

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, СВЯЗАННОЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ф.В. Орлов

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,
Республиканский психотерапевтический центр, г. Чебоксары*

Сочетание головной боли (ГБ) с психопатологической симптоматикой, как правило, обуславливает многообразие клинических проявлений цефалгии [14, 16]. ГБ при психических расстройствах (ПР) нелегко поддается идентификации из-за неопределенности границ, неоднородности, отсутствия четкой клинической формы ГБ [11]. Сохраняющаяся в современной психиатрии тенденция недифференцированного рассмотрения ГБ в структуре ПР не удовлетворяет практическим требованиям врачей. Специалистами психиатрического профиля часто ГБ у лиц с ПР расценивается как психогенная или рассматривается в составе соматовегетативного, тревожного синдрома [4, 6]. ГБ на фоне депрессивных расстройств может расцениваться как соматизация аффекта, при шизофрении - вероятнее всего, как сенестопатия. Нередко ГБ может быть квалифицирована как одно из проявлений соматоформного расстройства [3, 18]. Между тем возникает необходимость оценки цефалгии при ПР [7, 15, 16], что является необходимым условием для выбора рациональной терапии [1, 5]. Лишь в Международной классификации головных болей 2-го издания (2003) были выделены формы головной боли, вызванной психическими расстройствами [8]. В связи с этим определение структуры заболевания, нозологической квалификации ПР и установления вида ГБ, ее особенностей приобретает особое значение. Не менее важно разработать подходы направленной, дифференцированной терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей ГБ, связанной с психическим расстройством, и разработка лечебных мероприятий. Обследован 181 больной (50 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 18 до 59 лет (средний – 36,2 ± 12,3 года), находившийся на лечении в Республиканском психоневрологическом диспансере г. Чебоксары, с ГБ в структуре ПР.

Критерием отбора больных для исследования явилось сочетание жалоб на ГБ с наличием признаков ПР. Отбирались формы цефалгий без острой боли; ГБ на момент обращения к врачу не носила пульсирующего характера. Клиническая оценка характера ГБ и ПР проводилась в соответствии с МКБ-10. Анализ клинических особенностей цефалгического синдрома проводился в рамках невротических (НР), шизотипических расстройств (ШР), хронических аффективных расстройств и легкого депрессивного эпизода (ХАР), ПР вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома (ДГМ). Из исследования исключались больные с большим депрессивным эпизодом, биполярным аффективным расстройством, шизофренией, выраженным органическим поражением ЦНС. В исследовании применялся комплекс методов: клинко-психопатологический, экспериментально-психологический. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью корреляционного и однофакторного дисперсионного анализа.

При НР цефалгия возникала на фоне имеющегося психологического конфликта и проявлялась болью давящего характера ($p < 0,001$), умеренной интенсивности ($p < 0,03$), не усиливалась при обычной физической нагрузке ($p < 0,001$). ГБ, как правило, обуславливалась наличием тревожности и депрессии. Обнаруживалась связь с конверсионными, соматическими расстройствами (миофасциальным синдромом, цервикалгией), нарушениями сна. В случаях длительного течения заболевания эпизоды ГБ появлялись чаще, становились продолжительными. При них больные обычно принимали анальгетики. На начальных этапах НР (с длительностью до одного года) существовала временная связь между психогенией и развитием болевого синдрома. При продолжающемся психологическом конфликте и длительно существующем НР (больше года) цефалгия возникала спонтанно без видимых причин, приобретала психалгический характер.

ГБ в структуре ШР манифестировала на начальном этапе развития ПР без видимых внешних воздействий. В этой группе ГБ была слабовыраженной ($p < 0,001$), в виде неприятных ощущений ($p < 0,01$), труднолокализуемой, не беспокоила при физической деятельности ($p < 0,001$). Для больных ШР оказалось нехарактерным сочетание ГБ с миофасциальными и болевыми синдромами другой

локализации. ГБ проявлялась сенесталгией с последующей трансформацией в сенестопатию. При сенесталгии выявлялись характеристики ГБ определенного вида, в то время как при сенестопатии ГБ была психалгической и недифференцированной. Существовала достоверная связь с тревогой, которая присутствовала практически постоянно ($p < 0,001$). Больных отличало наличие патохарактерологического симптомокомплекса в виде замкнутости, апатичности, сужения круга интересов и эмоционального обеднения. При нарастании астенических и психопатоподобных изменений личности у больных ШР ГБ беспокоила редко.

При ХАР пониженное настроение больных связывалось с ГБ, происходило смещение аффекта на ГБ. В этой группе наряду с ГБ встречались другие болевые синдромы (кардиалгия, абдоминалгия) ($p < 0,03$). Обнаруживалась связь ГБ с постоянно присутствующей тревожностью. Депрессивные расстройства характеризовались полиморфной ГБ с непостоянной локализацией. Боль высокой интенсивности носила давящий характер ($p < 0,001$), в других случаях ГБ была в виде тяжести, диффузной ($p < 0,001$). Ее усиление наблюдалось в связи с интеллектуальной нагрузкой. Продолжительность эпизода ГБ коррелировала с астенической симптоматикой. На частоту эпизодов ГБ влияли конфликты в семье. Длительное течение ГБ сопровождалось нарушением сна, отмечалось преимущественное появление утренних болей. В этой группе представленность ГБ и собственно депрессии в динамике отдельного эпизода, а также в течение болезни менялась. Возникновение ГБ было связано с началом депрессивного эпизода и в ряде случаев его завершением. При углублении депрессии ГБ больных не беспокоила. Возникшая в начале депрессивного расстройства ГБ была психалгической, недифференцированной. На выходе из депрессивного состояния ГБ приобретала характер сосудистой или мышечной цефалгии.

У больных с ДГМ ГБ отличалась выраженной интенсивностью ($p < 0,001$), была метеозависимой, имела тупой характер, с приступами пульсирующей боли ($p < 0,001$). На фоне диффузной боли определялась область ее повышенной интенсивности. Нарушения в психоэмоциональной сфере, так же как и церебралгическая симптоматика, обнаруживали метеозависимость. Выявлялась достоверная связь ГБ с наличием психогенно или соматогенно обуслов-

ленной тревоги ($p < 0,03$), депрессией ($p < 0,001$). У больных с длительностью заболевания до пяти лет, сопровождающегося невротоподобной симптоматикой, клинические характеристики ГБ были достаточно очерчены в рамках того или иного нозологического варианта ГБ (ГБ, обусловленной сосудистыми расстройствами, заболеванием шеи и т. д.). У больных с длительностью заболевания более пяти лет, имевших психопатоподобную или энцефалопатическую симптоматику, ГБ, несмотря на преобладание психалгического компонента, не имела четкой клинической формы.

Выявление клинических особенностей ГБ и определение ее видов является одним из важных этапов в многоступенчатой диагностике, что учитывалось при разработке подходов к лечению. В оказании помощи больным с ГБ в структуре ПР отдавали предпочтение комбинированию психотерапии с немедикаментозными методами лечения (психотерапией, мануальной терапией). Мануальная терапия проводилась всем больным с ГБ. Ее роль на различных этапах и в разных группах больных была неодинаковой.

Лечение проводилось в три этапа. Поскольку действие психотропных средств наступало через определенное время, а собственно цефалгическая симптоматика затрудняла психотерапевтическую работу в начале лечения, на первом этапе (симптоматического лечения) применялись преимущественно немедикаментозные методы. С учетом рассмотрения боли как многокомпонентного феномена, лечебные воздействия были направлены на ее соматические и психические составляющие. Лечение, как правило, начиналось с мануальной терапии в области головы и шеи в соответствии с ожиданиями больного, рассматривающего ГБ как соматическое заболевание и интерпретирующего свои ощущения только как болевые. С помощью массажа, релаксационных и мобилизационных приемов мануальной терапии, положительный эффект которых начинал проявляться уже в течение 2-3 сеансов, интенсивность ГБ уменьшалась, больной успокаивался. Уменьшение ГБ под воздействием мануальной терапии создавало условия для проведения психотерапии. Больному разъяснялись механизмы взаимосвязи ГБ с ПР, психологическими факторами, проводилась психологическая подготовка к началу психотерапии.

На втором этапе (патогенетическом) релаксирующий и аналгезирующий эффекты мануальной терапии закреплялись использованием релаксационных, суггестивных, поведенческих методик психотерапии. Проводилась терапия, направленная на восстановление нарушенных отношений пациента, адаптацию в семье и на работе, развитие адекватных форм психологической защиты, а также фармакотерапия.

На третьем этапе (профилактическом) проводилось поддерживающее лечение с использованием психотерапевтических методик и методов мануальной терапии с самостоятельным выполнением большими приемами физической и психической релаксации.

В группе НР наиболее адекватным методом лечения оказалась психотерапия, ориентированная на осознание больным связи между его личностными особенностями и развитием заболевания. Особое внимание в психотерапевтической работе уделялось устранению возможных конфликтов, предупреждению стрессовых ситуаций. Выбор и назначение психотропных средств (транквилизаторов, антидепрессантов), длительность их применения определялись структурой, выраженностью и курабельностью НР. При невротической ГБ, в развитии которой ведущую роль играет дисфункция мышц (ГБ напряжения, цервикогенная ГБ), для успешного лечения в комплекс лечебных мероприятий включали мануальную терапию, направленную на устранение дисфункции мускулатуры, болезненных мышечных уплотнений. Применяли релаксацию мышц с помощью приемов постизометрической релаксации, массажа. При болезненных мышечных уплотнениях использовалась локальная инъекционная терапия. Приемы мануальной терапии применялись также для устранения функциональных блокад в шейном отделе позвоночника. При ГБ с доминированием сосудистых расстройств назначались цереброваскулярные препараты. Важное значение придавалось тренировке умения сосредоточиться на мышечных группах, участвующих в мимике раздражения, недовольства, гнева и других эмоциональных проявлениях. Во время сеансов аутотренинга, психоэмоциональной разгрузки достигалось расслабление мышц головы и шеи.

В группе ШР ведущим методом лечения явилась психофармакотерапия препаратами нейролептического и антидепрессив-

ного действия. Указанные средства использовались для нормализации психической активности, аффективности. Проведение когнитивной психотерапии в комплексе с медикаментозной терапией способствовало нормализации психического состояния больного, оказывало благотворное воздействие на течение ГБ. Этому также способствовали релаксационные приемы мануальной терапии, которые при психалгической боли больше носили вспомогательный характер и использовались в комплексном лечении для помощи больному в осознании связи между имеющейся симптоматикой и наличием ПР.

В группе больных с ХАР лекарственная терапия антидепрессантами и психотерапия являлись приоритетными. На начальных этапах применялись малые или средние дозы психотропных препаратов. Для снятия общего напряжения использовались методы психической релаксации, суггестивная психотерапия, а также приемы мануальной терапии. Нормализация сна, повышение психического тонуса способствовали выработке убежденности в излечимости заболевания. Психотерапия была ориентирована на оживление в сознании больного положительно окрашенных эмоциональных переживаний. Для выработки уверенности в себе использовались элементы поведенческой терапии.

Терапевтические мероприятия при ДГМ разрабатывались с учетом полиморфной невротической и неврозоподобной симптоматики, которая усугубляла имеющиеся неврологические симптомы, и в соответствии со структурой церебрально-органической патологии. В связи с повышенным риском побочных эффектов, обусловленных отрицательным влиянием сосудистой отягощенности и органической недостаточности, использовались малые дозы психотропных средств и немедикаментозные методы лечения. При выраженном цефалгическом синдроме применялись анальгетики. С целью воздействия на патофизиологическую основу ГБ лечение проводилось на фоне применения ноотропов (ноотропил, пирацетам), витаминов группы В, препаратов, улучшающих мозговое кровообращение (циннаризин, кавинтон) и стимулирующих метаболические процессы (алоэ). В случаях пульсирующего, распирающего характера ГБ использовался сульфат магния внутримышечно по 5 мл

25% раствора. Устранение болезненных мышечных уплотнений в области головы и шеи, восстановление подвижности в суставах позвоночника достигалось с помощью мануальной терапии. Психотерапия в комплексе лечебных мероприятий была направлена на устранение неврозоподобной симптоматики. Использовалась релаксационная, суггестивная и рациональная психотерапия.

В общей сложности положительный терапевтический эффект был отмечен у 81,2% психически больных с преобладающей в клинике заболевания головной болью. Побочных явлений в процессе лечения бригадой не наблюдалось. Улучшение состояния в большинстве случаев наступало через 3-5 недель.

Комплексный подход в лечении ГБ в структуре ПР обеспечивал взаимопотенцирующее действие психотерапии, мануальной терапии и фармакотерапии в достижении обезболивающего эффекта, устранении выраженности психоэмоциональных нарушений, улучшении психологического и физического функционирования больных.

Таким образом, полноценное понимание телесных симптомов невозможно только лишь в пределах их психопатологической квалификации [10]. Об этом свидетельствует низкая эффективность лечения больных отдельно как врачами терапевтического профиля, так и психиатрического. Признание ГБ как психогенной на основе сочетания ГБ и ПР не позволяет учитывать видовые особенности и принадлежность ГБ, с другой стороны, интерпретация ГБ только как соматического расстройства без учета ПР обнаруживают диагностическую ограниченность. Формирование и клиническое выражение ГБ часто является результатом интеграции соматических и психических составляющих болезни [2, 7, 9]. Как достаточно очерченный синдром в структуре ПР, она может возникнуть вследствие общности механизмов ГБ и ПР [12, 13] или включения психологических механизмов соматизации, а не только как психопатологическое расстройство в сфере соматопсихики. Клинические наблюдения над больными с ГБ позволяют выявить ее клинические особенности, проследить ее динамику в зависимости от этапа развития ПР. ГБ в структуре ПР обнаруживает тесную связь с длительно-

стью и течением ПР, что влияет на проявления клинических особенностей и развитие того или иного вида ГБ. Разработка терапевтических мероприятий с учетом соматической и психической осей заболевания позволяет значительно повысить эффективность лечения [8,17]. В системе комплексной терапии основное место должно отводиться немедикаментозным методам лечения.

Литература

1. Бородин В.И. Некоторые проблемы диагноза в пограничной психиатрии // Рос. психиатр. журн. 2002. № 6. С. 4 – 7.
2. Ванчакова Н.П. Хроническая головная боль – сложная междисциплинарная клиническая проблема // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: Сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2005. С. 20 – 28.
3. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение): справ. М.: Триада-Х, 2000. 256 с.
4. Грачев Ю.В., Климов Б.А., Молодецких В.А. и др. Лицевые боли как проявление психических расстройств // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2002. № 4. С.13 – 17.
5. Гусев Е.И. Лечение неврологических больных //Лечение нервных болезней. 2000. Т. 1, № 2. С. 34 – 35.
6. Измайлова И.Г., Белопасов В.В., Колосова О.А., Филиппов Б.Ф. Клиническая и психофизиологическая характеристика головной боли в детском возрасте // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2002. № 4. С. 4 – 8.
7. Камянов И.М. Невропатология в психиатрической клинике. Рига: Зинатне, 1984. 190 с.
8. Международная классификация головной боли, 2-е изд. / Пер. с англ. В.В. Осиповой при участии Т.Г. Вознесенской; Междунар. об-во головной боли, 2003. 326 с.
9. Мештауб А., Баролин Дж. С. Основные принципы лекарственной терапии боли // Русс. мед. журн. 2003. Т. 11, № 15 (187). С. 880 – 885.
10. Райзман Е.М., Семин И.Р., Мучник М.М. Телесные симптомы и телесный опыт при психических расстройствах // Рос. психиатр. журн. 2003. № 3. С. 26 – 30.
11. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.

12. Cao M., Zhang S., Wang K. et al. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study // *Psychopathology*. 2002. Vol. 35, № 4. P. 254 – 258.
13. Corruble E., Guelfi J. Pain complaints in depressed inpatients // *Psychopathology*. 2000. Vol. 33, № 6. P. 307 – 309.
14. El-Rufaie O.E., Al-Sabosy M.A., Bener A., Abuzeid M.S. Somatizid mental disorder among primary care Arab patients: I. Prevalence and clinical and sociodemographic characteristics // *J. Psychosom. Res.* 1999. Vol. 46, № 6. P. 549 – 555.
15. Guidetti V., Galli F., Fabrizi P. et al. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study // *Cephalalgia*. 1998. Vol.18, № 7. P. 455 – 462.
16. Hering-Hanit R., Cohen A., Horev Z. Successful withdrawal from analgesic abuse in a group of youngsters with chronic daily headache // *J. Child. Neurol.* 2001. Vol. 16, № 6. P. 448 – 449.
17. Jackson C.M. Effective headache management. Strategies to help patients gain control over pain // *Postgrad. Med.* 1998. Vol. 104, № 5. P. 133 – 136.
18. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // *Psychosom. Med.* 2001. Vol. 63, № 4. P. 595 – 602.