

УДК 616.8-009.7:15

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ

Сулейманова Г.П.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной ревматологии» Российской академии медицинских наук, Волгоград, Россия (400138, г. Волгоград, ул. им. Землячки, д. 76), e-mail: sgppp22@yandex.ru*

Под наблюдением находилось 100 больных фибромиалгией. Все пациенты были женщинами, средний возраст которых составил  $43,85 \pm 0,70$  года, средняя длительность заболевания  $7,23 \pm 0,47$  года. Изучались некоторые элементы внутренней картины болезни: особенности невротического реагирования и типы отношения к болезни. Данные результатов исследования свидетельствуют, что на ранних стадиях заболевания у больных фибромиалгией диагностируется высокий уровень тревоги. Длительность заболевания коррелирует с астенией, ипохондрией и депрессией. В целом по группе клинически значимый уровень невротического реагирования наблюдался по шкалам тревоги, астении и депрессии. Основное отношение к заболеванию проявлялось дезадаптивными механизмами с преобладанием сенситивного и тревожного вариантов (определяемых в чистом виде и в составе смешанных). В меньшей степени наблюдались ипохондрический и неврастенический варианты. В структуре адаптивного блока реагирования регистрировались эргопатический и анозогнозический типы отношения к заболеванию.

Ключевые слова: фибромиалгия, невротические проявления, отношение к заболеванию.

## PSYCHOLOGICAL TRAITS OF PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

Suleymanova G.P.

*Federal State Budgetary Institution «Research Institute of Clinical and Experimental Rheumatology» under the Russian Academy of Medical Sciences, Volgograd, Russia (400138, Volgograd, Zemlyachki street, 76), e-mail: sgppp22@yandex.ru*

The study included 100 patients with fibromyalgia. All patients were women, whose average age was  $43,85 \pm 0,70$  years, the average duration of disease was  $7.23 \pm 0,47$  years. We studied some elements of the internal image of the disease: features of neurotic disturbances and types of attitude to the disease. The results of the research indicate on high level of anxiety in patients with fibromyalgia in the early stages of the disease. The duration of the disease correlates with asthenia, hypochondria and depression. We observed the clinically significant level of anxiety, hypochondria and depression in whole group. The main attitude to the disease manifested as non-adaptable mechanisms with domination of sensitive and anxious variants (defined in pure form and as a component of mixed forms). Hypochondriac and neurasthenic variants were observed in lesser degree. Ergopathic and anosognosic types of attitude to the disease were noted in the structure of adaptive reactions too.

Keywords: fibromyalgia, neurotic disturbances, attitude to the disease.

Фибромиалгия представляет собой внесуставное ревматическое заболевание, которое характеризуется генерализованной мышечной болью, утомляемостью скелетной мускулатуры и снижением уровня болевого порога при пальпации в специфических точках [6]. Несмотря на широкий круг клинических, электрофизиологических, биохимических исследований в этой области, в проблематике фибромиалгии существует много нерешенных вопросов относительно патогенеза заболевания и лечения. Применяемые в настоящее время в лечении больных фибромиалгией физиотерапевтические и фармакологические средства эффективны не более чем у половины больных и не дают стойкого улучшения или ремиссии [Ошибка! Источник ссылки не найден.; Ошибка! Источник ссылки не найден.; Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Отдельным аспектом проблемы выступает роль психических нарушений в течении и развитии фибромиалгии. Подчеркивается, что такие нарушения, как

тревожность, депрессия, стрессовые состояния, встречаются у больных фибромиалгией значительно чаще, чем у больных с другими заболеваниями, в частности ревматоидным артритом [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Обилие психологических изменений и их соматические проявления вызывают сложности у практикующих врачей, прежде всего при клинической оценке имеющихся расстройств – резкое несоответствие дезадаптации пациентов относительно степени поражения мышечной системы при отсутствии видимых органических поражений. Однако работ, направленных на развёрнутое изучение психологических аспектов при фибромиалгии, явно недостаточно. Остается неизученным вопрос о значении личностных особенностей у больных с фибромиалгией. Именно личностный аспект реакции на болезнь лежит в основе формирования специфической внутренней картины болезни (ВКБ) [2; 3]. Весьма часто реакция личности на соматическое заболевание выступает в качестве декомпенсирующего фактора, порождая внутриличностный конфликт, потенцирующий, в свою очередь, имеющиеся психологические нарушения. В связи с чем одним из актуальных вопросов психологической диагностики представляется исследование внутренней картины болезни, раскрытие которой может представить существенную информацию о возможных психофармакологических и психотерапевтических «мишенях» у больных фибромиалгией.

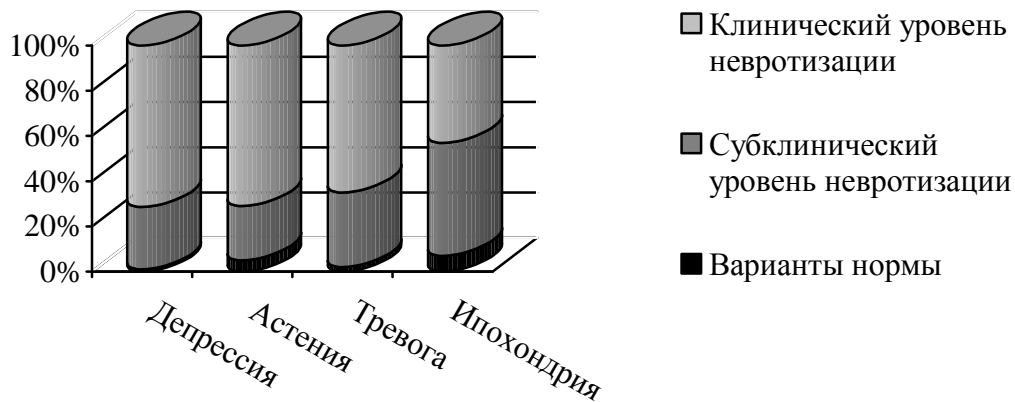
**Целью работы** явилось изучение некоторых аспектов внутренней картины болезни у больных фибромиалгией: невротических расстройств и типов отношения к болезни.

**Материалы исследований.** Под наблюдением находилось 100 больных с фибромиалгией. Все пациенты были женщинами, в возрасте от 21 до 54 лет. Средний возраст составил –  $43,85 \pm 0,70$  года. Средняя длительность заболевания составила  $7,23 \pm 0,47$  года.

Распределение по профессиональному признаку показало, что подавляющее число относилось к инженерно-техническому и административно-хозяйственному составу – 76%, неработающее население составило 2%, и только 14% пришлось на долю рабочих профессий.

В качестве специального экспериментально-психологического инструмента для исследования особенностей психоэмоционального статуса пациентов с фибромиалгией были выбраны и использованы стандартизированные психодиагностические методики, разработанные или адаптированные в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева: «Методика формализованной оценки невротических проявлений» (Дмитриева Л.Л., 1990), «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (Вассерман Л.И. с соавт., 1987).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Подавляющее большинство пациентов (65%) в анамнезе отмечали острые или хронические психотравмирующие воздействия, предшествовавшие развитию заболевания либо значительно усугублявшие уже имеющийся болевой синдром (рисунок 1).



**Рис. 1. Распределение структуры невротических симптомов заболевания у больных фибромиалгией.**

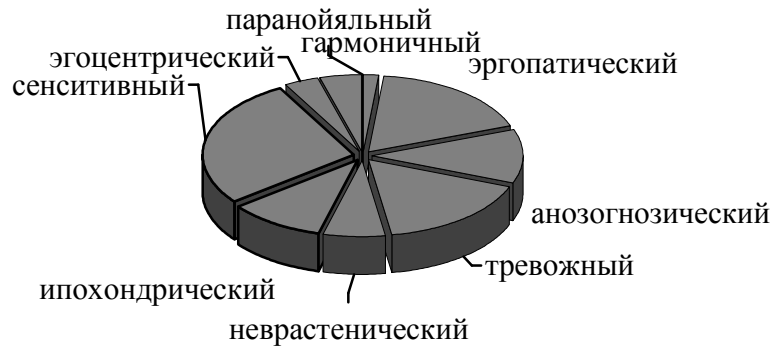
По результатам обследования в группе больных с фибромиалгией клинический уровень невротических проявлений был отмечен в 62,25% случаев, составив в среднем по шкалам депрессии -  $6,46 \pm 0,15$  балла, астении -  $6,72 \pm 0,17$ , тревоги -  $6,8 \pm 0,98$  и ипохондрии  $5,53 \pm 0,18$  балла. Также было установлено, что интенсивность тревоги прямо коррелировала с возрастом ( $r=0,570$ ,  $p=0,019$ ) больных фибромиалгией и была достоверно выше в группах больных с длительностью течения до 5 лет ( $p<0,01$ ). Показатели депрессии ( $r=0,34$ ,  $p=0,021$ ), астении ( $r=0,38$ ,  $p=0,017$ ) и ипохондрии ( $r=0,65$ ,  $p=0,005$ ) прямо коррелировали с длительностью течения заболевания. Высокий уровень тревожности свидетельствует о субъективно переживаемых эмоциях напряжения, которые, возможно, и определяют доминирующий фон настроения на ранних этапах заболевания больных фибромиалгией. Возможным объяснением этому может служить то, что, как указывает В.М. Астапов [0], состояние тревоги представляет собой результат сложного процесса, включающего когнитивные, аффективные и поведенческие реакции на уровне целостной личности. Тревога ориентирована на поиск источника опасности и оценку имеющихся средств для ее преодоления. При этом формируется активность, нацеленная на возможность благополучного разрешения ситуации и снятие реальной угрозы для личности. Отрицательно окрашенные эмоциональные переживания тревоги возникают тогда, когда индивид оценивает ситуацию как опасную и не располагает готовыми и достаточно надежными способами ее разрешения. В случаях же субъективной оценки невозможности преодоления фрустрирующих препятствий индивидуумом происходит последующая трансформация тревоги в состояние подавленности, астенизации и депрессии.

Особую значимость в анализе внутренней картины болезни приобретает переживание факта болезни самим больным, которое часто выступает в качестве ведущей причины последующих изменений социально-психологического статуса и во многом может определять реабилитационный потенциал. На основании структурного анализа основных типов отношения к заболеванию у больных фибромиалгией было установлено, что почти у половины обследуемых пациентов преобладали смешанные типы реагирования (47%). Большую часть данной структуры составили типы отношений, характеризующиеся личностной дезадаптацией к заболеванию: чувствительный (33%) и тревожный (17%). Более адаптивные варианты реагирования, эргопатический и анозогнозический, определялись в 17% и 13% случаях.

Среди чистых типов отношений к своему заболеванию (42% всех случаев) у больных фибромиалгией доминировали наиболее адаптивные варианты (23%) с преобладанием эргопатического радикала (14%). Гармоничное отношение к заболеванию было установлено у 3% больных фибромиалгией. Дезадаптивная часть структуры чистых типов отношения к болезни (19%) имела в большей степени чувствительные (9%) и тревожные (4%) акценты.

Среди вариантов диффузного распределения (11% случаев) основными структурообразующими типами отношений являлись тревожно-чувствительное (10%), ипохондрическое (7%) и неврастеническое (6%) реагирования.

Таким образом, у больных фибромиалгией основное отношение к заболеванию проявлялось дезадаптивными механизмами с преобладанием чувствительного (51%) и тревожного (31%) вариантов (определяемые в чистом виде и в составе смешанных) (рисунок 2). В меньшей степени наблюдаются ипохондрический (19%), неврастенический (12%), паранойяльный (8%) и эгоцентрический (7%) варианты. В структуре наиболее адаптивного блока реагирования преобладают эргопатические (33%) и анозогнозические (21%) типы отношения к заболеванию. Апатический, меланхолический и дисфорический типы отношения к болезни у больных фибромиалгией зарегистрированы не были.



**Рис. 2. Типы отношения к болезни у больных фибромиалгией.**

Был проведен анализ распределения зачетных ответов для шкал по определенным группам тем, произвольно объединенных в соответствии с задачами исследования.

В первую группу вошли темы, отражающие эмоционально-аффективный компонент внутренней картины болезни («Самочувствие», «Настроение», «Сон», «Аппетит»). В целом, по темам наблюдается диффузный тип реагирования интерпсихической и интрапсихической направленности, составляющими которого являются неврастенический, сенситивный, тревожный, ипохондрический и эгоцентрический типы отношений. Заметим, что доминирующим типом отношений в теме «Сон» являлся неврастенический радикал, в теме «Настроение» доминировали тревожные, сенситивные и эгоцентрические акценты, а в теме «Самочувствие» преобладало ипохондрическое и неврастеническое реагирование.

Одной из важнейших характеристик внутренней картины болезни является отношение пациентов к своему заболеванию. Рассматриваемая категория во многом способна оказывать влияние на другие подсистемы отношений личности. Содержательная информация по группе тем («Отношение к заболеванию», «Отношение к лечению», «Отношение к медперсоналу», «Отношение к родным и близким»), отражающая различные аспекты самого заболевания у больных с фибромиалгией, позволяет говорить о том, что в данном случае преобладающие типы реагирования имеют значительный разброс и по напряженности результатов составляют диффузный тип отношения к болезни интерпсихической и интрапсихической направленности. Диагностические типы в данной подгруппе представлены в большей степени дезадаптивными паранойяльным, дисфорическим и тревожным акцентами реагирования. Среди наиболее адаптивных вариантов преобладало эргопатическое отношение к заболеванию, что, в данном случае, можно расценивать как вариант компенсаторной защитной реакции личности при совладании с болезнью у данной категории больных.

Другая модель отношений была связана с социальным функционированием и может представлять интерес в плане оценки и прогноза уровня социальной адаптации у больных с фибромиалгией («Отношение к работе», «Отношение к окружающим», «Отношение к одиночеству» и «Отношение к будущему»). Основными структурообразующими типами среди исследуемых сфер реагирования у больных с фибромиалгией являлись гармоничное, эргопатическое, сенситивное и неврастеническое отношения. Таким образом, можно предположить, что, несмотря на явления социальной и психической дезадаптации, больные с фибромиалгией в своем поведении в существенной степени руководствуются стремлением к активному социальному функционированию в отношении исследуемых тем.

Были рассмотрены взаимосвязи отдельно взятых невротических черт с основными структурообразующими типами отношения к заболеванию. Расчёт показателей производился в группах больных с показателями невротизации свыше 6 баллов (клинический выраженный уровень невротизации). Установлено, что присутствие клинически значимых признаков депрессии было сопряжено с формированием сенситивного ( $K_c=0,218$  при  $p<0,05$ ) и эгоцентрического ( $K_c=0,333$  при  $p<0,05$ ) отношения к болезни. Кроме этого, астения была достоверно взаимосвязана с неврастеническим ( $K_c=0,248$  при  $p<0,05$ ), а тревога с сенситивным ( $K_c=0,221$  при  $p<0,05$ ) типами отношения к своему заболеванию. Таким образом, повышение по шкалам невротизации у больных фибромиалгией сопровождается формированием дезадаптивных типов отношений к заболеванию.

**Выводы.** Полученные данные могут быть полезны и приняты во внимание при разработке индивидуальной тактики лечебно-реабилитационных мероприятий с целью улучшения качества проводимого лечения.

### Список литературы

1. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологич. журн. – 1992. – Т. 13, № 5. – С. 111-117.
2. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. - М. : Медицина, 1977. - 112 с.
3. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. - М. : Изд-во МГУ, 1987. - 168 с.
4. Табеева Г.Р. Фибромиалгия // Consilium medicum. – 2002. - № 12. – С. 506-508.
5. Табеева Г.Р. Фибромиалгия / Г.Р. Табеева, С.Б. Короткова, А.М. Вейн // Журн. невропатол. и психиатрии. – 2000. – № 4. – С. 68-77.

6. Claun D. Fibromyalgia: more than just a musculoskeletal disease // Am. Fam. Physician. - 1995. - Vol. 1, N. 3. - P. 843-51.
7. Muller W. Generalisierte Tendomyopathiel. – Darmstadt: Steinkopff, 1991. – 354 p.

**Рецензенты:**

Зборовский А.Б., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии, военно-полевой терапии с курсом клинической ревматологии ФУВ ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России, г.Волгоград.

Шилова Л.Н., д.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии, военно-полевой терапии с курсом клинической ревматологии ФУВ ГБОУ ВПО «ВолгГМУ» Минздрава России, г.Волгоград.