

## **Роль особистісних факторів у формуванні соматоформних больових розладів. Діагностичний аспект**

У статті розглянуто та проаналізовано теоретико-методологічні підходи до проблеми хронічного болю в контексті невротичних розладів, здійснено аналіз теоретичних концепцій виникнення та шляхів формування психалгій, а також поняття моделі хвороби (внутрішню картину розладу) з теоретичною екстраполяцією цього феномену на сомато-невротичні алгічні розлади.

**Ключові слова:** сенсорне сприймання болю, афективне переживання болю, позитивна психотерапія, внутрішня картина хвороби, інтраперсональний конфлікт, патогенез соматоформних розладів, авторський опитувальник «Я сьогодні», асоціативний експеримент.

В статье рассмотрены и проанализированы теоретико-методологические подходы к проблеме хронической боли в контексте невротических расстройств, проведен анализ теоретических концепций возникновения и путей формирования психалгий, а также понятия модели болезни (внутренняя картина расстройства) с теоретической экстраполяцией этого феномена на сомато-невротические алгические расстройства.

**Ключевые слова:** сенсорное восприятие боли, аффективное переживание боли, позитивная психотерапия, внутренняя картина болезни, интраперсональный конфликт, патогенез соматоформных расстройств, авторский опросник «Я сегодня», ассоциативный эксперимент.

Особистісний фактор, не залежно від форми психічного чи соматичного розладу, є тим параметром, який визначає психологічний і психопатологічний стан пацієнта [1]. Відомо, що у сприйманні та усвідомленні інтенсивності людиною болю більше значення, ніж ступінь фізичного ушкодження, мають емоційні аспекти травми. Інтерпретація людиною больового відчуття, його емоційна реакція і поведінка можуть не корелювати з важкістю ушкодження. За О. Карвасарським, визначальними у розумінні сутності розладу є не сенсорні, а емоційні компоненти, реакція особистості на хворобу. Сенсорне

сприймання болю є фізіологічним процесом, тоді як емоційний аспект переживання болю значно залежить від властивостей особистості та притаманних їй способів подолання хвороби.

Необхідно враховувати аспект «сенситивності» групи пацієнтів із соматизованими алгіями, їх підвищену реактивність до будь-яких зовнішніх чи внутрішніх впливів та підвищений ризик ятрогенізації соматоформних порушень, що у сукупності складає сутність конфлікту між об'єктивним і суб'єктивним станом здоров'я таких пацієнтів.

Виокремлюють п'ять рівнів змін, що призводять до виникнення розладу.

1. Життєві події, пов'язані зі стресом.
2. Інтрапсихічні захисні механізми.
3. Фізіологічні реакції.
4. Поведінкові реакції, що спрямовані на подолання стресових впливів.
5. Усвідомлення хворим наявності у нього певного розладу.

Суб'єктивне сприймання свого захворювання в межах клініко-психологічного аналізу розглядається як елемент самосвідомості (Л. Корб, 1973), що стосується розуміння характеру та причин свого захворювання, границь соціальної адаптації і традиційно визначається як *внутрішня картина хвороби*, що містить чотири складові.

1. Больова чи сенсорна складова (неприємні відчуття, дискомфорт, пов'язані з хворобою, при цьому ступінь участі біологічного фактору в становленні ВКХ визначається важкістю клінічних проявів та інтенсивністю больових відчуттів).

2. Емоційна складова, що надає сенсорному образу відповідний емоційний тон, а психологічному переживанню – соціальну оцінку.

3. Інтелектуальна чи когнітивна складова (центральна ланка психологічної зони інформаційного поля хвороби – т.зв. “інформаційна модель хвороби”).

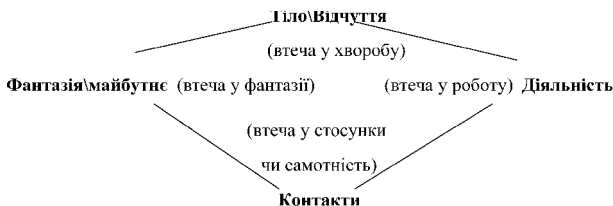
4. Мотиваційна складова ( у контексті нашого дослідження – «больова поведінка» ) [132].

Згідно з новітніми клінічними концепціями модель хвороби складається з двох аспектів: **сенсорно-емоційного**, що формується під впливом безпосередніх уявлень та переживань, спричинених проявами хвороби та **логічного**, який виявляється

у створенні концепції, що використовуються особистістю хворого для опису і пояснення причин і механізмів сукупності ознак захворювання. Цілісна картина ВКХ створюється лише тоді, коли складається система логічного та емоційно-мотиваційного ставлення до хвороби, що породжує певні потреби, наприклад, збереження життя.

При цьому створюється *модель прогнозу захворювання* та *модель очікуваних результатів лікування*, тобто формуються уявлення про етіопатогенез, клініку, лікування та прогноз захворювання, що визначають “масштаб переживань” (континуум від гіпер- до гіпонозогнозії) і поведінку хворого. Тому внутрішня картина хвороби – це не лише сукупність суб’єктивних моделей проявів ознак захворювання, але і концепція даної хвороби (реальна чи хибна).

Варто зазначити, що аналіз внутрішньої картини хвороби та окремих її складових відкриває можливість дослідження компенсаторного потенціалу особистості. Життєві травматичні події призводять до виникнення актуального психологічного конфлікту, ключовою дихотомією якого, за Н. Пезешкіаном [9], є потреба відкрито утверджувати своє «Я», що пов’язана із виявами агресії та в межах цього підходу розглядається як імовірне місце виникнення симптомів психосоматичного походження. Також у межах «позитивного» підходу припускається, що, окрім симптому розладу та його динаміки, необхідно враховувати змістовні аспекти хвороби, так зване «індивідуальне значення симптому» у житті хворого. Вказане твердження відображено в моделі чотирифазної обробки інтрапсихічного конфлікту, що відповідають чотирьом вимірам життєдіяльності за Н. Пезешкіаном (рис. 1).



*Рис. 1. Реакції “втечі” та чотирифазної обробки інтрапсихічного конфлікту у концепції “позитивної психотерапії”*

В особистісній сфері односторонність вирішення інтраперсонального конфлікту, що призводить до формування психосоматичної патології, виявляється у таких варіантах:

1. соматизація, або «втеча» у хворобу;
2. раціоналізація, або «втеча» в активну діяльність;
3. ідеалізація та знецінення, або «втеча» у самотність чи спілкування;
4. заперечення, або «втеча» у фантазії.

Цікавим є погляд Н. Пезешкіана на особливості формування психосоматичних симптомів при соматичних захворюваннях (виокремлення психологічних аспектів не лише у розвитку соматичного розладу, але й в особливостях його подолання). Згідно соціопсихосоматичного підходу в рамках позитивної психотерапії, розвиток симптому залежить від того, що саме зумовило його появу, яке значення надається цьому симптому і як, власне, він впливає на життєву ситуацію хворого.

За Собчик Л.Н., серед групи хворих на невротичні розлади, можна виокремити тип індивідуальності, що схильний до тривожно-фобічних реакцій на тлі виникнення і посилення інтенсивності психогенного болю. Тобто, передбачається, що існують певні особистісні риси, які провокують формування хронічного психогенного болю, такі як мазохістичний компонент особистості, підвищений рівень тривожності тощо.

Специфічний особистісний тип хворих з хронічним психогенним болем, як указує Собчик, за ММРІ – V-подібний профіль (підвищений показник «іпохондрія» й «істерія» при пониженому показнику «депресія»). Характерне зниження значень за шкалою «депресія» Dahlstrom, Welsh (1971) пояснюються за рахунок механізму конверсії, що формує демонстративність поведінки.

У формуванні й регулюванні соматичної патології важлива роль належить вегетативно-гуморальним і моторним компонентам тривоги. Про виникнення і зростання тривоги свідчать афективні симптоми, що складають «тривожний ряд»: відчуття внутрішньої напруги – гіперстезичні реакції – власне тривога – страх – відчуття насування катастрофи – тривожно-боязливе збудження. Разом із цим, депресія і тривога не обмежують спектр афективних станів при переживанні хронічного психогенного болю. Він може бути розширений за

рахунок уявлень про роль гніву й агресивності в генезі чуттєвого алгічного переживання.

Взаємозв'язок болю і депресії знаходить своє підтвердження у трьох аспектах. По-перше, індивід, що конституційно схильний до депресії, має більш виражений мазохістичний радикал із тенденцією до більш сенситивного переживання болю незалежно від величини подразника. По-друге, в умовах хронізації хвороби спостерігається виражена тенденція до зниження толерантності до болю. По-третє, біль, зазвичай, є загальним симптомом психічних розладів депресивного типу, при цьому розвиток больового синдрому визначається і модулюється механізмами психологічного захисту.

Серед факторів патогенезу психогенних розладів (в т. ч. соматоформних больових розладів, що поряд з іншими невротичними розладами відносяться до групи психогеній) вирізняють фактори середовища, особистісні та соматичні фактори. Вивчаючи роль соціально-психологічних і клінічних факторів у розвитку соматизованих алгічних станів С. Г.Сукіасян із групою дослідників [10] дійшли висновку про існування вираженого підвищення рівня тривоги та зниження рівня агресивності хворих із самоформними розладами. При "ситуаційному" (первинно-психогенному) варіанті виникнення соматоформного розладу слід звернути особливу увагу на механізми психологічного захисту. При "особистісному" варіанті головним завданням психокорекції і психопрофілактики є проведення психокорекції, спрямовану на успішну ресоціалізацію хворих. Серед можливих причин дезадаптації хворих у сучасних дослідженнях найчастіше вказується неефективність копінг-механізмів оволодіння болем.

Захисні механізми («психологічні захисти», «захисні механізми психіки», «захисні механізми особистості») сприяють збереженню психологічного гомеостазу та приймають безпосередню участь у формуванні симптомів фізичних та психічних розладів (за А. Фрейд) за способом обернення агресивних імпульсів «на себе», проти власного «Я». Відомим даний процес є під назвою «втеча у хворобу», що можна трактувати як спробу фізіологічними засобами, через виникнення симптому, вирішити психологічні і соціальні проблеми.

За А. Фрейд, певні комбінації захисних механізмів призводять до формування відповідної симптоматики, тобто

при певних психічних розладах використовуються відповідні захисні механізми. Наприклад, істерична конверсія, а саме «зв'язування» психічної енергії із тілесним «Я» у вигляді больових відчуттів, є свідченням того, що процес витіснення пройшов успішно і психологічна проблема не усвідомилась, а перемістилась на фізіологічний рівень; аналогічно, при obsesивно-компульсивному невротичному розладі, відбувається використання механізму ізоляції.

У межах психодинамічної концепції існує припущення, що під впливом соматичного розладу у хворих актуалізуються стереотипні, стійкі психологічні механізми захисту, що описуються як нозогенні реакції заперечення хвороби. Разом з тим необхідно розрізняти “здорове” заперечення як механізм психологічного захисту, що дозволяє зменшити прояви неприємних емоцій через дезактуалізацію деяких аспектів реальності (наприклад, наявності соматичної патології) від патологічного заперечення, що носить дезадаптивний характер.

Так, існує думка, що хронічний біль є конверсійним неврозом чи еквівалентом депресії, що розвивається в результаті компромісу між реалізацією «забороненого бажання» і покаранням за це. Разом з цим, пацієнт із хронічним болем прагне уникати стресових ситуацій, що спричиняє неадекватне м'язове напруження та появу або посилення болю. Серед факторів, що провокують виникнення вказаного конфлікту, виокремлюють порушення соціальної активності, зниження якості життя, труднощі у сімейних стосунках тощо.

Серед представників радянської психології один із підходів до розуміння феномену психологічного захисту пропонує Ф.Б. Басін. Він розглядає психологічний захист як важливу форму реагування свідомості індивіда на психічну травму. Б.Д. Карвасарський, навпаки, психологічним захистом вважає систему адаптивних реакцій особистості, спрямовану на захисну зміну значимості дезадаптивних компонентів стосунків – когнітивних, емоційних, поведінкових – з метою послаблення їх психотравмуючого впливу на Я-концепцію.

У роботах, присвячених проблемам стресу, психологічний захист ототожнюється з копінг-стратегіями, проте Р. Лазарус запропонував диференціювати ці два поняття, оскільки при використанні особистістю копінг-механізмів виникає необхідність відновлення порушених зв'язків між індивідом і

оточенням, тоді як використання захисних механізмів має на меті регуляцію емоційних станів людини по типу «внутрішньо-психічних технік когнітивного захисту».

Згідно з іншим поглядом, механізми оволодіння болем розглядаються як засіб редукції емоційного напруження, що не ототожнюється із захисними механізмами особистості. В межах концепції “оволодіння” (coping), поряд з адекватними психологічними реакціями (що характеризуються афективним і когнітивним типами оволодіння стресом) описуються реактивні стани, для яких характерні поведінкові реакції уникання, явища агравації, дисимуляції, і навіть психопатологічно завершені депресивні розлади. Тому надзвичайно важливими для успішної психокорекції психосоматичних розладів є промоція активних патернів копінг-стратегій для подолання пасивної “больової поведінки”.

На нашу думку, перспективним для розуміння феномену хронічного психогенного болю є погляд на нього як на розлад адаптації та специфічний психічний стан людини. Можливими причинами дезадаптації можуть виступати неефективність копінг-механізмів, що формують поведінкові патології. Описаний підхід вимагає комплексного міждисциплінарного погляду з урахуванням механізмів хроніфікації болю.

З метою пошуку відповіді на питання, які інтраперсональні та інтерперсональні особливості пов’язані з формуванням, переживанням та подоланням хронічних психогенних болей, відбувся підбір та апробація комплексу методів емпіричного дослідження. Він передбачав аналіз особливостей соціальних стосунків хворих (наявність та характер психогенних впливів в анамнезі), структурних (співвідношення сенсорних, афективних та оціночних компонентів переживання болю), семантичних (смысловий аспект переживання болю) особливостей переживання болю та особистісних особливостей як чинників виникнення хронічних соматоформних больових розладів згідно таких характеристик:

- демографічних: вік, стать досліджуваних;
- клініко-соціальних: тривалість больових скарг, освіта, наявність \ відсутність власної сім’ї, наявність психотравмуючих ситуацій в анамнезі;
- особистісних (інтраперсональних): характерологічні та психосоціальні особливості, особливості констеляції механізмів психологічного захисту;

- психосемантичних: структура психосемантичного простору індивідуальної свідомості хворих, семантичні універсалії поняття «біль» та первинний семантичний диференціал «Переживання болю».

Для об'єктивної психодіагностики соматоформних больових розладів нами було розроблено та апробовано опитувальник «Я сьогодні», спрямований на дослідження соціально-психологічних аспектів життя хворих на СФБР з урахуванням клініко-соціальних, особистісних та аспектів самосвідомості хворих у даний момент із використанням психосемантичного аналізу та психометричного методу дослідження

Опитувальник містить три блоки.

**1-й блок** опитувальника має на меті продемонструвати досліднику соціальну ситуацію життя хворого, виявити, яким чином справляє діагностований психогенний розлад інвалідизуючий чи хроніфікуючий вплив на особистість хворого та містить запитання, які стосуються таких соціальних аспектів життя хворого:

- біографічні дані (вік, стать, сімейний стан, освіта, місце праці);
- тривалість захворювання;
- задоволеність своєю професією;
- уявленнями хворого про те, яким буде його життя, якщо він більше не зможе працювати через хворобу;
- та запитання, спрямоване на діагностику рефлексії власного стану хворим, що сформульоване наступним чином: *який вплив, на Вашу думку, справляє Ваша хвороба на Ваше сприйняття життя та ставлення до майбутнього?*

**2-й блок** опитувальника спрямований на розкриття сутності ставлення хворого до власного захворювання та містить запитання, спрямовані на детальний аналіз цього ставлення:

- наявність чи відсутність у хворого інформації про свій діагноз, розуміння причин виникнення даного розладу, інтерес до цієї теми;
- сомооцінка власного стану за визначеними шкалами («здоров'я», «щастя», «характер»).
- діагностика ранніх дитячих спогадів з метою формування гіпотез про особистісну структуру та ранню травматич-



зацію хворого, що, поряд із іншими факторами, є важливим діагностичним аспектом внутрішньої картини захворювання;

- детальне дослідження психогенних травматизуючих впливів за останні 5 років життя хворого.

Для класифікації психогеній за інтенсивністю дії пропонується використання шкали вираженості психотравмуючих впливів за DSM – III – R.

**3-й блок** опитувальника містить асоціативний експеримент. Асоціативні зв'язки встановлюються в процесі набуття індивідом суб'єктивного досвіду, що дозволяє використовувати асоціативний експеримент як клініко-психологічний метод виявлення і опису провідних афективних комплексів та на цій основі робити висновки у дослідженні психоемоційної сфери хворих. Використання асоціативного експерименту в дослідженні дозволило здійснити семантичний опис суб'єктивного досвіду переживань хворих на СФБР в контексті переживання болю та вивчення психосемантичного простору як моделі категоріальних структур індивідуальної свідомості хворого, реконструкцію системи індивідуальних значень та особистісних смислів, ґрунтуючись на даних психосемантичного аналізу концепту «біль» з метою створення первинного семантичного диференціалу «Переживання болю» як фокусу психокорекційного впливу.

**Асоціативний експеримент**, що увійшов до третього блоку опитувальника, складався із двох етапів: *вільний асоціативний експеримент*, де досліджуваному пропонувалась робота із запропонованими словами-стимулами, та *спрямований асоціативний експеримент*. Варто зазначити, що метою дослідження смислу слова є поглиблений аналіз перцептивного, когнітивного та афективного досвіду взаємодії людини з оточуючою дійсністю, що складає «образ світу». Стимульні слова для асоціативного експерименту обирались методом подвійного аналізу: основою для відбору слів-стимулів стала методика ООБІ (Особистісний опитувальник інституту ім. В.М. Бехтерева в адаптації Личко А.Е., Іванов І. Я., 1980), а саме: назви основних груп вибору (самопочуття, настрої, сон, апетит, ставлення до хвороби, ставлення до лікування, ставлення до лікарів, ставлення до рідних і близьких, ставлення до роботи, ставлення до оточення, ставлення до самотності та ставлення

до майбутнього), що пропонувались контрольній групі хворих у вигляді слів – стимулів для вільного асоціативного експерименту, до якої увійшли 28 пацієнтів із діагнозом F.45. Для полегшення інтерпретації у вихідний набір вводились еталонні об'єкти. На основі отриманих асоціацій, що охоплювали, згідно методики ООБІ, більшість сфер життя хворих, було відібрано 8 семантичних універсалій (еталонних об'єктів), що використовувались як слова-стимули у вільному асоціативному експерименті: 1) тіло; 2) лікарня; 3) вдома; 4) сім'я; 5) робота; 6) хвороба; 7) відпочинок.

Інструкція для досліджуваного формулювалась таким чином: «Після того, як я назву вам ключове слово, скажіть, будь ласка, якомога швидше будь-які слова, що прийшли вам у голову і пов'язані з ключовим словом. Увага, ключове слово». Всі асоціації досліджуваних фіксувались в окремо створеному бланку анкети. Будь-яка незвична реакція (пауза, сміх, поведінкові чи вегетативні прояви) свідчили про зв'язок даної реакції з афективним комплексом і також фіксувались дослідником. Сукупність генерованих досліджуваним у зв'язку з певним стимулом асоціацій, що складає семантичне поле даного стимулу (поняття), аналізувалось в подальшому за допомогою якісного аналізу.

#### Список використаних джерел

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М, 2000. – 496 с.
2. Алексеев В.В., Богачева Л.А. 2-й Конгресс Европейской федерации международной ассоциации по изучению боли// Неврологический журнал. – 1998. – №3. – С. 53 – 58.
3. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания. – СПб.:Питер, 2001. – 272 с.
4. Большакова М.Б. Психологические факторы в генезе хронического болевого синдрома. – М.: Центральный институт травматологии и ортопедии. – 1995. – 36 с.
5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. – Ростов-на-Дону: ЛРНИЦ «Феникс», 1998.
6. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических взаимоотношений. – Л., 1981 – 218 с.

7. МКБ-10 Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хворіб 10 перегляду. – Харків, 2000 – 186 с.
8. Михайлов В. В., Сарвір І. М., Баженов О. С., Мирошниченко Н. В. Соматоформні розлади – сучасна загальномедична проблема. – Український медичний часопис – №3(35). – V-VI. – 2003.
9. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: Пер. с нем. – М.: Медицина, 1996 – 464 с.
10. Сукиасян С.Г., Мнасян Н.Г. Соматизированные психические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – Вып.2. – С. 5761.
11. Чубарь С.С. Клинико-генетический анализ родословной семьи больных мигренью // Лікарська справа. – 1991. – №3. – С. 84-86.

In the article reviewed and analyzed the theoretical and methodological approaches to the problems of chronic pain in the context of neurotic disorders, an analysis of theoretical concepts of psihalgyes, as well as the notion of models of disease (internal disorder picture) from a theoretical extrapolation of this phenomenon in the psychosomatic neurotic disorders.

**Key words:** sensory perception of pain, affective experience of pain, positive psychotherapy, internal picture of disease, intrapersonalny conflict, pathogenesis of psychosomatic disorders, the author's questionnaire «I am today», associative experiment.

*Отримано: 25.05.2009*