

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІНТЕНСИВНОСТІ Й ТРИВАЛОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМ СТАНОМ ОСОБИСТОСТІ

INTERRELATION BETWEEN THE INTENSITY AND DURATION OF PAIN SYNDROME AND PERSONAL PSYCHO-EMOTIONAL CONDITIONS

УДК 159.944.4:616-001.8

DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.78.2.34>

Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Кашпур Ю.М.

к.психол.н., доцент,
професор кафедри теоретичної
та консультативної психології
Український державний університет
імені Михайла Драгоманова
ORCID ID: 0000-0002-0259-1137

Юрик О.Є.

доктор медичних наук, професор,
завідувач лабораторії нейроортопедії
та проблем болю
Державна установа
«Інститут травматології та ортопедії
Національної академії
медичних наук України»
ORCID ID: 0000-0003-2245-9333

Калашнікова Н.М.

здобувач вищої освіти
кафедри теоретичної
та консультативної психології
Український державний університет
імені М.П. Драгоманова
ORCID ID: 0009-0005-3673-7500

У статті розглянуто взаємозв'язок між інтенсивністю й тривалістю больового синдрому та психоемоційним станом особистості. Показано, що біль є не лише сенсорним, а й афективно-когнітивним феноменом, у структурі якого переплітаються тілесні, емоційні й соціально-поведінкові компоненти. Особливу увагу приділено впливу хронічного болю на емоційну сферу людини: підвищення тривожності, розвиток депресивних станів, емоційне виснаження й соціальну ізоляцію.

У межах емпіричного дослідження проаналізовано дані респондентів, які тривалий час відчують больовий синдром різної інтенсивності. Використано комплекс психодіагностичних методик для вивчення тривожності, рівня драматизованості, депресивних проявів і стратегій психологічної адаптації. Результати показали, що між тривалістю болю й інтенсивністю емоційних реакцій існує двосторонній зв'язок: чим сильніший і довший біль, тим вищі показники тривожності, депресії та роздратування. Разом із тим виявлено, що в окремих випадках тривала наявність больового синдрому стимулює розвиток адаптаційних механізмів і підвищення резилієнтності.

Психоемоційна стійкість, підтримка соціального середовища й позитивна когнітивна переоцінка здатні пом'якшувати інтенсивність больових відчуттів і сприяти ефективнішій адаптації особистості. Хронічний біль має складну психосоціальну природу, а його лікування потребує комплексного підходу – медичного, психологічного та психотерапевтичного. Отримані результати розширюють уявлення про психоемоційні механізми підтримання больового синдрому й можуть бути використані в клінічній психології, психотерапії, реабілітаційній і психосоматичній практиці. Дослідження підкреслює актуальність міждисциплінарного підходу до розуміння болю й необхідність подальших розвідок, спрямованих на вивчення індивідуальних особливостей емоційного реагування на тривалий больовий досвід.
Ключові слова: біль, депресія, емоційна регуляція, психоемоційний стан, резилієнтність, тривожність, психосоматика, хронічний больовий синдром.

The article analyzes the interrelation between the intensity and duration of pain syndrome and personal psycho-emotional conditions. It demonstrates that pain is not only a sensor, but also an affective-cognitive phenomenon, with in its structure tangled body, emotional, and social-behavioral components. It gives special attention to the effect of chronic pain on a person's emotional sphere – raise of anxiety, development of depressive conditions, emotional fatigue, and social isolation.

Within the empirical part, it analyzes answers from respondents, who have been suffering from pain syndromes of different intensity for a long period of time. A complex of psycho-diagnostic methods served to study anxiety, irritancy, depressive manifestations, and psychological adaptation strategies. The results have demonstrated the two-way relationship between pain duration and the intensity of emotional manifestations: the longer and more severe is the pain, the higher are the values of anxiety, depression and irritation. Meanwhile, it has been revealed that pain syndrome stimulates the development of adaptation mechanisms and increases resilience. The article substantiates that emotional regulation plays a viable role in the formation of an individual style to survive it, showing that psychological and emotional endurance, social support and positive cognitive reassessment can soften the intensity of pain perception and ensure an efficient adaptation. Conclusions emphasize that chronic pain has a complex psychosocial nature and requires a complex approach from medical, psychological, psychotherapeutic aspects. The obtained results extend the understanding of psycho-emotional mechanisms, which support pain syndrome, and can be used in clinical psychology, psychotherapy, rehabilitation and psychosomatic practices. The research emphasizes the topicality of interdisciplinary approach to the phenomenon of pain and the necessity in further studies, focused on individual patterns of responding to durable pain experience.

Key words: pain, depression, emotional regulation, psycho-emotional conditions, resilience, anxiety, psychosomatics, chronic pain syndrome.

Проблема взаємозв'язку інтенсивності й тривалості больового синдрому з психоемоційним станом особистості є однією з важливих у сучасній психосоматичній медицині та психології. У наукових дослідженнях дедалі більше уваги приділяється розумінню болю не лише як фізіологічного феномену, а й як багатовимірного утворення, у якому тілесні, емоційні, когнітивні й соціальні чинники тісно переплітаються. Саме психологічні механізми визначають, як людина сприймає, оцінює та переживає біль, а також наскільки ефективно вона здатна його контролювати.

З позицій сучасної психосоматичної медицини, тривалість та інтенсивність болю нерідко виявляються не лише наслідком органічних порушень, а й результатом емоційного виснаження, тривоги,

депресивних станів, внутрішніх конфліктів чи дефіциту психологічних ресурсів. Біль тут виконує сигнальну функцію, відображаючи порушення не лише соматичної, а й психічної рівноваги.

Для психології актуальним є вивчення того, як індивідуально-типологічні особливості – рівень емоційної регуляції, локус контролю, асертивність, толерантність до фрустрації – впливають на інтенсивність сприйняття больових відчуттів і тривалість больового досвіду. Розуміння цього взаємозв'язку відкриває можливості для вдосконалення психологічних методів профілактики й корекції хронічного болю, підвищення ефективності психотерапевтичної й медичної допомоги. Отже, дослідження цієї проблеми має не лише теоретичне, а й значне практичне значення: воно сприяє формуванню ці-

лісного підходу до лікування й реабілітації осіб із больовими синдромами, поєднуючи медичні й психологічні стратегії впливу.

Мета статті – дослідити взаємозв'язок між інтенсивністю й тривалістю больового синдрому та психоемоційним станом особистості, виявити закономірності впливу болю на рівень тривожності, депресії, дратівливості й адаптаційні можливості людини.

Основні завдання: проаналізувати наукові підходи до розуміння взаємозв'язку болю й емоційних станів; оцінити особливості інтенсивності й тривалості больових синдромів серед респондентів; дослідити рівні тривожності, депресії та роздратування в респондентів із різними параметрами болю; виявити закономірності формування адаптаційних механізмів залежно від тривалості больового синдрому; визначити психологічні чинники, що сприяють резилієнтності особистості при хронічному болю.

3. Фрейд (S. Freud) ще 1895 р. започаткував психосоматичний підхід, пояснивши, що внутрішній психічний конфлікт може проявлятися через тілесні симптоми, зокрема біль [8]. Подальші дослідження М. Босс (M. Boss), Г. Занер (H. Saner), Г.Л. Енгель (G. L. Engel), М. Гатценбулер (M. Hatzenbuehler) та інших науковців розширили розуміння впливу больового синдрому на особистість. Г. Занер вивчав, як тривалий біль змінює психологічну структуру людини, М. Босс аналізував залежність особистості від больових відчуттів і їх вплив на «Я-образ». Г.Л. Енгель розробив біопсихосоціальну модель болю, довівши, що його сприйняття визначається не лише фізіологічними, а й психологічними та соціальними чинниками. М. Гатценбулер досліджував роль емоційних розладів: страху, тривоги, депресії – у виникненні й закріпленні хронічного болю [5; 10].

В українській психологічній науці питання емоційного виміру болю активно досліджують О. Бацилева, Т. Гурська, Л. Дідковська, Ю. Кучин, Л. Матюха, С. Страфун, А. Хиць, О. Юрик та ін. Зокрема, Л. Матюха акцентує увагу, «що будь-які захворювання, навіть нежить, що супроводжуються болем, впливають на емоційний стан і поведінку людини. Біль часто призводить до появи тривоги і напруження, посилює емоційні порушення, які самі по собі підсилюють сприйняття болю...» [2, с. 32]. Н. Боженко, М. Боженко й Т. Негрич уточнюють класифікацію больових механізмів – ноцицептивного, нейропатичного, ноципластичного, змішаного та психогенного – і пов'язують останній із впливом емоційних травм, стресу й психосоціального перенавантаження [3]. За даними досліджень А. Вейна, В. Голубєва й А. Данилова, високий рівень особистісної тривожності сприяє перетворенню гострого болю на хронічний, а тривала активація стресової системи організму порушує роботу ендокринних і нейромедіаторних механізмів, підвищуючи сприйнятливості до болю [1]. Таким чином, сучасні дослідження одностайно підтверджують: біль є не лише фізіологічним, а й психоемоційним феноменом, у якому взаємодіють тілесні, когнітивні й афективні процеси. Хронічний біль, підтримуваний високою особистісною тривожністю, стає чинником

розвитку депресивних і тривожних розладів, емоційного виснаження та зниження адаптивних можливостей особистості. Інтеграція психотерапевтичних і когнітивно-поведінкових підходів, запропонованих науковцями, відкриває перспективу не лише лікування болю, а й гармонізації емоційного стану людини.

Незважаючи на значну кількість досліджень психосоматичних аспектів болю, питання взаємозв'язку інтенсивності й тривалості больового синдрому з психоемоційним станом особистості досі недостатньо вивчене. Особливо бракує системних даних щодо того, як різні фази хронічного болю впливають на розвиток тривожності, депресивних симптомів і емоційної нестійкості, а також як включаються адаптаційні механізми психіки в різні часові проміжки. Через це залишається невизначеним, які фактори визначають стійкість чи вразливість особистості до психоемоційних порушень при хронічному болю. Саме з метою заповнення цієї прогалини наше дослідження спрямоване на вивчення взаємозв'язку інтенсивності й тривалості больового синдрому з психоемоційним станом особистості.

У 2004 році Міжнародна асоціація з вивчення болю (IASP), Європейська федерація болю (EFIC) і ВООЗ започаткували Глобальну кампанію проти болю, визнавши знеболення правом людини. З 2010 р. це право офіційно закріплено в Монреальській декларації, яку підписали майже 150 міжнародних організацій [6]. IASP визначає біль як неприємне відчуття й емоційне переживання, пов'язане з реальним або можливим пошкодженням тканин. Це підкреслює, що біль має фізіологічні й емоційно-психологічні компоненти. Психоемоційний стан є важливим чинником, що визначає індивідуальні особливості сприйняття, інтерпретації й тривалості больового досвіду.

Здатність до емоційного усвідомлення й саморегуляції сприяє адаптивному подоланню больового досвіду [10]. Отже, розвиток навичок емоційної регуляції є важливою умовою психопрофілактики больових розладів. Емоційна регуляція безпосередньо впливає на реакцію організму щодо стресу та болі, проте не менш важливими є конкретні емоційні стани, що супроводжують цю реакцію.

Однак теоретичне розуміння феномена болю потребує емпіричного підтвердження. Зокрема, важливо з'ясувати, як саме різна інтенсивність і тривалість больових відчуттів відбиваються на емоційній сфері особистості. Це зумовлює необхідність проведення емпіричного дослідження, спрямованого на аналіз зазначених взаємозв'язків. Дослідження проводилося як формувальний експеримент без активного втручання (без застосування психокорекційних заходів). База й час проведення – ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», лабораторія нейроортопедії і проблем болю, 2024–2025 роки, кількість учасників – 40 пацієнтів, які скаржилися на наявність больового синдрому різної локалізації й різного типу.

Розкриємо отримані результати щодо характеристик больового досвіду учасників. Аналіз тривалості й інтенсивності болю дає змогу виявити загальні тенденції й співвіднести їх із психоемоцій-

ними показниками респондентів. За результатами аналізу, 38% респондентів відчувають біль упродовж понад шести місяців, що свідчить про значну поширеність хронічних больових синдромів серед досліджуваних. 37% пацієнтів або не відчувають болю, або мають труднощі з визначенням його тривалості; у 25% – тривалість больового синдрому становить менше шести місяців. За показниками інтенсивності больових відчуттів більшість учасників зарахували свій стан до категорій «легкий» (29%) або «помірний постійний» (29%), тоді як виражений сильний біль спостерігався лише у 8% осіб.

Психоемоційний стан досліджуваних, оцінений за шкалами HADS і Бека, показав підвищені рівні тривожності й депресії в значній частині респондентів (40%), що підтверджує наявність коморбідного зв'язку між больовими проявами й емоційними порушеннями. Водночас у частини осіб без вираженого больового синдрому також виявлено помірні (25%) або високі показники (15%) психоемоційного напруження, що пояснюється дією зовнішніх хронічних стресорів, насамперед умовами воєнного часу, які є додатковим фактором психологічного навантаження. Отримані результати узгоджуються з даними сучасних досліджень, згідно з якими близько 40% осіб із хронічним боєм мають клінічно значущі прояви тривоги й депресії [4; 7; 9; 10; 11].

Аналіз ситуативної (реактивної) тривожності за шкалою Спілберга показав, що її рівень у більшості опитаних (64%) є відносно сталим і не залежить від наявності чи інтенсивності болю. На відміну від реактивної, особистісна (хронічна) тривожність виявила чітку тенденцію до зростання разом із підвищенням інтенсивності й тривалості больового синдрому.

Результати, отримані за шкалою роздратування Сірса, демонструють підвищення рівня емоційної нестабільності серед осіб із хронічним боєм. У респондентів із сильним больовим синдромом зафіксовано значне зростання дратівливості, агресивності й внутрішнього напруження (70%). Натомість особи з помірним або легким боєм (60%) частіше зберігають стабільний емоційний стан і демонструють ефективні копінг-механізми, що сприяють підтриманню психологічної резилієнтності. Водночас інтенсивний і тривалий біль є надпотужним стресором (85%), який здатен порушувати емоційну регуляцію й підвищувати ризик афективних розладів.

Отже, підтверджується наявність тісного взаємозв'язку між інтенсивністю й тривалістю больового синдрому та рівнем психоемоційного напруження особистості. Зростання больових проявів супроводжується підвищенням показників тривожності, депресії, дратівливості й зниженням емоційної стабільності.

Подальший етап аналізу спрямовано на виявлення зв'язку між інтенсивністю больових відчуттів і рівнем психоемоційного напруження. Для цього результати опитувань респондентів співвіднесено з показниками тривожності, депресії й дратівливості за обраними психодіагностичними шкалами. Отримані дані (госпітальна шкала тривожності й депресії HADS) указують на нелінійний характер залежності

психоемоційного стану від інтенсивності болю. При незначних больових відчуттях (25%) спостерігається підвищення рівня тривожності й депресії порівняно з особами, які не мають болю. Водночас при помірному постійному болю в частини респондентів (35%) відзначається зниження показників психоемоційного напруження до пограничних або навіть нормальних значень. Проте при високій інтенсивності больового синдрому ресурси психічної адаптації вичерпуються: усі респонденти (100%) цієї групи мали клінічно виражені рівні тривожності й депресії.

Результати за шкалою Бека демонструють, що навіть серед осіб, які не відчувають болю або характеризують його як легкий, майже половина (48%) має ознаки депресивних переживань. У групах із помірним і сильним боєм рівень депресії закономірно зростає. При легкому болю більшість респондентів (52%) демонструють мінімальні симптоми, тоді як при інтенсивному больовому синдромі в 90% респондентів спостерігаються численні випадки клінічно значущої депресії.

Аналіз «Шкали ситуативної та особистісної тривожності Спілберга (STAI)» показав, що її рівень не залежить від інтенсивності больового синдрому: у всіх респондентів середні показники залишаються підвищеними (75%). Інакше складається ситуація щодо особистісної тривожності: у групах із помірним і сильним боєм зафіксовано вищі середні значення (70%), що свідчить про формування стабільного тривожного фону особистості. Сумарний показник загальної тривожності за шкалою Спілберга демонструє нелінійну залежність: при легкому болю спостерігається помірне підвищення тривожності (45%), тоді як при помірному постійному болю рівень тривоги (35%) дещо знижується. Проте при високій інтенсивності болю всі респонденти демонструють різке зростання тривожності до пограничних (80%) або клінічно значущих рівнів.

Показники роздратування (шкала Сірса) демонструють схожу нелінійну динаміку. У респондентів без болю (50%) або з його мінімальним проявом (55%) дратівливість залишається в межах норми. У респондентів із постійним боєм середньої інтенсивності показники роздратування знижуються (40%), що вказує на ефект адаптації. Водночас при інтенсивному болю відзначається різке підвищення рівня дратівливості, агресивності й афективної напруги. Таким чином, взаємозв'язок між інтенсивністю болю та психоемоційним станом має складний, нелінійний характер. Помірний хронічний біль у частини осіб може активувати адаптаційні ресурси психіки, тоді як надмірно сильний або неконтрольований біль спричиняє виснаження компенсаторних механізмів, зростання тривоги, депресії, дратівливості й формування негативного емоційного фону. Ці закономірності вказують на важливість комплексної психопрофілактики у пацієнтів із больовими синдромами, із залученням методів психологічної підтримки, коучингових і психотерапевтичних технологій, спрямованих на розвиток резилієнтності й формування ефективних копінг-стратегій.

Поглиблений аналіз отриманих даних показав, що не лише інтенсивність, а й тривалість больового синдрому мають важливе значення для формування психоемоційного стану. На початкових етапах виникнення болю емоційні реакції є більш вираженими (60%), тоді як із часом проявляється тенденція до стабілізації (50%) за рахунок активації адаптаційних механізмів. У респондентів, які нещодавно відчули біль, рівень тривожності й депресії за шкалою HADS був суттєво вищим (65%), ніж у тих, хто живе з болем протягом тривалого часу (40%). Згодом приблизно через кілька місяців біль перестає бути центральним об'єктом уваги, відбувається психологічне звикання, що знижує рівень тривожності й депресії. Розподіл показників депресії за шкалою Бека підтверджує цей висновок. Найбільш депресивні прояви (67%) спостерігаються в перші пів року після появи больового синдрому. Проте після шести місяців у значної частини респондентів відзначено зниження рівня депресивної симптоматики (38%), що свідчить про успішну адаптацію або позитивний вплив терапії.

Загальний показник за шкалою STAI також демонструє нелінійну залежність. Висока тривожність (70%) характерна для осіб, у яких біль виник нещодавно. Згодом, із пролонгацією больового синдрому, середній рівень тривожності (50%) знижується. Підшкала ситуативної тривожності вказує, що реактивна тривога переважає в тих, хто лише починає відчувати біль, тоді як у групах із тривалістю болю понад шість місяців цей показник стабілізується на середньому рівні. Інша тенденція спостерігається щодо особистісної (перманентної) тривожності: у респондентів, які тривалий час живуть із болем, показники цього виду тривожності помірні або низькі (45%).

Результати за шкалою Сірса підтверджують введені тенденції. Найвищі рівні дратівливості (70%) виявлено в респондентів на ранніх етапах переживання болю (до шести місяців). Згодом, коли біль стає звичним і частково контрольованим, емоційна напруга зменшується, дратівливість знижується (40%), а психоемоційний стан стабілізується. Таким чином, у динаміці розвитку больового синдрому простежується адаптаційний цикл: від гострої емоційної реакції на початку до поступового формування толерантності й емоційної стабільності на пізніших етапах. Психологічна адаптація є основним фактором у збереженні емоційного балансу та якості життя людини, яка живе з хронічним болем.

Висновки. Отже, біль є багатовимірним феноменом, у якому тісно взаємодіють фізіологічні, емоційні та когнітивні компоненти. Інтенсивність і тривалість больового синдрому по-різному впливають на психоемоційний стан: на початкових етапах переважають реактивні прояви тривоги й депресії, згодом активізуються адаптаційні механізми.

Виявлено нелінійний характер взаємозв'язку між силою болю й емоційною стабільністю: помірний біль може стимулювати адаптацію, тоді як надмірний спричиняє психоемоційне виснажен-

ня. Хронічний біль супроводжується підвищенням рівня особистісної тривожності, дратівливості та зниженням емоційної регуляції.

Результати дослідження підтверджують необхідність комплексної психологічної підтримки осіб із больовими синдромами, орієнтованої на розвиток емоційної стійкості, резилієнтності й формування ефективних копінг-стратегій.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Голубєв В.Л., Данилов А.Б., Вейн А.М. Психосоціальні чинники, гендер і біль. *Журнал неврології і психіатрії*. 2004. Т. 104(11). С. 70–73.
2. Матюха Л.Ф. Больовий синдром, його вплив на організм і підходи до ефективного знеболення у практиці сімейного лікаря. *Український медичний часопис*. 2015. № 4. С. 32–36. URL: <https://api.umj.com.ua> (дата звернення: 12.10.2025).
3. Негрич Т., Боженко Н., Боженко М. Вплив інтенсивності та нейропатичного компонента болю на якість життя хворих на розсіяний склероз. *Запорізький медичний журнал*. 2021. № 23(5). С. 628–635. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.5.206017>.
4. Огоренко В.В., Шорніков А.В., Кокашинський В.О., Маковійчук О.А., Качан О.Е. Психічний стан студентів-медиків через три роки війни. *Запорізький медичний журнал*. 2025. Т. 27, № 3(150). С. 221–226. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2025.3.327123>.
5. Практична психосоматика: діагностичні шкали / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. 2-ге вид., випр. і доп. Київ : Медкнига, 2019. 112 с.
6. Романенко В.І. Проблеми і виклики медицини болю в Україні у 2022 році. *Українські медичні вісті*. 2023. Т. 15, № 1–2(94–95). С. 54–57. <https://doi.org/10.32782/umv-2023.1.10>.
7. Таміліна Л., Гоголь О., Ігнатенко Я. Чи переживуть вони війну неушкодженими. Дослідження психічного здоров'я студентів київських вишів у листопаді 2023 року. *Вокс Україна*. 2023. 28 грудня. URL: <https://voxukraine.org>.
8. Фройд З. По той бік принципу задоволення / пер. з англ. Київ : Юніверс, 2020. 184 с.
9. Шель Н.В. Емоційне виснаження та втома під час війни. *Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія «Психологічні науки»*. 2024. № 2(5). С. 80–87. URL: <https://arpp.com.ua/articles/emotional-burnout-during-the-war>.
10. Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews with Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Journal of pain*. 2024. Т. 25. Issue 3. P. 595–617. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590023005394>.
11. Hallegraeff J., Kan R., Trijffel E., Reneman M. State-related anxiety improves the prediction of pain and pain-related disability after 12 weeks in patients with acute low back pain: a cohort study. *Journal of Physiotherapy*. 2020. Vol. 66. Issue 1. P. 39–44. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955319301316>.

Стаття надійшла у редакцію: 27.10.2025

Стаття прийнята: 07.11.2025

Опубліковано: 08.12.2025