коррекции алекситимии, так как уровень депрессии и тревоги уменьшается по мере выздоровления пациента. На фоне психотерапии выраженность алекситимии значительно уменьшается одновременно с уровнем тревоги, что позволяет предположить о вторичной природе алекситимии у пациентов с тревожными расстройствами [7].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей алекситимии у пациентов с хронической болью в спине.

Нами была обследована группа из 30 пациентов с хроническими болями в спине (25 женщин, 5 мужчин), которые находились на амбулаторном лечении в центре лечения боли ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России. Средний возраст пациентов составил 54 года 7 месяцев. Критериями отбора для включения пациентов в группу исследования служили: наличие добровольного информированного согласия на участие в психологическом исследовании, хронические боли в спине, длящиеся более трех месяцев и наличие остеохондроза, протрузий, грыж позвоночника объективизированными МРТ исследованием. Критерием исключения из группы исследования являлся прием антидепрессантов.

Интенсивность субъективных болевых ощущений оценивалась с помощью Цифровой рейтинговой шкалы. Для исследования алекситимии использовалась 26-пунктовая Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26). Наличие депрессии выявляли с помощью Шкалы депрессии Бека. Уровень тревожности измерялся с помощью Шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилберга, в модификации Ю. Л. Ханина.

Результаты исследования подвергались статистической обработке с помощью коэффициента корреляции рангов Спирмена.

Результаты оценки интенсивности субъективных ощущений боли на момент исследования с помощью Цифровой рейтинговой шкалы свидетельствуют, что в среднем пациенты отмечали ее интенсивность на 5,3 баллов.

Наличие алекситимии обнаружено у 17% (5 из 30) пациентов, высокий риск развития алекситимии отмечался у 50% (15 из 30) пациентов. Отсутствие алекситимических характеристик в структуре личности наблюдалось у 33% (10 из 30) обследованных больных, что говорит о высоком риске влияния алекситимии (67%) на состояние пациентов с хронической болью в спине.

Результаты исследования по Шкале депрессии Бека свидетельствуют о наличии депрессии у 53% (16 из 30) пациентов с хронической болью в спине. Легкая депрессия отмечается 17% (5 из 30) пациентов, умеренная степень депрессии у 13% (4 из 30), выраженная депрессия средней степени тяжести была выявлена у 17% (5 из 30), выраженная тяжелая депрессия у 7% (2 из 30) больных.

При исследовании уровня тревожности отклонения от нормальных показателей отмечались у 83% (25 из 30) пациентов. Высокий показатель личностной тревожности был выявлен у 63% (19 из 30) больных, а низкий уровень у 7% (2 из 30). Высокие показатели реактивной (ситуативной) тревожности были у 20% (6 из 30) пациентов, низкий уровень реактивной тревожности установлен у 37% (11 из 30).

При анализе уровней тревожности важно учитывать и брать во внимание не только высокие показатели тревожности, так как низкие отклонения от умеренного уровня тревожности могут означать сниженный уровень мотивации больного к выздоровлению и желание скрыть от специалиста повышенную тревогу.

Данные корреляционного анализа свидетельствуют о прямых взаимосвязях между алекситимией, тревожностью и депрессией. Отмечается положительная корреляция наличия алекситимии со шкалами общей депрессии ($r=0,638$ при $p\leq 0,05$),

когнитивно-аффективных проявлений ($r=0,586$ при $p \leq 0,05$), соматической депрессии ($r=0,554$ при $p \leq 0,05$). Алекситимия коррелирует положительно с уровнем личностной тревожности ($r=0,431$ при $p \leq 0,05$) и уровнем реактивной тревожности ($r=0,332$ при $p \leq 0,05$). Личностная тревожность положительно коррелирует со шкалами общей депрессии ($r=0,441$ при $p \leq 0,05$) и когнитивно-аффективных проявлений ($r=0,596$ при $p \leq 0,05$). Реактивная тревожность положительно коррелирует со шкалами общей депрессии ($r=0,445$ при $p \leq 0,05$). когнитивно-аффективных проявлений ($r=0,43$ при $p \leq 0,05$) и соматической депрессии ($r=0,401$ при $p \leq 0,05$). Статистически значимых связей между возрастом больных, продолжительностью болезни, интенсивность боли в момент исследования и психологическими особенностями не выявлено.

В данном исследовании алекситимические характеристики в структуре личности пациентов с хронической болью в спине отмечались в 67%. Алекситимия нарушает процессы регуляции и обработки в эмоциональной сфере. Это может привести к ошибочной интерпретации пациентами эмоционального возбуждения и принятию его за признаки болезни. Также результаты данного исследования подтверждают наличие прямой взаимосвязи между алекситимией и тревожно-депрессивными расстройствами пациентов с хронической болью в спине.

Алекситимия, отклонения от умеренного уровня тревожности и наличие депрессии не зависели от возраста пациентов, продолжительности боли и ее интенсивности в момент исследования.

1. Колвин Лесли А., Фэллон Мари. Основы медицины боли. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 128с.
2. Рачин АП. Хроническая боль в спине (подходы к диагностике и терапии). Поликлиника. 2014;(5):45-42.
3. Di Tella M, Castelli L, Alexithymia in Chronic Pain Disorders. Current Rheumatology Reports. 2016;18(7):41:1-9. DOI: 10.1007/s11926-016-0592-x
4. Кукушкин МЛ. Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли. Русский медицинский журнал. 2007;15(10):827.
5. Искусных АЮ. Алекситимия. причины и риски возникновения расстройства. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии»: сборник статей по материалам LIII международной научно-практической конференции. 2015;(6):59-68.
6. Kennedy M, Franklin J. Skill based treatment: An exploratory case series. Behavior Change. 2002;19(3):158-171.
7. Петрова НН, Леонидова НН. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2008;(3):32-43.
8. Makino S, Jensen MP, Arimura T, Obata T, Anno K, Iwaki R, Kubo C, Sudo N, Hosoi M. Alexithymia and Chronic Pain The Role of Negative Affectivity. The Clinical journal of pain. 2012;29(4):354-361 DOI: 10.1097/AJP.0b013e3182579c63