

В.В. Василець
І.І. Шаповал
Є.І. Шалковський
А.О. Клебанська
М.А. Станіславчук

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

КРОС-КУЛЬТУРНА АДАПТАЦІЯ УКРАЇНОМОВНОЇ ВЕРСІЇ ТОРОНТСЬКОЇ ШКАЛИ АЛЕКСИТИМІЇ TAS-20: АПРОБАЦІЯ У ХВОРИХ НА АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ

Ключові слова: алекситимія, TAS-20, крос-культурна адаптація, анкілозивний спондиліт.

Алекситимія (АЛ) розглядається як стійка риса особистості, яка разом з іншими факторами зовнішнього середовища зумовлює загострення соматичних захворювань і може стати чинником виникнення психічних розладів. Доведено, що АЛ асоціюється з хронічним болем та суттєво впливає на рольове фізичне та соціальне функціонування. Анкілозивний спондиліт (АС) є хронічним мультисистемним запальним розладом, що характеризується тривалим і вираженим больовим синдромом, що є предиктором розвитку АЛ, тому існує нагальна необхідність скринінгу цих хворих на предмет виявлення АЛ. **Мета дослідження:** створення україномовної версії Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) та її крос-культурна адаптація з оцінкою валідності й апробацією у хворих на АС. **Матеріали і методи.** У дослідження включено 65 хворих на АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями та 55 практично здорових осіб без ознак АС в якості групи контролю. Для валідизації використано останню модифіковану версію Торонтської шкали алекситимії (TAS-20). Дослідження виконувалося з дотриманням основних біоетичних норм. Усі пацієнти надали згоду на участь в дослідженні, після чого було проведено повне клінічне обстеження: зібрані демографічні дані, оцінено хворобоспецифічні показники (BASDAI, BASFI, BASMI, ASQoL, ASAS HI/EF) та проведено скринінг для виявлення АС за TAS-20. Статистичний аналіз проведено за допомогою програми IBM SPSS23. **Результати.** Аналіз отриманих даних засвідчив високу надійність та валідність україномовної версії Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) для скринінгу хворих на АЛ. Підрахунки коефіцієнта α -Кронбаха за результатами тесту та ретесту (через 14 днів) підтвердили внутрішню узгодженість TAS-20 (0,7 та 0,7 відповідно). Визначено внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції, який становив 0,996 ($p < 0,05$). Парний t -критерій Стюдента не виявив суттєвих відмінностей між групами тест-ретест ($p > 0,05$). У подальшому дослідження з апробації шкали TAS-20 проведено на хворих з АС. Пацієнти з АС характеризувалися високою активністю, значною втратою функціональної здатності. Також встановлено помірний вплив захворювання на якість життя та здоров'я пацієнтів. Отримані нами результати опитування за TAS-20 показали значимо вищі показники за загальною оцінкою TAS-20 у хворих на АС ($49,58 \pm 10,57$) порівняно з практично здоровими особами групи контролю ($39,89 \pm 8,73$), $p < 0,0001$, що свідчить про високий рівень АЛ у хворих на АС. **Висновки.** Створено україномовну версію Торонтської шкали алекситимії (TAS-20) та проведено її крос-культурну адаптацію для подальшого використання в україномовній популяції. Україномовна версія шкали TAS-20 має достатній рівень надійності, що дозволяє використовувати її з науковою метою та в клінічній практиці. АЛ у хворих на АС виявляється майже у кожного п'ятого пацієнта, а ще у 26% хворих реєструються межові значення шкали АЛ, тоді як в групі здорових відповідні рівні TAS-20 реєструють у 1–5% обстежених. Клінічне значення АЛ у хворих на АС потребує подальших досліджень.

ВСТУП

Термін «алекситимія» введений Пітером Сіфнесом в 1973 р. для визначення групи когнітивних та афективних характеристик, які відмічалися у пацієнтів із класичними психосоматичними захворюваннями [24]. Основними характеристиками цього поняття є труднощі в ідентифікації та описі почуттів, труднощі у диференціації почуттів і тілесних

ентів із класичними психосоматичними захворюваннями [24]. Основними характеристиками цього поняття є труднощі в ідентифікації та описі почуттів, труднощі у диференціації почуттів і тілесних

симптомів, недостатньо розвинений процес уяви, збіднення фантазії, збіднення інтроспективного та конкретного мислення [21, 1].

Алекситимія (АЛ) розглядається як стійка риса особистості, яка разом з іншими факторами зовнішнього середовища зумовлює загострення соматичних захворювань і може бути чинником виникнення психічних розладів. Спрямованість цієї залежності точно невідома через неоднорідність етіології АЛ і потребує подальших досліджень [21].

В останні роки зросла увага до АЛ через її роль при психосоматичних станах [15, 19] та труднощі, які виникають у даної категорії осіб при виявленні відчуттів і розрізненні почуттів від тілесних відчуттів [1]. Через складнощі алекситимічних пацієнтів описати свої суб'єктивні відчуття, обмеження образних процесів, відсутність уяви та відсутність адекватної реакції на звичні стимули [22, 25] феномен АЛ має незаперечне клінічне значення, оскільки оцінка лікарем стану хворих та прийняття рішення стосовно терапевтичної тактики значною мірою ґрунтується на тих характеристиках, які надає сам пацієнт своєму стану [28].

Доведено, що АЛ асоціюється з хронічним болем та суттєво впливає на рольове фізичне та соціальне функціонування [5, 16]. Існують переконливі докази того, що АЛ асоціюється з інтенсивністю хронічного болю [23].

Наприклад, у дослідженні L. Marchi та співавторів (2019), метою якого було дослідити взаємозв'язок між АЛ, симптомами тривоги та депресії та відчуттям болю у пацієнтів із фіброміалгією (ФМ) та іншими ревматичними захворюваннями (РЗ), — висока поширеність АЛ виявлена у групі пацієнтів з ФМ (47,9%) та РЗ (41,5%) на відміну від групи контролю (2,6%) [18].

Анкілозивний спондиліт (АС) є хронічним мульти-системним запальним розладом, що характеризується тривалим і вираженим больовим синдромом [9, 20], що є предиктором розвитку АЛ, тому існує нагальна необхідність скринінгу цих хворих на предмет виявлення АЛ [13, 26].

Незважаючи на твердження, що психосоматичні впливи при АС виявляють рідше, ніж при інших РЗ, психологічні фактори можуть бути важливими в оцінці та веденні хворих на АС, оскільки здатні опосередковувати ефект впливу зовнішніх факторів на хворобоспецифічні показники (активність, функціональну здатність) [6].

Наявність алекситимічних ознак можна оцінити за допомогою різних інструментів, однак найбільш популярною є Торонтська шкала алекситимії (TAS), що застосовується для оцінки АЛ як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці. Торонтська шкала алекситимії (TAS) розроблена в 1985 р. Graeme J. Taylor як перший надійний метод для визначення АЛ та складалася з 26 запитань. У 1992 р. вона була модифікована та розроблена вдосконалена версія для кількісної оцінки АЛ з 20 пунктів Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Дана шкала перекладена багатьма мовами світу, але україномовної версії досі не існувало [2, 3, 27].

Тому метою нашого дослідження було створення україномовної версії Торонтської шкали алекситимії (20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)) та її крос-культурна адаптація з оцінкою валідності та апробацією у хворих на АС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Торонтська шкала алекситимії (Toronto Alexithymia Scale). Для валідазації ми використали останню модифіковану версію шкали TAS-20. Дана шкала складається з 20 запитань, а результат обчислюється як сума балів за 20 пунктами. Кожен пункт оцінюється в 5 балів. При підрахунку загальної суми балів слід враховувати, що оцінка пунктів 4, 5, 10, 18 і 19 має бути зворотною (тобто оцінка 1 стає оцінкою 5; 2 = 4; 3 = 3; 4 = 2; і 5 = 1). Загальна оцінка шкали проводиться наступним чином: ≥ 61 — високий рівень АС («АС»), ≤ 51 = низький рівень АС («неАС»).

У складі TAS-20 виділяють три субшкали: труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1), яка вимірює неможливість розрізнити різні емоції або визначити різницю між почуттями та тілесними відчуттями; труднощі з описом почуттів (DDF-F2), яка оцінює неможливість вербалізації суб'єктивних емоцій; та субшкала зовнішньоорієнтованого мислення (EOT-F3), яка оцінює тенденцію індивідів зосереджувати свою увагу на зовнішньому, а не на внутрішньому емоційному досвіді [22]. Оскільки досі в Україні не було валідного україномовного варіанта цієї шкали, після комунікації та отримання дозволу від автора-розробника нами проведено переклад, крос-культурну адаптацію та валідацію TAS-20.

Крос-культурна адаптація

Переклад та крос-культурна адаптація TAS-20 виконувалися згідно з рекомендаціями Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures [4]. Переклад здійснювали незалежні перекладачі (один з них був поінформований щодо цілей дослідження, інший — засліплений), які підготували дві україномовні версії TAS-20. Узгоджена синтезована версія була створена на основі двох україномовних версій.

Згідно з рекомендаціями коректність перекладу українською мовою контролювалася зворотним перекладом синтезованої версії опитувальника з української мови англійською, який було здійснено двома перекладачами — носіями англійської мови (засліпленими щодо англійської оригінальної версії).

Для крос-культурної адаптації даного опитувальника було створено робочу групу, яка включала координатора дослідження, фахівців у галузі охорони здоров'я, двох незалежних перекладачів, перекладачів з рідною мовою англійською та методиста. Робочою групою проаналізовано усі матеріали дослідження (оригінальний опитувальник, переклади українською мовою, синтезовану версію перекладу, зворотні переклади разом з відповідними письмовими звітами) та створено префінальну версію.

Тестування префінальної україномовної версії TAS-20 здійснювалося з урахуванням віку, статі, тривалості захворювання і рівня освіти. Розумін-

ня україномовної версії підтверджувалося інтерв'ю з учасниками дослідження, під час якого уточнювали розуміння кожного питання.

Після останнього етапу крос-культурної адаптації було підготовлено фінальну україномовну версію, яка схвалена авторами для подальшого використання серед української популяції. Фінальна україномовна версія TAS-20 наведена у додатку. Дана адаптована україномовна версія TAS-20 використана в нашому дослідженні у хворих на АС для оцінки валідності шкали.

У дослідження включили 65 хворих на АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями [17], які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні, та 55 практично здорових осіб без ознак АС в якості групи контролю.

Критеріями включення були вік пацієнтів 18–65 років, діагноз АС згідно з модифікованими Нью-Йоркськими критеріями, наявна інформована згода на участь у дослідженні та здатність пацієнта до подальшої комунікації в процесі дослідження.

Критерії виключення: захворювання внутрішніх органів у стані декомпенсації, наявність психіатричних розладів та фактори, які б могли заважати пацієнтам чітко відповідати на запитання анкети.

Дослідження виконувалося з дотриманням основних біоетичних норм та схвалено комітетом з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

У дослідженні взяли участь особи жіночої та чоловічої статі з урахуванням гендерних особливостей АС та поширеності у популяції. Усі пацієнти надали згоду на участь у дослідженні, після чого було проведено повне клінічне обстеження: зібрані демографічні дані та заповнено карту хворого, яка включала хворобоспецифічні інструменти для оцінки захворювання та шкалу для виявлення АС (TAS-20).

Активність АС оцінювали за індексом Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [10], для оцінки функціонального статусу хворих на АС використовували індекс Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) [7] та метрولوجічний індекс Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI) [11, 12].

Якість життя визначали за опитувальником якості життя хворих на АС Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire (ASQoL) [8]. Для оцінки стану здоров'я хворих на АС застосовували опитувальник ASAS Health Index and Environmental Factors (україномовна версія) [14, 29].

Статистичний аналіз

Статистичний аналіз проведено за допомогою програми IBM SPSS23 (©SPSS Inc.).

Внутрішня узгодженість та надійність шкали оцінені шляхом підрахунку коефіцієнта α -Кронбаха

та методом «тест-ретест». Тест-ретест проведено з інтервалом у 14 днів у 55 осіб групи контролю. Для оцінки відтворюваності шкали використовували внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції (ВКК).

РЕЗУЛЬТАТИ

Після проведення перекладу та крос-культурної адаптації надійність україномовної версії Торонтської шкали алекситимії TAS-20 перевірено шляхом проведення тесту-ретесту з інтервалом у 14 днів у 55 осіб групи контролю (табл. 1), а також оцінено внутрішню узгодженість шкали підрахунком коефіцієнта α -Кронбаха. Для аналізу відтворюваності TAS-20 визначено ВКК.

Підрахунки коефіцієнта α -Кронбаха за результатами тесту-ретесту підтвердили внутрішню узгодженість шкали TAS-20 (0,7 та 0,7 відповідно). Відтворюваність шкали TAS-20 за ВКК виявилася досить високою — ВКК становив 0,996 ($p < 0,05$). Парний t-критерій Стюдента не виявив суттєвих відмінностей між групами тесту-ретесту ($p > 0,05$). Таким чином, наведений вище аналіз засвідчив валідність україномовної версії шкали TAS-20 для скринінгу АЛ.

У подальшому дослідження з апробації шкали TAS-20 в умовах клініки проведено у пацієнтів з АС.

У дослідженні взяли участь хворі на АС та практично здорові особи групи контролю. Клініко-демографічні характеристики обстежених хворих на АС та практично здорових осіб наведено в табл. 2.

Наведені дані свідчать про те, що група хворих та група контролю були репрезентативними за віком та статтю.

Щодо клінічної характеристики хворих на АС необхідно зазначити наступне: активність за BASDAI становила $5,9 \pm 2,36$, що відповідало високій активності захворювання. Хворі характеризувалися значною втратою функціональної здатності — оцінка за BASFI становила $5,37 \pm 2,16$.

Також слід відмітити вплив захворювання на якість життя та здоров'я пацієнтів. Згідно з отриманими даними за опитувальником якості життя ASQoL та за оцінкою індексу здоров'я ASAS HI АС чинив помірний вплив на якість життя та загальний стан здоров'я.

Результати опитування за шкалою TAS-20 у хворих на АС та у осіб групи контролю наведені в табл. 3.

Отримані нами результати опитування за TAS-20 у хворих на АС та практично здорових осіб показали статистично значимо вищі показники TAS-20 за загальною оцінкою у хворих на АС ($49,58 \pm 10,57$) порівняно з практично здоровими особами групи контролю ($39,89 \pm 8,73$), $p < 0,0001$, що свідчить про високий рівень АЛ та порушення ідентифікації почуттів та емоцій, труднощів у їх розрізненні у хворих на АС. Оцінка за субшкалами TAS-20 (табл. 4) засвідчила, що у хворих мають місце:

Таблиця 1

Надійність та узгодженість шкали TAS-20			
Показники	Тест, n=55	Ретест, n=55	P
Значення TAS-20 M $\pm$ SD	39,89 $\pm$ 8,22	39,90 $\pm$ 7,87	NS
Коефіцієнт α -Кронбаха	0,7	0,7	
ВКК		0,996	< 0,05

Таблиця 2

Характеристика хворих на АС та практично здорових осіб групи контролю

Характеристика	АС, N = 65	Контрольна група, N = 55	P
Вік (роки), M±SD	41,38±9,13	41,78±14,32	NS
Чоловіки, n	43	35	NS
Жінки, n	22	20	NS
Активність захворювання за BASDAI, M±SD	5,9±2,36		
Функціональна здатність за BASFI, M±SD	5,37±2,16		
Оцінка якості життя ASQoL, M±SD	12,03±4,34		
Оцінка індексу здоров'я ASAS HI, M±SD	7,6±2,44		

Таблиця 3

Результати TAS-20 у хворих на АС та практично здорових осіб групи контролю

TAS-20	АС	Контрольна група	P
	M±SD	M±SD	
1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю	2,35±0,99	1,49±0,73	<0,0001
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття	2,71±1,35	1,89±1,22	0,0007
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють	2,74±1,35	1,51±0,94	<0,0001
4. Я можу легко описати свої почуття	3,91±1,11	4,15±1,18	NS
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати	4,17±1,11	4,02±1,14	0,2539
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість	2,4±1,41	1,73±1,11	0,0051
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі	2,55±1,19	1,65±1,16	0,0001
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так	2,42±1,61	2,31±1,41	NS
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити	3,09±1,45	2,00±1,21	<0,0001
10. Важливо дослухатися до почуттів	4,17±0,96	3,89±1,3	NS
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей	2,15±1,52	1,47±0,97	0,0050
12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття	2,20±1,16	1,58±0,86	0,0014
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі	2,48±1,3	1,60±1,16	0,0002
14. Я часто не знаю, чому серджусь	2,35±1,3	1,85±1,47	0,0504
15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття	3,34±1,38	3,11±1,09	NS
16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам	3,32±1,48	2,89±1,35	0,3195
17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями	2,8±1,52	2,55±1,55	NS
18. Я можу відчути близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо	3,54±1,37	3,85±1,21	0,1015
19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем	3,66±1,27	4,22±0,89	0,3755
20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними	2,12±1,24	2,29±1,19	NS
Загальна оцінка TAS-20	49,58±10,57	39,89±8,73	<0,0001

- труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1) — включає пункти 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14;
- труднощі з описом почуттів (DDF-F2) — включає пункти 2, 4, 11, 12, 17;
- зовнішньоорієнтоване мислення (EOT-F3) — включає пункти 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

Слід зазначити, що у хворих на АС найбільшу частку становили порушення на субшкалах F3 та F1 — зовнішньоорієнтоване мислення та ідентифікація почуттів, тоді як в осіб групи контролю найбільшу частку становили лише порушення F3, через що за вираженістю порушень F3 групи не відрізнялися. Статистично значимі відмінності між групами виявлялися щодо «ідентифікації почуттів» та «опису почуттів» ($p < 0,0001$).

За загальною оцінкою результатів опитування за TAS-20, відповідно до критеріїв встановлення рівня АС усіх обстежених розподілили на 3 групи: ≥ 61 = високий рівень АС («АЛ»), ≤ 51 = низький рівень АС («неАЛ») та пацієнти, у яких визначалися «межові значення», коли TAS-20 > 51 , але < 61 (табл. 5).

Згідно з таким розподілом у групі АС категорії «АС» відповідало 12 осіб (18,5%), 17 осіб мали межові значення (26,2%), і 35 осіб були без ознак АЛ (55,4%). У групі контролю АС виявлена лише у 1 особи (1,5%), у 3 осіб (4,6%) зафіксовано межові значення за шкалою TAS-20.

ВИСНОВКИ

Створено україномовну версію Торонтської шкали алекситимії TAS-20 та проведено її кроскультурну адаптацію для подальшого використання в україномовній популяції. Україномовна версія Торонтської шкали алекситимії має достатній рівень надійності, що дозволяє використовувати її з науковою метою та в клінічній практиці.

У хворих на АС АС виявляється майже у кожного п'ятого пацієнта, а ще у 26% хворих реєструються межові значення шкали АС, тоді як в групі здорових відповідні рівні TAS-20 реєструються у 1–5% обстежених. Клінічне значення АС у хворих на АС потребує подальших досліджень.

Оцінка за субшкалами TAS-20 у хворих на АС та практично здорових осіб групи контролю

TAS-20	АС	Контрольна група	Р
	M±SD	M±SD	
Труднощі з ідентифікацією почуттів (DIF-F1)	17,97±5,08	11,83±4,43	<0,0001
Труднощі з описом почуттів (DDF-F2)	11,95±3,15	9,34±3,43	<0,0001
Зовнішньоорієнтоване мислення (EOT-F3)	19,66±5,12	18,71±4,23	0,2756

Таблиця 5

Розподіл хворих на АС та осіб групи контролю залежно від наявності АЛ

	TAS-20			
	M±SD	АЛ	Межові значення	неАЛ
		п	п	п
АС	49,58±10,57	12	18	35
Група контролю	39,89±8,73	1	3	51

Додаток

Стать: Ч / Ж
TAS-20

Вік:

Дата:

Ідент. №

Послугуючись наведеною нижче шкалою, зазначте, наскільки ви погоджуєтеся чи не погоджуєтеся з переліченими твердженнями. Обведіть відповідну цифру. Оберіть одну відповідь для кожного твердження.

Обведіть 1, якщо ви ЦІЛКОМ не ПОГОДЖУЄТЕСЯ
Обведіть 2, якщо ви ПЕВНОЮ МІРОЮ не ПОГОДЖУЄТЕСЯ
Обведіть 3, якщо вам ВАЖКО СКАЗАТИ
Обведіть 4, якщо ви ПЕВНОЮ МІРОЮ ПОГОДЖУЄТЕСЯ
Обведіть 5, якщо ви ЦІЛКОМ ПОГОДЖУЄТЕСЯ

	TAS-20				
	Цілково не погоджується	Певною мірою не погоджується	Важко сказати	Певною мірою погоджується	Цілково погоджується
1. Я часто не розумію, яку емоцію відчуваю	1	2	3	4	5
2. Мені важко знайти правильні слова, щоб описати свої почуття	1	2	3	4	5
3. У мене є фізичні відчуття, які навіть лікарі не розуміють	1	2	3	4	5
4. Я можу легко описати свої почуття	1	2	3	4	5
5. Я волію аналізувати проблеми, а не просто їх описувати	1	2	3	4	5
6. Коли я засмучуюсь, я не знаю, що відчуваю: смуток, страх чи злість	1	2	3	4	5
7. Мене часто спантеличують відчуття в тілі	1	2	3	4	5
8. Я вважаю за краще просто дозволяти речам відбуватися, аніж розуміти, чому все сталося саме так	1	2	3	4	5
9. У мене є почуття, які я не можу точно визначити	1	2	3	4	5
10. Важливо дослухатися до почуттів	1	2	3	4	5
11. Мені важко описати, як я ставлюся до людей	1	2	3	4	5
12. Інші люди просять мене більше описувати свої почуття	1	2	3	4	5
13. Я не знаю, що відбувається в моєму внутрішньому світі	1	2	3	4	5
14. Я часто не знаю, чому серджусь	1	2	3	4	5
15. Мені краще говорити з людьми про їхні повсякденні справи, ніж про почуття	1	2	3	4	5
16. Я надаю перевагу «легким» розважальним шоу, а не психологічним драмам	1	2	3	4	5
17. Мені важко говорити про потаємні почуття навіть з близькими друзями	1	2	3	4	5
18. Я можу відчути близькість з іншою людиною, навіть коли ми мовчимо	1	2	3	4	5
19. Я вважаю, що аналіз власних почуттів є корисним у вирішенні особистих проблем	1	2	3	4	5
20. Пошук прихованого сенсу в фільмах чи виставах відволікає від насолоди ними	1	2	3	4	5

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (2020) Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. J. Psychosom. Res., 131: 109940. Advance online publication. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940.
2. Bagby R.M., Parker J.D., Taylor G.J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. J. Psychosom. Res., 38(1): 23–32. doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1.
3. Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D. (1994) The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. J. Psychosom. Res., 38(1): 33–40. doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x.
4. Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F. et al. (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report

measures. Spine J., 25(24): 3186–3191. doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014.

5. Blaettler L.T., Stewart J.A., Gubler D.A. et al. (2019) Alexithymia moderates effects of psychotherapeutic treatment expectations on depression outcome in interdisciplinary chronic pain treatment. J. Psychosom. Res., 122: 69–72. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.04.010.
6. Brionez T.F., Assassi S., Reveille J.D. et al. (2010) Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. J. Rheumatol., 37(4): 829–834. doi.org/10.3899/jrheum.090476.
7. Calin A., Garrett S., Whitelock H. et al. (1994) A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. J. Rheumatol., 21(12): 2281–2285.

8. Doward L., Spoorenberg A., Cook S.A. et al. (2003) Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann. Rheum. Dis.*, 62(1): 20–26.
9. Garcia-Montoya L., Gul H., Emery P. (2018) Recent advances in ankylosing spondylitis: understanding the disease and management. *F1000Research*, 7, F1000 Faculty Rev-1512. doi.org/10.12688/f1000research.14956.1.
10. Garrett S., Jenkinson T., Kennedy L.G. et al. (1994) A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J. Rheumatol.*, 21(12): 2286–2291.
11. Jenkinson T.R., Mallorie P.A., Whitelock H.C. et al. (1994) Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J. Rheumatol.*, 21(9): 1694–1698.
12. Jones S.D., Porter J., Garrett S.L. et al. (1995) A new scoring system for the Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index (BASMI). *J. Rheumatol.*, 22(8): 1609.
13. Karabıçak D., Doğruöz Karatekin B., İçağasioğlu A. (2021) Alexithymia in ankylosing spondylitis. *Turk. J. Phys. Med. Rehabil.*, 67(3): 344–350. doi.org/10.5606/tftrd.2021.6415
14. Kiltz U., van der Heijde D., Boonen A. et al. (2014) Development of a health index in patients with ankylosing spondylitis (ASAS HI): final result of a global initiative based on the ICF guided by ASAS. *Ann. Rheum. Dis.*, 0: 1–6.
15. Lane R.D., Solms M., Weihs K.L. et al. (2020) Affective agnosia: a core affective processing deficit in the alexithymia spectrum. *BioPsychoSocial Medicine*, 14: 1–14.
16. Lankes F., Schiekofer S., Eichhammer P. et al. (2020) The effect of alexithymia and depressive feelings on pain perception in somatoform pain disorder. *J. Psychosom. Res.*, 133: 110101. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110101.
17. Linden S.V.D., Valkenburg H.A., Cats A. (1984) Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum.*, 27(4): 361–368.
18. Marchi L., Marzetti F., Orrù G. et al. (2019) Alexithymia and Psychological Distress in Patients With Fibromyalgia and Rheumatic Disease. *Front Psychol.*, 10: 1735. doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01735.
19. McWhirter L., Ritchie C., Stone J. et al. (2020) Functional cognitive disorders: a systematic review. *Lancet Psychiatry*, 7(2): 191–207. doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30405-5.
20. Metzgar M.M. (2020) Autoimmune Conditions: Ankylosing Spondylitis. *FP essentials*, 494: 30–35.
21. Orzechowska A., Denys K., Gałęcki P. (2014) Aleksytymia--definicja, przyczyny i udział w etiologii chorób [Alexithymia--definition, causes and participation in the etiology of diseases]. *Pol. Merkur. Lekarski*, 37(218): 128–133.
22. Preece D.A., Parry C.L., Allan M.M. et al. (2021) Assessing alexithymia in forensic settings: Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale among incarcerated adult offenders. *Criml. Behav. Ment. Health*, 31(1): 31–43. doi.org/10.1002/cbm.2176.
23. Shibata M., Ninomiya T., Anno K. et al. (2020) Parenting style during childhood is associated with the development of chronic pain and a patient's need for psychosomatic treatment in adulthood: a case-control study. *Medicine*, 99(29).
24. Sifneos P.E., Apfel-Savitz R., Frankel F.H. (1977) The phenomenon of 'alexithymia'. Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 28(1–4): 47–57. doi.org/10.1159/000287043.
25. Smirni D., Beadle J.N., Paradiso S. (2020) Feeling physical pain while depressed: The effect of alexithymia. *Ann. Clin. Psychiatry*, 32: 266–274.
26. Solmaz M., Binbay Z., Cidem M. et al. (2014) Alexithymia and Self-Esteem in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Noro Psikiyatr. Ars.*, 51(4): 350–354. doi.org/10.5152/npa.2014.6977.
27. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D. (1992) The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychother Psychosom.*, 57(1–2): 34–41. doi.org/10.1159/000288571.
28. Vermeulen N. (2021) Alexithymia disrupts verbal short-term memory. *Cogn. Emot.*, 35(3): 559–568. doi.org/10.1080/02699931.2019.1701418.
29. Станіславчук М.А., Шаповал І.І., Заїчко К.О. (2016) Адаптація та валідизація україномовної версії ASAS HEALTH INDEX AND ENVIRONMENTAL FACTORS у хворих на анкілозивний спонділоартрит. *Укр. ревматол. журн.*, 3 (65): 55–58.

CROSS-CULTURAL ADAPTATION UKRAINIAN LANGUAGE VERSION TORONTO ALEXITHYMIA SCALE TAS-20: APPROBATION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

V.V. Vasylets, I.I. Shapoval, E.I. Shalkovskyi,
A.O. Klebanska, M.A. Stanislavchuk

National Pirogov Memorial Medical University,
Vinnytsya

Abstract. Alexithymia (AL) is considered a stable personality trait, which, together with other factors of the external environment, contributes to the exacerbation of somatic diseases and can be a factor in the occurrence of mental disorders. Furthermore, it has been proven that AL is associated with chronic pain and significantly affects role-based physical and social functioning. Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic, multisystemic inflammatory disorder characterized by long-lasting and pronounced pain syndrome, which is a predictor of the development of AL; therefore, there is an urgent need to screen these patients for the detection of AL. **The aim of the study:** the creation of the Ukrainian-language version of the Toronto alexithymia scale TAS-20 and its cross-cultural adaptation with the assessment of validity and approbation in patients with AS. **Methods and materials:** 65 patients with AS, according to the modified New York criteria, and 55 practically healthy individuals without signs of AS were included in the study as a control group. We used the latest revised version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for validation. The research was carried out in compliance with basic bioethical norms. All patients consented to participate in the study, after which a full clinical examination was performed: demographic data were collected, disease-specific indicators (BASDAI, BASFI, BASMI, ASQoL, ASAS HI/EF) were assessed, and alexithymia screening was performed according to TAS-20. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS23 program. **Results:** The data analysis proved the high reliability and validity of the Ukrainian-language version of the Toronto alexithymia scale TAS-20 for screening patients with AL. Cronbach's α coefficient calculations based on the test and retest results (after 14 days) confirmed the internal consistency of the TAS-20 (0.7 and 0.7, respectively). The intraclass correlation coefficient was determined, which was 0.996 ($p < 0.05$). In addition, Student's paired t -test did not reveal significant differences between the test-retest groups ($p > 0.05$). In the subsequent

study on approbation of the TAS-20 scale, patients with AS were conducted. Patients with AS were characterized by high activity and significant loss of functional capacity. The moderate impact of the disease on the quality of life and health of patients was also revealed. The results of the TAS-20 survey showed statistically significantly higher values of the TAS-20 overall score in patients with AS (49.58 ± 10.57) compared to practically healthy individuals of the control group (39.89 ± 8.73), $p < 0.0001$, which indicates a high level of AL in patients with AS. **Conclusions:** The Ukrainian-language version of the Toronto Alexithymia Scale TAS-20 was created, and its cross-cultural adaptation was carried out for further use in the Ukrainian-speaking population. The Ukrainian version of the TAS-20 scale has sufficient reliability,

allowing it to be used for scientific purposes and in clinical practice. AL in patients with AS is found in almost every fifth patient, and another 26% of patients have borderline values of the AL scale, while in the group of healthy people, the corresponding levels of TAS-20 are recorded from 1 to 5% of the examined. The clinical significance of AL in AS patients needs further research.

Key words: alexithymia, TAS-20, cross-cultural adaptation, ankylosing spondylitis.

Адреса для листування:

Кафедра внутрішньої медицини № 1
Вінницького національного медичного
університету ім. М.І. Пирогова
21028, Вінниця, вул. Пирогова, 46
E-mail: mstanislav53@yahoo.com

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Фактори ризику серйозних інфекцій при ANCA-асоційованому васкуліті

За матеріалами Odler B., Riedl R., Gauckler P. et al.; RAVE-ITN Research Group (2023) Risk factors for serious infections in ANCA-associated vasculitis. *Ann. Rheum. Dis.*, May; 82(5): 681–687. doi: 10.1136/ard-2022-223401.

Тяжкі інфекції призводять до захворюваності та смертності пацієнтів з ANCA-асоційованим васкулітом (ААВ). Розглянуте дослідження полягало у виявленні факторів ризику, пов'язаних з тяжкими інфекціями. Його учасниками стали пацієнти, що попередньо були залучені до дослідження «Ритуксимаб проти циклофосфаміду для ANCA-асоційованого васкуліту» (RAVE).

Проаналізовано дані 197 пацієнтів, залучених до дослідження RAVE. Учасники отримували або ритуксимаб (RTX), або циклофосфамід (CYC), а потім азатіоприн (AZA). В. Odler та співавтори порівняли клінічні та лабораторні дані пацієнтів із тяжкими інфекціями та без них.

18 із 22 (82%) випадків тяжких інфекцій виникли протягом 6 міс після початку дослідження, найчастіше це були інфекції дихальних шляхів (15/22, 68%). На початку спостережень нижча абсолютна кількість клітин CD19+ відмічена у пацієнтів із тяжкими інфекціями, які отримували RTX або CYC/AZA. У той же час число клітин CD5+B і CD3+T не відрізнялося

між групами. При проведенні регресійного аналізу вдалося встановити, що вищі базові рівні імунoglobulinу М у сироватці крові були пов'язані з ризиком розвитку тяжких інфекцій, тоді як більша вихідна загальна кількість CD19+ В-клітин і профілактика проти *Pneumocystis jirovecii* триметопримом/сульфаметоксазолом (TMP/SMX) знижувала ризик розвитку тяжких інфекцій. Застосування TMP/SMX було пов'язане з нижчим ризиком тяжких інфекцій в обох групах, які отримували RTX або CYC/AZA.

Це дослідження підтверджує, що комбінація TMP/SMX може чинити додатковий сприятливий вплив на інфекції дихальних шляхів, окрім запобігання пневмонії, спричиненої *Pneumocystis jirovecii*. Застосування низьких доз TMP/SMX пов'язане зі зниженим ризиком розвитку тяжких інфекцій у пацієнтів з ААВ, які отримували RTX або CYC/AZA.

Ці результати вказують на те, що використання розширених курсів TMP/SMX може розглядатися у пацієнтів з ААВ для запобігання розвитку тяжких інфекцій під час індукції ремісії васкуліту. Проте слід зазначити, що сприятливе співвідношення ризику/користі повинно бути детально досліджене і підтверджене майбутніми дослідженнями. Окрім цього, результати свідчать про те, що зниження субпопуляцій В-клітин на початку лікування може бути корисним маркером зниженої імункомпетентності у пацієнтів з ААВ.