

Клініко-психологічний аналіз феномену хронічного психічного болю

Гурська Т. В.

Україна, Львів, Львівський національний університет імені Івана Франка,
кафедра психології

Стаття посвячена дослідженню психопатологічних станів, які імітують телесну патологію – «соматоформні /телесноподібні/ психічні розлади». Приведені розширені визначення понять «хронічний психогенний біль» і «психалгія» за МКБ-10, а також проведено порівняння і уточнення даних понять з точки зору психологічної концепції хронічного болю. Основна увага автора зосереджена на інтерпретації різних аспектів поняття хронічного психічного болю в неврології.

Феномен болю в клініці нервово-психічних захворювань оцінюється з двох точок зору: як симптом певних, найчастіше органічних захворювань, а в кінцевому результаті як психологічний феномен (неприємне відчуття, страждання). У зв'язку з цим при аналізі больових синдромів перетинаються кілька методологічних проблем: співвідношення органічного і функціонального; фізіологічного і психологічного; соматогенного і психогенного; співвідношення різних рівнів (від молекулярного до особистісного) тощо. [3, 11]

Ієрархічний принцип класифікації больових синдромів дозволяє розташувати їх в наступному порядку: 1. Психогенні больові синдроми з центральною і периферійною локалізацією; 2. Нейрогенні та вегетативні больові синдроми; 3. Локальні больові синдроми в наслідок запалення і ушкодження тканин.

При детальному аналізі досліджень в даній галузі знань стає помітним, що найбільшій актуальності сьогодні набувають порушення спеціального типу – *хронічні психічні болі*. Їх питома вага серед інших СФР, за даними різних авторів, сягає від 30 до 70%. [3, 14]

Надання хронічному психічному болю особливого статусу в розумінні порушень діяльності органів і систем невротичного походження набуває сьогодні поширеного характеру. Синонімами хронічного болю є: патологічна біль, хронічний больовий синдром, тривалий біль, біль-хвороба в області соматичної медицини, та психалгія і біль невротичного генезу – в області психіатрії та медичної психології, що створює певні відчутні труднощі для дослідників проблем болю у розумінні природи больового синдрому в неврології. Тому розробка загальних теоретичних і практичних проблем,

виявлення єдиних принципів етіопатогенезу і терапії болю невротичного генезу сьогодні надзвичайно актуальна.

Хронічні психалгії відносять до ряду специфічних невротичних порушень. Згідно МКХ-10 *хронічний психогенний біль* – це “хронічний і важкий біль, що завдає страждань (тривалістю щонайменше 6 місяців, майже щодня) у будь-якій частині тіла, причини якого не можуть бути пояснені жодним фізіологічним процесом або соматичним розладом, і який постійно концентрує увагу пацієнта на собі.” [12, С.27]

Психогенний біль при неврозах, його семантична структура, особливості переживання часто аналізується з точки зору психодинамічної (теорії конверсії і соматизації), психосоматичної (концепції маскованої депресії та алекситимії) та клінічної концепцій. [8,19,]

Психогенний біль невротичного рівня носить виражений функціональний характер. Різні його види відрізняються ступенем включеності в його структуру об’єктивних периферійних компонентів. При психіалгіях такий компонент значно редукований. Психогенний біль викликаний емоційним конфліктом і має об’єктивний периферійний компонент (м’язовий, судинний). Можна припустити, що співвідношення сенсорних і емоційних компонентів болю – це своєрідний визначник “психогенності болю”. [1, 18] Тобто, континуум психогенності болю може бути розташований від полюсу, де виражені сенсорні якості болю до полюсу психалгій, де сенсорна частина практично відсутня.

Отже, основними ознаками психогенного болю невротичного рівня є: 1. особливості локалізації (зліва, посередині тіла, в голові і кінцівках); 2. фонові структура особистості найчастіше шизоїдного та психастенічного кола; 3. психосемантичні описи болю подаються у вигляді однієї незмінної скарги, добре вербалізуються рефлексуються; 4. зв’язок з емоційним станом та наявними в особи тривожно-депресивними порушеннями. [8, 22, 25]

Психалгії часто можуть виникати і при незначній включеності периферійних ланок. За О. Карвасарським, визначальними є не стільки сенсорний, скільки емоційний компонент, реакція О на хворобу. (пацієнт представляє болі як такі, що переживаються так, наче вони нерозривно пов’язуються з власним тілесним і психічним “Я”, звідси їх постійна змінність і дифузність). [5, С.38 - 51]

Психалгії (на прикладі конверсійних болей) мають наступні характеристики: 1. мігруюча, нечітка локалізація (зміна границь, глибини болю); 2. фонові структура особистості найчастіше істеричного кола; 3. психалгії переживаються безпосередньо, погано локалізуються і подаються у вигляді змінних скарг; 4. низька здатність пацієнтів з психалгіями до рефлексії свого стану і болю зокрема. [8, с.12]

Отже, принципове значення для кваліфікації хронічних психічних болів має суб'єктивне ставлення до них пацієнтів. Наприклад, конверсійні болі найчастіше сприймаються як непостійні, без чіткої локалізації, дифузні та у вигляді безпосереднього переживання, звідси постійна їх змінність і дифузність. При психіалгіях, де сенсорний компонент – редукований, відчуття болю не містить конкретного “фізичного” змісту, а тому при домінуванні афективного компоненту над сенсорним характерна нездатність пацієнта диференціювати свої хворобливі відчуття від почуттів туги, страху і тривоги.

3. Фройд в межах власної метапсихологічної концепції болю розглядає біль як ключ в усвідомленні людиною власного тіла, що допомагає отримати просторове уявлення („репрезентативне знання”) про частини власного тіла. В метафоричному сенсі скорбота та переживання втрат набувають, за Фройдом, особливого значення у розумінні болю. Фізичний біль породжує сильний нарцисичний катексис, що стає причиною концентрації енергії в психічній репрезентації певної частини тіла (тобто трансформація нарцисичного катексису в об'єктивний, тілесний). [18]

В усвідомленні інтенсивності людиною болю більше значення, ніж ступінь фізичного ушкодження, мають *емоційні аспекти травми*. За О. Карвасарським, визначальними є не стільки сенсорні, але емоційні компоненти, реакція особистості на хворобу. Відомо, що інтерпретація людиною больового відчуття, його емоційна реакція і поведінка можуть не корелювати з важкістю ушкодження. Сенсорне сприймання болю є фізіологічним процесом, тоді як емоційне відчуття болю значно залежить від властивостей особистості. [17, с.29]

В клініко-динамічному плані важливо виокремити первинне (етіологічне) значення психологічних і психопатологічних аспектів болю чи їх вторинний характер, як наслідок тривалих страждань пацієнта від болю.

Отже, існують три шляхи участі психологічних факторів у процесі виникнення болю:

1. Психогенне посилення фізичного болю;
2. Психогенна м'язова біль (як результат напруження);
3. Психогенна регіональна (конверсійна) біль.

Для об'єктивного аналізу проблем болю необхідно застосовувати системний підхід, а саме дослідження нейро-вегетативних, нейро-ендокринних та психологічних ланок, що спільно створюють єдину патогенетичну систему, оскільки виокремлення особистісних, соматичних та факторів середовища дає можливість обрати в кожному з цих варіантів необхідні засоби впливу із врахування позицій системного вивчення феномену хронічного психічного болю в невротології.

Перелік посилань:

1. Бройтигам В., Кристиан П. Психосоматическая медицина. - М.: Генезис, 1999. – 267 с.
2. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: Когито-Центр, 1999. – 256 с.
3. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических взаимоотношений – Л., Медицинская книга, 1984 – 175 с.
4. Кассиль Т.Н. Наука о боли. 2-е издание. – М.: Наука, 1975. – 328 с.
5. Кечур Р.В. Соматоформні больові розлади. Автореф. дисерт.. – К., 1999. – 18 с.
6. Керсиот Я. Хроническая боль// Биологическая терапия. – 1999. - № 1. – С.40-43.
7. Карвасарский Б.Д. Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. – Л., «Наука», 1969. – 235с.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы – М., «Наука», 1990 – 184 с.
9. Лиманский Ю.П. Проблема боли в современной медицине // Журнал практичного лікаря. – 2001. - № 2. – С.37-39.
10. Мезлак Р. Загадка боли. – М.: Медицина, 1981. – 184 с.
11. Романенко И.В. Психологические аспекты боли и психовегетативные расстройства при болевых миофасцеальных синдромах // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – 1998. - № 4. – С.28-31.
12. Фрейд З. Собрание сочинений. – т.2. – М.: Фолио, 2001. – 467с.
13. Ямпольский Л.Б. Нарушение психики у больных с хроническим болевым синдромом//Актуальные вопросы клиники и лечения нейрогенных болевых синдромов. Сборник науч. трудов. – Саратов, 1989. – С.56-58.
14. Champan CR. New directions in the understanding and management of pain // Soc.Sci.Med. - 1994. - V.19, № 12. – P. 1261-1277.
15. Price DD. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain // Anesthesiology. – 1988. - V.68, № 4. – P. 571-590.