

## ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ СПИНИ

Маркова Маріанна Владиславівна<sup>1</sup>, Ходаківський Юліан Станіславович<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>

<sup>2</sup> Психолог Медичного і психологічного центру «Айва» (м. Київ), здобувач кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5892-444X>

UDC: 159.97:616.7 – 616-05

### АНОТАЦІЯ

У статті аналізується стан афективної сфери у хворих з хронічним больовим синдромом спини, досліджується вираженість психопатологічної симптоматики (SCL-90R: соматизація, obsесивно-компульсивні розлади, міжособистісна сенситивність, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, паранойяльна симптоматика, психотизм, додаткові питання рівень психічного дистресу) та рівні тривоги і депресії (HADS). Описується склад вибірки, до якої увійшли 78 хворих з хронічним больовим синдромом спини та 62 особи, що не мають проблем з опорно-руховим апаратом. Наводяться дані про наявність у хворих з хронічним больовим синдромом спини певних психоемоційних проблем, пов'язаних з психопатологічною симптоматикою, тривогою і депресією. Аналіз результатів показав, що у досліджуваних цієї групи переважає клінічно виражений рівень тривоги та депресії.

Серед різноманітних психосоматичних скарг, виділені найбільш релевантні, притаманні хворим з хронічним больовим синдромом спини: розлади засинання та пробудження, неспокійний і тривожний сон, порушення харчової поведінки (поганий апетит або переїдання), почуття безнадії, постійна тривога, роздратування, емоційна лабільність, негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії, відчуття провини щодо неможливості повноцінно виконувати сімейні ролі, неспроможності

Address for correspondence, e-mail: [editpsychas@gmail.com](mailto:editpsychas@gmail.com)  
Copyright: © Marianna Markova, Yulian Khodakivsky

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

забезпечувати матеріально сім'ю через хронічний або періодичний біль, обмежену функціональну активність, обмеження свободи пересування.

На основі узагальнення отриманої інформації, нами виділено два провідних психопатологічних феномена, що визначали клінічну специфіку афективних проявів, притаманних хворим – тривожно-депресивний (55,1% пацієнтів) і сенситивно-ворожий (44,9% хворих). Клініко-психологічний зміст афективної симптоматики у осіб з тривожно-депресивним радикалом складала констеляція симптомів тривожності, фобічної тривожності й депресії, а з сенситивно-ворожими проявами – симптомів ворожості і міжособистісної сенситивності, з окремими елементами психотизму і паранойяльності. Незалежно від провідного психопатологічного радикалу, в усіх хворих значної вираженості досягали прояви соматизації, що складала патологічне тло, на якому розвивалася тривожно-депресивна або сенситивно-ворожа афективна симптоматика.

**Ключові слова:** хронічний больовий синдром спини, психоемоційний стан, психопатологічна симптоматика, тривога, депресія, соматизація, ворожість, міжособистісна сенситивність.

**Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями.** Проблема больового синдрому останнім часом набула ознак пандемії та обтяжує не лише пацієнтів і їх родини, а майже цілі суспільства (Guzij, 2017). В загальній структурі неінфекційних захворювань в останні десятиліття відмічається неухильне зростання кількості хронічних больових синдромів (ХБС), що складає, за різними даними, від 15 до 70 % (Avramenko, 2015). За даними метааналізу В. Van Houdenhove, який включав вивчення історій 12234 пацієнтів первинної ланки медичної допомоги, 20-45% з них страждали на ХБС, на основі чого ХБС було визнано синдромом, що зустрічається найбільш часто в терапевтичній практиці (Sapon & other, 2015). За даними дослідження PAIN in Europe, в якому брало участь більше ніж 45 тисяч осіб з 16 країн, практично кожен п'ятий дорослий європейець стра-

ждає від хронічного болю, причому середня тривалість хронічного болю становила 7 років, а кожен п'ятий пацієнт відчував хронічний біль протягом понад 20 років (Breivik & other, 2006). Те ж дослідження довело, що на ХБС спини (без уточнення локалізації) (ХБСС) страждають 24% населення, на хронічний біль в поперековій області – 18%, біль у ший – 8% (Kukushkin & and other, 2013). Як зазначає І. В. Романенко, «питання болю висвітлюється у безлічі публікацій, наукових дискусіях і практичних рекомендаціях, є темою теоретичних розборів, але біль у спині залишається однією з найскладніших терапевтичних проблем сьогодення, зважаючи на його неспецифічний характер (у 90% випадків). При цьому синдромі у пацієнта наявна уся різноманітність проявів больового компонента з локалізацією від голови до п'ят» (Guzij, 2017).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'я-**

зання даної проблеми і на які спирається автор. Більш ніж 40 % людей, які страждають на ХБСС, вказують, що більш серйозно знижує якість їхнього життя (Kukushkyn & other, 2011). Крім того, за свідомством О. С. Чабана, О. О. Хаустової, ХБСС може ініціювати порушення у системі регуляції самого болювого відчуття, викликати тривожні і депресивні реакції або впливати на ступінь їх вираженості [7]. При цьому, на думку Н. Л. Боженко, негативні афективні прояви змінюють параметри фізіологічних процесів, переводячи організм в інший режим функціонування, який характеризується значно вищим напруженням адаптаційних систем та компенсаторних механізмів, що, в свою чергу, призводить до їх виснаження, та, зрештою може спричинити поглиблення вже існуючих та формування вторинних соматичних симптомів [8]. Крім того, доведено, що негативні емоційні стани створюють значну перепону в досягненні терапевтичного ефекту щодо основного захворювання. Невраховані патогенні емоції – проблема не лише лікування, а й реабілітації. Часто тривога та депресія становлять причину біологічної поразки в лікуванні: вплив цих емоцій є основним чинником у недосягненні бажаної якості життя пацієнта (Chaban and other, 2016).

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячується стаття.** Курація пацієнтів з дорсалгіями в Україні регламентована наказом МОЗ № 487 від 17.08.2007 «Про затвердження клінічних

протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія». Втім, проблема комплексного лікування ХБСС, обтяженого патологічними афективними проявами, не є вирішеною, зважаючи на трансформацію клінічної картини ХБСС на тлі навантаження негативних психоемоційних проявів, тригерну і обтяжуючу роль стресу (Liu & Tao, 2017), а також відсутність чітких клінічних рекомендацій щодо курації пацієнтів з поєднаними хворобливими станами (Chaban and other, 2016). Вище перелічене робить вивчення особливостей афективної сфери у хворих на ХБСС актуальною задачею сучасної медико-психологічної науки і практики.

#### **Формулювання мети або цілей статті**

Мета дослідження полягала у ідентифікації особливостей стану афективної сфери у пацієнтів з ХБСС, для визначення в подальшому мішеней медико-психологічних втручань в комплексному лікуванні даного контингенту.

**Наукове обґрунтування методології проведеного дослідження. Контингент і методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети протягом 2016 – 2019 рр. клініко-психологічним і психодіагностичним методами було обстежено 78 хворих з ХБСС (основна група, ОГ) та 62 умовно здорові особи (група порівняння, ГП).

Критеріями включення до основної групи дослідження були:

а) інформована згода на участь в дослід-

дженні;

б) ХБСС в межах рубрики М54.0-9 дорсалгії за МКХ-10 тривалістю не менше 3-х місяців;

в) вік від 20 до 65 років;

г) відсутність інших тяжких соматичних захворювань;

г) відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів;

е) інтенсивність больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою  $\geq 4$  балів; за цифровою рейтинговою шкалою  $\leq 5$  балів

птоматики (Podkorytov & Chajka, 2003), а також опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики Дерогатіс (Symptom Check List 90 Revised SCL-90R), за допомогою якого визначали вираженість і структуру наявної у хворих психопатологічної симптоматики (Tarabry`na, 2001).

Для розв'язання дослідницьких завдань та забезпечення достовірності основних положень та висновків використано математично-статистичні методи з використанням STATISTICA (SPSS-22).

Таблиця 1.

**Кількісний розподіл наявних тривожних і депресивних проявів у осіб ОГ і ГП (%)**

Показники і рівень його вираженості	Досліджувані групи	
	ОГ, n=78	ГП, n=62
<b>Тривога</b>		
Клінічний рівень вираженості	80,8	—
Субклінічний рівень вираженості	19,2	35,5
Норма	—	64,5
<b>Депресія</b>		
Клінічний рівень вираженості	64,1	—
Субклінічний рівень вираженості	35,9	24,2
Норма	—	75,8

(легкий, помірний, середньо-тяжкий біль); за функціональною шкалою болю  $\leq 2$  балів (допустимий біль, що не перешкоджає діяльності, та допустимий біль, що перешкоджає здійсненню деяких видів діяльності).

Для оцінки стану афективної сфери використовували госпітальну шкалу тривоги та депресії HADS, призначену для скринінгового обстеження соматичних пацієнтів на предмет виявлення у них депресивної і тривожної сим-

**Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів.**

Порівняльний аналіз результатів, отриманих з використанням шкали HADS, довів значущі відмінності у стані афективної сфери у осіб основної і порівняльної груп (табл. 1). Серед хворих ОГ у 80,8% осіб встановлено прояви тривожного реагування клінічної вираженості, а у 64,1% – ще й депресивні клінічно окресле-

ні прояви. У інших респондентів мали місце мозаїчні донозологічні ознаки тривоги і депресії. На відміну від ОГ, показники психічного стану питомої ваги осіб ГП знаходились в амплітуді нормативних значень (тривожних проявів не виявлено у 64,5% респондентів, депресивних – у 75,8%), а в інших встановлені окремі субклінічні симптоми тривожного (35,5%) або депресивного (24,2%) реагування.

Серед симптомів тривожного кола у

було відчуття ангедонії.

Встановлену тенденцію підтвердили результати вивчення вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою SCL-90R (табл. 2): у питомої ваги хворих ОГ спостерігались високі або підвищені показники за більшістю шкал, в той час як серед осіб ГП переважна кількість демонструвала відсутність психопатологічних проявів, а інші – середній рівень вираженості окремих симп-

Таблиця 2.

**Вираженість психопатологічної симптоматики у ОГ і ГП (%)**

Шкали	ОГ, n=78			ГП, n=62		
	Рівень вираженості					
	висо- кий	сере- дній	низь- кий	висо- кий	серед- ній	низь- кий
1. Соматизація	76,9	23,1	–	–	16,1	83,9
2. Обсесивно- компульсивні розлади	–	15,4	84,6	–	12,9	87,1
3. Міжособистісна сензи- тивність	47,4	46,2	6,4	3,2	16,1	80,7
4. Депресія	47,4	52,6	–	–	14,5	85,5
5. Тривожність	62,8	37,2	–	–	19,4	80,6
6. Ворожість	42,3	34,6	23,1	1,6	19,4	79,0
7. Фобічна тривожність	26,9	26,9	46,2	–	3,2	96,8
8. Паранойяльна симпто- матика	–	15,4	84,6	–	3,2	96,8
9. Психотизм	–	12,8	87,2	–	1,6	98,4
10. Додаткові питання	53,8	46,2	–	1,6	16,1	82,3
Рівень психічного дис- тресу (GSI)	35,9	30,8	33,3	2,13	12,25	85,62

обстежених ОГ достовірно вищими ( $p<0,05$ ) були скарги на постійне відчуття напруженості, відчуття страху та постійного очікування чогось жахливого, неспокійні думки, внутрішню напругу та тремтіння. Між ознаками депресії достовірно вищим ( $p<0,01$ ) у осіб ОГ

томів. Переважна кількість осіб ОГ (66,7%) існувала в умовах високого (35,9%) або підвищеного (30,8%) психічного дистресу, в той час як серед респондентів ГП 85,6% мали низький його рівень.

Так, високий рівень вираженості симп-

томів соматизації виявився притаманним 76,9% обстежених ОГ, тривожності – 62,8%, міжособистісної сенситивності і депресії – по 47,4%, ворожості – 42,3%. Вираженість симптоматики середнього рівню за шкалою депресії спостерігалась у 52,6% осіб, шкалами міжособистісної сенситивності та додаткових питань – по 46,2%, тривожності – 37,2%, ворожості – 34,6%, фобічної тривожності – 26,9%, паранойяльної симптоматики та obsесивно-компульсивних розладів – по 15,4%, психотизму – 12,8%. Низький рівень психопатологічної симптоматики виявлено за шкалами obsесивно-компульсивних розладів (84,6% пацієнтів ОГ), паранойяльної симптоматики (84,6%), психотизму (87,2%). Майже половина від загальної кількості досліджуваних ОГ показала низький рівень за шкалою фобічної тривожності (46,2%). Проте, серед обстежених ОГ взагалі не було осіб з низьким рівнем соматизації, депресії, тривожності та за показниками шкали додаткових питань.

З різномайття психосоматичних скарг, хворі з ХБСС найбільш часто нарікали на розлади засинання та пробудження, неспокійний і тривожний сон, порушення харчової поведінки (поганий апетит або переїдання), почуття безнадії, постійну тривогу, роздратування, емоційну лабільність, негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії, відчуття провини щодо неможливості повноцінно виконувати сімейні ролі, неспроможності забезпечувати матеріально сім'ю через хронічний або

періодичний біль, обмежену функціональну активність, обмеження свободи пересування.

Між особами ГП високий рівень вираженості зустрічався тільки за шкалами міжособистісної сенситивності (у 3,2%) і ворожості – у 1,6% осіб. Середній рівень вираженості окремих ознак тривожності і ворожості було виявлено у 19,4%, соматизації – у 16,1%, депресії – у 14,5%, obsесивно-компульсивних проявів – у 12,9%, фобічної тривожності – 3,2%. Низький рівень вираженості симптоматики за окремими шкалами коливався від 79% до 98,4% обстежених ГП.

Порівняльний аналіз наявності і вираженості психопатологічної симптоматики у обстежених ОГ і ГП за процедурою порівняння медіан (Манна-Уїтні) показав значущі відмінності за шкалами соматизації ( $p < 0,001$ ), міжособистісної сенситивності ( $p < 0,043$ ), депресії ( $p < 0,001$ ), тривожності ( $p < 0,001$ ), ворожості ( $p < 0,003$ ), фобічної тривожності ( $p < 0,007$ ), додаткових питань ( $p < 0,001$ ) та рівню психічного дистресу ( $p < 0,001$ ).

Результати психодіагностичного і клініко-психологічного дослідження зі структурованим клінічним інтерв'ю, були проаналізовані нами з метою встановлення особливостей психопатологічної симптоматики, характерної для пацієнтів ОГ. На основі узагальнення отриманої інформації, нами виділено два провідних психопатологічних феномена, що визначали клінічну специфіку афективних проявів, притаманних хворим – тривожно-



депресивний (55,1% пацієнтів ОГ) і сенситивно-ворожий (44,9% хворих ОГ). Клініко-психологічний зміст афективної симптоматики у осіб з тривожно-депресивним радикалом складала констеляція симптомів тривожності, фобічної тривожності й депресії, а з сенситивно-ворожими проявами – симптомів ворожості і міжособистісної сенситивності, з окремими елементами психотизму і паранойяльності. Незалежно від провідного психопатологічного радикалу, в усіх хворих значної вираженості досягали прояви соматизації, що складала патологічне тло, на якому розвивалася тривожно-депресивна або сенситивно-ворожа афективна симптоматика.

**Висновки з даного дослідження; перспективи подальших розвідок у даному напрямі.**

Стан афективної сфери у осіб з ХБСС характеризується наявністю клінічно окреслених або донозологічних психопатологічних феноменів тривожного та/або депресивного кола, а переважна більшість з них існує в умовах високого або підвищеного психічного дистресу.

Переважає кількість осіб з ХБСС призначенні високий рівень соматизації, тривожності, міжособистісної сенситивності, депресії й ворожості.

У хворих на ХБСС встановлено два варіанти афективного аранжування психопатологічної симптоматики – тривожно-депресивний, притаманний 55,1% осіб, і сен-

ситивно-ворожий, що зустрічається у 44,9% осіб, причому обидва варіанти розвиваються на тлі патологічної соматизації.

Отримані результати розкривають **перспективи подальших досліджень**, зокрема у визначенні особистісних особливостей, поведінкових патернів, та психосоціальної сфери хворих з ХБСС і розробці на цій основі цільно-орієнтованих специфічних заходів психокорекції і психологічної підтримки даного контингенту пацієнтів.

#### References:

- Guzij, O. (2017.) *Pain Control – 2017: my'steczstvo kontrolyuvaty` bil`* [Pain Control – 2017: art to control pain]. *Ukrayins'kyj medy'chny'j chasopy's*. 5 (121) – IX/X. 39 – 42.
- Avramenko, O. M. (2015). *Xvorobly`va povedinka u paciyentiv z xronichny`m bol`ovym sy`ndromom* [Painful behavior in patients with chronic pain syndrome]. *Arxiv psy`xiatryi*. 21, № 1 (80). 63–68.
- Sapon, D. N., Хаустова, E. A., Avramenko, O. N., Bezshejko, V. G. (2015). *Menedzhement pacy`entov s xrony`cheskoj nevropaty`cheskoj bol`yu* [Management of patients with chronic neuropathic pain]. *NejroNEWS*. № 7 (71). 21–28.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., Gallacher, D. (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 10 (4). 287-333.
- Kukushkin, M. L., Tabeeva, G. R., Podchufarova, E. V. (2013) *Bol v spine: epidemiologiya, faktory riska, klassifikatsiya, diagnostika i lecheniye* [Backache: epidemiology, risk factors, classification, diagnosis and treatment] *Elektronny zhurnal NeuroNews*:

psykhonevrolohiya ta neyropsykhiatriya [Digital magazine NeuroNews: psychoneurology and neuropsychiatry], No. 4 (49). <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-796/Bol-v-spine-epidemiologiya-factory-riska-klassifikaciya-diagnostika-i-lechenie#gsc.tab=0>

Kukushky`n, M. L., Tabeeva, G. R., Podchufarova, E. V. (2011). *Kly`ny`chesky`e rekomendacy`y. Bolevoj sy`ndrom: patofy`zy`ology`ya, kly`ny`ka, lecheny`e*. [Clinical recommendations. Pain syndrome: pathophysiology, clinic, treatment.] Pod red. akad. RAMN N.N.Yaxno. M.: Y`MA-PRESS. 72.

Chaban, O. S., Khaustova, O. O. (2010). *Terapiia khronichnoho alhichnoho syndromu u patsientiv z nepsykhotychnymy depresyvnymy rozladamy i komorbidnoiu somatychnoiu patolohiiei* [Therapy of chronic algic syndrome in patients with non-psychotic depressive disorders and comorbid somatic pathology]. *Ukrainskyi Visnyk Psykhonevrolohii*, 18(1). 67–72.

Bozhenko, N. L. (2013). *Bol`ovi sy`ndromy` spy`ny`: deyaki psy`xoemocijni aspekty` i mozhly`vosti yix korekciyi* [Pain Back Syndromes: Some Psychoemotional Aspects and Possibilities for it's Correction]. *Mezhdunarodnyj nevrology`chesky`j zhurnal*. 8 (62). <http://www.nif-ua.com/archive/article/37706>

Chaban, O. S., Khaustova, O. O., Sapon, D. M., Avramenko, O. M. (2016). *Xronichny`j bil` v psy`xosomaty`chnij medy`cy`ni: monogr.* [Chronic pain in psychosomatic medicine]. Zag. red. O. S. Chaban, O. O. Khaustova. Ky`yiv: LAT & K. 118.

Liu, S., Tao, F. (2017). Role of  $\alpha$ -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor regulation in stress-induced pain chronification. *World J Biol Chem*. 8 (1). 1-3.

Podkorytov, V. S., Chajka, Yu. Yu. (2003). *Depressy`y. Sovremennaya terapy`ya*. [Depression. Modern

therapy] Har`kov: «Tornado». 349

Tarabry`na, N. V. (2001). *Prakty`kum z psy`xologiyi postravmaty`chnogo stresu*. [Practicum on the psychology of post-traumatic stress] SPb.: Piter. 272.

### **Маркова Марианна Владиславовна**

Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков (Украина)

### **Ходаковский Юлиан Станиславович**

Психолог Медико-психологического центра «Айва» (г. Киев), соискатель кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков (Украина)

## **ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ СПИНЫ**

**Аннотация.** В статье анализируется состояние аффективной сферы у больных с хроническим болевым синдромом спины, исследуется выраженность психопатологической симптоматики (SCL-90R: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, паранойяльная симптоматика, психотизм, дополнительные вопросы, общий уровень психического дистресса) и уровни тревоги и депрессии (HADS). Описывается состав выборки, в которую вошли 78 больных с хроническим болевым синдромом спины и 62 че-



ловека, не имеющих проблем с опорно-двигательным аппаратом. Приводятся данные о наличии у больных с хроническим болевым синдромом спины определенных психоэмоциональных проблем, связанных с психопатологической симптоматикой, тревогой и депрессией. Анализ результатов показал, что у испытуемых этой группы преобладает клинически выраженный уровень тревоги и депрессии.

Среди разнообразия психосоматических жалоб, выделены наиболее релевантные, присущие больным с хроническим болевым синдромом спины: расстройства засыпания и пробуждения, беспокойный и тревожный сон, нарушения пищевого поведения (плохой аппетит или переедание), чувство безнадежности, постоянная тревога, раздражение, эмоциональная лабильность, негативные ожидания от межличностного взаимодействия, чувство вины из-за относительно невозможности полноценно выполнять семейные роли, несостоятельности обеспечивать материально семью из-за болевого синдрома, ограничений функциональной активности, ограничения свободы передвижения.

На основе обобщения полученной информации, выделено два ведущих психопатологических феномена, определяющих клиническую специфику аффективных проявлений, присущих больным – тревожно-депрессивный (55,1% пациентов) и сензитивно-враждебный (44,9% больных). Клинико-психологическое содержание аффективной симптоматики у лиц

с тревожно-депрессивным радикалом составляла констелляция симптомов тревожности, фобической тревожности и депрессии, а с сензитивно-враждебными проявлениями – симптомов враждебности и межличностной сензитивности, с отдельными элементами психотизма и паранояльности. Независимо от ведущего психопатологического радикала, у всех больных значительной выраженности достигали проявления соматизации, составлявшие патологический фон, на котором развивалась тревожно-депрессивная или сензитивно-враждебная аффективная симптоматика.

**Ключевые слова:** хронический болевой синдром спины, психоэмоциональное состояние, психопатологическая симптоматика, тревога, депрессия, соматизация, враждебность, межличностная сензитивность.

### **Markova Marianna**

*Doctor in Medical Sciences, Prof., Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation, the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv (Ukraine)*

### **Khodakivsky Yulian**

*Psychologist of the Medical and Psychological Centre «Aiva», Kyiv (Ukraine)*

## **PECULIARITIES OF THE AFFECTIVE SPHERE OF PATIENTS SUFFERING CHRONIC BACK PAIN**

### **ABSTRACT**

The article analyzes the affective sphere of

patients with chronic back pain, examines the severity of their psychopathological symptoms (SCL-90R: somatisation, obsessive-compulsive disorders, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid symptoms, psychoticism, additional questions of mental distress) and their anxiety and depression (HADS). The sample included 78 patients with chronic back pain and 62 people without problems with their locomotor apparatus. There are data confirming existence at patients with chronic back pain of certain psychological-emotional problems associated with psychopathological symptoms, anxiety and depression. The performed analysis showed that these patients have mainly the clinically expressed level of anxiety and depression.

Among the variety of psychosomatic complaints, the most relevant ones, characteristic for the patients with chronic back pain, are: sleeping and awakening disorders, restless and anxious sleep, disturbed eating behaviour (bad appetite or overeating), feeling of hopelessness, constant anxiety, irritation, emotional instability, negative expectations regarding interpersonal interactions, the feeling of guilt about inability to perform family roles in full, inability to support financially their families because chronic or periodic pain, limited functional activity, restricted freedom of movement.

By generalizing the obtained information, we have identified two leading psychopathological phenomena that determine the clinical picture

of affective manifestations characteristic for the examined patients - anxiety-depressive (55.1% of the patients) and sensitization-hostile (44.9%). From the clinical and psychological point of view, the affective symptoms characteristic for the people with anxiety-depressive manifestations include constellation of symptoms of anxiety, phobic anxiety and depression, and that of the people with sensitively hostile manifestations includes symptoms of hostility and interpersonal sensitivity, and some elements of psychosis and paranoia. Regardless of the leading psychopathological radical, all patients have severe somatic manifestations that have formed a pathological background for development of anxiety-depressive or sensitive-hostile affective symptoms.

**Key words:** chronic back pain, psychological-emotional status, psychopathological symptoms, anxiety, depression, somatisation, hostility, interpersonal sensitivity.

Дата отримання статті: 01.06.2019

Дата рекомендації до друку: 16.06.2019

Дата оприлюднення: 29.06.2019