

Тревога, депресія і біль

По матеріалах міжрегіональної науково-практичної конференції
«Біль в неврології. Причини і следствия. Сучасні методи діагностики і терапії
в практиці лікаря-невролога» (26 жовтня, м. Київ)

Формат конференції передбачав міждисциплінарний підхід до проблеми болю в неврології. О том, як важлив емоційний компонент болю і як лікар свідомо або несвідомо може на нього впливати, з точки зору психіатра і психотерапевта розповів доктор медичних наук, професор Олег Созонтович Чабан (Український НІІ соціальної і судової психіатрії і наркології МЗ України, м. Київ).



О.С. Чабан

В началу виступлення лектор прокоментував визначення Міжнародної асоціації по вивченню болю (International Association for the Study of Pain, IASP). Біль – це неприємний сенсорний і емоційний досвід, пов'язаний з реальними або можливими пошкодженнями тканин організму або сприймається як пошкодження. Лікарі соматичних спеціальностей оцінюють біль в основному як сенсорний симптом в відповідь на пошкодження. Для психіатра, психолога, психотерапевта ключові слова в цьому визначенні – емоційний, можливий і сприймається. С однієї сторони, біль – це не тільки складний комплекс фізіологічних реакцій організму, але і думки, уявлення і почуття, які переживає хворий людина. Частіше за все це безпорадність, втрата надії, відчуження, відчуження від контролю над ситуацією, вигадані уявлення, порушення мотивації, тривога і депресія. Внутрішній світ пацієнта більш важлив для оцінки, ніж соматичні проблеми. Емоції, пов'язані з реальною болем або її очікуванням, а також думки про біль – це невіддільні частини більового синдрому. Біль без психологічного і емоційного компонентів не буває.

С другої сторони, тривога і депресія знаходять вихід з внутрішнього світу людини через біль і інші неспецифічні соматичні прояви і скарги (головоболі, слабкість і т.п.), які пацієнти настойливо пред'являють лікарям різних спеціальностей, але не психіатру. Тревога високого рівня (генералізоване тривожне розлад) – ГТР, рубрика F41.1 по МКБ-10) може полегшатися через біль. Пояснюється це тим, що пацієнти з ГТР абсолютно не переносять неопределенності (постійне напруження, мучительне очікування чого-то неопределеного, катастрофічного і складає зміст тривоги), тому прагнуть трансформувати свою тривогу в інший афект. Таким афектом може бути страх перед конкретним захворюванням. Наприклад, онкофобія – це боязнь чогось конкретного, що змушує виконувати цілеспрямовані дії: йти на прийом до онколога, шукати відповідну інформацію в Інтернеті і т.п. Парадоксально, але коли таким пацієнтам дійсно встановлюють діагноз раку, рівень тривоги знижується. Появляється фобія. Трудно знайти більш близький і доступний об'єкт для «определення» тривоги, ніж власне тіло. Тому тривога легко трансформується в біль.

Біль потрібна пацієнту для полегшення тривоги, хоча сам він цього може не усвідомити. Цього не розуміють і лікарі, коли не знаходять соматичних причин болю, хоча в даному випадку мова йде про симуляцію. Біль стає визначеною предметом, який існує в даний момент, в відмінності від тривоги, вектор якої завжди направлений в майбутнє. Під цей предмет людина починає підставляти свою життєдіяльність і шукає лікаря, якого вивабить від болю, поки не знайде «свого психотерапевта». Він може стати будь-яким лікарем, який надає

емоційно значиме вплив на пацієнта, можливо навіть не усвідомлюючи цього.

Трудно знайти людину старше 50 років, у якої нічого не болить. В даний час спостерігається бурхливий ріст поширеності тривожних розладів у осіб похилого віку, причому у них тривога практично неотделима від болю. Професор проілюстрував таку закономірність схемою сценарія життя людини, на якій виділено три етапи. На першому етапі (дитинство, юність) людина накопичує знання, але не має можливості реалізувати їх в дії. Також в цей період формується важливий емоційний досвід. Другий період (дорослість) – це час дій, поступової втрати знань і використання пам'яті. В третій період життя (старість) людина вже не отримує нових знань, знижується його діяльність, але починає переживати пам'яті на минулі події, які мають виражену емоційну окраску. Крива вираженості емоцій, в відмінності від кривих знань і дій, по мірі старіння не знижується. Емоціями похилі люди компенсують знання і дії. Філогенетично найдавнішими емоціями є тривога і страх, і саме вони легко знаходять вихід в болю.

Ще один факт, підкреслюючий роль емоцій в формуванні і сприйнятті болю, – нерідко біль не має жодних анатомічних пояснень. Голландський філософ Бенедикт Спіноза (1632-1677) класифікував біль як форму печалі і відносив цей феномен до первинних емоцій. Відомий польський психіатр і психотерапевт Антоній Кемпінський (1918-1972) вважав, що хронічний біль є синдромом, який є аналогом депресивного і тривожного розладу, оскільки біль і тривога мають одні і ті ж соматовегетативні прояви: мігрені, спазми, периферична вазоконстрикція, реакція серцевого ритму і артеріального тиску.

Симптоми тривожного синдрому легко визначити у пацієнта. Для діагностики тривожного розладу достатньо наявності 6 з 18 ознак, зібраних в три комплекси:

- двигальне збудження: 1) дрожання, подергивання або відчуження внутрішнього дрожання, 2) м'язове напруження або м'язові болі, 3) неможливість розслабитися, 4) швидка стомлюваність;
- вегетативна гіперактивність: 5) ускладнене дихання або відчуження удушья, 6) посилене серцебиття або тахікардія, 7) потливість або холодні на дотик руки, 8) сухість у роті, 9) головкружіння або обморочні стани, 10) тошнота, діарея або інші розлади травної системи, 11) почервоніння (прилив жару до обличчя) або озноб, 12) частіше сечовиділення, 13) ускладнене ковтання або відчуження «комка в горлі»;
- напружене передчуття: 14) відчуження збудження або перебування «на остеріях», 15) неспокій, 16) неможливість зосередитися, «пустота в голові» із-за тривоги, 17) труднощі з засипанням і сном, 18) підвищена роздратність.

О.С. Чабан привів дані про те, що тривожні розлади є найбільш поширеними в психіатрії з показателем поширеності в даний час 12,6-17,2% (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, 2002). Вероятність того, що пацієнт з тривожним розладом в своїй практиці лікар соматичної спеціальності, складає близько 35%, з фобіями – 25%, з депресією – 40%. По даним Н.У. Wittchen тільки 13,3% пацієнтів з ГТР звертаються до лікаря з основною скаргами на тривогу. Більше 1/3 хворих (34,7%) скаржаться на біль різної локалізації як основний симптом.

Ризик приєднання вторинної депресії в даний час складає 15% у пацієнтів з специфічними фобіями до 32,5% у пацієнтів з ГТР (Н.У. Wittchen). У осіб без тривожних розладів п'ятирічна ймовірність розвитку депресії по даним автора складає 7,9%. По даним N. Sartorius (1996), кожен четвертий пацієнт, який звертається за допомогою до спеціаліста соматичного профілю, має соматизовану депресію. Депресія і деякі особливості особистості пацієнта безпосередньо впливають на ефективність лікування і клінічний прогноз. Печальний, закритий людина значно важче переживає біль, ніж життєрадісний оптиміст.

Лектор ще раз відзначив, що будь-який лікар свідомо або несвідомо несе психотерапевтичну функцію. Пацієнт підсвідомо уловлює і оцінює не інформацію, яку дає йому лікар, а його здатність вислухати і зрозуміти, ступінь впевненості в словах і діях, манеру говорити, жесту, міміку і інші деталі, які для нас звичайно не надають великого значення. По цій причині навіть один і той же препарат, призначений різними лікарями з однаковою рівнем медичних знань і навичок, може надавати різний по вираженості ефект.

Переходячи до питання надання допомоги пацієнтам з тривожними розладами, О.С. Чабан відзначив, що для лікування ГТР можуть застосовуватися препарати різних фармакологічних класів: селективні інгібітори зворотного захопту серотоніну (СІОЗС), інгібітори зворотного захопту серотоніну і норадреналіну (СІОЗСН), трициклічні і гетероциклічні антидепресанти, парціальні агоністи рецепторів 5HT_{1a}, бензодіазепіни. Лектор підкреслює, що призначення бензодіазепінів, які у психіатрів залишаються найбільш популярними засобами, виправдане тільки короткими курсами (не більше 4 тижнів) для швидкого купірування вираженої тривоги. Діяння бензодіазепінів О.С. Чабан порівняв з діями бригади скорий допомоги: вводяться препарати, наприклад, для купірування гіпертонічного кризу, але при цьому пацієнту необхідно рекомендувати звернутися до свого кардіолога для перегляду базисної терапії. Бензодіазепіни не повинні бути базисною терапією тривожних розладів. Хороша відома проблема побічних ефектів, а також залежності від препаратів бензодіазепінового

ряду, який дуже погано піддається лікуванню. Для підтримуючого лікування слід застосовувати більш сучасні препарати з певних класів (СІОЗС, СІОЗСН і др.), причому прагнучи до монотерапії.

Анксиолітиком принципово нового механізму дії є прегабалін, який зв'язується з α - δ -суб'єдніцями потенціалзалежних кальцієвих каналів, подаючи надмірне вивільнення нейротрансмітерів гіперзбудженими нейронами ЦНС. Прегабалін забезпечує швидке початок анксиолітичного ефекту, порівнянне з бензодіазепінами, але значно краще переноситься, не вступає в відомі міжлекарственні взаємодії і не викликає залежності.

Ефективність прегабаліну в лікуванні ГТР доведена в восьми рандомізованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих дослідженнях з участю в загальній складності 2942 пацієнтів. Встановлено, що прегабалін забезпечує значиме покращення по шкалі тривоги Гамільтона вже в першу неділю терапії. Анксиолітичний ефект прегабаліну в дозі 300-600 мг/сут порівнянне з ефектом лоразепаму (6 мг/сут) або алпразоламу (1,5 мг/сут).

Професор поділився своїм досвідом застосування прегабаліну в лікуванні ГТР і дав поради лікарям, відзначив, що спеціально не оцінював ефективність препарату в відношенні болю. Прегабалін призначався по стандартній схемі наранішнього прийому: 2-3 рази по 75 мг на ніч, потім по 150 мг/сут в два прийоми – на ніч і в обід. Терапевтична доза складала 300 або 600 мг в два прийоми (по 150 мг по 300 мг на один прийом). Різниця в ефективності доз 300 і 450 мг не виявлено. Якщо перший відповідь отримано на дозу 150 мг, при необхідності її можна підвищити. Якщо пацієнт відповідав на дозу 300 мг, далішнє підвищення дози не посилювало ефекту. Прегабалін потенціює дію препаратів з гіпнотичним ефектом, тому його можна рекомендувати для лікування пацієнтів з інсомнією, а також для безпечної відміни бензодіазепінів і снодійних препаратів Z-групи (наприклад, зопіклону). В практиці О.С. Чабана прегабалін успішно комбінувався з антидепресантами (агомелатином, СІОЗС). Докладчик відзначив швидкий анксиолітичний ефект прегабаліну (в перші дні), його безпеку при тривалій терапії, і особливо у пацієнтів старшого віку (є досвід застосування у пацієнтів в віці 70-80 років). Прегабалін достатньо ефективний як монотерапія, не перешкоджає психотерапевтичному процесу, викликає високу ступінь довіри у пацієнтів, по даним опитування з умовним вибором анксиолітиків і антидепресантів.

Стаття надрукована при підтримці Представництва Файзер Ейч Си Пи Корпорації в Україні.

Підготував **Дмитрий Молчанов**

