

**Список использованной литературы**

1. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз – 3-е изд. Расширенное / В. В. Чугунов – Х.: Наука, 2014/2015. – 536 с.
2. Чугунов В. В. Клинико-статистический и историографический анализ представлений об эпидемиологии расстройств кататонического спектра / В. В. Чугунов, Д. Н. Сафонов, А. Д. Городокін // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 17, №1 (62). – С. 69–77.
3. Bush G. Catatonia I: rating scale and standardized examination / G. Bush, M. Fink, G. Petrides // Acta Psychiatr Scand. – 1996. – № 93. – P.129–136. 6
4. Caroff S. N. Catatonia: from psychopathology to neurobiology / S. N. Caroff // American Psychiatric Publishing. – 2004.
5. Peralta V. Motor features in psychotic disorders. II. Development of diagnostic criteria for catatonia / V. Peralta, M. J. Cuesta // Schizophr Res. – 2001. – № 47 (2–3). – P. 117–126.
6. Shorter E. Hysteria and catatonia as motor disorders in historical context / E. Shorter // Hist. Psychiatry. – 2006. – Dec 17 (68). – P. 461–468.
7. The relationship of catatonia symptoms to symptoms of schizophrenia / Z. Z. Cernovsky, J. A. Landmark, H. Merskey, R. L. O'Reilly // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. – 1998. – № 43 (10). – P. 1031–1035.

**МІШЕНІ ТА ВЕКТОРИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОГЕННИХ КОМПОНЕНТІВ ЕКЗАЦЕРБАЦІЇ КАТАТОНІЧНОГО СИНДРОМУ**  
**Д.М. Сафонов**

З метою виявлення мішеней психотерапії та психопрофілактики психогенного компонента у структурі кататонічного синдрому різноманітного генезу на основі його структурно-динамічних особливостей було обстежено 100 пацієнтів, що мають в структурі психопатологічних розладів домінуючий кататонічний синдром різноманітного генезу за допомогою клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного та психодіагностичного методів. У результаті дослідження було встановлено, що використання психотерапевтичних методів при профілактиці психопатологічних розладів, які мають у своїй структурі кататонічний синдром, коректно, насамперед, по відношенню до психогенних тригерів екзацерацій і факторів дискмплаєнтності, а також виявлено мішені психотерапевтичного впливу.

**Ключові слова:** психотерапія, психопрофілактика, кататонічний синдром, мішені психотерапії.

**TARGETS AND VECTORS OF PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOGENIC COMPONENTS OF EXACERBATION OF CATATONIC SYNDROME**  
**D. Safonov**

In order to identify the targets of psychotherapy and psycho-prophylaxis of psychogenic component in the catatonic syndrome of different origin on the basis of its structurally-dynamic characteristics 100 patients with psychopathological disorders in the structure of the dominant catatonic syndrome of different genesis were examined by means of clinically-psychopathological, clinically-anamnestic and psychodiagnostic methods. The study found that using of the psychotherapeutic techniques in the prevention of psychopathological disorders having in its structure catatonia correctly, especially in respect of psychogenic triggers of exacerbations and dyscompliance factors and identified target of psychoprophylactic impact.

**Key words:** psychotherapy, psychoprophylaxis, catatonic syndrome, target of psychotherapy.

УДК 616–009.7–036.12:612.821

**О.М. Авраменко**

**БАГАТОФАКТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ І ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ  
 onavramenko@gmail.com

**Актуальність.** Низка біологічних, психологічних і соціальних факторів, серед яких переважає емоційний стан, визначає формування хворобливої поведінки у пацієнтів з хронічним болем. Багатофакторне суб'єктивне сприйняття болю і відповідь на нього в деяких пацієнтів з хронічним больовим синдромом (ХБС) в межах хворобливої поведінки перешкоджає процесу загоєння або значно його подовжує.

Мета дослідження полягала у багатофакторній комплексній оцінці характеристик пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутніх психічних розладів, зокрема депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) і тривожно-депресивного розладу (ТДР).

**Матеріали та методи.** Проаналізовані характеристики особливостей болю у 135 пацієнтів з ХБС неонкологічного генезу із непсихотическими психічними розладами за допомогою The McGill Pain Questionnaire (MPQ), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain Catastrophising Scale (PCS), шкали комплексної оцінки SPAASMS.

**Результати.** Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС відбувалося паралельно із набуттям НПР, step-by-step, від сенсорної сенсibilізації до афективного реагування з додатковими змінами мотиваційного компонента. Вже на тлі сформованих афективних змін додавався поведінковий компонент, насамперед у вигляді більш активного споживання медичної допомоги (додаткові ліки і візити до лікаря), а не загальної активності.

**Висновки.** Переривання (або навіть тимчасове призупинення) step-by-step ланцюга формування хворобливої поведінки шляхом своєчасної діагностики і терапії НПР має зменшити соціально-економічний тягар щодо пацієнтів з ХБС.

**Ключові слова:** психічні розлади, синдром хронічного болю, депресія, тривожний розлад, больова поведінка.

**Актуальність.** Багатофакторний підхід до оцінки болю вкладається у нейроматриксну теорію болю, запропоновану У R. Melzack у 1998 р [22], відповідно до

якої больові відчуття формуються патерном нервових імпульсів у нейрональних ланцюгах ЦНС (переважно у лімбічній системі). Нейроматрикс є великою мережею

нейронів, що утворює функціональні петлі між таламусом і корою; корою і лімбічною системою. Синаптичні зв'язки у цій нейронній мережі генетично детерміновані. Вони певним чином складають материнську «матрицю», яка генерує, відтворює і модулює відповідну сенсорну інформацію. Нейронні петлі дивергують (розходяться у головному мозку в просторі) і формують три основні компоненти нейроматриксу – «нейромодулі», саме в яких і відбувається одночасна паралельна обробка аферентних імпульсів. Нейромодулі відповідають трьом головним психологічним компонентам больового відчуття: сенсорно-дискримінативному, афективно-мотиваційному і оцінювально-пізнавальному. Обробка даних в окремих нейромодулях завершується конвергенцією інформації, взаємодією між ними і формуванням кінцевого результату – нейросигнатури. Нейросигнатура являє собою безперервний потік імпульсів, які виходить з нейроматриксу, прямують до наступного компонента системи – сенсорного неврального центру, в якому відбувається оцінка цього потоку сигналів, його усвідомлення, осмислення і накопичення досвіду [6].

Існують певні характерні ознаки хворобливої захисної поведінки у пацієнтів з хронічними больовими синдромами (ХБС) (М. Lefkowitz, 2003): 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 [1, 2, 6]. Частина пацієнтів опановують біль, частково зменшують фіксацію уваги на ньому, починають сприймати біль як дещо «належне» та «неминуче», продовжуючи вести звичний спосіб життя з нормальним повсякденним рівнем діяльності. Але у багатьох випадках пацієнти з ХБС потребують більшої уваги, відчувають себе надмірно хворими і формують хворобливу обмежувальну поведінку зі зменшенням активності й зняттям із себе відповідальності щодо повсякденних обов'язків [4, 13, 16, 25, 31, 34, 35, 43]. Отже, реакція кожної окремої людини на біль є індивідуальною, і каузальні взаємини не завжди визначаються зовнішніми факторами [35].

М. Салліван стверджував, що стандарти оцінювання болю мають, насамперед, моральний, а не науковий характер. Больову поведінку він розглядав як відображення особистого досвіду болю у суспільній поведінці, зауважуючи при цьому, що дійсно приватний досвід болю не доступний для наукових досліджень [45]. Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з хронічним болем залежить від взаємодії низки біологічних, психологічних і соціальних факторів, серед яких переважає емоційний стан пацієнтів. На підставі багатофакторного характеру суб'єктивного сприйняття болю і відповіді на нього у деяких пацієнтів із хронічним больовим синдромом (ХБС) формується певна хвороблива поведінка, що перешкоджає процесу загоєння або значно його подовжує. Вербально чи невербально хворий посилає або не посилає повідомлення іншим, що він відчуває біль, навіть інколи не усвідомлюючи цього. Хвороблива поведінка почасти використовується оточуючими не тільки для оцінки фізичного стану людини, а й стає підставою для висновків про риси її особистості. Причому, захисна

невербальна хвороблива поведінка пов'язана з більш негативним оцінюванням оточуючими, ніж комунікативна поведінка [34]. Автори підкреслюють, що у людей із хронічним болем можуть виникнути труднощі в управлінні тригерами захисної поведінки і часто вони навіть не знають, що проявляють таку поведінку.

Між хронічним болем і психологічними факторами є реципрокні взаємозв'язки. Психологічні фактори та уявлення пацієнтів про значення болю впливають на сприйняття інтенсивності больових відчуттів. Біль може спровокувати депресивні симптоми та вплинути на ступінь їх вираженості. Дослідження показують, що ступінь, в якому хронічний біль обмежує нормальне функціонування, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж інтенсивність власне больових відчуттів [7, 8]. Підтверджена низка причинно-наслідкових зв'язків ХБС і депресії. Причому більшість із дослідників приходять до висновку, що біль та інвалідизація передують депресії [4, 7–9, 19, 20, 22, 25, 27–29, 36, 38, 40, 42, 45]. Не менш значущим є поєднання ХБС з тривожними розладами та порушеннями сну. Низка досліджень щодо факторів ризику рецидиву депресивних і тривожних розладів наголошує, що підпорогові депресивні й тривожні симптоми є найпоширенішими прогностичними факторами появи тривоги і депресії, особливо при приєднанні болю [5–8, 10–12, 23, 37–39]. 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].

Наявність у пацієнта з ХБС супутніх непсихотичних психічних розладів ускладнює усвідомлення хворобливої поведінки й дає додатковий імпульс до її формування. Надмірне залучення або відштовхування оточуючих шляхом демонстрації больової поведінки (як усвідомлено, так і несвідомо) на тлі НПР знижує рівень соціальної підтримки пацієнта, виводячи його у певну психосоціальну ізоляцію та призводячи до додаткової фіксації на відчутті болю. У курації пацієнта з ХБС мають використовуватися скринінг психічних і наркологічних розладів, уникнення прийому анагетиків та седативів-гіпнотиків на регулярній основі з підвищенням доз, адекватна фармакотерапія афективних розладів, фізіотерапія, достатній комплаєнс, максимально раннє повернення до роботи, редуруючий вплив родини на хворобливу поведінку [11, 15, 18, 31].

**Метою** дослідження була багатофакторна комплексна оцінка характеристик пацієнтів з ХБС залежно від наявності супутніх психічних розладів, зокрема депресивного епізоду (ВДР), генералізованого тривожного розладу (ГТР) і тривожно-депресивного розладу (ТДР).

## Матеріали та методи дослідження

За умови інформованої згоди було обстежено 187 пацієнтів з ХБС (R52.1, R52.2 за МКХ–10), які перебували на лікуванні у відділенні функціональної неврології Клінічної лікарні «Феофанія» ДУС. За критеріями включення/виключення була відібрана 171 особа, з яких для подальшого аналізу включено 135 осіб, що склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ). Усі пацієнти були обстежені за критеріями МКХ–10 на наявність депресивного епізоду

(ВДР), тривожного розладу (ТР) та тривожно-депресивного розладу (ТДР). До основної групи увійшли 99 пацієнтів, які на тлі ХБС мали неспихотичні 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) – 32 особи; ОГ2 – ХБС+ТР (R52.1-2+F41.0-1) – 34 особи; ОГ3 – ХБС+ТДР (R52.1-2+F41.2-3,F43.22) – 33 особи. У групу контролю (КГ) увійшли особи з ХБС без психічних розладів неспихотичного регістру, її кількість становила 36 осіб.

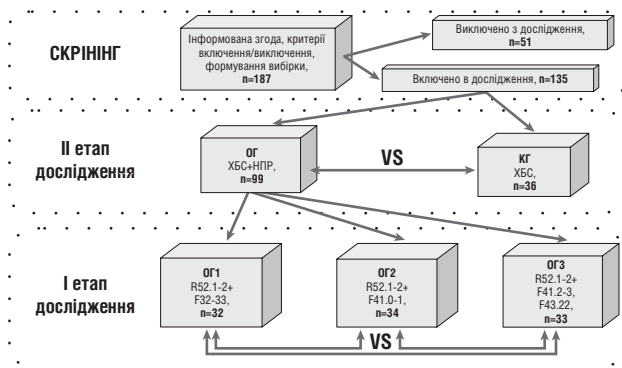


Рис. 1. Дизайн дослідження

Серед обстежених пацієнтів було 50 чоловіків (37,1%) і 85 жінок (62,9%), (рис. 2). Розподіл за статтю в усіх досліджених групах достовірно не різнився ( $P=0,1032$ ).

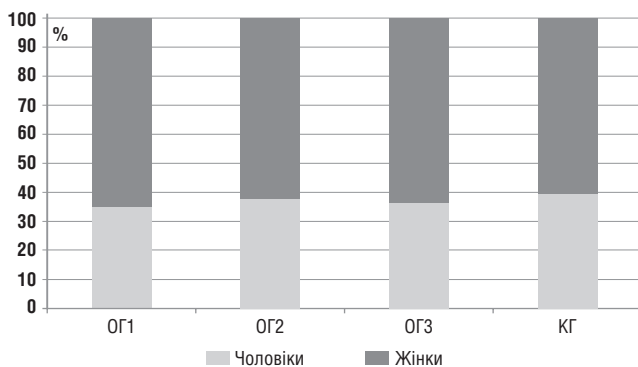


Рис. 2. Розподіл обстежених осіб за статтю (n=171)

Вік пацієнтів був у межах 20–75 років, із переважаням осіб старшої вікової категорії в усіх групах (рис. 3). Найбільшу питому частку, до 1/3 усіх обстежених, склали особи у віці 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 ( $P=0,1086$ ).

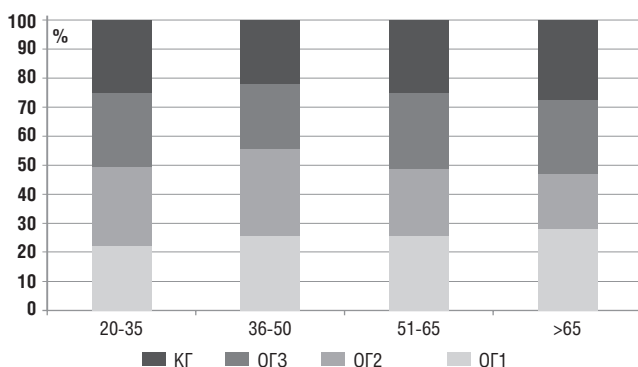


Рис. 3. Розподіл обстежених осіб за віком (n=171)

і склав відповідно (57,6±9,8); (53,66±10,3); (55,8±8,5) і (56,2±9,6) років. Втім, варто відмітити певну тенденцію до накопичення осіб старшого віку в групі ОГ1 та молодшого віку – у групі ОГ2.

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 боєм» за наступними шкалами: Мак-Гілловський больовий опитувальник The McGill Pain Questionnaire (MPQ), комплексний больовий опитувальник The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), шкала катастрофізації хронічного болю Pain Catastrophising Scale (PCS), шкала комплексної оцінки SPAASMS.

**The McGill Pain Questionnaire (MPQ).** Для оцінки якісних характеристик болю застосовували Мак-Гілловський больовий опитувальник (МГБО), у якому всі слова (дескриптори), що описують якісні особливості болю, поділені на 20 підкласів. Кожен підклас складають слова, подібні за своїм смисловим значенням, які різняться за інтенсивністю переданого або больового відчуття. Підкласи утворили три основні класи: сенсорну, афективну і евалюативну (оціночну) шкали. Дескриптори сенсорної шкали (1–13-й підкласи) характеризують біль у термінах механічного або термічного впливу, зміни просторових або часових параметрів. Афективна шкала (14–19 підкласи) відображає емоційну сторону болю в термінах напруги, страху, гніву або вегетативних проявів. Евалюативна шкала (20-й підклас) складається з 5 слів, які виражають суб'єктивну оцінку інтенсивності болю пацієнтом. Кожне вибране слово має числовий показник, що відповідає порядковому номеру слова у підкласі. Підрахунок зводиться до визначення двох показників: індексу числа обраних дескрипторів (ІЧВД), який являє собою суму вибраних слів, і рангового індексу болю (РІБ) – суму порядкових номерів дескрипторів у субкласах. Евалюативна шкала, по суті, є вербальною ранговою шкалою, в якій вибране слово відповідає певному рангу. Показники можуть визначатися окремо для сенсорно-дискримінативного й афективно-мотиваційного компонента болю обрахуванням сенсорної й афективної шкал відповідно.

**The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI).** З метою визначення фізичних, психологічних і соціальних елементів в особистому житті хворих з хронічним больовим синдромом застосовували багатofакторний опитувальник The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (за R.D. Kerns, Turk, Rudy та співавт., 1985). У вступній частині тесту пропонується вибрати особу, з якою стосунки є найближчими, регулярно або часто проходить спілкування (так звана «значима людина») та вказати, чи проживає ця людина з опитуваним. У основній частині питання поділені на три групи. У першій групі 20 питань, які характеризують суб'єктивне ставлення до болю, емоційний стан за останній період та рівень задоволеності від дозвілля та роботи. У другій групі 14 питань, які показують реакцію та ставлення «значимої людини» до хворого під час загострення больового синдрому. В останній, третій групі, 18 питань, завдяки яким можна отримати інформацію про види повсякденної діяльності та активності пацієнтів. У

відповідь на кожне питання необхідно підкреслити цифрою від 0 до 6. Результати підраховують за 12-ма шкалами WHUMPI, які вимірюють соціальні, поведінкові, когнітивні та афективні реакції на біль, а саме – вираженість болю; перешкоди життєдіяльності; контроль життєвих ситуацій; емоційний дистрес; підтримка; негативні реакції з боку близьких; турбота; відволікаючі маневри; спілкування; ведення домогосподарства; перебування поза будинком; робота на відкритому повітрі.

**Pain Catastrophising Scale (PCS)** запропонована M. Sullivan у 1995 році.

Шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) включає в себе 13 пунктів з наголосом на думках і почуттях і оцінює 3 показники катастрофізації: постійні роздуми («Я не можу не думати про те, який сильний у мене біль»), перебільшення («Мені здається, що може трапитися щось страшне»), безнадійність («Немає нічого, що б зменшило мій біль»). Результати оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта, де 0 – відсутність катастрофізації, а 4 – максимальний її рівень. До фактора постійних роздумів відносяться 4 ствердження (0–16 балів); до перебільшення – 3 (0–12 балів); до безнадійності – 6 (0–24 бали). Для PCS може розраховуватись загальна оцінка (діапазон 0–52 бали). Високе значення вказує на вищу катастрофізацію болю.

**Шкала SPAASMS (F. Mitra ma snivaem.).** SPAASMS (S – бали для болю, P – рівні фізичної активності, A – додаткові знеболювальні препарати, A – додатковий візит до лікаря, S – показники сну, M – показники настрою, S – побічні ефекти). Пацієнти відповідали на питання про настрій, якість сну та фізичну активність з власної точки зору. Також необхідно було вказати про необхідність додаткового візиту до лікаря через загострення болю, застосування більшої кількості знеболювальних медикаментів та побічні ефекти. У кінці підраховували сумарну кількість балів, відповідно до відмічених у таблиці відповідей.

## Результати та їх обговорення

Стаж больового синдрому складав (13,7±6,5) років, частота загострень становила (4,9±2,6) раз на рік. Кількість вогнищ болю сягала (1,8±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 (табл. 1). Неврологічно – переважно хронічна вертеброгенна люмбалгія, люмбоішіалгія.

Таблиця 1. 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	19	59,3	20	58,8	18	54,5	26	72,2
Рецидивуючий характер	31	96,9	31	91,2	31	93,9	31	86,1
Тривалість болю >90 днів	22	68,7	20	58,8	24	72,7	13	36,1
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	

Згідно з Больовим опитувальником Мак-Гілла, ранговий індекс болю за сенсорно-дискримінативним компонентом (СДК – РІБ) виявився найбільшим у групі ОГ3 (7,1±2,6), а в групі КГ був найменшим (3,4±1,5), проте не сягав рівня достовірності. За індексом числа виділених дескрипторів сенсорно-дискримінативного компонента (СДК – ІЧВД) у цих групах відмічена достовірна відмінність (відповідно в групі ОГ3 – (15,1±2,8) балів, в КГ – (6,8±2,2), p<0,05). За афективно-мотиваційним компонентом в групах ОГ1 та ОГ2 ранговий індекс болю (АМК – РІБ) був достовірно більшим, порівняно з показниками КГ (відповідно ОГ1 – (4,2±0,9) балів, ОГ2 – (4,6±1,2) балів, порівняно з КГ – (2,3±0,6), p<0,05), але в групі ОГ3 була відмічена тільки тенденція до збільшення РІБ за рахунок неоднорідної оцінки пацієнтами свого стану ((5,1±2,4) балів).

За індексом числа виділених дескрипторів афективно-мотиваційного компонента (АМК – ІЧВД) була відстежена тенденція до збільшення балів в групах ОГ1 та ОГ2 (відповідно (7,2±2,6) і (9,3±2,8) балів) і достовірно більший ІЧВД в групі ОГ3, порівняно з КГ (відповідно (12,9±3,8) VS (5,6±2,4); p<0,05). За сумарними показниками РІБ і ІЧВД достовірно відрізнялися від КГ тільки клінічні групи з тривожними феноменами ОГ2 та ОГ3 (відповідно РІБ (10,1±2,6) і (12,2±3,1) VS (5,7±1,7); p<0,05; ІЧВД (21,2±4,1) і (28,0±4,4) VS (12,4±2,8); p<0,05). За евалюативною оцінкою інтенсивності болю (ІБ – п. 20) було відмічено тільки тенденцію до збільшення показника в усіх групах осіб з НПР (табл. 2).

Таблиця 2. Характеристики обстежених осіб за Больовим опитувальником Мак-Гілла (якісна оцінка характеру болю) (n=171)

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
СДК – РІБ	4,3±1,6	5,4±2,2	7,1±2,6	3,4±1,5
СДК – ІЧВД	8,2±2,6	11,9±3,6	15,1±2,8*	6,8±2,2*
АМК – РІБ	4,2±0,9*	4,6±1,2*	5,1±2,4	2,3±0,6*
АМК – ІЧВД	7,2±2,6	9,3±2,8	12,9±3,8*	5,6±2,4*
РІБ	8,5±2,1	10,1±2,6*	12,2±3,1*	5,7±1,7*
ІЧВД	15,4±3,2	21,2±4,1*	28,0±4,4*	12,4±2,8*
ІБ	3,2±1,9	3,6±2,2	3,9±2,4	2,8±1,6

Примітка: \* – p<0,05.

За багатофакторним опитувальником The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory в частині I серед п'яти субшкал, призначених для вимірювання важливих аспектів досвіду переживання хронічного

болю, в тому числі перешкоди життю як втручання болю в професійне, соціальне і сімейне функціонування; соціальна підтримка як стурбованість подружжя або інших референтних осіб; виразність або тяжкість болю; контроль ситуації як суб'єктивна здатність контролювати власне життя; емоційний дистрес як наявність афективних порушень. Лише в останній субшкалі було відмічено достовірне збільшення показників в групі ОГ3, порівняно з КГ ((5,3±2,0) VS (1,7±1,4);  $p < 0,05$ ). Субшкали частини II, як відображення відповідно негативних реакцій, турботи й комунікацій щодо скарг і больової поведінки з подружжям або іншими референтними особами виявили недостовірну тенденцію до збільшення, насамперед в групі депресивних пацієнтів ОГ1. Активність пацієнтів усіх груп (відповідно до частини III за чотирма категоріями: повсякденна діяльність; хатні справи, робота на відкритому повітрі; відпочинок далеко від дому і соціальна діяльність) також не має достовірної різниці. Загальний рахунок шкали WHUMPI коливався від (26,3±4,6) в КГ до (32,2±5,1) в групі ОГ3 без достовірної різниці між усіма клінічними групами (табл. 3).

**Таблиця 3. Характеристики обстежених осіб за багатофакторним опитувальником The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (n=171)**

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
Перешкоди життю	3,8±1,6	4,4±2,2	4,1±2,6	2,4±1,3
Соціальна підтримка	2,2±1,6	1,9±1,6	1,9±1,8	4,6±2,0
Виразеність болю	3,4±1,9	4,6±3,2	4,1±2,4	2,6±1,6
Контроль ситуації	2,2±1,6	2,3±1,8	2,1±1,8	4,6±2,4
Емоційний дистрес	4,5±2,1	4,0±2,6	5,3±2,0*	1,7±1,4*
Негативні реакції	5,1±3,2	4,2±2,1	4,8±2,2	1,4±1,1
Турбота	3,9±1,9	3,2±2,2	3,6±2,4	2,8±1,6
Комунікації	4,2±2,6	3,3±1,8	4,1±2,8	2,6±1,4
Активність	2,3±1,7	2,7±1,9	2,2±1,6	3,6±2,4

Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

Відповідно до Шкали катастрофізації болю Pain Catastrophizing Pain Catastrophizing шкала (PCS) показник «постійні роздуми» («Я не можу не думати про те, як сильний мій біль») мав чітку тенденцію до збільшення в групах НПП, але не сягав рівня достовірності у жодній з них. Натомість, показники «перебільшення» («Мені здається, що може трапитися щось страшне»), «безнадійність» («Немає нічого, що б зменшило мій біль»), а також сумарний рівень катастрофізації в групах НПП виявилися достовірно більшим, порівняно з КГ (відповідно за «перебільшенням» ОГ1 – (6,2±2,6); ОГ – (10,9±3,5); ОГ3 – (9,1±3,8) VS КГ – (0,8±0,6);  $p < 0,05$ ; за «безнадійністю» ОГ1 – (15,2±3,9); ОГ2 – (12,6±1,2); ОГ3 – (15,9±2,4) VS КГ – (5,3±2,6);  $p < 0,05$ ; сумарно ОГ1 – (33,7±5,1); ОГ2 – (35,9±4,8); ОГ3 – (37,8±5,3) VS КГ – (13,3±3,4);  $p < 0,05$ ).

Ми зауважили, що при більш високому рівні катастрофізації достовірно вищою була інтенсивність відчуття болю, обстежені вибирали більш тяжкі реєстри інтенсивності болю і більшу кількість дескрипторів за сенсорною й афективною шкалами MPQ. При аналізі субшкал Pain Catastrophizing Scale (PCS) був відмічений

зв'язок між відчуттям безпорадності й схильності до перебільшення проблеми болю з феноменом ( $r=0,69$  і  $r=0,63$ , відповідно,  $p < 0,05$ ) (табл. 4).

**Таблиця 4. Характеристики обстежених осіб за Шкалою катастрофізації болю PCS (n=171)**

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
Постійні роздуми	12,3±3,6	12,4±4,2	12,8±4,6	7,4±2,5
Перебільшення	6,2±2,6*	10,9±3,5*	9,1±3,8*	0,8±0,6*
Безнадія	15,2±3,9*	12,6±1,2*	15,9±2,4*	5,3±2,6*
Загальна оцінка	33,7±5,1*	35,9±4,8*	37,8±5,3*	13,3±3,4*

Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

За результатом опитування за шкалою SPAASMS виявлено, що пацієнти з групи ОГ2 достовірно частіше приймали ліки, порівняно з КГ (відповідно (2,7±1,3) VS (0,6±0,5);  $p < 0,05$ ). Додаткові візити до лікаря також були достовірно частіше у групах тривожних пацієнтів ОГ2 і ОГ3 (відповідно (2,9±1,6) і (2,5±1,8) VS (0,4±0,2);  $p < 0,05$ ). Достовірне зниження настрою очікувано було в групах депресивних пацієнтів ОГ1 і ОГ3 (відповідно (2,8±1,6) і (2,9±1,8) VS (0,6±0,4);  $p < 0,05$ ). Показники якості сну, побічних ефектів і фізичної активності мали тенденцію до збільшення в групах обстежених з НПП, але не сягали рівня достовірності. Сумарна кількість балів за Шкалою SPAASMS в усіх НПП групах була достовірно вищою за групу КГ (відповідно (11,7±2,9); (15,2±3,2); (14,5±3,4) VS (5,3±1,6);  $p < 0,05$ ) (табл. 5).

**Таблиця 5. Характеристики обстежених осіб за шкалою SPAASMS (n=171)**

Показники (бали)	ОГ1 n=32	ОГ2 n=34	ОГ3 n=33	КГ n=36
Додаткові ліки	1,6±0,4	2,7±1,3*	2,1±1,2	0,6±0,5*
Додатковий візит до лікаря	1,2±0,6	2,9±1,6*	2,5±1,8*	0,4±0,2*
Якість сну	2,2±0,9	2,6±1,4	2,5±1,4	1,8±1,2
Настрій	2,8±1,6*	2,3±1,8	2,9±1,8*	0,6±0,4*
Побічні ефекти	1,3±1,1	2,5±1,6	2,2±1,1	0,7±0,4
Фізична активність	2,6±1,2	2,2±1,1	2,3±1,4	1,2±0,8
Всього	11,7±2,9*	15,2±3,2*	14,5±3,4*	5,3±1,6*

Примітка: \* –  $p < 0,05$ .

Отже, за нашими спостереженнями, формування хворобливої поведінки відбувається step-by-step, від сенсорної сенсibilізації до афективного реагування з додатковими змінами мотиваційного компонента. Уже на тлі сформованих афективних змін додається поведінковий компонент, насамперед у вигляді більш активного споживання медичної допомоги (додаткові ліки і візити до лікаря), а не загальної активності. Ми вважаємо, що переривання (або навіть тимчасове припинення) step-by-step ланцюга формування хворобливої поведінки шляхом своєчасної діагностики і терапії НПП має зменшити соціально-економічний тягар щодо пацієнтів з ХБС.

## Висновки

Формування хворобливої поведінки у пацієнтів з ХБС відбувалося паралельно із набуттям НПП, step-by-step, від сенсорної сенсibilізації до афективного

реагування з додатковими змінами мотиваційного компонента. У пацієнтів без НПР прояви болю більшою мірою залежали від фізичної активності, порівняно із пацієнтами з НПР, але мали меншу тривалість та схильність до рецидивування. Клінічні групи з ГТР та ТДР за опитувальником Мак-Гілла мали достовірно більші сумарні показники рангового індексу болю і індексу числа обраних дескрипторів. За субшкалою емоційного дистресу шкали WHUMPI було відмічено достовірне збільшення показників тільки в групі ТДР, порівняно з пацієнтами без НПР. За шкалою PCS показники «перебільшення» і «безнадійність», а також сумарний рівень катастрофізації в групах НПР виявився достовірно більшим, порівняно з пацієнтами без НПР. При вищому рівні катастрофізації достовірно вищою була інтенсивність відчуття болю, вибиралися більш тяжкі реєстри інтенсивності болю і більша кількість дескрипторів за сенсорною й афективною шкалами MPQ. При аналізі субшкал Pain Catastrophizing Scale (PCS) був відмічений зв'язок між відчуттям безпорадності й схильності до перебільшення проблеми болю з феноменом тривоги ( $r=0,69$  і  $r=0,63$ , відповідно,  $p<0,05$ ). Вже на тлі сформованих афективних змін додавався поведінковий компонент, насамперед у вигляді більш активного споживання медичної допомоги (додаткові ліки і візити до лікаря), а не загальної активності. Ми вважаємо, що переривання (або навіть тимчасове призупинення) step-by-step ланцюга формування хворобливої поведінки шляхом своєчасної діагностики і терапії НПР має зменшити соціально-економічний тягар щодо 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 задач) / А. С. Бронштейн, В. Л. Ривкин // 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.
- Влияние дезадаптивных установок на клиническую картину и прогноз хронической головной боли напряжения [Текст] / И. Г. Подымова, А. Б. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 4. – С. 4–7.
- Вознесенская Т. Г. Хроническая боль и депрессия / Т. Г. Вознесенская // Фармацевтика. – 2008. – № 6. – С. 10–15.
- 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 ОГПИ. 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 болю / О. А. Левада // Нейропсихология. – 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.
- Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) [Посібник] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
- Arthritis pain and disability: response to collaborative depression care / E. H. Lin, L. Tang, W. Katon [et al.] // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2006 – Vol. 28. – P. 482–486.
- Bhattacharya R. Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety / R. Bhattacharya, C. Shen, U. Sambamoorthi // BMC Psychiatry. – 2014. – Vol. 14. – P. 10.
- 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.
- Catastrophic thinking and heightened perception of pain in others / M. J. Sullivan, M. O. Martel, D. A. Tripp [et al.] // Pain. – 2006. – Vol. 123. – P. 37–44.
- Catastrophizing mediates the relationship between pain intensity and depressed mood in older adults with persistent pain / B. M. Wood, M. K. Nicholas, F. Blyth [et al.] // The Journal of Pain. – 2013. – Vol. 14, No. 2. – P. 149–157.
- Chronic pain and pain-related disability across psychiatric disorders in a clinical adolescent sample / W. L. Mangerud, O. Bjerkeset, S. Lydersen, M. S. Indredavik // 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.
- Impact of pain on depression treatment response in primary care / M. J. Bair, R. L. Robinson, G. J. Eckert [et al.] // Psychosom Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 17–22.
- Impact of pain on the course of depressive and anxiety disorders / J. G. Gerrits, N. Vogelzangs, P. van Oppen [et al.] // Pain. – 2012. – Vol. 153. – P. 429–436.
- Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis / D. Polsky, J. A. Doshi, S. Marcus [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1260–1266.
- Melzack R. From the gate to the neuromatrix / R. Melzack // Pain. – 1999. – № 6. – P. 121–126.
- 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, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases / R. R. Edwards, C. Cahalan, G. Mensing [et al.] // Nat Rev Rheumatol. – 2011. – Vol. 7. – No. 4. – P. 216–224.
- 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.
- Preoperative anxiety and catastrophizing: a systematic review and metaanalysis of the association with chronic postsurgical pain / M. Theunissen, M. L. Peters, J. Bruce [et al.] // Clin. J. Pain. – 2012. – Vol. 28, No. 9. – P. 819–841.
- Radford C. Pain and Pain Behaviour / C. Radford // Philosophy. – 1972. – Vol. 47, No. 181. – P. 189–205.
- 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 / W. D. Scholten, N. M. Batelaan, A. J. van Balkom [et al.] // J. Affect. Disord. – 2013. – Vol. 147. – P. 180–185.
- Relationship among Pain Catastrophizing, Depressed Mood, and Outcomes across Physical Therapy Treatments / S. Bergbom, K. Boersma, T. Overmeier, S. J. Linton // Phys. Ther. – 2011. – Vol. 91. – No. 5. – P. 754–764.
- Relationships among pain, anxiety, and depression in primary care / A. J. Means-Christensen, P. P. Roy-Byrne, C. D. Sherbourne [et al.] // Depress Anxiety. – 2008. – Vol. 25. – P. 593–600.
- 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 / B. H. Smith, A. M. Elliott, W. A. Chambers [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 / M. I. Bisschop, D. M. Kriegsman, D. J. Deeg [et al.] // J. Clin. Epidemiol. – 2004. – Vol. 57. – P. 187–194.
- The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods / B. W. Penninx, A. T. Beekman, J. H. Smit [et al.] // Int. J. Methods Psychiatr Res. – 2008. – Vol. 17. – P. 121–140.
- The relation between catastrophizing and the communication of pain experience / M. J. Sullivan, M. O. Martel, D. Tripp [et al.] // Pain. – 2006. – Vol. 122. – P. 282–288.

**МНОГОФАКТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ**

**О.Н. Авраменко**

Актуальность. Ряд биологических, психологических и социальных факторов, среди которых ведущим является эмоциональное состояние, определяет формирование болевого поведения у пациентов с хронической болью. Многофакторное субъективное восприятие боли и ответ на нее в виде болезненного поведения у некоторых пациентов с хроническим болевым синдромом (ХБС) препятствует процессу заживления или значительно его удлинит.

Цель исследования заключалась в многофакторной комплексной оценке характеристик пациентов с ХБС в зависимости от наличия сопутствующих психических расстройств, в частности депрессивного эпизода (БДЭ), генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и тревожно-депрессивного расстройства (ТДР).

Методы. Проанализированы характеристики особенностей боли у 135 пациентов с ХБС неонкологической генеза с психотическими психическими расстройствами с помощью The McGill Pain Questionnaire (MPQ), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain Catastrophising Scale (PCS), шкалы комплексной оценки SPAASMS.

Результаты. Формирование болевого поведения у пациентов с ХБС происходило соответственно наличию НПП, step-by-step, от сенсорной сенсibilизации к аффективному реагированию с дополнительными изменениями мотивационного компонента. На фоне аффективных изменений добавлялся поведенческий компонент, прежде всего в виде более активного потребления медицинской помощи (дополнительные лекарства и визиты к врачу), но не общей активности.

Выводы. Прерывание (или даже временное приостановление) step-by-step цепи формирования болезненного поведения путем своевременной диагностики и терапии НПП должно уменьшить социально-экономическое бремя пациентов с ХБС.

**Ключевые слова:** психические расстройства, синдром хронической боли, депрессия, тревожное расстройство, болевое поведение.

**MULTIFACTORIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS AND CHRONIC PAIN SYNDROMES**

**O. Avramenko**

Relevance. A number of biological, psychological and social factors, including the prevailing emotional state of patients, determines the formation of unhealthy behaviors in patients with chronic pain. Based on multifactorial nature of subjective pain perception and response, specific pain behavior is formed in some patients with chronic pain syndrome (CPS) and interferes with the healing process or significantly extend.

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 (ADD).

Methods. Were analyzed by multifactorial comprehensive assessment of the characteristics of 135 patients with CPS non- cancer genesis and the non-psychotic mental disorders using The McGill Pain Questionnaire (MPQ), The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), Pain Catastrophising Scale (PCS), the scale integrated assessment SPAASMS.

Results. Formation of pain behavior in patients with CPS occurred respectively by the presence of non-psychotic mental disorders (MDD, GAD, ADD): from sensor sensitization to affective response with additional modifications of the motivational component. Then the behavioral component was added first as a active use of medical aid (additional drugs and visits to the doctor), but not the total activity.

Conclusions. Interrupts or even a temporary suspension of forming painful chain behavior by timely diagnosis and treatment of non-psychotic mental disorders (MDD, GAD, ADD) is to reduce the social and economic burden of patients with CPS.

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

616.895.8-008.15:616-07:616-08

**O. Mrug**

**REHABILITATION POTENTIAL OF PERSONALITY IN PARANOID SCHIZOPHRENIA**

Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy with postgradual course M. I. Pyrohov  
Vinnytsia National Medical University (Pirogova str., 109, c. Vinnytsia, 21018)  
olena.mrug@gmail.com

**Key-words:** personality's component, rehabilitation potential, transactional analysis, paranoid form of schizophrenia.

Important changes related to the conceptualization and realization of the important role of rehabilitation in the treatment of mental illnesses take place in the world of psychiatry. These changes are related to schizophrenia spectrum disorders in particular. The modern psychiatry problem of effectiveness and safety of reduction of exacerbations in patients with schizophrenia has been appeared and still is an actual issue. Complex psychological problems in the family, related to the risk of its collapse, the growth of neurocognitive deficits, social stigma society with the «displacement» of patients and the general decline in the quality of their life are the most important issues for these patients. [1]

**Actuality.** Psychosocial rehabilitation measures in the form of clinic- psychological, psycho-pedagogical and psychotherapeutic conditions are the most important issues for these patients. Their goal is to achieve the patients autonomous functioning in society as the restoration of their ability to conscious control of social behavior [2]. Increasing of social adaptation and support of social patients' functioning optimal level became treatment quality evaluation criteria. Psycho-rehabilitative activities include individual and group forms of psychotherapy, psycho-educational programs, family therapy, social skills training and other forms of medical and social influence in a

properly organized rehabilitative environment. Adoption of the disease and a positive attitude to therapy with strict adherence to the therapeutic regimen, increasing of stress resistance, the formation of positive motivation, improved social functioning of the patient and creation of optimal conditions for their reintegration into society are the tasks of stress management approved in clinical protocols of medical care and rehabilitation of patients with schizophrenia. Transactional analysis as a theory of the individual and systemic psychotherapy, aimed at the development and personality changes has found its place in the system of rehabilitation [5]. The problem of psychotherapy of