

УДК 159.9:616-009.7

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Сулейманова Г.П., Грехов Р.А., Зборовская И.А.

ФГБУ «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН»,
Волгоград, email: rheuma@vlpst.ru

Изучены особенности клинических симптомов, аффективных нарушений и уровня субъективного контроля у больных фибромиалгией. Проведен анализ взаимосвязи уровня субъективного контроля и невротических симптомов (астении, депрессии, тревоги, ипохондрии) в зависимости от выраженности основных клинических проявлений заболевания. Установлено, что на фоне умеренно выраженной клинической симптоматики у больных фибромиалгией только фактор мышечной боли оказывал влияние на взаимосвязи между изучаемыми психологическими характеристиками. В группе больных, оценивающих проявления заболевания как интенсивные, практически все клинические феномены (утомляемость, мышечные боли, скованность, диссомния, а также увеличение количества диагностических болевых точек свыше 14) способствовали формированию отрицательных корреляционных взаимосвязей между уровнем субъективного контроля и аффективными расстройствами (депрессией, тревогой и ипохондрией). Наблюдаемая тенденция к углублению экстернатности субъективного контроля и усилению невротических нарушений на фоне клинической дезадаптации указывает на формирование низкой приверженности к лечению у больных фибромиалгией. Установленные тесные психосоматические взаимосвязи обосновывают необходимость индивидуального подхода к пациентам с фибромиалгией, применения комплексных лечебно-реабилитационных программ, включающих психотерапевтические методы.

Ключевые слова: фибромиалгия, уровень субъективного контроля, тревога, депрессия, астения, ипохондрия

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRELATIONS IN FIBROMYALGIA PATIENTS

Suleymanova G.P., Grekhov R.A., Zborovskaya I.A.

Research Institute for clinical and experimental rheumatology, Volgograd, email: rheuma@vlpst.ru

Features of clinical symptoms, affective disturbances and level of subjective control were studied in patients suffering from fibromyalgia. The analysis of correlations between level of subjective control and neurotic symptoms (asthenia, depression, anxiety, hypochondria) depending on intensity of main clinical manifestations of the disease was carried out. It was established that single factor of muscular pain had impact on correlations between studied psychological characteristics on the background of moderate expressed clinical symptomatology in fibromyalgia patients. In group of patients who estimated manifestations of the disease as intensive, practically all clinical phenomena (fatigue, muscular pains, stiffness, insomnia, and increase in number of diagnostic tender points over 14) promoted formation of negative correlations between level of subjective control and affective disturbances (depression, anxiety and hypochondria). The observed tendency to enhancement of externality of subjective control and increase of neurotic abnormalities on the background of clinical deconditioning indicates to formation of low compliance to treatment in patients suffering from fibromyalgia. These close psychosomatic correlations prove a need of individual approach to fibromyalgia patients, applications of comprehensive medical and rehabilitation programs including psychotherapy methods.

Keywords: fibromyalgia, locus of control, anxiety, depression, asthenia, hypochondria

Фибромиалгия представляет собой внесуставное ревматическое заболевание, которое характеризуется генерализованной мышечной болью, утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением уровня болевого порога при пальпации в определенных чувствительных точках [7, 10, 11].

Согласно данным литературы, очевидными предикторами развития и клинической декомпенсации течения фибромиалгии могут являться психологические феномены различного плана. На психосоматический характер заболевания указывают высокая частота встречаемости у больных фибромиалгией сопутствующих невротических расстройств (депрессия, тревога, астения), отсутствие видимых органических причин возникновения боли и других клинических симптомов, а также трудности контролирования и сдержива-

ния заболевания при изолированной лекарственной терапии [7, 8, 9, 10].

Перспективным представляется изучение личностных особенностей пациентов и их влияние на течение фибромиалгии. Именно личностный аспект реакции на заболевание занимает центральное место в основе формирования внутренней картины болезни (ВКБ) [3]. Патологическая реакция личности на заболевание зачастую выступает в качестве декомпенсирующего фактора, запуская психосоматические механизмы развития болезни [6].

В связи с этим исследование психосоматических соотношений при фибромиалгии позволит:

1) выявить психофармакологические и психотерапевтические «мишени» у больных фибромиалгией;

2) повысить индивидуальные адаптивные возможности пациента;

3) применить комплексный терапевтический подход, позволяющий гармонично учитывать и использовать соматические, психологические и социальные аспекты лечения.

Целью исследования явилось изучение особенностей психологического реагирования (в частности, интернальности в отношении здоровья и уровня невротических нарушений) у больных фибромиалгией в зависимости от интенсивности проявления основных симптомов заболевания.

Материалы и методы исследования

Проведено комплексное клинико-психологическое обследование 100 больных фибромиалгией женщин в возрасте от 24 до 51 года. Фибромиалгия не имеет общепризнанной классификации по тяжести течения. В нашем исследовании интенсивность клинических проявлений ранжировалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и оценивалась от 0 до 10 баллов. Диапазон 0–3 баллов соответствовал отсутствию или слабой выраженности симптома, диапазон 4–6 баллов – умеренной интенсивности и диапазон 7–10 баллов – высокой интенсивности клинических проявлений. Интенсивность основных симптомов заболевания оценивалась субъективно самим пациентом. Изучалась интенсивность мышечной и головной боли, утомляемости, скованности, нарушение сна, а также количество диагностических болевых точек, определяемых врачом при пальпации [11].

Изучение уровня субъективного контроля проводилось с помощью психологической методики «УСК» [1], уровень невротических нарушений изучался по методике «УНП» [2]. В зависимости от степени выраженности отмеченных психологических характеристик больные были разделены на две группы: с интенсивностью клинических проявлений от 0 до 6 баллов (1-я группа) и от 7 до 10 баллов (2-я группа).

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что большинство средних значений изученных клинических проявлений фибромиалгии располагались в диапазоне 7 баллов, что соответствовало их высокой интенсивности: болевой синдром – $7,2 \pm 0,16$ баллов, утомляемость – $7,14 \pm 0,14$ баллов, интенсивность головных болей – $6,82 \pm 0,23$ баллов, нарушение сна – $6,66 \pm 0,27$ баллов. Исключение составили средние значения по шкале скованности, где средний числовой диапазон не превышал 5 баллов ($4,8 \pm 0,23$), соответствуя умеренной интенсивности симптомов. Количество диагностических болевых точек в среднем составило $14,27 \pm 0,25$.

Доля лиц с клинически выраженным уровнем невротических расстройств (выше 6 баллов) составила 62,25%. У 33,5%

пациентов регистрировался субклинический уровень невротических расстройств (3–6 баллов). В целом усиление невротических симптомов до клинически выраженного уровня отмечалось по шкалам депрессии ($6,46 \pm 0,15$), астении ($6,72 \pm 0,17$) и тревоги ($6,8 \pm 0,98$).

Средние значения уровня субъективного контроля по шкале отношения к здоровью и к болезни располагались в экстернальном диапазоне, составляя в среднем $2,87 \pm 0,32$ баллов. Отмеченные тенденции уровня субъективного контроля могут свидетельствовать о том, что большинство больных фибромиалгией не считают себя способными контролировать симптомы заболевания, равно как и другие происходящие в их жизни события, снимают с себя ответственность за неудачу лечения, возлагая надежды исключительно на врачей, судьбу или другие внешние факторы. Таким образом, больной занимает пассивную позицию в борьбе со своим заболеванием, не желает придерживаться назначенного курса лечения; не проявляет активность в отношении выполнения профилактических мероприятий.

Статистический расчет корреляционных взаимосвязей между уровнем субъективного контроля (по шкале отношения к здоровью и болезни) и невротическими расстройствами производился в группах больных фибромиалгией с умеренным (≤ 6 баллов) и интенсивным (≥ 7 баллов) проявлением основных клинических симптомов заболевания. Полученные данные приведены в таблице.

Согласно полученным данным, на фоне умеренно выраженной клинической симптоматики у больных фибромиалгией только фактор мышечной боли оказывал влияние на взаимосвязь между изучаемыми психологическими характеристиками. При этом экстернальность в сфере здоровья и болезни отрицательно коррелировала с астенией, депрессией и ипохондрией. С увеличением интенсивности (≥ 7 баллов) мышечных болей, нарушений сна, скованности, увеличением количества диагностических точек (более 14) уровень депрессии у больных отрицательно коррелировал с интернальностью по отношению к здоровью. Уровень тревоги обратно коррелировал с интернальностью по отношению к здоровью при усилении (≥ 7 баллов) утомляемости и мышечных болей, а также наблюдались отрицательные корреляционные взаимосвязи между ипохондрией и уровнем субъективного контроля при увеличении утомляемости и количества болевых точек более 14.

Корреляционные взаимосвязи интернальности по отношению к здоровью и невротических нарушений у больных с фибромиалгией в зависимости от интенсивности клинических проявлений

	Группы больных с умеренной выраженностью основных клинических симптомов фибромиалгии				Группы больных с интенсивным проявлением основных клинических симптомов фибромиалгии			
	Утомляемость ≤ 6 баллов (N = 46)				Утомляемость ≥ 7 баллов (N = 54)			
	А	Д	Т	И	А	Д	Т	И
Из	0,081 p = 0,52	-0,292 p = 0,088	-0,033 p = 0,793	-0,254 p = 0,06	0,124 p = 0,647	-0,090 p = 0,713	-0,524* p = 0,037	-0,396 * p = 0,039
	Нарушение сна ≤ 6 баллов (N = 55)				Нарушение сна ≥ 7 баллов (N = 45)			
Из	-0,030 p = 0,823	-0,043 p = 0,779	-0,126 p = 0,358	-0,07 p = 0,604	0,146 p = 0,338	-0,336* p = 0,012	-0,135 p = 0,373	-0,205 p = 0,175
	Мышечная боль ≤ 6 баллов (N = 57)				Мышечная боль ≥ 7 баллов (N = 43)			
Из	-0,271* p = 0,004	-0,360* p = 0,031	0,091 p = 0,474	-0,276* p = 0,004	0,132 p = 0,681	-0,688* p = 0,013	-0,641* p = 0,029	0,464 p = 0,128
	Головная боль ≤ 6 баллов (N = 55)				Головная боль ≥ 7 баллов (N = 45)			
Из	-0,016 p = 0,907	-0,109 p = 0,425	-0,223 p = 0,101	-0,645 p = 0,132	0,154 p = 0,31	-0,21 p = 0,166	-0,682 p = 0,231	0,086 p = 0,97
	Скованность ≤ 6 баллов (N = 90)				Скованность ≥ 7 баллов (N = 10)			
Из	-0,088 p = 0,405	0,329 p = 0,353	-0,009 p = 0,352	-0,016 p = 0,964	0,037 p = 0,917	-0,287* p = 0,006	-0,182 p = 0,614	-0,224 p = 0,063
	Диагностические точки ≤ 14 (N = 37)				Диагностические точки > 14 (N = 63)			
Из	-0,532 p = 0,128	-0,177 p = 0,578	0,164 p = 0,200	-0,082 p = 0,771	-0,032 p = 0,765	-0,368* p = 0,043	-0,067 p = 0,867	-0,365* p = 0,026

Примечания:

* – p < 0,05, Из – интернальность в отношении здоровья;
А – астения, Д – депрессия, Т – тревога, И – ипохондрия.

Таким образом, усиление клинических и аффективных симптомов заболевания (депрессии, тревоги, ипохондрии) способствует углублению экстернальности субъективного контроля у больных фибромиалгией. У пациентов снижается мотивация к лечению, выполнению необходимых профилактических мероприятий, обращению за медицинской помощью, что в целом способствует снижению эффективности проводимой терапии и социально-психологической дезадаптации больных. Неудачи в лечении способствуют усилению ощущения беспомощности пациентов, опосредуя рост невротических акцентов заболевания. Отмеченные психосоматические взаимосвязи у больных фибромиалгией могут свидетельствовать о формировании у них недостатков, свойственных состоянию «наученной беспомощности» [4, 5].

Своевременная диагностика заболевания и назначение адекватной терапии, в том числе направленной на коррекцию аффективных нарушений у пациентов, может способствовать повышению субъективного

контроля у пациента по отношению к своему заболеванию и тем самым улучшать приверженность к лечению.

Выводы

Проведенное исследование свидетельствует о существовании тесных психосоматических взаимосвязей у больных фибромиалгией. Это служит обоснованием необходимости индивидуального подхода к пациентам, учета их специфической внутренней картины заболевания, разработки комплексных реабилитационных программ, включающих помимо фармакологических препаратов методы психотерапевтического лечения: гипносуггестивную терапию, аутогенную тренировку, метод биологической обратной связи, а также методы групповой, рациональной и поведенческой психотерапии. Целесообразным представляется также создание так называемых школ для больных с фибромиалгией, где пациенты могли бы получать полную информацию о своем заболевании и овладевать навыками его контролирования.

Список литературы

1. Бажин Е.Ф., Галынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). – М.: Смысл, 1993.
2. Дмитриева Л.Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 77–80.
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.
4. Сулейманова Г.П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом первичной фибромиалгии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2005. – 22 с.
5. Грехов Р.А. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у ревматических пациентов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2010. – 56 с.
6. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, Ленингр. отделение, 1984. – 192 с.
7. Blotman F., Branco J. Fibromyalgia. – New York, Editions Privat, 2007. – 253 p.
8. Giesecke T., Gracely R.H., Williams D.A. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort // Arthritis Rheum. – 2005. – № 52. – P. 1577–1584.
9. Gusi N., Tomas-Carus P., Hakkinen A. Exercise in waist-high warm water decreases pain and improves health-related quality of life and strength in the lower extremities in women with fibromyalgia // Arthritis. Care. Res. – 2006. – № 55. – P. 66–73.
10. Muller W. Generalized tendomyopathy (fibromyalgia). 1990. Darmstadt, Steinkopff, 1991. – 354 p.
11. Wolfe F. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia / F. Wolf, H.A. Schmidt, M.B. Yunus // Arthritis. Rheumatol. – 1990. – № 33. – P. 160–172.
3. Nikolayva V.V. Vliyanie khronicheskoy bolezni na psichiku. M.: Izd-vo MGU, 1987. 168 p.
4. Suleymanova G.P. Psichosomaticheskie sootnosheniya i vnutrennyaya kartina bolesni u bolnykh sindromom fibromialgii: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. NII KiER RAMN. Volgograd, 2005. 22 p.
5. Grekhov R.A. Psichosomaticheskie sootnosheniya i vnutrennyaya kartina bolesni u revmaticeskikh pacientov: Avtoref. dis. ... dok. med. nauk. NII KiER RAMN. Volgograd, 2010. 56 p.
6. Tashlykov V.A. Psichologiya lechebnogo protsessa. L.: Medithina., Leningr. otdelenie, 1984. 192 p.
7. Blotman F., Branco J. Fibromyalgia. New York, Editions Privat, 2007. 253 p.
8. Giesecke T., Gracely R.H., Williams D.A. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort. Arthritis Rheum., 2005, no. 52, pp. 1577–1584.
9. Gusi N., Tomas-Carus P., Hakkinen A. Exercise in waist-high warm water decreases pain and improves health-related quality of life and strength in the lower extremities in women with fibromyalgia. Arthritis Care. Res, 2006, no. 55, pp. 66–73.
10. Muller W. Generalized tendomyopathy (fibromyalgia). 1990. Darmstadt, Steinkopff, 1991. 354 p.
11. Wolfe F., Schmidt H.A., Yunus M. B. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Arthritis. Rheumatol., 1990, no. 33, pp. 160–172.

References

1. Bazhin E.F., Galynkin E.A., Etkind A.M. Oprosnik urovnya subektivnogo kontrolya (USK). M.: Smysl, 1993.
2. Dmitrieva L.L. Metodika Formalizovannoy otsenci nevroticheskikh proyavleniy. Zhurn. Nevropatol. i psikiatrii. 1995. Vol.5: pp. 77–80.

Рецензенты:

Немцов Б.Ф., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии Кировской государственной медицинской академии, г. Киров;

Зборовский А.Б., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Волгоградского государственного медицинского университета, г. Волгоград.

Работа поступила в редакцию 04.04.2013.