



Сантимов А.В. ✉, Часнык В.Г., Гречаный С.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия

Психотерапевтический подход к лечению хронического болевого синдрома при ювенильном идиопатическом артрите и предикторы его эффективности

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Сантимов А.В., Часнык В.Г., Гречаный С.В.

Подана: 10.10.2020

Принята: 23.12.2021

Контакты: a.santimoff@gmail.com

Резюме

Введение. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – наиболее распространенное хроническое ревматическое заболевание у детей, одним из самых частых и наиболее беспокоящих пациентов симптомов которого является хроническая боль. Представления о роли психических и семейных факторов в происхождении хронического болевого синдрома при ЮИА остаются неполными и недостаточно учитываются ревматологами при лечении данных пациентов.

Цель исследования. Выявление предикторов эффективности психотерапии хронического болевого синдрома при ЮИА.

Материалы и методы. Обследовано 216 пациентов в возрасте от 2 лет 1 месяца до 17 лет 10 месяцев с верифицированным диагнозом ЮИА. Всем пациентам проводились традиционное ревматологическое обследование с оценкой активности заболевания и психометрическая оценка хронического болевого синдрома, тревожности, депрессии, уровня семейной сплоченности и адаптивности, анализ семейного воспитания. Среди всех обследованных было 111 пациентов с хроническим болевым синдромом. С данной группой пациентов проводились индивидуальная и семейная психотерапия и психообразовательные программы. Среди них повторное обследование и оценку эффективности терапии прошли 50 человек (45%). Эти пациенты составили группу терапевтической интервенции. Среди них были выделены пациенты с положительным ответом на терапию – 38 человек (76%) и пациенты без положительного ответа – 12 человек (24%).

Результаты. У пациентов терапевтически резистентной подгруппы оказались достоверно выше значения шкалы «Оценка боли родителем» ($p=0,001$), выше суммарный балл по шкале тревоги SCAS по оценке родителем ($p=0,008$), выше значение шкалы «Семейная сплоченность» ($p=0,0001$), ниже значение шкалы «Семейная адаптация» ($p=0,0001$), выше значения шкал «Чрезмерность санкций» ($p=0,020$) и «Предпочтение в ребенке мужских качеств» ($p=0,001$).

Выводы. Эффективность психотерапевтического лечения хронического болевого синдрома при ЮИА связана в первую очередь с родительским фактором, приверженностью родителей психосоматической концепции заболевания. Предикторами терапевтической резистентности хронического болевого синдрома при ЮИА могут быть более высокие значения шкалы «Оценка боли родителем», шкалы тревоги SCAS по оценке родителем, шкалы «Чрезмерность санкций», шкалы «Предпочтение в ребенке мужских качеств» и шкалы «Семейная сплоченность», а также более низкие значения шкалы «Семейная адаптация».

Ключевые слова: хронический болевой синдром, ювенильный идиопатический артрит, психотерапевтический подход

Santimov A. ✉, Chasnyk V., Grechanyi S.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Psychotherapeutic Approach to the Treatment of Chronic Pain Syndrome in Juvenile Idiopathic Arthritis and Predictors of its Effectiveness

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of the study, the collection of material, processing, writing the text – Santimov A., Chasnyk V., Grechanyi S.

Submitted: 10.10.2020

Accepted: 23.12.2021

Contacts: a.santimoff@gmail.com

Abstract

Introduction. Juvenile idiopathic arthritis (JIA) is the most common chronic rheumatic disease in children, one of the most frequent and most disturbing symptoms of which is chronic pain. Ideas about the role of mental and family factors in the origin of chronic pain syndrome in JIA remain incomplete and are not sufficiently taken into account by rheumatologists in the treatment of these patients.

Purpose. To identify predictors of the effectiveness of psychotherapy of chronic pain syndrome in JIA.

Materials and methods. 216 patients aged from 2 years 1 month to 17 years 10 months with a verified diagnosis of JIA were examined. All patients underwent traditional rheumatological examination to assess the activity of the disease and psychometric assessment of chronic pain, anxiety, depression, the level of family cohesion and adaptability, the analysis of family education. Among all examined there were 111 patients with chronic pain syndrome. Individual and family psychotherapy and psychoeducational programs were conducted with this group of patients. Among them, 50 people (45%) underwent repeated examination and evaluation of the effectiveness of therapy. These patients formed a therapeutic intervention group. Among them were identified patients with a positive response to therapy – 38 people (76%) and patients without a positive response – 12 people (24%).

Results. In patients from resistant subgroup was significantly higher value of the scale Assessment of pain by a parent ($p=0.001$), higher total score on the SCAS anxiety scale as assessed by the parent ($p=0.008$), higher the value of the scale Family cohesion ($p=0.0001$), lower scale value of Family adjustment ($p=0.0001$), higher values of the scale Excessive sanctions ($p=0.020$) and higher value of the scale Preference in child masculinity ($p=0.001$).

Conclusions. The effectiveness of psychotherapeutic treatment of chronic pain syndrome in JIA is primarily associated with the parental factor, the commitment of parents to the psychosomatic concept of the disease. Predictors of therapeutic resistance of chronic pain in JIA might be considered a higher value of the scale Assessment of pain by a parent, SCAS anxiety scale as assessed by the parent, scale Excessive sanctions, scale Preference in child masculinity and scale Family cohesion as well as a lower value of the scale Family adjustment.

Keywords: chronic pain syndrome, juvenile idiopathic arthritis, psychotherapeutic approach

■ ВВЕДЕНИЕ

Исследования различных хронических болевых синдромов в педиатрии все чаще демонстрируют существенное влияние семейного контекста на выраженность боли, физическое, психическое и социальное благополучие ребенка [7, 15, 22]. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) – наиболее распространенное хроническое ревматическое заболевание у детей [1, 16], одним из самых частых и наиболее беспокоящих пациентов симптомов которого является хроническая боль [10, 11]. Хронический болевой синдром (ХБС) – это длительно существующая боль, сохраняющаяся более 3 месяцев, или рецидивирующие боли, которые возникают как минимум трижды в течение 3 месяцев [23]. Первопричина боли при ЮИА является соматической, но существуют и другие факторы, влияющие на выраженность болевого синдрома у детей, такие как генетические, демографические, психологические факторы [6, 18]. Было показано, что широкий спектр психосоциальных характеристик влияет на выраженность боли у детей с ЮИА, включая эмоциональные расстройства, ежедневный стресс, изменения настроения, семейный анамнез боли, хронические болевые синдромы у родителей и применяемые детьми копинг-стратегии [18, 21]. Данные нескольких исследований показывают, что семьи детей с ХБС функционируют менее эффективно, чем другие семьи, и что сами родители могут служить «моделями боли» для их детей [8, 17, 23]. Несмотря на общее понимание психосоматических аспектов ЮИА, представления о роли психических и семейных факторов в происхождении ХБС остаются неполными и недостаточно учитываются врачами-ревматологами при лечении данных пациентов [2, 12, 13]. Кокрановский обзор подтвердил, что релаксация и когнитивно-поведенческая терапия эффективны в снижении уровня интенсивности боли у детей с хроническим болевым синдромом [9]. Когнитивно-поведенческая терапия ЮИА подразумевает образование пациентов в вопросах заболевания и его влияния на ежедневную активность, тренировку эффективных копинг-стратегий, управление связанными и не связанными с заболеванием стрессорами и предоставление пациентам рекомендаций по разработке и реализации долгосрочного

плана по самоуправлению собственным состоянием [5]. Однако далеко не все пациенты демонстрируют высокую эффективность психотерапии в лечении хронического болевого синдрома [13, 23].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление предикторов эффективности психотерапии ХБС при ЮИА.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включались пациенты, проходящие обследование в педиатрическом отделении № 3 клиники ФГБОУ ВО «СПбГПМУ».

Критерии включения:

1. Установленный диагноз ЮИА.
2. Возраст от 2 лет до 17 лет 11 месяцев.
3. Согласие самих пациентов и их родителей.

Критерии исключения:

1. Исключение диагноза ЮИА.
2. Возраст младше 2 лет.
3. Отказ пациентов или их родителей от участия в исследовании.

Всего 216 пациентов в возрасте от 2 лет 1 месяца до 17 лет 10 месяцев было включено в исследование. Среди обследованных было 66 мальчиков и 150 девочек. 74 пациента проходили стационарное обследование и лечение в связи с обострением ЮИА, то есть находились в активной фазе заболевания, тогда как у остальных 142 пациентов признаков активности заболевания выявлено не было. Из них 60 пациентов проходили плановое обследование, находясь в ремиссии заболевания, как медикаментозной, так и безмедикаментозной, тогда как остальные 82 пациента госпитализировались с подозрением на обострение ЮИА в связи с жалобами на боли в суставах, однако обострение ЮИА у них исключалось, а боли в суставах объяснялись сопутствующим невоспалительным ХБС, так как в ходе обследования у данных пациентов была зарегистрирована неактивная фаза ЮИА. Неактивная фаза болезни устанавливается в случае отсутствия активного синовита, увеита, при нормальных показателях скорости оседания эритроцитов (СОЭ) и сывороточной концентрации С-реактивного белка (СРБ), а также при отсутствии проявлений болезни согласно общей оценке врача по Визуальной аналоговой шкале.

Методы исследования:

1. Ревматологическое обследование с оценкой активности заболевания, включающей в себя подсчет числа суставов с активным артритом, числа суставов с нарушением функции (ограничением движений), оценку лабораторных показателей (СОЭ и СРБ).
2. Визуальные аналоговые шкалы (ВАШ) оценки пациентом (родителем) общего состояния здоровья ребенка, болевого синдрома и оценки врачом активности болезни.
3. Опросник Ван Корффа. Использовался для оценки интенсивности болевого синдрома, степени и уровня социальной дезадаптации, класса хронической боли.
4. Болевой опросник Мак-Гилла. Проводилась оценка индекса слов-дескрипторов и суммарного болевого ранга, сенсорных и аффективных компонентов боли.

5. Опросник детской тревожности: вариант для школьников – шкала SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) [19], вариант для дошкольников – шкала PAS (The Preschool Anxiety Scale) [20]. По методике PAS было обследовано 69 пациентов в возрасте 2–8 лет (20 мальчиков и 49 девочек), чьи познавательные навыки на момент осмотра не позволили самостоятельно заполнять бланки тестов. Согласно инструкции опросника на вопросы отвечали родители пациентов. По версии SCAS было обследовано 147 пациентов (46 мальчиков, 101 девочка). Согласно методике тестировались как сами пациенты-школьники, так и их родители.
6. Опросник депрессии CES-D (Center of Epidemiological Studies of USA – Depression) и шкала оценки депрессии Бека использовались для оценки уровня депрессии у пациентов школьного возраста.
7. Исследование уровня семейной сплоченности и адаптивности проводилось с помощью методики FACES-III, основанной на круговой модели Д. Олсона [14].
8. Исследование типов воспитания проводилось с помощью методики «Анализ семейного воспитания» (ACB), предложенной Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицкис [4].
9. Для статистической обработки полученных результатов использовались: критерий У Манна – Уитни, критерий Н Краскела – Уоллиса, методика оценки корреляционной связи по Спирмену (ρ). Полученные результаты оценивались как статистически значимые при уровне вероятности $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных было 74 пациента с ЮИА в активной фазе болезни, тогда как большую часть составили пациенты с ЮИА в неактивной фазе болезни (с артритом в анамнезе, но без объективных признаков активного воспалительного процесса на момент исследования) – 142 пациента. Среди всех обследованных детей было 111 пациентов с ХБС и 105 пациентов – без ХБС. Опубликованные нами ранее результаты сравнения данных клинических групп продемонстрировали невозможность связать хронический болевой синдром и степень его выраженности с активностью артрита [3]. У пациентов с ХБС оказались достоверно выше медианные значения общей суммы тревоги ($p=0,0001$), шкал «Генерализованная тревога» ($p=0,0001$), «Социальная тревога» ($p=0,001$), обсессивно-компульсивной шкалы ($p=0,003$), шкал «Сепарационная тревога» ($p=0,010$) и «Паническое расстройство» ($p=0,0001$), тогда как различий по шкалам тревоги у пациентов с активным артритом и без него не выявлено. В группе пациентов с ХБС были достоверно выше средние значения шкал депрессии как Бека, так и CES-D ($p=0,0001$), тогда как уровень депрессии в зависимости от активности артрита не различался ($p=0,411$, $p=0,652$). Что касается особенностей внутрисемейных взаимоотношений и семейного воспитания, из 79 пациентов с разделенным типом семейных взаимоотношений достоверно преобладали пациенты с ХБС (52 человека, 56,5%, $\chi^2=7,911$, $p=0,005$), из 45 пациентов с гибким типом семейной адаптации достоверно чаще встречались пациенты с ХБС (37 человек, $\chi^2=18,689$, $p=0,0001$) и у детей с ХБС статистически достоверно чаще встречались такие типы воспитания, как гиперпротекция ($\chi^2=6,422$, $p=0,011$), потворствование ($\chi^2=4,122$, $p=0,042$), недостаточность требований-обязанностей ($\chi^2=4,568$, $p=0,033$), воспитательная неуверенность родителей ($\chi^2=4,741$, $p=0,029$) и боязнь утраты ребенка ($\chi^2=12,448$, $p=0,0001$).

Полученные результаты явились обоснованием необходимости применения доказательно обоснованных психологических вмешательств, таких как индивидуальная и семейная психотерапия и психообразовательные программы для всех пациентов с ЮИА, страдающих болевым синдромом, и их родителей.

Что включала в себя психообразовательная программа? Объяснялись возможные механизмы психосоматических взаимоотношений при ХБС, в частности влияния эмоциональных переживаний, тревоги на возникновение и обострение хронического болевого синдрома. Подчеркивалась длительность течения сформированного на психосоматической основе ХБС, его ригидность, «завязанность» на семейных отношениях. В частности, болевой синдром может отражать трудности во взаимоотношениях между разными членами семьи, наличие конфликта, напрямую не касающегося ребенка. Ребенок с его болезнью может быть условно желателен родственникам как носитель «семейной проблемы».

Механизмы психосоматического болевого синдрома могут реализовываться в диаметрально противоположных ситуациях:

1. Тревоги, страха, подавленности ребенка, переживания несамостоятельности, зависимости от характерологически сильного значимого родственника (субмиссивный вариант). Ведущий тип воспитания в данном случае – доминирующая гиперопека с установкой на гиперсоциализирующую адаптацию воспитанника, заинтересованность в лидерствующем положении ребенка в социуме, его школьных успехах без учета возможностей и аутентичной характерологической структуры (в частности убежденность родителя в том, что «ты можешь и должен стать другим»). Болевой синдром в данном случае – благовидный предлог уйти от нерешенных проблем. Он может быть условно желателен для родителей и бессознательно поддерживаться ими (уход от проблемы, капитуляции в условиях, когда проблема нерешаемая).
2. Родительская воспитательная неуверенность и растерянность перед ребенком, который мало контролируем в своих поведенческих установках, манипулируем родительским отношением (доминантный вариант).

В чем заключалась индивидуальная психотерапия? Рациональная психотерапия проводилась в виде предоставления объективной информации об отсутствии воспалительной основы для болевого синдрома (в случае хронического болевого синдрома без признаков активности артрита) или несоответствия воспалительных маркеров и объективных находок интенсивности болевых ощущений (в случае хронического болевого синдрома на фоне активного артрита).

В чем заключалась семейная психотерапия? Раскрывались механизмы переживания тревожного и алгического опыта детьми, влияния родительского отношения и семейной ситуации на внутреннее состояние ребенка. Родителям раскрывалось содержание разных типов родительского отношения к болезни.

Когнитивно-поведенческая терапия проводилась в индивидуальном режиме – с детьми начиная с 7-летнего возраста, а также с родителями. Цель – снизить порог драматичности в связи с болевым синдромом, фактом болезни и ограничением жизнедеятельности.

Поскольку переработка потенциально тревожного опыта ребенком зависит от эмоционального настроя родителей, то ребенок «перенимает» эмоции родителей, выстраивает свои эмоциональные реакции в соответствии с тем, как родители

«приучили» его реагировать в той или иной ситуации. В результате эмоционально индифферентные события или информация неясной аффективной модальности (состояние неясности, растерянности, когнитивного дефицита), как и индифферентные сенсорные переживания, при соответствующей неправильной установке родителей могут восприниматься как потенциально тревожные и физически болезненные (тягостные).

Первично вышеуказанную терапевтическую схему прошли 111 детей с ЮИА с болевым синдромом. Среди них повторное обследование и оценку эффективности терапии прошли 50 человек (45%). Эти пациенты составили группу терапевтической интервенции. В свою очередь среди них были выделены пациенты с положительным ответом на терапию и пациенты без положительного ответа.

Факт повторного обращения пациентов в клинику определялся в большей степени экономическими (наличие квоты на повторное лечение, наличие материальных средств в семье на проезд из отдаленных регионов и проживание в Санкт-Петербурге), территориальными (отдаленность проживания от федеральной клиники) причинами, нежели медицинскими факторами. Невозможность активного отследижения «судьбы» пациентов определялась федеральным статусом клинической больницы СПбГПМУ и отсутствием в полной мере обратной связи с пациентами.

Данные о повторно обследованных пациентах среди тех, кто прошел психотерапию, представлены в табл. 1. Из таблицы видно, что как среди группы первичной интервенции, так и среди повторно обследованных преобладали пациенты старшей возрастной группы, что объясняется преобладающим количеством этих детей среди всех обследованных (147 из 216, $\chi^2=28,167$, $p<0,0001$). Так же, как и в группе интервенции в целом ($\chi^2=27,252$, $p<0,001$), в группах повторно осмотренных и неосмотренных достоверно преобладали пациенты без признаков активного воспалительного процесса ($\chi^2=3,920$, $p<0,048$ и $\chi^2=27,557$, $p<0,001$ соответственно). Продолжительность заболевания ЮИА не отличалась среди пациентов, обратившихся в клинику повторно и не прошедших этап контроля лечения ($t=0,623$, $p=0,535$). И наконец, среди указанных групп пациентов не было различий по критерию первичности/повторности обращения, соотношение пациентов с однократной и многократной госпитализацией в этих группах не отличалось. То есть по клиническим показателям группы были сопоставимы.

Среди 50 повторно обратившихся пациентов 38 человек (76,0%) продемонстрировали выраженную положительную динамику в виде купирования хронического болевого синдрома (подгруппа положительного терапевтического ответа). Она заключалась в принятии в той или иной степени психосоматической концепции заболевания, попытке контроля аффективной составляющей болевого синдрома, а также в постепенном изменении воспитательных установок и предшествующего стиля детско-родительских взаимоотношений. В то же время у 12 пациентов (24,0%) ХБС демонстрировал резистентность как к медикаментозному лечению, так и к психотерапии (подгруппа терапевтической резистентности).

Критериями оценки сравнения групп явились клинические данные и результаты шкал, полученные при первичном обследовании. Таким образом, оценка эффективности терапевтической схемы была направлена на выявление множества исходных данных, касающихся всесторонней оценки клинических артралгических проявлений, выраженности болевого синдрома, психометрических показателей тревоги и

Таблица 1
Характеристики пациентов с ЮИА, прошедших терапию в связи с хроническим болевым синдромом
Table 1
Characteristics of patients with JIA who underwent therapy in connection with chronic pain syndrome

Критерии разделения	Группа интервенции (n=111)	Повторно осмотрены (n=50)	Повторно не осмотрены (n=61)
Возрастной критерий			
Младшая возрастная подгруппа	19 чел. (17,1%)	12 чел. (24,0%)	7 (11,5%)
Старшая возрастная подгруппа	92 чел. (82,9%)	38 чел. (76,0%)	54 (88,5%)
Всего	111 чел. (100,0%) $\chi^2=48,009$ $p<0,0001$	50 чел. (100,0%) $\chi^2=13,520$ $p<0,001$	61 чел. (100,0%) $\chi^2=36,213$, $p<0,001$
Активный воспалительный процесс			
Активная фаза ЮИА	83 чел. (74,8%)	32 чел. (64,0%)	51 чел. (83,6%)
Неактивная фаза ЮИА	28 чел. (25,2%)	18 чел. (36,0%)	10 чел. (16,4%)
Всего	111 чел. (100,0%) $\chi^2=27,252$ $p<0,001$	50 чел. (100,0%) $\chi^2=3,920$ $p<0,048$	61 чел. (100,0%) $\chi^2=27,557$ $p<0,001$
Средняя длительность заболевания, мес.			
Средняя длительность заболевания, мес.	43,77 $\pm$ 0,455	46,36 $\pm$ 5,802 $t=0,623$, $p=0,535$ (для выборок с равными дисперсиями, критерий Ливиня $F=0,288$, $p=0,592$)	41,66 $\pm$ 4,912
Однократно и многократно лечившиеся			
Однократно лечившиеся в стационаре	28 чел.	11 чел.	17 чел.
Многократно лечившиеся в стационаре	83 чел.	39 чел.	44 чел.
Всего	111 чел. (100,0%) $\chi^2=15,680$ $p<0,001$	50 чел. (100,0%) $\chi^2=15,680$ $p<0,001$	61 чел. (100,0%) $\chi^2=11,951$ $p=0,001$

депрессии, разновидностей родительского воспитания, типов семейной адаптации и сплоченности.

Сравнение клинических характеристик двух вышеуказанных подгрупп представлено в табл. 2. Из таблицы видно, что как среди пациентов, показавших положительную динамику (подгруппа положительного терапевтического ответа), так и среди пациентов без положительной динамики (подгруппа терапевтической резистентности) преобладали дети старшей возрастной подгруппы. Но если среди пациентов с положительным терапевтическим ответом не было статистических различий в распространенности активности воспалительного процесса, то в терапевтически резистентной подгруппе чаще встречались пациенты, находящиеся в неактивной фазе ЮИА. Средняя продолжительность заболевания достоверно не различалась ($t=0,154$, $p=0,864$ для выборок с равными дисперсиями, критерий Ливиня $F=0,477$). Количество однократно и многократно лечившихся в стационаре в разных подгруппах также не различалось.

Различие рейтинговых показателей шкал опросников между подгруппами пациентов с положительным терапевтическим ответом и терапевтической

Таблица 2

Характеристики пациентов с ЮИА, прошедших терапию в связи с хроническим болевым синдромом и обследованных повторно

Table 2

Characteristics of patients with JIA who underwent therapy in connection with chronic pain syndrome and were re-examined

Критерии разделения	Группа интервенции в целом (n=50)	Подгруппа положительного терапевтического ответа (n=38)	Подгруппа терапевтической резистентности (n=12)
Возрастной критерий			
Младшая возрастная подгруппа	12 чел. (24,0%)	10 чел. (26,3%)	2 чел. (16,7%)
Старшая возрастная подгруппа	38 чел. (76,0%)	28 чел. (73,70%)	10 чел. (83,3%)
Всего	50 чел. (100,0%) $\chi^2=13,520$ $p<0,001$	38 чел. (100,0%) $\chi^2=8,526$ $p=0,004$	12 чел. (100,0%) $\chi^2=5,333$ $p=0,021$
Активный воспалительный процесс			
Активная фаза ЮИА	32 чел. (64,0%)	22 чел. (57,9%)	10 чел. (83,3%)
Неактивная фаза ЮИА	18 чел. (36,0%)	16 чел. (42,1%)	2 чел. (16,7%)
Всего	50 чел. (100,0%) $\chi^2=3,920$ $p<0,048$	38 чел. (100,0%) $\chi^2=0,947$ $p=0,330$	12 чел. (100,0%) $\chi^2=5,333$ $p=0,021$
Средняя длительность заболевания, мес.			
Средняя длительность заболевания, мес.	46,36±5,802	46,87±7,012	44,75±10,033
		t=0,154, p=0,864 для выборок с равными дисперсиями, критерий Ливиня F=0,477	
Однократно и многократно лечившиеся			
Однократно лечившиеся в стационаре	11 чел. (22%)	9 чел. (23,7%)	2 чел. (16,7%)
Многократно лечившиеся в стационаре	39 чел. (78%)	29 чел. (76,3%)	10 чел. (83,3%)
Всего	50 чел. (100,0%) $\chi^2=15,680$ $p<0,001$	38 чел. (100,0%) $\chi^2=10,526$ $p=0,001$	12 чел. (100,0%) $\chi^2=5,333$ $p=0,021$

резистентностью представлено в табл. 3. Из таблицы видно, что у пациентов терапевтически резистентной подгруппы достоверно выше значения шкалы «Оценка боли родителем» ($p=0,001$), выше суммарный балл по шкале тревоги SCAS ($p=0,008$), выше значение шкалы «Семейная сплоченность (по оценке родителями)» ($p=0,0001$) и ниже значение шкалы «Семейная адаптация (по оценке родителями)» ($p=0,0001$).

Поскольку у пациентов с терапевтической резистентностью достоверно преобладала общая сумма тревоги по шкале SCAS, изучались различия отдельных компонентов тревожных проявлений (табл. 4) и были получены достоверные различия по шкалам «Социальная тревога» ($p=0,003$), «Сепарационная тревога» ($p=0,001$) и обсессивно-компульсивной шкале ($p=0,011$).

Поскольку все выявленные достоверные различия рейтинговых показателей шкал опросников между подгруппами пациентов с положительным терапевтическим ответом и терапевтической резистентностью касались именно опросников, заполняемых родителями, а не аналогичных опросников, заполняемых самими

Таблица 3
Значения рейтинговых шкал в подгруппах пациентов с положительным терапевтическим ответом и терапевтической резистентностью
Table 3
Values of rating scales in subgroups of patients with positive therapeutic response and therapeutic resistance

Шкалы	Подгруппа положительного терапевтического ответа (n=38)	Подгруппа терапевтической резистентности (n=12)	Достоверность различий по критерию Манна – Уитни, p
Оценка боли пациентом	4,50 [2,50; 5,50]	6,750 [3,00; 7,875]	0,106
Оценка боли родителем	4,50 [2,875; 5,125]	8,25 [7,00; 8,50]	0,001*
Общая оценка пациентом своего состояния	5,00 [3,00; 7,125]	4,50 [1,50; 6,875]	0,600
Общая оценка текущей активности заболевания врачом	0,00 [0,00; 5,00]	0,00 [0,00; 0,375]	0,074
Интенсивность боли (шкала Ван Корффа)	50,00 [37,5025; 56,6700]	60,00 [36,6675; 66,67]	0,335
Выраженность дезадаптации (шкала Ван Корффа)	50,00 [17,5025; 79,1675]	41,6650 [17,00; 60,0025]	0,388
Индекс болевых дескрипторов (опросник Мак-Гила)	11,00 [7,00; 14,75]	12,00 [6,00; 16,50]	0,727
Ранговый индекс боли (сенсорный)	11,50 [11,25; 22,00]	17,00 [7,50; 27,75]	0,960
Ранговый индекс боли (аффективный)	6,50 [2,25; 9,75]	8,00 [3,50; 9,75]	0,689
Суммарный балл по шкале Бэка	9,00 [3,25; 14,00]	12,50 [4,00; 20,00]	0,947
Суммарный балл по шкале CES-D	12,50 [8,25; 19,50]	7,50 [4,50; 15,50]	0,607
Суммарный балл по шкале тревоги SCAS (оценка подростками)	37,00 [27,50; 43,75]	32,00 [21,00; 59,50]	0,528
Суммарный балл по шкале тревоги SCAS (оценка родителями)	25,50 [20,50; 34,50]	37,50 [32,75; 46,50]	0,008**
Семейная сплоченность – реальная (подростки)	35,00 [32,25; 37,75]	33,50 [30,25; 37,25]	0,443
Семейная адаптация – реальная (подростки)	28,50 [25,25; 32,75]	30,50 [27,75; 32,25]	0,484
Семейная сплоченность – идеальная (подростки)	39,00 [36,00; 41,00]	36,50 [32,75; 38,50]	0,096
Семейная адаптация – идеальная (подростки)	32,00 [28,25; 34,00]	30,00 [28,00; 35,25]	0,538
Семейная сплоченность – реальная (родители)	36,00 [35,00; 38,25]	36,00 [34,00; 38,00]	0,478
Семейная адаптация – реальная (родители)	36,50 [35,00; 39,00]	31,00 [26,50; 33,50]	0,316
Семейная сплоченность – идеальная (родители)	35,00 [34,00; 37,25]	41,00 [40,00; 42,00]	0,0001*
Семейная адаптация – идеальная (родители)	34,00 [31,00; 36,25]	28,00 [26,25; 29,75]	0,0001*

* Примечание: различия статистически достоверны.

* Note: the differences are statistically significant.

Таблица 4
Значения шкал SCAS (версия для родителей) у пациентов с положительным терапевтическим ответом и терапевтической резистентностью
Table 4
Values of SCAS scales (parent version) in patients with positive therapeutic response and therapeutic resistance

№	Шкалы	Группа интервенции в целом (n=50), медиана, квартили Ме [Q1; Q2], баллы		Достоверность различий по критерию Манна – Уитни, р
		Подгруппа положительного терапевтического ответа (n=38)	Подгруппа терапевтической резистентности (n=12)	
1	Общая сумма тревоги	25,50 [20,50; 34,50]	37,50 [32,75; 46,50]	p=0,007*
2	Шкала «Генерализованная тревога»	4,50 [3,00; 7,00]	4,50 [3,50; 7,25]	p=0,935
3	Шкала «Социальная тревога»	6,50 [4,25; 9,50]	10,00 [9,00; 11,50]	p=0,003*
4	Обсессивно-компульсивная шкала	2,50 [2,00; 5,00]	6,00 [4,00; 7,00]	p=0,011*
5	Шкала «Телесные повреждения»	5,00 [3,00; 7,75]	4,00 [4,50; 6,25]	p=0,961
6	Шкала «Сепарационная тревога»	4,00 [2,00; 6,00]	8,50 [8,00; 9,00]	p=0,001*
7	Шкала «Паническое расстройство»	2,00 [1,00; 5,50]	4,50 [3,25; 5,00]	p=0,142

* Примечание: различия статистически достоверны.
* Note: the differences are statistically significant.

Таблица 5
Средние значения шкал опросника «Анализ семейного воспитания» в подгруппах положительного терапевтического ответа и терапевтической резистентности
Table 5
The average values of the scales of the questionnaire "analysis of family relationships" in the subgroups of positive therapeutic response and therapeutic resistance

Тип воспитания	Медиана, квартили Ме [Q1; Q2], баллы (n=50)		Достоверность различий по критерию U Манна – Уитни, р
	Подгруппа положительного терапевтического ответа (n=38)	Подгруппа терапевтической резистентности (n=12)	
Гиперпротекция	4,00 [2,75; 8,00]	5,50 [3,00; 6,75]	p=0,927
Гипопротекция	2,00 [1,00; 4,00]	2,00 [1,25; 3,75]	p=0,763
Потворствование	4,00 [2,00; 5,00]	3,00 [2,00; 5,00]	p=0,352
Игнорирование потребностей ребенка	0,00 [0,00; 1,25]	0,00 [0,00; 1,00]	p=0,288
Чрезмерность требований-обязанностей	1,00 [0,75; 2,00]	1,50 [1,00; 2,75]	p=0,466
Недостаточность требований-обязанностей	2,00 [1,00; 4,00]	1,50 [0,25; 3,00]	p=0,299
Чрезмерность требований-запретов	1,50 [1,00; 2,00]	1,50 [0,25; 2,00]	p=0,646
Недостаточность требований-запретов	2,00 [1,00; 2,00]	2,00 [1,25; 2,75]	p=0,589
Чрезмерность (строгость) санкций (наказаний)	1,00 [0,00; 3,00]	0,00 [0,00; 1,00]	p=0,020

Окончание таблицы 5

Минимальность санкций (наказаний)	3,00 [2,75; 4,00]	2,50 [2,00; 4,00]	p=0,172
Неустойчивое воспитание	2,00 [1,00; 3,00]	1,00 [0,00; 2,00]	p=0,192
Воспитательная неуверенность родителя	3,00 [2,00; 4,00]	2,00 [1,25; 3,00]	p=0,198
Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания	0,00 [0,00; 1,00]	0,50 [0,00; 1,00]	p=0,950
Неразвитость родительских чувств	1,00 [0,00; 2,00]	1,50 [0,00; 3,00]	p=0,843
Фобия утраты ребенка	4,00 [2,00; 5,00]	4,50 [2,00; 6,75]	p=0,557
Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств	1,00 [1,00; 2,25]	0,50 [0,00; 3,00]	p=0,222
Предпочтение в подростке детских качеств	1,00 [0,00; 2,00]	0,50 [0,00; 1,00]	p=0,188
Расширение сферы родительских чувств	2,00 [1,00; 3,00]	1,50 [0,25; 3,75]	p=0,781
Предпочтение в ребенке женских качеств	1,00 [0,00; 1,00]	0,00 [0,00; 0,75]	p=0,107
Предпочтение в ребенке мужских качеств	1,00 [2,00; 4,00]	0,00 [0,00; 1,00]	p=0,001

пациентами, дополнительно сравнивались значения шкал опросника «Анализ семейного воспитания» (табл. 5) и были получены достоверные различия по шкалам «Чрезмерность (строгость) санкций (наказаний)» ($p=0,020$) и «Предпочтение в ребенке мужских качеств» ($p=0,001$).

■ ВЫВОДЫ

1. Эффективность психотерапевтического лечения ХБС при ЮИА связана в первую очередь с родительским фактором, приверженностью родителей психосоматической концепции заболевания.
2. Предикторами терапевтической резистентности ХБС при ЮИА могут считаться более высокие значения шкалы «Оценка боли родителем», шкалы тревоги SCAS по оценке родителем и шкалы «Семейная сплоченность» и более низкие значения шкалы «Семейная адаптация» (по оценке родителями), а также более высокие значения шкалы «Чрезмерность (строгость) санкций (наказаний)» и шкалы «Предпочтение в ребенке мужских качеств».
3. В комплексном лечении ЮИА рекомендуется проведение психообразовательных программ с пациентами и их родителями и проведение индивидуальной и семейной психотерапии, в том числе с целью лечения ХБС и его профилактики.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Baranov A., Alekseeva E., Bzarova T. Protocol of management of patients with juvenile arthritis. *Current Pediatrics*. 2013;12(1):37–56. (in Russian)
2. Santimov A., Treshchevskaya A., Grechanyi S. Psychotherapeutic approach to the treatment of patients with chronic pain syndrome in the practice of pediatric rheumatologist. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2017;8(1):285–286. (in Russian)
3. Santimov A., Chasnyk V., Grechanyi S. Psychometric assessment of chronic pain syndrome in juvenile idiopathic arthritis. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2019;10(3):25–30. (in Russian)

4. Eydemiller E., Dobryakov I., Nikol'skaya I. *Family diagnosis and family psychotherapy. A manual for doctors and psychologists. 2nd edition.* Spb: Rech'. 2006;352. (in Russian)
5. Anthony K.K., Schanberg L.E. Pediatric pain syndromes and management of pain in children and adolescents with rheumatic disease. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52:611–39, vii.
6. Anthony K.K., Schanberg L.E. Assessment and management of pain syndromes and arthritis pain in children and adolescents. *Rheum Dis Clin North Am.* 2007;33:625–60.
7. Claar R., Simons L., Logan D. Parental response to children's pain: the moderating impact of children's emotional distress on symptoms and disability. *Pain.* 2008;138:172–179.
8. Conte P.M., Walco G.A., Kimura Y. Temperament and stress response in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum.* 2003;48(10):2923–30.
9. Eccleston C., Palermo T.M., Williams A.C., Lewandowski Holley A., Morley S., Fisher E., Law E. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;5:CD003968.
10. Hagglund K.J., Schopp L.M., Alberts K.R. Predicting pain among children with juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1995;8:36–42.
11. Lovell D.J., Walco G.A. Pain associated with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatr Clin North Am.* 1989;36(4):1015–27.
12. Margetic B., Aukst-Margetic B., Bilic E. Depression, anxiety and pain in children with juvenile idiopathic arthritis (JIA). *Eur Psychiatry.* 2005;20:274–6.
13. Memari A.H., Chamanara E., Ziaee V., Kordi R., Raeekarami S.R. Behavioral Problems in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Controlled Study to Examine the Risk of Psychopathology in a Chronic Pediatric Disorder. *Int J Chronic Dis.* 2016;5726236. doi: 10.1155/2016/5726236. Epub 2016 Aug 30.
14. Olson D., Portner J., Lavée Y. *FACES III: Family adaptability and cohesion and adaptability scales.* 1985:1–40.
15. Peterson C.C., Palermo T.M. Parental reinforcement of recurrent pain: the moderating impact of child depression and anxiety on functional disability. *J Pediatr Psychol.* 2004;29:331–41.
16. Ravelli A., Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet.* 2007;369(9563):767–78.
17. Schanberg L.E., Keefe F.J., Lefebvre J.C. Social context of pain in children with juvenile primary fibromyalgia syndrome: parental pain history and family environment. *Clin J Pain.* 1998;14:107–15.
18. Schanberg L.E., Anthony K.K., Gil K.M., Lefebvre J.C., Kredich D.W., Macharoni L.M. Family pain history predicts child health status in children with chronic rheumatic disease. *Pediatrics.* 2001;108:E47.
19. Spence S.H. Structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology.* 1997;106:280–297.
20. Spence S.H., Rapee R., McDonald C., Ingram M. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behavior Research and Therapy.* 2001;39:1293–1316.
21. Stinson J.N., Luca N.J., Jibb L.A. Assessment and management of pain in juvenile idiopathic arthritis. *Pain Res Manag.* 2012;17:391–6.
22. Walker L.S., Zeman J.L. Parental responses to child illness behavior. *J Pediatr Psychol.* 1992;17:49–71.
23. Weiss J.E., Luca N.J., Boneparth A., Stinson J. Assessment and management of pain in juvenile idiopathic arthritis. *Paediatr Drugs. Dec.* 2014;16(6):473–81.