

КОМИТЕТ ПО ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ АСПЕКТАМ БОЛИ



Калинский Павел Павлович

д. м. н., руководитель комитета, профессор кафедры психиатрии и неврологии Тихоокеанского государственного медицинского университета, Владивосток

Еще в XIX веке хирург Наполеона сказал: «Раны у победителей заживают быстрее, чем у побежденных». Это действительно так? Если да, то почему? Вы задумывались над этим вопросом? И насколько важна оценка психологического состояния человека, испытывающего боль? Для изучения данных вопросов в 2018 году в РОИБ создан Комитет по психологическим аспектам боли. А что же такое боль? Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), «Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения».

А как это происходит? Организм получает сигнал о неблагополучии, опасности. Боль, как и страх, вызывает ответную реакцию — обороняться (бороться) или спастись бегством. Боль — это информация, которая воспринимается человеком после того, как болевые импульсы попадают в чувствительную зону головного мозга. И только на первый взгляд кажется, что боль — это простой сигнал тревоги. Современная точка зрения гораздо сложнее. Сенсорные импульсы от отдаленных нервных окончаний

интегрируются с воспоминаниями, ожиданиями, эмоциями, мыслями, визуальными, аудиальными, кинестетическими образами, что обеспечивает полноту восприятия. Таким образом, целостное восприятие боли зависит от эмоционального состояния и мыслительного процесса, координированных с идущими из очага повреждения болевыми сигналами.

В настоящее время для изучения острых и хронических болевых синдромов используются две гипотетические модели (Ehde D. M., 2014). Первая — биологическая модель — рассматривает боль как ощущение, в основе которого лежит повреждение ткани или органа, и является полезной для понимания механизмов острой боли. Можно сказать, материалистическое понимание проблемы. В то же время эта модель оказывается недостаточной для объяснения происхождения и течения хронических болевых состояний. Например, остаются неясными вопросы: «Почему у двух пациентов с одинаковой локализацией и степенью повреждения тканей ощущение интенсивности боли и способность переносить ее существенно различаются?» Даже у одного и того же человека реакция на болевой раздражитель может меняться с течением времени.

Целостное восприятие боли зависит от эмоционального состояния и мыслительного процесса, координированных с идущими из очага повреждения болевыми сигналами

Вторая модель — когнитивно-поведенческая, согласно которой боль представляет собой не просто ощущение, а комплекс мультимодальных переживаний. Так, значительное влияние на характер болевого поведения у пациентов с хроническими болевыми синдромами оказывают когнитивные факторы, такие как отношение к своей болезни, готовность к «борьбе», надежда на исцеление или, напротив, отсутствие веры в излечение (Hansen G. R., Streltzer J., 2005). Часто пациенты с хронической болью, имеющие негативные пессимистические ожидания в отношении своей болезни, убеждены в собственной беспомощности, не способны справиться со своей болью и контролировать себя. Такой тип когнитивной оценки может надолго «зафиксировать» болевую проблему, а также привести к пассивному образу жизни и серьезной психосоциальной дезадаптации пациента (Esteve R. et al., 2018). Кроме того, доказано, что когнитивные процессы могут оказывать непосредственное влияние на физиологию боли, вызывая повышение чувствительности болевых рецепторов, снижение активности антиноцицептивных систем, а также активацию вегетативных механизмов (Rogachov A. et al., 2016; Вейн А. М., 1996).

От чего же зависит целостное восприятие боли? На первое место я бы поставил личностные особенности. На протяжении многих лет в литературе ведется дискуссия о роли личности в развитии и течении болевых синдромов. Структура личности, которая формируется с детства, обусловлена генетически и внешнесредовыми факторами, прежде всего культуральными и социальными, является в основном стабильной характеристикой, присущей каждому индивидууму. Именно особенности личности определяют реакцию человека на боль и его болевое поведение, способность переносить болевые стимулы, спектр эмоциональных ощущений в ответ на боль и способы ее преодоления. Обнаружена достоверная корреляция между переносимостью боли (болевым порогом) и такими чертами личности, как интра- и экстравертированность и невротизация (невротизм) (Park M. S. et al., 2014; Kadimpati S. et al., 2015). Экстраверты во время болевых ощущений более ярко выражают свои эмоции и способны игнорировать болевые сенсорные воздействия. В то же время невротичные и интравертированные (замкнутые) индивидуумы «страдают в тишине» и оказываются более чувствительными к любым болевым раздражителям. Кроме

того, люди, обладающие оптимистическим взглядом на жизнь, отличаются большей толерантностью к боли, чем пессимисты (Bostick G. P. et al., 2017). В одном из крупнейших исследований в этой области было показано, что для пациентов с хроническими болевыми синдромами характерны не только ипохондрические, демонстративные и депрессивные черты личности, но и зависимые, пассивно-агрессивные и мазохистские проявления (Shapiro B., 2003).

К развитию хронического болевого синдрома также предрасполагают семейные, социально-экономические и культуральные факторы, пережитые в прошлом жизненные события. Так, в «болевым семьях» в нескольких поколениях может формироваться специфическая модель реагирования на боль (Noel M. et al., 2016). Показано, что у детей, родители которых часто жаловались на боль, чаще, чем в «неболевым» семьях, возникали различные болевые эпизоды (Palermo T. M., Valrie C. R., Karlson C. W., 2014). Кроме того, дети, как правило, перенимали болевое поведение своих родителей. Доказано, что в семье, где один из супругов проявляет излишнюю заботу, вероятность возникновения у второго супруга болевых жалоб значимо выше, чем в обычных семьях (Polenick C. A., Brooks J. M., Birditt K. S., 2017). Все эти факты подтверждают важную роль семейных, культуральных и социальных факторов в развитии хронических болевых синдромов. Большую роль в особенностях реагирования пациентов на боль играет наличие эмоциональных нарушений, из которых наиболее часто встречается тревога. При изучении взаимоотношения между личностной тревожностью и степенью боли, возникающей в послеоперационном периоде, оказалось, что наиболее выраженные болевые ощущения после перенесенной

операции наблюдались у тех пациентов, которые имели максимальные показатели личностной тревожности в предоперационном периоде (Raichle K. A. et al., 2015). Тревога ожидания часто вызывает объективное повышение болевой чувствительности, эмоциональной напряженности и увеличения частоты сердечных сокращений (ЧСС). А как вы или ваши знакомые чувствовали себя в кабинете перед взятием анализа крови? Медицинская сестра берет ваш безымянный палец, протирает его салфеткой, ищет скарификатор, вновь протирает палец спиртом, в это время секунды кажутся вечностью и человек ожидает болезненного прокола. Некоторым пациентам становится плохо, у других обморок, кто-то пытается не показывать болезненных ощущений, но ЧСС и мышечное напряжение увеличиваются, вряд ли у кого-то остаются приятные воспоминания от данной процедуры. Известно также, что тревожные мысли «вокруг» собственно боли и ее очага повышают болевую перцепцию, в то время как тревога по любому другому поводу оказывает обратный, облегчающий, эффект на боль (Bailey K. M. et al., 2010; Dehghani M. et al., 2003). А это приводит к тому, что высокая тревожность пациента отрицательно влияет на выбор им стратегий преодоления боли. В этом случае когнитивно-поведенческие методики оказываются более эффективными (Waters S. J., McKee D. C., Keefe F. J., 2007).

Особенностями личности и внешними факторами определяется и «болевое поведение», которое включает в себя многообразие поведенческих реакций, возникающих у человека в период острой или хронической боли. «Болевое поведение» состоит из вербальных (высказывание жалоб, восклицания, вздохи, стоны) и невербальных реакций (гримаса боли, ан-

талгическая поза, прикосновения к болевой области, ограничение физической активности, прием лекарств) (Hansen G. R., Streltzer J., 2005). Болевое поведение может иметь негативное влияние на пациента с хронической болью в основном за счет двух механизмов: подкрепления (поддержки извне) и прямого влияния на дезадаптацию пациента (Broderick J. E. et al., 2016). Боль и депрессия. У 30–40% пациентов с хроническими болевыми синдромами диагностируется депрессия, так называемый синдром «боль — депрессия» (Stubbs B. et al., 2017). А имеющаяся у пациента депрессия, как правило, рано или поздно приведет к возникновению того или иного болевого синдрома «депрессия — боль» (Rusu A. C., Santos R., Pincus T., 2016). При существовании различных взглядов на тесную связь боли и депрессии наиболее признаны представле-

ния об общих нейрохимических механизмах этих двух феноменов (Han C., Pae C. U., 2015). Показано также, что при депрессии облегчается сенсорная передача боли из-за соматического фокусирования — повышенного внимания к болевой зоне (Cioffi I. et al., 2016). Депрессивное состояние обуславливает специфическое болевое поведение пациента с хронической болью и приводит к существенному ограничению выбора стратегий преодоления боли, из которых наиболее часто встречается катастрофизация. В результате пациенты начинают воспринимать боль как состояние, угрожающее их здоровью или даже жизни, и становятся еще более депрессивными. В конечном итоге они теряют веру в возможность преодоления болевой проблемы и надежду на излечение, рассматривают свое будущее как мрачное и безнадежное и полно-

Перед комитетом стоят задачи образовательного характера по повышению уровня знаний о психологических факторах боли, оценки степени имеющихся эмоционально-личностных нарушений, популяризации эффективных методов психотерапии и фармакотерапии болевых синдромов

стью отказываются от борьбы. У пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами и депрессией, как правило, нарушается социальная и профессиональная адаптация, а качество жизни оказывается существенно сниженным. Хорошо известно, что у таких больных наиболее эффективна психотерапия и лечение антидепрессантами, а не монотерапия анальгетиками. К сожалению, до настоящего времени недостаточно применения антидепрессантов при лечении хронической боли. Это связано и со страхом пациента перед приемом препаратов данной группы, и с недостатком опыта части специалистов в вопросе медикаментозной коррекции болевых синдромов.

Как же справиться с психологической составляющей боли? Стратегиям преодоления боли посвящено много специальных исследований. Совокупность когнитивных и поведенческих приемов, используемых пациентами с хроническими болевыми синдромами, для того чтобы справиться с болью, уменьшить ее интенсивность или смириться с ней, получили название стратегий преодоления боли, или копинг-стратегий (coping strategies, от англ. to cope — справляться). Особое значение приобретают стратегии преодоления при хронической боли (Higgins N. C. et al., 2015). Доказана значимая взаимосвязь между видом используемых стратегий преодоления и такими параметрами, как интенсивность боли, общее физическое самочувствие, степень активности и работоспособности, уровень психологического дискомфорта (Рябус М. В., 1998). Пациенты, которые активно используют несколько стратегий, имеют достоверно более низкий уровень боли и в целом легче переносят ее. Доказано, что обучение использованию более совершенных стратегий позволяет улучшить психологи-

ческий контроль болевых ощущений, повысить физическую активность и качество жизни пациентов (Litt M. D., Tennen H., 2015). С этой целью используются различные когнитивно-поведенческие методики, такие как психологическая релаксация, биологическая обратная связь, упражнения с воображаемыми образами и медикаментозная коррекция.

Таким образом, психологические факторы определяют предрасположенность индивидуума к развитию болевых синдромов, оказывают существенное влияние на болевое поведение и выбор стратегий преодоления боли, играют ведущую роль в трансформации эпизодических болей в хронические, а также в значительной степени определяют перспективы лечения и прогноз. При лечении болевых синдромов, особенно имеющих хроническое течение, необходимо принимать во внимание целый ряд когнитивно-поведенческих аспектов и наравне с лекарственными препаратами включать в терапевтические схемы специфические методики, такие как психологическая релаксация и аутотренинг, биологическая обратная связь, обучение более прогрессивным стратегиям преодоления боли. А при сочетании боли и депрессии использовать антидепрессанты лучше из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). Один из наиболее эффективных и доступных препаратов этой группы на нашем рынке — Дулоксента. Механизм его действия заключается в подавлении обратного захвата серотонина и норадреналина. Данный препарат обладает центральным механизмом подавления болевого синдрома, что в первую очередь проявляется повышением порога болевой чувствительности при болевом синдроме невропатической этиологии. Мы часто в своей прак-

тике применяем этот препарат для купирования болевых и тревожно-депрессивных расстройств и убедились в его высокой эффективности. А на своих лекциях я иногда позволяю небольшое лирическое отступление и говорю: «Если у пациента болевой и тревожно-депрессивный синдром, назначьте эффективный антидепрессант и проводите психотерапию. Если вам безразлично состояние пациента, помогите его родственникам — назначьте эффективный антидепрессант и проводите психотерапию. Если вам безразличен пациент и его родственники, пожалейте себя — назначьте пациенту эффективный антидепрессант».

Учитывая вышеизложенное, перед комитетом стоят задачи образовательного характера по повышению уровня знаний о психологических факторах боли, оценки степени имеющихся эмоционально-личностных нарушений, популяризации эффективных методов психотерапии и фармакотерапии болевых синдромов. Для реализации этих задач проводятся тематические усовершенствования по системе НМО: «Психология боли, методы медикаментозной и немедикаментозной коррекции», а также информация докладывается на научно-практических конференциях.

