

УДК 151.159.9: 61

ДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БОЛЮ

Тетяна Гурська

*Львівський національний університет імені Івана Франка,
вул. Університетська, 1, м. Львів, 79000, Україна, k_filos@franko.lviv.ua*

Розглянуто теоретичні підходи до проблеми розуміння болю в їх історичному розвитку (З. Фройд, С. Діонесов, Р. Мелзак, А. Вейн). Подано новітні класифікації основних видів болю, методи їх дослідження в клініці та результати сучасних експериментально-психологічних досліджень больового синдрому. Здійснена спроба аналізу болю як психологічного феномена психосоматичного генезу при неврологічних розладах. Стаття присвячена дослідженню психологічних особливостей переживання больового синдрому хворими із розладами периферійної нервової системи.

Ключові слова: біль, больовий синдром, концептуальна поліфакторна модель компонентів больового синдрому, алекситимія.

Проблема болю залишається фундаментальним питанням медицини та психології. Історія розвитку медицини пов'язана із пошуком засобів та методів, що дозволяли б або повністю ліквідувати біль, або хоча б зменшити його інтенсивність. Специфічність клінічної картини при больовому синдромі створюється за рахунок преморбідних особливостей особистості, її схильності до певних типів реагування, певної ієрархії клінічних симптомів і впливу на клінічну симптоматику мікро-соціальних і культурних феноменів. Розуміння сутності поняття “біль” є фундаментом для пошуку більш ефективних шляхів його подолання.

Згідно з визначенням, наведеним у Великій медичній енциклопедії, біль слід розуміти як інтегративну функцію організму, що містить такі компоненти, як свідомість, відчуття, емоції, пам'ять, мотивації і поведінкові реакції. Н. Анохін визначає біль як “...своєрідний психічний стан людини, що детермінується сукупністю фізіологічних проце-

сів центральної нервової системи, викликаних певними надсильними чи руйнівними подразненнями.”⁵

З наведених визначень стає зрозуміло, що біль як особливий феномен не є характеристикою лише фізичного функціонування організму, але і відображає його діяльність як індивіда, що визначається ще й такими додатковими факторами, як вік, ступінь адаптивності, урбанізація оточуючого мікро- і макросоціуму [8, с. 79].

З. Фройд у межах власної метапсихологічної концепції болю розглядає біль як ключ до усвідомлення людиною свого тіла, що допомагає отримати просторове уявлення (“репрезентативне знання”) про частини власного тіла. В метафоричному сенсі скорбота та переживання втрат набувають, за З. Фройдом, особливого значення у розумінні болю. Фізичний біль породжує сильний нарцисичний катексис, що стає причиною концентрації енергії в психічній репрезентації певної частини тіла (трансформація нарцисичного катексису в об’єктивний) [18, с. 237].

Незважаючи на існування різноманітних трактувань поняття “біль”, загальновизнаним сьогодні є визначення болю, дане Міжнародною асоціацією з вивчення болю: *“Біль – це неприємне відчуття і емоційне переживання, яке виникає у зв’язку з реальною чи потенційною загрозою ушкодження тканин, чи описане у термінах такого ушкодження.”* [13, с. 37]. У сучасних експериментальних і клінічних спостереженнях в галузі експериментального і клінічного болю під ним розуміють сенсорний прояв фізіологічної реакції, необхідний для захисту організму, а також емоційний компонент страждання, викликаний хворобою чи ушкодженням.

Важливим проявом болю є поведінкова реакція організму. Сенсорний чи аферентний компонент болю досягає мозкових центрів, його продовженням є еферентний, низхідний компонент. Разом вони формують рефлекторну дугу, яка є матеріальним субстратом больового рефлексу. Еферентний компонент починається з психічної реакції на біль і проявів больової стійкості. Його важливою частиною є рухові та вегетативні рефлекси. Еферентна реакція на біль є найбільш достовірною і містить три типи поведінки: уникання, захист та психоемоційний вираз – страждання [17, с. 30].

Відчуття болю, його аналіз, емоційне забарвлення, побудова стратегії поведінки пов’язані з церебральними системами стовбуру мо-

⁵ Анохин Н.К., Орлов И.В. Боль // БМЭ. – М.: Наука, 1976. – Т.3. – С.375.

зку, таламусу, лімбічно-ретикулярного комплексу і кори великих півкуль. Ці структури є механізмами інтеграції болю.

Теорія “воротного контролю” (R. Melzack, 1965) – одна з найбільш продуктивних концепцій механізмів болю. Основне положення теорії полягає у тому, що імпульси, які проходять тонкими периферійними волокнами, відкривають “ворота” у нервову систему, щоб досягти її центральних відділів. Закрити “ворота” можуть імпульси, що проходять товстими (“тактильними”) волокнами, чи імпульси з вищих відділів нервової системи. Тобто біль, що виникає у глибоких тканинах (м’язи, суглоби), зменшується за рахунок контрподразнення, наприклад механічного розтирання поверхні шкіри [5, с. 87].

Різноманітність проявів болю стає більш зрозумілою при врахуванні того, що больовий синдром розвивається не лише внаслідок суб’єктивних особливостей будови та функціонування окремих систем (нервової, психічної, ендокринної, судинної), але і в результаті часткової участі цих систем у загальному патологічному процесі [1, с. 26]. Характер, природа патологічного процесу, ступінь залучення больових рецепторів визначають інтенсивність і особливості больових відчуттів. Тому у різних індивідів при однаковому патологічному процесі больові характеристики мають значні індивідуальні відмінності.

Враховуючи вище сказане, найбільш важливим питанням для теорії і практики болю є визначення його місця і ролі у клініці захворювання (біль як синдром чи як хвороба?). Перше положення достатньо добре вивчене. Симптом і синдром болю досліджені в клініці різних хвороб і травм, у результаті чого виокремлено *три основних форми болю*:

а) фазний біль, що характеризується нетривалістю і знаходиться у прямій залежності від руйнуючого фактора;

б) гострий біль, що містить дві складові: фазний біль і тонічну стадію (реакцію), яка може тривати в залежності від часу загоєння; поведінкові реакції виражаються страхом, тривогою;

в) хронічний біль, що залежно від тривалості загоєння є найбільш руйнівним через потенційну загрозу нормальному психологічному і соціальному існуванню індивіда; характерні прояви тривоги, депресії, пригніченості, що погіршує соматичну патологію

Гострий біль може вийти з-під контролю вищих когнітивних центрів і у результаті цього перейти у хронічний. Варто зауважити, що хронічний біль виступає і як психотравмуючий, і як соматотравмуючий фактор, що призводить до різних варіантів психічних порушень [20, с. 1265].

Ряд дослідників (К. Casey, D. Price, Р. Мелзак) розглядають хронічний біль як вияв адаптації, оскільки у хронічних хворих, які страждають від постійного болю, відбувається звикання до нього, і, як наслідок, виробляється посилений самоконтроль. Згідно цього погляду, больове відчуття є стимулом для різноманітних захисних реакцій, спрямованих на подолання зовнішніх чи внутрішніх подразників, що зумовили виникнення цього відчуття [11, с.41–43].

Приймаючи даний погляд за основу класифікації, біль можна розглядати також за ступенем патогенності для організму, визначаючи *фізіологічний* (фазний, гострий) біль, що детермінується ступенем загрози захворювання для існування та життєдіяльності організму (біль як символ вітальної загрози), та *патологічний* (хронічний) біль як результат патологічного порушення периферійних чи центральних систем поведінки і контролю больової чутливості, що спричиняє дезінтеграцію різноманітних адаптаційних процесів [8, с. 174].

Больові імпульси, досягаючи мозкових центрів, сприймаються ідентично з іншими формами інформації: сенсорні імпульси віддалених нервових закінчень інтегруються зі спогадами, очікуваннями, емоціями і думками, що забезпечує цілісність сприймання болю (Мелзак Р., 1979). Тому важлива не лише наявність відчуття болю, але й кількісна оцінка цього відчуття, що виникає у свідомості людини і є наслідком інтегративної діяльності кори головного мозку (ЦНС не лише сприймає больове відчуття, але і формує це відчуття).

Дослідники проблем болю найчастіше описують даний процес з точки зору класичної тріади порушень: поведінка, емоційна сфера і когнітивні процеси. Уявлення про біль як про простий сигнал тривоги, який виникає у мозку характерне для дослідників кінця XIX – початку XX ст. Сучасна точка зору – значно складніша. На сьогодні створена *концептуальна поліфакторна модель компонентів больового синдрому*, що розглядає біль як послідовну генералізацію негативно окресленого процесу з постійно зростаючим числом складових:

- 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, що регулюється всіма складовими);

Проте в усвідомленні людиною інтенсивності болю більше значення, ніж ступінь фізичного ушкодження, мають *емоційні аспекти травми*. Отже, цілісне сприймання болю залежить від емоційного стану і мислинневого процесу, узгоджених із больовими сигналами. Сенсорне сприймання болю – фізіологічний процес, тоді як емоційне відчуття болю значно залежить від властивостей особистості [15, с. 79].

У структурі відчуття болю у людини важливим компонентом є почуття страху перед ним. Чеські дослідники Л. Зауербух і Г. Векне вважають, що переживання болю часто викликає неясні страхи та неспокій і за механізмом зворотного зв'язку посилює цей біль. З іншого боку, фізичні симптоми, які супроводжують страхи і тривогу (сильне підвищення м'язового тону, м'язові спазми) також можуть викликати біль.

Особливе місце серед досліджень больових відчуттів при різних видах патології займає проблема взаємозв'язку хронічного болю і депресії. Згідно з останніми дослідженнями (А.Вейн, 1999), 50% депресивних хворих у страждають на хронічний біль [9, с. 6].

Про взаємозв'язок болю і депресії свідчить і той факт, що в умовах хронізації хвороби і розвитку депресії, яка зумовлена сумою фізичного, психологічного і соціального стресу, відзначається виражена тенденція до зниження больової резистентності.

Проведені дослідження (J. Buran, J. Novak, 1981) показали, що хронічний біль супроводжується підвищеною емоційною лабільністю, іпохондричними і депресивними станами. За даними останніх досліджень українських вчених (Ю. Ліманський, 2001, А. Гнезділов, 2002), інтерпретація людиною больового відчуття, її емоційна реакція і поведінка можуть не корелювати з важкістю ушкодження.

І. Харді (1983) запропонувала узагальнити всі явища, пов'язані з болем: 1) відчуття болю; 2) подальші психічні фактори (страхи, переживання, які посилюють дію болю, депресії тощо): значення переорієнтації уваги хворого з неприємних відчуттів через створення позитивного емоційного фону та важливість наявних когніцій, минулого досвіду; 3) соціокультурні взаємозв'язки (наслідування суспільних моделей).

Оскільки біль – це феномен, що визначається функціональними, психологічними і соціальними аспектами, особливе місце у його вивченні займають експертиза та клінічне спостереження. При цьому, якщо основною метою експертизи є верифікація віх складників прояву болю, то клінічне спостереження здійснюється за допомогою пластичних нетравматичних для пацієнта тестів, спрямованих на оцінку емоційних, когнітивних та поведінкових сторін болю. У будь-якому випадку висновок базується на суб'єктивних оцінках опосередкованих ознак та на різноманітних корелятах, змодельованих філогенетичним віком, попередніми захворюваннями тощо [1, с. 73–74].

Найпростіший метод дослідження болю, що трактує його лише з позицій інтенсивності, – це вибір пацієнтом одного з трьох визначень:

слабкий, помірний, сильний. Інший метод дослідження болю пропонує пацієнтові вибрати одну з п'яти градацій – від 0 до 5 (0 – немає болю, 5 – нестерпний біль). Шкали категорій інтенсивності можуть бути побудовані і за принципом доповнення. У цьому випадку перші дескриптори пропонує лікар або психолог (0 – не відчувається, 1 – легке відчуття, 2 – відчуття середньої сили, 3 – виражене відчуття, але не біль, 4 – ледь відчутний біль, 5 – легкий біль, 6 – помірний біль, 7 – сильний біль), а останні дескриптори (8, 9, 10-ий) залишаються вільними, дозволяючи пацієнту доповнити шкалу власними визначеннями.

Проте шкали категорій інтенсивності не завжди дають необхідну інформацію, оскільки вирази, що описують максимально допустимий біль, залишаються відірваними від реального життя пацієнтів у зв'язку з тим, що вони не уявляють меж допустимого. Отже, найбільш значущі результати складання шкал категорій інтенсивності і визначення діагностичної важливості окремих дескрипторів у описі больового синдрому можуть бути отримані в результаті попереднього тестування хворих на вибір і ранговий розподіл окремих виразів болю.

Більш надійний метод попереднього і основного тестування, що корелює з різними ступенями категорій інтенсивності, є *шкала візуальних аналогів* (ШВА), вертикальна чи горизонтальна лінія довжиною 10 см, на якій пацієнт відзначає рівень інтенсивності свого болю. Вказаний тест успішно використовують з діагностичною метою.

Один із найпоширеніших опитувальників серед *шкал вербальних аналогів* складається з переліку вербальних дескрипторів, поділених на три групи, в кожній з яких по 13 виразів, розміщених в ранговому порядку. До першої групи підібрані вирази, що описують сенсорну інтенсивність, до другої – афективну забарвленість, до третьої – загальну інтенсивність усього негативного переживання.

У 1971р. Р. Мелзак і В. Торгерсон запропонували для вимірювання больових відчуттів у пацієнтів використовувати вербальні характеристики сенсорних, афективних і моторно-мотиваційних компонентів болю, ранжованих за п'ятьма категоріями інтенсивності (слабкий, неприємний, дратівний, жахливий, нестерпний) та створили спеціальний тест, "Мак-Гіловський опитувальник болю". Тест містить 102 дескриптори, розподілених за трьома основними групами: перша група асоціюється з характером відчуттів, друга – з інтенсивністю, третя – з

тривалістю болю. На сьогодні вказана методика – найбільш надійний та валідний тест для виміру больових відчуттів.

Попередній досвід вивчення больового синдрому та больових відчуттів демонструє, що дослідження болю має передбачати не лише констатацію і верифікацію факту його наявності, але і розгляд прогностичних можливостей впливу емоційних і поведінкових компонентів больової реакції на подальший розвиток загальної соматичної патології та загального психічного стану [17, с. 31].

Враховуючи те, що повноцінна програма вивчення болю складається з дослідження емоційних, мотиваційних і ситуативних факторів, сукупність яких може оцінюватись як *загальне емоційне переживання болю*, проведене нами дослідження хворих із розладами діяльності периферійної нервової системи виявляє суб'єктивні особливості особистості та її емоційного реагування на больові відчуття.

Стаття присвячена вивченню психологічних аспектів больових відчуттів, що має істотне значення для розуміння причин виникнення та існування соматичного болю як психологічного феномена та ефективного розв'язання проблеми знеболювання.

У даній статті представлені результати дослідження 48 осіб із розладами периферійної нервової системи. Основні методи – анкетування та тестування. Причиною больових відчуттів у всіх хворих були різні, об'єктивно верифіковані захворювання периферійної нервової системи. Діагноз основних захворювань (неврити, радикуліти, остеохондроз) встановлений кваліфікованими спеціалістами відповідного профілю – невропатологами і нейрохірургами. У всіх хворих з досліджуваної нами групи біль був основною скаргою і зумовив їх госпіталізацію.

Для дослідження психологічних особливостей больових відчуттів були використані такі методики: “Мак-Гіловський больовий опитувальник” (McGill Pain Questionnaire – MPQ), Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона, Торонтська алекситимічна шкала (адаптація Інституту ім. В.М. Бехтерева), Опитувальник оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруження і комфортності (Н. Курганський, Т. Немчин), Візуальна аналогова шкала болю та Вербальна рангова шкала оцінки больових відчуттів.

Гіпотези дослідження полягають у тому, що: 1) можна припустити існування взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою інтенсивності болю та рівнем алекситимічності, а саме: при високому рівні алекситимічності інтенсивність больових відчуттів зростатиме; 2) імовірно, що хворі з високим рівнем інтенсивності болю володіють високим рівнем суб'єктивного відчуття самотності.

У процесі кореляційного аналізу було встановлено, що рівень алекситимічності особистості хворого обернено пропорційно корелює з інтересом до оточення. За результатами дослідження, 16 з 48 досліджуваних (33,4%) пацієнтів володіють високим рівнем алекситимічності (рис.1), а, отже, стосунки з оточуючими вважають формальними, поверхневими і не виявляють до них належного інтересу.

Для пояснення цього зв'язку можемо використати припущення В. Бройтігама про важливість товариських відносин для алекситимічних пацієнтів.

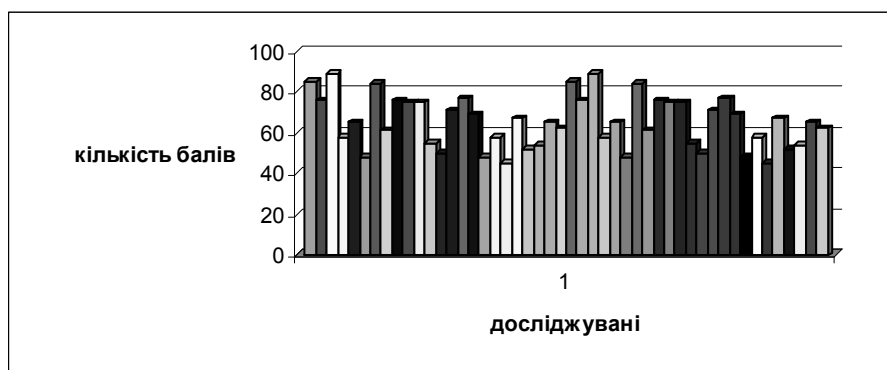


Рис.1. Діаграма результатів за шкалою “Рівень алекситимії” у загальній групі досліджуваних

тимічних пацієнтів, що доходить до тотальної ідентифікації з об'єктом: такий хворий існує завдяки наявності іншої людини, він не здатний вербально виражати почуття, тому залишається на рівні конкретного, “предметного” використання об'єктів, і його зв'язки з цією людиною характеризуються своєрідною “пустотою стосунків”.

За результатами дослідження 16 пацієнтів (33%) з досліджуваної групи позначили свої больові відчуття на шкалі вище 50 одиниць і описали свій біль як “сильний”, “дуже сильний” чи “нестерпний”. На основі цього ми об'єднали хворих в першу підгрупу з високим рівнем болю. Інша частина загальної групи (32 особи) становить другу підгрупу – з низьким та середнім рівнем болю.

Згідно з рис.2, при високій інтенсивності болю рівень алекситимії є нижчим, ніж при низькій інтенсивності болю, проте обидві групи пацієнтів загалом володіють низьким та середнім рівнем алекситимії (при високому рівні 70 балів). Разом з тим, виходячи з даних діаграми, рівень алекситимії у хворих з високою інтенсивністю болю є вищим та наближається до високого.

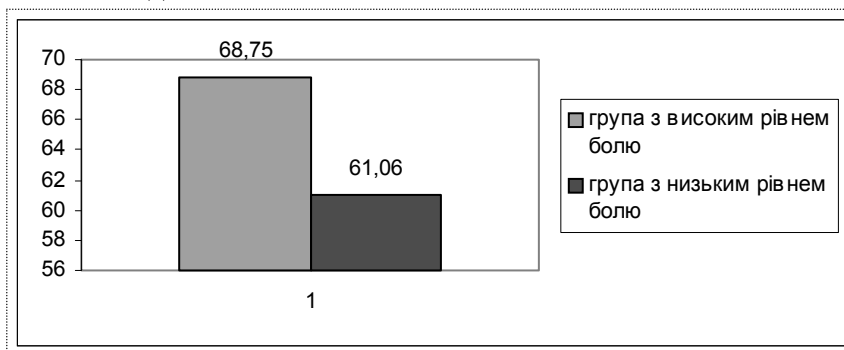


Рис. 2. Діаграма порівняння груп з високим і низьким рівнем болю за шкалою “Рівень алекситимії”

Отримані результати за шкалою “Рівень алекситимії” спростовують поставлену нами на початку дослідження гіпотезу, згідно з якою при високому рівні алекситимії ми припускали високу інтенсивність больових відчуттів у хворих (згідно з існуванням психосоматичних взаємозв’язків). Особливість Торонтської алекситимічної шкали (адаптація Інституту ім. В.М. Бехтерева) – завдання для пацієнта вербально описати свій стан, що при вираженому рівні алекситимії зробити неможливо, оскільки емоційні риси пацієнтів з вираженим рівнем алекситимії ізолювані від соматичних симптомів. На нашу думку, саме високий рівень алекситимії є однією з причин високої інтенсивності болю.

Також можливо припустити, що між рівнем алекситимії та інтенсивністю болю відсутні власне прямі кореляційні взаємозв’язки, але наявні приховані. На встановлення цих прихованих взаємозв’язків за допомогою факторного аналізу, а також на створення проективної методики вивчення алекситимічності буде спрямоване наше наступне дослідження.

Важливим для розуміння психологічних особливостей больового синдрому є встановлений прямопропорційний кореляційний зв'язок між значеннями візуальної аналогової шкали (суб'єктивна оцінка інтенсивності больових відчуттів) та рівнем емоційного напруження: при високій суб'єктивній оцінці болю хворі досліджуваної нами групи володіють високим рівнем емоційного напруження.

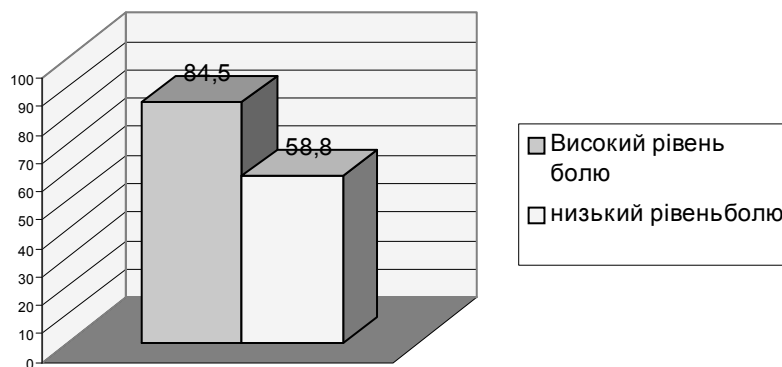


Рис. 3. Діаграма за шкалою “Суб’єктивне почуття самотності” для груп хворих з високою і низькою інтенсивністю болю

Як показує рис.3, для групи досліджуваних з високою інтенсивністю больових відчуттів характерний високий рівень показника суб’єктивного почуття самотності (84,5%). При низькому рівні болю рівень суб’єктивного почуття самотності значно нижчий (58,8%).

Суб’єктивне відчуття самотності можна розглядати як прояв дезадаптації, а також як додатковий аспект страждань. Оскільки за даними останніх досліджень (Л.І. Вассерман та ін.) при психосоматичній патології у більш ніж 70% випадках у хворих були відсутні виражені прояви дезадаптації у зв’язку із захворюванням, можна припустити, що больовий синдром при розладах вегетативної нервової системи не психосоматичної природи, а тому більшу увагу при дослідженні больового синдрому для даної групи розладів слід звертати на сенсорні та емоційні компоненти болю. На нашу думку, при клінічному аналізі больового синдрому необхідно більше приділяти уваги взаємовідношенню “особистість і біль”, тобто болю як особистісної події. Для цього необхідно

вміти розрізняти біль як реакцію і функцію організму та страждання як стан (і діяльність) особистості.

Застосувавши для обробки даних Т-критерій Стьюдента ми встановили між групами хворих з високим і низьким рівнем болю значиму статистичну різницю (при $p \leq 0,005$) за показниками *афективної та сенсорної шкал* Мак-Гілловського больового опитувальника. Отже, при переживанні інтенсивного болю (соматоформного генезу) при розладах периферійної нервової системи хворі більш схильні до опису власного болю на емоційному (афективна шкала) та сенсорному рівнях (тілесні відчуття), а тому характеризуються менш вираженим рівнем алекситимії.

Отже, результати дослідження підтвердили поставлену нами на початку дослідження гіпотезу 2, за якою хворі з високим рівнем інтенсивності болю володіють високим рівнем суб'єктивного відчуття самотності, що також підтверджує дані наукової літератури, та спростували гіпотезу 1, за якою припускалось існування взаємозв'язку між суб'єктивною оцінкою інтенсивності болю та рівнем алекситимічності, а саме: при високому рівні алекситимічності інтенсивність больових відчуттів зростатиме. Це, на нашу думку, пояснюється специфікою досліджуваної нами групи неврологічних розладів.

У результаті проведеного дослідження розроблене коло проблем, які потребують подальшого вивчення та дослідження. Оскільки в результаті використання "Опитувальника оцінки психічної активації, інтересу, емоційного тону, напруження і комфортності" встановлені такі соматичні критерії, які відповідають відчуттям при високій інтенсивності болю (високий емоційний тонус, знижені інтерес та комфортність, високий рівень напруження), при проведенні психологічного аналізу больового синдрому у наступних дослідженнях необхідно порівняти об'єктивне і суб'єктивне у сприйнятті та переживанні хворим болю із врахуванням преморбідних особливостей особистості хворого.

1. Актуальные вопросы клиники и лечения нейрогенных болевых синдромов: Материалы 2-ого Междунар. науч. семинара. – Самара.: Б.в, 1989. – 125с.
2. *Анохин Н.К., Орлов И.В.* Боль // БМЭ. – изд. 3-е. – М.: Знание. – Т.3. – С. 869–891.
3. Боль: механизмы формирования и исследования в клинике // Медицина и здравоохранение. – Вып. 1. – 1990 – С. 32–33.
4. *Бройтигам В., Кристиан П.* Психосоматическая медицина. – М.: Генезис, 1999. – 267 с.
5. *Вейн А.М.* Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: Когито-Центр, 1999. – 256 с.
6. *Вейн А.М., Авруцкий М.Я.* Боль и обезболивание. – М.: Медицина, 1997. – 273 с.
7. *Дурина Р.А.* Разработка опросника для регистрации болевых ощущений // Анестезиология и реаниматология. – 1983. – №5. – С. 44–48.
8. *Евсеев В.А.* Иммунологические аспекты патологической боли // Вестник Рос. Академии Медицинских Наук. – 2003. – № 6. – С.26–29
9. *Кассиль Т.Н.* Наука о боли. 2-е издание. – М.: Наука, 1975. – 328 с.
10. *Кечур Р.В.* Соматоформні больові розлади. Автореф. дисерт. – К.: Б.в, 1999. – 18с.
11. *Кершот Я.* Хроническая боль // Биологическая терапия. – 1999. – № 1. – С. 40–43.
12. Клиническая психология. 2-е международное издание / Под ред. Перре М., Бауманна У. – СПб.: Питер, 2002. – 2056 с.
13. *Кургинев В.А.* Методологические подходы к аспектам болевых и вегетативных синдромов // Седьмой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. – М.: Б.в, 1988. – Т.1. – С. 85–87.
14. *Лиманский Ю.П.* Проблема боли в современной медицине // Журнал практичного лікаря. – 2001. – № 2. – С. 37–39.
15. *Лиманский Ю.П.* Информационная теория боли // Міжнародна науково-практична конференція “Інформаційно-хвильова терапія”. – 1999. – С. 45–49.
16. *Мезлак Р.* Загадка боли. – М.: Медицина, 1981. – 184 с.
17. *Панченко Е.Н* Способ объективации боли // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1990. – т.90. – Вып. 4. – С. 25-27.

18. Романенко И.В. Психологические аспекты боли и психовегетативные расстройства при болевых миофасциальных синдромах // Біль, знеболювання та інтенсивна терапія. – 1998. – №4. – С. 28–31.
19. Фрейд З. Собрание сочинений. – М.: Фолио, 2001. – Т.2. – 467 с.
20. 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.
21. Champan C.R. New directions in the understanding and management of pain // Soc.Sci.Med. – 1994. – V.19 – № 12. – P. 1261–1277.
22. Price D.D. Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain // Anesthesiology. – 1988. – V.68. – № 4. – P. 571–590.

ON THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF PAIN

Tatiana Hoors'ka

*Ivan Franko National University of L'viv, Universytets'ka Str. 1,
L'viv, 79000, Ukraine, k_filos@franko.lviv.ua*

The theoretical approaches to the problem of understanding of pain, in their historical genesis (Z. Freud, S. Dionesov, R. Mezlak, A. Vaynare) considered. The examples of modern classification of the principal types of pain are given along with the clinical investigative methods, and the results of modern experimental-psychological research in the pain syndrome are given. Pain is analysed as a psychological phenomenon of psychosomatic genesis in certain groups of neurological disorders. This article is dedicated to the research of psychological aspects of patients suffering from disorders of the peripheral nervous system, who endure the pain syndrome.

Key words: Pain, pain syndrome, the polifactor model of pain components, alexitimia pain.

Стаття надійшла до редколегії 11.04.2005

Прийнята до друку 30.01.2006