

Когнитивно-поведенческая терапия при хронической тазовой боли: что это и эффективна ли она?

Реферативный перевод

Источник: J Urol. 2024 April; 211(4): 539–550. doi:10.1097/JU.0000000000003847

Jeffrey M. Lackner, J. Quentin Clemens, Christopher Radziwon, Teresa L. Danforth, Tova S. Ablove, Susan S. Krasner, Alison M. Vargovich, Patricia C. O'Leary, Tracy Marotto, Bruce D. Naliboff

ВВЕДЕНИЕ

Синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) страдает около 5 млн американцев [1–3]. Отличительным симптомом СХТБ является хроническая боль в области таза и/или гениталий. Дополнительные синдромы со стороны мочевыводящих путей включают непреодолимые позывы к мочеиспусканию и/или частое мочеиспускание. СХТБ не имеет диагностического биомаркера, недостаточно понят и не имеет удовлетворительных способов лечения с помощью традиционных медикаментозных, диетических или реабилитационных средств [4]. С экономической точки зрения СХТБ резко повышает расходы на здравоохранение: только амбулаторное лечение женщин стоит 881,5 млн долларов [5–7]. В эту цифру не входит стоимость лекарств [8]. Связанное с этим бремя болезни вызывает недовольство [7, 9] больных СХТБ [10, 11], медицинских работников [12], работодателей и плательщиков, вынуждая их искать более эффективные способы лечения.

НЕ ТОЛЬКО ПОЛОСТЬ ТАЗА

Лечение дополнительно осложняется частым наличием определенного набора сопутствующих болезненных состояний (например, синдрома раздраженного кишечника, фибромиалгии, синдрома хронической усталости). Это клиническое явление, которое называют общим термином «сочетанные хронические болезненные состояния» [13] (СХБС; рис. 1), также недостаточно поняты и имеют общие основные патологические механизмы (например, изменение обработки ноцицептивной информации,

приводящее к гиперчувствительности к болезненным раздражителям), что приводит к симптомам со стороны многих систем органов (таких как мочевой пузырь, брюшная полость, голова, опорно-двигательный аппарат) без соответствующих признаков физической патологии или соматосенсорных изменений [14]. СХБС влияют на СХТБ, способствуя его возникновению [15] и ухудшая симптомы, качество жизни и ответ на лечение [16]. Пациенты с СХТБ страдают от значительной заболеваемости на протяжении жизни, что значительно снижает производительность работы и качество жизни [17–19].

Бремя болезни, связанное с урологическим синдромом хронической тазовой боли (УСХТБ), включает значительные соматические и психические сопутствующие нарушения, связанные с разнообразными психосоциальными осложнениями. Например, обнаружено, что частота диагноза депрессии и тревожности у этих пациентов в 2,4–6,6 раз выше, соответственно, чем у здоровых контролей [20–22]. Данные из научной сети мультидисциплинарного подхода к исследованию хронической тазовой боли (Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain; MAPP) указывают на усиление отрицательных эмоций, более высокий уровень стресса в текущий момент и в течение жизни, дезадаптацию, когнитивные проблемы и ухудшение качества жизни в доменах ментального и физического здоровья. Тяжесть психосоциальных проблем повышается у пациентов с СХТБ с более тяжелыми урогенитальными симптомами, а также с сопутствующими неурогенитальными болезненными симпто-



Рис. 1. Хроническая тазовая боль и сопутствующие сочетанные хронические болезненные состояния (СХБС)

мами [23]. 75 % пациентов с СХТБ жалуются на тазовую боль, из них 38 % на генерализованную — это дает основания полагать, что тазовая боль представляет собой локальное проявление более генерализованного, централизованного фенотипа, характерного для СХБС [24].

НАУКА О «ХРОНИФИКАЦИИ» ТАЗОВОЙ БОЛИ

Независимо от симптомов и нозологических особенностей, СХТБ и другие региональные СХБС включают дисфункцию механизмов модуляции боли, что усиливает обработку или снижает подавление болевых раздражителей в нервной системе, особенно на уровне ЦНС [25]. Когда боль сохраняется дольше 3 месяцев (т. е. является хронической), механистически она становится сильнее связанной

с нейронными сетями коры (в частности, кортико-лимбической системой [26]), которые контролируют аффективно-мотивационную систему боли, управляющую реакциями избегания или бегства на ожидание вреда за счет ассоциативного научения, процессов памяти и эмоциональной неприятности боли [27], чем с чувствительно-воспринимающими сетями, которые кодируют интенсивность и пространственно-временные качества ноцицептивных сигналов с периферии (болевых ощущений) [28]. Такой сдвиг обработки в корковых и эмоциональных нейронных сетях активируется когнитивными факторами высшего порядка (такими как мысли, внимание, ожидания, память и др.) и негативными эмоциональными состояниями (такими как тревожность, подавленное настроение) [29], что способствует «хронификации» боли [30], заставляя пациен-

тов испытывать непрерывную боль и дискомфорт и, таким образом, (1) увеличивает и углубляет бремя болезни (дискомфорт, функциональная неспособность и др.), (2) ухудшает ответ на традиционное лечение антиноцицептивными средствами, препятствуя эндогенному контролю боли [29], и (3) снижает способность пациента к саморегуляции своих мыслей и эмоций, которые влияют на восприятие симптомов (например, боли) [29, 31].

Широкая распространенность других централизованных болезненных состояний, сопутствующих СХТБ, у людей обоих полов и с разными диагнозами дает веские основания предполагать централизованный фенотип боли с общими поддерживающими факторами, которые определяют бремя симптомов в значительной подгруппе пациентов, устойчивых к традиционной медикаментозной терапии. Так как симптомы обширны и их очевидные механизмы выходят за рамки конкретного органа, периферические механизмы (например, сенсibilизация к боли [32]), СХТБ и часто сопутствующие СХБС считаются *ноципластическими* болевыми состояниями [33, 14], по своему механизму отличающимися от болевых состояний с четко определенными ноцицептивными или невропатическими механизмами и более ясной этиологией.

Выходя за рамки сходных описательных характеристик СХТБ и других нарушений, сопровождающихся генерализованной хронической болью, наличие психосоциальных нарушений и сопутствующих заболеваний с генерализованной болью оказывает

очевидное и отрицательное влияние на здоровье. В 12-месячном проспективном долговременном исследовании MAPP с участием пациентов, получающих обычное лечение, наличие нетазовых симптомов и снижение физического благополучия на исходном уровне позволяло прогнозировать худшие исходы после поправки на начальную тяжесть симптомов [34]. Еще одно исследование показало двухсторонние взаимоотношения между тазовой болью и подавленным настроением, таким образом, что негативные изменения настроения напрямую соответствовали усилению симптомов через 2 недели, и наоборот [35]. Взаимодействующие эмоциональные и когнитивные процессы [36] — критические компоненты патологической физиологии хронической боли, о чем говорят как клинические исследования, так и растущее число публикаций, посвященных нейровизуализации [37, 38], где описана роль в СХТБ нейронных сетей мозга, контролирующих когнитивные функции управляющие эмоциональными и болевыми реакциями. Например, недавнее проспективное исследование показало, что усиление нейронных связей в лобно-теменных сетях когнитивного контроля позволяет прогнозировать уменьшение боли при СХТБ в течение трех месяцев, что подтверждает важную роль когнитивных факторов в модуляции симптомов [39].

И наконец, боль — основной симптом УСХТБ — по определению является эмоциональным (неприятное ощущение) и чувствительным (интенсивность) восприятием [40], которое лучше всего понимать с биопсихосоциальной точки зрения (рис. 2);

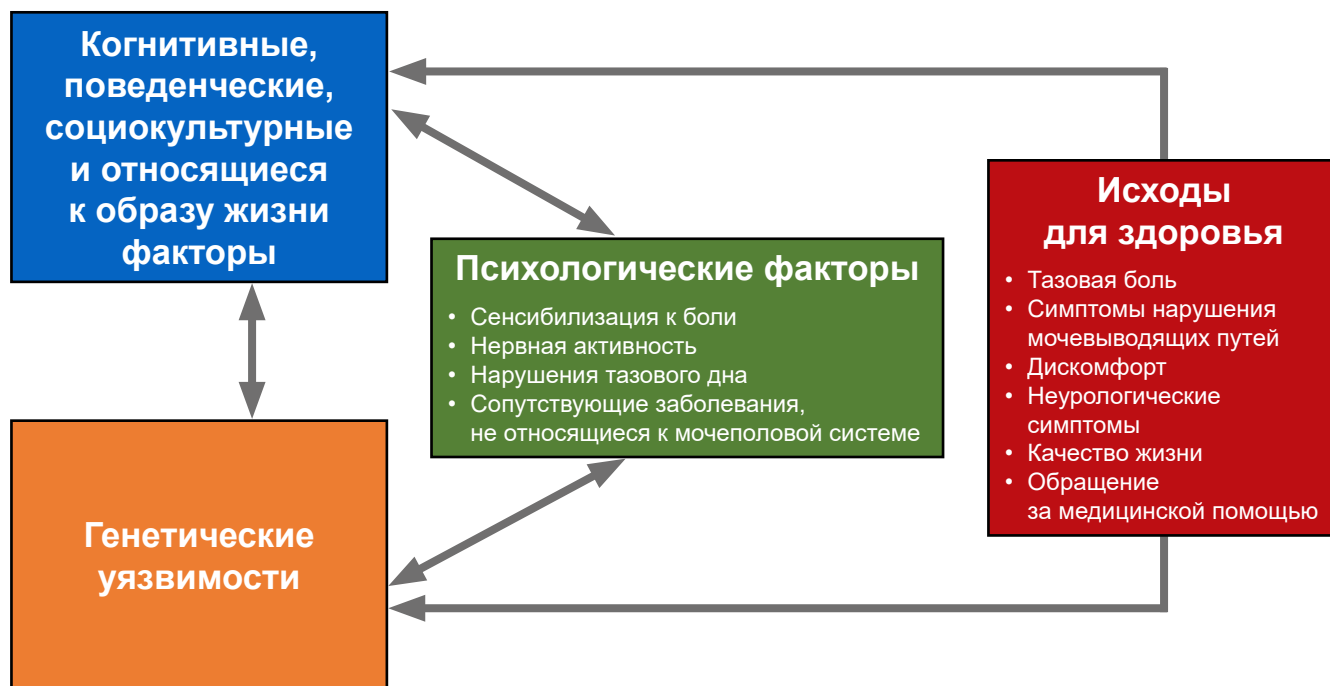


Рис. 2. Хроническая тазовая боль и сопутствующие сочетанные хронические болезненные состояния (СХБС)

она определяется физиологическими (например, основные патологические процессы, генетическая уязвимость) и психологическими (например, когнитивно-эмоциональные процессы, такие как внимание, эмоции, ожидания, память, убеждения, а также заученное поведение) факторами, которые динамически связаны и действуют в социальном контексте. Социальный контекст, который обычно включает семью, друзей, сотрудников, поставщиков медицинских услуг, ухаживающих лиц и др. — то, где проявляются и сохраняются проблемы устойчивой боли.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛЬЗА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ФАКТОРЫ ПОДДЕРЖАНИЯ ИЛИ УЯЗВИМОСТИ

Биоповеденческая модель выделяет факторы, поддающиеся воздействию (например, недостаток навыков, который можно исправить), которые поддерживают симптомы, в противоположность процессам уязвимости, играющим причинную роль в возникновении СХТБ. В качестве иллюстрации можно привести доказательство генетической предрасположенности к СХТБ у определенных индивидуумов. Родственники первой степени имеют повышенный риск [41], и исследования близнецов показали высокую степень совпадения у гомозиготных близнецов [42–44] с наследуемостью примерно 40 % [45]. Эти цифры не объясняют, обусловлена ли повышенная частота в семье генетическими факторами и/или общим опытом, таким как социальное научение или «научение от других», и моделиро-

ванием [46]. У ребенка могут развиваться симптомы тазовой боли, как у его родителя (-ей), из-за генетической передачи и/или частично из-за ранних наблюдений за поведением родителей, страдающих от боли (например, если они чрезмерно полагаются на дезадаптивные стратегии), усиления ролевого поведения при боли под влиянием родителей (например, чрезмерная опека родителей) или передачи вербальной информации об угрозе (например, дети начинают бояться, когда слышат или читают об опасности или катастрофических последствиях боли). Тем не менее, генетические факторы представляют собой скорее важную генерализованную биологическую предрасположенность к развитию СХТБ, чем специфический клинический синдром сам по себе. С клинической точки зрения биологические уязвимости не дают четкой информации для нашего понимания, как лучше всего осуществлять лечение или проактивно выявить подгруппы пациентов, для которых оно будет наиболее (или наименее) эффективным.

Эти же ограничения относятся к психосоциальным факторам уязвимости, которые возникают, например, из-за неблагоприятного опыта в детстве (сексуальная травма, пренебрежение, конфликт в семье), которые нередки среди пациентов с СХТБ [47]. Психосоциальная уязвимость может повысить вероятность развития СХТБ, а также сопутствующих психических (например, тревожность) и физических (например, СХБС) сопутствующих нарушений, однако является стабильной, устой-

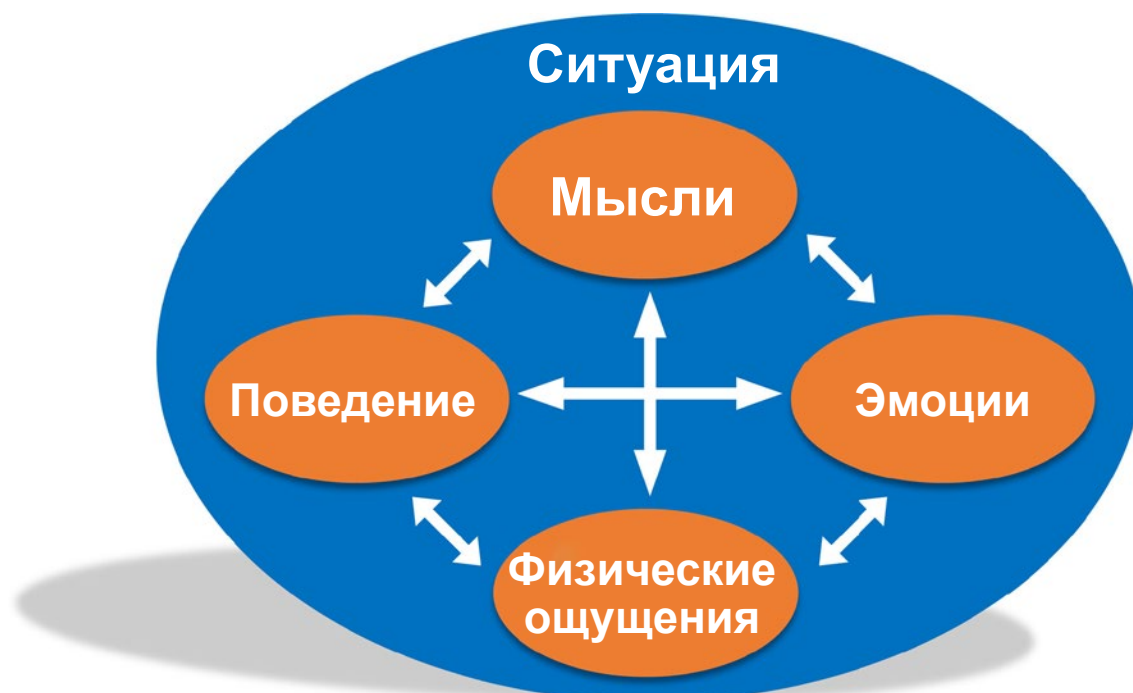


Рис. 3. Биоповеденческие факторы, взаимосвязанные при когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)

Сэм видит, что
загорелось табло
«пристегнуть
ремни»...



Рис. 4. Биоповеденческие факторы, взаимосвязанные при когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для лечения синдрома хронической тазовой боли (СХТБ)

чивой к изменениям и на практике почти не дает информации, которой можно было бы руководствоваться при принятии клинических решений. Фактически, приписывание симптомов отдаленным факторам уязвимости, таким как генетика или грубое обращение, может затруднить пациентам и медицинским работникам понимание того, какие факторы, поддающиеся воздействию, в настоящее время способствуют симптомам через длительное время после их возникновения, какие доказательные методы поведенческой терапии способствуют облегчению боли и как поведенческие меры самопомощи помогают преодолеть влияние механизмов уязвимости или других внешних сил, не зависящих от человека, для облегчения симптомов.

ЧТО ТАКОЕ КПТ?

Так как влияние психосоциальных факторов усиливается при боли, длящейся дольше 3 месяцев [48], поведенческие меры, позволяющие обратить основные компоненты, способствующие симптомам, имеют потенциальное терапевтическое значение. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — психосоциальный способ лечения, наиболее поддерживаемый клиническим опытом [49–51].

КПТ сочетает стратегии двух способов лечения, основанных на навыках: (1) поведенческая терапия учит пациентов более эффективным способам поведения с помощью стратегий, основанных на навыках и подкреплении; (2) когнитивная терапия сосредоточена на исправлении вредных моделей мышления (таких как катастрофизация боли с тен-

денцией фокусироваться на боли и усиливать ее восприятие, а также чувство беспомощности перед болью [52]). КПТ основывается на эмпирически проверенной модели изменения поведения, предполагающей, что характер мышления человека о событии влияет на его реакцию, способствуя сохранению проблемы. КПТ также подразумевает, что, поскольку реакция индивидуума на боль, то есть его поведение (как явные действия, так и скрытые, такие как мысли), эмоции и физиология определяются предшествующим научением [53], эти реакции можно изменить или «отучить» от них — что ведет к облегчению симптомов и улучшению функционирования. Путь интерпретации себя пациентами, их будущее и мир вокруг них (т. е. сознание) особенно сильно влияет на медицинские исходы (например, болезненные симптомы, соблюдение режима лечения, физическая активность) [54].

Эта модель «когнитивной оценки» значительно влияет на наше понимание того, как люди воспринимают боль [29, 55], у кого она переходит из острой в хроническую [56] и у кого сильнее последствия [57]. Этот обзор посвящен КПТ применительно к СХТБ, так как это наиболее изученный и эмпирически проверенный способ психологического лечения при хронической боли [58].

ЧТО ВКЛЮЧАЕТ КПТ?

Цель КПТ — научить пациентов практическим навыкам, чтобы разорвать цепь мыслей и чувств (эмоции, физические симптомы) и заменить их более полезными моделями мышления. Целью КПТ явля-

ется не «позитивное мышление» или «управление усилием воли», а обучение тому, как конструктивнее оценивать провоцирующие факторы, способные усугубить симптомы, и реагировать на них. КПТ отличается от традиционной «терапевтической беседы» в нескольких отношениях. Вместо того чтобы сосредоточиваться на первопричинах проблемы, КПТ уделяет внимание когнитивным и поведенческим моделям, способствующим сохранению симптомов. Фокус на изменении поддерживающих механизмов подходит для случаев СХТБ, так как первопричина симптомов часто неизвестна или, если известна (например, инфекция мочевыводящих путей, травма), отличается от поддающихся воздействию способствующих факторов. Еще одно различие заключается в том, что КПТ представляет собой способ лечения, основанный на обучении навыкам контроля симптомов УСХТБ, во многом аналогичный тому, как пациенты с гипертензией учатся стратегиям снижения артериального давления (например, снижение потребления соли, повышение физической активности).

КПТ обычно проводится по стандартизированному руководству и имеет структурированное или полуструктурированное содержание сеансов, которые проводятся курсом с серией запланированных «уроков» в каждом сеансе. Сеансы представляют собой «занятия» по регулярному графику (например, раз в неделю, раз в месяц), на которых вводится специфический навык, который затем практикуется во время сеанса и закрепляется с помощью регулярных тренировок дома в целях генерализации на повседневные ситуации, что во многом аналогично обучению и тренировкам спортсменов, прежде чем они смогут участвовать в играх. КПТ представляет собой не четко определенный набор техник, а скорее «общий» термин, включающий набор стратегий, общая цель которых — «отучить» от типов поведения и мыслей, лежащих в основе колебаний симптомов. При объединении в связанный протокол лечения стратегии обычно выполняются в три фазы.

На **первой фазе** дается введение обоснования для лечения, пациент вовлекается в лечение, ему предоставляется информация о СХТБ и обучение с введением в биопсихосоциальную модель в качестве альтернативы биомедицинской модели для понимания длительной тазовой боли. Особое внимание уделяется когнитивным и поведенческим факторам, способствующим длительному сохранению симптомов после того, как боль прогрессирует и перейдет из острой фазы (0–6 месяцев) в хроническую, когда преобладают периферические факторы.

Этот подход подкрепляется самонаблюдением в реальном времени. Самонаблюдение включает текущий, «моментный» учет важных провоцирующих

факторов и реакций на симптомы. Самонаблюдение является отличительной характеристикой КПТ и необходимо для ее успеха. КПТ сосредоточена на том, что человек делает, чувствует и думает в конкретной ситуации, провоцирующей симптомы. Это отражает результаты исследований, показывающие, что пациенты ведут себя по-разному в разных ситуациях и что проблемы не всегда просто «случаются» или «сваливаются с неба», но зависят от ситуационных факторов. Это означает, что, если целью является изменение поведения, пациентам будет полезна систематическая оценка окружающей среды, в которой возникает поведение, связанное с проблемой, а также когда и как оно возникает. При КПТ СХТБ самонаблюдение включает оперативное отслеживание «цепей» внешних провоцирующих факторов, таких как напряжение на работе или в семье, которые предшествуют симптомам, а также реакций, таких как соматические ощущения, например, мышечное напряжение, симптомы нарушения мочевыводящих путей, отрицательные эмоции и связанные мысли. Пациентов учат заполнять формы наблюдения как можно скорее после возникновения проблемы. Наблюдение в реальном времени важно для получения точных данных о симптомах, чтобы не полагаться на воспоминания в последующем (например, в конце дня или недели), которые подвержены неточности или искажению со временем. Пример таблицы для самонаблюдения показан на рис. 5.

По мере практики пациенты учатся, как стать более объективными наблюдателями часто непредсказуемой цепи внутренних (например, мысли, эмоции) и внешних (пища, стрессовые факторы) событий, предшествующих обострению симптомов. Самонаблюдение способствует критическому пониманию автоматических реакций пациентов и привычных реакций, что подготавливает почву для более совершенных навыков самопомощи при симптомах на второй фазе КПТ. Поскольку сам акт самонаблюдения повышает осведомленность о том, как развиваются симптомы и какие ситуационные переменные на них влияют (реактивность) [59], эффекты реактивности особенно информативны для пациентов с УСХТБ, которые жалуются на «непредсказуемость обострений» как значительный источник дискомфорта и препятствий в жизни [60]. Осведомленность можно повышать самостоятельно, что нивелирует неудобства, связанные с наблюдением, на начальном этапе.

При тренировке расслабления особое внимание уделяется дыхательным упражнениям, поскольку это интуитивно понятный способ борьбы с напряжением, который легко освоить и который можно применять в повседневной жизни. Дыхательная тренировка основана на предположении, что у пациен-

Журнал стрессовых ситуаций исследования EPPIC

Дата	Что произошло?	Какие мысли или образы пришли вам в голову во время этого события?	Какими были ваши физические ощущения во время события?	Что вы чувствовали во время события?	Что вы сделали, чтобы справиться со своими чувствами, мыслями или телесными ощущениями?
8/12	В календарь добавлена незапланированная встреча	Что за черт? Не могу верить этим людям	Напряжение; волнение	Расстройство	Игнорировать? Вперед
8/9	У сына проблемы с сердцем; завтра обследование	Я надеюсь, что обследование не повлечет за собой дополнительных операций для малыша	Напряжение; чувство жжения где-то снизу	Тревога; злость	Я ничего не могу сделать сейчас; будь что будет
8/19	Внезапная сильная зубная боль	Что если я не смогу выполнить свои обязательства, так как не выспался из-за зубной боли?	Усталость; тазовая боль	Расстройство; беспокойство	Вдохнула глубже; попыталась заснуть; приняла ибупрофен
8/20	Визит к стоматологу	Я боюсь, что придется удалить зуб...У меня нет времени на это	Напряжение; чувство жжения	Беспокойство	Просто подождать и посмотреть
8/22	Сломалась дверная ручка	Я ненавижу это. Еще одна вещь, на которую у меня нет времени	Напряжение	Злость; беспокойство	Пока отложить проблему; я вернусь к ней позже
8/28	Язвительная сотрудница	Я не могу ее избегать...Она просто унижает меня. Вот бы она работала в другом отделе	Тазовая боль; напряжение	Злость; расстройство	Я ничего не могу сделать
8/21	В моем планировщике неожиданно изменился график	Никто здесь не загружен работой так, как я. Я не могу обойти эту проблему	Потоотделение; боль; чувство напряжения снизу	Злость	Отказ от изменения графика

Рис. 5. Запись наблюдений, показывающая зависимость между симптомами, провоцирующими факторами и реакциями

тов с соматическими жалобами, чувствительными к стрессу, развивается неэффективный тип дыхания (например, поверхностное грудное дыхание), который, если длится долго, может усиливать физиологическое возбуждение, усугубляющее физические ощущения. Обучение способам замедления дыхания с помощью диафрагмального дыхания снижает напряжение и вызывает чувство физического спокойствия, связанное с повышенным парасимпатическим тонусом. По мере тренировки дома у индивидуума вырабатывается исключительно быстрая и удобная стратегия снижения напряжения, которую можно применять в повседневной жизни. Цель для человека заключается в том, чтобы использовать физический дискомфорт (боль, позывы к мочеиспусканию) в качестве подсказки для активации более эффективной реакции преодоления, прежде чем напряжение усилится и усугубит симптомы СХТБ.

Вторая фаза КПТ сосредоточена на когнитивных техниках, разработанных, чтобы опровергнуть и подвергнуть сомнению пристрастные модели мышления, «подпитывающие» симптомы. Мышление многих пациентов с хронической болью характеризуется жесткими «мысленными установками» или когнитивным стилем при обработке информации, поступающей из окружающей среды. Они

сосредотачиваются исключительно на потенциальных угрозах (например, вреде для организма) и интерпретируют неоднозначные (нейтральные) ситуации как угрозу, что приводит к переоценке опасности или вреда последующих событий (мысли о худшем: *что если...?*). Когда происходят негативные события, они фокусируются на их цене или последствиях, не принимая во внимание смягчающие факторы, которые уменьшают последствия (катастрофизация значения негативного события и выражение *Если бы только...*) и помогают быстрее восстановиться после проблемы. Поскольку поразительные стили мышления являются заученными (хотя и неправильно), КПТ учит пациентов выявлять и рассматривать предвзятые мысли как гипотезы, подлежащие проверке, и формировать более конструктивные способы мышления, например, подвергая сомнению доказательства, подтверждающие или опровергающие мысли. Пациенты учатся снимать беспокойство о прошлых событиях, быть терпимее к дискомфорту; такие навыки «перезагружают» дискомфортные внутренние реакции (например, отделяя страдание / дискомфорт, вызванный негативным событием (например, обострением), от его переносимости, оценивая полезность беспокойства, которое не приводит к решению существу-

ющей проблемы, «отпуская» реакции на ситуации, которые они не могут контролировать. Когда люди применяют такие навыки мышления более объективно и систематически, стрессовые факторы, вероятно, вызывают менее интенсивные реакции, которые можно самостоятельно контролировать эффективнее, даже при более тяжелых симптомах, и оптимизировать периоды без симптомов.

Еще один навык КПТ, гибкое решение проблем [61], направлен на расширение набора навыков, помогающих справиться с проблемами, независимо от их контролируемости. Гибкое решение проблем включает такие шаги, как оценка контролируемости стрессового фактора и затем разработка подходящей к ситуации реакции, чтобы справиться с ним. Для контролируемых стрессовых факторов (например, спущенное колесо) идеальной реакцией является активное решение проблемы, направленное на ее устранение. Для неконтролируемых стрессовых факторов (например, терминальная стадия рака у любимого человека) решением являются реакции борьбы со стрессом, сосредоточенные на эмоциях, направленные на устранение эмоциональной неприятия стрессового фактора путем когнитивной переоценки, поддержка окружающих, расслабление мышц и др. Задействовав подходящую к ситуации реакцию борьбы со стрессом, основанную на объективной оценке контролируемости стрессового фактора (в отличие от предпочтения или привычки), люди учатся проактивно снижать тяжесть симптомов, чувствительных к стрессу.

Вторая фаза КПТ завершается рассмотрением основных убеждений, которые могут усугублять симптомы. Основные убеждения представляют собой прочно закрепленные правила или предположения — сформированные культурой, детским опытом,

врожденными склонностями — которые определяют, как люди видят себя и мир. Примеры включают перфекционизм (например: «Я ненавижу быть не лучшим в чем-то»), необходимость в одобрении (например: «Я должен добиться успеха и получить одобрение окружающих, чтобы не разочароваться»), и иллюзия контроля (например: «Всегда можно найти решение»). Беспокойство («Что, если X ...?», «Если бы только Y ...») можно представить как «мгновенный снимок» того, как пациент видит мир в данный момент, тогда как основные убеждения представляют собой линзу, через которую рассматриваются такие мгновенные снимки. Если поступающая информация обрабатывается предвзятым, негибким образом из-за убеждений, это может усугублять такие чувствительные к стрессу симптомы, как боль. КПТ учит, как выявлять и опровергать такие убеждения, заменяя их более конструктивными стратегиями.

На третьей фазе КПТ выделяет навыки предотвращения рецидива для сохранения достигнутых результатов после завершения лечения. Этот навык включает оценку прогресса с начала лечения с особым вниманием к поиску конкретных инструментов, наиболее полезных, по мнению пациента. Пациентов учат определять тревожные признаки (например, отсутствие контроля, перегрузка на работе, конфликт) и справляться с неудачами, не возвращаясь к исходной точке и рассматривая их как возможность обучения, чтобы восстановить прогресс, достигнутый при лечении. Разработка индивидуального плана лечения рецидива для «возвращения в строй» (самонаблюдение, отслеживание мыслей и т. д.) помогает объяснить, почему КПТ демонстрирует устойчивый эффект через длительное время после окончания лечения [62]. Специфические стратегии КПТ для каждой фазы показаны в таблице 1.

Таблица 1. Компоненты когнитивно-поведенческой терапии синдрома хронической тазовой боли (СХТБ)

Первая фаза: психологическое просвещение и стратегии поведения

1. Психологическое просвещение (природа СХТБ и поддерживающих его факторов с особым вниманием к психологии, мышлению, поведению, обоснованию лечения, постановке целей лечения и др.)
2. Начало самонаблюдения в реальном времени.
3. Мышечное расслабление (например, дыхательная тренировка)
4. Планирование тренировок дома

Вторая фаза: когнитивные стратегии

1. Контроль беспокойства
2. Гибкое решение проблемы
3. Оспаривание лежащих в основе убеждений (например, перфекционизма)
4. Планирование тренировок дома

Третья фаза: предотвращение рецидивов

1. Рассмотрение прогресса борьбы с факторами, поддерживающими симптомы, и планирование на будущее.
 2. Просвещение о риске рецидива, выделение специфических провоцирующих факторов рецидива у пациента (например, стресс, питание) и важность раннего выявления проблем
 3. Конкретный план на случай обострения и рецидива
 4. Планирование тренировок дома
-

ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Хотя поддержка и поощрение активной роли пациентов в их собственном лечении может принести пользу всем пациентам с СХТБ, следующие характеристики пациентов могут помочь медицинским работникам определить, кому может принести пользу целенаправленная поведенческая терапия боли.

- Устойчивые симптомы СХТБ без адекватного облегчения более 3 месяцев.
- Предпочтение немедикаментозного лечения.
- Умеренные или тяжелые симптомы, сохраняющиеся более 3 месяцев, вызывающие дискомфорт и мешающие функционированию или благополучию.
- Поведение, характерное для болезни (например, поиск успокоения, запрос дополнительных диагностических обследований).
- Возникновение симптомов совпадает с крупным стрессом в жизни (например, потеря, переход из старших классов школы в колледж, разрыв отношений и др.).
- Пациенты, осознающие, что лечение симптомов СХТБ день ото дня выходит за рамки режима лечения.
- Симптомы являются источником дискомфорта (тревожности, подавленного настроения, расстройства, чувства беспомощности, беспокойства), но медицинский работник не должен ждать развития дискомфорта при определении очередности направления пациента на поведенческую терапию, так как к тому времени симптомы могут стать более сложными и не поддающимися воздействию.
- Наличие симптомов, не относящихся к мочеполовой системе, включая генерализованную боль (например, СРК, хроническая усталость, боль в пояс-

ничной области), говорящих о возможно генерализованном фенотипе (даже если урогенитальная боль является основной причиной клинического обследования).

Конечно, одна из сложных задач состоит в том, чтобы донести до пациента убедительное обоснование для направления на поведенческую терапию, чтобы он не чувствовал себя отвергнутым или разочарованным. Важная часть сообщения — подтвердить действительность симптомов пациента, не создавая у него ощущения, что они воображаемые, что это психиатрическая проблема или что врачу все равно. Объяснение, что направление к специалисту является нормативной частью лечения любого хронического заболевания, интуитивно понятно многим пациентам и имеет решающее значение для «принятия эстафеты» направления к специалисту, который поможет им взять под контроль симптомы, если медикаментозных методов лечения недостаточно. Пациентам также может помочь знание, что их направляют для освоения навыков, а не для того, чтобы кто-то «копался у них в голове». Описывая симптомы как часть проблемы хронической боли, медицинский работник дает конкретный имеющийся диагноз (например, хроническая тазовая боль), что гораздо лучше, чем говорить пациентам, что у них чего-то нет (например, признаков физической патологии, которая бы объяснила тяжесть симптомов). Эта рекомендация отражает исследования, показавшие, что пациенты понимают сложность и неоднозначность лечения хронической боли, однако желают объяснения своих симптомов [63, 64]. Это может быть основой для более полного вовлечения пациента в метод самопомощи.

Двухсторонние взаимоотношения между тазовой болью, мыслями и эмоциями: пример из практики

КПТ рассматривает мыслительные процессы (мысли) и эмоции не как фоновый шум для симптомов, а как взаимосвязанные явления (рис. 3), которые «подпитывают» тяжесть симптомов. Рассмотрим Сэм, 42-летнюю женщину с интерстициальным циститом (ИЦ), которая находится в среднем кресле на дальнем рейсе в ожидании взлета (рис. 4). Подняв голову от iPad, Сэм замечает, что загорелось табло «Пристегните ремни» (ситуация) и сразу же предполагает, что ей понадобится в туалет прежде, чем табло выключится. Эта мысль запускает каскад тревожных и бесполезных переживаний (мыслей), которые становятся все катастрофичнее: ожидание вызовет невыносимое обострение симптомов или даже «конфуз», стыд (эмоции) перед двумя незнакомцами, сидящими рядом, неуверенность (мысль) в том, положила ли она в ручную кладь лишнюю пару нижнего белья, а если нет, то о мучительном пути до ленты выдачи багажа. Эти мысли усиливают беспокойство (эмоции), как и позывы к мочеиспусканию, чувство наполнения мочевого пузыря, жжения и мышечного напряжения (физические симптомы). Единственное, о чем она может думать, вцепившись в подлокотники — желание пойти в туалет, однако она не может сделать это, что ее гложет.

Оптимизация целей лечения стойкой тазовой боли и других хронических урологических заболеваний зависит от способности пациентов самостоятельно справляться с симптомами, не поддающимися лечению, путем обучения специальным навыкам. Существует руководство по практическим стратегиям мотивации пациентов к изменению поведения, необходимого для лечения хронических заболеваний.

Рекомендации лечащего врача: «Как вы знаете, мы имеем дело с непростой проблемой хронической боли. В отличие от острой боли, которая быстро проходит, хроническая тазовая боль сохраняется долгое время после того, как организм восстановится после физического повреждения, вызванного инфекцией, травмой и т. д. Простого лечения или способа избавиться от хронической тазовой боли не существует. Это сложно принять, но я обязан быть откровенным и помочь разработать план, чтобы вам стало лучше. Как и другие хронические состояния, такие как высокое артериальное давление или диабет, тазовая боль зависит от множества факторов. С некоторыми из них я могу помочь вам, подобрав лекарства или процедуры. Хотя они эффективны для некоторых пациентов, для остальных их часто недостаточно. Теперь вы начнете действовать сами. Мне нужно, чтобы вы научились активнее контролировать некоторые аспекты боли, которые находятся за пределами моих возможностей. Я бы хотел, чтобы вы поработали со специалистами клиники поведенческой медицины, которые научат вас практическим навыкам преодоления боли, чтобы улучшить качество жизни, функционирование и комфорт. Рекомендую вам проконсультироваться с этими специалистами, я не считаю, что тазовая боль существует только «в вашей голове» или что она «не настоящая». Я хочу, чтобы вы обратились к ним, потому что забочусь о своих пациентах. Я хочу, чтобы вы получили наилучшее лечение, основанное на научных данных, которое лучше всего помогает пациентам с такими же болезненными проблемами. Вы знаете себя лучше, чем кто-либо. Если вы чувствуете, что сами прекрасно справитесь с проблемами, в консультации с этими специалистами по боли нет необходимости. Но если вы чувствуете, что тазовая боль наносит вам ущерб, пожалуйста, запишитесь на прием, чтобы получить помощь, как вы того заслуживаете».



Литература

1. Berry SH, Elliott MN, Suttrop M et al. : Prevalence of symptoms of bladder pain syndrome/interstitial cystitis among adult females in the United States. *J Urol*, 186: 540, 2011 [PubMed: 21683389]
2. Link CL, Pulliam SJ, Hanno PM et al. : Prevalence and psychosocial correlates of symptoms suggestive of painful bladder syndrome: results from the Boston area community health survey. *J Urol*, 180: 599, 2008 [PubMed: 18554658]
3. Suskind AM, Berry SH, Ewing BA et al. : The prevalence and overlap of interstitial cystitis/bladder pain syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: results of the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology male study. *J Urol*, 189: 141, 2013 [PubMed: 23164386]
4. Mullins C, Bavendam T, Kirkali Z, Kusek JW: Novel research approaches for interstitial cystitis/bladder pain syndrome: thinking beyond the bladder. *Translational Andrology and Urology*, 4: 524, 2015 [PubMed: 26813921]
5. Latthe P, Latthe M, Say L et al. : WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC public health*, 6: 177, 2006 [PubMed: 16824213]
6. Matheis A, Martens U, Kruse J, Enck P: Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain: a singular or two different clinical syndrome? *World J Gastroenterol*, 13: 3446, 2007 [PubMed: 17659691]
7. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF et al. : Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*, 87: 321, 1996 [PubMed: 8598948]
8. Clemens JQ, Mullins C, Kusek JW et al. : The MAPP research network: a novel study of urologic chronic pelvic pain syndromes. *BMC Urol*, 14: 57, 2014 [PubMed: 25085007]
9. Hutton D, Mustafa A, Patil S et al. : The burden of Chronic Pelvic Pain (CPP): Costs and quality of life of women and men with CPP treated in outpatient referral centers. *PLOS ONE*, 18: e0269828, 2023 [PubMed: 36757947]
10. Savidge CJ, Slade P, Stewart P, Li TC: Women's Perspectives on their Experiences of Chronic Pelvic Pain and Medical Care. *J Health Psychol*, 3: 103, 1998 [PubMed: 22021346]
11. McGowan L, Luker K, Creed F, Chew-Graham CA: How do you explain a pain that can't be seen?: the narratives of women with chronic pelvic pain and their disengagement with the diagnostic cycle. *Br J Health Psychol*, 12: 261, 2007 [PubMed: 17456285]
12. Turner JA, Ciol MA, Von Korff M, Berger R: Health Concerns of Patients With Nonbacterial Prostatitis/Pelvic Pain. *JAMA Internal Medicine*, 165: 1054, 2005
13. Maixner W, Fillingim RB, Williams DA et al. : Overlapping Chronic Pain Conditions: Implications for Diagnosis and Classification. *The Journal of Pain*, 17: T93, 2016 [PubMed: 27586833]
14. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ et al. : Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*, 397: 2098, 2021 [PubMed: 34062144]
15. Warren JW, Wessellmann U, Morozov V, Langenberg PW: Numbers and types of nonbladder syndromes as risk factors for interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Urology*, 77: 313, 2011 [PubMed: 21295246]
16. Leue C, Kruiemel J, Vrijens D et al. : Functional urological disorders: a sensitized defence response in the bladder-gut-brain axis. *Nature Reviews Urology*, 14: 153, 2016 [PubMed: 27922040]
17. Till SR, As-Sanie S, Schrepf A: Psychology of Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Neurobiological Vulnerabilities, and Treatment. *Clin Obstet Gynecol*, 62: 22, 2019 [PubMed: 30383545]
18. Temml C, Brossner C, Schatz G et al. : The natural history of lower urinary tract symptoms over five years. *Eur Urol*, 43: 374, 2003 [PubMed: 12667718]
19. Nickel JC, Teichman JM, Gregoire M et al. : Prevalence, diagnosis, characterization, and treatment of prostatitis, interstitial cystitis, and epididymitis in outpatient urological practice: the Canadian PIE Study. *Urology*, 66: 935, 2005 [PubMed: 16286098]

Полный список литературы см. на сайте logospress.ru.