

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ

Осіпов В.М.

Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова

Анотація. У статті розглядається проведення соціологічне дослідження 180 пацієнтів, які скаржилися на міофасціальний больовий синдром в різних ділянках тіла, за допомогою спеціального опитувальника САН, який припускав самооцінку пацієнтом своєї психологічної сфери: самопочуття, активності та настрою, які необхідно враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів даної категорії.

Ключові слова: пацієнт, міофасціальний больовий синдром, реабілітація, опитувальник, дослідження, самопочуття, активність, настрої.

Аннотация. Осипов В.Н. Особенности психологического состояния пациентов, страдающих на миофасциальный болевой синдром. В статье рассматривается проведенное социологическое исследование 180 пациентов, которые жаловались на миофасциальный болевой синдром в разных участках тела, с помощью специального опросника САН, который допускал самооценку пациентом своей психологической сферы: самочувствие, активность и настроение, которые необходимо учитывать при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов данной категории.

Ключевые слова: пациент, миофасциальный болевой синдром, реабилитация, опросник, исследование, самочувствие, активность, настроение.

Annotation. Osypov Vitaly. Features of psychological state patients suffering on the myofascial pain syndrome. In the article the conducted sociological research is examined 180 patients which grumbled about a myofascial pain syndrome in different areas of body, by the special questionnaire FAM which assumed a self appraisal by the patient of the psychological sphere: feel, activity and mood, which it is necessary to take into account at development of medically-rehabilitation measures for the patients of this category.

Key words: patient, myofascial pain syndrome, rehabilitation, questionnaire, research, feel, activity, mood.

Вступ.

Теорія психогенного виникнення та розвитку больового синдрому, а також той факт, що лише у частини людей емоційний стрес реалізується у больову реакцію, визначили науковий інтерес до вивчення психологічних особливостей пацієнтів, які страждають на больові синдроми в різних ділянках тіла. Результати таких досліджень знайшли своє відображення як у вітчизняній, так і зарубіжній літературі [2, 4, 7 та ін.].

У даний час велике значення в розвитку болю надають міофасціальному больовому синдрому. Міофасціальні больові синдроми виявляються не тільки спазмом м'язів, але і наявністю в напружених м'язах болючих ущільнень (гіпертонусів) та тригерних пунктів. Міофасціальні больові синдроми часто не пов'язані із захворюванням хребта і зустрічаються незалежно від нього [3, 6, 7].

Пацієнти з міофасціальним больовим синдромом характеризуються високим рівнем невротизації та поєднанням психастенічних і демонстративних рис у структурі особистості, що стає причиною депресії і соціальної залежності. При цьому психологічні фактори на початковому етапі розвитку больового синдрому відіграють значно більшу роль, ніж на пізніх стадіях захворювання: якщо спочатку спостерігаються підвищення невротизації та тривоги, то при стабільному больовому синдромі збільшується психологічна ригідність і гетероагресія [2, 3, 4, 5].

В деяких випадках роль психологічних факторів у патогенезі міофасціального больового синдрому недооцінюється, а психологічні особливості хворих на початкових стадіях пов'язуються не лише із захворюванням, а й обізнаністю хворого пацієнта про свій діагноз, психологічною реакцією на клінічні прояви захворювання, наявністю чи характером отриманого лікування.

В даний час ця проблема також є дуже актуальною у зв'язку зі значною поширеністю міофасціального больового синдрому в світі. За даними експертів ВООЗ, в розвинутих країнах больові синдроми в різних ділянках тіла досягають розмірів пандемії і являються серйозною медичною та соціально-економічною проблемою.

Дослідження виконано згідно за планом науково-дослідної роботи у галузі фізичної культури і спорту Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.

Формулювання цілей статті.

Метою нашої роботи було визначення особливостей психологічного стану пацієнтів, які страждають на міофасціальний больовий синдром.

Методика дослідження. З метою оперативної оцінки психологічного стану пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом ми використали опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої) [1]. Дана методика призначена для оцінки свого функціонального стану самим пацієнтом. Функціональний стан складається із трьох основних станів психіки: самопочуття, активність, настрої. Ці три категорії характеризуються полярними оцінками «погано-добре», а між ними знаходяться характеристики, які найточніше характеризують стан хворого.

До категорії "самопочуття" відносяться характеристики: сили, здоров'я, втоми. Характеристика рухів, рухомості, швидкості і типу протікання функцій віднесені до категорії "активність". Характеристики емоційного стану віднесені до категорії "настрої". В бланках відповідей позитивні і негативні характеристики

розміщені як з правої, так і з лівої сторони, що дозволяє зменшити можливість навмисного спотворення результатів

Пацієнт співвідносить свій стан в даний момент з ознаками, які зазначені в тестових бланках. Ступінь вираженості кожної ознаки визначається відповідними цифрами, розміщеними між парами слів.

Обробка даних дослідження проводилася за допомогою спеціальних ключів. При цьому підраховувався середній бал за кожною категорією. Дана методика об'єктивно відображає динамічні, інтегральні характеристики психічного стану хворих пацієнтів, визначає сома́тичний станом, результатами реабілітації, особливостями процесів саморегуляції. Використані показники рівнів стану дозволяють легко і оптимально оцінювати ступінь, глибину змін стану психічних функцій та їх динаміку. Середніми показниками характерними для нормального, оптимального функціонального стану є: самопочуття 51-56; активність 47-52; настрої 51-56 балів.

Організація дослідження. Дослідження було проведене на базі Куйбишевської центральної районної лікарні і охоплювало 180 пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом. Обстежених хворих було розділено на 2-ві групи: одна контрольна, а інша експериментальна для порівняння ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Результати дослідження.

Крім багаточисленних клінічних і функціональних проявів у пацієнтів з гострим та хронічним болем в різних частинах тіла, визначне місце займають розлади емоційно-афективної сфери, інтегративною оцінкою якої є самопочуття, настрої і психічний тонус. Вказані психічні прояви можна розглядати у визначній мірі, як базисні форми психічних реакцій людини. Така інтегративна оцінка показників самопочуття, активності і настрою відображає найбільш значні сторони психічної діяльності, які відрізняються достатньою стійкістю, разом з тим являються достовірним критерієм оцінки психічного стану в момент дослідження.

В процесі нормальної життєдіяльності людини існує визначне взаємовідношення між цими показниками. Оптимальний стан настрою сприяє достатній активності, кожний із цих показників впливає на формування самопочуття. Разом з тим стан самопочуття впливає на рівень активності і настрою. Між показниками самопочуття, активності і настрою існує внутрішній глибокий і стійкий зв'язок. Тому при змінах одного з них виникає зміна інших показників психоемоційного стану.

За аналізом результатів тестування у обстежених хворих з міофасціальним больовим синдромом значно був виражений дисоціативний процес серед досліджуваних показників і знижений їх рівень. При цьому значно піддався змінам показник активності. У пацієнтів досліджуваних груп цей показник досяг «низького» рівня. Така ж спрямованість змін вихідних показників відмічалась і у відношенні величин «самопочуття» і «настрою», при цьому їх вихідний рівень був декілька вищим і знаходився в межах «нижче середнього» (табл.1). Відмічена різногласність величин показників САН свідчить про нестійкість психоемоційного стану і значну підверженість дії різних патологічних факторів.

Таблиця 1

Основні психологічні показники САН у пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом на початку реабілітаційних заходів

Показники рівнів	Показники підрівнів	Контрольна			Експериментальна		
		С	А	Н	С	А	Н
Низький	I						
	II		40			40	
Нижче середнього	I	45		46	47		46
	II						
Середній	I						
	II						
Вище середнього	I						
	II						

Як свідчать результати досліджень, вихідних даних показників психологічного стану пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом контрольної і експериментальної груп особливих розбіжностей між ними не виявлено, цей факт підтверджує їх однорідність. У пацієнтів як контрольної так і експериментальної групи було відмічено низький рівень показника активності, який складав за методикою САН 40 балів і декілька вищі показники самопочуття і настрою, які досягли рівня нижче середнього. У контрольній групі показник самопочуття складав 45 балів, а в експериментальній – 47 балів, а показник настрою як у контрольній так і в експериментальній групі відповідав 46 балам. Тому оцінка психологічного стану пацієнтів з міофасціальним болем дозволяє з'ясувати, яким чином захворювання впливає на їх психічний, фізичний та соціальний статус, що дозволить визначитися з лікувально-реабілітаційними заходами з урахуванням цих індивідуальних особливостей хворих.

Висновки.

Таким чином за отриманими показниками психологічного стану пацієнти з міофасціальним больовим синдромом контрольної та експериментальної груп були однорідними, що дає змогу в основному експерименті зробити об'єктивні висновки за отриманими результатами реабілітації. Важливими моментами у програмі

реабілітації пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом повинна займати психотерапія і психотерапевтична підготовка, особливо невротизованого хворого з астеною і депресією. При цьому обов'язкові безболісність всіх процедур і активізація уваги самого пацієнта до процесу реабілітації.

В подальших дослідженнях передбачається розробка програми лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом з урахуванням їх психологічного стану та фізичної активності.

Список літератури

1. Белова А.Н., Щепетов О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
2. Белова А.М. Нейрореабилитация. – М.: Медицина, 2000. – 360с.
3. Григорьева В.Н. Хронические боли в спине. Психологические особенности пациентов. Возможности терапии // Боль. - 2004. - № 3. – С. 2-12.
4. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во Ленинград ун-та, 1996. – 426 с.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Изд. Дом «Нива»; М.: "ОЛМА-ПРЕС" Звездный мир, 2002. – 320 с.
6. Boureau F., Pelome T., Doubvere J.F. Mechanisms of myofascial pain // Rev. Neurol. – 2000. – Suppl.4. – P. 4510-4514.
7. Glass J.M., Park D.C. Cognitive dysfunction in fibromyalgia // Curr. Rheumatol. Rep. — 2001. — Vol. 3, №92. — P. 123-127.

Надійшла до редакції 29.04.2008р.