
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БОЛОВОГО СИНДРОМУ

Фітькало О. С.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-466-5-9>

ВСТУП

Сьогодні прерогативою сучасного суспільства є право жити без болю, що офіційно задекларовано хартією Європейського парламенту. У США наука про біль (альгологія) визнана самостійною медичною спеціальністю з проведенням сертифікації лікарів через американські асоціації з болю. Крім того існує низка фахових журналів, які повністю присвячені висвітленню проблем болю.

Ступінь наявності болю в кожній особі – різний і залежить цілковито від нього самого. Однак основним мірилом та оцінювачем болю все-таки є те суспільство і епоха, в яких живе індивідуум.

Біль, який створений самою природою в результаті еволюційного розвитку живих істот, тривалий час у народі вважався «шостим чуттям», схожим на зір, смак, слух, відчуття дотику й нюху. Оскільки біль має афективний та сенсорний компонент і є суб'єктивним відчуттям, його важко оцінити кількісно. Для досягнення успіху «керувати болем» (Manage Pain) необхідно впливати не лише на фізіологічні процеси, які, безумовно, є дуже важливими, але й на когнітивні, емоційні та поведінкові порушення. Всі проблеми, пов'язані з відчуттям болю, є актуальними і потребують певних уточнень

Тому метою є розширення поняття болю у пацієнтів з психічними розладами, його патогенез, методи діагностики та лікування усунення болю шляхом аналізу сучасних літературних джерел та власними спостереженнями і дослідженнями.

1. Поняття болю

Згідно з визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP) за даними 2020 року, «біль» – це неприємне сенсорне і емоційне переживання, пов'язане, або таке, що здається пов'язаним, із дійсним або

потенційним пошкодженням тканин»¹. Крейг К. Д., Маккензі Н. Є. (2021)² запропонували враховувати когнітивні і соціальні компоненти досвіду та їх важливість у лікуванні болю. Автори у своїй теоретичній моделі переживання болю пропонують звертати увагу на значну роль соціальних та когнітивних факторів. Зосередження на сенсорних і емоційних особливостях увічнює біомедичні втручання та дослідження, тимчасом як визнання когнітивних і соціальних особливостей підтримує багатовимірну модель болю, розширює можливості міждисциплінарної допомоги і надає переваги когнітивній поведінковій терапії та самоконтролю з боку пацієнта. Біль безпосередньо впливає на свідомість, емоції, пам'ять, соматичні, вегетативні і поведінкові реакції. Тільки за участі свідомості і психіки людина може оцінити больові відчуття, які виникають. З медичної точки зору, біль, особливо хронічний, може стати прогностичним чинником соматичних хвороб, може пригнічувати імунітет, прискорювати ріст пухлин³.

Неоднозначне тлумачення болю без чіткого визнання його основних компонентів у формуванні відчуття болю втрачає важливі аспекти розуміння виникнення характеристик болю і надалі обмежує можливості його лікування.

2. Епідеміологія болю

Під час аналізу даних, представлених науковцями 188 країн світу, виявлено, що больові синдроми посідають одне з перших місць у структурі хвороб, які призводять до значного погіршення психічного здоров'я та якості життя^{4 5 6}. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, проведеними в країнах Європи, США та Англії, від болю страждає від 7 до 64% населення, проте хронічні больові синдроми трапляються до

¹ Raja S. N., Carr D. B., Cohen M., et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020. Vol. 161, No 9. P. 1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Переглянуте визначення болю, надане Міжнародною асоціацією з вивчення болю: концепції, проблеми та компроміси.

² Craig K. D., MacKenzie N. E. What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric and Neonatal Pain*. 2021. Vol. 3, No 3. P. 106–118.

³ Tauben D. (2022) Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. Multimodal pain therapy: principles and indications.

⁴ Kapfhammer H. P., Entwicklung der Konzepte von Hysterie, Konversion und Somatisierung und hin zu den somatoformen Störungen. *Kapfhammer H. P., Gündel H. Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart : Thieme, 2001. S. 4–18.

⁵ Rosenberger D. C., Blechschmidt V., Timmerman H., Wolff A., Treede R.-D. Challenges of neuropathic pain: focus on diabetic neuropathy. *Journal of Neural Transmission*. 2020. Vol. 127, No. 4. P. 589–624. doi: 10.1007/s00702-020-02145-7.

⁶ Цимбалюк В. І., Третяк І. Б., Сапон Н. А., Кричун С. Б., Приходько В. І. Дослідження проблем болю в літературі СНГ. *Український нейрохірургічний журнал*. 2005. № 4. С. 4–10.

45%⁷. Епідеміологія хронічного болю різна серед пацієнтів первинної ланки охорони здоров'я та респондентів спеціалізованих клінік, що пов'язано з методами вимірювання болю, масштабом дослідження та рандомізацією вибірки⁸. Найчастіше пацієнти скаржаться на головний біль та біль спини. За літературними даними 1,7–4% дорослого населення світу страждає від головного болю, який триває 15 або більше днів щомісяця і понад 30% із них в анамнезі мають мігрень^{9 10}. У США мігрень за рік діагностовано у 18% у жінок, 6% у чоловіків. Приблизно третина населення (28,4%) у віці 20–69 років страждає на періодичні болі в спині, а 84% переживає такий же біль хоча би раз протягом життя.

У більшості людей симптоми болю мають відносно доброякісний характер. Однак трапляються випадки, коли біль може бути єдиним симптомом серйозного захворювання. Так, серед пацієнтів, що відчують біль у спині, протягом місяця в 4–5% діагностують грижі міжхребцевого диска, спинальний стеноз виявляють в 4–5% осіб, захворювання вісцеральних органів (нирок, гінекологічної сфери) – в 1%, рідше – онкологічні та інфекційні захворювання¹¹.

3. Історичні трактування болю

Біль – ознака, притаманна всьому живому і описана в давнину. Слово «біль» – в англійській Pain, походить від «Роена» – римського способу покарання. У середньоанглійській мові – поширеній у вигляді діалекту в середньовічній Англії, слово «reine» означає покарання, катування, біль, що походить від старовинного французького слова «реуп».

Питання боротьби людини з болем своїми коренями сягає в глибину століть. Про це свідчать усні перекази старовини, древні міфи, висічені на камені та записані на старовинному пергаменті, художні твори всіх часів і народів. У деяких стародавніх культурах біль застосовували як ритуал, де людині навмисно завдавали болю, щоб заспокоїти розлючених богів і це сприймалось як форма покарання, завдана людям

⁷ Zhang B., Jung M., Tu Y., et al. Identifying brain regions associated with the neuropathology of chronic low back pain: a resting-state amplitude of low-frequency fluctuation study. *British Journal of Anaesthesia*. 2019. Vol. 123, No 2. P. e303–e311.

⁸ Treede R. D., Rief W., Barke A., et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *Pain*. 2019. Vol. 160, No 1. P. 19–27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.

⁹ Чабан О. С., Хаустова О. О. Терапія хронічного алогічного синдрому у пацієнтів з несприятливими депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією. *Український вісник психоневрології*. 2010. Вип. 1, т. 18. С. 67–72.

¹⁰ Негрич Т., Боженко Н., Боженко М. Вплив інтенсивності та нейропатичного компонента болю на якість життя хворих на розсіяний склероз. *Запорозький медичний журнал*. 2021. № 5, т. 23. С. 628–635.

¹¹ Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2019. Вип. 2, т. 27. С. 33–37.

богами чи демонами. У стародавньому Китаї вважалося, що біль виникає через дисбаланс між двома взаємодоповнювальними силами життя «Інь» – негативною пасивною силою та «Янь» – позитивною активною силою. Давньогрецький лікар Гіппократ вважав, що біль пов'язаний із занадто великою або занадто малою кількістю однієї із чотирьох рідин (кров, мокротиння, жовта або чорна жовч). Авіценна схилявся до думки, що біль – це відчуття, яке виникає внаслідок зміни фізичного стану тіла^{12 13}. Отже, вчення про біль має таку ж тривалу історію розвитку, як і саме людство.

Зв'язок між болем та поведінкою є предметом дискусій вчених різних наукових напрямів, таких, як медицина, психологія і навіть філософія. Базуючись на роботах філософа Людвіга Вітгенштейна і психіатра-антрополога Ораціо Фабрега, вчений М. Салліван (1967) стверджував, що стандарти оцінювання болю мають, насамперед, морально-етичний, а не науковий характер. Так, М. Н. Лапинський у книзі «Сутність болю, його сприйняття, проведення і механізм» (1913) оцінював біль через психологічне сприйняття і вказував на те, що біль – «...недоступний дослідженню матеріальними інструментами, тому, що ніхто не бачив самого явища болю». І. І. Русецький у книзі «Біль, його форми і патогенез» (1946) характеризував біль, як особливе психічне переживання, що виникає у зв'язку з місцевим подразненням нервових волокон. На думку Ю. В. Каннабіха (1914), «...біль – своєрідне психофізіологічне явище, саме по собі невизначене, знайоме кожному з особистого досвіду». Герберт Г. (1957) трактував біль як сигнал небезпеки появи загрозливих явищ для організму, що запускає спеціальні захисні рефлекси і реакції. На думку англійського фізіолога Джозефа Баркрофта (1872–1947), застереження у вигляді болю подовжує життя більшою мірою, ніж його вкорочує. Дарбінян Г. (1979) трактував больові відчуття як «...сигнал небезпеки, який є надійним захистом, що оберігає життя особистості і, отже, виду в цілому». За його твердженнями – немає болю без больової поведінки та больової поведінки без болю. Отже, вчені не заперечують, що біль відіграє як негативну, так і позитивну роль у житті людини, охороняючи її від небезпеки. У Великій медичній енциклопедії біль трактують як своєрідний психофізіологічний стан людини, що спричиняє органічні функціональні порушення в організмі, пов'язані з пошкодженням тканин. Однак автор Х. Санер¹⁴ наголосив, що больовий синдром, крім

¹² Hoffmann S. O., Egle U. T. Psychodynamische Konzepte bei somatoformen Schmerzzuständen. Basler H. D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.P. *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin : Springer, 2004. S. 119–135.

¹³ Truini A., Barbanti P., Pozzilli C., Cruccu G. A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. 2013. Vol. 260, No 2. P. 351–367.

¹⁴ Saner H. *Macht und Ohnmacht der Symbole*. Basel : Essays, 1993. 280 s.

фізичних порушень організму, може змінювати особистість загалом, трактуючи біль як такий, що запускає «цвіль нещастя», кардинально змінюючи при цьому психіку. Водночас Х. Санер не заперечує, що людина може жити осмислено, повноцінно із хронічним болем, а розуміння адекватної чи перебільшеної больової поведінки здійснюється під час складного оцінювання функцій індивідуума. Все це дає підстави вважати біль цінним надбанням еволюції всього живого та трактувати його як самостійне патологічне явище у вигляді стресової перешкоди.

Підводячи підсумки історичного трактування болю, можна впевнено сказати, що проблема болю, який сигналізує про негаразди, порушення життєвих функцій організму, сьогодні турбує кожного з нас і викликає багато запитань. Погоджуємось, що немає людини, яка б не відчувала страждань у вигляді різних типів болю протягом життя, тому задана проблема є актуальною як для особистості, так і для науковця.

4. Клінічна характеристика больового синдрому

Основні типи больових синдромів – це соматогенні (ноцицептивний біль); нейрогенні (нейропатичний біль); психогенні (психогенний біль). Ноцицептивний біль виникає при пошкоджених тканинах (травмі, запаленні, ішемії) з активацією ноцицепторів, який розділяють на соматичний і вісцераль-ний. Нейропатичний біль – прямий наслідок ушкодження або хвороби з залученням нервової системи. Найбільш яскравими прикладами нейропатичного болю є невралгії, корінцеві болі, фантомний синдром, біль при периферичній невропатії, таламічний больовий синдром. Психогенний біль безпосередньо залежить від психологічних і соціальних чинників та виникає незалежно від соматичних, вісцеральних або нейрональних ушкоджень. Вважають, що визначальним в механізмі виникнення психогенного болю є психічний стан людини, а її індивідуальні особливості сприйняття болю залежать від того, наскільки пацієнт реагує на мінімальне неприємне подразнення та характеризується як низький чи високий поріг болю. А. Сангайло (1959 р.) за порогом і терплячістю виділив 4 типи болю: 1 тип – із низьким порогом і низькою терплячістю до болю (незабаром після відчуття болю настає загальна його нестерпність); 2 тип – із низьким порогом болю, але достатнім інтервалом терплячості до нього; 3 тип – із високим порогом, але низькою терплячістю до болю (як у 1-го типу); 4 тип – із високими порогом, терплячістю та тривалим інтервалом терплячості до болю. За наявності низького порогу особа переживає біль навіть у вигляді невеликого неприємного відчуття, за наявності високого – реагує лише на

дуже сильне подразнення. Зазначено, що поріг болю навіть в однієї особи може змінюватися, залежно від зовнішніх і внутрішніх факторів¹⁵.

За гендерними особливостями, серед осіб із високою переносимістю болю 70% становлять жінки, з низьким інтервалом терплячості – статистично 90% чоловіки¹⁶. За даними тих же авторів, у 65–70% здорових людей терплячість до болю знаходиться в межах норми. Відомо також, що темношкірі люди менш терплячі до болю, ніж особи зі світлим кольором шкіри і волосся. Аналогічно, вищою переносимістю болю володіють блакитнооці блондини в порівнянні з темноокими і брунетами. На прояви болю впливає також національність. Наприклад, італійці гірше переносять біль, ніж північноамериканці.

Структуру болю поділяють на чотири основні компоненти: перцептуальний, який визначає місце ушкодження; емоційно-афективний – відображає психоемоційну реакцію на ушкодження; когнітивний – бере участь у формуванні суб'єктивного ставлення до болю на основі накопиченого досвіду; руховий – спрямований на усунення дії ушкоджувальних чинників.

К. Юнг (1921) у своїх дослідженнях звернув увагу на залежність переносимості болю від типу характеру і психічних функцій індивідуума, табл. 1, 2.

Таблиця 1

Переносність болю залежно від типу характеру

Тип характеру	Психічні функції, поведінка	Переносність болю
Екстраверт	Спрямованість інтересів на зовнішній світ, людей, контактність і гарна пристосованість	Високий інтервал переносності болю
Інтраверт	Пасивність, погана контактність, заглибленість у власні переживання	Інтервал терплячості до болю – низький

Таблиця 2

Вплив темпераменту на переносність болю

Темперамент	Поріг болю
Сангвінік	++++
Флегматик	+++
Холерик	++
Меланхолік	+

¹⁵ Freynhagen R., Parada H. A., Calderon-Ospina C. A., et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Current Medical Research and Opinion*. 2019. Vol. 35, No 6. P. 1011–1018. doi: 10.1080/03007995.2018.1552042.

¹⁶ Woolf C. J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011. Vol. 152, No 3. P. 2–15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030.

Отже, реакція на одне й те ж больове подразнення у кожної людини різниться за силою і, звичайно ж, залежить від багатьох факторів: генетичної схильності, культурних традицій, віку, статі та ін.

За гостротою біль класифікують як гострий та хронічний. У гострій фазі больового синдрому здебільшого переважають біологічні (анатомічні, генетичні, фізіологічні) фактори. Гострий біль для пацієнта відіграє позитивну фізіологічну роль – сигналізує про пошкодження тканин, іммобілізує і налаштовує організм на забезпечення найбільш сприятливих умов для його усунення, примушуючи, наприклад, знизити фізичну активність при хворобі, полегшуючи за такої умови процес одужання.

Найбільшою проблемою є хронічний біль, який загалом визначається як такий, що триває щонайменше шість місяців. Хронічний больовий синдром, згідно з сучасними уявленнями, трактують як «больову хворобу». Тривалий хронічний дискомфорт може спричинити психологічні ускладнення: іпохондрію, депресію, порушення сну, втрату апетиту та відчуття безпорадності. Згідно з висловлюваннями багатьох авторів^{17 18 19 20 21}, хронічний біль – невід’ємна частина афективних розладів. При хронізації болю на перший план виходять переважно психологічні (афективні, когнітивні, поведінкові) та соціальні (гендерні, національні) фактори, які проявляються різноманітними психічними реакціями – психоемоційною лабільністю, квалістю, апатією, підвищеною вимогливістю, образливістю, зниженням вольової активності, обмеженням кола інтересів та ін. Може проявлятися зворотний зв’язок коли під впливом стресу і негативних емоцій фіксуємо порушення вегетативних функцій і діяльності внутрішніх органів і систем²². Наприклад, стан тривоги, агресії можуть супроводжуватися сильним м’язевим напруженням і провокувати появу головного болю, болю в ногах, спині і т. п.

¹⁷ Prashanth G. P., Angadi B. H., Joshi S. N., Bagalkot P. S., Maralihalhi M. B. Unusual cause of abdominal pain in pediatric emergency medicine. *Pediatric Emergency Care*. 2012. Vol. 28, No 6. P. 560–561.

¹⁸ Treede R. D., Rief W., Barke A., et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *Pain*. 2019. Vol. 160, No 1. P. 19–27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.

¹⁹ Finnerup N. B., Kuner R., Jensen T. S. Neuropathic Pain: From Mechanismsto Treatment. *Physiological Reviews*. 2021. Vol. 101, No 1. P. 259–301.

²⁰ Malfliet A., Kregel J., Coppieters I., et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Trainingon Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*. 2018. Vol. 75, No 7. P. 808–817.

²¹ Авраменко О. М., Хаустова О. О. Хвороблива поведінка у пацієнтів з хронічним больовим синдромом. *Архив ncuxiampii*. 2015. № 1, т. 21. С. 63–67.

²² Craig K. D., MacKenzie N. E. What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric and Neonatal Pain*. 2021. Vol. 3, No 3. P. 106–118.

За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний / дуже сильний (що позначається також як «нестерпний» біль). За характеристикою пацієнта, біль буває: смикаючим, розпираючим, ріжучим, стріляючим та ін. Трапляється інше трактування болю у вигляді фантазій, зумовлених індивідуальними переживаннями хворого. Пацієнт описує біль як угвинчування залізного стержня, удар ножем, припікання розпеченим залізом та ін. Всі ці трактування болю вказують на психологічну складову особистості.

Реакція організму на біль буває активна і пасивна. Активна – характеризується мобілізацією захисних сил організму з метою ліквідації джерела подразнення і спричинених ним наслідків. Пасивна – виникає за наявності дуже сильного, тривалого болю, проявляється заціпенінням, шоком та характеризується різким пригніченням усіх фізіологічних функцій організму.

Суттєво впливають на прояви болю ситуативні психічні стани. Підвищення чутливості до болю і зниження терпачості часто спостерігається у стресових ситуаціях. Досить частими є випадки зниження відчуття болю на фоні емоційної напруженості в екстремальних ситуаціях. Описані випадки, коли тяжкі патологічні стани, такі як інфаркт міокарда, проривна виразка шлунка та інші патологічні стани протікали безболісно. Описані випадки значних тілесних ушкоджень, отриманих воїнами під час бойових дій без скарг на сильний біль. Американський вчений Г. Бехер (1959) прицільно вивчав реакцію на біль як у військових, так і в мирного населення. За його статистикою, тільки один із трьох поранених бійців просив знеболювальний засіб для припинення страждань. Відомо також, що сильна мотивація, зусилля волі самого пацієнта також змінюють характер болю. Відомі випадки, коли біль може бути призупинений іншим болем (зціплюванням зубів, стисканням окремої частини тіла й ін.). Згідно з літературними даними, зустрічаються особи з вродженою відсутністю болю.

Автори Р. Мельзак і В. Торенсон (1972) запропонували шкалу із 102 відтінками болю та розділили їх на 3 основні класи і 16 підкласів.

Тому, враховуючи таку різноманітність проявів та сприйняття больових відчуттів, терапевтичний підхід до болю повинен бути диференційованим з правильною тактикою лікування пацієнтів, що включає, крім призначення анальгетиків, психокорекційну складову частину.

5. Больовий синдром в психіатрії та наркології

У сьогоденнішньому суспільстві особистість, яка відчуває «тиск» на психіку, намагається усуненням надмірного емоційного напруження запобігти дезорганізації поведінки через прояви болю. Такий біль

тракується як болісний спосіб примирення індивідууму з неприйнятною для нього інформацією та є його психічним захистом. Г. Сельє, вивчаючи соціальний стрес, говорив про «втрату мотивації», яка призводить до «захворювання духу», та запропонував альтруїстичний спосіб виходу із ситуації – «думай про себе, але будь необхідним іншим». На жаль, сьогодні «захворювання духу» досягло розмірів епідемії і є найбільш розповсюдженою стресовою ситуацією. У таких умовах психологічний механізм розвитку больових синдромів досить часто загострює сприйняття больових відчуттів, провокуючи вищий рівень дистресу через перебільшення небезпеки та серйозності болю.

З. Фрейд (1895) детально описав механізм виникнення болю шляхом перетворення психічного конфлікту на тілесний і довів, що внутрішні конфлікти послабляються саме за допомогою тілесного сприйняття. Під психовегетативними станами напруження в генезі болю автор описав процес, у якому всі ситуації протягом життя мають певний супутній соматичний компонент, на що вказував первинний зв'язок афекту та вегетатики. Симуляція болю, на його думку, є особливим випадком перебільшеної больової поведінки. Психодинамічно біль може виконувати функцію спонукання до провокації больового синдрому у пацієнтів із мазохістською структурою характеру^{23 24 25}. Згідно з аналізом наукових джерел, підтверджено, що до виникнення больових відчуттів часто призводять різні психологічні механізми (конверсія, дисоціація, несприятливий тип прив'язаності, подолання основного депресивного конфлікту через депресивну соматизацію або підсвідому мазохістську фантазію та ін.)^{26 27}. З наведеного зрозуміло, що сприйняття болю і ставлення до нього залежить від багатьох факторів окремої людини: досвіду, віку, переконань, усвідомлення постійності та ідентичності свого фізичного і психічного «Я». Водночас на перший план можуть виступати як нарцисизм, так і підсвідома спроба запобігти психотичній декомпенсації, що підтверджує теорію про біль як багатокомпонентну частину з низкою різних мотивів та імпульсів поведінки.

²³ Авраменко О. М., Хаустова О. О. Деякі клінічні кореляти хронічного болю і депресії. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2013. № 2, т. 1. С. 33–38.

²⁴ Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2019. Вип. 2, т. 27. С. 33–37.

²⁵ Craig K. D., MacKenzie N. E. What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric and Neonatal Pain*. 2021. Vol. 3, No 3. P. 106–118.

²⁶ Мамчур В. Й., Хом'як О. В. Депресія та біль: деякі питання коморбідності та лікування. *Морфологія*. 2011. № 3, т. 5. С. 24–34.

²⁷ Шаттенбург Л., Кульчинський Я. Психодинаміка болю. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 105, т. 4. С. 34–37.

Психогенний біль – це тип болю, який має емоційне чи психологічне походження і може виникати чи посилюватися у відповідь на стрес, тривожність, депресію та інші психологічні чинники. Цей вид болю здебільшого не пов'язаний із фізичними ушкодженнями чи патологіями тканин організму. Психогенний біль виникає незалежно від соматичних, вісцеральних або нейрональних ушкоджень і більшою мірою визначається психологічними і соціальними чинниками. Вважають, що визначальним в механізмі виникнення психогенного болю є психічний стан людини, у якої виявлено тривожність або депресія²⁸. Отже, біль, який нерозривно пов'язаний з емоційними переживаннями, стає головним мотиваційним чинником, що визначає всю подальшу поведінку та відповідно впливає на спосіб життя людини.

Розуміння посидання зв'язків між розумом і тілом є першим кроком у розробці стратегій зниження захворюваності з коморбідними станами, які постійно трапляються в психіатрії та наркології і потребують адекватної біопсихосоціальної підтримки.

Пацієнти з психічними розладами досить часто скаржаться на різного виду болі. Так, коморбідними до больових синдромів є всі форми афективних розладів, які трапляються у 10–100% випадків^{29–30}. Із них розлади, пов'язані з вживанням алкоголю і лікарських препаратів, нараховують 14,9–23,4% випадків; соматоформні розлади, з яких розлади соматизації відмічаються у 1–16,2% випадків, конверсійні розлади – у 2–37,8% випадків, іпохондричні розлади – у 0,7–1,0% випадків; тривожні розлади – у 7–62,5% випадків, інші стани – 0–34% випадків. Отже, формування больової поведінки у пацієнтів безпосередньо залежить від наявності психічних розладів, таких, як великий депресивний розлад, генералізований тривожний розлад і тривожно-депресивний розлад. Скарги на біль найчастіше супроводжують пацієнтів з симптомами тривоги та депресії^{31–32}. Частота депресії серед пацієнтів із хронічним болем оцінюється в межах 22–87%. Біль, підсилений сильними емоційними реакціями, найчастіше

²⁸ Мамчур В. Й., Хом'як О. В. Депресія та біль: деякі питання коморбідності та лікування. *Морфологія*. 2011. № 3, т. 5. С. 24–34.

²⁹ Freynhagen R., Parada H. A., Calderon-Ospina C. A., et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Current Medical Research and Opinion*. 2019. Vol. 35, No 6. P. 1011–1018. doi: 10.1080/03007995.2018.1552042.

³⁰ Мамчур В. Й., Хом'як О. В. Депресія та біль: деякі питання коморбідності та лікування. *Морфологія*. 2011. № 3, т. 5. С. 24–34.

³¹ Malfliet A., Kregel J., Coppieters I., et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*. 2018. Vol. 75, No 7. P. 808–817.

³² Raja S. N., Carr D. B., Cohen M., et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020. Vol. 161, No 9. P. 1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Перегляньте визначення болю, надане Міжнародною асоціацією з вивчення болю: концепції, проблеми та компроміси.

призводить до тривожно-депресивного розладу. Феномен болю при нервово-психічних захворюваннях оцінюється як симптом органічних захворювань. У такий спосіб психічні захворювання впливають на порушення больової чутливості і є предиктором різних психопатологічних станів, які супроводжуються емоційними проявами (страхом, занепокоєнням, депресією), викликаючи депресивні стани різного ступеня вираженості. Діагностуючи такі стани, важливо виокремити первинне (етіологічне) значення психологічних і психопатологічних аспектів болю. Незважаючи на переконливі дані взаємного впливу болю і психічних розладів, визначення ключового причинного фактора такого стану пацієнта часто залишається проблемним питанням. Взаємозалежність больового синдрому з психопатологічними порушеннями суттєво впливає на ефективність лікування та визначається: преморбідними особливостями хворого, його реакцією на хворобу та мікросоціальним оточенням. На зв'язок між болем і когнітивною функцією можуть впливати афективні та оцінювальні компоненти болю, такі як катастрофічний біль, кінезіофобія, депресія, тривога. Досить часто людина передчасно налаштовує себе на жакливу ситуацію, що звучить як когнітивне упередження, характерне для пацієнтів із депресією або тривожним неврозом. Цілком природно, що біль такі пацієнти відчують набагато гостріше. За даними різних авторів, катастрофізація є потенційно важливим когнітивним спотворенням, що робить пацієнтів більш вразливими для багатьох інших психічних захворювань, як-то: посттравматичний стресовий розлад, obsесивно-компульсивний розлад і навіть деякі види психозів. Наявні кілька психологічних теорій, які пояснюють розвиток катастрофізації болю. Катастрофізація болю, ймовірно, перешкоджатиме ефективності когнітивних втручань, оскільки когнітивні порушення можуть обмежувати здатність людини виправляти згубні наслідки катастрофічних думок і поведінки. Було висунуто гіпотезу, що катастрофізація призводить до підвищеної уваги до болю або пов'язаної з болем інформації. Когнітивні порушення, такі як дефіцит уваги, пам'яті, навчання та прийняття рішень спостерігають майже в третини пацієнтів з хронічним болем.

За даними авторів^{33 34}, відомо, що хронічний біль, який обмежує нормальне функціонування організму, має більш негативний вплив на афективну сферу, ніж гострий. Є три шляхи впливу психологічних факторів на процес виникнення болю: 1. Психогенне посилення

³³ Zhang B., Jung M., Tu Y., et al. Identifying brain regions associated with the neuropathology of chronic low back pain: a resting-state amplitude of low-frequency fluctuation study. *British Journal of Anaesthesia*. 2019. Vol. 123, No 2. P. e303–e311.

³⁴ Мамчур В. Й., Хом'як О. В. Депресія та біль: деякі питання коморбідності та лікування. *Морфологія*. 2011. № 3, т. 5. С. 24–34.

фізичного болю. 2. Психогенний м'язовий біль (як результат напруження). 3. Психогенний регіональний (конверсійний) біль.

Автори³⁵ виділили шість основних психологічних та соціальних чинників, які можуть впливати на індивідуальне особистісне сприйняття больового синдрому:

1. Увага або відволікання. Кожен має власний досвід боротьби з болем: одні за певних умов можуть відмежуватись від больових відчуттів, інші – зосереджують увагу на болісних відчуттях та їх підсилюють.

2. Страх та депресія. Емоційні стани, які можуть знижувати больовий поріг та збільшувати інтенсивність больових відчуттів. Приклад: пацієнт, що страждає на депресію, може інтенсивніше відчувати біль при ревматоїдному артриті, ніж той, хто не має порушень психічного здоров'я.

3. Вторинна вигода/підсилення. Надмірна увага та опіка хворого сприяє підвищенню больових відчуттів, провокує лікаря на необгрунтоване призначення знеболювальних медикаментозних засобів.

4. Причинно-наслідкові атрибути та механізми подолання захворювання. Якщо пацієнт має глибинні переконання контролю (піддається фаталістичному впливу ззовні через біль), то це може призвести навіть до хронічного перебігу больової симптоматики.

5. Досвід болю в дитинстві. У. Т. Егле і Б. Кренер-Гервіг припускають, що ранній досвід больових відчуттів зберігається, закарбовується в пам'яті на все життя. Так, вчені описують випадки, коли діти, які перенесли психологічну травму внаслідок фізичного чи сексуального насильства в дитячому віці, мали низький поріг чутливості до болю.

6. Культуральні відмінності. Жінки в деяких країнах ще й досі народжують дітей без анестезії, а їхні чоловіки проводять декілька днів у ліжку з симптомами, подібними до тих, що відчуває жінка під час пологів.

До низки психологічних факторів, які в процесі переживання болю мають велике значення, належать:

- відволікання уваги і зосередження на болю;
- очікування болю;
- різноманітні емоційні стани – горе, радість, гнів;
- індивідуальні особливості особистості – стійкість та витривалість;
- суспільно-моральні установки;

³⁵ Hoffmann S. O., Egle U. T. Psychodynamische Konzepte bei somatoformen Schmerzzuständen. Basler H. D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.P. *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin : Springer, 2004. S. 119–135.

– зміст і спрямованість життєвих зв'язків людини, що визначають її ставлення до болю.

Хронічний біль досить часто супроводжує і притаманний депресії, тривозі, стресасоційованим розладам, таким як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Поєднання тривоги з м'язовою напругою (фібромегалією) і депресією саме при хронічних больових синдромах досягає 62%³⁶. Серед пацієнтів з фіброміалгією (хронічним захворюванням, що супроводжується поширеними болями, слабкістю і підвищеною стомлюваністю), частота виникнення коморбідної депресії становить 34–62% протягом життя. Основний симптом фіброміалгії – поширений біль, що є результатом порушення нейрохімічного балансу і включає в себе активацію запальних механізмів у мозку та є причиною абнормалій у обробці болю. Мозок людини, хворої на фіброміалгію, відображає функціональні і структурні відмінності від мозку здорових людей. Деякі дослідники підозрюють, що ці аномалії мозку можуть бути наслідком стресу у дитинстві або тривалого стресу. Отже, фіброміалгія описується як «синдром центральної сенситизації», що спричинюється біологічними аномаліями у нервовій системі і призводить до виникнення болю, когнітивних порушень і психологічних проблем. Доктор Фредерік Вольф (1990) описав діагностичні ознаки фіброміалгії, як психологічні так і фізичні. Дослідження зв'язку між фіброміалгією і великим депресивним розладом виявило значну схожість у нейроендокринних порушеннях, психологічних особливостях, симптомах і лікуванні фіброміалгії і великого депресивного розладу, хоча останні дані не підтримують ідею того, що великий депресивний розлад і фіброміалгія мають спільну основу.

Деякі автори підозрюють, що вплив стресових умов може змінювати функцію гіпокамально-гіпофізарно-надниркової осі, тобто розвиток фіброміалгії, можливо, пов'язаний із виникненням порушень у цій системі. Стрес може бути важливим фактором у розвитку фіброміалгії. Фіброміалгія часто є коморбідною з такими стрес асоційованими розладами, як синдромом хронічного виснаження, ПТСР, синдромом подразненого кишківника і депресією. Провокує появу даного захворювання шкідливий спосіб життя, включаючи куріння, ожиріння, гіподинамію.

Практикуючим медичним працівникам часто трапляються випадки виникнення абдомінального болю, не пов'язаного з органічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту і гінекологічної сфери, але для якого характерні певні діагностичні труднощі. Біль у животі, що

³⁶ Орос М. М. Фіброміалгія: аспекти діагностики та особливості лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2013. № 50, т. 5. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/5%2850%29/article-814/fibromialgiya-aspekti-diagnostiki-ta-osoblivosti-likuvannya#gsc.tab=0>.

не має в своїй основі органічних змін, як провідний прояв трапляється в 30% випадків і носить рекурентний характер, досить часто із психогенними порушеннями. Психогенний характер хронічних болів визначається як «біль у животі неясної етіології» (41,3%)^{37 38 39}. У праці Р. Б. Тейлор (1991 р.) засвідчено, що гострі болі в животі психогенного характеру є скаргою принаймні хоча б одного з 20 хворих, що прибувають у відділення невідкладної допомоги. Так, за даними досліджень, проведеними в окремих східноєвропейських країнах, близько 1/3 оперативно видалених хробакоподібних відростків у хворих з діагнозом «апендицит» у гістологічному дослідженні надалі виявилися без патології. Такого типу абдомінальні болі трапляються досить часто, проте діагноз встановлюють на підставі виражених суб'єктивних відчуттів, який практично не підтверджувався додатковими дослідженнями. Такі пацієнти невинувато лікуються з приводу різних ймовірних захворювань органів черевної порожнини. Біль у животі в пацієнтів з так званими соляритами чи гангліоневритами зазвичай корелює із розладами афективної сфери, перенесеними емоційними стресами або порушеннями вегетативної регуляції, а не з інфекційним ураженням⁴⁰. Соматичний генез болю в цих пацієнтів при ретельному обстеженні часто буває виключений. На цій підставі доведено невідповідність досить популярних донедавна діагнозів, як солярит, соляральгія, соляропатія та ін. Це свідчить про те, що в більшості пацієнтів гострі болі в животі викликані переважно не хірургічними захворюваннями⁴¹. Тому важливо звертати увагу на тісний зв'язок між динамікою низки параметрів психічної сфери, перебіг і маніфестацію клінічної картини абдомінальних болів, враховуючи, що такі пацієнти протягом тривалого періоду шукають органічну природу свого захворювання⁴². Доведено, що афективні розлади тривожно-депресивного характеру пов'язані з вегетативними, ендокринними і гуморальними реакціями і призводять до порушення вегетативно-

³⁷ Chen E. H., Mills A. M. Abdominal pain in special populations. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011. Vol. 29, No 2. P. 449–458.

³⁸ Leuthauser A., McVane B. Abdominal Pain in the Geriatric Patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016. Vol. 34, No 2. P. 363–375.

³⁹ Prashanth G. P., Angadi B. H., Joshi S. N., Bagalkot P. S., Maralihalli M. B. Unusual cause of abdominal pain in pediatric emergency medicine. *Pediatric Emergency Care*. 2012. Vol. 28, No 6. P. 560–561.

⁴⁰ Leuthauser A., McVane B. Abdominal Pain in the Geriatric Patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016. Vol. 34, No 2. P. 363–375.

⁴¹ Prashanth G. P., Angadi B. H., Joshi S. N., Bagalkot P. S., Maralihalli M. B. Unusual cause of abdominal pain in pediatric emergency medicine. *Pediatric Emergency Care*. 2012. Vol. 28, No 6. P. 560–561.

⁴² Хаустова О. О., Авраменко О. М. Деякі методологічні підходи до комплексної діагностики розладів психіки і поведінки у пацієнтів хронічним боєм. *Архів психіатрії*. 2013. № 4, т. 19. С. 140–146.

вісцеральної (шлунково-кишкової) регуляції. Усе це супроводжується наростанням тривожності, яка надалі ще більшою мірою посилює вегетативну дисфункцію. Абдомінальгія у пацієнтів психіатричних клінік посідає третє місце в медицині і трактується як «абдомінальна психальгія», яку можна поєднати із цілком задовільним загальним станом пацієнта, його настроєм, апетитом, сном і поведінкою, що дозволяє запідозрити у пацієнтів іпохондричні й депресивні порушення ендogenous походження, при яких біль у животі є лише елементом проявів клінічної картини і зазвичай пов'язаний з психічним захворюванням (Риссер В. Л. та ін., 1987).

За О. Карвасарським, в усвідомленні людиною інтенсивності болю більше значення, ніж ступінь фізичного ушкодження, мають емоційні аспекти травми, де визначальними є реакції особистості на хворобу. З огляду на це, переконаємося, що в аналізі больових синдромів перетинаються кілька проблем: співвідношення органічного і функціонального; фізіологічного і психологічного; соматогенного і психогенного; співвідношення різних рівнів (від молекулярного до особистісного). Сучасні уявлення про сутність концепції больового синдрому передбачають врахування всієї сукупності змін, що торкаються як біологічного стану організму, так і психосоціального рівня порушень. Потрібно також відмітити той факт, що психогенний біль може виникати за відсутності будь-якого органічного ураження, яке дозволило би пояснити суть та інтенсивність болю. Водночас є вчені, які вважають, що наявність виключно психогенного болю – це проблема дискусійна. Інші, навпаки, стверджують, що визначальним у механізмі виникнення психогенного болю є психічний стан людини⁴³. Відповідно, вивчення та корекція психоемоційного стану хворого набувають надзвичайної актуальності.

6. Методи оцінки болю

У світовій практиці загальноприйнятими інструментами оцінки якісних і кількісних характеристик болю вважають шкали або опитувальники, які заповнюють самі пацієнти. Сьогодні в умовах клініки переважно застосовують суб'єктивні методи оцінки болю, які за своєю природою є вербально-знаковими⁴⁴. Найбільш поширені -так звані аналогові шкали болю, що передбачають асоціацію болю з кольором (колірна шкала) або довжиною відрізка – між точками «болю

⁴³ Malfliet A., Kregel J., Coppieters I., et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*. 2018. Vol. 75, No 7. P. 808–817.

⁴⁴ Hoffmann S. O., Egle U. T. Psychodynamische Konzepte bei somatoformen Schmerzzuständen. Basler H. D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfishch H.P. *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin : Springer, 2004. S. 119–135.

немає» і «нестерпний, або максимальний біль». Найбільш поширений метод суб'єктивної оцінки болю, в якій інтенсивність болю позначають різними відтінками кольорів, є модифікована візуально-аналогова шкала (ВАШ). Бачимо, що більшість методик для оцінки інтенсивності больового синдрому базуються на інтерпретації тверджень самих хворих. Однак пацієнти можуть по-різному оцінювати свої відчуття при появі больового синдрому, що значною мірою залежить від їхнього психоемоційного стану, гендерних особливостей⁴⁵. Тому в медичній практиці суб'єктивна оцінка болю пацієнтом доповнюється переважно низкою клінічних ознак.

Сьогодні значну увагу приділяють застосуванню об'єктивних методів діагностики ноцицептивних реакцій людини – алгометрії, які дозволяють виміряти інтенсивність алгогенних стимулів та встановити пороги больової чутливості обстежуваних. Різновиди алгометрії: тензоалгометрія, термоалгометрія й електроалгометрія як суб'єктивно-об'єктивні методи, спрямовані на отримання результатів за умов свідомої участі хворих в оцінці власних відчуттів⁴⁶. На нашу думку, найпростішим і найдоступнішим для використання в клінічній практиці є застосування методики тензоалгометрії. Тензоалгометрія належить до групи методів, які базуються на тестуванні порогів болю під впливом механічних чинників. Методика діагностики проста у виконанні, доступна для широкого застосування в клінічній практиці і проводиться в такий спосіб: вимірюють поріг болю тензоалгометром у проекції краніальних швів, зокрема: вінцевого (лобно-тім'яного) шва; у проекції лускатого (тім'яно-скроневого) шва, над верхівкою вуха; у проекціїтім'яно-сосковидного шва; у проекції потилично-сосковидного шва. Повторно досліджують пороги болю тензоалгометром у зазначених точках після призначеного лікування. Порівнюють результати вимірів до і після проведення терапії і за підвищенням порогів болю визначають ефективність терапії. Недоліком способу є неможливість, крім сенсорних показників, оцінити ще й інші компоненти больової реакції, що знижує практичну цінність методу.

З огляду на компенсаторну роль збагаченої міміки глухонімих пацієнтів особливо важливим є вивчення експресії особи як основного прояву емоційного стану пацієнтів, у яких біоелектрична активність мімічних м'язів сприймається як найбільш адекватний та об'єктивний показник знака і модальності емоції. Загалом емоції носять системний характер і включають вегетативні, експресивні, поведінкові реакції і суб'єктивні переживання. Американські вчені П. Екман, У. Фрізен (1993)

⁴⁵ Chapman C. Managing pain in the older person. *Nursing Standard*. 2010. Vol. 25, No 2. P. 35–39.

⁴⁶ Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. Multimodal pain therapy: principles and indications. (2022)

розробили метод діагностики емоцій (вимірювання лицьової експресії) за виразом обличчя, що отримав назву FACS (Facial Action Coding System) – «система кодування активності лицевих м'язів». Було виявлено групи патерних мимічних м'язів обличчя, які активізуються при негативних емоціях (страх, страждання, смуток, біль). Більшу інформативність відносно емоційного стану та глибини переживання негативних емоцій мають м'язи, що нахмурюють брови.

Власне дослідження вимірювання болю полягало у вивченні біоелектричної активності м'язів зморщувачів брів (*m. corrugator supercilii*). Біоелектрична активність м'язів визначалась у стані функціонального спокою та при больовій стимуляції, яку викликали за допомогою механічної компресії вушно-скроневого нерва біля шийки суглобового відростка нижньої щелепи за допомогою механічного тензоалгометра FPK 40 фірми Wagner Instruments (США). У цій анатомічній ділянці нерв розташований поверхнево, близько прилягає до заднього краю гілки нижньої щелепи, тому навіть легке його притискання до кістки викликає больові відчуття. Компресію здійснювали через плавне збільшення тиску на вказану ділянку тіла. Фіксували на тензоалгометрі показники (в кг/см²) порогу больової чутливості (появу больового відчуття), порогу толерантності до болю (нестерпний біль). Больові відчуття пацієнти оцінювали за допомогою цифрової рейтингової шкали (Numerical Rating Scale, NRS), паралельно реєстрували амплітуди міограм. Щойно з'явився біль та збільшилась його інтенсивність, спостерігалось зростання амплітуди міограм, що прямо корелювало із суб'єктивними відчуттями пацієнтів. На тлі проведення анальго-седативної терапії повторно визначали психомоторну реакцію при нанесенні тотожних за інтенсивністю больових стимулів в ідентичні ділянки обличчя. При зростанні показників больових порогів та зниженні амплітуди міограми більше ніж на 25% відбулося достовірне зменшення больової реакції людини. Отримані наукові дані підкріплені власним патентом № 94792⁴⁷.

Використовуючи цей метод, варто перед початком діагностики приділяти більше уваги чітким роз'ясненням пацієнтам для розуміння того, що з ними відбувається під час проведення маніпуляцій.

7. Лікування болю

Незважаючи на те, що сучасна медична наука значно розширила уявлення про біль, сформувала тактичні підходи до вибору знеболювальних препаратів у конкретних ситуаціях, однак проблема

⁴⁷ Фітькало О. С., Мокрик О. Я. Спосіб експрес-оцінки вегетативної реакції людини на больовий чинник за допомогою цифрової реострації діаметра зіниці ока. Патент України №94792 У / ЛНМУ ім. Д. Галицького, патентовласник; заявл. 21.07.2014; опубл. 25.11.2014, Бюл. № 22 /2014.

адекватного усунення болю далека від свого розв'язання. Оптимальне ведення пацієнтів із больовими синдромами вимагає від клініцистів глибоких знань про причини і механізми їх виникнення, сприйняття феномена болю з позицій сучасних поглядів на його формування, розуміння єдності систем і функцій цілісного організму. Потрібно завжди пам'ятати про неприпустимість неконтрольованого застосування беззаспокійливих засобів хворими і, особливо, лікарем, яке може призвести до посилення больового синдрому або розвитку залежності від ліків. Тому використання ефективних беззаспокійливих засобів, диференційований підхід до лікування з урахуванням психологічної природи болю й особистісної реакції на нього залишається одним із актуальних завдань медицини.

ВИСНОВКИ

Поняття психогенного больового синдрому стає все більш актуальним для широкого кола лікарів різних спеціальностей. Провідним фактором психогенного болю виявляється не патологічний процес, не травма, а емоційні та психотравмувальні чинники, психологічний конфлікт. Також при зверненні пацієнта зі скаргами на біль важливо проконсультуватися з психіатром, щоб перевірити можливість зв'язку болю з психічним розладом (депресією, шизофренією і т. д.). Правильна діагностика й адекватна фармакотерапія зазначеного синдрому є основою збереження соціальної адаптації таких пацієнтів і провідним фактором поліпшення якості їхнього життя.

АНОТАЦІЯ

Медичне розуміння фізіологічної основи болю є порівняно недавнім поняттям, яке з'явилося у 19 столітті. Сьогодні відчуття болю це результат обробки мозком нового сенсорного введення з наявними спогадами та емоціями так само, як і інші сприйняття. Здатність людини правильно сприймати внутрішні відчуття одна із творчих етіологій, запропонованих для болю. Розробка спеціальних діагностичних тестів і виявлення специфічних ознак болю змінила та переосмислила практику неврології. Практикуючі психіатри при запровадженні психоаналізу виявили, що «істеричний» біль пропонує потенційне розуміння психічних і емоційних захворювань. Депресія та тривога можуть знизити больові відчуття, а гнів або хвилювання тимчасово приховати або зменшити біль. Позитивний емоційний стан також може зменшити хворобливі відчуття. Тому наше завдання розглянути психологічні підходи для пацієнтів, чий біль впливає на настрій, сон, якість життя чи стосунки в спілкуванні та підтвердити низку різних психологічних підходів до лікування хронічного болю.

Література

1. Raja S. N., Carr D. B., Cohen M., et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020. Vol. 161, No 9. P. 1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Перегляньте визначення болю, надане Міжнародною асоціацією з вивчення болю: концепції, проблеми та компроміси.
2. Craig K. D., MacKenzie N. E. What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric and Neonatal Pain*. 2021. Vol. 3, No 3. P. 106–118.
3. Tauben D. (2022) Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. Multimodal pain therapy: principles and indications.
4. Kapfhammer H. P. Entwicklung der Konzepte von Hysterie, Konversion und Somatisierung und hin zu den somatoformen Störungen. *Kapfhammer H. P., Gündel H. Psychotherapie der Somatisierungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart : Thieme, 2001. S. 4–18.
5. Rosenberger D. C., Blechschmidt V., Timmerman H., Wolff A., Treede R.-D. Challenges of neuropathic pain: focus on diabetic neuropathy. *Journal of Neural Transmission*. 2020. Vol. 127, No. 4. P. 589–624. doi: 10.1007/s00702-020-02145-7.
6. Цимбалюк В. І., Третяк І. Б., Сапон Н. А., Кричун С. Б., Приходько В. І. Дослідження проблем болю в літературі СНГ. *Український нейрохірургічний журнал*. 2005. № 4. С. 4–10.
7. Zhang B., Jung M., Tu Y., et al. Identifying brain regions associated with the neuropathology of chronic low back pain: a resting-state amplitude of low-frequency fluctuation study. *British Journal of Anaesthesia*. 2019. Vol. 123, No 2. P. e303–e311.
8. Treede R. D., Rief W., Barke A., et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP classification of chronic pain for the international classification of diseases (ICD-11). *Pain*. 2019. Vol. 160, No 1. P. 19–27. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001384.
9. Чабан О. С., Хаустова О. О. Терапія хронічного алогічного синдрому у пацієнтів з непсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією. *Український вісник психоневрології*. 2010. Вип. 1, т. 18. С. 67–72.
10. Негрич Т., Боженко Н., Боженко М. Вплив інтенсивності та нейропатичного компонента болю на якість життя хворих на розсіяний склероз. *Запорозький медичний журнал*. 2021. № 5, т. 23. С. 628–635.
11. Марута Н. О., Пянько Т. В., Каленська Г. Ю. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*. 2019. Вип. 2, т. 27. С. 33–37.

12. Hoffmann S. O., Egle U. T. Psychodynamische Konzepte bei somatoformen Schmerzzuständen. Basler H. D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfisch H.P. *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin : Springer, 2004. S. 119–135.

13. Truini A., Barbanti P., Pozzilli C., Cruccu G. A mechanism-based classification of pain in multiple sclerosis. *Journal of Neurology*. 2013. Vol. 260, No 2. P. 351–367.

14. Saner H. Macht und Ohnmacht der Symbole. Basel : Essays, 1993. 280 s.

15. Freynhagen R., Parada H. A., Calderon-Ospina C. A., et al. Current understanding of the mixed pain concept: a brief narrative review. *Current Medical Research and Opinion*. 2019. Vol. 35, No 6. P. 1011–1018. doi: 10.1080/03007995.2018.1552042.

16. Woolf C. J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*. 2011. Vol. 152, No 3. P. 2–15. doi: 10.1016/j.pain.2010.09.030.

17. Prashanth G. P., Angadi B. H., Joshi S. N., Bagalkot P. S., Maralihalli M. B. Unusual cause of abdominal pain in pediatric emergency medicine. *Pediatric Emergency Care*. 2012. Vol. 28, No 6. P. 560–561.

18. Finnerup N. B., Kuner R., Jensen T. S. Neuropathic Pain: From Mechanismsto Treatment. *Physiological Reviews*. 2021. Vol. 101, No 1. P. 259–301.

19. Malfliet A., Kregel J., Coppieters I., et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*. 2018. Vol. 75, No 7. P. 808–817.

20. Авраменко О. М., Хаустова О. О. Хвороблива поведінка у пацієнтів з хронічним больовим синдромом. *Архів психіатрії*. 2015. № 1, т. 21. С. 63–67.

21. Авраменко О. М., Хаустова О. О. Деякі клінічні кореляти хронічного болю і депресії. *Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини*. 2013. № 2, т. 1. С. 33–38.

22. Craig K. D., MacKenzie N. E. What is pain: Are cognitive and social features core components? *Paediatric and Neonatal Pain*. 2021. Vol. 3, No 3. P. 106–118.

23. Мамчур В. Й., Хом'як О. В. Депресія та біль: деякі питання коморбідності та лікування. *Морфологія*. 2011. № 3, т. 5. С. 24–34.

24. Шаттенбург Л., Кульчинський Я. Психодинаміка болю. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019. № 105, т. 4. С. 34–37.

25. Malfliet A., Kregel J., Coppieters I., et al. Effect of Pain Neuroscience Education Combined With Cognition-Targeted Motor Control

Training on Chronic Spinal Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurology*. 2018. Vol. 75, No 7. P. 808–817.

26. Орос М. М. Фіброміалгія: аспекти діагностики та особливості лікування. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2013. № 50, т. 5. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/5%2850%29/article-814/fibromialgiya-aspekti-diagnostiki-ta-osoblivosti-likuvannya#gsc.tab=0>.

27. Chen E. H., Mills A. M. Abdominal pain in special populations. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2011. Vol. 29, No 2. P. 449–458.

28. Leuthauser A., McVane B. Abdominal Pain in the Geriatric Patient. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2016. Vol. 34, No 2. P. 363–375.

29. Хаустова О. О., Авраменко О. М. Деякі методологічні підходи до комплексної діагностики розладів психіки і поведінки у пацієнтів хронічним болем. *Архів психіатрії*. 2013. № 4, т. 19. С. 140–146.

30. Chapman C. Managing pain in the older person. *Nursing Standard*. 2010. Vol. 25, No 2. P. 35–39.

31. Tauben D. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults. Multimodal pain therapy: principles and indications. (2022)

32. Фіт'яло О. С., Мокрик О. Я. Спосіб експрес-оцінки вегетативної реакції людини на больовий чинник за допомогою цифрової реострації діаметра зіниці ока. Патент України № 94792 U / ЛНМУ ім. Д. Галицького, патентовласник; заявл. 21.07.2014; опубл. 25.11.2014, Бюл. № 22 /2014.

Information about the author:

Fitkalo Oleh Stepanovych,

<https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>

Candidate of Medical Sciences,

Associate Professor at the Department of Psychiatry and Psychotherapy

Faculty of Postgraduate Education,

Danylo Halatsky Lviv National Medical University

69, Pekarska str., Lviv, 79010, Ukraine