

HOOFSTUK 2

LITERATUUROORSIG

2.1 INLEIDING

Ten einde 'n duidelike beeld van die onderwerp te verkry, asook om op hoogte te wees met die reeds bestaande inligting oor die onderwerp, is 'n literatuurstudie onderneem.

2.2 HISTORIESE OORSIG

Fibromialgie is nie 'n nuwe siekte nie, alhoewel bewustheid daarvan eers in die laaste paar jaar regtig begin toeneem het. Hippocrates het dit beskryf. In Victoriaanse terme het dit bekend gestaan as neurasthenia [5]. Volgens Simms [6] het verslae oor pasiënte met simptome soortgelyk aan diè van fibromialgie, reeds in die middel 1800's in mediese literatuur verskyn. Tog is dit vir die eerste keer deur Stockman in 1904 beskryf [11], en word dit tans gesien as 'n algemene oorsaak van kroniese spier-skelet pyn en uitputting [3].

Sir William Gowers was een van die eerste klinici om kroniese sagte-weefsel sindrome onder die opskrif van fibrositis te klassifiseer [4;7]. Volgens Williamson [5] was dit 'n misbenaming, aangesien die agtervoegsel "itis" inflammasie veronderstel. Fibromialgie is nie 'n inflammatoriese toestand nie. Dit is ook nie degeneratief, soos veelvuldige sklerose, nie. Tog mimiek die simptome van fibromialgie baie keer diè van ander toestande, wat kan lei tot verkeerde diagnoses [2;5].

Sir William Gowers se beskrywing van hoë risiko mense as "elderly ladies of blameless habits and elderly abstemious clergymen", veronderstel dat die pyn diffuus was, en sy

voorskrif van "perspirasie" (sweet, wat oefening veronderstel), dui daarop dat die pasiënte soortgelyk aan moderne populasies met fibromialgie, was [4].

Soos reeds gesê, het fibromialgie voorheen bekend gestaan as fibrositis [7], (soms word daar nog steeds van hierdie term gebruik gemaak). In 1977 het Smythe en Moldofsky fibrositis geherdefinieer in terme wat soortgelyk is aan wat vandag bekend is as fibromialgie. Die term *fibrositis* is nou amptelik vervang deur die term *fibromialgie*, wat in 1981 voorgestel is [12].

2.3 WAT IS FIBROMIALGIE?

Fibromialgie word gesien as 'n kroniese spier-skelet pyn sindroom. Die term is afgelei van Latyn (*fibra* = fibre) en Grieks (*myo* = muscle; *algos* = pain) en beskryf 'n pynvolle kroniese toestand in die vesel-spier weefsel, wat versteurde slaap en uitputting behels [13]. Alhoewel fibromialgie grootliks bekend is as 'n spier-skelet sindroom, is daar sommige medici wat dit eerder sien as 'n neuro-endokriene versteuring wat die sentrale senuwee sisteem affekteer, en wat gevolglik weer die hele liggaam affekteer [14].

Die hoofsimptome van fibromialgie is spierpyn, geassosieer met spierstyfheid en 'n toenemende sensitiwiteit op spesifieke liggaampunte (genoem *tender points*) [3;11;15]. Hierdie sensitiewe punte verwys na sensitiwiteit wat voorkom in presiese, gelokaliseerde areas, veral in die nek, ruggraat, skouers en heupe [2].

Alhoewel fibromialgie hoofsaaklik uit wydverspreide pyn en styfheid bestaan, word dit met baie ander simptome geassosieer. Van die algemeenste is kroniese moegheid, slaap versteurings, hoofpyn, prikkelbare dikderm versteurings, gevoel van swelling rondom die gewrigte, tinteling in die vel, en angs [2;3;16].

2.4 SIMPTOME VAN FIBROMIALGIE

Die hoof simptome van fibromialgie is veral nek- en rugpyn, alhoewel pyn in baie ander dele van die liggaam ervaar kan word. 'n Sleutel eienskap van die toestand is 'n onvoldoende hoeveelheid spieruithou vermoë [7].

Die sagte weefsel pyn word beskryf as 'n diep pyn wat knaend en skietend of brandend is, en wat wissel van matig tot ernstig. Fibromialgie lyers is geneig om op te staan met liggaamspyne en styfheid. Die pyn verbeter gewoonlik gedurende die dag, maar word weer erger gedurende die aand. Verder kan die pyn ook vermeerder gedurende aktiwiteit; koue weer; angs; en stres [8].

Ander simptome sluit in

- verskeie sensitiewe areas (spier en gewrigspyn) op die agterkant van die nek, skouers, sternum (borsbeen), laer rug, heup, skeen, elmboë, en knieë.
- moegheid.
- slaap versteurings.
- liggaamspyne.
- verminderde oefening toleransie.
- kroniese gesigs-spierspyn.[8]
- oggend styfheid
- subjektiewe swelling van erge graad

- paraesthesia en dysaesthesia van hande en voete
- hoofpyn - grootliks oksipitaal en bifrontaal
- diffuse abdominale pyn
- veranderende ontlastings gewoontes
- urinêre gereeldheid
- urinêre dringendheid - nag en dag
- dismenorree
- uitputting, gewoonlik na minimale inspanning
- nie-verfrissende slaap
- swak konsentrasie en vergeetagtigheid
- depressie
- geïrriteerdheid
- huilerigheid [7]
- prikkelbare dikderm-sindroom
- prikkelbare blaas
- pre-menstruele spanning
- veranderinge in die pasiënt se gemoed of gedagtes, insluitende kliniese depressie, angs of paniekversteurings
- koue intoleransie [17].

2.5 DIAGNOSE VAN FIBROMIALGIE

Fibromialgie is moeilik om te diagnoseer, omdat baie van die simptome diè van ander versteurings naboots. Die National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases [2], noem dat die dokter die pasiënt se mediese geskiedenis moet nagaan. Die dokter maak die diagnose van fibromialgie gebasseer op 'n geskiedenis van kroniese, wydverspreide pyn oor al vier die kwadrante van die liggaam [5], wat langer as drie maande duur. Deeglike ondersoek kan die verskeie sensitiewe areas identifiseer [8].

Diagnose word gebasseer op mediese geskiedenis, die identifisering van sensitiewe punte ("tender points") en die afwesigheid van ander toestande [7]. Pyn is geleë binne die spiere self, sowel as by die punte waar ligamente spiere aan die been vasheg, en erge sensitiwiteit word oor baie van hierdie areas ervaar. Hierdie areas word sensitiewe punte ("tender points") of sneller punte ("trigger points") genoem. Die ligging van sensitiewe punte is soortgelyk in alle fibromialgie pasiënte, en is daarom 'n belangrike deel van die diagnose [7].

Daar is geen spesifieke laboratoriumtoetse, x-straal prosedures of bloedtoetse wat fibromialgie kan help diagnoseer nie [5;7;17]. Wilke [4] noem dat laboratoriumtoetse wel gedoen kan word om 'n alternatiewe diagnose (wat veronderstel is deur bevindings of die geskiedenis of 'n fisiese ondersoek), te bevestig.

Dit is ook belangrik om te onthou dat die diagnose van fibromialgie grootliks op uitsluiting gebasseer is. Dit beteken dus dat die diagnose net gemaak kan word nadat ander toestande uitgesluit is (byvoorbeeld rumatiekagtige siektes en hipotiroïedisme) [15].

Wilke [4] noem dat die klassifikasie kriteria vir fibromialgie die volgende insluit: die teenwoordigheid van pyn met betasting in ten minste 11 van die 18 aangeduide sensitiewe punte in pasiënte met verspreide pyn, identifiseer fibromialgie met 'n spesifisiteit van 81.1% en 'n sensitiwiteit van 88.4%. Bennett en McCain [17] noem dat dit belangrik is om te onderskei tussen blote teerheid en pyn. Die 18 geïdentifiseerde sensitiewe punte is oor die algemeen in areas waar spiere aan ligamente of been geheg is. Op hierdie punte is daar 'n groter moontlikheid vir

stres op die spiere. Die diagnose vereis dat die persoon pyn (nie net teerheid nie) moet ervaar as daar druk op hierdie punte toegepas word. Dit is daarom belangrik om elke persoon se sin van wat teer en wat pynvol is, te probeer verstaan [17].

Omdat slaapversteurings baie keer met fibromialgie geassosieer word, is 'n slaapgeskiedenis 'n belangrike deel van die inligting-insamelings prosedure. Waar sommige pasiënte versteurde slaap en slaapdeprivasie ervaar, slaap ander deur die nag, maar voel onverfris as hul wakker word. Nie-verfrissende slaap is 'n goeie aanduiding van fibromialgie. Pasiënte met fibromialgie kan ook primêre slaapversteurings hê, soos slaapapnee of rustelose-benesindroom [17].

Die American College of Rheumatology (ACR) -kriteria het die standaard vir diagnosering geword. Hierdie kriteria is oorspronklik ontwikkel vir klassifikasie doeleindes in navorsingstudies, maar dit blyk asof dit net so goed werk in die kliniese opset [6].

Die ACR se kriteria vir die klassifikasie van fibromialgie, is die volgende [2;4]:

1. Geskiedenis van wydverspreide pyn (dus teenwoordig in al die volgende liggings):
 - regter en linkerkant van die liggaam (insluitend skouers en boude)
 - bo en onder die middel

- in aksiale skelet (d.i. servikale werwelkolom of anterior bors, borskaswerwel of lae rug*).
2. Pyn op digitale betasting (uitgevoer met ongeveer 4kg krag)# in 11 van die volgende 18 sensitiewe punte (bilaterale punte by elke ligging):
- agterkop: by suboksipitale spier aanhegting
 - lae nek: by anterior aspekte van intertransversale spasies by C5-C7
 - trapezius: by middelpunt van boonste grense
 - supraspinatus: by oorsprong, bo skapula ruggraat naby mediale grens
 - tweede rib: by tweede kostochondrale verbindings, net lateraal van verbindings op boonste oppervlak
 - laterale gewrigsknobbels: 2cm distaal van gewrigsknobbels
 - gluteal: in boonste buitenste kwadrante van boude in anterior vou van spier
 - groter trochanter: posterior van trochanteriese bult
 - knieg: by mediale vet kussinkie proksimaal van gewrigslyn

* In hierdie definisie word lae ruggpyn beskou as segment pyn
Pasiënt moet noem dat betasting pynvol is; sensitiwiteit word nie as pyn gereken nie.

2.6 DIFFERENSIËLE DIAGNOSE

Wilke [4] noem dat daar verskeie siektes en toestande is wat verwar kan word met fibromialgie. Hy noem onder andere endokriene versteurings (bv. hipotiroïedisme); ongereelde kalsium metabolisme; kwaadaardige tumor; hipokalemia;

polimialgie rumatiek; en inflammatoriese miopatie. Tog kan die meeste nabootsende toestande uitgesluit word met versigtige geskiedenisafname en deeglike fisiese ondersoek. So byvoorbeeld kan hipotiroïedisme uitgeken word aan heesheid, stadige pols, en abnormale diep-senings reflekse.

Verspreide paresthasias is algemeen in fibromialgie en kan 'n ondersoek vereis om veelvuldige sklerose en senuwee verstriking uit te skakel. Wisselende konstipasie en diarree en urinêre gereeldheid is ook algemeen in fibromialgie en kan prikkelbare dikderm sindroom of blaas sindroom naboots [4].

Volgens Bennett en McCain [17], kom fibromialgie baie keer saam met ernstige rumatiekagtige versteurings voor. Ongeveer 'n derde van pasiënte met lupus; ongeveer 25% van diè met rumatiekagtige artritis; en tot 50% van diè met Sjögren sindroom, het ook fibromialgie. Hulle beklemtoon die belangrikheid om die fibromialgie-komponent te herken, omdat die moegheid en pyn van fibromialgie die simptome van die sistemiese siekte kan mimiek.

2.7 FIBROMIALGIE EN ANDER SOORTGELYKE VERSTEURINGS

2.7.1 Miofasiale pyn sindroom

Beide fibromialgie en miofasiale pyn sindroom word gekenmerk deur kroniese spier-skelet pyn as die dominante simptome. Die neurologiese ondersoek bevindings is normaal, asook die gewrig ondersoek, wat geen teken van gewrig swelling toon nie, alhoewel gelokaliseerde sensitiwiteit in spiere kenmerkend is [6].

Sommige klinici sien fibromialgie en miofasiale pyn sindroom as teenoorgestelde kante van 'n spektrum [11], terwyl ander weer glo dat dit verskillende aspekte van dieselfde toestand is [12]. Van 'n terapeutiese standpunt, kan meganiese disfunksie aan die een kant van die spektrum geplaas word, met fibromialgie aan die ander kant, en miofasiale pyn sindroom in die middel. Die spektrum beweeg dus van globale, verspreide pyn met min objektiewe bevinding, na spesifieke pyn met meer objektiewe bevinding [11].

Daar word oor die algemeen geglo dat miofasiale pyn sindroom 'n gelokaliseerde vorm van fibromialgie sindroom is. Verskeie studies het dan ook die ooreenkomste van hierdie twee toestande aangedui, en het sekere navorsers tot die gevolgtrekking laat kom dat miofasiale pyn gesien kan word as 'n vorm van gelokaliseerde fibromialgie, wat meer gereeld die boonste deel van die liggaam affekteer [6].

Dit is nie altyd maklik om die onderskeid te tref tussen kroniese miofasiale pyn sindroom en fibromialgie, nie. Travell en Simons [12] het sekere eienskappe geïdentifiseer wat kan help om die onderskeid tussen die twee te tref. Volgens hulle is pasiënte met fibromialgie predominant vroulik (73-88% in ses studies), terwyl die voorkoms van miofasiale pyn sindroom byna dieselfde is onder beide geslagte. Verder is die aanvang van miofasiale pyn sindroom kenmerkend baie meer verwant aan spier aktiwiteit en spesifieke bewegings, as wat fibromialgie is. Beperking van beweging is ook nie deel van die diagnose van fibromialgie nie.



2.7.2 Kroniese Moegheid

Fibromialgie toon ook kenmerke wat ooreenstem met dié van Kroniese Moegheidsindroom (CMS/M.E.). Dit is moontlik dat fibromialgie saam met CMS kan voorkom [4;15]. Volgens Bennett en McCain [17], is een van die belangrikste elemente wat dié twee skei, die wydverspreide en diepgaande pyn in die skelet wat by fibromialgie voorkom, en wat afwesig is by CMS.

Pasiënte met fibromialgie kla ook van moegheid. CMS en fibromialgie verskil daarin dat spesifieke spier-skelet simptome en tekens vereis word vir die diagnose van fibromialgie, terwyl ernstige, belemmerde uitputting die hoofkriteria vir CMS is.

Volgens Starlanyl [14] verwar medici baie keer die moegheid in fibromialgie (as gevolg van slaap deprivasie van fibromialgie-gerelateerde slaapversteurings), met CMS. 'n Verkeerde diagnose kan dan gemaak word wat sake verder kan kompliseer.

Demografiese, kliniese, en psigologiese studies het die substansiële ooreenstemming tussen fibromialgie en CMS aangedui. Hierdie ooreenstemming het een groep navorsers tot die gevolgtrekking laat kom dat beide fibromialgie en CMS deel uitmaak van 'n "affektiewe spektrum versteuring", wat insluit depressie, angs, prikkelbare dikderm sindroom, migraine, en paniek versteuring [6].



2.7.3 Simulasie

Khostanteen, Tunks, Goldsmith en Ennis [1] het 'n studie gedoen om fibromialgie van simulasie te probeer onderskei. Hul studie was gemotiveer deur die langtermyn ongeskiktheidseise wat ingedien word vir fibromialgie. Hulle doel was om te bepaal of die sleutel kliniese kriteria waarop die diagnose van fibromialgie berus, betroubaar gediskrimineer kan word in 'n omgewing waarin sommige subjekte simuleer.

Die navorsers het drie groepe in hul studie ingesluit: groep I waarvan almal fibromialgie lyers was; groep II waarvan die deelnemers die simptome van fibromialgie moes naboots in 'n poging om die ondersoekers om die bos te lei; en groep III wat die "normale" kontrolegroep was.

Hulle bevinding was dat sensitiewe punt-tellings betekenisvol tussen die drie groepe onderskei het. Hulle studie het hul tot die gevolgtrekking laat kom dat daar met 'n 80% akkuraatheid onderskei kan word tussen kroniese fibromialgie, normale individue, en gemotiveerde simuleerders. Aangesien hul studie nie 'n toets vir "malingering" is nie, is dit moontlik dat 'n klein gedeelte van gemotiveerde simuleerders ongeïdentifiseer kan bly.

2.7.4 Ander toestande

Daar is al gefokus op die assosiasie van fibromialgie met infektiewe versteurings. Verskeie assosiasies is gerapporteer met virale infeksies, insluitende die coxsackievirus, parvovirus en menslike immuniteitstekort virus (MIV). Tog is daar geen voldoende bewyse dat infektiewe agente direk verantwoordelik is vir die simptome van fibromialgie, nie [6].

2.8 EPIDEMIOLOGIE

Die ware voorkoms van fibromialgie is nog onbekend, aangesien die bestaande studies nie altyd vergelykbaar is nie as gevolg van die verskil in omgewing, metodologie, en rasionaal [7]. Tog het verskeie navorsers skattings gemaak op grond van studies wat uitgevoer is.

In 1999 het die National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases [2], die voorkoms van fibromialgie in Amerika (alle ouderdomsgroepe) op ongeveer 3 tot 6 miljoen geskat. Wat persone oor die ouderdom van 18 jaar betref, is die voorkoms in Amerika op ongeveer 3.7 miljoen geskat [18]. McCain reken dat fibromialgie 'n voorkoms van 2-5 persent in die algemene populasie het [7].

Volgens Simms [6] verhoog die voorkoms van die sindroom met ouderdom, met die hoogste waardes verkry tussen die ouderdom van 60 en 79 (>7.0% by vrouens).

Fibromialgie kom hoofsaaklik onder vrouens tussen die ouderdom 20 tot 50 jaar voor. Vale [7] noem dat 73 tot 88 van elke 100 persone wat met fibromialgie gediagnoseer word, vrouens is. Die redes vir die sterk vroulike predominansie in fibromialgie, is nog onseker [17;19].

Studies oor geslagsverskille in fibromialgie is baie beperk. 'n Studie gedoen deur Wolfe, Ross, Anderson en Russell [20] het bevind dat vrouens tien keer meer geneig was as mans om 11 sensitiewe punte te hê. Ander simptome soos moegheid, pyn oor die hele liggaam, slaap versteurings, en prikkelbare dikderm sindroom, was meer algemeen onder vrouens as mans.

Yunus, Inanici, Aldag en Mangold [19] het 'n studie gedoen waar hulle die kliniese kenmerke van mans en vrouens met fibromialgie vergelyk het. Hulle het resultate byna identies aan Wolfe, Ross, Anderson en Russell se studie gekry, behalwe dat hulle ook gevind het dat daar nie beduidende verskille ten opsigte van depressie, globale angs en stres onder die twee geslagte was nie.

Alhoewel die sindroom hoofsaaklik onder vrouens voorkom, kan kinders en mans ook geaffekteer word [8]. Die jongste kind wat met fibromialgie gediagnoseer is, is op 4-jarige ouderdom gediagnoseer [5].

2.9 UITKOMS/NATUURLIKE GESKIEDENIS

Alhoewel fibromialgie pasiënte normale resultate op standaard laboratoriumtoetse toon, is hul self-gerapporteerde lewenskwaliteit slegter as diè van pasiënte met ander kroniese siektes [4].

Fibromialgie is nie progressief of lewensbedreigend nie, maar is tot op hede nog ongeneesbaar [5]. Die meeste studies het aangetoon dat die meerderheid van pasiënte baie jare van simptome ervaar het by die tyd van diagnose [6]. Daar is ook gevind dat kroniese, aanhoudende simptome die reël is. Met voldoende behandeling kan die siekte egter beheer word, alhoewel een derde van fibromialgie pasiënte gedeeltelik of totaal onbekwaam is [5]. Dit wil dus voorkom asof die meerderheid van pasiënte aanpas, of 'cope' met hul siekte [6].

Volgens Kaplan en Sadock [15], word die aanvang van fibromialgie baie keer bespoedig deur stres, wat gelokaliseerde slagaar spasma veroorsaak, wat dan weer inmeng met die deursyfering van suurstof in die geaffekteerde areas. Dit het dan pyn tot gevolg, asook geassosieerde simptome van angs, moegheid, en onvermoë om te slaap as gevolg van die pyn.

Volgens Forseth, Husby, Gran en Forre [21] het die meerderheid van fibromialgie gevalle 'n lang induksie periode, wat begin met beperkte pyn. Pasiënte met fibromialgie ervaar ernstige, objektiewe en ware pyn. Volgens die meeste verslae, is die kliniese verloop van fibromialgie kronies met min defnitiewe verbetering. Gunstige prognoses is al geassosieer met jonger ouderdom, verhoogte tyd spandeer in aerobiese oefening, en hoër vlak van opvoeding. Ongunstige prognoses is geassosieer met verhoogte aanvanklike globale erns, graad van depressie, aanvanklike aantal sensitiewe punte, en die duur van die siekte voor behandeling begin het [4].

Fibromialgie kan wissel van lig tot matig tot ernstig. 'n Pasiënt met ligte simptome behoort op lae dosisse tri-sikliese anti-depressante te reageer, en behoort steeds goed te kan funksioneer in alle sferes van sy/haar lewe. Die persoon met matige fibromialgie het gewoonlik probleme in een of twee areas van sy/haar daaglikse lewe, byvoorbeeld afwesigheid van werk of huweliksprobleme as gevolg van miskommunikasie oor pyn. Aan die ernstige kant, is daar gewoonlik dié pasiënte met wanaangepaste pyngedrag en/of 'n persoonlikheidsversteuring [17].

2.10 MOONTLIKE ETIOLOGIEë VAN FIBROMIALGIE

Die oorsaak van fibromialgie is nog onseker [14;21;22], maar daar bestaan verskeie teorieë rakende moontlike oorsake, snellers, of bydraende faktore tot die sindroom [22].

Winfield [23] noem dat vroulike geslag, ongunstige ervarings gedurende die kinderjare, psigologiese kwesbaarheid vir stres, en 'n stresvolle omgewing en kultuur belangrike voorafgangers/antesedente vir fibromialgie is.

Forseth, Husby, Gran en Forre [21] het 'n studie gedoen waarvan die doel was om die risiko om fibromialgie te ontwikkel, te bepaal, asook om voorspellers vir fibromialgie by vrouens met self-gerapporteerde pyn te vind. Hul resultate het die diversiteit van voorspellers vir fibromialgie blootgestel, en het beklemtoon dat die voorkoms, omvang, en duur van pyn belangrike voorspellers van fibromialgie is. Die navorsers het tot die gevolgtrekking gekom dat die risiko om fibromialgie te ontwikkel merkbaar hoër is in vrouens met uitgebreide pyn, maar dat beperkte pyn steeds 'n aansienlike risiko vir die ontwikkeling van fibromialgie verteenwoordig.

Wolfe en Hawley [24] se studie het bevind dat fibromialgie pasiënte meer mediese toestande as pasiënte met rumatiekagtige artritis en osteo-artritis, rapporteer. Fibromialgie pasiënte heg ook meer waarde aan hierdie mediese toestande as die pasiënte van die ander twee groepe. Die bevindings veronderstel dus dat fibromialgie pasiënte hul mediese simptome en hul belangrikheid, anders takseer as pasiënte met ander rumatiekagtige toestande.

Van die verskeie hipoteses wat al gemaak is in 'n poging om die etiologie van fibromialgie te beskryf, is die volgende van die grootste belang:

2.10.1 Genetika

Een van die hipoteses wat al ontwikkel is, is dat fibromialgie lyers 'n genetiese predisposisie kan hê, met fibromialgie wat gesneller word deur 'n ander siekte, stres of 'n besering [14;22]. Alhoewel klinici glo dat fibromialgie geneig is om in families voor te kom, is die presiese genetiese meganisme nog onbekend [5].

Starlanyl [14] noem dat daar 'n stressor of stressors teenwoordig moet wees voordat die siekte kan ontwikkel. Dit kan 'n kumulatiewe proses wees, soos langdurige stres of rou, of dit kan begin na 'n enkele gebeurtenis, soos 'n siekte of traumatiese gebeurtenis.

2.10.2 Studies van die spiere

Vroeë studies het al bevind dat pasiënte met fibromialgie sindroom, abnormaliteite in spierenergie-metabolisme het. Daar is ook al bewyse gevind dat oormatige spierspanning lei tot verhoogte prikkelbaarheid van die reseptore in die spiere, wat lei tot "spierhipertensie" en kroniese pyn. Verder is daar voorgehou dat defektiewe simpatiese kontrole in versteurde mikrosirkulasie resulteer. Latere studies het egter hierdie bevindings weerspreek [6]. Spier gevoeligheid in fibromialgie kan dus nie voldoende verklaar word op die basis van spier abnormaliteite - niè struktureel of funksioneel - nie.

2.10.3 Studies van slaap fisiologie en serotonien
Komaroff het al in 1991 [3], en Shepherd in 1992 [16]
voorgestel dat die probleem moontlik kan lê in 'n
versteuring van normale slaap patrone - moontlik as gevolg
van verlaagte vlakke van serotonien in die brein.

Verdere studies het onderskeibare abnormaliteite in fase 4
slaap aangetoon, wat gekenmerk is deur alfa golf indringing
in die normale delta ritme [6]. Daar word gespekuleer dat
die sindroom 'n genetiese meganisme het en dat dit gesneller
kan word deur enige iets wat jou beroof van jou slaap.
Volgens Williamson [5] kan dit moontlik die vroulike
meerderheid van die siekte verklaar, aangesien vrouens se
slaap meer versteur word as mans s'n as gevolg van
byvoorbeeld babas en kinders. Sy noem ook dat slaapapnee
(die skielike, onwillekeurige en momentale ophou van
asemhaling gedurende diep slaap), moontlik die hooforsaak
van fibromialgie by mans kan wees en dat behandeling daarvan
meestal lei tot remissie van die fibromialgie simptome.

Ander navorsers het ook gespekuleer dat versteurde
serotonien metabolisme onderliggend aan fibromialgie
sindroom kan wees, omdat serotonien betrokke is by beide pyn
regulering en die onderhouding van fase 4 slaap. Alhoewel
baie ander navorsers ook al hierdie hipotese getoets het,
bly die betekenisvolheid van hierdie bevindings nog onseker
[6].

2.10.4 Studies van streeks-serebrale bloedvloei
Die hipotese is al gemaak dat streeks-bloedvloei na die
talamus (wat betrokke is by pyn regulering en gemoed
regulering), abnormaal kan wees by fibromialgie pasiënte
[6]. Alhoewel verskeie studies al hieroor gedoen is, is

daar nog nie duidelikheid oor die rol van bloedvloei in die ontstaan van fibromialgie nie.

2.10.5 Studies van hipotalamiese-pituitêre-adrenale (HPA)-as funksie

Veranderde reaktiwiteit van die HPA-as in fibromialgie, is al gedemonstreer, insluitende beide sentrale hipofunksionering en relatiewe adrenale onvoldoendheid [4]. Dit bly egter nog onseker of die waargenome versteurings fibromialgie veroorsaak, en of dit die gevolg is van fibromialgie [6].

2.10.6 Studies van psigologiese versteuring

Fibromialgie word al lank met psigologiese versteurings verbind, alhoewel die voorkoms van geassosieerde psigiatriese diagnoses varieer. Baie studies het egter 'n konstante hoë leeftyd syfer van major depressie gevind [6]. Daar is ook hoë leeftyd syfers van migraine, prikkelbare dikderm sindroom, en paniek versteuring onder fibromialgie pasiënte gekry [6]. Studies is al gedoen wat aantoon dat fibromialgie pasiënte meer "psigologies versteurd" en depressief is as kontrole groepe [4].

McBeth, Macfarlane, Benjamin, Morris en Silman [25] het die assosiasie tussen sensitiewe punte, psigologiese distres en ongunstige kinderervarings, ondersoek. Hulle studie het bewys dat sensitiewe punte (as deel van fibromialgie sindroom) sterk geassosieer kan word met spesifieke komponente van psigologiese distres sowel as eienskappe van somatisering. Hulle het die moontlikheid uitgespreek dat hierdie faktore dalk kan bydrae tot die ontwikkeling van fibromialgie sindroom.

2.10.7 Studies oor mishandeling

'n Hoë voorkoms van seksuele en fisiese mishandeling is gerapporteer by vrouens met prikkelbare dikdermsindroom, hoofpyn en depressie [6]. In 'n poging om mishandeling met fibromialgie te assosieer, is verskeie studies onderneem. Daar is studies wat 'n definitiewe assosiasie tussen mishandeling en fibromialgie maak, terwyl daar ander is wat weer minder duidelikheid hieroor gekry het [6]. Bennett en McCain [17] rapporteer dat daar al veronderstel is dat psigologiese stres as gevolg van fisiese of seksuele misbruik, 'n etiologiese faktor in fibromialgie kan wees. Wolfe en Hawley [24] het ook die assosiasie tussen fisiese en seksuele mishandeling en fibromialgie, aangetoon. Daar is ook gevind dat stresvolle lewensgebeure in die kinderjare, adolessensie of volwassenheid, baie algemeen is onder fibromialgie pasiënte [27;28;29].

Fibromialgie word ook geassosieer met verhoogte risiko vir viktimisering, veral volwasse fisiese mishandeling. So kan seksuele, fisiese en emosionele trauma belangrike faktore wees in die ontwikkeling en instandhouding van fibromialgie by baie pasiënte [30].

Anderberg, Marteinsdottir, Theorell en von Knorring [29] het 'n studie gedoen waar hulle die impak van negatiewe lewensgebeure in vroulike pasiënte met fibromialgie, ondersoek het. Hulle het bevind dat stresvolle lewensgebeure in die kinderjare/adolessensie en in volwassenheid baie algemeen was onder fibromialgie pasiënte. Verder het die fibromialgie pasiënte die lewensgebeure as meer negatief ervaar as die lewensgebeure ervaar deur die kontrole groep.

'n Studie wat die verhouding tussen traumatiese gebeure in die kinderjare (soos seksuele en fisiese mishandeling, alkoholisme en dwelmafhanklikheid) en kroniese pyn ondersoek het, het bevind dat kinder traumatiese gebeure betekenisvol verwant is aan kroniese pyn [28]. Alexander en sy kollegas [31] het 'n assosiasie aangetoon tussen seksuele/fisiese mishandeling en verhoogte gebruik van buite-pasiënt gesondheidsorg dienste en pynmedikasie onder fibromialgie pasiënte. Keel [32] het ook herhaalde traumatiese ervarings gedurende kinderjare, en as volwassenes, in baie van die fibromialgie gevalle gevind.

2.10.8 Beserings of trauma

Nog 'n moontlike oorsaak van fibromialgie, is beserings of trauma. Die besering kan die sentrale senuwee stelsel affekteer. Verandering in spiermetabolisme (soos verminderde bloedvloei) kan uitputting en verminderde energie veroorsaak [2].

2.10.9 Virusse

Daar word gespekuleer dat die sindroom gesneller kan word deur 'n virus, maar tot dusver is geen spesifieke virus al geïdentifiseer nie [2;8].

2.10.10 Gi-proteïene

Omdat die betrokkenheid van Gi proteïene in die modulاسie van pynpersepsie wyd gevestig is, het Galeotti en kollegas [33] 'n studie onderneem waar die doel was om te bepaal of daar veranderde funksionaliteit van die Gi proteïene voorkom in pasiënte met fibromialgie. Hulle het bevind dat pasiënte met fibromialgie 'n hipofunksionaliteit van die Gi-proteïen sisteem toon en het tot die gevolgtrekking gekom dat die Gi-

proteïen hipofunksionaliteit die eerste biochemiese verandering is wat in fibromialgie geobserveer is en wat betrokke kan wees in die patogenese van hierdie sindroom.

2.10.11 Psigososiale faktore

Daar is gevind dat psigososiale faktore in fibromialgie relevant is op verskillende etiologiese vlakke. Dit kan geklassifiseer word in predisponerende, sneller en stabiliserende faktore [34].

Hallberg en Carlsson [35] het 'n kwalitatiewe studie onderneem om die ervarings en oortuigings van die pyn en sy oorsprong by vrouens met fibromialgie, vas te stel. Twee konsepte is uit die data neergelê, naamlik psigososiale kwesbaarheid en instandhoudings faktore. Wat psigososiale kwesbaarheid aanbetref, was daar genoegsame bewyse dat vroeë verlies, hoë graad van verantwoordelikheid vroeg in die lewe, en sosiale probleme met gevoelens van hulpeloosheid en hopeloosheid later in die lewe, geneig is om voor te kom by fibromialgie pasiënte. Wat die instandhoudings faktore betref, is daar gevind dat professionele sorg, pyn voordele en gesinsondersteuning bydrae tot die aanhouding van die pyn.

Die resultate van hierdie studie dui dus op intrapsigiese en psigososiale dimensies, wat die hipotese ondersteun dat individue met onsekere gehegtheidstyle oorverteenvoordigend is onder fibromialgie pasiënte [35].

2.10.12 Ander faktore

Verdere hipoteses wat al voorgestel is, is disfunksionele spektrum sindroom; pynversterkings-versteuring; bio-psigososiale versteuring; en 'n organiese sisteem disfunksie

[22]. Oormatige sensitiwiteit vir koue of hitte, en neurogeniese hiperaktiwiteit by fibromialgie pasiënte, is ook al beskryf [3;15].

2.10.13 Instandhoudings faktore

Dit is duidelik dat daar tot dusver nog geen definitiewe oorsaak van fibromialgie vasgestel kon word nie. Verskeie hipoteses is al voorgestel, waarvan daar oor baie nog kontroversie bestaan. Dit is egter belangrik om nie net die oorsaak van fibromialgie te soek nie, maar ook daardie faktore in ag te neem wat die siekte instand hou. Miryam Williamson [36] het die invloed van faktore wat fibromialgie instand kan hou, bestudeer. Sy definieer instandhoudings faktore as onderliggende mediese probleme wat 'n persoon se herstel van die toestand wat behandel word, verhinder. In fibromialgie, kan instandhoudings faktore omskryf word as daardie toestande wat die neuro-oordrag disfunksie en hiper-sensitiewe sentrale senuwee sisteem en perifere senuwees vir fibromialgie, instand hou [14].

Williamson [36] het die belangrikheid van die identifisering en behandeling van die instandhoudings faktore in fibromialgie, beklemtoon. Starlanyl [14] noem dat die instandhoudings faktore metabolies of meganies kan wees en noem dat dit kan strek van onvoldoende slaap tot onvoldoende pynbeheer. Selfs die pasiënt se houding kan fibromialgie instand hou.

Williamson [36] identifiseer die mees algemene instandhoudings faktore in fibromialgie, as die volgende:

- *Insomnia*: Insomnia kan 'n instandhoudings faktor in fibromialgie wees, sowel as 'n sneller vir die

versteuring. Daar is ook toestande wat instandhoudings faktore vir insomnia is. Die belangrikste hier is sekerlik obstruktiewe slaapapnee (OSA), waar die agterkant van die keel herhaaldelik toetrek sodra die persoon ontspaan in slaap, wat dan veroorsaak dat die persoon snak na asem. As gevolg hiervan, bereik die persoon bitter selde 'n diep slaap. OSA word gevind in byna die helfte van alle mans met fibromialgie, en ook by baie vrouens met fibromialgie. Dit is redelik maklik om OSA te behandel, en mense wie se insomnia veroorsaak word deur OSA, ervaar gewoonlik dramatiese verbetering in hul fibromialgie simptome sodra die OSA suksesvol behandel word [36].

- *Metaboliese disfunksie:* Nog 'n voorbeeld van 'n instandhoudings faktor in fibromialgie, is verwant aan die tekort aan serotonien wat gevind word by fibromialgie pasiënte. Die liggaam gebruik voedingstowwe in kos om serotonien te vervaardig. As die verteringsstelsel nie die voedingstowwe voldoende uit die kos onttrek nie, kan hierdie ondoeltreffendheid - 'n probleem in metabolisme - 'n instandhoudings faktor wees. Dit kan wees dat die persoon se liggaam toelaat dat voedingstowwe ontsnap van die ingewande, eerder as om geabsorbeer te word en gebruik te word waar dit benodig word. Dit kan ook wees dat die persoon 'n tekort het aan die vitamines of ensieme wat benodig word om serotonien te sintetiseer. Beide hierdie situasies kan 'n verskeidenheid oorsake hê. Kroniese gis-oorgroeiing kan so 'n oorsaak wees [36].
- *Tiroïed disfunksie:* Beide 'n onderaktiewe en ooraktiewe tiroïedklier kan baie van dieselfde simptome as dié gevind in fibromialgie, oplewer. Dit sluit in spier-

styfheid, insomnia, moegheid, en depressie. Daarom kan tiroïed disfunksie 'n instandhoudings faktor in fibromialgie wees [36].

- *Foutiewe liggaams meganismes:* Swak postuur en foutiewe liggaamsmeganismes kan ook 'n instandhoudings faktor in fibromialgie wees. Pyn met beweging veroorsaak dat 'n persoon hul postuur en manier van beweeg aanpas in 'n poging om die pyn te verminder. Hierdie aanpassings, bekend as "guarding" maak pyn erger deurdat dit oordrewe stremming op ander dele van die liggaam plaas [36].
- *Miofasiale snellerpunte:* Sneller punte wat ontstaan as gevolg van beserings of spierstres, moet nie verwar word met die snellerpunte in fibromialgie nie. Onbehandelde miofasiale pyn kan omsit in fibromialgie by mense met die genetiese predisposisie. Nie almal met miofasiale pyn ontwikkel fibromialgie nie, maar die meeste mense met fibromialgie het miofasiale pyn en snellerpunte. Indien onbehandel, kan miofasiale snellerpunte 'n instandhoudings faktor in fibromialgie wees [36].
- *Ander toestande:* Toestande soos allergieë, lupus, endometriose, en enige vorm van artritis kan ook instandhoudings faktore vir fibromialgie wees [36]. Starlanyl [14] noem ook reaktiewe hipoglukemie as 'n instandhoudings faktor.
- *Stres:* Kroniese stres is 'n baie algemene instandhoudings faktor in fibromialgie. Dit wil nie sê dat stres fibromialgie veroorsaak nie, maar dit beteken wel dat enige iets wat gedoen kan word om stres te verminder

en te hanteer, waardevol is in die verligting van fibromialgie simptome [36].

Wilke [4] trek 'n verband tussen al hierdie moontlike patofisiologiese faktore. Hy veronderstel dat waargenome stres kan resulteer in angstigheid, depressie en slaaploosheid. Al hierdie faktore beïnvloed dan konsentrasies van sentrale senuweestelsel amines, insluitende serotonien. In geneties gepredisponeerde pasiënte wie se stres response nie daarin slaag om voldoende te verminder nie, kan kroniese simptome voorkom.

Volgens Wilke [4] is dit bruikbaar om 'n siekte te definieer in terme van proses faktore, prognostiese kenmerke, en uitkoms. Hy definieer proses faktore as maatstawwe van fisiologiese abnormaliteite wat siekte aktiwiteit handhaaf. Prognostiese kenmerke is tekens, simptome en maatstawwe wat in langtermyn studies bepaal is om uitkoms direk te beïnvloed. Prognostiese kenmerke is baie keer direkte effekte van proses faktore. Uitkoms is die mees gunstigste wanneer terapie fokus op die proses faktore wat direk verantwoordelik is vir prognostiese kenmerke.

Wilke [4] het die patogeniese faktore en hul verhouding in fibromialgie soos volg voorgestel:



PROSES FAKTORE

(abnormaliteite wat siekte onderhou)

- ↓ fase 4 slaap
- ↓ sentrale senuwee sisteem serotonien
- ↓ endokriene response
- ↑ substans P in sentrale senuwee sisteem
- ↓ spier deursyfering
- ↓ simpatiese response

→ [depressie
slaaploosheid
↑ moegheid



PROGNOSTIESE KENMERKE

(aspekte wat uitkoms beïnvloed)

- ↑ opvoeding
- ↓ duur van siekte
- ↓ globale ernstigheid
- ↓ hoeveelheid sensitiewe punte
- ↓ depressie



UITKOMS

Telling op Fibromyalgia Health Assessment
Questionnaire

Selfbeeld
?Swakheid

→ [Gemoed

2.11 DIE EFFEK VAN FIBROMIALGIE OP LEWENSKWALITEIT

Fibromialgie is 'n kroniese pyn sindroom wat 'n aansienlike impak op die siek persoon se daaglikse lewe het. Individue wat las het van kroniese pyn, se pyn kan hul werk, gesin en algehele sosiale funksionering ontwrig, en kan lei tot depressie, oormatige gesondheidsbekommernisse en onttrekking van aktiwiteite [37].

Alhoewel fibromialgie nie ernstige, langtermyn teiken-orgaan skade veroorsaak nie, is die negatiewe impak op lewenskwaliteit soortgelyk aan diè van rumatiekagtige artritis [4]. Walker en kollegas [38] het in hul studie bevind dat pasiënte met fibromialgie gelyke, of meer funksionele onvermoë as pasiënte met rumatiekagtige artritis getoon het, asook dat fibromialgie pasiënte swakker aangepas was tot hul siekte.

Da Costa, Dobkin, Fitzcharles, Fortin, Beaulieu, Zummer, Senecal, Goulet, Rich, Choquette en Clarke [39] het aangetoon hoe gesondheidsverwante lewenskwaliteit belemmer is by vrouens met fibromialgie. Strombeck, Ekdahl, Manthorpe, Wikstrom en Jacobsson [40] het ook in hul studie gevind dat die gesondheidsverwante lewenskwaliteit in vrouens met fibromialgie, betekenisvol verlaag is.

In 'n studie gedoen deur Bernard, Prince en Edsall [22], het respondente aangedui dat fibromialgie 'n baie groot effek gehad het op verskeie aspekte van hul lewens, insluitende persoonlike verhoudings, hul beroep, geestesgesondheid en sosiale ondersteuning. Van diè wat geskei of uitmekaar is, het byna 94% aangedui dat dit as gevolg van die fibromialgie was. 71% van die respondente het aangedui dat fibromialgie hul seksuele lewe ongunstig geaffekteer het.

Miryam Williamson [5] stel voor dat oop kommunikasie en eerlike uitdrukking van gevoelens baie belangrik is in 'n verhouding waar die een party 'n fibromialgie lyer is.

Omdat die lewenskwaliteit en gesondheidstatus van fibromialgie pasiënte belemmer is, kan dit hul naasbestaandes ook beïnvloed. Neumann en Buskila [41] het in hul studie bevind dat die lewenskwaliteit en fisiese funksionering van naasbestaandes van fibromialgie pasiënte, belemmer was. Dit was veral onder vroulike familieledede en diè met ongediagnoseerde fibromialgie. Volgens hulle kon hierdie bevinding toegeskryf word aan die psigologiese distres in families van fibromialgie pasiënte en aan die hoë voorkoms (25%) van ongediagnoseerde fibromialgie onder naasbestaandes.

Verskeie studies is al gedoen om die effek wat fibromialgie op die lewenskwaliteit van die pasiënt het, te ondersoek. Uit al hierdie studies is dit duidelik dat daar geen twyfel bestaan dat die fibromialgie pasiënte se lewenskwaliteit aansienlik gedaal het vandat hul met fibromialgie gediagnoseer is nie. 'n Verminderde lewenskwaliteit vlak wat wissel van 5 tot 65% is in 'n studie deur Strombeck en sy kollegas gevind [40].

Pasiënte in Bernard, Prince en Edsall [22] se studie, het ook gerapporteer dat hulle, as gevolg van hul fibromialgie, 'n swakker toestand van geestesgesondheid ervaar. Meer as die helfte van die respondente met depressie, het aangedui dat hul voel dat hul depressie 'n direkte gevolg van hul fibromialgie, was.

Lois Randall [42] het die effekte van kroniese pyn op lewenskwaliteit soos volg uiteengesit:



- Fisiese lyding
- Minder instaat om dinge te doen
- Naarheid, verlies van eetlus
- FISIES**
- Swak slaap kwaliteit en kwantiteit
- Newe-effekte van medikasie
- Verlies van krag en mobiliteit
- Onvoldoende pyn beheer

- Verminderde geniet van lewe
- Verhoogte vrees en angs
- Depressie en hartseer
- PSIGOLOGIES**
- Konsentrasie- en geheueprobleme
- Preokkupasie met simptome
- Verloor beheer oor jou lewe
- Kan afhanklik van ander raak

- Kwaliteit en kwantiteit van verhoudings kan afneem
- Kan nie deelneem aan sosiale/gesins aktiwiteite
- SOSIAAL**
- Verminderde seksuele funksie, verlies van affeksie
- Fisiese voorkoms kan verander
- Verhoogte las op ander
- Gedwing om vyandige sisteem te hanteer
- Verlies van inkomste

- Verhoogte lyding, bevraagtekening
- GEESTELIK**
- Lewe kan ander betekenis aanneem
- Kan teleurgesteld voel
- Kan geestelike oortuigings heroorweeg

Nielens, Boisset en Masquelier [43] het 'n studie gedoen waarvan die doel was om die kardio-respiratoriese fiksheid en waargenome inspanning van vroulike fibromialgie pasiënte, te evalueer en dit te vergelyk met diè van gesonde vroulike subjekte. Hulle het bevind dat kardio-respiratoriese fiksheid normaal blyk te wees in pasiënte met fibromialgie, in vergelyking met gesonde individue. Fibromialgie pasiënte het egter 'n betekenisvol hoër telling as die kontrole groep behaal op die inspannings-indeks. Hulle het dus hul persepsie van inspanning oorwaardeer.

Bernard, Prince en Edsall [22] se studie het aangetoon dat sekere positiewe hanteringsvaardighede, soos oefening en om betrokke te raak by stokperdjies, 'n positiewe impak op lewenskwaliteit gehad het.

2.12 HANTERING VAN FIBROMIALGIE ("COPING")

In 'n poging om hul siekte te beheer, toon fibromialgie pasiënte verskeie hanteringsresponse, waarvan sommige positief en ander negatief kan wees. Die literatuur is baie beperk waar dit fibromialgie en die hantering daarvan behels, grootliks omdat daar nog nie veel studies gedoen is om die verband tussen die twee te ondersoek nie.

Een van die mees onlangse studies wat hieroor gedoen is, het bevind dat daar 'n sterk assosiasie is tussen fibromialgie sensitiewe punte ("tender points") en onsekerheid, of 'tekort aan hardheid' [44].

'n Studie wat gedoen is om die verhouding tussen hanteringstrategieë en funksionele onvermoë te bepaal, het bevind dat hanteringstrategieë betekenisvol verwant is aan pasiënte se

onvermoë-tellings. Hanterings pogings is geassosieer met hoër vlakke van fisiese en totale onvermoë, en laer vlakke van psigososiale onvermoë [45].

Volgens Bernard, Prince en Edsall [22], het verskeie studies al aangetoon dat die gebruik van positiewe hanteringsvaardighede baie keer terapeuties kan wees en dat dit die erns van fibromialgie simptome vir baie van die pasiënte, verminder. Oefening en streshanteringsvaardighede soos ontspanningsoefeninge, meditasie, bid en praat met vriende/familie/'n professionele persoon is eintlik vorme van terapie vir fibromialgie pasiënte.

Gesondheidswerkers moet bedag wees vir negatiewe hanteringsstrategieë soos alkoholmisbruik en die misbruik van nie-voorgeskrewe medikasie [22].

2.13 BEHANDELING VAN FIBROMIALGIE

As gevolg van die tekort aan begrip vir die basis van fibromialgie, bly terapie empiries. Aangesien geen geneesmiddel bestaan vir fibromialgie nie [7], is die behandeling daarvan grootliks beperk tot die beheer van simptome [22].

Die behandeling van fibromialgie vereis 'n omvattende benadering [18]. Daar bestaan basies twee hoofroetes in die behandeling van fibromialgie, naamlik die konvensionele farmakologiese behandelings en die nie-konvensionele, of nie-farmakologiese behandelings [6;7]. Konvensionele behandeling bestaan grootliks uit lae dosisse van 'n trisikliese anti-depressant of serotonien-heropname inhibeerder, wat dien om die beskikbaarheid van serotonien te verhoog; die instelling van gewoontes wat slaap verbeter; voldoende voeding; en daaglikse aerobiese oefening [5].

Nie-konvensionele metodes behels onder andere opvoeding, bio-terugvoer, en akupunktuur [6].

Volgens Raymond en Brown [46] is daar deesdae die siening dat die konvensionele mediese model nie instaat is om die komplekse ervaring van fibromialgie aan te spreek nie. Dit is dus belangrik dat 'n pasiënt-gesentreerde benadering aangeneem moet word om pasiënte te help om hul siekte te hanteer. Winfield [23] asook Eich en medewerkers [34] noem dat, om fibromialgie te verstaan, en om optimale behandeling te verskaf, 'n bio-psigososiale benadering vereis word, en nie 'n biomediese benadering nie.

Faktore wat die siekte instand hou, moet ook in ag geneem word wanneer daar op behandeling besluit word, aangesien die sukses van die behandeling daardeur beïnvloed kan word [36]. Starlanyl [14] gaan sover om te sê dat die mees kritieke behandelingsfaktor die identifisering van instandhoudings faktore en die spesifieke hantering daarvan, is.

Volgens Kendall, Brolin-Magnusson, Sören, Gerdle en Henriksson [47], word daar deesdae meer multi-modale intervensies toegepas, wat die feit kan reflekteer dat uni-modale intervensies geassosieer word met beperkte positiewe effekte.

Alhoewel daar nie regtig effektiewe behandeling vir fibromialgie bestaan nie, blyk dit tog asof baie pasiënte baat vind by 'n kombinasie van geleidelike verhoging in fisiese aktiwiteit, klein dosisse anti-depressante, en die inspuiting van steroïede in die mees gevoelige punte [15;16]. Die literatuur dui ook positiewe effekte vir akupunktuur, hipnose, aerobiese oefening, opvoeding, en

kognitiewe gedragsintervensies, aan [2;47].

Soos reeds gemeld, is daar tot op hede nog geen geneesmiddel vir fibromialgie nie. Tog bestaan daar verskeie behandelingsstrategieë wat poog om die lewe van die fibromialgie pasiënt te verbeter en te vergemaklik. Die mees algemene behandelingsmetodes is die volgende:

2.13.1 Medikasie

Medikasie word gereeld gebruik om pyn te verminder, depressie te verlig en slaap te verbeter, maar kan onnodige nuwe-effekte veroorsaak [22].

Simms [6] het 'n studie gedoen oor die gebruik van psigotropiese agente in die behandeling van fibromialgie. Die psigotropiese agente L-tryptophan en chlorpromazine is vergelyk. L-tryptophan het geen effek op die alfa-delta slaap abnormaliteit, of die pasiënte se simptome, gehad nie, terwyl chlorpromazine 'n verhoging in delta slaap en 'n verbetering in pasiënte se pyn skaal en sensitiewe punt-tellings, tot gevolg gehad het.

Tri-sikliese anti-depressante, wat gewoonlik die metabolisme van serotonien verminder en die relatiewe tyd van fases 3 en 4 non-REM slaap vermeerder, word beskou as een van die effektiefste behandelingsmetodes vir fibromialgie [4;15]. Tog noem Wilke [4] dat as 'n pasiënt se mees prominente simptome moegheid eerder as pyn is, fluoxetine hidrochloried (Prozac) 'n beter keuse kan wees. Verder sê hy ook dat anti-depressante middels slegs in lae dosisse gebruik moet word.

Verskeie navorsers het die waarde van anti-depressante in die behandeling van fibromialgie, aangetoon. Anti-depressante help onder andere om gemoed te lig, kwaliteit van slaap te verbeter, en met die ontspanning van spiere [2;6;7;17;48].

'n Onlangse studie deur O'Malley, Balden, Tomkins, Santoro, Kroenke en Jackson [49] het die effektiwiteit van anti-depressante in die behandeling van fibromialgie, bestudeer. Daar is gevind dat pasiënte wat anti-depressante geneem het, meer simptome verbetering getoon het as dié wat placebo's ontvang het. Meta-analise van deurlopende data het getoon dat anti-depressante geassosieer is met verbetering in moegheid, slaap, pyn en algemene welstand, maar nie verbetering in die hoeveelheid sneller-punte nie.

Studies sover gedoen oor die gebruik van benzodiazapines in die behandeling van fibromialgie, het min of geen voordeel van hierdie middels aangetoon nie. Langtermyn gebruik van benzodiazapines word afgeraai op grond van die moontlikheid tot afhanklikheid en moontlike onttrekkingssimptome [6].

Nie-steroidale anti-inflammatoriese middels (NSAID's) het skynbaar min, indien enige, effek wanneer dit alleen gebruik word vir die behandeling van fibromialgie. Tog noem Kaplan en Sadock [15] dat sommige pasiënte wel daarop kan reageer. Wanneer dit gekombineer word met sentrale senuweestelsel (CNS)-aktiewe agente, kan NSAID's effense sinergistiese pynstillende voordele verleen [6]. Indien die nuwe-effekte van NSAID's egter in ag geneem word, lyk die gebruik daarvan nie meer so aanmoedigend nie [4].

Bennett en McCain [17] wys veral op die versigtige gebruik daarvan in ouer pasiënte, as gevolg van die NSAID's se gastro-intestinale newe-effekte.

Die kombinasie van carisprodol, acetaminophen, en kaffeïne het ook geblyk om redelik effektief te wees in die behandeling van fibromialgie. Entoesiasme oor die gebruik van hierdie kombinasie word egter gedemper deur die kafeïen komponent, wat slaapversteurings kan vererger [6].

2.13.2 Oefening terapie

Oefening is 'n belangrike behandelingsmodaliteit. Die meeste kundiges stem saam oor die feit dat oefening die mees belangrikste faktor in 'n fibromialgie pasiënt se welstand is [4-6]. Een van die voordele van oefening is dat dit aanleiding gee tot verhoogte serotonien vlakke, wat kan bydrae tot verbeterde slaappatrone [7]. Verskeie studies het ook aangetoon dat behalwe verbeterde slaap, verhoogte endorfien vrystelling en anti-depressant effekte verkry word met aerobiese oefening [4].

Pasiënte kan begin met 'n paar minute se oefening op 'n slag en kan van daar af begin om dit stelselmatig te vermeerder [4]. Volgens Bennett en McCain [17], is 'n gekontroleerde, sistematiese oefenprogram 'n essensiële deel van enige behandelingsstelsel vir fibromialgie. Hulle waarsku tog dat fibromialgie pasiënte hoë impak oefeninge (soos byvoorbeeld draf) moet vermy. Ideale oefeninge sluit in stap, swem of die gebruik van 'n oefenfiets [4]. Veral stap en fietsry is die twee mees aanbevele vorms van oefening [5].

Bennett en McCain [17] stel voor dat 'n goeie doelwit is om te reik na 40 minute se oefening drie maal per week. Vir 'n tipiese middeljarige persoon, moet die polsslag verhoog

gedurende oefening tot 85% van die teiken pols vir ouderdom - vir meeste volwassenes is dit 120 tot 150 slae per minuut.

Studies het aangetoon dat aerobiese oefening, soos swem en stap, spier fiksheid verbeter en spierpyn en -sensitiwiteit verminder [17]. Wigers, Stiles en Vogel [50] het die effek van aerobiese oefeninge en streshantering op fibromialgie pasiënte bestudeer, en gevind dat beide positiewe korttermyn effekte getoon het. Aerobiese oefening was algeheel die mees effektiefste behandeling, ongeag skeptiese houdings van pasiënte vòr die studie.

Gowans, deHueck, Voss en Richardson [51] het die onmiddellike en volgehoue effek van 'n 6-week lange oefen en opvoedingsprogram, geëvalueer. Hulle het bevind dat korttermyn oefening en opvoedingsprogramme vir fibromialgie pasiënte, verskeie voordele kan inhou:

- ⇒ Eerstens kan korttermyn programme onmiddellike verbetering in pasiënte se fisiese funksionering, hul sin van welstand, en hul uitputtingsvlak, teweeg bring;
- ⇒ tweedens kan korttermyn oefening en opvoedingsprogramme onmiddellike voordele in pasiënte se self-effektiwiteit (om pyn en ander simptome te beheer) teweeg bring;
- ⇒ derdens, kan onmiddellike voordele in fisiese funksionering, welstand, en self-effektiwiteit, behou word vir tot drie maande na die korttermyn program.

Supervisie en positiewe versterking is essensiële komponente van enige oefenprogram. Pasiënte moet daaraan herhinner word dat oefening belangrik is en 'n lewenslange gewoonte moet word [17].

2.13.3 Psigososiale behandeling

Die gesin en vriende se betrokkenheid in die versorging van die fibromialgie pasiënt moet aangemoedig word, omdat dit isolasie verminder en die pasiënt se eie hanteringsvaardighede ondersteun [7]. Bennett en McCain [17] noem ook dat dit belangrik is om met die gade en ander familieledede van die pasiënt te praat oor fibromialgie, aangesien hulle dalk kan sukkel om te glo dat die pasiënt siek en disfunksioneel is terwyl hy/sy nie veel anders as gewoonlik lyk nie.

Na aanleiding van hul studie, stel Turk, Okifuji, Sinclair en Starz [52] voor dat die behandelingsprogramme gebaseer moet word op pasiënte se psigososiale behoeftes, aangesien dit sal lei tot verhoogte behandelingseffektiwiteit. Die navorsers het, na aanleiding van hul navorsing, fibromialgie pasiënte in drie verskillende psigososiale subgroepe verdeel, naamlik die "disfunksionele" groep; die "interpersoonlike ontstelde" groep; en die "aanpassende copers" groep. Elk van hierdie groepe het anders op dieselfde behandelingsmetodes (nl. mediese, fisiese, beroeps, en psigologiese terapieë), gereageer.

'n Belangrike aspek in die versorging van die fibromialgie pasiënt, is dat daar vir die pasiënt gewys moet word dat hy/sy geglo word. Fibromialgie lyers benodig baie ondersteuning - nie net van hul familie en vriende nie, maar ook van die medici en gesondheidswerkers wat hul versorg [7].

Hellstrom, Bullington, Karlsson, Lindqvist en Mattsson [53] het dokters se houding teenoor fibromialgie ondersoek. Hul analise het aangetoon dat dokters probeer om die wense en eise van die pasiënte na te kom, en om terselfdertyd

persepsies van persoonlike frustrasie te vermy. 'n Ander studie het aangetoon dat dokters die meeste gefrustreerd was met pasiënte wat voortdurende preokkupasie met verskeie medies onverklaarbare fisiese simptome gehad het, sowel as die persepsie van groter impak en tekort aan kontrole oor hul siekte [54].

Op die vraag wat hulle van gesondheidsorgwerkers verlang, was die algemene antwoord onder fibromialgie pasiënte dat hulle ondersteuning (empatie en luister) verlang, en dat gesondheidsorgwerkers beter ingelig moet wees oor fibromialgie [22].

2.13.4 Opvoeding

Opvoeding is 'n belangrike komponent in die behandeling van fibromialgie. Pasiënte en hul gesinne moet ingelig word om fibromialgie nie as 'n verpletterende of verlamme siekte te sien nie, en dat effektiewe terapie daarvoor beskikbaar is. Pasiënte moet aangemoedig word om 'n aktiewe, self-help georiënteerde benadering aan te neem, eerder as 'n passiewe, medici-afhanklike benadering tot die behandeling van hul toestand [6].

Opvoeding speel 'n belangrike rol in die behandeling van die fibromialgie pasiënt, veral omdat dit onmiddellike en behoude voordele vir die pasiënt kan inhou [51]. Dit is ook voordelig om die pasiënt se gevoelens van hulpeloosheid te hanteer [4]. Pasiënte moet gerus gestel word en hul vrese oor die siekte kan verminder word deurdat hul 'n beter begrip van hul simptome en die rasionaal van terapie, kry [4].

Omdat pasiënte met fibromialgie nie genees kan word nie, is dit belangrik om die boodskap aan die pasiënte oor te dra dat hul kundiges moet word in die beheer van hul eie siekte, en dat hul die verantwoordelikheid moet neem om genoeg oefening te kry en te hou by ander dele van die behandelingsprogram. Dit is ook belangrik om aan die pasiënte te verduidelik dat fibromialgie nie skade aan die bene of gewrigte aanrig nie en dat dit nie 'n progressief degeneratiewe siekte is nie [17].

Dit is ook belangrik dat die dokter of ander professionele persoon die verhouding tussen stres, spasmas en pyn aan die pasiënt moet verduidelik [15].

2.13.5 Selfbestuur

Daar is 'n groeiende belangstelling in die gebruik van formele self-bestuur opleidingsprogramme vir pasiënte met fibromialgie [55].

Behandelingsmetodes vir fibromialgie fokus die laaste tyd al hoe meer op selfbestuur. Dit behels dat pasiënte gehelp word om selfbestuur vaardighede baas te raak, sodat hulle hul pyn beter kan hanteer. Die suksesvolheid van hierdie tegniek lê gedeeltelik in die pasiënt se bereidwilligheid om 'n selfbestuur benadering aan te neem [56].

In hierdie selfbestuur programme, dien gesondheidsorgwerkers as afrigters, en verskaf hulle opvoeding oor fibromialgie en begeleide instruksies in spesifieke selfbestuur strategieë.

Sandstrom en Keefe [55] stel voor dat die formele selfbestuur opleidingsprogramme vir fibromialgie opgedeel word in twee groepe, naamlik

1. dië wat klem lê op opleiding in hanteringsvaardighede (soos ontspanning, aktiwiteitsmeting en probleemoplossing); en
2. dië wat opleiding in fisiese oefening beklemtoon (soos kardio-vaskulêre fiksheid, krag- en uithouvermoë opleiding).

2.13.6 Elektromiografie (EMG) bio-terugvoer

EMG bioterugvoer behels dat pasiënte ouditiewe terugvoer van aanhoudende spanning in die kopspiere, verkry. Die spanning word bepaal deur gebruik te maak van oppervlak elektrodes wat op die voorkop geplak word. Die terugvoer word gewoonlik aangebied in die vorm van polsgeluide wat proposioneel is tot die vlak van kopspierspanning, en pasiënte poog dan om hul spierspanning te beheer om verligting te kry [6].

2.13.7 Akupunktuur

Simms [6] rapporteer verbetering by fibromialgie pasiënte na die gebruik van akupunktuur. Feldman [57] was deel van 'n studie waar die effektiwiteit van akupunktuur in die behandeling van fibromialgie, ondersoek is. Sestig vroulike fibromialgie lyers is in die studie betrek. Daar is bevind dat die groep wat akupunktuur behandelings gekry het, die enigste groep was wat statisties betekenisvolle verbeterings op metings van pyn, depressie en geestesgesondheid na die eerste maand, behaal het.

Hy het egter bygevoeg dat die akupunktuur behandeling nie 'n enkele behandeling is nie, maar dat dit op gereelde basis moet plaasvind. Hy het dit gesê na aanleiding van sy pasiënte wat na 16 weke effens begin versleg het.

2.13.8 Hipnoterapie

Pasiënte wat hipnoterapie ondergaan het, het verbetering in pyn, moegheid en globale assessering ervaar. Hipnoterapie kan dus 'n bruikbare intervensie in pasiënte met veral hardnekkige simptome, wees [6].

2.13.9 Lokale inspuitings

Lokale inspuitings van sensitiewe punte is al aanbeveel deur verskeie medici [6]. Die selektiewe gebruik van snellerpunt-inspuitings kan van waarde wees vir pasiënte wat ernstige pyn in 'n spesifieke area het, maar dit moet nie 'n algemene behandelingsmodaliteit word nie. Die inspuitings word gewoonlik gegee met 1% "procaine hydrochloric-acid". Die voordelige effekte van die inspuiting begin gewoonlik na 2-5 dae en duur vir ongeveer 2-4 maande [17].

2.13.10 Psigoterapie

'n Studie gedoen deur Keel en kollegas [58] het aangetoon dat psigologiese intervensies in kombinasie met fisioterapie effektief kan wees in die behandeling van fibromialgie, veral as dit vroeg in die verloop van die siekte al toegepas kan word.

Kognitiewe-gedragsterapie van kroniese pyn behels 'n stel intervensies wat die sensoriese, affektiewe, kognitiewe, en gedragskomponente van kroniese pyn aanspreek. Kognitiewe gedragsterapie is al as baie bruikbaar gevind in die behandeling van fibromialgie [6].

Hasset en sy medewerkers [59] is van mening dat kognitiewe terapie wat saam met farmakologiese intervensies gebruik word, goeie resultate kan lewer omdat daar al gevind is dat kognitiewe faktore (soos katastrofering en depressiewe selfspraak) 'n groot rol speel in fibromialgie.

Volgens Okifuji, Turk en Sherman [48], moet die behandeling van fibromialgie beide die pyn en depressie aspek van hierdie siekte in ag neem. Volgens hulle is die veronderstelling dat verbetering in depressie outomaties sal volg op pyn vermindering, of andersom, nie altyd toepaslik nie.

Resultate op navorsing gedoen, stel voor dat verandering van wanaangepaste gedagtes, verbetering in funksionering, en verbetering van die sosiale omgewing, krities is in die behandeling van depressie in fibromialgie pasiënte [48].

'n Studie gedoen deur Kelley en Clifford [37] het getoon dat narratiewe benaderings pasiënte gehelp het om hul eie sterktes en hanteringstyle te vind, en dat dit hul gehelp het om identiteite anders as dië van pasiënte, te vind.

Daar is ook aanduidings dat groepsterapie met fibromialgie pasiënte waardevol kan wees [60].

2.13.11 Alternatiewe behandelingsmetodes

Verskeie alternatiewe terapieë vir die behandeling van fibromialgie is al ondersoek. Daar is al gevind dat die gebruik van appelsuur met magnesium en die gebruik van "evening primrose oil" voordelig kan wees vir fibromialgie pasiënte [4].

2.13.12 Fisiese terapie

Fisiese terapie word gewoonlik gebruik wanneer daar opflikkering van simptome voorkom, eerder as 'n deurlopende behandelingsmetode vir fibromialgie. Sagte massering, hitte, en strek kan help om pyn te verlig [17].

Kendall, Brolin-Magnusson, Sören, Gerdle en Henriksson [47], het 'n studie gedoen waar hulle die effek van twee tipes fisiese terapieë - die "*body awareness therapy*" (*BAT*) en die *Mensendieck sisteem (MS)* - vergelyk het.

BAT is daarop gerig om liggaamsbewustheid te verhoog sodat die individu se kapasiteit om pynvolle bewegings te beheer (liggaamsbeheer), verbeter; en om pasiënte se eie hulpbronne te mobiliseer (verdiepte liggaams ervaring), wat dus lei tot verhoogte daaglikse funksionele kapasiteit [47].

MS is 'n sisteem van opvoedkundig ontwerpte funksionele oefeninge gebaseer op 'n analise van menslike anatomie, fisiologie en biomeganika. Die doel van *MS* is om die individu se funksionele kapasiteit in sy daaglikse lewe te verhoog [47].

Daar is in hierdie studie bevind dat die *Mensendieck* sisteem geassosieer word met meer positiewe veranderinge as die "*body awareness*" terapie [47].

2.14 PSIGOLOGIESE ASPEK VAN FIBROMIALGIE

Verskeie studies het al gepoog om 'n psigiatriese assosiasie met fibromialgie te identifiseer, maar tot dusver is geen verhouding nog ten volle gevestig met 'n klassiek gedefinieerde psigiatriese versteuring nie [7].

Alhoewel fibromialgie nie geklassifiseer word as 'n psigiatriese siekte nie, is dit duidelik dat sommige medici hiermee verskil. Die pasiënt se soeke vir 'n diagnose is meestal kompleks, en behels dat die pasiënt sy pad deur gesondheidsorgverskaffers moet berejder en voortdurend ander moet probeer oortuig dat sy/haar pyn eg is [7]. Omdat baie medici weier om te glo dat daar 'n sindroom soos fibromialgie bestaan, ontken hulle die ondersteuningsstelsel wat die pasiënt so dringend benodig. Baie medici is geneig om te glo dat die siekte bloot sielkundig is, alhoewel daar genoegsame bewyse is wat die teendeel aandui [14].

Pasiënte voel gewoonlik beter wanneer hulle uiteindelik 'n diagnose van fibromialgie gegee word, omdat dit vir hul 'n mediese, en dus fisiese rede gee vir hul pyn.

'n Diagnostiese etiket verlig hul kommer dat hul dalk 'n psigologiese versteuring kan hê, en valideer op 'n sekere manier hul lyding in die oë van sekere professionele persone [7].

Psigiatriese versteurings is nie intrinsiek verwant aan fibromialgie sindroom nie. Verskeie primêre psigiatriese diagnoses kan juis bydrae tot die besluit om mediese hulp vir fibromialgie te gaan soek [61]. Vale [7] noem egter dat daar verseker 'n psigologiese komponent by fibromialgie betrokke is.

Fishman en Greenberg redeneer dat aanhoudende pyn gedrag kan verander en dat angs en depressie meer voorkom onder mense wat pyn ervaar. Dit is ook moeilik om te bepaal wat was eerste: die pyn of die psigologiese disfunksie [7].

Martinez, Ferraz, Fontana en Atra [62] het 'n studie gedoen om die voorkoms van psigologiese versteurings by fibromialgie pasiënte, te probeer bepaal. Hulle het bevind dat persoonlikheidsversteurings merkbaar was in 63.8% van die fibromialgie pasiënte, teenoor 8.0% by die kontrole groep. Die voorkoms van depressie by die fibromialgie pasiënte was 80.0%, teenoor 12.0% van die kontrole groep. Angs was teenwoordig by 63.8% van die pasiënte, terwyl dit by slegs 16.0% van die kontrole groep voorgekom het. Verskeie ander studies het ook al 'n hoër frekwensie van angs, depressie en persoonlikheidsversteurings onder fibromialgie pasiënte (in vergelyking met kontrole groepe), gevind [13].

'n Studie wat psigososiale faktore in fibromialgie met rumatiekagtige artritis vergelyk het, het gevind dat fibromialgie pasiënte betekenisvol hoër lewens-voorkoms syfers van gemoed- en angsversteurings gehad het, sowel as hoër getalle van medies onverklaarbare fisiese simptome oor verskeie organiese sisteme.

90% van fibromialgie pasiënte het 'n vroeëre psigiatriese diagnose gehad, in vergelyking met minder as die helfte van die pasiënte met rumatiekagtige artritis [30].

Jamison [63] het 'n studie in chiropraktisyn klinieke in Australië onderneem om psigologiese aspekte by fibromialgie pasiënte te probeer identifiseer. Sy studie het die siening ondersteun dat fibromialgie 'n probleem met die hantering van verskeie omgewingstressors, insluitende psigososiale stressors, verteenwoordig.

Die rol van depressie en angs in fibromialgie is al deur verskeie navorsers bestudeer [13]. Okifuji, Turk en Sherman [48] het 'n studie gedoen om die verhouding tussen fibromialgie en depressie te ondersoek. Hulle het gevind dat herhaalde depressiewe versteurings teenwoordig is by fibromialgie pasiënte, maar dat dit verwant is aan die kognitiewe waardering van die effekte van die simptome op die daaglikse lewe en funksionele aktiwiteite.

Kurtze, Gundersen en Svebak [64] het 'n studie gedoen waar hulle die verhouding tussen angs en depressie met twee hoofsimptome van fibromialgie, naamlik pyn en moegheid, ondersoek het. Hul bevindinge het die hipoteses ondersteun dat (1) angs en depressie onafhanklik geassosieer word met die erns van pynsimptome in fibromialgie, en dat (2) pasiënte met hoë angs en lae depressie met die mediese dokter kan kommunikeer op 'n wyse wat 'n risiko vir die diagnose van fibromialgie behels, wanneer die kriteria vir wydverspreide pyn nie ondersteun word nie.

Daar is ook gevind dat depressiewe fibromialgie pasiënte 'n groot behoefte het om selfesteem te bekom deur bevoegdheid en die goedkeuring van ander, gekombineer met 'n lae basiese

sin van selfesteem. Hierdie pasiënte het ook 'n meer veeleisende en "hard-driving" selfesteem struktuur gehad en het laer self-assertiwiteit en minder emosionele opregtheid as die gesonde kontrole groep, getoon [65].

Celiker, Borman, Oktem, Gokce-Kutsal en Basgoze [66] se studie het ten doel gehad om die verhouding van fibromialgie met die intensiteit van angs en depressie, te evalueer, en om die korrelasie tussen psigologiese versteurings met die duur van siekte en erns van pyn, te bepaal. Hulle bevindinge het veronderstel dat somatiese uitdrukking van depressie 'n belangrike verskil tussen fibromialgie en die kontrole groep, was. Hulle het ook 'n betekenisvolle verskil in die psigologiese status tussen pasiënte met fibromialgie en die kontrole groep gevind.

Omdat daar al lank gespekuleer word oor die verband tussen fibromialgie en depressie, is dit belangrik om hierdie verhouding in meer diepte te bekyk.

Pasiënte met fibromialgie is baie keer depressief, maar depressie veroorsaak nie fibromialgie nie. Dit maak sin om te redeneer dat as jy in konstante pyn is en nie 'n goeie nag se slaap inkry nie, depressie 'n rasonale respons kan wees [5]. Verder het bloedtoetse 'n tekort aan serotonien onder fibromialgie pasiënte aangedui. Omdat serotonien onder andere gemoed reguleer, kan lae vlakke van hierdie neuro-hormoon aanleiding gee tot depressie [5].

Die hipotese is al gemaak dat fibromialgie 'n variant van 'n depressiewe versteuring is, aangesien fibromialgie geassosieer word met 'n hoë graad van herhaalde depressie, asook met 'n hoë voorkoms van lewenslange depressiewe

versteurings, sowel as met familie geskiedenis van depressie [48]. Daar is selfs al gesê dat fibromialgie 'n gemaskeerde depressiewe- of somatiseringsversteuring is [17].

In 1995 het Bennett en McCain [17] die leeftyd voorkoms van major depressie in fibromialgie pasiënte gereken op 45%, waar die leeftyd voorkoms in die algemene populasie omtrent 25% was. Epstein en sy kollegas [67] het in hul studie bevind dat pasiënte met fibromialgie 'n hoë lewenslange en huidige voorkoms van major depressie en paniek versteurings gehad het.

'n Studie gedoen deur Offenbaecher, Glatzeder en Ackenheil [68] wat ten doel gehad het om 'n verband tussen fibromialgie en depressie te trek, het aangetoon dat 23% van hul respondente 'n familiegeskiedenis van depressie gehad het; 46% het 'n familiegeskiedenis van fibromialgie gehad, en 46% was al in die verlede met depressie gediagnoseer.

Alhoewel die hipotese dat fibromialgie 'n gemaskeerde depressiewe versteuring is, regverdig kan voorkom, is daar tog sekere bevindings wat hierdie hipotese uitdaag [48]:

- Eerstens, is nie alle pasiënte met fibromialgie, depressief nie. Indien fibromialgie 'n variant van 'n depressiewe versteuring was, sou daar verwag word dat die ooreenkoms syfer naby 100% moes wees, wat nie so is nie.
- Die tweede hipotese, betreffende die assosiasie tussen fibromialgie en depressie, is gebaseer op navorsing wat aandui dat pasiënte met fibromialgie verlaagde serotonien vlakke het. Hierdie bevindinge het die hipotese laat ontstaan wat voorstel dat depressie en fibromialgie 'n

algemene patofisiologie deel. Darenteen, is die feit dat faktore bekend as merkers van depressie, nie altyd teenwoordig is by fibromialgie nie.

- Die derde hipotese veronderstel dat depressie reaktief tot die verskeie probleme en uitdagings geassosieer met die kroniese aard van fibromialgie, kan wees. Alhoewel depressie in fibromialgie gekorreleer word met verskeie pynlike sensitiewe punte en druk op sensitiewe punte om pyn voort te bring, word depressiewe gemoed nie met ander pyn veranderlikes (soos duur van pyn, self-gerapporteerde pyn erns, en sensitiwiteit vir nie-sensitiewe punte), geassosieer nie. Hierdie resultate verskaf nie sterk ondersteuning vir die hipotese dat depressie grootliks 'n reaksie op die erns en kronisiteit van fibromialgie, is nie.

'n Studie deur Okifuji, Turk en Sherman [48] het aangedui dat nie-depressiewe en depressiewe pasiënte met fibromialgie, vergelykbaar is in pyn erns, die hoeveelheid positiewe sensitiewe punte, en pyn sensitiwiteits-tellings op betasting. Hulle het ook bevind dat die faktore wat fibromialgie pasiënte met en sonder depressiewe versteurings differensieer, primêr kognitiewe en fisiese funksie was. Nie-depressiewe fibromialgie pasiënte het pyn ervaar om 'n minder effek op hul lewe te hê, hulle het in meer aktiwiteite betrokke geraak, en het minder onbekwaam gevoel as die depressiewe pasiënte.

Die ander veranderlikes wat depressiewe van nie-depressiewe fibromialgie pasiënte onderskei het, was lewensstatus en die ontvang van fisiese/liggaams terapie. Daar is ook gevind dat depressiewe pasiënte met fibromialgie meer geneig was om alleen te woon, hulle het verhoogde funksionele beperkings gerapporteer, en het meer wanaangepaste gedagtes getoon as

nie-depressiewe pasiënte [48].

Okifuji en sy kollegas [48] het tot die gevolgtrekking gekom dat depressiewe versteurings voorkom in fibromialgie en dat dit onafhanklik kan wees van die kardinale kenmerke van fibromialgie, (naamlik erns van die pyn en hipersensitiwiteit op drukpyn), maar dat dit verwant is aan die kognitiewe persepsie van die effek van simptome op die daaglikse lewe en funksionele aktiwiteite.

Of depressie nou fibromialgie voorafgaan, dit saamgaan of daarop volg, bly die twee komponente apart. Met ander woorde, die fibromialgie sal steeds daar wees nadat die depressie behandel is. Maar, wanneer pasiënte minder depressief is, sal hul waarskynlik hul fibromialgie beter kan hanteer [17].

Studies het ook al gefokus op die verband tussen fibromialgie en post-traumatiese stres versteuring (PTSV).

Daar is 'n voorkoms van 21% van fibromialgie onder PTSD pasiënte, teenoor 0% in die kontrole groep, gevind. Verder was die PTSD pasiënte met fibromialgie meer sensitief, het hul meer pyn, laer lewenskwaliteit, en hoër funksionele belemmering gerapporteer, en het meer psigologiese distres ervaar as die PTSD pasiënte sonder fibromialgie [69].

Sherman, Turk en Okifuji [70] het ook gevind dat PTSD- verwante simptome voorkom in fibromialgie pasiënte en dat dit aanpassing tot hierdie kroniese siekte kan beïnvloed.

'n Studie gedoen deur Jamison [63] het die siening ondersteun dat fibromialgie 'n probleem in die hantering van verskeie omgewingsstressors (insluitende psigososiale

stressore), kan verteenwoordig. Wolfe en Hawley [26] het aangetoon dat psigososiale distres en psigologiese abnormaliteit gereeld voorkom onder fibromialgie pasiënte. Patrone van laer opvoedingsvlakke en verhoogte vlakke van egskeiding, obesiteit en rook, is in kliniese en epidemiologiese studies gevind.

Netter en Hennig [71] het 'n studie gedoen waar hulle vergelykings getref het tussen pasiënte met fibromialgie, en gesonde subjekte wat hoë tellings op persoonlikheidsdimensies verwant aan neurotisme, behaal het. Hulle het gevind dat hoë subjektiewe pyn sensitiwiteit en lae pyndrempel persepsies algemene kenmerke van beide die fibromialgie groep en die neurotiese groep, was. Nog 'n algemene kenmerk onder die twee groepe, was die tekort aan aanpassingsvermoë. Dit beteken dat die persoon 'n lae kapasiteit het om sy/haar gedrag van een toestand na 'n ander te verskuif (bv. wakker-slaap; werk-ontspan). By fibromialgie pasiënte word dit gereflekteer in chronobiologiese versteurings, en kan dit ook hul instandhouding van pyn persepsie verklaar, omdat hulle nie oor die vermoë beskik om gekondisioneerde pyn-voortbringende spierspanning te korrigeer nie.

Fibromialgie is al geassosieer met abnormale psigologiese toestande. Die meeste studies wat die Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) gebruik het, het gevind dat fibromialgie pasiënte meer "psigologies versteurd" of depressief is as pasiënte van die kontrole groep [4].

Data het ook aangetoon dat sensitiewe punte, as deel van fibromialgie, sterk geassosieer word met spesifieke komponente van psigologiese distres sowel as kenmerke van somatisering [25]. Walker, Katon, Keegan, Gardner en

Sullivan [30] het na aanleiding van hul studie veronderstel dat die behandeling van somatisering in pasiënte met kroniese simptome, frustrasie by medici kan laat afneem.

Daar is al gevind dat kognitiewe faktore (soos katastrofering en depressiewe selfspraak) 'n groot rol kan speel in die self-gerapporteerde pyn van fibromialgie pasiënte [59].

Alhoewel verskeie studies al gedoen is oor moontlike psigologiese aspekte van fibromialgie, kon daar nie studies gevind word wat spesifiek fokus op die persoonlikheids-eienskappe van fibromialgie lyers nie.

2.15 SIEKTE ERVARING VAN FIBROMIALGIE PASIËNTE

Vir 'n fibromialgie pasiënt, is hul pyn en ander simptome werklik, alhoewel hy/sy baie wanbegrip en kritiek van ander kry oor die onsigbare aard van hul simptome. Terwyl die pasiënt ontsteld is oor hul liggaam wat nie op standaard funksioneer nie, stel familie en werkgewers eise aan hulle waaraan hulle nie altyd kan voldoen nie. Hierdie situasie is dan ook meestal die dryfkrag vir hierdie pasiënte om mediese hulp te gaan soek [72].

Die siekte ervaring van fibromialgie pasiënte is al deur verskeie navorsers ondersoek [46;73-74]. Die pyn wat ervaar word met fibromialgie, is al beskryf dat dit kan wissel van brandend of skietend, tot seer, styf of knaend [17].

Henriksson [75] het 'n studie gedoen wat gefokus het op fibromialgie pasiënte se ervaring van hul kroniese siekte. Hy het bevind dat die pasiënte verwerp en misverstaan voel en ook dat hul voel dat hulle nie geglo word nie.

Schaefer [76] het vrouens wat aan fibromialgie ly, beskryf as dat hulle sukkel om balans in hul lewe te behou, wat behels dat hul waargenome normaliteit herroep. Daar is ook gevind dat vrouens met fibromialgie se ervarings van die siekte in drie temas opgedeel kan word, naamlik die verlies van vryheid, bedreiging van integriteit en 'n worsteling om verligting en begrip te ontvang [77].

Raymond en Brown [46] het 'n kwalitatiewe studie onderneem om die ervaring van fibromialgie te probeer beskryf. Temas wat voorgekom het het die pasiënt se reis op 'n kontinuum uitgewys: eers is dit die ervaring van simptome, dan die soeke na 'n diagnose, en daarna die hantering van die siekte. Die ervaring van simptome het bestaan uit 4 subkatagorieë, naamlik pyn; 'n presipiterende gebeurtenis; geassosieerde simptome; en regulerende faktore. Die soek van 'n diagnose het frustrasie en sosiale isolasie behels. Die bevestiging van die diagnose het verligting sowel as angstigheid oor die toekoms, meegebring. Na diagnose, het verskeie stappe gelei tot die skepping van aanpassende hanteringsvaardighede, wat deur verskeie faktore beïnvloed is.

Mannerkorpi, Kroksmark en Ekdahl [74] het ook 'n kwalitatiewe studie onderneem om te bepaal hoe pasiënte met fibromialgie hul simptome in hul daaglikse lewe ervaar. Hulle het vier verskillende patrone van waarneming en hantering van simptome geïdentifiseer:

- "struggling": respondente wat ervaar dat hul hul daaglikse lewe hanteer deur hul fisiese en psigologiese kragte te mobiliseer om teen hul pyn en moegheid te baklei;

- "adapting": respondente wat ervaar dat hul hul daaglikse lewe hanteer deur hul aktiwiteite te beplan op die basis van hul aangenome beperkings;
- "In despair": respondente wat wanhopig was omdat hulle gevoel het dat hulle nie meer hul pyn en lewenssituasie kan hanteer nie;
- "Giving up": respondente wat baie aktiwiteite van hul daaglikse lewe opgegee het en gevoel het dat hul simptome hul lewe domineer.

Verskeie studies het al bewys dat daar soms spanning tussen gesondheidsorg kenners en pasiënte kan wees waar dit die konsep van pyn aangaan. Konflik kan voorkom, en frustrasie is merkbaar in sommige verhoudings tussen professionele persone en pasiënte, wat daartoe kan lei dat die pasiënt se pyn onvoldoende aangespreek word [7].

Baie mediese personeel is nog skepties teenoor hierdie siekte, en vind dit moeilik om te aanvaar dat hierdie pasiënte in werklike pyn verkeer en dat hul 'n werklike siekte het. Volgens Vale [7], is twee van die groot struikelblokke wat fibromialgie lyers moet oorkom, die skeptisisme van gesondheidsorg werkers en die tekort aan begrip van die maniere waarop fibromialgie dié wat dit ervaar, affekteer.

Mediese personeel voel baie keer dat die versekering dat fibromialgie nie 'n lewensbedreigende siekte is nie, die pasiënt moet gerusstel en sy pyn moet verminder. Hulle glo dat hierdie versekering en gerusstelling die pasiënt moet laat 'beter voel'. Vale [7] noem dat so 'n benadering nie ondersteunend is nie en 'n tekort aan begrip vir die pasiënt se pyn reflekteer.

Volgens Vale [7] is dit nie maklik om 'n rasionaal te vind vir die feit dat sekere medici ongeërg staan teenoor die impak van fibromialgie nie. Tog maak dit op 'n manier sin as daar in ag geneem word dat hierdie tipe pasiënt meestal onder medici as 'onpopulêr' geag word. Fibromialgie pasiënte is al beskryf as 'bevrees, depressief, en geïrriteerd' [7]. Hierdie beskrywing pas dan ook eerder by iemand wat psigologies siek is, as by iemand wat 'n fisiese siekte het.

'n Studie gedoen deur Nicassio, Weisman, Schuman en Young [78] het gefokus op die rol van veralgemeende pyn en pyngedrag in sensitiewe punt-tellings by fibromialgie. Hulle het bevind dat sensitiewe punt-tellings verwant is aan veralgemeende pyn en pyngedrag geneigdheid in fibromialgie pasiënte, en dat dit nie onafhanklik veralgemeende psigologiese distres reflekteer nie.

Mediese personeel is geneig om fibromialgie pasiënte af te maak as 'n mors van mediese en verpleegstyd, omdat hulle onbereidwillig voorkom om hulself te wil help. In die verlede is hierdie siening ondersteun deur die oortuiging dat fibromialgie 'n somatiese uitdrukking van 'n psigiatriese versteuring, eerder as 'n fisiese siekte, was [7].

Een van die sleutel behoeftes van fibromialgie pasiënte is dat hul pyn geglo en aanvaar moet word. Verder is dit belangrik vir pasiënte om hul diagnose te verstaan, asook die implikasies daarvan en die behandelings opsies [7].

2.16 FIBROMIALGIE - 'n KRONIESE TOESTAND

'n Kroniese toestand (of dit nou medies, sosiaal, psigologies, of ekonomies gebasseer is), is 'n siekte proses wat progressief, blywend en terugkerend is [79]. Kroniese siekte kan verskeie vorme aanneem. Dit kan skielik ontstaan, of deur middel van 'n sluipende proses; dit kan episodiese opflikkerings hê, of dit kan bloot vererger, of dit kan in remissie bly met 'n afwesigheid van simptome vir lang periodes van tyd [80].

Na diagnose van 'n kroniese siekte, kan die kronies siek persoon gewoonlik nie na hul volle vlak van gesondheid en funksionering vòòr die aanvang van hul siekte, terugkeer nie. Wat aanpassing betref, word die kronies siek pasiënt nie net met een krisis gekonfronteer met die diagnose nie, maar moet hy/sy 'n paar krisisse met die verloop van die siekte in die gesig staar. Dus moet aanpassings oor en oor gemaak word soos wat die siekte vorder, en soos wat ontwikkelingsveranderinge in die pasiënt en die omgewing plaasvind [79]. Volgens Lubkin [80], is die bevestiging van 'n kroniese toestand geneig om die sosiale, psigologiese, fisiese en ekonomiese aspekte van die persoon se lewe te affekteer - meestal op 'n sikliese wyse. Die impak van fisiese gestremdheid verander die psigologiese status, wat weer inwerk op ekonomiese vermoëns, en so aan. Elke area tree dus op as sy eie stressor.

Die psigologiese gevolge van kroniese siekte moet ook in ag geneem word. Buckelew en kollegas [81] noem dat angs en depressie baie algemeen voorkom onder pasiënte wat 'n kroniese diagnose ontvang het. Asbring [79] het 'n studie gedoen om aan te toon hoe 'n kroniese siekte die lyer daarvan se lewe kan ontwrig. Die pasiënte wat aan sy studie deelgeneem het, was Kroniese Moegheidsindroom-lyers en

fibromialgie lyers. Hy het bevind dat (1) die siektes 'n radikale ontwrigting in die pasiënte se biografie behels, wat ernstige gevolge vir hul identiteit inhou, veral met betrekking tot hul werk en sosiale lewe; (2) biografiese ontwrigtings is gedeeltelik eerder as totaal, wat dui op verskeie grade van identiteit transformasie; en (3) baie van die pasiënte het ook siekte voordele met betrekking tot hul nuwe identiteit, ervaar.

Om 'n diagnose van 'n kroniese siekte te ontvang, beteken noodwendig dat sekere aanpassings gemaak gaan word. Volgens Asbring [79] word die manier waarop 'n persoon tot 'n kroniese siekte aanpas, deur verskeie faktore bepaal, naamlik:

- premorbiede persoonlikheid: oor die algemeen repondeer mense op nuwe situasies of toestande deur staat te maak op hul voorheen gebruikte hanteringsmeganismes. Hierdie meganismes kan aanpassend wees en groei bevorder, of dit kan wanaangepas en destruktief wees. Hoe meer neuroties 'n persoon se premorbiede persoonlikheid is, hoe meer patologies sal hul reaksie op hul siekte wees.
- liggaamsbeeld: dit sluit in die persoon se siening van fisiese voorkoms, stamina, funksionele kapasiteit, en uithouvermoë. Die kronies siek persoon mag dit nodig vind om hul liggaamsbeeld te heroorweeg, of selfs te wysig, sodat dit ooreenkom met hul huidige persepsies oor hulself.
- vorige ervaring van siekte: kroniese siekte neem betekenis aan volgens die persoon se vorige ervaring met siekte. As 'n persoon byvoorbeeld vroeë ervarings met minder ernstige siektes gehad het wat katastrofies was,



- sal hy/sy heel moontlik ook die aanvang van sy/haar kroniese siekte as katastrofies ervaar.
- houdings van versorgers: 'n individu se emosionele response op kroniese siekte word baie keer gevorm deur die houdings van ander, veral diè wat 'n sekere vorm van versorging aan die pasiënt verskaf.

Lubkin [80] noem dat dit belangrik is om te besef dat sosio-kulturele faktore oortuigings en siekte-gedrag kan beïnvloed. Mense is geneig om intern konstant met hul eie kulturele sisteem te wees - daardie konstantheid kan resulteer tot 'n gaping tussen die waardes en oortuigings van segmente van die populasie en diè van gesondheids-praktisyns.