

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ВНАСЛІДОК ЗАХВОРЮВАНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Медичний і психологічний центр «Айва», Київ

**Проаналізовано психологічні особливості при хронічному больовому синдромі внаслідок захворювань опорно-рухового апарату. Обґрунтовано актуальність проблеми, яка зумовлена медичною, соціальною, психологічною значущістю. Зазначено, що захворювання опорно-рухового апарату суттєво погіршують якість життя людини.**

*Ключові слова:* хронічний больовий синдром, дорсалгія, захворювання опорно-рухового апарату, вертебральний больовий синдром, емоційні реакції, особистісні особливості, психосоматика.

Серед хвороб, на які страждає більшість людей, одне з перших місць займають порушення функцій опорно-рухового апарату і хребта. Рух є одним із найголовніших елементів життя людини. За поширеністю порушення функцій опорно-рухового апарату поступаються лише серцево-судинним захворюванням. Оскільки опорно-рухова система — це наш каркас, то її розбалансованість провокує хвороби інших систем і окремих органів, а також зниження рухливості й погіршення загального стану організму людини [1–6].

Больові синдроми, пов'язані з ураженням хребта (дорсалгія), через свою розповсюдженість, тенденцію до хронізації та рецидивів суттєво впливають на якість життя пацієнтів.

Останніми десятиліттями відзначено перегляд ряду теорій патогенезу дорсалгії. Більшість авторів указують на провідне значення у маніфестації та розвитку больового синдрому порушень біомеханіки рухового акту і дисбалансу у м'язово-зв'язково-фасціальному апараті. У зв'язку з цим консервативне лікування при дорсалгії, як і раніше, залишається найбільш затребуваним, а розроблені раніше лікувальні програми значно розширено й доповнено [7–10]. Однак не у всіх випадках захворювання спостерігається стійке виліковування, цьому сприяє також різна супровідна соматична патологія й зміни психіки, переважно депресивного характеру.

Мета цієї роботи — розглянути психологічні особливості при хронічному больовому синдромі внаслідок захворювань опорно-рухового апарату.

Проблемою неспецифічного м'язово-скелетного болю займаються терапевти, неврологи, нейрохірурги, ревматологи, ортопеди, мануальні терапевти, рефлексотерапевти, психотерапевти, фізіотерапевти, медичні психологи.

Біль у спині — це один із найчастіших патологічних симптомів. У сучасному світі, наповненому

комп'ютеризованими технологіями, вертебральний больовий синдром розвивається внаслідок недостатньо активного способу життя, відсутності необхідних адекватних або ж, навпаки, надмірних фізичних навантажень. В основі виникнення цього симптомокомплексу може лежати також і вроджена патологія опорно-рухової системи, і остеопороз, і зайва маса тіла.

Дослідники описують біль як ознаку морфологічної або фізіологічної патології [11]. Відповідно в основі виникнення вертебрального больового синдрому завжди лежить або первинне ураження хребетного стовпа (безпосередньо патологія опорно-рухового апарату), або екстравертебральні патологічні процеси, які вдруге вражають хребет, або ж їх поєднанням. Таким чином, зазначений синдром є поліетіологічним (тобто має безліч можливих причин виникнення) і включає в себе не тільки больовий симптомокомплекс, але й морфологічний (анатомічні ознаки патології) та фіксаційний (порушення функцій хребта) [12].

Т. Г. Вознесенська, вивчаючи проблему болю у спині та кінцівках, наводить такі дані: близько 20% дорослого населення страждає від періодично повторюваних болів у спині тривалістю від трьох і більше днів. Серед них у 80% випадків біль проходить під впливом лікування протягом місяця [цит. за 9]. Однак у інших він набуває хронічного перебігу і важко піддається терапії. Такі хронічні хворі становлять близько 4% популяції. При цьому дослідниця відзначає, що пік скарг на болі у спині припадає на зрілий, працездатний вік — від 30 до 45 років. У людей віком до 45 років біль у спині є однією з найчастіших причин втрати працездатності. Звичайно, причини болю неоднакові й окремі нозологічні форми подано по-різному у кожній віковій групі.

Причини розвитку больового синдрому у спині дослідники поділяють на вертебральні (частіше

дегенеративно-дистрофічні), пов'язані з патологічними змінами м'язів (частіше міофасціальний синдром), вісцеральні (пов'язані з патологією органів черевної порожнини) і неврогенні. Факторами ризику його розвитку можуть бути травми, фізичні навантаження, переохолодження, малорухливий сидячий (особливо в незручній позі) спосіб життя, депресії і стреси, зловживання алкоголем, ожиріння, шкідливі умови праці (вібрація, опромінення, високі температури). Серед конкретних причин можна назвати: дискогенну радикулопатію або корінцевий синдром (ішемія корінців через їх здавлення грижею міжхребцевого диска), компресію хребетного каналу, хворобу Бехтерева (ревматоїдний спондилоартрит), остеопороз, остеохондроз, травми хребетного стовпа, рефлекторні м'язові синдроми; пухлини хребта (в тому числі метастатичні ураження), міофасціальний синдром; міозити (запальні процеси м'язів), захворювання внутрішніх органів (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, сечокам'яна хвороба, холецистит, панкреатит та ін.), викривлення хребетного стовпа (патологічні кіфози, лордоз, сколіози, кіфосколіози та ін.), судинну патологію (порушення кровообігу спинного мозку або м'язової системи хребта) [12].

В. І. Романенко [13] підкреслював, що біль у нижній частині спини (БНЧС) є однією з найбільш частих скарг, з якою пацієнти звертаються до лікаря. Дослідник наводить дані про кількість амбулаторних візитів зі скаргою на БНЧС у загальній картині звернень, яка займає друге місце після респіраторних захворювань. БНЧС є також однією з найбільш відомих причин інвалідизації пацієнтів працездатного віку, призводить до зниження якості життя, зменшення фізичної активності, неможливості підняття важких предметів, появи психологічних розладів. У розвинутих країнах понад 70% населення страждали на біль у спині хоча б раз у житті, а 15–45% — щорічно.

В останні роки особливу увагу фахівців привертають так звані хронічні болі. Головною їх характеристикою є тривалий прояв, вони нерідко мають не суворо локалізований, а дифузно поширений характер. У ряді випадків стає очевидним, що в основі появи болю лежить психічний фактор, тому вони можуть позначатися як психогенні. Провідним патологічним алгоритмом, як правило, є депресія, іпохондрія або сенестопатія. Іноді цей синдром називають «депресія — біль». Проте не всі хронічні болі у пацієнтів зумовлені психічними порушеннями [9].

Захворювання м'язів і скелета є найпоширенішою причиною серйозних хронічних болюв, які відчувають сотні мільйонів людей у всьому світі. Болі у спині є другою провідною причиною відпустки

через хворобу, що має величезне клінічне, соціальне й економічне значення для суспільства. Незважаючи на це, зазначена патологія не отримує тієї уваги, на яку заслуговує [10].

D. Buljan [14] відзначає, що розповсюдженість хронічного болю становить від 15 до 22% серед населення і трапляється частіше у жінок похилого віку та в осіб зі зниженим соціально-економічним статусом. Хронічний біль може бути причинно пов'язаний із супровідними психічними розладами — страхом перед фізичним захворюванням, постійним занепокоєнням, тривожністю, депресією і реакцією на стрес. Дослідник також визначає психолого-психіатричні фактори хронічного болю і пов'язує больові симптоми з психологічними чинниками, емоційними розладами і функціональними порушеннями. Порушення, спричинене психологічними факторами, є соматоформним больовим розладом (DSM-III-R), його також називають психогенним, ідіопатичним або евфімістичним, атипичним. Біль іноді виникає як симптом іпохондрії, депресії або психотичного розладу. З іншого боку, больовий розлад як соматична хвороба може викликати занепокоєння, депресію, соціальну фобію й ізоляцію. Проте будь-який біль має більш-менш виражений психологічний компонент.

Аналіз концептуальних моделей, присвячених вкладу психологічних факторів в етіологію та патогенез психосоматичних розладів, свідчить про широкий спектр концептуальних побудовань, причин, що зумовлюють їх розвиток. Під психосоматичними розладами розуміють симптоми і синдроми порушень соматичної сфери (різних органів і систем), зумовлені індивідуально-психологічними особливостями людини і пов'язані зі стереотипами її поведінки, реакціями на стрес і способами переробки внутрішньоособистісних конфліктів.

У широкому розумінні до складу психосоматичних дисфункцій (психосоматики) відносять конверсійні симптоми, функціональні синдроми, шкідливі звички, які впливають на соматичне здоров'я, ревматоїдний артрит, індивідуальну схильність до травматизму. У більш вузькому розумінні термін «психосоматичні розлади» (психосоматози) позначає групу захворювань, в основі яких лежить первинно тілесна реакція на конфліктне переживання, пов'язана з морфологічно встановленими змінами і патологічними порушеннями в органах. До них належать: бронхіальна астма, виразковий коліт, есенціальна гіпертонія, нейродерматит, виразкова хвороба, ревматоїдний артрит [15].

Згідно із сьогоденними науковими позиціями поділ захворювань на психосоматичні, соматичні та психічні виглядає спірним і суперечить

уваленням про цілісність людини. Використання терміна «психосоматичний» є більш доречним у методологічному сенсі як позначення підходу, що враховує різноманітність причин виникнення хвороб.

Розвиток психосоматики як наукового підходу має зв'язок із цілим рядом психодинамічних концепцій: конверсійних механізмів, місць найменшого опору, профілів особистості, специфічних конфліктів, переживань втрати об'єкта. Психофізіологічні залежності аналізуються у роботах, що стосуються впливу емоцій на фізіологічні процеси, реакцій організму в екстремальних ситуаціях, загального адаптаційного синдрому, психонейроімунології.

Спроби цілісного, холистичного вирішення проблеми подано у системно-теоретичних концепціях, соціопсихосоматичних моделях. У цілому можна сказати, що вчення про психосоматичні захворювання ґрунтується на численних і переконливих клінічних спостереженнях, проте його окремі елементи малодоступні доказовим роз'ясненням, багато гіпотез не підтверджені експериментально.

Аналіз літератури, присвяченої проблемам психосоматичних розладів, дав змогу виділити два основних підходи, в рамках яких по-різному вирішується питання про роль, яку відіграють психологічні чинники в етіології психосоматики. У рамках першого з них, який може бути названий специфічним, кожному захворюванню відповідає свій власний тип психологічних особливостей, свій патерн емоційних проявів, окрема конфігурація рис особистості. Другий підхід (загальний) зосереджений на вивченні психологічних факторів, що мають вплив на всі без винятку психосоматичні розлади.

Хворі на розлади опорно-рухового апарату можуть демонструвати амбіційність, наполегливість, впертість, агресивність і при цьому на підсвідомому рівні жадають любові, опіки, залежності. Інтрапсихічний конфлікт зумовлює патологічний стереотип реакцій на стресові події і, таким чином, є передумовою розладів опорно-рухового апарату. Внутрішня психологічна конфліктність як базова характеристика особистості людей із розладами опорно-рухового апарату відзначається в цілій низці робіт [15, 16].

Н. F. Dunbar [16] були опубліковані результати дослідження про зв'язок соматичних розладів із певними типами емоційних реакцій, до яких вважають за краще вдаватися люди з тими чи іншими характерологічними рисами. Дослідниця звернула увагу на укорінену в особистості схильність до реагування на психологічний конфлікт конкретним соматичним розладом. Наявність особистісного

конфлікту простежується і в характеристиці профілю особистості: зовні честолюбні, амбітні, стійкі й часом уперті, але у глибині душі залежні і навіть дещо вразливі індивіди.

Численні дані психологічних обстежень хворих не є однозначними. Серед їхніх особистісних особливостей відзначають: підвищену емоційну збудливість, надмірну сором'язливість, образливість, підвищену чутливість і вимогливість до себе, риси тривожності, залежності, надмірної інтроспекції, схильності до мовчазливості та надмірної довірливості, психастеноподібні особливості [17], перевагу в особистісному профілі особливостей іпохондричного та депресивного характеру [18].

Очевидна певна суперечливість результатів досліджень: у людей із розладами опорно-рухового апарату виявляються протилежні, часто несумісні характеристики особистості. Н. И. Коршунов та співавт. [17] відзначали, що неоднозначність отриманих результатів, складність їхньої концептуалізації викликає певний песимізм щодо доцільності й перспектив досліджень психологічних особливостей пацієнтів, які страждають від цих розладів. З іншого погляду, суперечливі результати зумовлені тим, що увага дослідників була здебільшого прикута до поведінкових проявів особистості, однак їх недостатньо для розуміння психосоматичних взаємовідносин. Ступінь вираженості рис особистості чи певні їхні конфігурації самі по собі не можуть розглядатися як пускові фактори розладів опорно-рухового апарату, останні пов'язані з більш глибокими психологічними явищами [18].

Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє є центральною серед концептуальних моделей, присвячених ролі загальних психологічних факторів. Численні експериментальні та емпіричні дані підтверджують, що в умовах стресу ризик виникнення психосоматичного захворювання суттєво зростає [19]. Проте концепція загального адаптаційного синдрому приділяє надзвичайно мало уваги тим психологічним особливостям чи тим психологічним механізмам, що опосередковують руйнівний вплив несприятливих умов. Замість цього деякими дослідниками пропонується відтворення рангів стресорів за силою їхнього впливу, за їх відносною значущістю. Такий підхід не враховує індивідуально-психологічних, культурних та соціальних особливостей. Визначення загальних психологічних чинників неможливе без звернення до психологічних особливостей, які зумовлюють вразливість чи резистентність стресу, що роблять можливим саме психосоматичний спосіб реагування на нього. Психосоматичні розлади можуть бути розглянуті як окремий особистісний спосіб реагування, зумовлений браком его-ідентичності або нечіткими кордонами тілесного его [20].

Психосоматичний симптом розуміють як захисну психічну реакцію, спрямовану на підтримку інтеграції «Я», запобігання його розпаду або фрагменталізації. Брак самоідентичності розглядається як структурний дефект «Я», витоки якого слід шукати на ранніх стадіях онтогенезу, пов'язаних із психологічним симбіозом «мати — дитина». Незадовільні емоційні стосунки, недостатня підтримка й прийняття дитини можуть суттєво завадити становленню її психологічної автономності, визначенню власних психологічних кордонів, і, таким чином, порушують процес формування еґо-ідентичності [21].

Недостатньо стабільний психологічний базис автономності, слабкість інтеграційних механізмів особистості призводять до того, що ситуацію стресу індивід сприймає як загрозу своїй психологічній цілісності. Його психологічних ресурсів та навичок виявляється недостатньо для психічної переробки стресу, емоційного відреагування, приведення в дію механізмів психологічного захисту та опанування ситуацією. Небезпека серйозного психічного зриву, психотичного розладу призводить до виникнення психосоматичних симптомів, «примітивних психічних сигналів тривоги тілу» (А. Лоуен). З цієї точки зору психосоматичний симптом, на відміну від невротичного, не несе жодного символічного навантаження, не пов'язаний із репресованим конфліктогенним психологічним матеріалом. Він є примітивною, довербальною спробою психічно відновити порушену цілісність «Я», компенсувати брак почуття еґо-ідентичності [19].

Фізичне самопочуття та здоров'я перебувають у тісному зв'язку з успіхом власних зусиль із самореалізації. Якщо в цьому сенсі ми говоримо про «психосоматику зрілої людини», то мається на увазі не певний синдром, що позначається як психосоматичний, а різноманітні форми вияву соматичної патології в осіб зрілого віку перед обличчям кризових ситуацій, які несе з собою старіння. Хвороба опорно-рухового апарату призводить до втрати або зниження здатності до активної професійної діяльності, емоційної та соціальної ізоляції, зниження самооцінки, неадекватного подолання агресії, розвитку дисфорії і різних фобій, підвищення тривожності, сексуальних проблем. У міру перебігу хвороби наростає конфлікт між автономією та залежністю. Оскільки багато пацієнтів до початку захворювання відрізняються підвищеною рухливістю, вони насилу стримують свій гнів із приводу її зниження, що ще більше підсилює хворобу. Хворі довго відмовляються від допомоги, часто змінюють лікарів, а потім ніби миряться зі своїм стражданням.

У психічному стані виявляються переживання страху і депресії. С. В. Гушіна, О. Є. Фальова [22], досліджуючи взаємозв'язок психологічних

особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку, відзначили, що вони мало схильні до гіперкомпенсованості поведінки. Їх латентні чи явні бажання, турботи і тенденції до залежності яскраво виражені, чітко визначається схильність до самопожертви та залежності. За симптомами може стояти ларвірована депресія, коли хворі одночасно скаржаться на порушення спонукань і пригніченість. Цей діагноз стає більш імовірним за наявності порушень сну, серцебиття, тахікардії і симптомів із боку шлунково-кишкового тракту. У таких хворих застигла і перебільшена життєва позиція, вони часто демонструють підвищений самоконтроль і прагнення до перфекціонізму. Такі особи не можуть дозволити собі здорових агресивних імпульсів, а розчарування, образи намагаються компенсувати внутрішньою стійкістю. Характерною для них є тенденція до самопожертви і перебільшена готовність допомогти, яка виявляється не спонтанно, а за внутрішнім примусом.

Блоковані агресивні імпульси хворих виражаються в підвищеному м'язовому напруженні і, нарешті, в локалізованих або генералізованих болях. Дані про локалізацію болю можуть змінюватися від обстеження до обстеження. У психодинамічному плані відзначаються амбівалентний конфлікт між стороннім пануванням і самопануванням, у той же час наявна послужлива та жертвна поведінка. З цієї амбівалентності і хронічно загальмованої агресивності відбувається підвищення м'язового тону в типових місцях, частіше за все у ділянці шийних і поперекових хребців.

Хронічні болі в поперековому відділі можуть також бути вираженням фрустрації. Вони пов'язані насамперед із нереалізованими очікуваннями, які звернені до міжособистісних відносин, і зі станом незадоволеності. Дослідження показали, що хронічний перебіг больового синдрому значною мірою визначається психологічним дистресом, стійкими негативними змінами у психоемоційній сфері, високим рівнем загальноневротичних розладів.

Н. Пезешкіан [23], розглядаючи проблему грижі міжхребцевого диска, пише про те, що, з одного боку, трапляються люди з тяжкими змінами хребетного стовпа, які суб'єктивно не відчувають ніяких труднощів, а з іншого боку, є пацієнти зі скаргами на сильні болі, у яких, однак, не виявляється ніяких хворобливих змін у хребті. При цьому з позиції позитивної психотерапії Н. Пезешкіан описує проблему як здатність показати, що людина чогось не може більше виносити, здатність переробляти напругу й конфлікти за допомогою руху та статички і пристосовуватися до існуючих умов, здатність швидше зламатися, ніж здатися.

Таким чином, актуальність проблеми хронічного больового синдрому внаслідок захворювань



опорно-рухового апарату зумовлена її медичною, соціальною, психологічною значущістю. Захворювання опорно-рухового апарату суттєво погіршують якість життя людини: порушують функціональну активність, обмежують свободу пересування, збільшують емоційну, психічну напругу через хронічний або періодичний біль, посилюють дезадаптацію, зменшують можливості самореалізації, впливають на розвиток та ускладнення інших хвороб. Необхідним є подальше дослідження афективної, конативної сфери у хворих із хронічним больовим синдромом спини.

#### Список літератури

1. *Альошина А. І.* Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання: автореф. дис. на здоб. наук. ступеня доктора наук з фізичного виховання та спорту: спец. 24.00.02 «Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення» / А. І. Альошина; Нац. ун-т фізичного виховання і спорту України.— К.: Вежа-Друк, 2016.— 40 с.
2. *Котелевський В. І.* Систематизація морфофункціональних станів хребта у превентивній фізичній реабілітації / В. І. Котелевський // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова.— К., 2016.— Вип. 5 (75).— С. 60–68.
3. Поширеність транзиторного болю в спині серед харківських викладачів, науковців і студентів / М. О. Корж, І. В. Котульський, О. С. Проценко [та ін.] // Ортопедия, травматология и протезирование.— 2014.— № 1.— С. 15–21.
4. *Черкасова А. А.* Депрессивные расстройства у детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата / А. А. Черкасова // Медична психологія.— Харків, 2014.— № 2.— С. 28–32.
5. *Пшик Р. С.* Клініко-патогенетичне обґрунтування неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта / Р. С. Пшик // Международный неврологический журнал: интернет-видання для медичних та фармацевтичних працівників.— 2010.— № 6 (36).— URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/14279>
6. *Лоуэн А.* Психология тела: биоэнергетический анализ тела / А. Лоуэн.— М.: Ин-т общегуманит. исследований, 2000.— 256 с.
7. *Марченкова М. С.* Диагностика и лечение дорсалгии у пациентов пожилого возраста: автореф. дис. на соискание учен. степ. канд. мед. наук: спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / М. С. Марченкова.— М., 2005.— 21 с.
8. *Мосейкин И. А.* Оптимизация лечения дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника с использованием биологической обратной связи / И. А. Мосейкин // Мануальная терапия.— 2006.— №1.— С. 30–35.
9. *Вейн А. М.* Болевые синдромы в неврологической практике / А. М. Вейн.— М.: МЕДпресс-информ, 2001.— 105 с.
10. *Стефаниди А. В.* Мышечно-фасциальные болевые синдромы (клинические варианты, механизмы развития, лечение): автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра. мед. наук: спец. 14.00.13 «Нервные болезни» / А. В. Стефаниди.— СПб., 2009.— 36 с.
11. *Linton St. J.* A hybrid emotion-focused exposure treatment for chronic pain a feasibility study / St. J. Linton, A. E. Fruzzetti // Scandinavian J. of Pain.— 2014.— № 5.— P. 151–158.
12. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия / Г. Аммон.— СПб.: Речь, 2000.— 238 с.
13. *Романенко В. І.* Клініка, діагностика та лікування хронічних вертеброгенних попереково-крижових больових синдромів з невропатичним компонентом: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.15 «Травматологія і ортопедія» / В. І. Романенко.— К., 2017.— 28 с.
14. *Buljan D.* Psychological and psychiatric factors of chronic pain / D. Buljan.— Department of psychiatry, University hospital Sestre milosrdnice, Zagreb, Croatia, 2009.— P. 129–140.
15. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология / Б. Д. Карвасарский.— Ленинград: Медицина, 1982.— 272 с.
16. *Dunbar H. F.* Psychosomatic Diagnosis / H. F. Dunbar.— N. Y.: P. V. Hoeber Inc., 1943.— 741 p.
17. *Коршунов Н. И.* Ревматоидный артрит: отношение пациентов к болезни / Н. И. Коршунов, Р. Г. Аксентфельд, Л. В. Капустина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии.— Ленинград: Изд-во НИПИ им. В. М. Бехтерева, 1990.— С. 89–94.
18. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых.— М.: Эксмо, 2005.— 992 с.
19. *Селье Г.* Стресс без дистресса / Г. Селье.— М.: Прогресс, 1979.— 125 с.
20. Боль в спине: вертебральный синдром.— URL: <http://www.likar.info/travmatologiya-i-ortopediya/article-68740-vertebralnyj-bolevoj-sindrom/> Likar. info
21. *Шубина Е.* Основы телесной терапии / Е. Шубина.— СПб.: Наука и техника, 2007.— 240 с.
22. *Гущина С. В.* Взаємозв'язок психологічних особливостей та типів розладів опорно-рухового апарату людей зрілого віку / С. В. Гущина, О. Є. Фальова // Науково-методичне забезпечення якості освіти та його психологічний супровід: матеріали наук.-практ. конф., 10 квітня 2012 р., Харків.— Харків, 2012.— Ч. 2.— С. 292–302.
23. *Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан.— М.: Медицина, 1996.— 464 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ  
ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Ю. С. ХОДАКИВСКИЙ

**Проанализированы психологические особенности при хроническом болевом синдроме вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата. Обоснована актуальность проблемы, которая обусловлена медицинской, социальной, психологической значимостью. Отмечено, что заболевания опорно-двигательного аппарата существенно ухудшают качество жизни человека.**

*Ключевые слова: хронический болевой синдром, дорсалгия, заболевания опорно-двигательного аппарата, вертебральный болевой синдром, эмоциональные реакции, личностные особенности, психосоматика.*

---

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHRONIC PAIN SYNDROME  
AS A RESULT OF MUSCULOSKELETAL DISEASES**

Yu. S. KHODAKIVSKYI

**The psychological features of chronic pain syndrome as a result of musculoskeletal diseases have been analyzed. The relevance of the problem, caused by its medical, social and psychological significance, has been substantiated. The musculoskeletal diseases were stated to significantly aggravate the quality of human life.**

*Key words: chronic pain syndrome, dorsalgia, musculoskeletal diseases, vertebral pain syndrome, emotional reactions, personal characteristic, psychosomatics.*

---

*Надійшла 09.04.2019*