



## Лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з хронічним болем

Сапон Д.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

<sup>2</sup>Центр психотерапії, психіатрії та клінічної психології "Софія"

### Анотація

**Актуальність.** Проблема лікування тривожно-депресивних розладів при хронічному болю не є вирішеною, вважаючи на значну соматизацію психопатологічних проявів при дорсалгіях і фіброміалгії; тригерну і обтяжуючу роль стресу; відсутність чітких клінічних рекомендацій щодо курації пацієнтів з поєднаними хворобливими станами.

**Методи і матеріали.** 164 пацієнта з тривожно-депресивними розладами і хронічним болем були розділені на основну групу (ОГ) з 81 особи з фіброміалгією (М79.0) та порівняльну групу (ПГ) зі 83 осіб, у яких ХБС був обумовлений болем в суглобах (М25.5) або дорсалгією (М54.0-9). Обидві групи були рандомізовані на чотири групи терапії: ОГ-ПФ (психофармакотерапія - 42 особи), ОГ-ПТ (психотерапія - 39 осіб), ПГ-ПФ (психофармакотерапія - 45 осіб) та ПГ-ПТ (психотерапія - 38 осіб). Психофармакотерапія проводилась СІЗЗС, ІЗЗСН і прегабаліном в стандартних дозуваннях відповідно до інструкцій. Психотерапевтичне втручання передбачало наступні методи: психоосвіта, м'язова релаксація за Джекобсоном, раціональна психотерапія, арт-терапія, елементи когнітивно-поведінкової терапії. Оцінка ефективності терапії проводилась через 4 і 12 тижнів після початку лікування за шкалами тривоги і депресії Гамільтона (НАМ-А і НАМ-D).

**Результати.** Після перших 4 тижнів лікування найбільше зменшення симптомів тривоги та депресії спостерігали в групах, які проходили психофармакотерапію у порівнянні із тими, хто проходив психотерапію. Так, у пацієнтів із фіброміалгією ці зміни для тривоги склали 13.5 та 7.8 балу відповідно ( $p=0.026$ ), а для депресії 8.2 та 5.9 балу відповідно ( $p=0.048$ ). Через 12 тижнів лікування не було помічено достовірних відмінностей у симптомах тривоги та депресії серед пацієнтів, які проходили фармакотерапію та психотерапію.

**Висновок.** Ці дані свідчать про те, що психофармакотерапія та психотерапія мають приблизно однакову ефективність при лікуванні симптомів депресії та тривоги у пацієнтів із хронічним болем, але перший тип лікування дозволяє швидко досягти більш значної редукції болю.

**Ключові слова:** тривожно-депресивні розлади, хронічний біль, фіброміалгія, психофармакотерапія, психотерапія

## 1 Актуальність

Проблема курації тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з хронічним болем останніми роками є в фокусі уваги світової медичної наукової спільноти [1],[2],[3],[4]. Взаємовплив психічних тривожно-депресивних порушень різного ступеню виразності, від феноменів до розладів, і хронічного болю описаний при травматичних, запальних і нейродегенеративних ураженнях опорно-рухового апарату і нервової системи [5],[6],[7],[8]. З часом, під впливом широкого спектру етіопатогенетичних факторів, окремі психопатологічні симптоми мають тенденцію до загострення та резистентності, додатково хронізуючи складні хворобливі стани і погіршуючи якість життя [9],[10],[11],[12].

Разом з тим, лишаються дискусійними питання психосоматичних відносин в клінічних випадках, коли етіопатогенез хронічного болю є не до кінця зрозумілим, до яких відносяться дорсалгії і фіброміалгія. Так, з одного боку, при цих станах наголошують на провідній ролі психосоціальних чинників, що погіршують їх перебіг та сприяють хронізації процесу (стрес, зв'язок болю з повсякденною працею, унікаючі копінг-стратегії, катастрофізація болю, тривога, депресія, узалежнена поведінка) [13],[14],[15],[16]. З іншого боку, на тлі уявлень про єдину нейроімуноендокринну систему контролю і реагування в організмі людини, йдеться про недостатнє вивчення морфо-функціональних аспектів саме хронічного болю [17],[18],[19].

Курація пацієнтів з дорсалгіями в Україні регламентована Наказом МОЗ № 487 від 17.08.2007 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Неврологія". Щодо ведення пацієнтів з фіброміалгією, діє Наказ МОЗ України від 25.04.2012 № 311 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі», що містить у собі Уніфікований клінічний протокол, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови "Контроль болю" (2012) [20],[21]. Втім, проблема діагностики і лікування тривожно-депресивних розладів при хронічному болю не є вирішеною, вважаючи на значну соматизацію психопатологічних проявів при дорсалгіях і фіброміалгії; тригерну і обтяжуючу роль стресу; відсутність чітких клінічних рекомендацій щодо курації пацієнтів з поєднаними хворобливими

станами [22],[23],[24],[25],[26],[27]. Враховуючи складні соціальні обставини в Україні протягом останніх років, ми можемо висловити припущення, що захворюваність на фіброміалгію і дорсалгію буде зростати, зумовлюючи актуальність спеціального вивчення психічних та психосоматичних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

Саме тому визначення оптимальної тактики терапії тривожно-депресивних розладів у пацієнтів з хронічним больовим синдромом внаслідок захворювань скелетно-м'язової системи та сполучної тканини на прикладі дорсалгії і фіброміалгії може сприяти підвищенню ефективності лікування таких пацієнтів

## 2 Методи і матеріали

За умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, за період з 2011 по 2015 роки було проведено комплексне обстеження 218 пацієнтів, що перебували на лікуванні у відділенні відновлювальної нейрохірургії ДУ інституту Нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова з хронічним больовим синдромом внаслідок захворювань скелетно-м'язової системи та сполучної тканини (клас М за МКХ-10), і були проконсультовані психіатром з приводу наявності психічних порушень.

**Критерії включення:** Інформована згода на участь в дослідженні; вік 18-65 років; хронічний больовий синдром (ХБС) невизначеного генезу в межах рубрик класу М за МКХ-10 (М25.5 - біль в суглобі; М54.0-9 – дорсалгії; М79.0 – фіброміалгія); клінічно виражена тривога та/або депресія (HADS-A/HADS-D  $\geq 11$  балів); виразність хронічного болю за шкалою ВАШ  $\geq 5$  балів.

**Критерії виключення:** ХБС запального, травматичного і дегенеративного генезу в межах інших рубрик класу М за МКХ-10; психотичні стани, деменція, розлади особистості, психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР; клінічно значущі соматичні розлади; недотримання умов проведення дослідження.

За критеріями включення/виключення для визначення ефективності лікування було відібрано 164 особи, що склали клінічний матеріал дослідження та були розділені на основну групу (ОГ) з 81 особи з фіброміалгією (М79.0) та порівняльну групу (ПГ) зі 83 осіб, у яких ХБС був обумовлений болем в суглобах (М25.5) або дорсалгі-

єю (M54.0-9). Обидві групи були рандомізовані з урахуванням репрезентативності за віком, статтю і виразністю психопатологічної симптоматики на чотири групи терапії, а саме: ОГ-ПФ (психофармакотерапія - 42 особи), ОГ-ПТ (психотерапія - 39 осіб), ПГ-ПФ (психофармакотерапія - 45 осіб) та ПГ-ПТ (психотерапія - 38 осіб).

В якості психофармакотерапії в залежності від клінічної картини застосовувалися препарати групи СИЗС (сертралін, есциталопрам, пароксетин), групи ІЗЗСН (венлафаксин, дулоксетин) і прегабалін в стандартних дозуваннях відповідно до інструкцій. Психотерапевтичне втручання передбачало наступні методи: психоосвіта, м'язова релаксація за Джекобсоном, раціональна психотерапія, арт-терапія, елементи когнітивно-поведінкової терапії.

Пацієнти усіх груп отримували терапію в межах дослідження на тлі стандартного лікування з приводу основного захворювання відповідно до Уніфікованих протоколів МОЗ стаціонарно з переходом в амбулаторну фазу. Оцінка ефективності терапії проводилась через 4 і 12 тижнів після початку лікування.

### 3 Результати дослідження

#### 3.1 Аналіз динаміки тривоги в процесі лікування

На початку лікування середній бал за шкалою тривоги Гамільтона складав  $28,6 \pm 6,4$  балів в ОГ і  $23,9 \pm 6,3$  балів у ПГ. Через 4 тижні лікування найбільш значуща редукція симптомів тривоги відбулася в групах застосування психофармакотерапії, а саме: в ОГ-ПФ загальний бал за шкалою тривоги Гамільтона склав  $15,1 \pm 4,3$  балів; в ПГ-ПФ -  $15,4 \pm 4,2$  балів. В групах психотерапевтичного втручання також була позитивна динаміка, але меншого ступеню виразності: в ОГ-ПТ загальний бал за шкалою тривоги Гамільтона склав  $20,8 \pm 5,8$  балів; в ПГ-ПТ -  $17,1 \pm 5,6$  балів. Отже, в обох групах короткотривале лікування виявилось більш ефективним щодо симптомів тривоги при застосуванні психофармакотерапії.

Через 12 тижнів лікування найбільш значуща редукція симптомів тривоги відбулася в групі застосування психотерапії ОГ-ПТ ( $8,2 \pm 3,6$  балів), а найменша - в ОГ-ПФ, де загальний бал за шкалою тривоги Гамільто-

на склав  $9,7 \pm 3,7$  балів. В ПГ результати тривалого лікування практично не відрізнялись: відповідно в ПГ-ПФ -  $8,6 \pm 3,4$  балів; в ПГ-ПТ -  $8,8 \pm 3,6$  балів. Причому, в усіх групах залишився пограничний рівень тривоги без виходу в повну ремісію (НАМ-А > 7 балів).

#### 3.2 Аналіз динаміки депресії в процесі лікування

На початку лікування середній бал за шкалою депресії Гамільтона дорівнював  $20,9 \pm 6,2$  бали в ОГ і  $23,3 \pm 7,4$  в ПГ. Через 4 тижні лікування найбільш значуща редукція симптомів депресії відбулася в основній групі застосування психофармакотерапії, а саме: в ОГ-ПФ загальний бал за шкалою депресії Гамільтона склав  $12,7 \pm 4,1$  балів. Група ПГ-ПФ -  $15,4 \pm 4,1$  балів - за рівнем депресії була майже тотожною групі психотерапевтичного втручання ОГ-ПТ, де загальний бал за шкалою депресії Гамільтона склав  $15,0 \pm 4,4$  балів. Найменші зміни відбулися в групі ПГ-ПТ -  $16,5 \pm 4,3$  балів. Отже, короткотривале лікування виявилось найбільш ефективним щодо симптомів депресії при застосуванні психофармакотерапії у пацієнтів з фіброміалгією.

Через 12 тижнів лікування найбільш значуща редукція симптомів депресії з виходом в ремісію відбулася в ОГ незалежно від типу терапії: загальний бал за шкалою депресії Гамільтона в ОГ-ПФ склав  $3,1 \pm 2,4$  балів; ОГ-ПТ -  $3,4 \pm 2,6$  балів. В ПГ-ПФ результати тривалого лікування також редукувалися до здорового стану -  $6,2 \pm 3,2$  балів. Тільки в групі в ПГ-ПТ залишився пограничний рівень депресії -  $7,1 \pm 3,4$  балів. Отже, пацієнти з фіброміалгією виявилися більш чутливими до тривалого лікування депресії незалежно від типу терапії.

#### 3.3 Порівняльна ефективність психофармакотерапії і психотерапії у пацієнтів з хронічним болем

Щодо ефективності психофармакотерапії, нами були визначена достовірні різниця в редукції балів за шкалою тривоги Гамільтона НАМ-А між ОГ-ПФ і ПГ-ПФ як при короткотривалому втручанні ( $p=0.008$ ), так і за весь період лікування ( $p=0.033$ ). Причому, в період з 4 по 12 тижнів не було виявлено різниці в ефективності фармакотерапії ( $p=0.126$ ).

Відносно психотерапії, навпаки, за перші 4 тижні лікування не було виявлено достовірної різниці в редукції тривоги між ОГ-ПТ і ПГ-ПТ ( $p=0.478$ ). Тільки починаючи з другого місяця психотерапії ми відмітили достовірно кращу динаміку редукції тривоги в ОГ-ПТ в порівнянні з ПГ-ПТ ( $p=0.045$ ), що відобразилося і на кінцевому результаті ( $p=0.036$ ).

В ОГ ми відмітили випереджальний вплив фармако-терапії на редукцію тривоги за перші 4 тижні лікування ( $p=0.026$ ). Більш інтенсивний вплив психотерапії в ОГ щодо тривожних симптомів відбувся в період з 4 по 12 тиждень ( $p=0.008$ ), але загальна ефективність обох типів втручання в ОГ не мала достовірної різниці при довготривалому лікуванні ( $p=0.363$ ).

В ПГ нами не було виявлено достовірної різниці в ефективності психофармако-терапії і психотерапії тривожних симптомів за перші 4 тижні ( $p=0.328$ ), за період з 4 по 12 тиждень ( $p=0.262$ ) і за весь період лікування ( $p=0.652$ ) (табл. 1).

Ефективність психофармако-терапії по відношенню до симптомів депресії, на відміну від вищеописаних закономірностей щодо тривоги, за шкалою депресії Гамільтона НАМ-D не мала достовірної різниці між групами ОГ-ПФ і ПГ-ПФ при короткотривалому 4-тижневому втручанні ( $p=0.456$ ), такі ж показники були відмічені в період з 4 по 12 тиждень ( $p=0.621$ ), а також і за весь період лікування ( $p=0.542$ ).

Ефективність психотерапії по відношенню до симптомів депресії за шкалою депресії Гамільтона НАМ-D також не мала достовірної різниці між групами ОГ-ПТ і ПГ-ПТ при короткотривалому 4-тижневому втручанні ( $p=0.346$ ), в період з 4 по 12 тиждень ( $p=0.041$ ) і за весь період лікування ( $p=0.442$ ).

В ОГ ми відмітили достовірний випереджальний вплив фармако-терапії на редукцію депресії за перші 4 тижні лікування ( $p=0.048$ ), що повторює раніше визначені нами тенденції щодо редукції тривоги. Більш інтенсивний вплив психотерапії в ОГ на симптоми депресії, в свою чергу, повторюючи закономірність щодо симптомів тривоги, був зафіксований в період з 4 по 12 тиждень ( $p=0.016$ ). Причому загальна ефективність щодо депресії обох типів терапевтичного втручання в ОГ також не мала достовірної різниці при довготривалому лікуванні ( $p=0.547$ ).

В ПГ нами також не було виявлено достовірної рі-

зниці в ефективності психофармако-терапії і психотерапії щодо депресивних симптомів за 4 тижні ( $p=0.278$ ), за період з 4 по 12 тиждень ( $p=0.424$ ) і за весь період лікування ( $p=0.348$ ) (табл. 2).

## 4 Висновки

При короткотривалому лікуванні більш ефективною виявилася психофармако-терапія, а при довготривалому – психотерапія. Ця закономірність виявилася найбільш сталою у пацієнтів з фіброміалгією, з більшою виразністю відносно симптомів тривоги в порівнянні з симптомами депресії. Отже, пацієнти з ОГ виявилися більш чутливими для обох видів терапії. Після повного курсу лікування ефективність фармако-терапії достовірно не відрізнялася від такої у психотерапії.

Табл. 1: Порівняльна ефективність фармакотерапії та психотерапії у лікуванні тривоги (HAM-A) у пацієнтів із фіброміалгією та болем у суглобах/дорсалгією.

Період лікування	Тип лікування	Різниця середніх	95% Довірливий інтервал	P
Фіброміалгія				
Базовий — тиждень 4	Фармакотерапія	13.5	10.2-16.8	0.026*
	Психотерапія	7.8	6.3-9.3	
Тижні 4 — 12	Фармакотерапія	5.4	4.2-6.6	0.008*
	Психотерапія	12.6	10.1-15.1	
Весь курс	Фармакотерапія	18.9	16.1-21.4	0.363
	Психотерапія	20.4	17.3-23,5	
Біль у суглобах/дорсалгія				
Базовий — тиждень 4	Фармакотерапія	8.5	5.3-11.7	0.328
	Психотерапія	6.8	5.2-8.4	
Тижні 4 — 12	Фармакотерапія	6.8	4.7-8.9	0.262
	Психотерапія	8.3	5.7-10.9	
Весь курс	Фармакотерапія	15.3	12.4-18.2	0.652
	Психотерапія	15.1	12.0-18.2	

\*Статистично достовірна різниця.

Табл. 2: Порівняльна ефективність фармакотерапії та психотерапії у лікуванні депресії (HAM-D) у пацієнтів із фіброміалгією та болем у суглобах/дорсалгією.

Період лікування	Тип лікування	Різниця середніх	95% Довірливий інтервал	P
Фіброміалгія				
Базовий — тиждень 4	Фармакотерапія	8.2	7.1-9.3	0.048*
	Психотерапія	5.9	4.8-7.0	
Тижні 4 — 12	Фармакотерапія	9.6	8.1-11.1	0.016*
	Психотерапія	11.6	10.2-13.0	
Весь курс	Фармакотерапія	17.8	14.9-20.7	0.547
	Психотерапія	17.5	15.1-19.9	
Біль у суглобах/дорсалгія				
Базовий — тиждень 4	Фармакотерапія	7.9	5.8-9.0	0.278
	Психотерапія	6.8	5.2-7.4	
Тижні 4 — 12	Фармакотерапія	9.2	7.7-10.7	0.424
	Психотерапія	9.4	8.1-10.7	
Весь курс	Фармакотерапія	17.1	14.2-20.0	0.348
	Психотерапія	16.2	13.4-19.0	

\*Статистично достовірна різниця.

## Література

- [1] Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome / A. Ozcetin, S. Ataoglu, E. Kocer [et al.] // *West Indian Medical Journal*. - 2007. - V. 56, I. 2. - P. 122-129.
- [2] Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders / M. M. J. G. Gerrits, P. Oppen, S. S. Leone [et al.] // *BMC Psychiatry*. - 2014. - V. 14, I. 1. - 187.
- [3] Chaban O. S. Terapiya khronichnoho alhichnoho syndromu u patsiyentiv z nepsykhotychnymy depresyvnymy rozladamy i komorbidnoyu somatychnoyu patolohiyeyu / O. S. Chaban, O. O. Khaustova // *Ukrayins'kyi visnyk psykhonevrolohiyi*. - 2010. - V. 18, I. 1. - P. 67-72.
- [4] Kaplan G. Total Recovery: Breaking the Cycle of Chronic Pain and Depression / G. Kaplan, D. Beecher. - Rodale: Rodale Books, 2014.
- [5] Contributions of mood, pain catastrophizing, and cold hyperalgesia in acute and chronic low back pain: a comparison with pain-free controls / M. Hübscher, N. Moloney, T. Rebbeck [et al.] // *The Clinical Journal of Pain*. - 2014. - V. 30, I. 10. - P. 886-893.
- [6] Povoroznyuk V. V. Neuropathic Pain Component in Musculoskeletal System Diseases: Review of the Literature and the Results of Own Researches (Part I) / V. V. Povoroznyuk, T. Y. Shinkarenko, U. I. Pryimych // *Pain, Joints, Spine*. - 2015. - V. 16. - P. 5-13.
- [7] Sushma S. Psychological Aspects of Pain Disorders / S. Sushma, P. Kumar // *Delhi Psychiatry Journal*. - 2014. - V. 17, I. 2. - P. 237-242.
- [8] Evaluation of a multicomponent programme for the management of musculoskeletal pain and depression in primary care: a cluster-randomised clinical trial (the DROP study) / E. Aragonès, G. Lopez-Cortacans, A. Caballero [et al.] // *BMC Psychiatry*. - 2016. - V. 16, I. 1. - 69.
- [9] Bozhenko N. L. Bol'ovi syndromy spyny: deyaki psykhoemotsiyni aspekty i mozhlyvosti yikh korektsiyi / N. L. Bozhenko // *Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal*. - 2013. - V. 8. - P. 103-108.
- [10] Moskovko S. P. Otsinka depresyvnikh rozladiv ta yakosti zhyttya patsiyentiv iz zahostrennyam poperekovoho bol'ovoho syndromu / S. P. Moskovko, A. V. Kostyuchenko, V. P. Tsybul's'ka // *Biomedical and Biosocial Anthropology*. - 2014. - V. 23. - P. 138-141.
- [11] Romanenko V. I. Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain / V. I. Romanenko // *Trauma*. - 2016. - V. 17, I. 4. - P. 86-91.
- [12] Perebetyuk L. S. Yakist' zhyttya ta psykholohichni rozlady u khvorykh na revmatoyidnyy artryt: zv'yazok z fibromialhiyeyu / L. S. Perebetyuk, M. A. Stanislavchuk // *ScienceRise*. - 2015. - V. 10, I. 3. - P. 70-76.
- [13] Sulik R. V. Nevropatychnyy bil': diahnozyka i likuvannya / R. V. Sulik // *Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal*. - 2013. - V. 4. - P. 91-97.
- [14] When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality / E. Miró, M. P. Martinez, A. I. Sanchez [et al.] // *British Journal of Health Psychology*. - 2011. - V. 16, I. 4. - P. 799-814.
- [15] Anxiety, depression and alexithymia in fibromyalgia: are there any differences according to age? / C. P. Puente, L. V. Furlong, C. E. Gallardo [et al.] // *Journal of Women & Aging*. - 2013. - V. 25, I. 4. - P. 305-320.
- [16] Coons M. J. Pain Anxiety / M. J. Coons // *Encyclopedia of Behavioral Medicine* / ed.: . - NewYork: Springer, 2013.. - P. 1422-1423.
- [17] Stanislavchuk M. A. Suchasni pohlyady na rol' serotoninerhichnoyi systemy v rehulyatsiyi avtoimunnoho zapalennya, pertseptsiyi bolyu ta emotsiynoyi sfery (ohlyad literatury) / M. A. Stanislavchuk, L. O. Protsyuk // *Bukovyns'kyi medychnyy visnyk*. - 2015. - V. 19, I. 3. - P. 240-244.
- [18] Hannibal K. E. Chronic stress, cortisol dysfunction, and pain: a psychoneuroendocrine rationale for stress management in pain rehabilitation / K. E. Hannibal, M. D. Bishop // *Physical therapy*. - 2014. - V. 94, I. 12. - P. 1816-1825.

- [19] Levada O. A. Neyropsykhologhiya bolyu / O. A. Levada // Neyronews. - 2011. - V. 3. - P. 22-24.
- [20] Khobzey M. K. Kontrol' bolyu v onkolohiyi: Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh / M. K. Khobzey, Y. I. Hubs'kyy, O. M. Lishchyshyna. - Kyiv: MOZ Ukrayiny, 2011.
- [21] Nakaz MOZ Ukrayiny # 311 vid 25.04.2012 «Pro zatverdzhennya ta provadzhennya medyko-tehnolohichnykh dokumentiv zi standartyzatsiyi paliatyvnoyi medychnoyi dopomohy pry khronichnomu bol'ovomu syndromi» / Ministerstvo okhorony zdorov'ya Ukrayiny. - Kyiv: MOZ Ukrayiny, 2012.
- [22] Chaban O. S. Tryvoha, depresiya i bil' / O. S. Chaban // Zdorov'ya Ukrayiny. - 2012. - V. 3. - 22.
- [23] Has bioscience reconciled mind and body? / C. Davies, C. Redmond, S. O. Toole [et al.] // Journal of Clinical Nursing. - 2015. - V. 25. - P. 2713-2722.
- [24] Crofford L. J. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain / L. J. Crofford // Transactions of the American Clinical and Climatological Association. - 2015. - V. 126. - P. 167-183.
- [25] Gilron I. Neuropathic pain: principles of diagnosis and treatment / I. Gilron, R. Baron, T. Jensen // Mayo Clinic Proceedings. - 2015. - V. 90, I. 4. - P. 532-545.
- [26] Howe C. Q. Psychiatric and psychological perspectives on chronic pain / C. Q. Howe, J. P. Robinson, M. D. Sullivan // Phys Med Rehabil Clin N Am. - 2016. - V. 26, I. 2. - P. 153-180.
- [27] Woda A. Dysfunctional stress responses in chronic pain / A. Woda, P. Picard, F. Dutheil // Psychoneuroendocrinology. - 2016. - V. 71. - P. 127-135.

# Treatment of anxiety-depressive disorders in patients with chronic pain

Sapon D. <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bogomolets National Medical University

<sup>2</sup>Center of Psychotherapy, Psychiatry and Clinical Psychology "Sofia"

## Abstract

**Background.** The problem of the treatment of anxiety-depressive disorders in chronic pain is not solved, considering the significant somatization of psychopathological manifestations in dorsalgia and fibromyalgia; triggering and aggravating role of stress; lack of clear clinical recommendations for the management of patients with combined disease states.

**Methods.** 164 patients with anxiety-depressive disorders and chronic pain were divided into the study group of 81 persons with fibromyalgia and the comparison group of 83 individuals with joint pain (M25.5) or dorsalgia (M54 .0-9). Both groups were randomized into psychotherapeutic or pharmacotherapeutic treatment: F-Ph (fibromyalgia patients, psychopharmacotherapy - 42 persons), F-Ps (fibromyalgia patients, psychotherapy - 39 persons), JD-Ph (joint pain/dorsalgia patients, psychopharmacotherapy - 45 persons) JD-Ps (joint pain/dorsalgia patients, psychotherapy - 38 persons). Psychopharmacotherapy included SSRIs, SNRIs, and pregabalin in standard dosages according to the instructions. Psychotherapeutic interventions involved the following methods: psychoeducation, progressive muscle relaxation, rational therapy, art therapy, elements of cognitive behavioral therapy. Evaluating the effectiveness of the treatment was carried out at week 4 and 12 with Hamilton anxiety and depression scales (HAM-A and HAM-D).

**Results.** At week 4 of treatment, the most significant reduction in anxiety and depression symptoms occurred psychopharmacotherapy groups, compared to psychotherapy. In particular, in patients with fibromyalgia (13.5 vs. 7.8,  $p=0.026$  and 8.2 vs. 5.9,  $p=0.048$ , respectively). At week 12 (end of treatment), there wasn't noted any significant difference between the effectiveness of pharmacotherapy and psychotherapy interventions for reducing anxiety and depression symptoms.

**Conclusion.** These data indicate the similar effectiveness of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of anxiety and depression symptoms in patients with chronic pain.

**Keywords:** anxiety-depressive disorder, chronic pain, fibromyalgia, psychopharmatherapy, psychotherapy