

## Деякі клінічні кореляти хронічного болю і депресії

Авраменко О.М., Хаустова О.О.

**Резюме.** З позиції біопсихосоціальної моделі болю розглядаються загальні клінічні характеристики, присутні як при хронічному больовому синд-ромі, так і депресії. Описаний клінічний випадок коморбідного больового стану.

**Ключові слова:** біопсихосоціальна модель болю, хронічний біль, депресія, тривога.

**Актуальність проблеми.** Останніми роками спостерігається стрімке зростання хронічних больових синдромів у загальній структурі захворюваності. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність хронічних больових синдромів (без урахування онкологічних захворювань) становить не менше 40 % дорослого населення і ці цифри мають тенденцію до неухильного зростання [1–4].

Гострий біль, зазвичай, є симптомом якогось захворювання або травми, а хронічний біль – окремою нозологічною одиницею, причому він завдає значної шкоди не тільки хворому індивіду (зниження навантаження на роботі, у подальшому – втрата працездатності), а й суспільству загалом, призводячи до величезних економічних втрат. У віці старше 25 років через хронічний біль непрацездатні, як мінімум, тиждень на рік – 30 % населення, після 40 років – більше 60 %. Через це хронічний біль визнається однією з провідних проблем сучасної медицини [5, 6].

**Мета роботи** – встановити особливості клінічних проявів депресії і тривоги при хронічному больовому синдромі з урахуванням психологічних факторів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Міжнародна асоціація з вивчення болю (IASP) дає таке визначення: «Біль – неприємне відчуття й емоційне переживання, асоційоване з наявним або потенційним ушкодженням тканин, або ж стан, що описується хворим у термінах такого пошкодження і визначається сенсорною інформацією, афективними реакціями та когнітивною діяльністю».

Завдяки емоційному компоненту біль сприймається як суб'єктивне явище, вираже-

ність якого коливається відповідно до афективних змін, зокрема, при депресивних розладах. Між хронічним болем і психологічними чинниками є реципрокні взаємини. Хоча зв'язок між депресією і болем добре вивчений, їх взаємодія часто є досить складним процесом. Психологічні фактори і уявлення пацієнтів про значення болю впливають на сприйняття інтенсивності больових відчуттів. Біль може спровокувати депресивні симптоми, а також вплинути на ступінь їх вираженості. Дослідження показують, що ступінь, в якій хронічний біль обмежує нормальне функціонування, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж інтенсивність власне больових відчуттів [7, 8].

При поєднанні хронічного болю і депресії спостерігається підвищена стійкість до лікування внаслідок взаємної пролонгації [9]. Присутність хронічного болю пов'язано як з ускладненням депресивних симптомів, так і зі збільшенням діагностики великого депресивного епізоду; у 30 % пацієнтів розвивається клінічно виражена депресія, яка пов'язана з болем [9].

У дослідженні ВООЗ зазначено, що серед пацієнтів, які страждають на хронічний біль, клінічні критерії тривожних і депресивних розладів зустрічаються в 4 рази частіше. Зокрема, розлади настрою спостерігалися у 46 % пацієнтів із болем у грудях, 43 % пацієнтів – з абдомінальним болем, у 40 % пацієнтів – з головним болем, що вказує на взаємодію болю і депресії у формі єдиного «депресивно-алгічного синдрому». Пацієнти з більш тяжкими проявами депресії значно частіше повідомляють про наявність больових відчуттів: так, понад 50 % пацієнтів із депресивними розладами зазнають суттєвих

больових відчуттів, включаючи головний, абдомінальний біль, болі в області грудної клітки, тазу, обличчя, спини, кінцівок [10, 11].

Частота синдромально окресленої депресії серед пацієнтів із хронічним болем оцінюється в межах 22–87 % [12, 13]. Хоча депресія, як правило, вважається наслідком хронічного болю, а не причиною, дослідження показали, що несприятливі психосоціальні фактори підвищують ризик розвитку хронічного болю [14]. Було показано, що серед пацієнтів з фіброміалгією (хронічним захворюванням, що супроводжується поширеними болями, слабкістю і підвищеною стомлюваністю) частота виникнення коморбідної депресії становить 34–62 % протягом життя [15].

Незважаючи на переконливі дані взаємного впливу болю і депресії, визначення ключового причинного фактора і попередньої картини залишається проблемним питанням. Хронічний біль призводить до функціональних і соціальних ускладнень, що проявляється в зниженні професійних навичок, самооцінки пацієнта, здатності отримувати задоволення, порушенні концентрації уваги і, врешті-решт, сприяє виникненню депресії. Депресія, у свою чергу, може призводити до розвитку больових синдромів на віддалених етапах, включаючи захворювання опорно-рухового апарату, головні болі, болі в грудній клітці. Ще одним обтяжуючим фактором для пацієнтів із хронічним болем постають тривожні розлади, які нерідко виходять на перший план, затьмарюючи власне депресивні симптоми. Особливо специфічним є поєднання тривоги з м'язовою напругою і депресії саме при хронічних больових синдромах. Поєднання депресії і тривоги може досягати 62 % [16].

Серед людей, які страждають на хронічний біль, переважають (60 %) особистості з тривожно-недовірливими та істероїдним рисами. На тлі помірної тривожності в цих хворих виявляються риси демонстративності, схильність драматизувати ситуацію, перебільшувати значимість проблем [17]. Психологічне обстеження виявляє у них емоційну нестійкість, підвищену чутливість до зовні-

шніх впливів, нестійку самооцінку, залежність від думки оточення, властиву істеричним особистостям. Мотиваційна сфера хворих характеризується суперечливістю: з одного боку, висока мотивація визнання і самоствердження, потреба бути в центрі уваги, з другого – прагнення уникнути навантажень і відповідальних рішень, страх потерпіти невдачу, низька стресостійкість. При збільшенні навантажень або виникненні конфлікту у цих хворих спостерігається погіршення самопочуття. Так спрацьовує несвідомий механізм психологічного захисту за типом «втеча у хворобу». В результаті розвивається госпіталізм, тобто прагнення до тривалого і повторного обстеження та лікування в лікарнях. Підкреслимо, що при цьому пацієнт до себе ставиться позитивно, статус «хворого» сприймається ним як соціально-оптимальний, дозволяє уникнути навантажень і бути в центрі уваги.

Меншу частину хворих (30 %) складають особи за складом ригідні, паранояльні. Такі хворі відрізняються недовірливістю, образливістю, наполягливістю у відстоюванні своєї позиції, амбітно-захисні тенденції поєднуються з чутливістю до критичних зауважень і сприймаються як несправедливі. Для них характерні виражена емоційна напруженість, застрягання в образах, виражений індивідуалізм і, водночас, низький рівень саморозуміння, насиченість емоційних переживань, схильність звинувачувати у своїх проблемах оточуючих. Такі пацієнти невпинно шукають медичну допомогу, критикують призначені лікувальні заходи, самостійно переривають лікування і вимагають нових обстежень. Домагаючись «справедливості», вони при цьому кумулюють, накопичують негативні переживання, що, в свою чергу, підсилює емоційну напруженість. У цих осіб недостатня гнучкість у відносинах з оточуючими, конфліктність і разом з тим нерозуміння, витіснення справжніх психологічних причин конфлікту, проявляються схильністю до розвитку соматичних розладів, порушення функцій внутрішніх органів. В обох групах однаково висока ступінь соціально-психологічної дезадаптації. Пред'являються скарги на стан здоров'я, які

часто не дозволяють хворим працювати. Високий рівень тривоги, виражена емоційна напруженість, песимістичність відносно майбутнього і позитивних результатів лікування призводять до обмеження контактів з оточуючими, занурення у світ внутрішніх переживань, зниження активності й дисгармонізації міжособистісних відносин. Спостерігаються труднощі спілкування з оточенням, зокрема, з особами протилежної статі, серед них великий відсоток складають розлучені [17].

Отже, депресія і хронічний біль пов'язані з низкою факторів ризику та віддалених наслідків, які можуть виявитися більш важкими при одночасній присутності депресії і болю. У пацієнтів, які страждають від хронічного болю, частіше спостерігаються тривожні й особистісні розлади, а також дезадаптивні механізми копінг-стратегій [22]. Для пацієнта наявність кількох різних вогнищ болю може виявитися найпотужнішим предиктором, що обумовлює розвиток депресії. Поєднання болю і депресії додатково пов'язане з порушеннями сну [23], погіршенням професійного функціонування та якості життя пацієнтів. Лікування депресії у поєднанні з болем утруднюється тим, що понижений настрій може зумовлювати негативне ставлення до проведеної терапії, підвищуючи ризик відмови від прийому медикаментів або зловживання ними.

Симптоми депресії при хронічному больовому синдромі можуть бути очевидними, проте найчастіше хронічний больовий синдром є «маскою» депресії; власне депресивна симптоматика виступає в атиповій формі і прихована за домінуючим у клінічній картині болем. Загальною ознакою соматизованої депресії є наявність в їх структурі численних болісних соматичних симптомів поряд з розладами настрою: соматичні симптоми виступають на перший план, перекриваючи афективні депресивні розлади (депресивна симптоматика слабо виражена, стерта або взагалі відсутня), що вельми ускладнює діагностику депресії. Соматовегетативні симптоми маскованих депресій можуть виходити від практично всіх систем організму, проявляючись порушеннями серцевого ритму, су-

хістю в роті, печією, закрепамми, підвищеною пітливістю, запамороченнями, аменореєю або іншими розладами, зниженням лібідо, поганим сном, зміною апетиту і зниженням маси тіла, астеною, больовими відчуттями. Хронічний больовий синдром як «маска» депресії може мати будь-яку локалізацію. Не менш важливим у клінічному плані є те, що в пацієнтів з хронічним болем при тривалому неуспішному її купіруванні виникають психологічні порушення, пов'язані з відсутністю полегшення болю. Відчуття постійного дискомфорту, безпорадність і надмірна увага до болю стає домінантою в житті цих пацієнтів, що, в кінцевому рахунку, може призводити до їх нездатності вирішувати звичайні сімейні, професійні та пов'язані з дозвіллям завдання, тобто відбувається «нашарування» поведінкових і психологічних проблем на первинну ноціцепцію і переживання болю. Обстеження 8 280 пацієнтів з різним ступенем поєднання депресії та хронічного болю довело, що коморбідні депресії та біль вагомо погіршують загальне функціонування та збільшують економічний тягар. Причому негативний вплив збільшується з часом, особливо в осіб пенсійного віку [24].

Біопсихосоціальна концепція болю, що отримала широке розповсюдження, пояснює різницю між «захворюванням» і «розладом» у розумінні хронічного болю. Захворювання є «об'єктивна біологічна подія», пов'язана з пошкодженням певних структур організму або систем органів, обумовленим патологічними анатомічними або фізіологічними змінами. Розлад, «суб'єктивне переживання або самоатрибуція», має місце при захворюванні, яке викликає фізичний дискомфорт, емоційний стрес, поведінкові обмеження і психологічні порушення. У пацієнта з хронічним болем має місце поєднання цих категорій, що обумовлює відмінності у вираженості коморбідного хворобливого стану (тяжкість, тривалість і наслідки для індивідуума), спровоковані взаємовідносинами між біологічними змінами, психологічним станом і соціокультурним середовищем.

#### **Клінічний випадок**

Пацієнтка F, 65 років, одружена, працює бухгалтером у приватній фірмі. Страждає на

хронічний біль в області тазостегнових суглобів. У 2004 році вперше відчула гострий біль у проміжності особливо при пересуванні, не відразу звернулася до лікаря, самостійно почала вживати нестероїдні протизапальні препарати – полегшення не наступило, з цього приводу почала турбувати тривога, що вона невиліковно хвора, погіршився сон і настрій.

У 2005 році все ж звернулася за медичною допомогою до ортопеда, була обстежена, був виставлений діагноз: «Остеоартроз лівого тазостегнового суглоба». У 2006 році була прооперована під епідуральною анестезією з приводу заміни суглоба, процес реабілітації проходив досить спокійно, повернулася до роботи, вважала, що всі проблеми позаду. У 2008 році було діагностовано: «Остеоартроз правого тазостегнового суглоба», в тому ж році була проведена операція по заміні правого суглоба. Процес реабілітації проходив повільно, був присутній постійний біль в попереку, який посилювався при ході, тривалому стоянні, наприкінці дня. Помітила за собою, що стала не терпимою, роздратованою, швидко втомлювалася, почала забувати важливі речі, іноді було важко сконцентруватися на чомусь, виникло відчуття, що «всі мене не розуміють і вважають, що я занадто акцентую увагу на своїй проблемі». Не зважаючи на проведену терапію, біль не зменшувався. Лікар, стурбований посиленням больового синдрому, переконав хвору звернутися за консультацією до психіатра.

Психічний стан хворої на момент звернення: пацієнтка доступна контакту, орієнтована всебічно вірно, дещо негативістична, відповіді односкладові, вираз обличчя зазмучений, поза одноманітна, висловлює скарги на постійний біль у попереку, обох тазостегнових суглобах, різке утруднення пересування, порушення сну, зниження апетиту, втрату ваги, «нічого не цікавить – життя втратило кольори», «мене ніхто не розуміє», зниження пам'яті, «нічого не можу запам'ятати». Голос тихий, мова одноманітна, темп мислення сповільнений, структура мислення не порушена. Активно маячних ідей не висловлює, обман сприйняття заперечує,

інтелект збережений, швидко виснажується, емоційно лабільна, легко афектується. Емоційно-вольова сфера знижена, критика свого стану часткова.

Психологічне дослідження: за Монреальською шкалою (МОСА) набрала 22 із 30 балів, що характеризується зниженням концентрації, розподілом уваги, зниженням як короткострокової, так і довгострокової пам'яті, звуженням об'єму пам'яті, дещо астенізована, наявність ангедонії. За шкалою HADS отримала 7/12 б, що є межами субклінічної депресії. Суїцидальних нахилів і маячних ідей не відмічено.

Був виставлений діагноз: помірно виражений тривожно-депресивний епізод із соматичним синдромом (F32.01).

Призначене лікування: психофармакотерапія (антидепресант венлафаксин, дія якого спрямована на редукцію як больового синдрому, так і депресивної симптоматики), психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія для корекції негативних уявлень і сформованої больової поведінки).

Через місяць хвора повідомила про суттєве зниження болю, підвищення настрою, що дозволило пацієнтці із задоволенням проводити час зі своєю сім'єю і займатися звичайними справами.

Таким чином, можна сказати, що за наявності хронічного болю у пацієнта суттєво змінюється як сприйняття оточення в цілому, так і внутрішньої картини хвороби, що призводить до розвитку депресивних розладів і негативно відбивається на перебігу соматичного захворювання. Застосування комплексного втручання (психофармакотерапія + психотерапія) призводить до редукції поєднаного хворобливого стану.

### **Висновки**

Виходячи з положень біопсихосоціальної моделі болю, що включає фізичні, психологічні та соціальні елементи, повноцінне лікування пацієнтів повинно здійснюватися на основі мультидисциплінарного підходу з ліквідацією існуючої депресивної симптоматики, що дозволяє досягти хороших прогнозованих результатів у процесі лікування пацієнтів даної групи. Такий підхід нині вва-

жається «золотим стандартом» надання медичної допомоги пацієнтам із хронічним болем будь-якої етіології та рекомендований

Міжнародною асоціацією з лікування болю (International Association for the study of Pain – IASP).

### Список використаних джерел

1. Павленко С.С. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами / Денисов В.Н., Фомин Г.И. – Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат», 2002. – 221 с.
2. Крѣжановский Г.Н. «Важное событие в отечественной медицине» // Научно-практический журнал «Боль». – 2003. – № 1(1). – С. 4–5.
3. Яхно Н.Н. Невропатическая и скелетно-мышечная боль. Современные подходы к диагностике и лечению / Баринов А.Н., Подчуфарова Е.В. // Клиническая медицина. – 2008. – Т. 86. – № 11. – С. 9–15.
4. Голубев В.Л. Психологические установки пациента и переживание боли / Данилов А.Б. // РМЖ ; специальный выпуск «Болевой синдром». – 2009. – С. 11–14.
5. Deyo R.A. Overtreating chronic back pain: time to back off? / Mirza S.K., Turner J.A., Martin B.I. // J. Am Board Fam Med. – 2009. – Jan-Feb. – 22(1). – P. 62–8.
6. Chapman C. Managing pain in the older person // Nurs Stand. – 2010. – Nov 17–23. – 25(11). – P.35–9.
7. Mystakidou K. Psychological distress of patients with advanced cancer: Influence and contribution of pain severity and pain interference / Tsilika E., Parpa E. et al. // Cancer Nurs. – 2006. – 29. – P. 400–5.
8. Mystakidou K. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain and spirituality in patients with advanced cancer / Tsilika E., Parpa E. et al. // Arch Psychiatr. Nurs. – 2007. – 21. – P. 150–61.
9. Gallagher R.M. The pain-depression conundrum: Bridging the body and mind. / Cariati S. – 2002.
10. Corruble E. Pain complaints in depressed inpatients / Guelfi J.D. // Psychopatology. – 2000. – 33. – P. 307–9.
11. Larson S.L. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample / Clark M.R., Eaton W.W. // Psychol. Med. – 2004. – 34. – P. 211–9.
12. Manchikanti L. Comparison of psychopathological status of chronic pain patients and the general population / Fellows B., Pampati V. et al. // Pain Psysician. – 2002. – 5. – P. 40–8.
13. Giesecke T. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort / Gracely R.H., Williams D.A. et al. // Arthritis Rheum. – 2005. – 53. – P. 1577–84.
14. Picavet H.S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain / Vlaeyen J.W., Schouten J.S. // Am J. Epidemiol – 2002. – 156. – P. 1028–34.
15. Arnold L.M. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders / Hudson J.I., Keck P.E. et al. // J. Clin. Psychiatry – 2006. – 67. – P. 1219–25.
16. Шацберг А.Ф. Терапия флуоксетином коморбидных тревоги и депрессии // Соц. клин. психиатр. – 1997. – № 1. – С. 2–19.
17. Собчик Л.Н. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом / Т.В. Протасенко // Российский психиатрический журнал. – 2003. – № 5. – С. 18–21.
18. Соловьева С.Л. Депрессия в терапевтической клинике: патопсихологические, психотерапевтические и психофармакотерапевтические аспекты / Успенский Ю.П., Балукова Е.В. // Руководство для врачей – СПб.: ИнформМед. – 2008. – 204 с.
19. Bremner J.D. Functional brain imaging alterations in acne patients treated with isotretinoin // Am. J. Psychiatry. – 2005. – 162(5). – P. 983–999.
20. Evers E.A.T. Serotonergic Modulation of Prefrontal Cortex during Negative Feedback in Probabilistic Reversal Learning / Cools R., Clark L. et al. // Neuropsychopharmacology – 2005. – 30. – P. 1138–47.
21. Ребров Б.А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / Благинина И.И., Реброва О.А. // Журнал: «Боль. Суставы. Позвоночник». – 2011. – № 2. – С. 7–9.
22. Geisser M.E. The influence of coping styles and personality traits on pain. In.: Dworkin R.H., Breitbart W. et al. Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers, progress in pain research and management (Vol. 27). – Seattle: IASP Press – 2004. – P. 521–46.

23. Sela R.A. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain symptom control clinic / Watanabe S., Nikolaichuk C.L. // Palliat Support Care. – 2005. – № 3. – P. 23–31.

24. Эмптедж Н.П. Депрессия и коморбидная боль как предикторы функциональных

ограничений, потери работы, страховки и удорожания стоимости медицинской помощи / Стурм Р.С., Робинсон Р.Л. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – № 1. – С. 35–36.

## **Некоторые клинические корреляты хронической боли и депрессии**

Авраменко О.Н., Хаустова Е.А.

***Резюме.** В статье с позиций биопсихосоциальной модели боли рассматриваются некоторые общие клинические характеристики, присущие как хроническому болевому синдрому, так и депрессии. Описан клинический случай коморбидного болезненного состояния.*

***Ключевые слова:** биопсихосоциальная модель боли, хроническая боль, депрессия, тревога.*

## **Some clinical correlates of chronic pain and depression**

Avramenko O., Khaustova E.

***Summary.** The article from the standpoint of the biopsychosocial model of pain discusses some common clinical characteristics consistent with a chronic pain syndrome and depression. Describes a clinical case of comorbid disease state.*

***Keywords:** the biopsychosocial model of pain, chronic pain, depression, anxiety.*