



DOI: 10.31636/pmjua.v5i2.2

Кореляція болю та психологічних порушень

Ордатій Н. М.^{1,2}, Ордатій А. В.^{1,2}

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

²Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, Вінниця

Резюме. Хронічний больовий синдром досить широко розповсюджений в лікарській практиці. Хронічний больовий синдром призводить до короткочасної інсомнії, що триває 2–3 тижні і значно посилює виснаження, астенозованість пацієнта. Наявність хронічного болю формує певну больову поведінку: уникання фізичного навантаження, страдницький вигляд, часом перебільшення болісних відчуттів заради отримання вигоди – уникання виконання неприємних справ, шантажування своїм станом, вимогливість до рідних, погіршення сімейних стосунків, обмеження функціонування. Створюється своєрідне замкнене коло із поєднання депресії, порушення сну і тривоги та болю, що потенціюють одне одного. Це є небезпечним через ризик формування залежності від знеболюючих препаратів (формування специфічної поведінки) та поглиблення психоемоційних розладів.

Мета: з'ясувати кореляцію порушення психологічного стану пацієнта і болісних відчуттів.

Матеріали і методи: аналіз 40 медичних карт пацієнтів неврологічного відділення ВМКЦ ЦР за період – червень 2020 р. Пацієнти комплексно обстежувались психологом, психіатром, неврологом. У всіх 40 пацієнтів основною скаргою на момент госпіталізації був хронічний біль різної локалізації.

Ключові слова: хронічний больовий синдром, біль, тривога, знижений настрій, дратівливість, депресія, суб-депресія, порушення сну.

Хронічний больовий синдром досить широко розповсюджений в лікарській практиці. Його тривалість варіює в межах 3–6 міс. і має дифузний характер. Модель формування болю – багатофакторна. Серед причин виникнення болю має місце і емоційний компонент, коли відсутнє ураження тканин та вплив безпосереднього больового подразника. У людей з тривожними рисами характеру частіше відзначаються болі в ділянці спини. Для людей з підвищеною тривожністю характерне зниження больового порогу. Сприйняття пацієнтом болю

має індивідуальний характер через властивий йому рівень больового порогу та особистісні характеристики. Наслідками хронічного болю можуть бути: розсіяна увага, швидка втомлюваність, дратівливість, депресивні розлади, вторинна тривога, зниження працездатності, розлади сну та посилення власне больових відчуттів. Хронічний больовий синдром призводить до короткочасної інсомнії, що триває 2–3 тижні і значно посилює виснаження, астенозованість пацієнта. Наявність хронічного болю формує певну больову поведін-

ку: уникання фізичного навантаження, страдницький вигляд, часом перебільшення болісних відчуттів заради отримання вигоди – уникання виконання неприємних справ, шантажування своїм станом, вимогливість до рідних, погіршення сімейних стосунків, обмеження функціонування. Створюється своєрідне замкнене коло із поєднання депресії, порушення сну і тривоги та болю, що потенціюють одне одного. Це є небезпечним через ризик формування залежності від знеболюючих препаратів (формування специфічної поведінки) та по-

глиблення психоемоційних розладів. За твердженнями дослідників, поширення хронічного больового синдрому серед населення у подальшому матиме тенденцію до зростання. Біль зумовлює перебування людини в стані тривалого стресу та зниження якості життя.

Мета

З'ясувати кореляцію порушення психологічного стану пацієнта і болісних відчуттів.

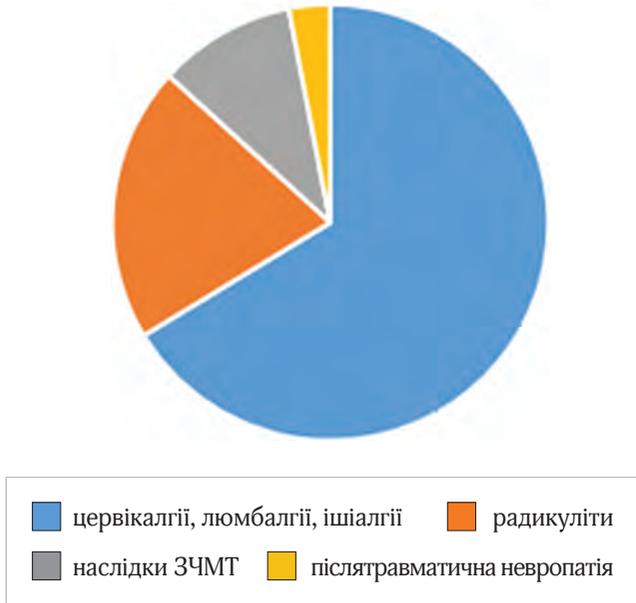


Рис. 1. Розподіл досліджуваних пацієнтів за нозологічними категоріями

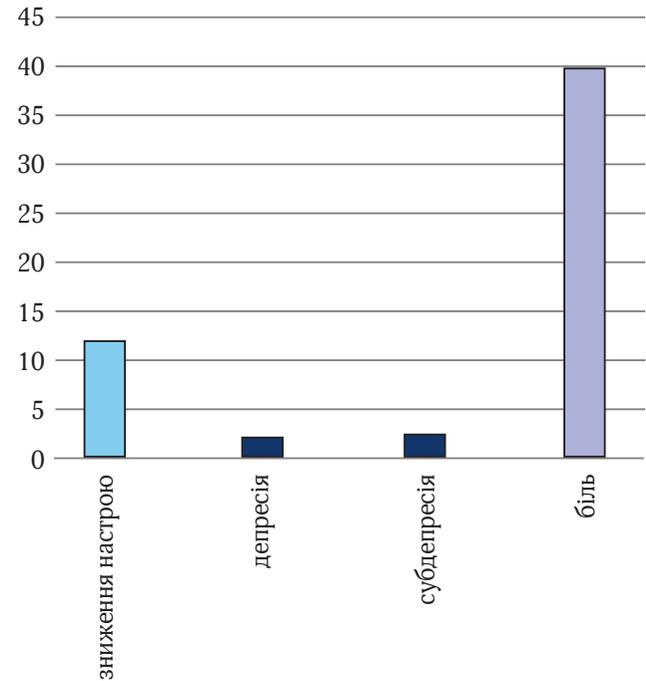


Рис. 3. Поєднання порушень настрою та болю

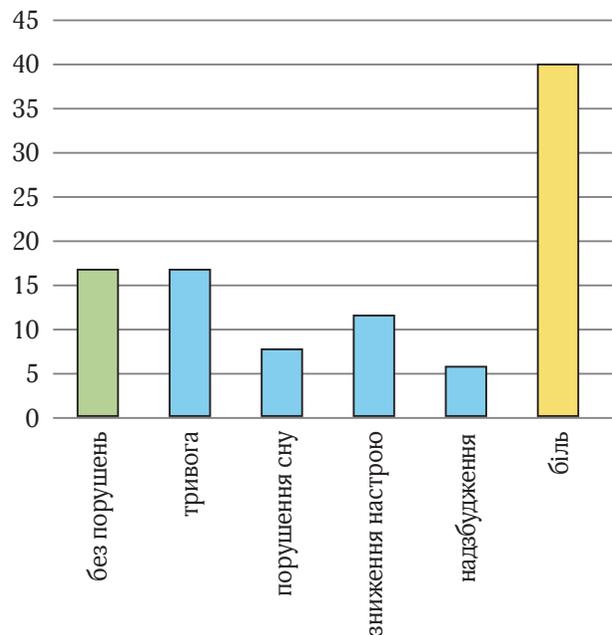


Рис. 2. Розподіл психологічних розладів серед досліджених пацієнтів

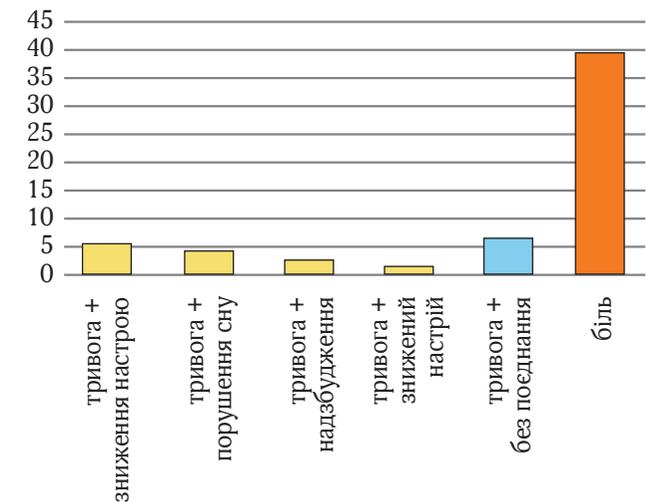


Рис. 4. Комбінації психологічних порушень

Матеріали і методи

Аналіз 40 медичних карт пацієнтів неврологічного відділення ВМКЦ ЦР за період: червень 2020 р. Пацієнти комплексно обстежувались психологом, психіатром, неврологом. У всіх 40 пацієнтів основною скаргою на момент госпіталізації був хронічний біль різної локалізації.

Нозологічний склад пацієнтів був такий: радикуліти – 8; люмбалгії, ішіалгії та цервікалгії – 26; після-травматична нейропатія – 2; наслідки ЗЧМТ – 4.

При психологічному обстеженні пацієнтів було виявлено порушення психологічного здоров'я у 23 пацієнтів у вигляді: підвищення тривожності – у 17 пацієнтів, інсомнічних розладів – у 8 пацієнтів, зниження настрою – у 12 пацієнтів та надзбудження (дратівливості) – у 6 пацієнтів. Серед 17 пацієнтів не виявлено жодних із зазначених порушень.

Серед 12 пацієнтів із зниженням настрою виявлено порушення, що сягали рівня депресії (у 2 пацієнтів) та субдепресії (у 2 пацієнтів), у решти 8-ми пацієнтів спостерігалось незначне зниження настрою, що не сягало рівня субдепресії.

Відзначалось поєднання психологічних порушень у вигляді комбінації: тривоги та порушення сну – у 5 пацієнтів; тривоги із надзбудженням – у 3-х пацієнтів; тривоги із зниженням настрою – у 6 пацієнтів; лише у 2 пацієнтів відзначалось поліпоєднання тривоги, зниженого настрою, надзбудження і порушення сну; серед 7 пацієнтів не спостерігалось поєднання психологічних порушень (лише тривога – 1 пацієнт, лише порушення сну – 1 пацієнт, лише зниження настрою – 5 пацієнтів).

Висновок

Серед 40 обстежених пацієнтів із хронічним болем спостерігалось порушення психоемоційного здоров'я у 23 пацієнтів, що складає 57,5 %; не виявлено порушень у 17 пацієнтів – відповідно 42,5 %; серед психоемоційних порушень у пацієнтів з болем переважають такі: тривога – у 17 пацієнтів: 73,9 %; зниження настрою – у 12 пацієнтів: 52,17 %; порушення сну – у 8 пацієнтів: 34,8 % та надзбудження – у 6 пацієнтів: 26,1 %; найпоширеніше поєднання тривоги та зниженого настрою у 6 пацієнтів – 26,1%, та поєднання тривоги і порушення сну у 5 пацієнтів – 21,7 %.

Correlation of pain and psychological disorder

Ordatii N. M.^{1,2}, Ordatii A. V.^{1,2}

¹National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia.

²Military Medical Clinical Center of the Central Region, Vinnytsia.

Abstract. *Chronic pain syndrome can be widely extended in medical practice. Chronic pain syndrome can lead to a short-term insomnia, which is usually 2–3 days and causes the patient's asthenia, goneness. Chronic pain forms of painful behavior: avoiding of physical exertion, sufferer outside, overdoing sensation of pain to have a same using, unique unpleasant things, loss of family functions, depletion of function. It is possible to become self-consciously closed because of the next depression, sleep disturbance and anxiety and pain, which is the potential for one another. It is dangerous through the formation of addiction from painkillers preparations (formulation of specific behavior) and the loss of psycho-somatic disorder.*

Purpose: *to find out correlation of the disruption of the patient's psychological camp and the pain senses.*

Materials and methods: *analysis of 40 medical cards of patients of neurological department of the VCCC CR for the period – June 2020. Patients were comprehensively monitored by a psychologist, psychiatrist, and neurologist. The main complaint all this 40 patients is a chronic pain different localization at the time of the hospitalization. Nosological diagnosis of patients were: radiculities – 8; lumbalgia, sciatica and cervikalgia –26; posttraumatic neuropathy – 2; traumatic brain injury – 4.*

Conclusions: *Between 40 patients with chronic pain revealed disorders of psychological health in 23 patients, which redacted 57.5%, any disorders were found in 17 patients – 42.5 %; main psychological disorders in patients with*

pain are: anxiety in 17 patients – 73.9%, decreased mood in 12 patients – 52.17%, sleep disturbance in 8 patients – 34.8%, irritability in 6 patients – 26.1%, the most often combination was anxiety and low mood alliance in 6 patients – 26.1%, and combination of the anxiety with sleep disorders in 5 patients – 21.7%.

Key words: chronic pain, syndrome, anxiety, irritability, pain, sleep disorders, insomnia, depression, low mood, distress, deprivation, alliance

Chronic pain syndrome can be widely extended in medical practice. Chronic pain can be continues in the boundaries of 3–6 months, it has diffuse character. The model of pain formation is multifactorial. A number of reasons for the diagnosis of pain is emotion component, without tissue damage and pain irritation. People with anxiety features tend to have pain in their backs. For people with anxiety, a decrease in the pain threshold is typical. A patient's response to pain and individual character through the level of pain threshold and special characteristics. Effects of chronic pain can be: reduction of attention, fast fatigability, irritation, depressive disorders, secondary anxiety distress, lowering of efficiency, sleep disorder and more power of the pain. Chronic pain syndrome can lead to a short-term insomnia, which is usually 2–3 days and causes the patient's asthenia, goneness. Chronic pain forms of painful behavior: avoiding of physical exertion, sufferer outside, overdoing sensation of pain to have a same using, unique unpleasant things, loss of family functions, depletion of function. It is possible to become self-consciously closed because of the next depression, sleep disturbance and anxiety and pain, which is the potential for one another. It is dangerous through the formation of addiction

from painkillers preparations (formulation of specific behavior) and the loss of psycho-somatic disorder. The widening of chronic pain syndrome in the middle of the population has a tendency to grow up. Patient suffering of the pain is in the trivial distress and diminished quality of life. Purpose: find out Correlation of the Disruption of the Patient's Psychological Camp and the Pain senses. Materials and methods: analysis of 40 medical cards of patients of neurological department of the VCCC CR for the period – June 2020. Patients were comprehensively monitored by a psychologist, psychiatrist, and neurologist. The main complaint all this 40 patients is a chronic pain different localization at the time of the hospitalization. Nosological diagnosis of patients were: radiculities – 8; lumbalgia, sciatica and cervikalgia – 26; posttraumatic neuropathy – 2; traumatic brain injury – 4.

During psychology testing was undefined psychology disorder between 23 patients such as: admission anxiety in 17, insomnia disorder in 8 patients, 12 were lowering the mood, 6 patients with irritability and 17 patients without any disorder.

Among 12 patients with lowered mood, there was 2 patients with depression and with subdepression were 2 patients, another 8 patients had lowering of the mood which did hit a range of subdepression.

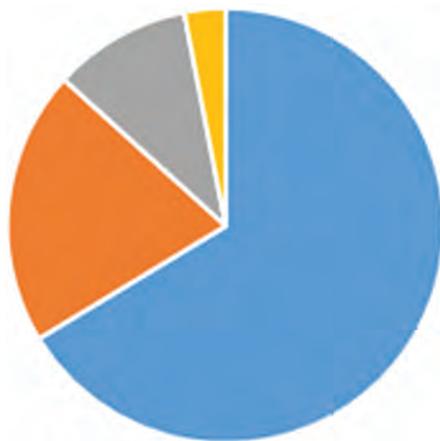


Fig. 1. Distribution of the studied patients by nosological categories

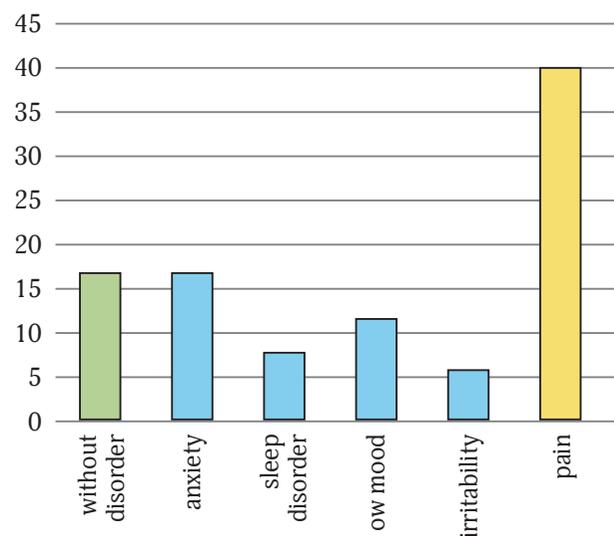


Fig. 2. Distribution patients by psychological disorders

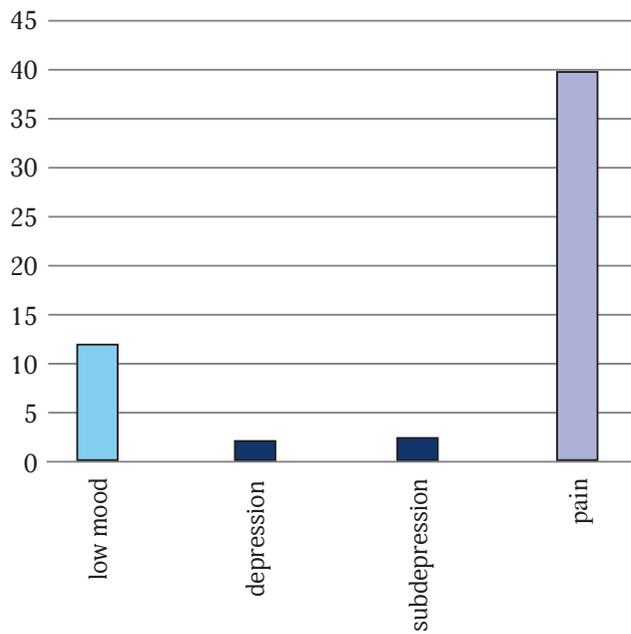


Fig. 3. Combination of mood disorders and pain

There were a few psychological breakdowns in the combination: anxiety and sleep disorders in 5 patients; anxiety and irritability in 3 patients; anxiety with low mood in 6 patients; 2 patients were deprived of the presence of anxiety, low mood, overstimulation and sleep disturbance; In the middle of 7 patients, there were no combination of psychological problems (1 patient with only anxiety, only deprivation of sleep – 1 patient, only low mood – 5 patients)

Conclusions

Between 40 patients with chronic pain revealed disorders of psychological health in 23 patients, which redacted 57.5%, any disorders were found in 17 patients – 42.5%; main psychological disorders in patients with pain are: anxiety in 17 patients – 73.9%, decreased mood in 12 patients – 52.17%, sleep disturbance in 8 patients – 34.8%, irritability in 6 patients – 26.1%, the most often combination was anxiety and low mood alliance in 6 patients – 26.1%, and combination of the anxiety with sleep disorders in 5 patients – 21.7%.

References

1. Khaustova OO, Bezshayko VG. Psychosomatic masks of anxiety". *Medical Journal*; July-August 2019;4(1)(132).
2. Khaustova OO. Sleep disorders in the elderly; *Neuronews*. 2016.
3. Khaustova OO. Chronic pain syndrome: a comprehensive approach to diagnosis and treatment. Available from: Health-ua.com
4. Volel BA, Petelin DS, Rozhkov DO. Chronic back pain and mental disorders. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*; 2019; 11(2S): 17–24.

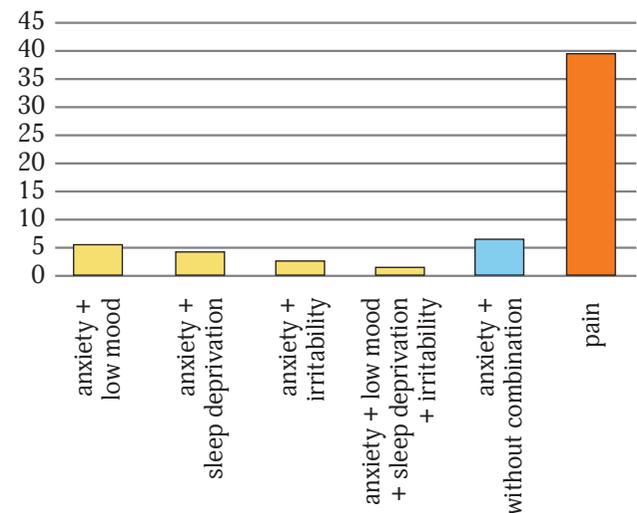


Fig. 4. Combinations of psychological disorders

5. Woo AK. Depression and anxiety in pain. *Reviews in pain*. 2010 Mar;4(1):8–12.
6. Alföldi P, Wiklund T, Gerdle B. Comorbid insomnia in patients with chronic pain: a study based on the Swedish quality registry for pain rehabilitation (SQRP). *Disability and Rehabilitation [Internet]*. Informa UK Limited; 2013 Dec 9;36(20):1661–9. Available from: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.864712>
7. de Heer EW, Gerrits MM, Beekman AT, Dekker J, van Marwijk HW, de Waal MW, Spinhoven P, Penninx BW, van der Feltz-Cornelis CM. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PloS one*. 2014 Oct 15;9(10):e106907.
8. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Depressive disorder, anxiety disorder and chronic pain: Multiple manifestations of a common clinical and pathophysiological core. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed) [Internet]*. Elsevier BV; 2018 Jan;47(1):46–55. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.12.003>
9. Cosio D, and Lotus M. Meshreki. Anxiety and Pain. Last updated on: April 12, 2019
10. Connection between chronic pain, anxiety disorders found by researchers. *Science Daily*. August 31, 2016
11. Rayner L, Hotopf M, Petkova H, Matcham F, Simpson A, McCracken LM. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre. *PAIN [Internet]*. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2016 Jul;157(7):1472–9. Available from: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000542>
12. Snegirev FG. Patient due to chronic pain: “who’s” he, who and how can treat it? *Ukrainian Medical Chasopis*, 2019–01–24.
13. Matyukha LF. Pain syndrome, its impact on the body and approaches to effective analgesia in the practice of a family doctor. *Ukrainian Medical Journal*, July-August 2015;4(108)
14. Avramenko OM, Khaustova OO. A new aspect of the use of the DIRE scale in patients with chronic pain. *Ukrainian Medical Journal*; 2015;4(108)
15. Bozhenko NL. Back pain syndromes: some psycho-emotional aspects and possibilities of their correction., *News of Medicine and Pharmacy*; 2013;8(62)

Корреляция боли и психологических нарушений

Ордатий Н. М.^{1,2}, Ордатий А. В.^{1,2}

¹Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова

²Военно-медицинский клинический центр Центрального региона

Резюме. Хронический болевой синдром довольно широко распространен во врачебной практике. Хронический болевой синдром приводит к кратковременной инсомнии, которая длится 2–3 недели и значительно усиливает истощение пациента. Наличие хронической боли формирует определенное болевое поведение: избегание физических нагрузок, страдальческий вид, периоды преувеличения мучительных ощущений ради получения выгоды – избегание выполнения неприятных дел, шантаж своим состоянием, требовательность к родным, ухудшение семейных отношений, ограничения функционирования. Создается своеобразный замкнутый круг из сочетания депрессии, нарушения сна, тревоги и боли, которые потенцируют друг друга. Это опасно из-за риска формирования зависимости от обезболивающих препаратов (формирование специфического поведения) и углубления психоэмоциональных расстройств.

Цель: выяснить корреляцию нарушения психологического состояния пациента и болевых ощущений.

Материалы и методы: анализ 40 медицинских карт пациентов неврологического отделения ВМКЦ ЦР за период: июнь 2020 г. Пациенты комплексно обследованы психологом, психиатром, неврологом. У всех 40 пациентов основной жалобой на момент госпитализации была хроническая боль различной локализации.

Выводы. Среди 40 обследованных пациентов с хронической болью установлены нарушения психоэмоционального здоровья у 23 пациентов, что составляет 57,5%; не выявлено нарушений у 17 пациентов – соответственно 42,5%; преобладающими среди психоэмоциональных нарушений у пациентов с болью являются: тревога у 17 пациентов – 73,9%; снижение настроения у 12 пациентов – 52,17%; нарушения сна у 8 пациентов – 34,8%; раздражительность у 6 пациентов – 26,1%; наиболее частая комбинация тревоги и сниженного настроения у 6 пациентов – 26,1%; сочетания тревоги с нарушением сна у 5 пациентов – 21,7%.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, боль, тревога, сниженное настроение, раздражительность, депрессия, субдепрессия, нарушение сна.