

УДК: 616.89

**О. О. ХАУСТОВА, О. М. АВРАМЕНКО**

**ДЕЯКІ МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ  
ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ, м. Київ

**Ключові слова:** біопсихосоціальна модель болю, хронічний біль, діагностика, тестування, больова поведінка

**Актуальність.** Біопсихосоціальна концепція болю, що отримала широке розповсюдження, пояснює різницю між «захворюванням» і «розладом» у розумінні

хронічного болю. Захворюванням є «об'єктивна біологічна подія», яка пов'язана з пошкодженням певних структур організму або систем органів, обумовленим

патологічними анатомічними або фізіологічними змінами. Розлад, «суб'єктивне переживання або самоатрибуція», має місце при захворюванні, яке викликає фізичний дискомфорт, емоційний стрес, поведінкові обмеження і психологічні порушення. У пацієнта з хронічним болем виникає поєднання цих категорій, що обумовлює відмінності у вираженості коморбідного хворобливого стану (тяжкість, тривалість і наслідки для індивідуума), спровоковані взаємовідносинами між біологічними змінами, психологічним станом і соціокультурним середовищем.

Останніми роками відмічається стрімкий ріст хронічних больових синдромів у загальній структурі захворюваності. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність хронічних больових синдромів (без урахування онкологічних захворювань) становить не менше 40% дорослого населення, які відображаються на світовому співтоваристві і ці цифри мають тенденцію до неухильного зростання [1–6]. Гострий біль, зазвичай, є симптомом якогось захворювання або травми, а хронічний біль – окремою нозологічною одиницею, причому він завдає значної шкоди не тільки хворому індивіду (зниження навантаження на роботі і в подальшому – втрата працездатності), але і суспільству в цілому, призводячи до величезних економічних втрат: у віці старше 25 років через хронічний біль непрацездатні як мінімум тиждень на рік – 30% населення, після 40 років – більше 60% і тому хронічний біль визнається однією з провідних проблем сучасної медицини [6–10].

Між хронічним болем і психологічними факторами є реципрокні взаємини. Хоча, наприклад, зв'язок між депресією і болем добре вивчений, взаємодія їх часто є досить складним процесом. Психологічні фактори та представлення пацієнтів про значення болю впливають на сприйняття інтенсивності больових відчуттів. Біль може спровокувати депресивні симптоми, а також вплинути на ступінь їх вираженості. Дослідження показують, що ступінь, в якій хронічний біль обмежує нормальне функціонування, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж інтенсивність власне больових відчуттів [11–15].

Виходячи з положень біопсихосоціальної моделі болю, що включає фізичні, психологічні і соціальні елементи, повноцінне лікування пацієнтів повинно здійснюватися на основі мультидисциплінарного підходу, що дозволяє досягти хороших прогнозованих результатів у процесі лікування пацієнтів даної групи. Такий підхід нині вважається «золотим стандартом» надання медичної допомоги пацієнтам з хронічним болем будь-якої етіології.

Нині накопичилися дані про те, що рівень працездатності, якість життя і навіть вираженість клінічних проявів пацієнтів з хронічним болем визначається їх психологічним і соціокультурним статусом. Отже, психологічні установки пацієнтів мають важливе значення в хронізації больового синдрому, а в багатьох випадках є провідними чинниками, що визначають в кінцевому підсумку прогноз захворювання [16–21].

Існує низка досліджень, присвячених вивченню особливостей відношення до болю, установок пацієнтів, пов'язаних з болем. За

Lazarus R. S. (1984), больові установки – це глибоко особистісне поняття пацієнта про біль, її причини та можливості лікування (когнітивно-афективний компонент), що визначає формування певних поведінкових патернів (біхевіоральний компонент). Серед больових установок виділяють адаптивні, що сприяють кращому пристосуванню людини до болю, і дезадаптивні установки як ірраціональні негативні уявлення пацієнта про біль, що порушують його адаптацію. Більшість досліджень з вивчення установок при хронічному больовому синдромі стосуються болю при ревматоїдному артриті, фібромиалгії, остеоартрози і болю в спині [22–26].

У цих дослідженнях показано, що дезадаптивні больові установки (ДБУ) можуть призводити до хронізації больового синдрому і бути одним з основних факторів ризику поганої відповіді на проведену терапію. Науковці дійшли висновку, що відношення пацієнта до болю та його хвороблива поведінка більшою мірою, ніж клінічні особливості самого болю і афективні розлади, прогнозують ефективність лікування і результат захворювання; високий рівень дезадаптивних больових установок фармакологічно не корегується і призводить до відновлення симптоматики після закінчення лікування; високий рівень дезадаптивних больових установок є показанням до призначення психотерапевтичного лікування [2; 4].

Методи і матеріали. Для створення уніфікованої карти обстеження пацієнта з хронічним болем з відповідною верифікацією окремих характеристик хронічного болю і хворобливої поведінки пацієнтів з хронічним болем нами було проаналізовано діагностичний інструментарій за ознаками особливостей застосування, точності, надійності та валідності, а також кількісно-якісних характеристик показників, що можуть бути отримані.

Результати. Визначення окремих характеристик болю залишається проблемою психосоматичної медицини за рахунок певної суб'єктивності їх вимірювання, а також полегшеного формування хворобливої поведінки в порівнянні з хворобами без виразного алгічного компонента. На сучасному етапі розвитку медицини є недостатнім тільки запитати: «Яка інтенсивність вашого болю за шкалою від 0 до 10?». Лікар повинен ретельно оцінити багатовимірні аспекти феномену болю та розробити комплексну програму сумісно з пацієнтом.

Взаємопов'язані, але окремі категорії порушення функціонування, непрацездатності та інвалідності (відповідно до моделі ВООЗ) або різні аспекти активності, діяльності та їх обмеження з певних причин можуть бути визначені за допомогою окремих шкал. Крім того, комплексна оцінка характеристик хронічного болю та хворобливої поведінки дозволять сформулювати для пацієнта індивідуалізований ефективний лікувальний комплекс з більш гарантованим прогнозом покращення та видужання, враховуючи особистісні аспекти сприйняття пацієнтом болю (табл. 1).

**Чинники впливу на переносимість болю  
(адаптовано з Twycross і Lack)**

Вплив на переносимість болю	
зменшують	підвищують
Дисконфорт Безсоння Втома Тривожність Страх Злість Нудьга Смуток Депресія Інтроверсія Соціальна виключеність Ментальна ізоляція	Полегшення симптомів Сон Відпочинок/фізіотерапія Релаксаційна терапія Пояснення/підтримка Розуміння/емпатія Різноманітна діяльність Спілкування/слухання Підвищення настрою Розуміння сенсу і значення болю Соціальне включення Заохочення до вираження емоцій

Ми визначили найбільш важливі характеристики низки діагностичних інструментів, а саме: часто уживаних шкал для опису болю, вимірювання відповіді на біль, оцінки впливу болю, а також багатовимірних больових шкал (табл. 2–5).

Найчастіше в рутинній лікарській практиці використовуються візуально-аналогові шкали, як найбільш прості в застосуванні. Наприклад, візуальна аналогова шкала (VAS), використовуючи ілюстрацію вимагає у пацієнтів вказати на те зображення, котре найбільш відповідає тому, як вони себе почувають. Перевагою такої шкали є придатність для усіх вікових категорій, а також відсутність додаткового усного чи письмового опису. Інший варіант – числова рейтингова шкала (NRS), за допомогою якої пацієнти оцінюють ступінь інтенсивності свого болю від 1 до 10. Утім, візуально-аналогові шкали дуже суб'єктивні, тому ще переживання болю залежить від того, наскільки терпляча людина до болісних відчуттів або ж наскільки розвинута в неї уява,

тобто вона може просто перебільшувати ступінь своїх болісних відчуттів.

Дуже простою, але також досить суб'єктивною шкалою є малюнок болю, коли на схематичному зображенні людського тіла є передньою і задньою поверхнею пацієнт може позначити різною штриховкою локалізацію та різновид болю, а також поставили цифру від 0 до 10 для визначення інтенсивності болю на кожній ділянці тіла.

Опитувальник болю Мак-Гілла дозволяє отримати якісну характеристику болю. Загалом 78 прикметників характеристики болю розподілені за окремими категоріями з наростанням змістовного значення. Перша категорія (1–13 пункти) характеризує біль на сенсорному рівні, друга категорія (14–19 пункти) – на афективному рівні, третя категорія (20 пункт) є вербальною шкалою оцінки інтенсивності болю. Пацієнт має вибрати один прикметник, що найточніше відображає його сприйняття болю з кожного пункту (не обов'язково). Результатом вимірювання є два показники: ранговий індекс болю

Таблиця 2

**Часто уживані шкали для опису болю**

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Візуально-аналогові шкали Visual Analogue Scales including vertical, horizontal and numbered scales	Самозвіт є кілька типів: вертикальні, горизонтальні, пластикові і стиль термометр	Точність підрахунку очок на 10 см лінії, нерідко сумнівна	Вимірює інтенсивність болю. Швидка, може повторюватися регулярно, легка інструкція. Корисна для онкологічного болю
Опитувальник болю Мак-Гілла, існує також коротка форма McGill Pain Questionnaire (MPQ), (MPQ - SF)	Самозвіт. 20 комплектів прикметників для вибору по одному в кожній категорії  Коротка форма має 15-пунктів: список прикметників і дві шкали інтенсивності болю	Сумарний результат і розмірні показники Надійний та валідний тест  Деякі проблеми з рівнем складності слів	Широко використовується в клінічних дослідженнях. Використовується для оцінки якості болю у трьох вимірах: афективному, оціночному, сенсорному.
Малюнок болю (різні варіанти) Pain Drawing (various protocols)	Мальований самозвіт областей і видів болю на передній і задній поверхні людського тіла	Досить низька валідність	Визначає місце болю, що сприймається пацієнтом. Дуже наочно для пацієнтів.

(сума порядкових номерів вибраних слів, або середньо-арифметична величина) та загальна кількість вибраних слів. Отримані дані не є параметричними, але підлягають статистичній обробці (табл. 2).

Реакція людини на біль є дуже особистою, на основі особливостей фізіології, особистості, попереднього досвіду життя, родинних та культурних факторів. За думкою Флаєрти (1996), зміни поведінкових і психологічних реакцій на біль мають враховуватись в терапевтичній тактиці. Таким чином, такі аспекти, як депресія і хвороблива поведінка хвороби є цінними компонентами комплексної оцінки болю (табл. 3).

Побоювання людини або хибні уявлення про джерела болю та страхи повторного травмування можуть вплинути на сприйняття болю і та перспективи видужання. Унікаюча поведінка, ймовірно, виникає у пацієнта з хронічним болем, але вона може бути змінена за рахунок корекції когнітивних і емоційних факторів. У прагненні

повністю зрозуміти перспектива пацієнта і зрозуміти, що впливає на його поведінку, деякі з цих відносин і переконань мають бути оцінені.

Існує низка оціночних інструментів щодо страхів або переконань щодо болю, які мають хорошу надійність і достовірність, і можуть бути корисними в процесі курації пацієнта з хронічним болем. Так, Шкала ставлення до болю – Survey of Pain Attitudes (Revised) (SOPA-R) [27; 28], в її останній версії оцінює сім показників, що відображають особливості реагування пацієнта на хронічний біль. Окремі підшкали SOPA-R вимірюють рейтинги контролю болю. Найбільш уживаними є варіанти з 57-мома або з 30-ма пунктами, які оцінюються за 5-ти бальною шкалою. Вимірюються наступні психологічні аспекти:

- 1) контроль (відчуття контролю над болем);
- 2) непрацездатність (установки пацієнта стосовно можливості розвитку непрацездатності);

Таблиця 3

## Вимірювання відповідей на біль

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Опитувальник унікаючої поведінки Fear-avoidance beliefs	Самозвіту з 16 пунктів на одній сторінці	Для первинного і повторного тестування	Для вимірювання уникнення щодо роботи і фізичної активності
Movement and pain prediction scale (MAPPS)	10 пунктів за 10-бальною шкалою з послідовними малюнками окремих рухів	Кореляція між 7 показниками оцінка відповіді і руховою активністю	Оцінка власних сподівань, очікувань зміни болю, причин завершення рухів
Шкала ставлення до болю Survey of Pain Attitudes-Revised (SOPA-R)	Самоопитувальник (57 пунктів) з 5-бальною шкалою Лайкерта	Внутрішня узгодженість, висока валідність, адекватна факторна структура	Оцінює сім переконань, які можуть вплинути на довгострокове коригування хронічного болю. Найбільш уживаний для хронічного болю в попереку.
Шкала самооцінки The Gauge	Самоопитувальник з 27 пунктів зі шкалою від 0 до 10	Висока валідність для первинного та повторного обстеження	Оцінює рівень активності пацієнта вдома, без сторонньої допомоги.
Опитувальник хворобливої поведінки Illness Behaviour Questionnaire	Сім шкал		Для оцінки хворобливої поведінки при хронічному болю та інших станах, коли реакція пацієнта не відповідає наявній фізичній патології. Широко уживаний.
Опитувальник копінг-стратегій Coping Strategies Questionnaire	Самоопитувальник		Визначає використання когнітивних та поведінкових стратегій подолання болю. Широко уживаний
Шкала сприйняття болю і очікувань Pain Beliefs and Perceptions Inventory	Самоопитувальник 16 пунктів	Дискусія щодо розподілу на 3 або 4 суб-шкали	Не так широко уживаний, як SOPA-R.
Опитувальник Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ)	Самоопитувальник з 10 пунктів з 7-бальною шкалою	Висока валідність для первинного та повторного обстеження	Розроблений спеціально для хронічного болю. Для оцінки впевненості у виконанні дій, незважаючи на біль.

- 3) медичне лікування (віра в можливість лікування за допомогою медичних заходів);
- 4) піклування (оцінка пацієнтом ступеня турботи про нього з боку оточуючих);
- 5) лікарська терапія (відношення пацієнта до лікарської терапії);
- 6) емоції (установки пацієнта з приводу впливу емоцій на вираженість болю);
- 7) пошкодження (віра в те, що біль є відображенням якогось фізичного пошкодження).

Наступний опитувальник «Больові установки і сприйняття болю» (The Pain Beliefs and Perceptions Inventory, РВАРІ) оцінює переконання пацієнтів щодо сприйняття болю. Він містить 16 пунктів, за допомогою яких досліджуються 3 категорії установок пацієнта:

- 1) самозвинувачення;
- 2) сприйняття болю як незрозумілого;
- 3) стабільність (тобто установки про стабільність, незмінність болю з часом).

Оцінка вище перелічених показників також є підґрунтям для об'єктивізації причин хворобливої больової поведінки. Так, установка на те, що біль є постійним і зменшиться у результаті лікування, корелює з дійсно гіршою відповіддю на консервативне лікування. Віра пацієнта в те, що його біль не має фізіологічної причини, почасти асоційована з більш рідкісним розвитком психологічної дезадаптації і соматизації після лікування. Нарешті, віра в стабільність і нез'ясовність природи болю пов'язана з негативним ставленням до себе і меншим контролем над болем. Аналогічним до попереднього є опитувальник «Шкала катастрофізації болю» (The Pain Catastrophizing Scale, PCS) [16], що відображає три параметри катастрофізації: «постійні роздуми», «перебільшення», «безнадія».

Прогностично оцінити майбутню відповідь на лікування в плані її адаптивності має допомогти опитувальник «Профіль когнітивного ризику» (Cognitive Risk Profile, CRP). Остання версія опитувальника містить 68 пунктів, кожен з яких оцінюється за 6-бальною шкалою. Пацієнту пропонується вказати ступінь своєї згоди з

різними твердженнями щодо його болю. Кожне таке твердження вважається адаптивним або дезадаптивним, що надалі сумарно визначає особливості реакції на лікування. Оцінка проводиться за 9 показниками:

1. філософські установки;
2. вплив настрою на інтенсивність болю;
3. вплив болю на настрій;
4. сприйняття провини;
5. недостатність соціальної підтримки;
6. різновид розладу;
7. віра в успіх медичної допомоги;
8. скептицизм з приводу ефективності багатокомпонентного лікування;
9. переконаність у безнадії.

Цей опитувальник дозволяє визначити не тільки предиктори адаптативної/деадаптивної відповіді на терапію, а й сформувані певні мішені впливу на хворобливу поведінку пацієнта.

Потенційну готовність пацієнта до співпраці з лікарем щодо видужання оцінює опитувальник «Стадії зміни болю» (The Pain Stages of Change Questionnaire, PSOCQ). Опитувальник заснований на моделі, що вивчає стадії психологічних змін при хронічному болю, тому й дозволяє успішно передбачити відповідь на лікування, оцінюючи роль багатьох поведінкових факторів ризику. Цей опитувальник включає 30 пунктів і оцінює установки пацієнта, що стосуються 4 категорій:

1. очікування;
2. намір;
3. дія;
4. підтримку результату.

Численні дослідження вказують на важливу роль психологічних і соціокультурних факторів, що визначають ефективність лікування і результат терапії у пацієнтів з хронічним болем. Одним з важливих факторів ризику поганого відгуку на проведену терапію є формування дезадаптивної больової поведінки. Отже, своєчасне виявлення дезадаптивної больової поведінки і її успішна корекція дозволить досягти кращих результатів під час лікування (табл. 4).

**Таблиця 4**

**Часто уживані оцінки для впливу болю**

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Коротка форма обстеження стану здоров'я Short-Form health survey (SF-36)	Самозвіт	Має відмінну достовірність і надійність	Призначений для вимірювання стану здоров'я. Має вісім шкал: обмеження у фізичних навантаженнях, громадської активності, буденній активності, відчуття тілесного болю, психічне здоров'я, обмеження у ролях через емоційні проблеми, життєві сили, загальне сприйняття здоров'я
Щоденник активності Daily Activity Diary	Самозвіт	Надійний та валідний щоденник для пацієнтів з хронічним болем у себе вдома	Моніторинг типу діяльності та її тривалість за кожну годину або 1/2 години. Також контролює інтенсивність болю і споживання ліків. Створює структурований запис.
Профіль активності пацієнта Human Activity Profile (HAP)	Самозвіт до 94 пунктів	Норми призначені для різних статевовікових груп	Допомагає визначити вплив фізичної недуги на повсякденну діяльність людини.

Таблиця 5

## Багатовимірні оцінювання болю

Інструмент	Опис	Психометрія	Особливості
Інтегрована модель психосоціальної оцінки Integrated Psychosocial Assessment Model (IPAM)	Самозвіт	Первинна оцінка	Це набір з шести інструментів, які в поєднанні оцінюють інтенсивність болю, непрацездатність, стратегії виживання, депресію, ставлення до болю, і хворобливу поведінку. Вона забезпечує загальну картину соціально-психологічного коригування у зв'язку з хронічним болем.
Опитувальник болю Мак-Гілла McGill Pain Questionnaire	Самозвіт з 20-ма комплектами слів, що описують переживання болю – вибір пацієнта	Надійний та валідний тест	Використовується для оцінки якості болю у трьох вимірах: афективному, оціночному, сенсорному.
Шкала багатовимірної оцінки болю Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)	Самозвіт з 61 пунктом у трьох шкалах	Має відмінну достовірність і надійність Шкала поділяється на 12 підшкал	Оцінка взаємовпливу діяльності, соціальної підтримки, тяжкості болю, самоконтролю, негативного настрою, реакції на значущих інших осіб, вміння займатися діяльністю, наприклад клопоту, громадська діяльність.
Багатовимірний багаторакурсний протокол оцінки болю Multiperspective Multidimensional Pain Assessment Protocol (MMPAP)	Фізичні огляди двох лікарів; суб'єктивний самозвіт пацієнта	Надійний і достовірний в початкових та повторних дослідженнях. Є стандартизованим протоколом	Використовується в основному для оцінки пацієнтів з хронічним болем для лікування і для вимірювання результатів. Може передбачити майбутнє працевлаштування непрацездатних осіб та інвалідів

Сучасні дослідження показують, що багатовимірний підхід до оцінки болю є найбільш прийнятним, тому що визначає зв'язок між фізично вираженим болем, психологічним станом, соціальними та духовними проблемами як невід'ємною частиною реакції особи на її досвід болю. Комплексна оцінка болю має враховувати наступні питання: фізичні впливи/прояви болю; функціональні впливи (вплив на діяльність у повсякденному житті); психосоціальні фактори (рівень тривожності, настрої, культурний вплив, страхи, вплив на міжособистісні стосунки, фактори, що впливають на больовий поріг (табл. 1); духовні аспекти (табл. 5).

Висновки. Наведений спектр оцінювальних шкал щодо пацієнтів з хронічним болем дозволяє сформулювати загальний підхід до використання цього діагностичного інструментарію як в наукових дослідженнях, так і в загальній лікарській практиці. Вже при першому огляді пацієнта доцільно використовувати багатовимірні шкали для отримання загальної клінічної картини: хронічного болю, афективного та когнітивного реагування на біль, хворобливої поведінки. Наступний динамічний моніторинг також передбачає використання багатовимірних інструментів оцінки болю. У разі необхідності застосовуються спеціальні інструменти, такі як шкала нейропатичного болю або шкала фіброміалгії. Варто уникати використання одновимірних інструментів оцінки болю

при хронічному болю, за винятком оцінки інтенсивності конкретних епізодів болю.

## Література:

1. Голубев В. Л. Психологические установки пациента и переживание боли / Данилов А. Б. // РМЖ. специальный выпуск «Болевой синдром» – 2009. – С. 11-14.
2. Данилов А. Б., Голубев В. Л., Подымова И. Г. Установки пациента и боль // Клиническая неврология – М., 2009. – №4. – С. 33-37.
3. Павленко С. С. Организация медицинской помощи больным с хроническими болевыми синдромами / Денисов В. Н., Фомин Г. И. // Новосибирск: ГП «Новосибирский полиграфкомбинат» – 2002. – 221 с.
4. Подымова И. Г., Данилов А. Б. Влияние дезадаптивных установок на клиническую картину и прогноз хронической головной боли напряжения // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – М., 2011. – №4. – С. 4-7.
5. Ребров Б. А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / Благинина И. И., Реброва О. А. // Журнал: «Боль. Суставы. Позвоночник» – 2011. – 2. – С. 7-9.
6. Собчик Л. Н. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом / Т. В. Протасенко // Российский психиатрический журнал – 2003. – №5. – С. 18-21.
7. Хаустова Е. А. Алгоритмы диагностики и терапии хронического алгического синдрома у пациентов с депрессией // Сучасні аспекти практичної неврології / Зб. тез. II міжнар. наук. симпозіуму / Ялта, 16-18 вересня 2010 р. – Ялта, 2010. – С. 250-263.
8. Чабан О. С., Хаустова О. О. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з неспсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т.18, вип.1(62). – С. 67-72.

9. Эмптедж Н. П. Депрессия и коморбидная боль как предикторы функциональных ограничений, потери работы, страховки и удорожания стоимости медицинской помощи / Эмптедж Н. П., Стурм Р. С., Робинсон Р. Л. // Социальная и клиническая психиатрия – 2011. – Т.21, №1. – С. 35-36.
10. Яхно Н. Н. Невропатическая и скелетно-мышечная боль. Современные подходы к диагностике и лечению / Баринов А. Н., Подчуфарова Е. В. // Клиническая медицина – 2008. – Т.86, №11. – С. 9-15.
11. Arnold L. M. Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders / Hudson J.I., Keck P.E. et al. // J. Clin. Psychiatry – 2006. – 67. – P. 1219-25.
12. Chapman C. Managing pain in the older person // Nurs Stand. – 2010 Nov. 17-23. – 25(11). – P. 35-9.
13. Cook K. F., Keefe F., Jensen M. P. et al. Development and validation of a new self-report measure of pain behaviors // Pain. – 2013. – Vol.154, Iss.12. – P.2867-2876.
14. Corruble E. Pain complaints in depressed inpatients / Guelfi J. D. // Psychopatologia – 2000. – 33. – P. 307-9.
15. Deyo R. A. Overtreating chronic back pain: time to back off? / Mirza S. K., Turner J. A., Martin B. I. // J Am Board Fam Med. – 2009 Jan-Feb. – 22(1). – P. 62-8.
16. Frampton C. L., Hughes-Webb P. The Measurement of Pain // Clinical Oncology. – 2011. – Vol. 23, Is. 6. – P. 381-386.
17. Geisser M. E. The influence of coping styles and personality traits on pain. In.: Dworkin R. H., Breitbart W. et al. Psychosocial aspects of pain: A handbook for health care providers, progress in pain research and management (Vol.27). Seattle: IASP Press – 2004. – P. 521-46.
18. Giesecke T. The relationship between depression, clinical pain and experimental pain in a chronic pain cohort / Gracely R. H., Williams D. A. et al. // Arthritis Rheum. – 2005. – 53. – P. 1577-84.
19. Green L. Assessment of acute and chronic pain // Anaesthesia & Intensive Care Medicine – 2013. – Vol.14, Iss.11. – P. 488-490.
20. Larson S. L. Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample / Clark M. R., Eaton W. W. // Psychol. Med. – 2004. – 34. – P.211-9.
21. Li J.-X. The application of conditioning paradigms in the measurement of pain // European Journal of Pharmacology – 2013. – Vol.716, Is.1-3. – P. 158-168.
22. Manchikanti L. Comparison of psychopathological status of chronic pain patients and the general population / Fellows B., Pampati V. et al. // Pain Psysician – 2002. – 5. – P. 40-8.
23. McGuire D. B. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain // Journal of Pain and Symptom Management – 1992. – Vol.7, Iss.5. – P. 312-319.
24. Misailidou V., Malliou P., Beneka A. et al. Assessment of patients with neck pain: a review of definitions, selection criteria, and measurement tools // Journal of Chiropractic Medicine – 2010. – Vol. 9, Iss. 2. – P. 49-59.
25. Mystakidou K. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain and spirituality in patients with advanced cancer / Tsilika E., Parpa E. et al. // Arch Psychiatr. Nurs. – 2007. – 21. – P. 150-61.
26. Mystakidou K. Psychological distress of patients with advanced cancer: Influence and contribution of pain severity and pain interference / Tsilika E., Parpa E. et al. // Cancer Nurs – 2006. – 29. – P. 400-5.
27. Picavet H. S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain / Vlaeyen J.W., Schouten J.S. // Am J. Epidemiol – 2002. – 156. – P. 1028-34.
28. Tauben D., Theodore B. R. Measurement-Based Stepped Care Approach to Interdisciplinary Chronic Pain Management // Practical Management of Pain (Fifth Edition), 2013. – P. 37-46.

**НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ**

**Е. А. ХАУСТОВА, О. Н. АВРАМЕНКО**

В статье с позиций биопсихосоциальной модели боли рассматриваются в диагностическом аспекте некоторые клинические и психосоциальные характеристики пациентов с хроническим болевым синдромом. Дано описание отдельных одномерных и многомерных шкал по диагностике боли и болевого поведения. Обозначен общий подход при первичном и повторных осмотрах в виде использования многомерных шкал для получения комплексной клинической картины: собственно хронической боли, аффективного и когнитивного реагирования на боль, болевого поведения.

**Ключевые слова:** биопсихосоциальная модель боли, хроническая боль, диагностика, тестирование, болевое поведение

**SOME METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE COMPLEX DIAGNOSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC PAIN**

**O. O. KHAUSTOVA, O. M. AVRAMENKO**

The article from the standpoint of the biopsychosocial model of pain are considered in the diagnostic aspect of some clinical and psychosocial characteristics of patients with chronic pain syndrome. The description of the individual univariate and multivariate scales for the diagnosis of pain and pain behavior. Was designated a common approach in primary and repeated examinations as the use of multidimensional scales for complex clinical picture: the actual chronic pain, affective and cognitive responses to pain, pain behavior.

**Keywords:** biopsychosocial model of pain , chronic pain , diagnosis , testing, pain behavior