

# ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ непсихотичних психічних розладів у пацієнтів із хронічним больовим синдромом: від комплексної діагностики до комплексної курації

О.М. Авраменко,  
Український науково-дослідний інститут  
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

**Н**а сьогоднішній день визнано, що виникнення та розвиток хронічного больового синдрому є результатом складної взаємодії між біологічним, психологічним та соціальним впливом, у тому числі переконанням пацієнтів щодо їх самоефективності, відстеженням власних тілесних відчуттів, опануванням сімейних конфліктів або наявності соціальної підтримки [1-4]. Якщо пацієнти, наприклад, демонструють неадекватні поведінкові або когнітивні відповіді на гострі епізоди болю, він може стати хронічним, впливаючи таким чином на тривалість лікування в цілому [5].

Психічне і фізичне здоров'я нерозривно пов'язані. Особи, що страждають на психічні захворювання, мають більший ризик виникнення широкого спектра хронічних фізичних (соматичних) захворювань. І навпаки, пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями мають депресію і тривогу удвічі частіше, ніж населення загалом. Співіснування психічних та фізичних розладів може значно знизити якість життя і призвести до збільшення тривалості захворювання та погіршення стану здоров'я [6]. Ця ситуація також провокує економічні витрати для суспільства внаслідок зниження продуктивності праці і розширення використання медичних послуг. Розуміння зв'язків між розумом і тілом є першим кроком у розробці стратегій зі зниження захворюваності на коморбідні стани (одночасно психічне і хронічне соматичне захворювання), адекватної біопсихосоціальної підтримки таких осіб.

Особи із хронічними соматичними захворюваннями часто відчувають емоційний стрес і хронічний біль, а ці обидва чинники пов'язані з розвитком депресії і тривоги. Досвід набуття інвалідності також може спричинити стрес та ізолювати пацієнтів від соціальної підтримки. Існує низка доказів, що зі збільшенням симптоматики хронічного соматичного захворювання зростає ймовірність проблем із психічним здоров'ям [7]. Тому не дивно, що пацієнти з хронічними соматичними захворюваннями, за даними

самозвітів, часто наголошують на поганому психічному здоров'ї [8].

Суперечливими, наприклад, є дані щодо поширеності соматичних захворювань, що супроводжуються болем, у осіб із психотичними психічними розладами. За результатами цілої низки досить давно проведених досліджень, у людей із серйозними психічними хворобами виявився нижчий рівень захворюваності на артрит, ніж серед населення загалом, що пояснювалося можливим зниженням ризику розвитку артриту у пацієнтів із шизофренією через генетичні особливості, протизапальні побічні ефекти антипсихотичних препаратів, а також переважно сидячий спосіб життя, пов'язаний з інституціоналізацією захворювання. Проте було висловлено думку, що у людей з серйозними психічними захворюваннями показники поширеності артриту насправді можуть бути заниженими, через зниження імовірності звітності щодо болю [9]. Нещодавно проведений аналіз даних медичного страхування у Сполучених Штатах Америки підтвердив цю теорію; дослідження показало значно вищі шанси розвитку артриту серед людей, які страждають на шизофренію, ніж у загальній популяції.

Для порівняння, пацієнти із артритом мають значно вищий ризик розвитку розладів настрою і тривоги [11]. Ці показники є найвищими серед молодших вікових груп і також пов'язані з досвідом наявності частого або хронічного болю.

На основі результатів багатьох досліджень переконливо доведено, що афективні розлади як депресивного, так і тривожного спектра дуже часто співіснують з хронічним болем, сприяючи його катастрофізації [1-6; 9; 12]. Тим не менше, співвідношення щодо перебігу цих непсихотичних психічних розладів і вираженістю хронічного болю з його впливом на якість життя пацієнтів з коморбідною патологією вивчені лише частково і продовжують досліджуватися дотепер. Так, нещодавно були представлені дані дослідження SCOPE щодо подовжнього аналізу (триразове обстеження: первинне, через 3 місяці, через

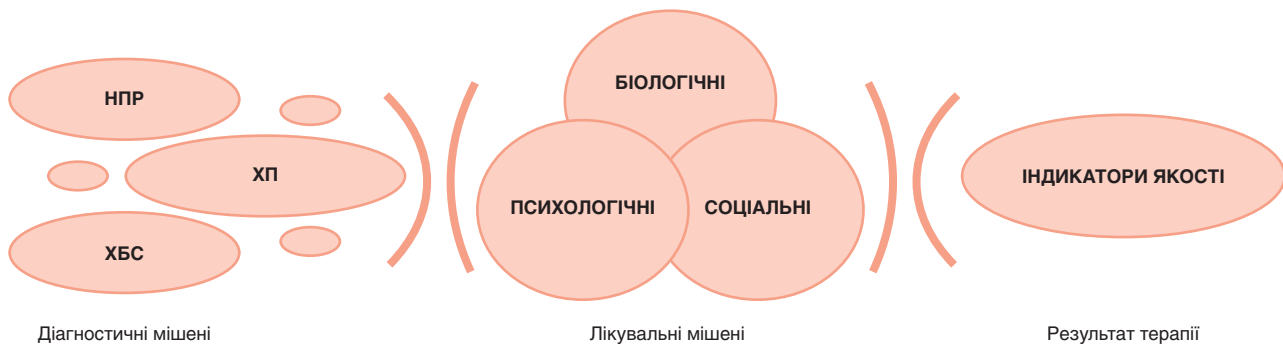


Рис. 1. Діагностично-лікувальний континуум щодо пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом з можливою хворобливою поведінкою

12 місяців) якості ступеневої допомоги 250 пацієнтам первинної ланки із хронічним скелетно-м'язовим болем і афективними розладами [12]. Автори намагались визначити ступінь впливу депресії, катастрофізації болю і тривоги на подальше зменшення інтенсивності болю, втручань щодо болю та інвалідації, пов'язаної з больовими феноменами. Було виявлено, що клінічно значимі позитивні зміни у два стандартних відхилення (standart deviation) для кожного предиктора, а саме депресії, катастрофізації болю і тривоги, привели до зменшення інтенсивності болю або розміру ефекту інтерференції відповідно на 0,45; 0,3; і 0,12. Також було відмічено зменшення загальної кількості днів непрацездатності, спричинених хронічним болем, відповідно на 14, 12 і 6%. Причому зменшилася ймовірність (високий ризик) інвалідації (яка визначалась як > 10 «больових» днів непрацездатності протягом останніх 4 тижнів), відповідно на 43, 30 і 28%.

Автори зробили висновок, що всі три зазначені афективні психопатологічні стани суттєво впливають на перебіг хронічного болю, як при погіршенні стану, так і при його поліпшенні. Отже, лікування цих розладів психіки, як зазначено у висновках дослідження, є виправданою оптимізацією специфічних методів терапії хронічного болю для підвищення загальної ефективності комплексного втручання. Варто зауважити, що у наведеному дослідженні автори дотично підтвердили меншу курабельність тривожних розладів у пацієнтів із хронічним болем, порівняно з депресивними, але не визначали окремі чинники більшої резистентності коморбідної патології.

Окремою темою є застосування опіоїдів для зменшення/усунення болю. Незважаючи на наявність чітко визначених критеріїв їх призначення, доз і тривалості терапії, питання ефективності та безпечності цього вельми специфічного лікування залишаються актуальними. Дослідники наголошують на необхідності мультикомпонентної біопсихосоціальної оцінки стану пацієнта (холістичний психосоціоматичний підхід) і мультимодальному плануванні терапії з акцентом на першочергове просування мети функціонального відновлення на фоні дотримання безпеки за допомогою постійного чіткого зв'язку з пацієнтом, у якого сформована позиція на ресоціалізацію [13].

На необхідності одночасної курації біологічних і психологічних аспектів болю наголошують багато дослідників [14], зважаючи на їх складну взаємодію, яка модулює, підтримує і змінює больовий досвід пацієнта, у тому числі залежно від наявності й вираженості афективних розладів [15-24]. Психотерапевтичні й психокорекційні методи втручання відіграють важливу роль у мультидисциплінарній курації завдяки їх ефективності та відсутності небажаних ефектів, притаманних медикаментозній терапії. Відомо, що досвід хронічного болю на фоні загального дискомфорту з приєднанням тривоги, депресії та безсоння, негативно впливає на якість життя пацієнта. Психотерапевтичне втручання через різні механізми діє на трьох рівнях, що є тісно взаємопов'язаними. По-перше, це лікування власне коморбідних до хронічного больового синдрому психічних розладів (наприклад, депресії та тривоги); по-друге, це вирішення певних психологічних проблем, наявність яких формує і підтримує хворобливу поведінку, перешкоджаючи відновленню функціонування; по-третє, це зміна сприйняття болю через активацію спадних стримуючих систем управління болем. Хворобливий досвід болю часто призводить до неадекватних змін у системі стресорного реагування, у процесі сну – пильнування, а також у процесах пізнання, настрою і мотивації, що в комплексі впливає на поведінку пацієнта [20; 25-26]. З іншого боку, психотерапевтичні й психокорекційні втручання здатні позитивно впливати на зазначені процеси, сприяючи їх адаптивній перебудові (наприклад, біологічний зворотний зв'язок) і/або змінюючи негативні думки і відношення до болю і/або створюючи нові стратегії подолання труднощів болю і больової поведінки [27-28].

Метою нашого дослідження було визначити оптимальний алгоритм поєднаних хворобливих станів і розробити принципи надання допомоги особам, що страждають на неспсихотичні психічні розлади на фоні хронічного больового синдрому.

### Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди нами було залучено до дослідження 135 осіб із хронічним больовим синдромом (коди стану за МКХ-10 R52.1, R52.2), які отримували лікування у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС

і склали клінічний матеріал дослідження. Усі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ-10 на наявність депресивного епізоду – великого депресивного розладу (ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). До основної групи увійшли 99 пацієнтів, які на фоні хронічного больового синдрому (ХБС) мали неспихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за МКХ-10. За результатами обстеження пацієнтів було поділено на три групи: ОГ1 – ХБС+ВДР (R52.1-2+F32-33) кількістю 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1-2+F41.0-1) кількістю 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1-2+F41.2-3, F43.22) кількістю 33 особи. До групи контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без психічних розладів неспихотичного регістру, їх кількість становила 36 осіб. Були використані соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-феноменологічний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний і статистичний методи дослідження.

Усі пацієнти були обстежені з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем» із визначенням основних демографічних та анамнестичних даних, а також отриманням даних за наступними шкалами: для діагностики психічних розладів та психопатологічних феноменів – Госпітальна шкала тривоги та депресії НАМ-D; для верифікації психосоціальних особливостей пацієнтів із хронічним больовим синдромом – Мак-Гілловський больовий опитувальник (MPQ), що визначав сенсорну, емоційну і кількісну складові больового синдрому; Вест Хейвен-Йель – багатовимірний опитувальник болю (WHYMPI), що визначав психосоціальні зміни, пов'язані з переживанням хронічного страждання; шкала катастрофізації хронічного болю (PCS); шкала комплексної оцінки SPAASMS, де S – бали для болю, P – рівні фізичної активності, A – додаткові знеболювальні препарати, A – додатковий візит до лікаря, S – показники сну, M – показники настрою, S – побічні ефекти; шкала DIRE для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Додатково для динамічного спостереження за ефективністю комплексного втручання ми оцінювали якість життя пацієнтів за одноіменною шкалою SF-36.

### Результати та їх обговорення

За даними обстеження ми виявили певну тенденцію до переважання осіб більш старшого віку в групі ОГ1 (з депресивними розладами) та молодшого віку в групі ОГ2 (з тривожними розладами). Проживання у родині, особливо зі сприятливим психологічним кліматом, було певним запобіжником (тенденція, але не достовірна) неспихотичного психічного розладу (НПР) у пацієнтів з ХБС. Низький рівень трудової зайнятості був асоційований з наявністю депресивних та тривожно-депресивних, але не суто тривожних розладів. Вид соматичної обтяженості та окремі характеристики ХБС не мали достовірного впливу на формування хворобливої больової поведінки, але стаж больового синдрому, частота загострень і кількість

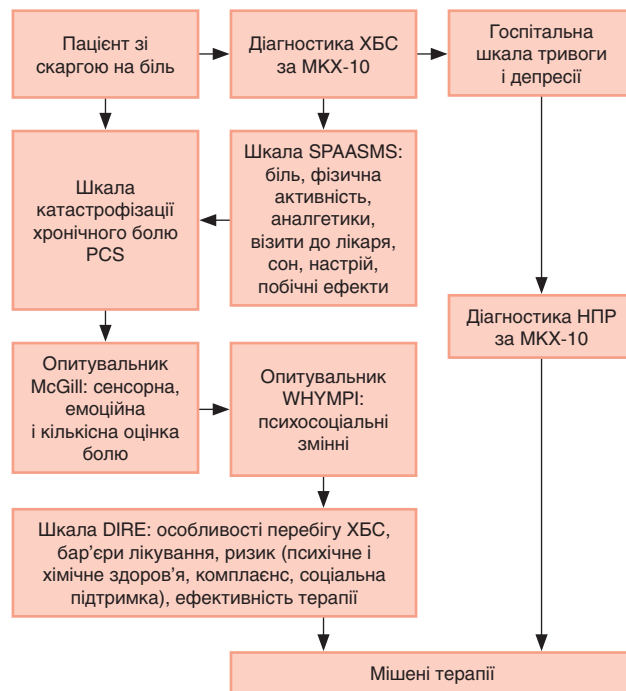


Рис. 2. Алгоритм комплексної діагностики пацієнтів з неспихотичними психічними розладами на фоні хронічного больового синдрому

вогниць болю мали тенденцію до збільшення у пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними НПР [29-30].

Ми також отримали наступні дані за шкалою DIRE для пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу в її стандартній інтерпретації: пацієнти з ХБС із контрольної групи (КГ) були придатні до довготривалої опіоїдної аналгезії (ім показана така терапія). Враховуючи загальний бал, а також окремо бали за субшкалами факторів ризику, невіддатливості та ефективності лікування, вони не були схильні до формування хворобливої поведінки. Навпаки, пацієнти з НПР на фоні ХБС не були придатні (ім не рекомендована така терапія) для довготривалої опіоїдної аналгезії та мали схильність до формування хворобливої поведінки, особливо при поєднанні тривоги й депресії (ОГ3). На нашу думку, отримані результати дозволяють рекомендувати розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення хворобливої поведінки у пацієнтів із ХБС [31-32].

Також ми визначили, що наявність у пацієнтів з ХБС супутніх психічних розладів у вигляді ВДР (ОГ1), ГТР (ОГ2) та ТДР (ОГ3) суттєво впливала на безпосередню та відтерміновану ефективність лікування. Супутня афективна патологія обумовлювала формування у пацієнтів з ХБС хворобливої больової поведінки, починаючи з трансформації актуальної життєвої стратегії на обмежувальну та завершуючи хворобливою деформацією життєвих цілей, що негативно впливало на якість лікування загалом [33-34].

Комплексна терапія, на нашу думку, має передбачати: зменшення/усунення болю, покращення функціонального стану, зменшення/усунення депресії та інших психопатологічних феноменів,

зменшення/усунення небажаних ефектів та побічної дії препаратів, зменшення/усунення залежності від психоактивних речовин та відновлення нехворобливої життєвої стратегії пацієнтів з ХБС.

Тобто, діагностичними мішенями для пацієнта з ХБС має бути як сам ХБС, так і ймовірні неспсихотичні психічні розлади (депресивні, тривожні, тривожно-депресивні), а також хвороблива больова поведінка (рис. 1).

Отримані в результаті запровадження діагностичного алгоритму (рис. 2) мішені терапії (лікувальні мішені) відповідно до визначеного дефіциту актуальних ресурсів поділяються на біологічні, психологічні та соціальні з відповідним одночасним трикомпонентним втручанням.

Біологічна складова передбачає запровадження медикаментозного лікування згідно з існуючими стандартами, з урахуванням показань/протипоказань за даними діагностичного алгоритму (перевага першочерговій психотерапії, урахування бар'єрів терапії, рівня комплаєнсу й обмежень щодо застосування опіоїдів).

Психологічна складова включає психотерапевтичні й психокорекційні втручання, починаючи з низькоінтенсивних (самопоміага) і завершуючи високоспеціалізованими – когнітивно-біхевіоральною психотерапією (КБТ), залежно від їх доступності. Окремим обов'язковим компонентом виступає психоосвіта щодо особливостей поєднаної психосоматичної патології та методів її лікування, з акцентом на дотриманні терапевтичного альянсу. Психологічне втручання застосовується одночасно з біологічним або передує йому.

Соціальна складова може вважатися підґрунтям щодо інших мішеней терапії і являє собою соціальну підтримку на мікро- (родина, близькі друзі), мезо- (колеги, знайомі, референтна група) та макрорівні (вирішення соціальних питань державними/благодійними/волонтерськими інституціями).

Індикаторами якості в такій комплексній курації має бути насамперед шкала комплексної оцінки SPAASMS, а також якість життя пацієнтів із неспсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом.

Вищевикладене дозволило визначити основні принципи курації пацієнтів із психічними розладами і хронічним больовим синдромом: одночасність діагностики психічних розладів із хронічним больовим синдромом; покроковість алгоритму комплексної діагностики; мультивалентність діагностичних (психічний розлад, хронічний біль, хвороблива поведінка) і лікувальних (біологічні, психологічні й соціальні) мішеней; динамічний моніторинг індикаторів якості.

## Висновки

Принципи терапії неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів із хронічним больовим синдромом (одночасність, покроковість, мультивалентність мішеней, моніторинг) були визначені в межах мультисциплінарного психосоматичного підходу на підставі отриманих даних дослідження. Визначення психосоматичної коморбідності та біопсихосоціальних ресурсів

пацієнтів лягло в основу подальшої терапії. Покроковий діагностичний алгоритм дозволив верифікувати наявність і тяжкість депресивних, тривожних і тривожно-депресивних розладів; а також сформувавши біопсихосоціальні лікувальні мішені з наголосом на хворобливій больовій поведінці. Важливими чинниками ефективності терапії є раннє втручання, особливо у пацієнтів із гострим боєм/загостренням психічного розладу, а також урахування гетерогенності пацієнтів і особливості терапевтичної відповіді. Динамічний моніторинг індикаторів якості за допомогою шкал SPAASMS та якості життя пацієнтів із неспсихотичними психічними розладами і хронічним больовим синдромом визначає ефективність комплексного втручання.

## Література

1. Flor H. Biopsychosocial models of pain. *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers* / H. Flor, C. Hermann. – Seattle: IASP Press, 2004. – P. 47-75.
2. Gatchel R.J. Psychosocial factors in pain: Critical perspectives / R.J. Gatchel, C.D. Turk. – Guilford Press, 1999.
3. Gatchel R.J. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions / Y.B. Peng, M.L. Peters, P.N. Fuchs, D.C. Turk // *Psychol. Bull.* – 2007. – Vol. 133. – P. 581-624.
4. Linton S.J. A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain / S.J. Linton // *Spine.* – 2000. – Vol. 25. – P. 1148-1156.
5. Meredith P. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model / P. Meredith, T. Owsnworth, J. Strong // *Clin. Psychol. Rev.* – 2008. – Vol. 28. – P. 407-429.
6. Patten S.B. Long-Term Medical Conditions and Major Depression in the Canadian Population / S.B. Patten // *Canadian Journal of Psychiatry.* – 1999. – Vol. 44 (2). – P. 151-157.
7. Carney C.P. Medical Comorbidity in Women and Men with Schizophrenia: A Population-Based Controlled Study / C.P. Carney, L. Jones, R.F. Woolson // *Journal of General Internal Medicine.* – 2006. – Vol. 21 (11). – P. 1133-1137.
8. McEvoy J.P. Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia: Baseline Results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Schizophrenia Trial and Comparison with National Estimates from NHANESIII / J.P. McEvoy, J.M. Meyer, D.C. Goff, H.A. Nasrallah, S.M. Davis, L. Sullivan, H.Y. Meltzer, J. Hsiao, T. S. Stroup, J.A. Lieberman // *Schizophrenia Research.* – 2005. – Vol. 80 (1). – P. 19-32.
9. Patten S.B. Mental Disorders in a Population Sample with Musculoskeletal Disorders / S.B. Patten, V.A. William, J.L. Wang // *BMC Musculoskeletal Disorders.* – 2006. – № 37.
10. Kasperski M.A. Collaborative Mental Health Care Network Interim Report Year II: 20022003 / M.A. Kasperski // *Ontario College of Family Physicians.* – 2003. – № 20.
11. Bédard M.C. Dubois The Needs of Rural and Urban Young, Middle-Aged, and Older Adults with a Serious Mental Illness / M.C. Bédard, S. Gibbons // *Canadian Journal of Rural Medicine.* – 2007. – Vol. 12 (3). – P. 167-175.
12. Scott E.L. Beneficial Effects of Improvement in Depression, Pain Catastrophizing, and Anxiety on Pain Outcomes: A 12-Month Longitudinal Analysis / E.L. Scott, K. Kroenke, J. Wu, Z. Yu // *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society.* – 2016. – Vol. 17(2). – P. 215-222.
13. Becker W.C. Management of patients with issues related to opioid safety, efficacy and/or misuse: a case series from an integrated, interdisciplinary clinic / W.C. Becker, S.J. Merlin, A. Manhapra, E.L. Edens // *Addiction science & clinical practice.* – 2016. – T. 11, № 1. – P. 1.

*Повний список літератури, що включає 34 пункти, знаходиться в редакції.*

*Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, №1 (84). – С. 93-97.*