

СЕКЦІЯ 6. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9.072

**ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ДЕЗАДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ
У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ**Черній О.В., студентка
факультету психології*Київський національний університет імені Тараса Шевченка*

У статті розкриті особливості психологічної адаптації хворих із больовим синдромом, їх патологічні поведінкові прояви та механізми впливу хронічного больового синдрому на особистість.

Ключові слова: *хронічний больовий синдром, патологічні прояви поведінки, надконтроль, психологічна адаптація, особистість хворого.*

В статье раскрыты особенности психологической адаптации больных с болевым синдромом, их патологические поведенческие проявления и механизмы влияния хронического болевого синдрома на личность.

Ключевые слова: *хронический болевой синдром, патологические проявления поведения, сверхконтроль, психологическая адаптация, личность больного.*

Cherniy O.V. MALADAPTIVE BEHAVIOR AND ITS PSYCHOLOGICAL MECHANISMS FOR CASE OF PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME

The article is devoted to features of psychological adaptation of patients with pain, their abnormal behaviors and mechanisms of chronic pain influence to person.

Key words: *chronic pain, abnormal behaviors, overcontrol, psychological adaptation, personality of patient.*

Постановка проблеми. У багатьох літературних джерелах ми знаходимо опис тих змін психіки, які виникають у хворих, що страждають хронічними соматичними захворюваннями. Це, насамперед, негативні емоційні реакції, пов'язані зі зміною фізичного стану хворих: страх, депресія, тривога, дратівливість; це переживання, викликані наслідками хвороби, зміною працездатності, сімейного стану, всього соціального статусу хворої людини, а також – це стійкі перебудови всієї особистості хворого, що виражаються у формуванні в умовах хвороби різних аномальних і егоцентричних установок, захисних та компенсаторних особистісних утворень, зміні життєвої спрямованості та самосвідомості хворого.

Ступінь розробленості проблеми. Хронічний біль є поширеним явищем. За даними широкомасштабного дослідження Pain in Europe, в якому брало участь 46 000 чоловік із 16 країн, кожен п'ятий дорослий європейець страждає від хронічного болю. Близько 70 років тому Міжнародна асоціація по вивченню болю (IASP) визначила, що біль – це не тільки активність, продукована ноцицепторами і ноцицептивними шляхами. Біль завжди являє собою психологічний стан [12]. Доведено, що при хронічному болі часто немає прямого зв'яз-

ку між інтенсивністю больового відчуття і ступенем органічного ушкодження. У 50% випадків у хронічного больового синдрому навіть вже немає органічної (тканинної) основи. Тобто, хронічний біль не завжди пов'язаний з яким-небудь структурним або функціональним ушкодженням і може проявлятися як самостійний синдром, що означає необхідність симптоматичної терапії, спрямованої, насамперед, на усунення больового відчуття [1]. Хронічний біль часто має чітку соціальну функцію, яка полягає в адаптаційній ролі больового синдрому та може слугувати протипоказанням до лікування (руйнування соціальної структури життя людини) [13].

Аналіз зв'язку болю і психологічного стану показав, що біль завжди асоціюється з тривогою і депресією. Такі психофізіологічні розлади, як порушення сну, неспокій (дратівливість), тривога, ранкова втома, сповільненість реакції, замкненість, заповори, астения дуже часто спостерігаються у людей, у яких надалі розвивається хронічний больовий синдром [Von Korff, 1996]. Виникає порочне коло, яке призводить до так званої катастрофізації самовідчуття (немає віри в те, що можнавилікуватися, вирішити проблеми), що, в свою чергу, призводить до акцентуації больових відчуттів.



Вітчизняні дослідники підійшли до вивчення феномену болю з системних позицій і визначили, що біль – інтегративна функція організму, що є негативною біологічною потребою, яка формує функціональну систему збереження внутрішнього середовища і покривних тканин. Умовами больового (ноцицептивного) реагування є сприйняття (рецепція), обробка (перцепція), а також емоційні, соматичні і вегетативні, поведінкові, мнестичні, когнітивні, ендокринні та інші розлади [3; 12; 13].

Цікава гіпотеза рівневої будови відчуття болю, запропонована Є.І. Гарбером, який розглядає біль як реакцію організму і особистості, яка характеризується цілісністю та охоплює всі рівні психіки [3].

Мета статті – аналіз існуючих підходів щодо хронічного больового синдрому та пов'язаних із цим психологічних феноменів.

Виклад основного матеріалу. Уявлення про вплив болю у даній роботі ґрунтується на біхевіорально-когнітивній концепції, згідно з якою на поведінку пацієнта та його переживання болю впливають: установки, переконання, когнітивні схеми і реакції близьких людей, які підкріплюють адекватні або неадекватні способи мислення хворого, особливості його почуттів, поведінки.

До психологічних факторів, які впливають на відчуття та переживання болю, відносять такі:

1. Когнітивні чинники. Доказано, що когнітивні чинники здатні впливати безпосередньо на біохімічні процеси, пов'язані з болем, а також побічно впливають на біль та інвалідизацію. Страх болю викликає огиду, її очікування спонукає людину уникати ситуацій і поведінки, яка призводить до больових відчуттів. Відсутність активності, бездіяльність хворого сприяють його зануренню в турботу про своє тіло, направлення уваги і пізнавальних процесів на свої больові відчуття, що підвищує ймовірність розширення і спотворення больових симптомів, сприйняття себе інвалідом. Бесіди з лікарями, які працюють з соматичними хворими з хронічним больовим синдромом показали, що навіть після успішного лікування багато цих хворих живуть у постійному страху перед можливістю повернення болю. Через це вони нерідко не хочуть продовжувати і прагнуть отримати інвалідність. Однак когнітивні чинники можуть і позитивно впливати на управління болем. Накопичено досвід успішного використання з цією метою спеціального тренінгу копінг-навичок, навчання вирішення складних проблем, саморозкриття і т. д. При цьому багатьом вдається допомогти не тільки усунути або зменшити біль, дистрес і страждання, але

і поліпшити їх психічне і фізичне функціонування в цілому. Клініцисти, які працюють з пацієнтами з хронічним болем, знають, що уявлення про біль у пацієнтів зі схожою етіології болі можуть значно відрізнятись. Наприклад, якщо біль інтерпретується, як сигнал про постійне пошкодження тканини, а не як результат реальної проблеми, яку можна вирішити, це призводить до набавлення більших страждань і порушень поведінки [5]. Якщо людина вважає, що її біль нездоланний, вона не докладає зусиль до адаптації, їй не вдається використувати когнітивні або поведінкові прийоми, аби справлятися з болем. Біль здатний змінити спосіб сприйняття інформації. Наприклад, D.A Williams і B. Thorn [6] виявили, що пацієнти з хронічним болем, які вважають свій біль «незрозумілою таємницею», демонструють більш високий рівень психологічного стресу і болю, а також більш низьку прихильність до лікування, ніж ті пацієнти, які вважають, що розуміють причини свого болю. Взаємозв'язок між відчуттям здатності контролювати біль і самим болем була продемонстрована при різних больових синдромах. D. Mizener і співавт. [4] показали, що успішне лікування пацієнтів з мігренню супроводжувалося підвищенням відчуття контролю над фізіологічною активністю і над своїм здоров'ям в цілому, що значною мірою корелювало зі зниженням вираженості головного болю. Було доведено, що ефект лікування може бути пов'язаний не лише з фізіологічним механізмом, на якому засновано це лікування, а скоріше з відчуттям контролю над болем [6].

2. Емоційні чинники. До теперішнього часу накопичено велику кількість даних, що свідчать про істотний вплив емоцій на сприйняття болю. Відомо, що високий рівень тривожності сприяє підвищенню інтенсивності болю. Депресія часто передуює розвитку хронічного болю або розвивається в процесі хронізації болю і є важливим фактором, що сприяє зниженню якості життя. Проте депресія розвивається не у всіх хворих із хронічним болем. Дослідження А. Okifuji і співавт. показали, що проміжною ланкою між болем і депресією є оцінка пацієнтами впливу болю на їхнє життя, а також оцінка власної здатності контролювати біль і своє життя. За даними проведеного дослідження, ті пацієнти, які вважали, що можуть продовжувати функціонувати і зможуть контролювати свій біль, не були схильні до депресії [7]. Дуже часто у пацієнтів із хронічним болем відзначається дратівливість та страх. J.D. Summers і співавт. [8] обстежили пацієнтів з ушкодженнями спинного мозку

і виявили, що дратівливістю і ворожістю пояснюються 33% коливань інтенсивності болю. Фрустрація, пов'язана з наявністю симптомів, обмежена інформація про причину болю і численні невдачі при лікуванні поряд із роздратуванням по відношенню до лікарів, до членів сім'ї і до самих себе – все це призводило до дисфоричного настрою у пацієнтів. Пов'язаний з болем страх і стурбованість тим, як уникнути шкідливого впливу, посилюють симптоми захворювання. Існує взаємозв'язок між емоційним станом і когнітивно-інтерпретаційними процесами, в результаті чого роздуми впливають на настрій, настрої впливає на оцінки і, в кінцевому підсумку, на переживання болю. Ряд досліджень показало, що відсутність рухової активності через страх повторного ушкодження має більшу прогностичну значимість для передбачення функціональних обмежень, ніж біомедичні параметри (тяжкість захворювання, тривалість захворювання, розмір пошкодження).

3. Соціокультурні чинники.

Вікові, гендерні та етнічні стереотипи багато в чому визначають уявлення про біль і реакцію на нього. Було доказано, що діти, чий батьки страждають хронічним болем, частіше демонструють больову поведінку (скарги на біль, пропуск занять і візити до шкільної медсестри) в порівнянні з дітьми, чий батьки страждають на цукровий діабет, і порівняно з дітьми здорових батьків [9].

4. Особливості особистості хворого.

У формуванні та закріпленні больового синдрому, а також больової поведінки важливу роль відіграють особистісні характеристики пацієнта. Виявлена достовірна кореляція між больовим порогом і такими рисами особистості, як інтра- і екстраверсованість і невротизація (невротизм). Екстраверти під час больових відчуттів більш яскраво виражають свої емоції і здатні ігнорувати больовий сенсорний вплив. У той же час невротичні та інтравертовані індивіди «страждають у тиші» і виявляються більш чутливими до больових подразників. За даними Л.М. Собчик і Т.В. Протасенко [14], серед людей, що страждають хронічними болями, переважають (60%) особистості з тривожно-недовірливими і істероїдними рисами. У цих хворих виявляються риси демонстративності, схильність драматизувати ситуацію, перебільшувати значимість проблем. При збільшенні навантажень або виникненні конфлікту у цих хворих спостерігається погіршення самопочуття. Так спрацьовує невідомий механізм психологічного захисту за типом «втечі у хворобу». Меншу частину хворих із хронічним больовим синдромом (30%), за цим са-

мим дослідженням, складають особистості по складу ригідні, паранояльні. У цих осіб недостатня гнучкість у відносинах з оточуючими, конфліктність і разом з тим нерозуміння, витіснення істинних психологічних причин конфлікту, проявляється схильністю до розвитку соматичних розладів, до порушення функцій внутрішніх органів [14].

Особливого значення на теперішній час набувають питання адаптації до хронічного больового синдрому. Нова соціальна ситуація розвитку, яка формується у хворого з хронічним больовим синдромом, може стати джерелом розвитку як психологічно позитивних новоутворень (у вигляді, наприклад, компенсаторних і пристосувальних проявів), так і негативних рис із тенденцією до зубожіння і збіднення всього психічного образу, звуження зв'язків зі світом. Саморегуляція болю та його вплив на поведінку залежать від того, як саме люди справляються з болем, адаптуються до нього і мінімізують стрес, обумовлений болем, – від стратегій психофізіологічної адаптації [10; 11]. Психофізіологічна адаптація передбачає спонтанно вживані цілеспрямовані і навмисні дії; вона оцінюється в термінах зовнішньої і прихованої поведінки. Зовнішні поведінкові стратегії адаптації містять відпочинок, використання технік релаксації або застосування лікарських засобів. До прихованих стратегій психофізіологічної адаптації відносяться різні способи самовідволікання від болю: самонавіювання, пошук інформації і вирішення проблеми. Ряд досліджень показав, що у людей, навчених застосуванню методів психофізіологічної адаптації, сприйняття інтенсивності болю знижується, а переносимість зростає [11]. Найбільш важливим фактором поганої психофізіологічної адаптації є катастрофізація ситуації в поданні хворого, а не відмінності в походженні конкретних стратегій психофізіологічної адаптації [12]. D. Turk і співавтори прийшли до такого висновку: різниця між індивідуумами з низькою переносимістю болю та осіб із високою переносимістю полягає у значних відмінностях когнітивних особливостей. У зв'язку з вищезазначеним логічно постає питання адаптивної та неадаптивної «больової поведінки». Больова поведінка виражається в захисних жестах і позах, спрямованих на уникнення болю (обмеження, сповільненість, уривчастість і скутість рухів, перенесення маси тіла на одну ногу), розтиранні, дотику, підтримці больової області, больових гримасх (зморшки на чолі, стиснення губ, опускання кутів рота, стискання зубів тощо), шумному диханні.

При хронічних болях часто відзначається так звана «неадаптивна больова поведінка»,



що характеризується надмірною залежністю від прийому анальгетиків; малорухливим способом життя (зокрема, проведення більшої частини часу в ліжку); обмеженням соціальних контактів. Рідше зустрічається адаптивна больова поведінка. Больова поведінка залежить від усіх факторів, що розглядаються в моделі формування, та пов'язана з життєвим досвідом і культурними особливостями, що впливають на способи вираження болю. Великий вплив на больову поведінку також має зовнішнє оточення пацієнта. Позитивне підкріплення (заохочення, підтримка) будь-якої форми больової поведінки значущими оточуючими людьми збільшує ймовірність її повторення в майбутньому [1]. Яким саме чином може реалізовуватися процес психологічної адаптації до хронічного захворювання, зокрема до хронічного больового синдрому, та як формується феномен «надконтролю»?

«Надконтроль», як складова особливої патологічної поведінки, виникає в процесі психологічної адаптації до хронічного больового синдрому. Феномен «надконтролю» стосується того, коли хворі, аби продовжувати виконувати свої повсякденні обов'язки, стимулюють та регулюють власну поведінку за рахунок підвищеного самоконтролю, без достатньої гармонії в емоційній сфері. Спроба «бути такими як усі» за допомогою самоконтролю провокує своєрідне життя людини на «холостих обертах» і актуалізує резервні життєві ресурси хворого, що згодом призводить до підвищення рівня емоційної напруженості (фрустрації). Цей феномен розглядається, як вид стратегії не адаптивного регулювання, вид патологічної або передпатологічної поведінки. Неправильно відреаговані або не відреаговані взагалі емоції, почуття – не усвідомлюються, а лише проявляються психологічним дискомфортом, а згодом і відчутними проблемами з боку зміни звичного стану тіла в негативному аспекті (психосоматичні розлади). «Унікаючий» стиль поведінки призводить до високого емоційного контролю, виникає дистрес, який негативно впливає на фізичний стан здоров'я не безпосередньо, а у взаємодії з придушенням негативних емоцій [4; 5]. Передбачається, що основними психологічними особливостями феномену надконтролю є: виражений рівень фрустрації (виникає через наявність «надконтролю»); виражений рівень емоційної чутливості в поєднанні довірливим придушенням емоцій (вираженість емоційного та соціального самоконтролю, самомотивації); емоційна ригідність, знижена емоційна гнучкість; низько виражена здатність продуктивно керувати своїми

емоціями; вираженість соціального самоконтролю в поєднанні зі схильністю до залежності від інших; очікування від інших заперечення своїх внутрішніх позитивних якостей; низьке саморозуміння; зв'язок між самозвинуваченням, аутоагресією та вираженістю самоконтролю.

Розуміння самого феномену хронічного болю, його впливу на особистість людини, процесів, особливостей психологічної адаптації хворих та їх поведінкові прояви є ключовим для пошуку шляхів поліпшення психоемоційного стану хворих із хронічним больовим синдромом, формування у них адекватного ставлення до соматичного страждання, що, як наслідок, призведе до покращення їх стану, якості життя тощо. Також важливо досліджувати психологічні механізми дезадаптивної поведінки у хворих із хронічним больовим синдромом, щоб мати змогу розробити стратегію їх подальшої успішної адаптації до хронічного больового синдрому, рекомендації щодо можливої психотерапії, психокорекції. Тому що на відміну від гострої патології, при якій успішне лікування призводить до повного відновлення стану здоров'я пацієнта, хронічному хворому в силу психосоціальних наслідків його функціональних обмежень (реакція сім'ї, зменшення соціальної сфери активності, зміни в операціональних та енергетичних можливостях здійснення діяльності, збиток професійної працездатності тощо) загрожує перетворення на «неповноцінну» людину, на інваліда. Хвороба може змінити і перспективу людського життя в цілому, у цьому і полягає одна з найбільш драматичних для хворого протиріч нової життєвої ситуації.

Вибірку склали 30 осіб (21 жіночої та 9 чоловічої статі, віком від 20 до 52 років), які страждають хронічним больовим синдромом різного ґенезу від 2 до 5 років. Болі у досліджуваних не надто інтенсивні, більшість працює (інвалідності немає в жодного). Було досліджено емоційну складову (методика «Діагностика емоційного інтелекту, Н. Холла»); самоконтроль («Опитувальник для визначення рівня вираженості самоконтролю в емоційній сфері, діяльності та поведінці» Г.С. Нікіфоров, В.К. Васильєв, С.В. Фірсов); відношення досліджуваних до самих себе («Опитувальник самовідношення» В.В. Столін, С.Р. Пантелеєв); рівень вираженості фрустрації («Експрес-діагностика фрустрації, В.О. Бойко»).

Дослідження показало, що показник шкали «Емоційного інтелекту» відображує низький загальний рівень емоційного інтелекту в даній вибірці. Шкала «Управління власними емоціями», яка описує здатність

людини швидко відходити від емоційних переживань, емоційну неригідність має особливо низькі показники. Шкала «Самомотивація», яка описує як раз довільне керування своїми емоціями, має достатньо високі показники. Досліджувані продемонстрували достатньо високу схильність до самоконтролю, як у міжособистісний проявах, так і у діяльності, і спостерігалася стійка тенденція до фрустрації. Разом із цим, шкали «Аутосимпатії» та «Самоповаги» приймали достатньо високі значення, що означало, що досліджувані в цілому позитивно оцінюють властивості і якості своєї особистості, мають позитивну самооцінку. Однак важливо відзначити, що по шкалі «Саморозуміння» спостерігаються найнижчі показники. Це свідчить про те, що досліджувані, хоч і вірять у свої сили, здібності, енергію, самостійність (шкала «Самоповаги»), проте не надто розуміють себе. Також за шкалою «Очікування позитивного ставлення від інших» спостерігалось значне зниження показників, що може свідчити про те, що від інших людей досліджувані чекають переважно заперечення як їх внутрішніх позитивних якостей, так і їх зовнішності. Також були виявлені значимі кореляції між показниками «Управління своїми емоціями» та «Самомотивацією» і показниками «Самоконтролю». У хворих була дуже низько виражена здатність продуктивно керувати своїми емоціями, яка сприяє емоційному та інтелектуальному зростанню особистості. Цей факт разом із визначеними позитивними кореляціями шкали «Самомотивація» зі шкалою «Соціального самоконтролю» свідчить про наявність у хворих феномену надконтролю. Це підтверджується й виявленою позитивною кореляцією між шкалою «Самокерівництво, самопослідовність» та шкалою «Управління власними емоціями». Тобто, шкала «Управління власними емоціями», яка ґрунтується на здатності людини продуктивно керувати своїми емоціями, щоб сприяти своєму емоційному та інтелектуальному зростанню, пов'язана зі самокерівництвом, самопослідовністю, на відміну від шкали «Самомотивація», яка пов'язана лише із соціальним самоконтролем – здатністю людини контролювати власну поведінку в соціумі (в тому числі і комунікативну, в процесі міжособистісної і міжгрупової взаємодії). Для визначення феномену надконтролю ця кореляція має важливе значення, тому що, як вже було вище зазначено, самокерівництво та самопослідовність з усіх шкал самоконтролю корелює лише зі шкалою емоційного самоконтролю, яка описує схильність людини до самоконтролю власних емоційних станів.

Висновки. В роботі надано аналіз існуючих підходів щодо хронічного больового синдрому та пов'язаних із цим психологічних феноменів. Отже, в ході проведеного дослідження було проаналізовано та статистично доказано структурні характеристики феномену «надконтролю» у хворих із переживанням хронічного больового синдрому. Доведено, що управління власними емоціями хворих із хронічним больовим синдромом відбувається не продуктивно, не через процес їх переживання, а лише завдяки самоконтролю, який ґрунтується на самозвинуваченні. У сфері самоконтролю не виявлено жодної значимої кореляції з фрустрацією. Однак було виявлено достатньо значимі зворотні кореляції між показниками «Управління своїми емоціями» та «Самомотивацією» і показником фрустрації. З огляду на підвищену емоційну чутливість у хворих із хронічним больовим синдромом можна припустити, що не завжди самоконтроль особистості знижує фрустрацію. Виявлені у даному дослідженні значимі кореляції доводять, що виокремлені окремі характеристики надконтролю дійсно пов'язані з ним і потребують подальшого дослідження на значно більшій вибірці. Це є позитивним індикатором і говорить, що хоча феномен надконтролю у даній вибірці виявлений слабо, проте значимі кореляції все одно присутні, а незначимість інших результатів може бути інтерпретована, як їх відсутність.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Харди Р.И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными / Р.И. Харди // Budapest: AKADEMIAI KIAD6, 1974. – С. 25–39, 62–81.
2. Урванцев Л.П. Психология соматического больного / Л.П. Урванцев // Ярославль, 2000. – 34 с. – С. 19–60.
3. Гарбер Е.И. Психология боли и обезболивания (Сообщение второе) / Е.И. Гарбер // Вопросы практической психологии. – В. 11. – Саратов, 1998. – С. 87–89.
4. Mizener D. Cognitive changes of migraineurs receiving biofeedback training / D. Mizener, M. Thoma, R. Billings // Headache, 1988. – Vol. 28. – P. 339–343.
5. D. Spiegel Pain in metastatic breast cancer / D. Spiegel, J.R. Bloom // Cancer. 1983. – Vol. 52. – P. 341–345.
6. Williams D.A. An empirical assessment of pain beliefs / D.A. Williams, B.E. Thorn // Pain. 1989. – Vol. 36. – P. 251–258.
7. Okifuji A. Evaluation of relationship between depression and fibromyalgia syndrome: Why aren't all patients depressed? / A. Okifuji, D.C. Turk, J.J. Sherman // Journal of Rheumatology, 2000. – Vol. 27. – P. 212–219.
8. Psychological factors in chronic spinal cord injury pain / J.D. Summers, M.A. Rapoff, G. Varghese et al. // Pain, 1992. – Vol. 47. – P. 183–189.



9. Richard K. The occurrence of maladaptive health-related behaviors and teacher-related conduct problems in children of chronic low back pain patients / K. Richard // *Journal of Behavioral Medicine*, 1988. – Vol. 11. – P. 107–116.

10. Любан–Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан–Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб., 2000. – 287 с.

11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей / А.Б. Смулевич. – СПб., 2001. – 256 с.

12. Шухов В.С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В.С. Шухов // *РМЖ*, 2004. – Т. 12, № 7. – С. 3–11.

13. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272 с.

14. Протасенко Т.В. Индивидуально-личностные особенности больных с хроническим болевым синдромом / Т.В. Протасенко, Л.Н. Собчик // *Российский психиатрический журнал*. – 2003. – № 5. – С. 18–21.