ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА АПН УКРАЇНИ

**ШТЕНЬОВИЧ ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА**

УДК 151.159.9: 61

**ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ**

**ХРОНІЧНИХ СОМАТОФОРМНИХ БОЛЬОВИХ РОЗЛАДІВ**

Спеціальність

19.00.04 – медична психологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата психологічних наук

Київ – 2009

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

Неоднозначність поглядів на проблему виникнення і походження хронічного соматоформного болю психогенного ґенезу (*надалі – СФБР*), особливостей його переживання хворими, труднощі диференційної діагностики, що існують в межах досліджень різних клініко-психологічних шкіл вказують на необхідність розробки цілісної концепції особливостей виникнення і фунціонування хронічного соматоформного болю в контексті інтрапсихічних особливостей хворих, що пов’язані із глибшими психологічними відмінностями, ніж риси характеру, стилі поведінки, рівень самооцінки чи окремі соціально-психологічні характеристики (В. Ф. Гультай, 1998, Ю. А. Ващенко, 1999, Р. В. Кечур, 1999, Ю. А. Александровський, 2000, В. Я. Гіндікін, С. Г.Сукіасян, 2001, Б. В. Михайлов, І. М. Сарвір, 2003, О. О. Фільц, 2003).

Проблема психалгій у випадку невротичних розладів є однією з найбільш складних та маловивчених, а тому потребує додаткових детальних, зокрема клініко-психологічних, досліджень. Кількість хворих, в яких СФБР набуває хронічного рівня, надзвичайно велика порівняно з іншими групами розладів (від 30 до 70%), тому клініко-діагностичні та психокорекційні підходи до вирішення цієї проблеми потребують комплексного міждисциплінарного аналізу із взяттям до уваги механізмів хроніфікації болю (В. Ф. Гультай, Р. В. Кечур, І. В. Морковкина, О. О. Фільц).

Оскільки у походженні хронічних алгічних синдромів психогенної природи співвідношення етіологічних чинників у кожного конкретного хворого характеризується неповторним поєднанням (Б. Д. Карвасарський, 1982), проблема хронічних соматоформних алгій потребує феноменологічного, психологічного і типологічного дослідження, глибинного аналізу стилю життя, “картини світу”, вивчення семантичної структури самосвідомості хворих, основи дослідження якої містяться у працях В. Ф. Петренка (1988), Є. Ю. Артем’евої (1999), Н. В. Чепелєвої (2008). Наявні феноменологічні описи й емпіричні дослідження проблеми болю потребують сьогодні адекватного осмислення болю як психологічного феномена, яке запропоновано у роботі, що не лише розширює емпіричні знання у цій області, але і узагальнює експериментальну феноменологію на основі єдиного методологічного підходу до проблеми діагностики та лікування психогенних тілесно-невротичних алгічних станів.

Складність лікування пацієнтів із СФБР спричиняється і тим, що хворі не схильні погоджуватись із думкою про психічну природу своїх соматичних порушень**.** Хворі із діагнозом хронічного соматоформного больового розладу схильні переживати власні больові відчуття як стійкі, постійні за локалізацією та інтенсивні.Саме тому важливим напрямком у лікуванні хворих, що страждають від СФБР, є психокорекція, в основі якої покладено можливість осягнення цілісного патерну особистості хворого, а саме: особливостей пізнавальної та емоційно-афективної сфери, індивідуальних механізмів саморегуляції, специфіки образу “Я” тощо (С. Г. Сукіасян, 2001).

Дослідження, присвячені вивченню чинників виникнення СФБР, їх специфіки і диференціації від больових синдромів іншого походження є нечисленні і потребують розробки нових комплексних клініко-психологічних підходів з метою створення ефективних психокорекційних та психопрофілактичних програм подолання болю хворими. Адекватна програма психокорекційного впливу, що є важливою ланкою реабілітації та вторинної профілактики виникнення болю у хворих із СФБР, сьогодні не розроблена, оскільки не має цілісного клініко-психодіагностичного підходу, що склав би основу ефективної діагностики хворих. Саме тому акцент у роботі зроблено не на традиційному дослідженні причин і закономірностей виникнення психогенних больових синдромів, а на аналізі категоризації болю в структурі самосвідомості хворих у конткексті дослідження закономірностей больового переживання та його функціонування у свідомості хворих із СФБР в якості окремого психологічного феномена, наділеного індивідуальним змістом.

**Зв’язок роботи із науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження здійснювалось в межах науково-дослідницьких тем кафедри психології філософського факультету Львівського національного університету імені Івана Франка “Критерії психологічного здоров'я студентської молоді” номер держреєстрації № 0105U002222, “Індивідуальні цінності та сенсожиттєві орієнтації в структурі психологічного здоров'я” № 0108U004132 та “Психологічний аналіз соціальної активності особистості» № 0199U003619, яка входить до науково-дослідної теми філософського факультету “Українська духовна культура: особливості становлення і розвитку”. Тема дисертації затверджена координаційною Радою АПН України (протокол № 4 від 26.05.2009 року).

**Об’єктом дослідження** є хронічний соматоформний біль як особливий психологічний феномен.

**Предметом дослідження** є структурні компоненти переживания хронічного соматоформного болю в контексті індивідуально-психологічних особливостей хворих з СФБР.

**Мета роботи** полягає у тому, щоб дослідити особистісну сферу, інтрапсихічні та інтерперсональні аспекти переживання психогенного болю хворими у їх взаємозв’язку з метою створення ефективної психодіагностичної схеми як основи новітніх психокорекційних програм, орієнтованих на подолання хронічних соматоформних алгічних станів та успішну ресоціалізацію хворих.

1. **Гіпотеза дослідження**: можна припустити, що виникнення соматизованих хронічних алгічних реакцій психоґенетично пов’язане із психотравмувальними ситуаціями в анамнезі хворих, специфікою психологічних захисних стратегій, що, у свою чергу, має характерні прояви у психосемантичному трактуванні больових симптомів хворими.

Мета і гіпотеза дослідження зумовили такі **завдання:**

1. здійснити теоретичний аналіз проблеми хронічного соматоформного болю як розладу невротичного ґенезу і сформувати узагальнений теоретичний підхід до розуміння хронічного соматоформного болю як специфічного психологічного феномену;
2. на підставі одержаних у результаті проведеного дослідження емпіричних даних описати структуру та визначити відмінності у переживанні болю хворими за наявності хронічних психогенних больових розладів невротичного ґенезу (*далі – група СФБР*) порівняно із хворими з нейрогенним больовим синдромом;
3. дослідити специфіку психологічного захисту та соціально-психологічних особливостей хворих із СФБР та визначити відмінності у домінуючих механізмах психологічного захисту порівняно із хворими з нейрогенним больовим синдромом та здоровими досліджуваними з метою з’ясування об’єктивних критеріїв психологічної діагностики;
4. побудувати первинний семантичний диференціал “Уявлення про біль” на підставі чого реконструювати семантичний простір поняття “біль” у хворих із СФБР порівняно із “практично здоровими” досліджуваними;
5. визначити та проаналізувати зв’язок між психосемантичними аспектами переживання хронічного психогенного болю, суб’єктивною оцінкою інтенсивності болю хворими та особливостями психотравмувальних ситуацій в анамнезі;
6. на основі отриманих в процесі дослідження результатів розробити психодіагностичний алгоритм дослідження інтерперсональних та інтраперсональних особливостей хворих із СФБР в контексті переживання болю та створити інтерпретаційну схему результатів дослідження для поглибленого розуміння психологічних аспектів виникнення та переживання хворими хронічних тілесно-невротичних алгічних реакцій.

**Методологічна та теоретична основа дослідження:** патогенетична концепція неврозогенезу В. Н. Мясіщева, концепція поліфакторної етіології невротичних розладів, психоеволюційна теорія емоцій R. Plutchik, H. Kellerman & Н. Conte,концепція “нейроматрикса” R. Melzack, концепція багомпонентного сприймання болю Р. Karoly, концепція сімейного клімату при психогенних розладах І. Turkat, D. Rock, концепція хронічного болю G. Engel, психодинамічний підхід (конверсійна модель Z. Freud, теорія відмови від віри у майбутнє Д. Енгеля, А. Шмалє, концепція регресивної соматизації M. Schur, теорія боротьби за своє тіло П. Куттера, концепція двоешелонної лінії захисту А. Мітчерліха), теорія психолінгвістики і експериментальної психосемантики, відображена у працях Є. Ю. Артем’євої, А. Н. Леонтьєва, С. Л. Рубінштейна, І. А. Воробйової, Ч. Осгуд, В. Ф. Петренко, Н. А. Русіна, В. П. Серкіна, Н. В. Чепелєвої, Р. Солсо і ін., в яких розкрито центральні теоретичні положення експериментально-психологічної науки про принцип опосередкування діяльності в семантичному аналізі значення; положення про свідомість як єдність значення, чуттєвого і особистісного смислів; положення про діяльність як ієрархічно організовану динамічну систему взаємозв’язків індивіда зі світом.

**Основними методами дослідження стали такі:** теоретичний аналіз наукових джерел з досліджуваної проблеми: аналіз, порівняння, узагальнення та систематизація теоретичних та емпіричних даних; діагностичні методи (опитування, анкетування, тестування, спостереження, бесіда); клініко-психологічний експеримент, асоціативний експеримент, якісний та кількісний аналіз результатів дослідження, статистичні методи опрацювання даних (кореляційний аналіз, однофакторний дисперсійний аналіз, кластерний аналіз, факторний аналіз, якісний аналіз даних).

**Наукова новизна та теоретичне значення дослідження:** розширено теоретичні уявлення про змістовий та структурні компоненти переживання хронічного соматоформного болю як індикатора внутрішнього конфлікту особливого типу; вперше проведено дослідження переживання хронічного соматоформного болю за допомогою психосемантичних методів, проведено психосемантичний аналіз концепту “біль” і створено первинний семантичний диференціал “Уявлення про біль” при хронічних соматоформних больових розладах; досліджено зв’язок між інтрапсихічними особливостями хворих з соматоформними алгіями й особливостями психотравмувальних ситуацій та специфікою психологічного захисту, а також проаналізовано зв’язок між характером інтрапсихічних конфліктів та психогенною алгічною симптоматикою в контексті феноменології переживання болю як особливого психологічного феномена; розроблено клініко-діагностичний алгоритм дослідження інтерперсональних та інтраперсональних особливостей хворих із СФБР в контексті переживання болю та створено інтерпретаційну схему результатів дослідження для поглибленого розуміння картини хронічного соматоформного больового розладу.

**Практична цінність** полягає у розробці та модифікації методів клініко-психологічної діагностики СФБР, створенні психодіагностичного алгоритму дослідження інтерперсональних та інтраперсональних особливостей хворих із СФБР в контексті переживання болю та створенні інтерпретаційної схеми результатів дослідження, що може бути використано у практичній роботі клінічних психологів, а також для професійної підготовки студентів, підвищення кваліфікації психологів і лікарів-клініцистів.

**Надійність і достовірність результатів дослідження** забезпечено комплексним (аналітичним, експериментальним) дослідженням проблеми; використанням надійного й валідного методичного інструментарію, адекватного меті і завданням дослідження; поєднанням якісного та кількісного аналізу експериментальних даних; застосуванням сучасних методів статистичного опрацювання даних.

**Апробація та впровадження результатів дисертації** була здійснена на таких конференціях: Звітна наукова конференція кафедри психології (Львів, 10 лютого 2006 р.), Х Міжнародний медичний конгрес студентів і молодих учених Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського (Тернопіль, 11–13 травня 2006 р.), Міжнародна науково-практична конференція “Генеза буття особистості” (Київ, 18–19 грудня 2006 р.), Друга всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція “Україна наукова”, (Київ, 21–23 грудня 2006 р.), Міжнародна науково-практична конференція “Наука та практика – 2007” (Київ, 11–15 лютого 2007 р.), Науково-практична конференція студентів та молодих вчених “Психологічні проблеми сучасності” (Львів, 22 березня 2007 р.), Х Всеукраїнська науково-практична конференція “Молодь, освіта, наука, культура і національна свідомість в умовах європейської інтеграції” (Київ, 22–24 травня 2007 р.), Міжнародна конференція з дитячої та юнацької психотерапії “Дитина в мені: психотерапія мого дитинства” (Львів, 9–10 травня 2008 р.), Першій Міжнародній науково-практичній конференції “Проблеми девіантної поведінки: історія, теорія, практика” (Умань, 12–15 травня 2009 р.), конференції з дитячої та юнацької психотерапії “Дитячі ігри – забави дорослих: психотерапія життєвих сценаріїв” (Львів, 15 травня 2009 р.), конференції “Обмежена осудність: психіатричні, психотерапевтичні та правові аспекти” (Львів, 28–30 травня 2009 р.), науково-практичній конференції “Актуальні проблеми психології особистості і міжособистих взаємин" (Кам’янець-Подільський, 28–29 травня 2009 р.).

Результати дисертаційного дослідження було включено: до курсів “Клінічна психологія” (розділ “Клінічна психодіагностика”), “Патопсихологія” (тема “Основні психопатологічні синдроми та їх патопсихологічна діагностика”) і “Психологія здоров’я” (тема “Чинники невротизації та їх профілактика”) кафедри психології Львівського національного університету імені Івана Франка.

**Публікації.** Зміст дисертаційного дослідження відображено у 15 публікаціях, з них 7 – у спеціалізованих виданнях ВАК України.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів оригінальних досліджень, висновків, списку використаних джерел та додатків. Вона містить 229 сторінок, із них 156 сторінок основного тексту, 26 рис. і 23 табл., список використаних джерел з 236 найменувань на 21 сторінках, 9 додатків на 49 сторінках.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

У вступі обґрунтовано актуальність теми дослідження, визначено об’єкт, предмет, мету і завдання дослідження, описано інструментарій дослідження, розкрито наукову новизну, теоретичне та практичне значення отриманих результатів, подано відомості про апробацію та впровадження результатів дослідження.

У ***першому розділі роботи «Проблема хронічного психогенного болю в контексті невротичних розладів»*** проаналізовано визначення болю як клініко-психологічного феномена, що детермінує психічний стан людини, розкрито сутність сучасних уявлень про біль, його клінічні форми, описано структуру больового переживання та запропоновано комплексний клініко-психологічний підхід до розуміння проблеми болю. Зазначено, що згідно з концептуальною поліфакторною моделлю компонентів больового синдрому, біль визначають як послідовну генералізацію в організмі негативно окресленого процесу з кількістю складових, що зростає:1) ноцицепція; 2) біль (інтеграція ноцицептивних сигналів на рівні спинного мозку); 3) страждання (негативне відчуття, генералізоване в ЦНС і модульоване емоційними ситуаціями, такими як стрес, тривожність, депресія); 4) “больова” поведінка (моторно-мотиваційна відповідь організму). Згідно з клініко-психологічним підходом, біль є не лише відчуттям, але і комплексом переживань, що охоплює сенсорні, когнітивні, афективні, поведінкові та мотиваційні характеристики, які визначають витривалість хворого до болю, формують больову поведінку та способи подолання болю.

У вченні про біль проблема психалгій є однією з найскладніших і потребує поглибленого вивчення. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду, хронічний психогенний біль визначають як *“хронічний і важкий біль у будь-якій частині тіла, тривалістю щонайменше 6 місяців, що завдає страждань і постійно концентрує увагу пацієнта на собі, причини якого не можуть бути пояснені жодним фізіологічним процесом або соматичним розладом”*. У випадку психалгій зберігає своє значення положення про те, що не має болю, що був би повністю вільний від матеріальної основи, болю поза “больовою системою” (Гультай В. Ф., Кечур Р. В.). Тому психогенний біль необхідно розглядати як сукупність кількох змінних: предиспозицій (індивідуально-особистісних особливостей), формувальних (інтарпсихічні конфлікти) і тригерних (стресогенних) чинників. Сьогодні найбільш визнаною є концепція, згідно з якою хронічні психалгії (“соматоформні больові розлади”, “персистуючі больові розлади”, “алгопатії”, “стійкі алгічні синдроми психогенної природи”) розглядають як варіант психогенних конверсійних порушень. Виникаючи за психогенними механізмами, алгічні порушення цього типу вже з моменту перших проявів тісно взаємопов’язані з конверсійними проявами – збільшенням чи, навпаки, зменшенням чутливості до болю, зниження больового порогу. Водночас, первинні (безпосереднє больове відчуття) та вторинні (страждання, емоційні та поведінкові реакції на біль) компоненти соматоформного болю є схожими за семантикою до сенсорних та емоційних компонентів переживання болю фізіологічного. З’ясовано, що психогенні болі нерозривно пов’язані з тілесним і психічним “Я” (що зумовлює їх нечіткий характер), тому суб’єктивна семантика болю пов’язана з клінічною формою невротичного розладу.

Серед чинників патогенезу невротичних розладів вирізняють *чинники середовища, особистісні та соматичні чинники*. Вивчаючи роль соціально-психологічних і клінічних чинників у розвитку СФБР, С. Г. Сукіасян із групою дослідників (2001) дійшли висновку про існування вираженого підвищення рівня тривоги та зниження рівня агресивності хворих із СФБР.

Зазначено, що специфіка клінічної картини СФБР визначається поєднанням групи чинників: особливостями індивідуального розвитку особистості, в результаті чого формуються основні інтрапсихічні конфлікти, стереотипами захисної поведінки, а також стресогенними умовами життя і конституційними предиспозиціями вразливості окремого органу чи системи.

У ***другому розділі роботи*** “***Організація і проведення експериментально-психологічного дослідження психологічних аспектів хронічних соматоформних больових розладів***” подано детальний опис досліджуваних груп (група СФБР (n=83) – хворі із хронічним соматоформним больовим розладом, група НБР (n=55) – хворі із нейрогенним больовим синдромом, група Зд (n=87) – особи, що на момент проведення дослідження не мали діагностованих больових скарг), детально описано психодіагностичні методики, використані у дослідженні, та процедуру проведення дослідження: Мак-Гілловський больовий опитувальник (MPQ), шкала візуальних аналогів болю (ВАШ), Методика Т. В. Дембо – С. Я. Рубінштейн, Фрайбурзький персональний опитувальник (FPI, форма В), Гісенський опитувальник соматичних скарг Е. Брюхлер і Дж. Снер (ПСО в адаптації В. А. Абабкова і ін.), Опитувальник “Індекс життєвого стилю” (LSI), авторський опитувальник “Я сьогодні”.

У результаті дескриптного аналізу досліджуваних груп хворих із больовою симптоматикою різного ґенезу виявлено, що наявні відмінності у соціально-демографічних характеристиках хворих, а саме: для 67% жінок та 47% чоловіків експериментальної групи характерна незадоволеність власним професійним становищем та професійною реалізацією, що свідчить про ризик дезадаптації хворих та можливі вагомі труднощі процесу ресоціалізації після хвороби. Наявність психотравмувальних впливів *вираженої* та *помірної* інтенсивності в анамнезі виявлено у 83% жінок та 78% чоловік із СФБР. Водночас, у 17% жінок та 22% чоловіків експериментальної групи не виявлено психотравмувальних ситуацій в анамнезі, що може бути важливим аспектом зуміння етіології тілесно-невротичних алгічних станів, а саме: існування двох видів симптомів (психогенно спровокованих хронічних психалгій та аутотохтонних психалгічних симптомів), що визначаються головно преморбідними особливостями особистості, а саме порушеннями комунікації хворого з власним тілом (за П. Куттером).

Порівняльний аналіз психологічних аспектів формування та переживання болю у групах СФБР та НБР виявив, що наявні статистично достовірні відмінності в інтенсивності загальносоматичних скарг хворих, водночас рівень інтенсивності скарг є вищим у хворих групи СФБР, що свідчить про домінування у клінічній картині псевдосоматичних невротичних симптомів і перешкоджає вчасній діагностиці СФБР. Виявлено, що після виникнення перших ознак розладу до лікування було залучено лише 24% досліджуваних нами хворих групи СФБР, тоді як решта 76% звернулись за лікарською допомогою лише після року існування алгічних симптомів з причини їх резистентності до анальгетиків. Вказано, що іпохондричні прояви в клінічній картині СФБР не набувають окремого психопатологічного значення, оскільки у хворих не має чіткої концепції розладу, а, навпаки, як виявив дискриптний аналіз згідно авторського опитувальника “Я сьогодні”, у 28% хворих відсутня об’єктивна інформація про свій діагноз та інтерес до причин виникнення хвороби.

У результаті кореляційного аналізу можна визначити особистісні параметри, що є суттєвими в діагностиці та психокорекції тілесно-невротичних алгічних реакцій: підвищений рівень реактивної агресивності, що можна інтерпретувати як показник астено-невротичних порушень по типу “дратівливої слабкості” в клінічній картині розладу; наявність тривожності й труднощів у налагодженні та підтримці соціальних контактів; підвищений рівень маскулінних проявів у поведінці серед жінок з діагнозом СФБР, оскільки подібного зв’язку у чоловіків експериментальної групи не виявлено. У результаті аналізу домінуючих захисних механізмів, які використовують хворі із СФБР, встановлено, що для хворих із тілесно-невротичними алгічними розладами домінуючими механізмами психологічного захисту є проекція, що діє як в інтерперсональній, так і в інтраперсональній площинах і формує картину світу хворого, та раціоналізація, що може бути індикатором обсесивно-компульсивної структури особистості (за R. Plutchik) і в процесі психодіагностики СФБР формувати хибне уявлення про надмірно виражену іпохондричність хворих.

У структурі больового переживання хворих із СФБР виявлено домінування афективного компонента сприймання болю над сенсорним, що може бути причиною труднощів у диференціюванні власних алгічних скарг від почуттів тривожно-депресивного спектру, а також відмінності у сприйманні болю чоловіками і жінками: для чоловіків групи СФБР характерне менше використання сенсорних дескрипторів болю та нижчий, порівняно із жінками, рівень оцінки інтенсивності больових відчуттів.

З’ясовано, що ядром алгічного переживання психогенного походження, на відміну від болю нейрогенного ґенезу, є такі компоненти: 1) *афективний компонент* сприймання болю, що стає основою переживаннь хворого та формує варіативність алгічної симптоматики; 2) *суб’єктивна оцінка* інтенсивності та значимості болю у структурі соматоформного больового синдрому, що тісно переплетена з афективним компонентом алгічного переживання, оскільки із зміною емоційного стану відбувається зміна суб’єктивного відчуття інтенсивності болю; 3) *сенсорний компонент* переживання соматоформного болю формується на основі двох попередніх та може бути використаний для розуміння індивідуального змісту алгічних симптомів хворого, особливо у разі конверсійного походження болю.

На підставі аналізу семантичних аспектів переживання болю хворими із СФБР, досілдження семантичного поля поняття “біль” методом асоціативного експерименту та семантичних універсалій з’ясовано, що у групі хворих із СФБР значення слова “біль” має таку семантичну структуру: 38% хворих визначають “біль” як тіло, 12% – як страх, а 10% як хворобу. Первинний семантичний диференціал “Уявлення про біль” (*далі* – *СД*) у групі Зд виявив, що семантичний простір концепту “Уявлення про біль” може бути визначений такими поняттями: страждання, втрата, відчуття, сум, образа, хвороба. Виявлено, що наявні відмінності за середніми значеннями лексико-семантичного поля поняття “біль” у досліджуваних групах (СФБР та Зд). З’ясовано також, що досліджувані обох груп ототожнюють поняття “біль” із поняттям “страждання”, із “втратою” біль незначно асоціюється хворими із СФБР та значною мірою “практично здоровими” досліджуваними. Також виявлено слабкість ототожнення емоційних переживань з психалгічними симптомами у групі хворих та значно більшу близькість понять емоційного спектра “сум” і “радість” у контексті “болю” у групі Зд. Поняття “біль” у групі СФБР близьке до понять “страждання”, “хвороба” та “образа” і вказує на характер порушень системи міжособистісних стосунків та їх відображення в клінічній картині розладу.

Одержані результати психосемантичного аналізу асоціативних полів вагомих стимулів поняття “біль” відображають інтраперсональну картину соматоформних больових розладів в індивідуальній свідомості хворого, а саме близькість коннативного значення болю у самосвідомості хворих із СФБР до понять “страждання”, “хвороба” і “образа”; поняття “хвороба” у межах СД групою СФБР оцінене як “залежний”, що відображає ціннісного-орієнтаційну спрямованість хворого, прагнення соціальної захищеності, тоді як у свідомості практично здорової особи хвороба як явище є стимулом для дії і боротьби. Про цю особливість свідчить також і те, що поняття “страждання”, “сум” та “образа” оцінене групою хворих із СФБР як “пасивний”, що може свідчити про зміну емоційного стану хворого із СФБР до емоційної відгородженості та анестезії почуттів і є ознакою хроніфікації розладу, що супроводжується змінами мотиваційної системи особистості і є проявом функціонування патологічного гомеостазу та ознаками психічної дезадаптації, що, поряд з іншими, є прогностичним маркером СФБР та відображає порушення міжособистісних стосунків у контексті наявної психалгічної симптоматики.

У ***третьому розділі роботи «Психодіагностичний алгоритм та інтерпретаційна схема клінічної картини хронічних соматоформних больових розладів***» подано модель психодіагностичного алгоритму, методологічною основою якого є поєднання двох теоретичних концептів в один підхід: *конверсійної моделі*, коли емоційне напруження неусвідомлено “переходить” у тілесні алгічні відчуття без фізіологічної основи (блок І «Особливості самосвідомості» і IV «Біологічні аспекти») та *моделі больової поведінки*, де акцент зроблено на когнітивних, оцінювальних чинниках формування больового преживання і де вплив навколишнього середовища є основним механізмом формування уявлень хворого про власне здоров’я (блок ІІ «Поведінкові аспекти» і блок ІІ «Соціальна ситуація») (рис. 1).

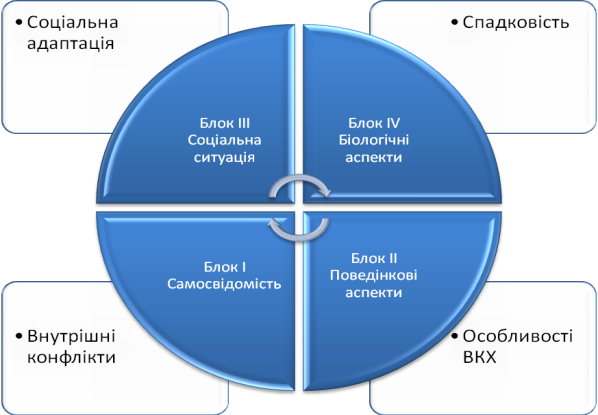


Рис. 1. Схематичне зображення психодіагностичного алгоритму дослідження хронічних соматоформних больових розладів

Метою створення діагностичного алгоритму є вивчення безпосередніх переживань хворого і розпізнавання тих його аспектів, що об’єднують різноманіття проявів соматоформного больового розладу (його динаміки, інтенсивності, причин виникнення та варіативності) із психічним станом хворого. Зазначено, що за допомогою блоків ІІІ і IV алгоритму діагностуються інтерпсихічні аспекти хворих із СФБР, тоді як блоки І і ІІ розкривають інтрапсихічні особливості хворих в контектсі переживання болю.

Реалізуючи пропонований діагностичний алгоритм в процесі клініко-психологічного дослідження, слід розподіляти скарги пацієнта і отримані результати дослідження на п’ять векторів: **1.** Проблеми зовнішнього соціального оточення, сімейні проблеми; **2.** Вивчення біологічних схильностей; **3.** Емоційні конфлікти: аналіз афективних проявів у поєднанні з аналізом системи психологічних захистів, на підставі чого можна зробити попередні висновки про особистісну структуру хворого; **4.** Когнітивно-поведінковий спектр проблем: стресостійкість, мотиваційний компонент поведінки, що визначається із застосуванням авторського опитувальника “Я сьогодні” та за допомогою психосемантичного аналізу самосвідомості хворого; **5.** Вивчення загальної картини симптомів хворого (припущення, що базуються на основі вивчення чотирьох попередніх векторів), інтрапсихічних особливостей особистості, специфіки внутрішньої картини захворювання в контексті ставлення пацієнта до свого розладу.

Розроблено *інтерпретаційну схему*, що інтегрує весь матеріал дослідження у модель психологічних аспектів СФБР і дає змогу побудувати гіпотези про можливі чинники виникнення розладу та детально описати особливості поведінки та емоційного стану хворого. Основою інтерпретаційної схеми розуміння СФБР стали показники методик, що використовувались у дослідженні, за їх середніми значеннями (табл. 1).

**Таблиця 1.**

**Інтерпретаційна схема дослідження СФБР**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Блок психодіагностичного**  **алгоритму** | **Шкали** | **Рівень**  **вираженості у хворих із СФБР** |
| **I** | **Опитувальник “Індекс життєвого стилю” (LSI)**  Витіснення  Регресія  Заміщення  Заперечення  Проекція  Компенсація  Раціоналізація | ≤**5**  **≤5**  **≤4**  **≤6**  **≥6**  **≤4**  **≥7** |
| **ІІ** | **МетодикаДембо– Рубінштейн**  Самооцінка за шкалою “Здоров’я”  Самооцінка за шкалою “Щастя” | **≤ 5**  **≤ 7** |
| **II** | **Мак-Гілловський опитувальник болю (MPQ)**  Сенсорна шкала (середнє значення)  Афективна шкала (середнє значення)  Евалюативна шкала | **≥7**  **≥6**  **≥3** |
| **II** | **Візуальна аналогова шкала оцінки больових відчуттів (VAS)** | **≥5** |
| **III** | **Фрайбурзький персональний опитувальник (FPI, форма В)**  Шкала І “Невротичність”  Шкала ІІ “Спонтанна агресивність”  Шкала ІІІ “Депресивність”  Шкала VII “Реактивна агресивність”  Шкала VIII “Сором'язливість”  Шкала ХІІ “Маскулінність- фемінність” | **≥ 7**  **≥5**  **≥6**  **≥8**  **≥8**  **≥8** |
| **IV** | **Гісенський опитувальник соматичних скарг (ПСО)**  Шкала “Виснаження”  Шкала “Шлункові скарги”  Шкала “Больові скарги”  Шкала “Серцеві скарги”  Шкала “Інтенсивність скарг” | **≥ 16**  **≥ 2**  **≥ 15**  **≥ 3**  **≥ 40** |

Зазначено, що одержані результати досліджень згідно запропонованого психодіагностичного алгоритму із використанням поданої інтерпераційної схеми якісно доповнюють клінічну картину СФБР, сприяють її об'єктивізації, не суперечать анамнезу і поєднуються із дослідженням особливостей самосвідомості хворих через реконструкцію семантичного простору поняття “біль”, що дає можливості поглибленого аналізу життєвої ситуації хворого, осягнення клінічної картини наявного розладу і може бути основою визначення фокусу психокорекційного впливу.

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертації здійснено теоретичний аналіз болю як психологічного феномена, визначено, що психогенний біль є комплексом переживань, специфічним психічним станом, що охоплює сенсорні, когнітивні, афективні, поведінкові та мотиваційні аспекти, які визначають стійкість до болю як стресогенного чинника та формують больову поведінку і способи подолання болю хворим.Тому психогенний біль невротичного рівня слід розглядати як сукупність кількох змінних: *предиспозицій* (генетичних схильностей, особистісних особливостей), *формувальних* (інтарпсихічні конфлікти) і *тригерних* (стресогенних) чинників. Запропоновано схему формування соматоформних больових розладів як психосоматичного процесу, що містить такі складові: 1. Вплив психогенних чинників; 2. Особистісні предиспозиції (нереалізовані потреби, фрустрація, механізми психологічного захисту); 3. Соматизація у формі алгічних симптомів; 4. Виникнення СФБР; 5. Порушення системи соціальних стосунків.
2. Для дослідження загальних закономірностей формування та переживання СФБР в їх індивідуально-психологічних проявах та аналізу феномена болю, у роботі запропоновано психодіагностичний алгоритм, який створено у поєднанні клініко-описового та феноменологічного підходів. Алгоритм охоплює такі аспекти: аналіз соціальної ситуації, аналіз предиспозицій біологічного ґенезу, аналіз самосвідомості та актуальних емоційних конфліктів, аналіз когнітивно-поведінкових аспектів та особливостей внутрішньої картини хвороби у контексті хронічної психалгічної симптоматики із застосуванням феноменологічного підходу. Створена на підставі психодіагностичного алгоритму інтерпретаційна модель, що об’єднує емпіричний матеріал проведеного дослідження в цілісну схему психологічних аспектів тілесно-невротичних алгічних реакції, спрямована на диференційну діагностику хворих із СФБР та визначає рівні вираженості психологічних особливостей хворих за кожним із запропонованих психодіагностичних аспектів.
3. У результаті проведення факторного аналізу виявлено чотири групи факторів, що визначають психічний стан та переживання болю хворими із СФБР, а саме:, *“захисна структура особистості”, “гендерні особливості переживання болю”, “дистимічність”, “іпохондричні прояви”*. Вказану факторну структуру доповнено результатами психосемантичного аналізу концепту “Уявлення про біль”, у результаті чого отримано три тематичні ряди, що описують семантичне поле поняття “Біль” у хворих із СФБР порівняно із “практично здоровими” досліджуваними: *“страждання”* (суб’єктивно представлене в свідомості хворих поняттями “страх”, “провина”, “тривога”); *“дистимічні прояви”* (алгічні скарги різного спектру та інтенсивності на фоні зниженого настрою); *“залежність”* (до якого увішли поняття “безсилля”, “неспроможність”, “безпорадність”). Описані афективні стані характеризують картину світу хворих із СФБР, що, використовуючи теорію Д. Енгеля і А. Шмале, можна визначити як «відмову від віри у майбутнє», що є вагомим діагностичним і прогностичним аспектом СФБР.
4. На основі кореляційного аналізу можна вказати деякі особистісні параметри інтраперсонального спектра, що є суттєвими для діагностики та психокорекції хворих із СФБР, а саме: підвищений рівень реактивної агресивності, наявність підвищеного рівня тривожності та труднощів у налагодженні та підтриманні соціальних контактів, а також підвищений рівень маскулінних проявів у поведінці серед жінок, що можна розуміти як прояв невротичних захисних стратегій. З’ясовано також, що домінуючими захисними механізмами, що визначають “картину світу” хворих із СФБР, є проекція, яка діє як в інтерперсональній, так і в інтраперсональній площинах, та раціоналізація симптомів розладу, що спричиняє важкість саморефлексії власного стану та стагнацію особистісного розвитку як наслідку хроніфікації розладу.
5. У результаті статистичного і теоретичного аналізу процесу формування соматоформних хронічних алгій можемо окреслити два шляхи їх виникнення:  **І.** Унаслідок психогенних чинників та відповідну констеляцію психологічного захисту (із домінуванням механізмів проекції та раціоналізації) на основі особистісних предиспозицій особливостей найчастіше істеричного кола відбувається формування соматоформного алгічного розладу; **ІІ.** Алгічні соматоформні симптоми виникають як прояв фрустраційної реакції на несприятливі психогенні чинники (найчастіше соматичного характеру) і також призводять до виникнення СФБР, і характерні, у першу чергу, для обсесивно-компульсивної структури особистості. Кожен із вищеописаних шляхів формування психалгічних соматоформних реакцій призводить і виникає на тлі значних порушень системи соціальних стосунків особистості та дезадаптації хворих.
6. З’ясовано, що ядром алгічного переживання психогенного походження, на відміну від болю нейрогенного генезу, є такі компоненти: 1) *афективний компонент* сприймання болю, оскільки соматоформний біль найчастіше виникає на тлі афективної дезорганізації, спричиненої дією психотравмувальних чинників, а тому афективний компонент алгічного переживання стає основою переживання болю хворим та формує варіативність алгічної симптоматики; 2) *суб’єктивна оцінка інтенсивності болю,* що є вагомим диференційно-діагностичним критерієм соматоформних алгій, оскільки із зміною емоційного стану відбувається зміна суб’єктивного відчуття інтенсивності болю; 3) *сенсорний компонент переживання* соматоформного болю, що може бути використаний для розуміння суб’єктивного змісту алгічного симптому хворого, особливо у разі істеро-конверсійного механізму виникнення болю.
7. У результаті психосемантичного аналізу переживання болю хворими із СФБР та аналізу когнітивних контекстів поняття “біль” методом семантичного диференціалу виявлено, що у групі хворих із СФБР значення слова “біль” має таку семантичну структуру: 38% хворих визначають біль як “тіло”, 12% асоціюють поняття “біль” із страхом, тоді як 10% визначають біль як “хворобу”. Поняття “хвороба” у групі Зд оцінене як “діючий”, а у групі СФБР як “залежний”, що відображає ціннісно-орієнтаційну спрямованість особистості хворого, прагнення соціальної захищеності, бачення хвороби як “процесу”, що позбавляє можливостей і сил, тоді як у свідомості “практично здорової” особи хвороба як явище є стимулом для дії і боротьби. У результаті порівняльного аналізу первинного семантичного диференціалу “Уявлення про біль” виявлено, що існують відмінності за середніми значеннями лексико-семантичного поля концепту “біль” у досліджуваних групах: досліджувані обох груп ототожнюють поняття “біль” із “стражданням”; поняття “біль” у групі СФБР близьке до понятть “хвороба” та “образа” і визначає специфіку порушень системи міжособистісних стосунків, що відображається у самосвідомості хворого та впливає на клінічну картину та перебіг розладу. У цьому контексті, базуючись на психодинамічній моделі «двухешелонної лінії захисту» А. Мітчерліха, можна констатувати неспроможність хворих із СФБР подолати інтрапесональний кофлікт, викликаний психогенними впливами, на психосоціальному рівні. Також виявлено, що для хворих із СФБР існує певна цінність (первинна вигода) від наявного розладу, що є компромісним вирішенням несвідомих конфліктів, сприяє урівноваженню організму і середовища та, у психодіагностичному контексті, є проявом психічної дезадаптації хворого.
8. Проведене експериментально-психологічне дослідження не вичерпує всіх проблем, пов'язаних із психологічними аспектами формування та переживання СФБР, що дає змогу визначити напрямки подальшого вирішення таких питань: глибинної диференційної діагностики різних форм соматоформних розладів із взяттям до уваги особистісної структури хворих, вивчення природи походження соматоформних алгій, подальшого глибинного дослідження сутності болю як цілісного психологічного феномену та особливостей самосвідомості хворих, а також розробки програм психокорекційних інтервенцій із взяттям до уваги вираженість невротичних порушень та клінічну картину розладу окремого хворого для реалізації інтегративного підходу (поєднання клініко-описової, каузально-діагностичної та феноменологічної діагностичних парадигм) в клініко-психологічних дослідженях СФБР.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Гурська Т. В. Хронічні психічні болі : методологічний аналіз / Гурська Т. В. // Наук. записки Інс-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України – К., 2006 – Вип. 27 – С. 514 – 521.
2. Гурська Т. В. До проблеми психологічних особливостей болю / Т. В. Гурська // Зб. Наук. праць Інс-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України [Проблеми загальної та педагогічної психології] / Під. ред. ак. С. Д. Максименка – К., 2006 – Т. VIII. – Вип. 3. – 104 – 114.
3. Гурська Т. В. Феномен болю в клініко-психологічному аспекті / Гурська Т. В. // Друга наук.-практ. інтернет-конф. [Україна наукова]. – К., 2006 – С. 81 – 82.
4. Гурська Т. Клініко-психологічні аспекти болю / Т. Гурська // Зб. мат. Х Міжнар. мед. конгрес студ. і мол. вчених – Тернопіль, Укрмедкнига. – 2006 – С.118 – 119.
5. Гурська Т. Сутність болю як психологічного феномену: сучасний контекст / Т. В. Гурська // IV наук-практ. конф. студ. та мол. вчених [Психологічні проблеми сучасності]. – Львів, 2007 – С. 11 – 12.
6. Гурська Т. В. Клініко-психологічний аналіз феномену хронічного психічного болю / Т. В. Гурська // Міжнар. наук.-практ. конф. [Наука і практика – 2007]. – Полтава, 2007 – С. 64 – 66.
7. Гурська Т. Феномен болю в контексті сучасних клініко-психологічних досліджень / Гурська Т. В. // Зб. мат. Х Всеукр. наук.-практ. конф. – К. : Видавництво Європейського університету, 2007. – С. 82 – 85.
8. Гурська Т. Соматоформні больові розлади, психалгії та психогенний біль : диференціація понять / Гурська Т. В. // Зб. тез звітної наук. конф. філос. ф-ту. – Львів, 2007 – С 45 – 47.
9. Гурська Т. До проблеми психологічних особливостей болю / Гурська Т. В. // Вісник львів. ун-ту. Філос. науки. – Л., 2007 – Вип. 10. – С. 329 – 341.
10. Гурська Т. В. Групи соматоформних больових розладів : клініко-психологічна концепція / Т. Гурська // Зб. тез звітної наук. конф. філос. ф-ту. – Вип. 5. – Львів, 2008 – С. 38 – 40.
11. Гурська Т. В. Хронічні психічні болі: методологічний аналіз / Т. В. Гурська // Зб. наук праць [Психологічні студії. Психологічний аналіз соціальної активності особистості]. – Л., 2008 – С. 23 – 32.
12. Гурська Т. В. Дослідження психалгій : клініко-психологічний аспект / Т. В. Гурська // Зб. наук. праць Інс-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України [Проблеми загальної та педагогічної психології] / За ред. С. Д. Максименка – К., 2008. – Том Х. – Ч. 3. – С. 117 – 123.
13. Штеньович Т. В. Методологічні аспекти психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей особистості в контексті обмеженої осудності / Т. В. Штеньович // Медицина світу, 2009 [Спеціальний випуск : психіатрія]. – Л., 2009 – С. 25 – 28.
14. Штеньович Т. В. Роль особистісних факторів у формуванні соматоформних больових розладів. Діагностичний аспект. / Т. В. Штеньович // Зб. наук. праць Кам’янець-Поділ. нац. ун-ту ім. І. Огієнка, Інс-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України [Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин] / За ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам’янець-Подільський : Аксіома, 2009. – Вип. 5. – С. 476 – 486.
15. Штеньович Т.В. Психодіагностичний алгоритм роботи в клініці із сомато-невротичними алгічними реакціями / Т. Штеньович // Зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України [Проблеми загальної та педагогічної психології] / За ред. С. Д. Максименка. – Київ, 2009. –Т. ХІ, ч. 4. – С. 122 – 139.

**АНОТАЦІЯ**

**Штеньович Т. В. Психологічні аспекти хронічних соматоформних больових розладів. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка АПН України, Київ, 2009.

У дисертаційному дослідженні розглянуто поняття хронічного соматоформного болю як специфічного психологічного феномену в контексті аналізу інтраперсональних та інтерперсональних особливостей хворих.

Детально розглянуто та проаналізовано теоретико-методологічні підходи до проблеми хронічного болю в контексті невротичних розладів, здійснено ґрунтовний аналіз теоретичних концепцій виникнення та формування психалгій, виокремлено характерні клінічні прояви симптому психалгій у їх залежності від інтрапсихічних особливостей хворих, описано види психалгій та їхні диференційні особливості.

У процесі дослідження з'ясовано тісний взаємозв'язок таких чинників: особливостей співвідношення соціально-психологічних аспектів особистості хворих та структури психологічного захисту, психосемантичних, когнітивно–емоційних аспектів переживання болю та особливостей анамнезу хворих у контексті суб’єктивної інтенсивності психалгічних симптомів, а також детально описано механізми виникнення та структура переживання хронічного соматоформного болю хворими.

Запропонований у роботі психодіагностичний алгоритм, який створений у поєднанні клініко-описового та феноменологічного підходів є спробою вивчення безпосередніх переживань хворого, які об’єднуються різноманіттям проявів соматоформних больових розладів із взяттям до уваги особливостей клінічної картини розладу та особливостей особистості хворого. Проведене дослідження психологічних аспектів переживання психогенного болю із врахуванням індивідуального ставлення хворого до болю та інтерпретації персонального смислу болю як психологічного феномена в контексті життєвої ситуації хворого, дає можливість визначення фокусу психокорекційного впливу.

**Ключові слова:** хронічний соматоформний больовий розлад, соціально-психологічні особливості хворих, психогенні впливи, особливості самосвідомості, психодіагностичний алгоритм.

**АННОТАЦИЯ**

**Штеньович Т. В. Психологические аспекты хронических соматоформных болевых расстройств. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. – Институт психологии имени Г. С. Костюка АПН Украины, Киев, 2009.   
        В диссертационном исследовании рассмотрено понятие хронической соматоформной боли как специфического психологического феномена в контекте анализа интраперсональних и интерперсональних особенностей больных.   
 Детально рассмотрены и проанализированы теоретико-методологические подходы к проблеме хронического боли в контексте невротических расстройств, осуществлен подробный анализ теоретических концепций возникновения и формирования психалгий, выделены характерные клинические проявления симптома психалгий в их зависимости от интрапсихичних особенностей больных, описаны виды психалгий и их дифференциальные особенности.   
 В процессе исследования выяснено тесную взаимосвязь следующих факторов: особенностей соотношение социально-психологических аспектов личности больных и структуры психологической защиты, психосемантических, когнитивно-эмоциональных аспектов переживания боли и особенностей анамнеза больных в контексте субъективной интенсивности психалгических симптомов, а также детально описаны механизмы возникновения и структура переживания хронической соматоформной боли.   
 Предложенный в работе психодиагностический алгоритм, который создан в сочетании клинико-описательную и феноменологичного подходов, является попыткой изучения непосредственных переживаний больного, объединяемых многообразием проявлений соматоформных болевых расстройств с учетом особенностей клинической картины расстройства и особенностей личности больного. Проведенное исследование психологических аспектов переживания психогенной боли с учетом индивидуального отношения больного к боли и интерпретации персонального смысла боли как психологического феномена в контексте жизненной ситуации больного, дает возможность определения фокуса психокоррекционного влияния.

**Ключевые слова:** хроническое соматоформное болевое расстройство, социально-психологические особенности больных, психогенные влияния, особенности самосознания, психодиагностический алгоритм.

**ANNOTATION**

**Shtenovych T. Psychological aspects of chronic somatoform pain disorders. – Manuscript.**

Dissertation to gain a Candidate in psychological sciences by specialty 19.00.04 – medical psychology. ***–*** G. S. Kostiuk Institute of Psychologyat the Academy of Pedagogical Science of Ukraine, Kyiv, 2009.

In dissertation examined the concept of chronic somatoform pain as a specific psychological phenomenon in the context of patients’ intrapersonalnih and interpersonal characteristics.   
 The solid review and analysis of theoretical and methodological approaches of the chronic pain problem in the context of neurotic disorders were done, deep canalized the theoretical concepts of psihalgies emergence and formation, and described clinical manifestations of psihalgy symptoms which depend on intrapersonal features of patients, described psihalgy types and their differential characteristics.   
 In the results of investigation revealed the close relation between the following factors: the characteristics of the relation of socio-psychological aspects of individual patients and the structure of psychological defense, psyhosemantic, cognitive-emotional aspects of pain feeling and characteristics of patients with history in the context of subjective intensity somatoform pain symptoms, as well as detailed description of the mechanisms of appearing and the patients’ feeling structure of somatoform chronic pain.

The proposed psihodiagnostic algorithm, created in the combination of clinical-descriptive and phenomenological approaches. It’s an attempt to examine the patient's direct emotional experience, united manifold manifestations somatoform pain disorders, taking into account characteristics of clinical disorders and personality characteristics of the patient. The investigation of psychological aspects of suffering psychogenic pain was made, taking into account individual patient's attitude to pain and the personal interpretation meaning of the pain as a psychological phenomenon in the context of patient's life situation which, makes it possible to determine the focus of psychocorrectional work approaches.

**Key words:** chronic somatoform pain disorder, socio-psychological characteristics of patients, psychogenic influences, features of self-identity, psychodiagnostic algorithm.