

О.М. Авраменко<sup>1</sup>, О.О. Хаустова<sup>2</sup>

## ХВОРОБЛИВА ПОВЕДІНКА У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

<sup>1</sup>Клінічна лікарня «Феофанія», м. Київ<sup>2</sup>Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ  
7974247@gmail.com

**Ключові слова:**  
психічні розлади,  
хронічний біль,  
депресивний розлад,  
тривожний розлад,  
больова поведінка.

**Актуальність.** Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з хронічним болем залежить від взаємодії цілої низки біологічних, психологічних і соціальних факторів, серед яких чільне місце посідає психоемоційний стан хворих. Враховуючи багатфакторний суб'єктивний характер сприйняття болю і реагування на нього, у частини пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує.

**Метою** дослідження була оцінка предикторів формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

**Методи.** Було проаналізовано соціально-демографічні характеристики, особливості ХБС 135 пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу та НПР. Було проведено обстеження за шкалою DIRE.

**Результати.** Соціально-демографічні характеристики і окремі риси ХБС істотно не впливали на формування хворобливої поведінки. Наявність НПР (депресивних, тривожних та змішаних) за підшкалою фактора ризику шкали DIRE достовірно ( $p < 0,05$ ) асоційовані з больовою поведінкою. Сумарний бал шкали DIRE в зворотній інтерпретації також вказує на схильність до формування больової поведінки.

**Висновки.** Необхідно проводити діагностику НПР у пацієнтів з ХБС для виявлення ризику формування хворобливої больової поведінки. Можливе розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення схильності до хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС.

**Актуальність.** М. Lefkowitz ще у 2003 році сформулював характерні ознаки хронічного больового синдрому (ХБС): увага пацієнта постійно прикута до болю; скарги на біль мають постійний характер; пацієнт драматизує больові відчуття, наочно їх демонструючи (зойк, стогін, гримаси, накульгування тощо); використання безлічі різноманітних ліків; часте звертання за медичною допомогою; погіршення сімейних стосунків (чоловік/ жінка відчуває занепокоєння, депресію і страх) [1, 2, 6]. У низки пацієнтів з ХБС формується специфічна больова поведінка, що перешкоджає процесу видужання та значно його подовжує. Частина пацієнтів опановує біль, частково зменшує фіксацію уваги на ньому, починає сприймати його як дещо належне та неминуче, продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності. Але у багатьох випадках пацієнти з ХБС стають надмірно «підлеглими» й залежними: вони потребують більшої уваги, відчувають себе надмірно хворими і формують хворобливу обмежувальну поведінку зі зменшенням активності й зняттям з себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків [5, 13, 16, 22, 27, 31, 38, 43].

Хронічний біль, на думку різних авторів, у 10–100% випадків поєднується з депресією. Причинно-наслідковий зв'язок ХБС і депресії підтверджується наступними висновками багатьох досліджень: депресія і біль мають певні однакові характеристики, але є різними хворобливими станами; депресія передуює хронічному болю; епізоди депресії перед епізодами хронічного болю є предикторами її розвитку після виникнення болю; де-

пресія є наслідком хронічного болю; дезадаптивні копінг-стратегії сприяють взаємодії депресії і хронічного болю. Причому більшість з дослідників приходять до висновку, що біль та інвалідизація передують депресії [4, 7, 8, 17, 19, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 34, 35, 39, 40, 42].

Ще у 1996 році Von Korff & Simon зробили епідеміологічні узагальнення щодо понад 25 тисяч обстежених пацієнтів з НПР і ХБС у загальній медичній практиці, зауваживши, що біль тісно пов'язаний з тривожними й депресивними розладами [18]. На їх думку, залежність інтенсивності та кількості вогнищ болю від життєвих подій є предиктором депресивних і, частково, тривожних розладів. Поєднання болю і депресії супроводжується зниженням життєвого тону, розладами сну і тривогою. Втім, такі пацієнти не демонструють відчуття провини і бажання усамітнитися. Автори також зауважили, що при гострому болю психологічний дистрес і зниження працездатності мають легкий і транзиторний характер, але значно погіршуються при хронізації й ускладненні симптоматики. Причому, саме біль, а не наявність хронічного соматичного захворювання, асоціюється з розвитком депресивного розладу, особливо на тлі плинних підпорогових депресивних симптомів. Найстійкіша кореляція в цьому та низці інших досліджень була визначена щодо тяжкості болю, наявності декількох больових вогнищ і певної локалізації (насамперед шия, а також груди і живіт) [2, 5, 7, 10, 11].

Також відомо про поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну. Низка досліджень щодо факторів ризику рецидиву депресивних і тривожних

розладів підтверджує, що підпорогові депресивні й тривожні симптоми є найпослідовнішими прогностичними факторами появи тривоги і депресії, особливо при приєднанні болю [4, 6–12, 24, 32, 36, 37]. Тривожні і тривожно-депресивні розлади більшою мірою асоційовані із болем кардіореспіраторного генезу, порівняно зі шлунково-кишковим та скелетно-м'язовим болем [2, 10, 14, 15].

Дослідження сканування головного мозку підтвердили наявність спільних патофізіологічних шляхів – перекриття нейронних мереж емоцій і болю, особливо у префронтальних кіркових ділянках мозку [12, 14]. Біль може спричинити такі зміни, як дерегуляція симпато-адреналової осі (збільшення рівня кортизолу) і вегетативної нервової системи (збільшення симпатичної або зменшення парасимпатичної функції), що призводить, насамперед, до нового епізоду депресивного розладу. Попередні депресивні епізоди роблять пацієнта більш уразливим до болю [11, 23, 26]. Рецидиви тривожних розладів не мають таких стійких кореляцій із ХБС, за винятком ПТСР [16]. Але поєднання болю з депресією призводить до збільшення тривожної симптоматики [32, 36].

Багаточисленні дослідження довели, що вдала терапія ХБС негативно впливає на депресію і навпаки [10, 11, 16, 33]. Науковці вважають, що лікування депресії має тривати до повної ремісії, особливо у тих пацієнтів, які зазнають значущого болю, бо вони складають групу підвищеного ризику [2, 10, 11, 23, 41].

Опорними точками терапії хронічного болю, за даними багатьох закордонних і вітчизняних досліджень, є скринінг психічних і наркологічних розладів, уникнення прийому анагетиків та седатиків-гіпнотиків на регулярній основі з підвищенням доз, адекватна фармакотерапія афективних розладів, фізіотерапія, достатній комплаєнс, максимально раннє повернення до роботи, редукуючий вплив родини на хворобливу поведінку [11, 15, 18, 31].

Метою дослідження була оцінка предикторів формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутнього психічного розладу у вигляді депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР).

## Матеріали та методи дослідження

Ми провели скринінг 187 пацієнтів з ХБС (коди стану за МКХ–10 R52.1, R52.2), які проходили лікування у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС. За критеріями включення/виключення було відібрано 171 особу, з яких до подальшого аналізу включено 135 осіб, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групу (КГ). Всі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду (ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). В основну групу увійшло 99 пацієнтів, які на тлі ХБС мали непсихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектра, визначені за МКХ–10. За результатами обстеження пацієнтів було поділено на три групи: ОГ1 – ХБС+ВДР (R52.1–2+F32–33) кількістю 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1–2+F41.0–1) кількістю 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1–2+F41.2–3,F43.22) кількістю 33 особи. У групу контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без

психічних розладів непсихотичного регістру, їх кількість становила 36 осіб.

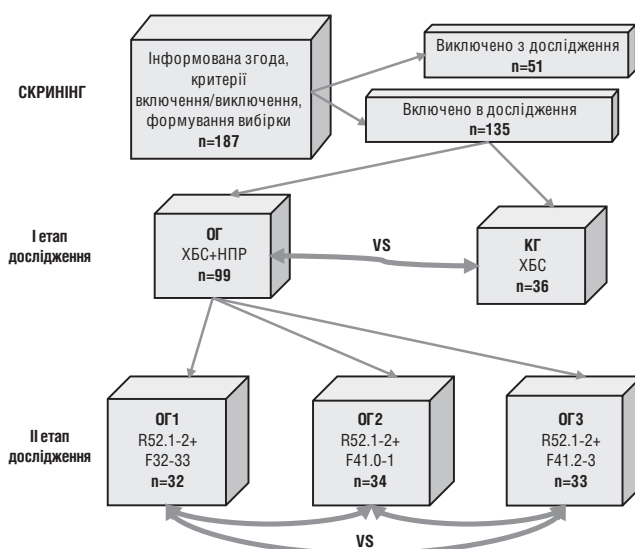


Рисунок. Дизайн дослідження

Серед обстежених пацієнтів було 50 чоловіків (37,1%) і 85 жінок (62,9%), (табл. 1). Розподіл за статтю в усіх досліджених групах достовірно не різнився ( $P=0,1032$ ).

Таблиця 1. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	11	34,4	13	38,2	12	36,4	14	38,9
Жінки	21	65,6	21	61,8	21	64,6	22	61,1

Вік пацієнтів був у межах 20–75 років, із переважаням осіб старшої вікової категорії в усіх групах (табл. 2). Найбільшу питому частку, до 1/3 усіх обстежених, склали особи вікової категорії 51–65 років (відповідно ОГ1 – 31,3%, ОГ2 – 29,4%, ОГ3 – 33,3%, КГ – 30,6%), причому середній вік в окремих групах достовірно не відрізнявся ( $P=0,1086$ ). Втім, варто відмітити певну тенденцію до накопичення осіб більш старшого віку в групі ОГ1 та молодшого віку в групі ОГ2.

Таблиця 2. Розподіл обстежених осіб за віком (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
20–35 т	5	15,6	7	20,6	6	18,2	7	19,4
36–50 т	8	25,0	10	29,4	7	21,2	8	22,2
51–65 т	10	31,3	10	29,4	11	33,3	11	30,6
>65д	9	28,1	7	20,6	9	27,2	10	27,8
Середній вік	57,6±9,8		53,66±10,3		55,8±8,5		56,2±9,6	

Таким чином, досліджувані групи є репрезентативними за віком і статтю, що й передбачалось умовами дослідження.

Був проведений аналіз досліджуваних груп з використанням «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта з хронічним болем» за соціально-демографічними (статтю, віком, сімейним станом, ступенем трудової зайнятості), клінічними (соматичною

обтяженістю, окремими характеристиками ХБС) показниками, а також за шкалою DIRE.

В адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «Контроль болю» (Київ, 2011) зазначено, що оцінка DIRE, як клінічний рейтинг, використовується для прогнозування доцільності й ефективності тривалого застосування опіоїдної аналгезії з приводу ХБС неонкологічного генезу. Вона складається з 4 факторів, які оцінюються окремо, а потім складаються, щоб створити оцінку DIRE: діагностика (D), невіддатливість (I), ризик (R) і ефективність (E). Фактор ризику, в свою чергу, розбивається на чотири підкатегорії, в яких рейтинг визначається окремо; потім бали складаються, щоб отримати сукупний показник. Підкатегорії ризику – це психологічне здоров'я (пз), хімічне здоров'я (хз), достовірність (д) і соціальна підтримка (сп). Кожен фактор оцінюється за шкалою Лікарта від 1 до 3, де 1 відповідає найменш переконливому або найменш сприятливому випадку призначення опіоїдів, а 3 відповідає найбільш переконливому або сприятливому випадку призначення опіоїдів. Загальний показник використовується для визначення того, чи є пацієнт підходящим кандидатом для опіоїдної аналгезії. Результати можуть варіюватися від 7 балів, як найнижчий показник (пацієнт отримує всі 1) до 21 бала, як найвищий показник (пацієнт отримує всі 3). У дослідженні надійності та достовірності більш високі бали (14 або вище) свідчать про більш успішний процес призначення щодо податливості пацієнта та ефективності лікування опіоїдними анальгетиками, а отже – про менший ризик формування хворобливої больової поведінки.

Навпаки, результат DIRE 7–14 балів свідчить, що пацієнту недоцільно призначати довготривалу опіоїдну аналгезію насамперед через велику схильність до формування хворобливої поведінки. Шкала DIRE дозволяє зосередити увагу на значущих проблемах в лікуванні ХБС, а саме: погане самопочуття пацієнта з ХБС на тлі мінімальних об'єктивних даних або відсутності певного діагнозу; зловживання алкоголем, снодійними або іншими ПАР; психічні розлади; комплаєнс і результат попередньої терапії; спосіб життя і ступінь соціальної підтримки тощо.

## Результати та їх обговорення

В межах соціально-демографічного методу нами був оцінений сімейний стан пацієнтів з ХБС та ступінь трудової зайнятості в залежності від психічного стану.

Понад половина обстежених відповіли, що проживають у родині (57,0%), 21,5% були розлучені, 5,2% є одинаками, 11,1% – вдівцями / удовами, 5,2% перебували у цивільному шлюбі (табл. 3). Очікувано, найбільша питома частка одружених була серед осіб середньої вікової категорії ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 3. Розподіл обстежених осіб за сімейним станом (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Одинак (-чка)	2	6,3	2	5,9	2	6,1	1	2,8
Розлучений (-а)	8	25,0	7	20,6	8	24,2	6	16,6
Вдівець (вдова)	4	12,5	4	11,8	5	15,1	2	5,6
Подружжя	17	53,1	19	55,8	17	51,6	24	66,7
Цивільний шлюб	1	3,1	2	5,9	1	3,0	3	8,3

Позитивно оцінити проживання у родині можна лише за умови наявності соціальної підтримки у родині на тлі сприятливого психологічного родинного клімату (табл. 4). Аналіз результатів опитування засвідчив, що більшість пацієнтів оцінює психологічний клімат в своїй родині як сприятливий з більшим (53,5%) або меншим (27,1%) ступенем впевненості, 16,2% не впевнені у своїй оцінці, і лише 3,2% відповіли на питання заперечно.

Таблиця 4. Розподіл обстежених осіб за сімейним благополуччям (n=171)

Сприятливий психологічний клімат у родині	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Впевнено так	19	59,4	17	50,0	16	48,9	20	55,6
Скоріше так	8	25,0	10	29,5	8	24,2	11	30,6
Скоріше ні	4	12,5	6	17,6	7	21,2	5	13,8
Впевнено ні	1	3,1	1	2,9	2	6,1	-	-

Переважає більшість пацієнтів в усіх групах працювали (повний робочий день+часткова зайнятість) – відповідно 48,1% та 23,7%, що сумарно складає 71,8%. Причому, частина пенсіонерів також увійшли в групу осіб з повною та частковою зайнятістю (9 осіб, 6,7%).

Таблиця 5. Розподіл обстежених осіб за ступенем трудової зайнятості (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повний робочий день	14	43,8	18	56,3	14	42,4	19	52,8
Часткова зайнятість	7	21,9	8	23,5	9	27,3	8	22,2
Безробітний	1	3,1	2	5,9	1	3,0	3	8,3
Непрацюючий член родини	3	9,4	2	5,9	2	6,1	-	-
Пенсіонер	4	12,5	3	8,9	4	12,1	5	13,9
Інвалід	3	9,4	1	2,9	3	9,1	1	2,8

Пацієнти усіх груп отримували стандартне лікування з приводу спондилолітезу (33 особи, 24,4%), остеохондрозу (48 осіб, 35,6%), артритів (21 особа, 15,6%) і посттравматичних змін (33 особи, 24,4%) (табл. 6).

Таблиця 6. Розподіл обстежених осіб за соматичною обтяженістю (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Спондилолітез	8	15,6	9	20,6	8	18,2	8	19,4
Остеохондроз	10	25,0	13	29,4	11	21,2	14	22,2
Артрити (артралгії)	6	31,3	4	29,4	5	33,3	6	30,6
Посттравматичні зміни ОРА	8	28,1	8	20,6	9	27,2	8	27,8

Стаж больового синдрому складав ( $13,7 \pm 6,5$ ) років. Частота загострень становила ( $4,9 \pm 2,6$ ) разів на рік. Кількість вогнищ болю сягала ( $1,8 \pm 0,9$ ). Пацієнти мали хронічний неускладнений больовий синдром з наступними ознаками: біль залежав від фізичної активності (зменшувався після відпочинку); напади були спровоковані фізичним навантаженням; біль мав рецидивуючий характер; локалізація – спина, верхня частина ноги; відсутність загострення неврологічної симптоматики; нормальний соматичний стан. Неврологічно: переважно хронічна вертеброгенна люмбалгія, люмбошіалгія (табл. 7).



Таблиця 7. Розподіл обстежених осіб за характеристиками хронічного больового синдрому (n=171)

Групи	ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Залежність від фізичної активності	61	61	58	58	11	54	11	72
Рецидивуючий характер	9	96,7	7	92	9	94	10	86
Тривалість болю >90 днів		67		57		72		37
Стаж больового синдрому	15,3±6,6		11,4±5,2		16,1±8,6		12,2±5,5	
Частота загострень	5,2±2,6		4,9±2,6		5,1±2,8		4,2±2,2	
Кількість вогнищ болю	2,2±0,9		1,9±1,2		1,9±0,8		1,2±0,6	

За шкалою DIRE (табл. 8) ми отримали результати, що дозволили вважати її придатною для визначення схильності пацієнта до формування хворобливої поведінки. Показник фактора діагнозу (щодо ХБС) для всіх груп обстежених пацієнтів суттєво не відрізнявся і балансував навколо 2 балів, відображаючи, здебільшого, повільнопрогресуючі стани з помірним боєм або фіксовані стани з середніми об'єктивними даними. Як добро-якісні хронічні стани з мінімальними об'єктивними даними, так і занедбані стани, асоційовані з сильним боєм з об'єктивними даними не мали значущої питомої ваги.

Щодо фактора невіддатливості, була відмічена достовірна різниця між КГ і ОГ1 (відповідно 2,6 VS 1,3;  $p<0,05$ ). Така ж тенденція, яка, втім, не досягла рівня достовірності, простежена між КГ і ОГ3 (відповідно 2,6 VS 1,5). Отже, саме наявність депресії, в тому числі у поєднанні із тривогою, створює певні бар'єри в лікуванні пацієнтів з ХБС і частково визначає пасивну роль пацієнта в лікувальному процесі.

Складний фактор ризику шкали DIRE виявився дуже показовим щодо обстежених груп пацієнтів з ХБС у більшості підкатегорій: психологічне здоров'я (пз), хімічне здоров'я (хз) і соціальна підтримка (сп), за виключенням достовірності (д). Якщо в підкатегорії «пз» достовірність ( $p<0,05$ ) відмінностей між КГ та групами ОГ1, ОГ3 (відповідно 3,0 VS 1,5; 1,4) та наочна тенденція до такої щодо груп КГ і ОГ2 (відповідно 3,0 VS 1,7) була відображенням умов формування досліджуваних груп (наявність розладу психіки в групах ОГ1–3 та їх відсутність в групі КГ), то в підкатегорії «сп» була відзначена достовірна різниця ( $p<0,05$ ) між КГ та групами ОГ1–3 (відповідно 2,9 VS 1,4; 1,5; 1,3). Клінічно це виглядало як зменшення соціальної активності (деяких зв'язків і життєвих ролей) різного ступеня виразності, підтримувальних взаємин сім'ї/близьких родичів

і збільшення соціальної ізоляції попри те, що більшість пацієнтів оцінювала психологічний клімат в своїй родині як сприятливий (табл. 4). Підкатегорія «хз» продемонструвала набагато менші розбіжності, враховуючи те, що пацієнти з НПР вже мають досвід лікування психотропними ліками, додатково до досвіду прийому ліків для знеболювання с приводу ХБС (КГ VS ОГ1–3 відповідно 2,8 VS 1,8; 1,6; 1,7). В підкатегорії комплаєнсу «д» групи пацієнтів з тривогою виявилися більш схильними до порушення режиму лікування (відповідно (ОГ2 – 1,7; ОГ3 – 1,9), порівняно з депресивними пацієнтами (ОГ1 – 1,9) та контрольною групою (2,7), але без ознак достовірності. Останній фактор ефективності лікування продемонстрував достовірну ( $p<0,05$ ) відмінність тільки в порівнянні КГ з ОГ1 (2,8 VS 1,3), групи ОГ2–3 мали чітку, але не достовірну тенденцію до такої відмінності (КГ VS ОГ2–3 відповідно 2,8 VS 1,7; 1,5).

Загальний бал D+I+R+E у всіх групах пацієнтів з НПР виявився меншим за 12 (ОГ1–3 відповідно 11,7; 11,8; 11,3), а в КГ сягнув 19 балів. Враховуючи загально-прийняту в світі інтерпретацію шкали DIRE (прямий відлік) і результати нашого дослідження (зворотний відлік), зауважуємо, що пацієнти з ХБС із КГ придатні до для довготривалої опіоїдної аналгезії та не схильні до формування хворобливої поведінки (бали 14–21). Навпаки, пацієнти з НПР на тлі ХБС (групи ОГ1–3) не придатні для довготривалої опіоїдної аналгезії та мають схильність до формування хворобливої поведінки (бали 7–13), особливо за поєднання тривоги й депресії.

## Висновки

Проживання у родині, особливо зі сприятливим психологічним кліматом, є певним запобіжником (тенденція, але не достовірна) НПР у пацієнтів з ХБС. Більш низький рівень трудової зайнятості був асоційований з наявністю депресивних та тривожно-депресивних, але не суто тривожних розладів. Вид соматичної обтяжливості та окремі характеристики ХБС не мали достовірного впливу на формування хворобливої больової поведінки, але стаж больового синдрому, частота загострень і кількість вогнищ болю мали тенденцію до збільшення у пацієнтів з депресивними та тривожно-депресивними НПР.

За шкалою DIRE для пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу, в її стандартній інтерпретації: пацієнти з ХБС із КГ придатні для довготривалої опіоїдної аналгезії. Враховуючи загальний бал, а також окремо фактори ризику, невіддатливості та ефективності лікування вони не схильні до формування хворобливої поведінки. Навпаки, пацієнти з НПР на тлі ХБС непридатні для довготривалої опіоїдної аналгезії та мають схильність до формування хворобливої поведінки, особливо за поєднання тривоги й

Таблиця 8. Розподіл обстежених осіб за шкалою DIRE (n=171) (кількість балів)

Групи		ОГ1 (n=32)		ОГ2 (n=34)		ОГ3 (n=33)		КГ (n=36)	
Діагноз		2,1		1,8		2,0		2,2	
Невіддатливість		1,3*		1,8		1,5		2,6*	
Ризик	психологічне здоров'я	7,0	1,5*	6,5	1,7	6,3	1,4*	11,4	3,0*
	хімічне здоров'я		1,8		1,6		1,7		2,8
	комплаєнс (достовірність)		2,3		1,7		1,9		2,7
	соціальна підтримка		1,4*		1,5*		1,3*		2,9*
Ефективність лікування		1,3*		1,7		1,5		2,8*	
Загальний бал		11,7		11,8		11,3		19,0	

Примітка. \*  $p<0,05$ .

депресії. Отримані результати дозволяють рекомендувати розширення сфери клінічного використання шкали DIRE для визначення хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС.

## Список використаної літератури

- Берсенева В. Біль у спині / В. Берсенева. – К.: Аверс, 2008. – 158 с.
- Бронштейн А. С. Изучение и лечение боли (обзор литературы и постановка задачи) / В. Л. Ривкин, А. С. Бронштейн // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 2. – С. 29–33.
- Вахнина Н. В. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение / Н. В. Вахнина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – № 3. – С. 30–34.
- Вознесенская Т. Г. Хроническая боль и депрессия / Т. Г. Вознесенская // Фарматека. – 2008. – № 6. – С. 10–15.
- Воробьева О. В. Диагностика и лечение боли в спине / О. В. Воробьева // Нейроновс. – 2010. – № 5. – С. 50–54.
- Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли. Обзор / В. Л. Голубев, А. Б. Данилов // РМЖ. Специальный выпуск «Болевой синдром» – 2009. – С. 11–14.
- Данилов А. Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль / А. Б. Данилов // Российский журнал боли – 2010. – № 1 (26) – С. 3–8.
- Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) / Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. [Хобзей М.К., Пінчук І.Я., Марценковський І.А. та ін.] – К., 2014. – 82 с.
- Діагностика афективних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями / О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, О. В. Прохорова, С. Г. Сахно // Психіатрична допомога. Інформаційний бюлетень. – 2014. – №1. – С. 24–29.
- Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: практическое руководство для врачей / Т. Дж. Стайнер и др.; пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой; науч. ред. В. В. Осипова, Т. Г. Вознесенская, Г. Р. Табеева. – М.: ООО ОГИ. Рекламная продукция – 2010. – 56 с.
- Контроль болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, 2011. – 262 с.
- Кузнецова Е. А. Функциональная активность мозга при хронических ежедневных головных болях / Е. А. Кузнецова, Э. З. Якупов // Российский журнал боли. – 2011. – № 2 (31). – С. 30–31.
- Кукушкин М. Л. Механизмы патологической боли / М. Л. Кукушкин, В. К. Решетняк // Медицина неотложных состояний. – 2009. – № 2. – С. 34–39.
- Левада О. А. Нейропсихология боли / О. А. Левада // Нейроновс. – 2011. – № 3. – С. 22–24.
- Махамбетчин М. М. Вторичная болевая реакция – новый параметр болевой чувствительности / М. М. Махамбетчин // Боль. – 2009. – № 2. – С. 19–23.
- Невропатическая боль: клинические наблюдения / под ред. Н. Н. Яхно, В. В. Алексеева, Е. В. Подчуфаровой, М. Л. Кукушкина. – М.: Издательство РАМН. – 2009. – 264 с.
- Оптимізація підходів до надання психіатричної допомоги відповідно до сучасних потреб учасників бойових дій: методичні рекомендації / [Богомолець О. В., Пінчук І. Я., Друзь О. В. та ін.] – Київ, 2014. – 46 с. 16
- Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) [Посібник] / Чабан О. С., Хаустова О. О. – К.: ТОВ "ДСГ Лмд", 2004. – 96 с.
- Arthritis pain and disability: response to collaborative depression care / Lin E. H., Tang L., Katon W. [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2006. – Vol. 28. – P. 482–486.
- Borsook D. The pain imaging revolution: advancing pain into the 21st century / D. Borsook, S. Sava, L. Becerra // Neuroscientist. – 2010. – Vol. 16. – P. 171–185.
- Campbell L. C. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective / L. C. Campbell, D. J. Clauw, F. J. Keefe // Biol Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 399–409.
- Chronic pain and pain-related disability across psychiatric disorders in a clinical adolescent sample / Mangerud W. L., Bjerkeset O., Lydersen S., Indredavik M. S. // BMC Psychiatry. – 2013. – Vol. 13. – P. 272.
- Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial / S. K. Dobscha, K. Corson, N. A. Perrin [et al.] // JAMA. – 2009. – Vol. 301. – P. 1242–1252.
- Depression and pain comorbidity: a literature review / Bair M. J., Robinson R. L., Katon W., Kroenke K. // Arch Intern Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.
- Depressive episode characteristics and subsequent recurrence risk / Patten S. B., Williams J. V., Lavorato D. H. [et al.] // J. Affect. Disord. – 2012. – Vol. 140. – P. 277–284.
- Elliott A. M. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study / A. M. Elliott, B. H. Smith, P. C. Hannaford // Pain. – 2002. – Vol. 99. – P. 299–307.
- Grading the severity of chronic pain / Von Korff M., Ormel J., Keefe F. J., Dworkin S. F. // Pain. – 1992. – Vol. 50. – P. 133–149.
- Impact of pain on depression treatment response in primary care / Bair M. J., Robinson R. L., Eckert G. J. [et al.] // Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 17–22.
- Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders / Gerrits J. G., Vogelzangs N., van Oppen P. [et al.] // Pain. – 2012. – Vol. 153. – P. 429–436.
- Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis / Polsky D., Doshi J. A., Marcus S. [et al.] // Arch Intern Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1260–1266.
- Multimorbidity and quality of life: a closer look / M. Fortin, M. F. Dubois, C. Hudon [et al.] // Health Qual Life Outcomes. – 2007. – Vol. 5. – P. 52.
- Pain interference impacts response to treatment for anxiety disorders / Teh C. F., Morone N. E., Karp J. F. [et al.] // Depress. Anxiety. – 2009. – Vol. 26. – P. 222–228.
- Preacher K. J. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models / K. J. Preacher, A. F. Hayes // Behav. Res. Methods. – 2008. – Vol. 40. – P. 879–891.
- Psychosocial impairment and recurrence of major depression / Solomon D. A., Leon A. C., Endicott J. [et al.] // Compr. Psychiatry. – 2004. – Vol. 45. – P. 423–430.
- Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care / K. Kroenke, J. Wu, M. J. Bair [et al.] // J. Pain. – 2011. – Vol. 12. – P. 964–973.
- Recurrence of anxiety disorders and its predictors / Scholten W. D., Batelaan N. M., van Balkom A. J. [et al.] // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 147. – P. 180–185.
- Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care / Means-Christensen A. J., Roy-Byrne P. P., Sherbourne C. D. [et al.] // Depress Anxiety. – 2008. – Vol. 25. – P. 593–600.
- Relationships among psychosocial functioning, diagnostic comorbidity, and the recurrence of generalized anxiety disorder, panic disorder, and major depression / Rodriguez B. F., Bruce S. E., Pagano M. E., Keller M. B. // J. Anxiety. Disord. – 2005. – Vol. 19. – P. 752–766.
- Sambamoorthi U. Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety / R. Bhattacharya, C. Shen // BMC Psychiatry. – 2014. – Vol. 14. – P. 10.
- The association of depression and painful physical symptoms—a review of the European literature / A. Garcia-Cebrian, P. Gandhi, K. Demyttenaere, R. Peveler // Eur. Psychiatry. – 2006. – Vol. 21. – P. 379–388.
- The impact of chronic pain in the community / Smith B. H., Elliott A. M., Chambers W. A. [et al.] // Fam. Pract. – 2001. – Vol. 18. – P. 292–299.
- The impact of chronic somatic diseases on the course of depressive and anxiety disorders / Gerrits J. G., van Oppen P. [et al.] // Psychother Psychosom. – 2013. – Vol. 82. – P. 64–66.
- The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam / Bisschop M. I., Kriegsman D. M., Deeg D. J. [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2004. – Vol. 57. – P. 187–194.
- The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods / Penninx B. W., Beekman A. T., Smit J. H. [et al.] // Int. J. Methods. Psychiatr. Res. – 2008. – Vol. 17. – P. 121–140.

## БОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ О.Н. Авраменко, Е.А. Хаустова

Актуальность. Формирование болевого поведения у пациентов с хронической болью зависит от взаимодействия целого ряда биологических, психологических и социальных факторов, среди которых главное место занимает психоэмоциональное состояние больных. Учитывая многофакторный субъективный характер восприятия боли и реагирования на нее, у части пациентов с ХБС формируется специфическое болевое поведение, которое препятствует процессу выздоровления или значительно его удлиняет.

Целью исследования была оценка предикторов формирования болевого поведения у пациентов с ХБС в зависимости от наличия сопутствующего психического расстройства в виде депрессивного эпизода (БДР), генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и тревожно-депрессивного расстройства (ТДР).

Методы. Были проанализированы социально-демографические характеристики, особенности ХБС 135 пациентов с ХБС неонкологического генеза и НППР. Было проведено обследование по шкале DIRE.

Результаты. Социально-демографические характеристики и отдельные черты ХБС существенно не влияли на формирование болевого поведения. Наличие НППР (депрессивных, тревожных и смешанных) по подшкалам фактора риска шкалы DIRE достоверно ( $p < 0,05$ ) ассоциировано с болевым поведением. Суммарный балл шкалы DIRE в обратной интерпретации также указывает на склонность к формированию болевого поведения.

Выводы. Необходимо проводить диагностику НППР у пациентов с ХБС для выявления риска формирования болевого поведения. Возможно расширение сферы клинического использования шкалы DIRE для выявления склонности к болевому поведению у пациентов с ХБС.

**Ключевые слова:** психические расстройства, хроническая боль, депрессивное расстройство, тревожное расстройство, болевое поведение.

## PAIN BEHAVIOR IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROMES O. Avramenko, O. Khaustova

Relevance. Pain behavior formation in patients with chronic pain depends on the interaction of a number of biological, psychological and social factors, among which patients' emotional state is dominated. Based on multifactorial nature of subjective pain perception and response, specific pain behavior is formed in some patients with CPS and interferes with the healing process or significantly extend it.

Aim of the study was to assess predictors of forming pain behavior in patients with CPS, depending on the presence of comorbid psychiatric disorders such as depressive episode (MDD), generalized anxiety disorder (GAD), and anxiety-depressive disorder (TDS).

Methods. Were analyzed by socio-demographic characteristics and pain features in 135 patients with CPS non- cancer genesis and the non-psychotic mental disorders. A survey was conducted on a DIRE scale.

Results. Socio-demographic characteristics and individual CPS features had no significant effect on the formation of pain behavior. The presence of the non-psychotic mental disorders (MDD, GAD TDS) in subscale risk factor of DIRE scale significantly ( $p < 0.05$ ) associated with pain behavior. The total score of DIRE scale in its reverse interpretation also indicates the tendency to the formation of pain behavior.

Conclusions. It is necessary to diagnose the non-psychotic mental disorders (MDD, GAD TDS) in patients with CPS to identify the risk of pain behavior formation. Possible extension of DIRE scale clinical application is to identify the pain behavior propensity in patients with CPS.

**Key words:** mental disorders, chronic pain, depression, anxiety disorder, pain behavior.