

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ

Алешкина М.В., Рытова А.Ю.

В данной статье рассматриваются взаимосвязи тревожности и восприятия боли пациентами с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации. Актуальность исследования обоснована широким распространением проблемы - почти каждый человек в своей жизни испытывал боль в пояснице. В статье описаны варианты болевых синдромов, отражены факторы, которые могут привести к хронизации болевого синдрома. Описаны теории страха ожидания боли и катастрофизации. Приведены результаты изучения частоты встречаемости тревожных расстройств у пациентов с болями в спине. Изучены взаимосвязи тревоги и болевого синдрома. Полученные результаты показали что существует прямая корреляция между субъективной оценкой болевых ощущений и тревожными нарушениями. Проведенное исследование позволяет сделать выводы о необходимости проведения комплексных терапевтических мероприятий, направленных не только на устранение болевого синдрома, но и способствующих нормализации психологического состояния пациента.

Ключевые слова: тревожные расстройства, боли в спине, хроническая боль

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND SUBJECTIVE PERCEPTION OF PAIN FEELINGS

Aleshkina M.V., Rytova A.Yu.

This article has an interrelationship between anxiety and pain perception in patients with lumbosacral pain syndromes. The relevance of the study is justified by the wide distribution of problems - almost every person in his life experienced back pain. The article offers options for pain syndromes, reflecting factors that may lead to chronic pain syndrome. Theories of fear of expectation of pain and catastrophisation are described. The results of studying the frequency of occurrence of anxiety disorders in patients with back pain are presented. The relationship of anxiety and pain syndrome has been studied. The results showed that there is a direct correlation between the subjective assessment of pain and anxiety disorders. The study allows to draw conclusions about the need for complex therapeutic measures aimed not only at eliminating pain, but also at contributing to the normalization of the psychological state of the patient.

Keywords: anxiety disorders, low back pain, chronic pain

Введение

Страх боли - это нормальная человеческая реакция с мощными эволюционными преимуществами. Мы созданы для самосохранения, поэтому создание боли, которую «трудно забыть», имеет важный смысл, поскольку помогло нам избежать потенциально опасных и вредных угроз. Когда мы реагируем на боль непропорциональным страхом и интерпретируем ее как «неправильную или опасную», мы запускаем эмоциональную цепную реакцию, которая иногда может привести к эффекту «снежного кома».

Сам страх состоит из неприятных ощущений и может усиливать боль. Мы сосредотачиваемся не только на избавлении от боли, но также и на дополнительном источнике боли - то есть страхе. Оказывается, страх боли часто может стать самой неприятной частью болезненного переживания. Когда мы оцениваем физическое ощущение как таковое, оно является не чем иным, как болью, и чаще всего ее можно терпеть. Однако,

когда мы вносим элемент страха, он становится чем-то гораздо более угрожающим в нашем сознании, чем-то, что представляет опасность для нашего существования. Существует значительная изменчивость в том, как субъекты воспринимают боль, и эти различия коррелируют со степенью страха и тревоги каждого человека по поводу боли. Каждый испытывает боль в какой-то момент жизни, но для тех, кто страдает от депрессии или тревоги, боль может стать особенно интенсивной и трудно поддающейся лечению. Например, люди, страдающие от депрессии, как правило, испытывают более сильную и продолжительную боль, чем другие. Взаимосвязь тревожности, депрессии и боли особенно заметно при хронических и инвалидизирующих болевых синдромах, таких как фибромиалгия, синдром раздраженного кишечника, боли в пояснице, головные боли. При этом психические расстройства не только способствуют усилению боли, но и повышают риск инвалидности.

Почти каждый человек в какой-то момент своей жизни испытывал боль в пояснице (дорсалгия). Мужчины и женщины в равной степени страдают от боли в пояснице, которая может варьироваться от тупой, постоянной боли до внезапного резкого ощущения. Боль может начаться внезапно в результате физической перегрузки (например, поднятие тяжестей) или развивается со временем из-за возрастных изменений позвоночника [8]. Чаще всего боль в пояснице является острой или краткосрочной, и длится от нескольких дней до 4 недель. Такая боль может пройти самостоятельно, и многие люди с острой болью не посещают врача, предпочитая самолечение. Другая ситуация, если развивается подострая боль в пояснице, длящаяся от 4 до 12 недель – она может пройти в результате грамотного лечения или перейти в хроническую. Хроническая боль в спине – это боль, которая сохраняется в течение 12 недель и дольше. У 20% людей с острыми болями в спине в течение одного года развивается хроническая боль в пояснице с постоянными симптомами [9]. В некоторых случаях лечение успешно снимает хронические боли, но часто боль сохраняется и/или имеет тенденцию к рецидивированию. Болевые синдромы связаны с целым рядом психологических и физических факторов, хотя вклад многих из них в интенсивность и длительность переживания боли изучен не до конца [1]. Доказано, что ранее существовавшие психологические проблемы, в основном тревожно-депрессивного круга, могут влиять на восприятие тяжести боли. В последние годы распространенность пограничной психической патологии значительно увеличилась практически во всех возрастных и социальных группах населения [7]. В свою очередь, боль, которая становится хронической, также может способствовать развитию психической дезадаптации.

В настоящее время существует модель, показывающая, что страх ожидания возникновения боли, усиливает общую тревожность пациента и ведет к преувеличенному

восприятию возникшего или существующего болевого синдрома. Из-за страха ожидания боли некоторые пациенты стараются избегать социальной и физической активности, что несомненно вызывает значительную дезадаптацию [4]. Согласно этой теории, хроническая боль может привести к катастрофическому мышлению с еще большим увеличением страха и физического бессилия, способствующего возникновению психических расстройств и суицидального поведения [3]. Интересна роль катастрофизации как посредника в отношениях между болью и инвалидностью у пациентов с хронической болью в спине. Катастрофизация определяется как преувеличенная отрицательная интерпретация боли, которая может возникать во время фактического или ожидаемого болевого ощущения. Опираясь на полученные данные, разрабатываются рекомендации для врачей клиницистов. Они говорят о том, что люди с хронической болью в спине, даже если они имеют регулярную физическую активность, требуют специального психологического консультирования или поддержки в отношении негативного восприятия боли.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости тревожных расстройств у пациентов с болями в спине, а также изучение взаимосвязей тревоги и болевого синдрома.

Материалы и методы

В нашем исследовании приняли участие 34 пациента с болевыми синдромами в пояснице. Было обследовано 19 женщин и 15 мужчин (средний возраст $44,6 \pm 9,6$ лет), у которых на момент обследования присутствовали боли в пояснице различной степени тяжести. Половой и возрастной состав обследованных, соответствовал данным о гендерном и возрастном составе пациентов с болями пояснично-крестцовой локализации, приведенными в литературе [6].

Пациенты проводили самооценку боли в пояснице, используя для измерения текущей интенсивности боли шкалу ВАШ, для которой доказано, что она имеет хорошую достоверность и надежность. Самооценка человека является наиболее надежной мерой боли. Некоторые медицинские работники могут недооценивать тяжесть боли. Чтобы оценить интенсивность, пациенту может быть предложено определить выраженность боли по шкале от 0 до 10, где 0 - отсутствие боли вообще, а 10 - самая сильная боль, которую они когда-либо испытывали.

Оценивалось субъективное восприятие пациентом своей тревожности как черты характера. Также проводилась оценка тревоги с использованием шкалы Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), которая позволила выявить и четко дифференцировать как конституциональную тревожность (личностную - ЛТ), так и клинически выраженную ситуативную тревогу (реактивную - РТ). Оценки варьировались от 20 до 80, где 20-30

баллов – низкая тревожность, 31-45 баллов – умеренная, более 46 баллов – высокая. Математическая обработка осуществлялась с применением пакета статистического анализа данных PSPP.

Результаты и обсуждение

У пациентов с болями в спине показатель реактивной тревожности (медиана и интерквартильный размах) составил 44,0 балла (от 36,0 до 49,0 баллов), показатель личностной тревожности (медиана и интерквартильный размах) – 48,0 баллов (от 43,0 до 52,0 баллов). Тревожные расстройства уступают только депрессии в психопатологической сопутствующей патологии у пациентов с хронической болью [4, 5]. Клиническая выраженная тревога приводит к увеличению интенсивности и продолжению ощущений страха, которые мешают нормальному функционированию. Считается, что тревожность является важным посредником в когнитивных конструкциях катастрофизации, повышенной настороженности и избегания страха при обострении болевых ощущений.

Катастрофизация - это «остановка на худших из возможных результатов». Это явление связано с более высокой инвалидностью и выраженностью боли и является важной когнитивной мерой и прогностическим показателем у пациентов с хронической болью.

Повышенная настороженность при боли - это повышенное внимание к боли и снижение способности отвлекать себя от связанных с болью раздражителей.

Избегание страха - это избегание движения или деятельности, основанное на страхе перед болью или повторной травмой. Это особенно контрпродуктивно для физической реабилитации и называется кинезофобия.

При изучении показателей тревожности по тесту Спилбергера-Ханина, мы различали реактивную (ситуативную) тревожность, то есть тревогу, как состояние, возникающее под воздействием текущего психологического стресса, и личностную тревожность, то есть тревогу как черту личности. Уровень личностной тревожности у пациентов с болями в спине был статистически значимо выше уровня реактивной тревожности ($p < 0,001$). Предположительно, особенностью личности пациентов с болевыми синдромами является изначальное присутствие тревожности как черты характера. У женщин с болями в спине показатели реактивной и личностной тревожности, значительно превышают соответствующие показатели у мужчин ($p < 0,05$). В группе пациентов, оценивающих болевой синдром как сильнейший показатели личностной тревожности были статистически значимо выше, чем у пациентов с умеренными и сильными болями. Таким образом, подтверждена взаимосвязь тревожности у пациентов с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации, что соответствует данным литературы [2, 5].

Болевые ощущения у обследованных пациентов с болями связаны также с чрезмерным напряжением в мышцах спины. С другой стороны постоянное мышечное напряжение является одним из частых симптомов тревожных расстройств. Организм, реагируя на стресс заставляет мышцы сокращаться (напрягаться). Напряженные мышцы делают тело более устойчивым. К сожалению, когда стресс вызван тревожностью, а не реальной физической угрозой, напряженные мышцы становятся дезадаптирующим фактором. Когда стрессовые реакции возникают нечасто, организм может относительно быстро восстановиться от физиологических, психологических и эмоциональных изменений, вызванных стрессом (реактивная тревожность). Но когда у человека присутствует постоянная повышенная тревожность (личностная), организму труднее восстанавливаться, что может привести к тому, что мышцы остаются в гиперстимулированном состоянии. Тело, которое стало гиперстимулированным, может испытывать постоянную готовность к стрессовой реакции, которая в этом случае может вызывать постоянное мышечное напряжение и связанные с ним последствия, такие как мышечные боли. В зависимости от длительности существования повышенной тревожности усиливаются, и сохраняются болевые ощущения.

Увеличение интенсивности боли является фактором риска развития хронической боли. Поэтому лечение острой боли жизненно важно для предотвращения хронического заболевания. В соответствии с целями исследования мы изучили влияние тревожных нарушений на интенсивность болевого синдрома у обследованных пациентов. Пациенты с низкой личностной тревожностью чаще оценивали болевой синдром как умеренный (66,7%, $p < 0,01$). А больные с высокой личностной тревожностью чаще считали боль сильной или сильнейшей (61,9% и 9,4%, $p < 0,05$). Таким образом, уровень личностной тревожности оказывал существенное влияние на субъективную оценку пациентами интенсивности болевых ощущений. Полученные нами данные, подтверждают, что:

1. Повышенная тревожность играет важную роль в обострении восприятия боли во всех клинических ситуациях.
2. Тревога может возникать в результате хронической боли и нуждается в лечении для улучшения показателей результата и качества жизни.
3. Тревога негативно влияет на мысли и поведение, что мешает реабилитации.
4. Тревога влияет на длительность существования болевых ощущений и должна учитываться при разработке тактики лечения.

Выводы

Результаты исследования тревожности у пациентов с болевыми синдромами в спине показали, что у большинства обследованных были диагностированы высокие уровни

реактивной и личностной тревожности, с преобладанием повышенной тревожности как характерной особенности личности. Степень выраженности психологических нарушений у женщин была выше, чем у мужчин. Психологические нарушения были связаны с длительностью и интенсивностью болевого синдрома. Была установлена прямая корреляция между субъективной оценкой болевых ощущений и тревожными нарушениями. В результате проведенного исследования было установлено, что психологическое состояние больных оказывает существенное влияние на субъективное восприятие пациентами болевых ощущений. С другой стороны мы показали, что боль также влияет на психологическое состояние пациентов, проявляющееся в увеличении степени психологической дезадаптации при увеличении интенсивности боли. Акцент на боль может замаскировать выявление клиницистом и осознание пациентом наличия психического расстройства.

Таким образом, выявление психических нарушений при болевых синдромах чрезвычайно актуально из-за огромного влияния на тактику лечения и прогнозирование выздоровления. Как правило, лечение сопряжено с трудностями, когда боль пересекается с тревогой или депрессией. Так как боль является одним из наиболее распространенных симптомов, при которых пациенты обращаются за медицинской помощью, симптомы тревоги важны для рассмотрения не только в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и неврологических стационарах, но также в больницах общего профиля, где проходят лечение пациенты с болевыми синдромами различной этиологии. Просвещение пациентов о роли тревожности при боли имеет первостепенное значение, но осознание этих проблем медицинскими работниками во всех дисциплинах является предшествующим и необходимым шагом для качественного ведения пациентов.

Литература

1. Касимова Л.Н., Святогор М.В. Распространенность и клиническая характеристика психогенных болевых расстройств // Клинические и теоретические аспекты острой и хронической боли: тезисы докладов Российской научно-практической конференции с международным участием (Нижний Новгород, 28-30 мая, 2003 г.) – Н.Новгород, 2003. – С. 44-46.
2. Касимова Л.Н., Густов А.В., Святогор М.В. Аффективные расстройства у больных с хронической дорсалгией // Нижегородский медицинский журнал. – 2006. – №6. – С.189-191.
3. Касимова Л.Н., Втюрина М.В., Святогор М.В. Показатели попыток самоотравлений по данным токсикологического центра Нижнего Новгорода за период с 2006 по 2010 годы // Медицинский альманах. – 2013. – № 1 (25). – С. 176-179.

4. Святогор М.В. Синдромы тревожных расстройств у пациентов с болями в спине // Вестник РГМУ, №2 Материалы Всероссийской конференции студентов и молодых ученых «Пироговские чтения», Москва, 2008г. – С.89
5. Святогор М.В. Структура и распространенность тревожных и депрессивных расстройств у больных с хронической дорсалгией // Современное решение актуальных научных проблем в медицине: сб.ст./ под ред. проф. Б.Е.Шахова.- Н.Новгород. – 2007. – С.22-29
6. Святогор М.В. Нервно-психические расстройства у больных с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации их динамика при восстановительной терапии : дис.... канд. мед. наук. – Иваново. 2007. – 194 с.
7. Смиренский Е.А., Святогор М.В., Втюрина М.В. Психическое здоровье различных социальных групп населения г. Нижнего Новгорода // Медицинский альманах. – 2015. – № 4 (39). – С. 186-189.
8. Свиридова Н. К. Боль в нижней части спины // Междунар. неврол. журн. – 2016. – №5. – С. 130-132.
9. Шостак Н.А., Правдюк Н.Г. Боль в спине и коморбидность -диагностика, лечебная тактика // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2016. – №3-4. – С. 44-50.

Алешкина Мария Владимировна, ординатор 1 года кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», email: masha29041994@gmail.com

Рытова Анна Юрьевна, студентка 6 курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», кафедра психиатрии и медицинской психологии, e-mail: Moony.Mo8@yandex.ru