

ЛОКАЛІЗАЦІЯ СТУПЕНЯ СУБ'ЄКТИВНОЇ ВИРАЗНОСТІ БОЛЮ В ОНТОГЕНЕТИЧНІЙ РОЗГОРТЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ПУЛЬМОНОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ

Ірина САВЕНКОВА

Copyright © 2006

Постановка суспільної проблеми. Результати попередніх наших досліджень свідчать про те, що відповідно до визначеної власної одиниці часу [9, с. 123–125] є можливість передбачати місце найменшого опору у психосоматиці кожного окремого індивіда [6]. Якщо плин-перебіг хвороби набуває хронічного характеру, то, враховуючи часову розгортку, можна підрахувати періоди загострення хвороби, що виявляються у певному віці [7]. В актуалізованому предметному контексті подальший пошук доречно спрямувати на дослідження такого симптому хронічних неінфекційних захворювань, як *біль*.

Для медичної практики у зв'язку з “сигнальним” значенням болю дуже важливою є характеристика *больового відчуття*. Але труднощі об'єктивної характеристики болю пов'язані з тим, що за своїм характером біль – це суб'єктивне відчуття, котре залежить не тільки від діючого подразника, а й від психічної реакції особистості на саму біль. Більше того, донині не існує об'єктивних методів оцінки інтенсивності больового відчуття у людини. Водночас у лікарняній практиці суб'єктивній оцінці болю не надається належної уваги внаслідок її суб'єктивності. Тому в клініці усні повідомлення порівнюють з даними лікарського обстеження і доповнюють прийомом, які дозволяють контролювати ступінь суб'єктивного перебігу болю у пацієнта. Але ці прийоми не дають позитивного результату поза оцінкою болю самим хворим. Не мали успіху в оцінці кількісних та якісних аспектів відчуття болю методики експериментально спричиненого болю, використання їх у єдності з відповідними

психофізичними вимірами та обміном повідомлень пацієнтів про вплив на біль анальгетичних препаратів.

Так, електричні потенціали для вивчення сенсорних процесів у корі великих півкуль мозку людини використовували для оцінки суб'єктивної інтенсивності болю. Цей метод застосовують також для обґрунтування анальгетичного ефекту. Однак викликані потенціали мають різну амплітуду у кожного окремого індивіда, а також підлягають дії важкоздоланих суб'єктивних чинників, таких як чекання й увага. Тому сучасні методи дослідження об'єктивних фізіологічних корелятив якості та інтенсивності болю у людини не є ефективними і дієвими. Перевага надається суб'єктивній оцінці виразності болю у кожному локальному випадку хвороби. І це зрозуміло чому, адже кожен пацієнт, як підтверджує медична практика, по-різному реагує на один і той же біль, оцінює його по-різному й неоднаково сприймає вплив анальгетичних препаратів на його організм. Це вказує на те, що індивідуальна суб'єктивна оцінка є провідною в діагностиці болю, а тому потребує класифікації для свого оцінкового уможливлення кожним хворим. Відтак виникає завдання з допомогою науково-діагностичних засобів передбачити ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на хронічні неінфекційні захворювання та своєчасно провести профілактику хвороби, зважаючи на традиційні схеми медичної профілактики.

Мета дослідження – з'ясування ступеню суб'єктивної виразності болю в різні періоди біологічного циклу життя індивіда, який

страждає на хронічні пульмонологічні захворювання.

Завдання дослідження: 1) з'ясувати ступінь суб'єктивної виразності болю у хворих на хронічні пульмонологічні захворювання у різні періоди розвитку хвороби; 2) обґрунтувати зв'язок та відношення різних циклів переживання тривалості до періодів загострення, реконвалесценції та ремісії хронічних неінфекційних захворювань органів дихання; 3) зіставити ступінь суб'єктивної виразності болю з тривалістю біологічного циклу життя індивіда, котрий страждає на хронічні пульмонологічні розлади.

Авторська ідея. Наші попередні експериментальні пошуки на предмет обґрунтування у дітей суб'єктивного сприйняття болю при розладах типу "хронічні неінфекційні захворювання" виявили залежність суб'єктивної виразності болю від індивідуальних особливостей психіки хворого і дали змогу довести, що ступінь цієї виразності у ситуаціях хронічних неінфекційних захворювань узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру "τ-типів", тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію [8]. Крім того, встановлено, що існує диференціація суб'єктивної виразності больової реакції у різні періоди хвороби – загострення, реконвалесценції, ремісії. Тому відкритими в окресленому проблемному полі залишаються питання локалізації ступеня суб'єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці при розладах аналізованого типу захворювань.

Сутнісний зміст: у статті обґрунтована залежність ступеня суб'єктивної виразності болю при розладах, які властиві хронічним пульмонологічним захворюванням, від довготривалості власного біологічного циклу особи; встановлено, що ступінь цієї виразності у хворих на хронічні захворювання органів дихання узгоджується з циклами переживання тривалості.

Ключові слова: *індивід, типологічна група, великий біологічний цикл індивіда, "τ-тип", фазова сингулярність, суб'єктивна виразність болю.*

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Загалом біль – це фізіологічний феномен, який повідомляє людину про дію шкідливого чинника, або попереджає про небезпеку. Водночас це також один з універсальних симптомів, котрий проявляється при невротичних пору-

шеннях діяльності органів та систем організму в цілому. Так, згідно з даними Б.Д. Карвасарського [5], на головний біль скаржаться 58% хворих невротиками, а гастралгія зустрічається у 13,7% зазначеної групи хворих. Отож сама проблема болю не може вважатися вирішеною.

В даний час найбільш популярним вважається визначення болю, запропоноване одноіменною Міжнародною Асоціацією: "Біль – це неприємне відчуття й емоційне переживання, які виникають у зв'язку з реальною чи потенційною загрозою ушкодження органічних тканин, або імовірністю такого ушкодження" [14]. Відтак мовиться про суб'єктивний неприємний досвід, котрий може асоціюватися з дійсними чи потенційними тілесними пошкодженнями і визначається сенсорною інформацією, аферентними реакціями та когнітивними зусиллями людини.

На етапі первісного суспільства був виявлений зв'язок між почуттям болю і фізичними впливами, які викликають ушкодження частин тіла. В ідеалістичних уявленнях древніх греків причиною болю є стріли, випущені богом. Наші предки змушені були вірити вченим, котрі переконували їх у потребі і корисності больового відчуття, що накладало заборону на застосування таких протиприродних засобів, як анестетики при пологах. Сьогодні ж, навпаки, лікарі при проведенні діагностичних процедур чи операцій не можуть дозволити своїм пацієнтам страждати "для їхнього власного благополуччя". Стан болю – найвагоміша підстава для призначення ефективного лікування, що підтверджує глибоке переконання кожного в істотному негативному впливові болю на якість людського життя.

В останні роки інтерес дослідників приваблює проблема больового синдрому та його ролі у перебігу психосоматичних змін, у внутрішній картині хвороби. У цьому змістовому контексті очевидно, що біль – досить частий "гість" психосоматичних і психіатричних клінік. Ф.Г. Спір вказує на те, що він супроводжує 45–50% психіатричних хворих. На думку В.Ф. Гульгай, психогенний біль – це ті неприємні переживання чи страждання, у генезі яких значне місце посідають психологічні чинники. Сам біль при цьому може набути яскраво вираженого функціонального характеру, або існувати органічно. У першому випадку мовиться про психогенний біль невротичного

рівня, в другому – психосоматичного. Проблема психогенного болю відноситься і до психосоматичних захворювань, яким у вітчизняній літературі присвячено багато робіт. Разом з тим біль може виникнути і при незначному долученні до його генезису периферійних ланцюжків. Б.Д. Карвасарський [5, с. 345] визначав цей вид болю як “психалгію”. Він пише, що “у вченні про біль проблема психалгій є однією із складних та маловивчених”. У її вирішенні важливим видається співвідношення двох основних компонентів у переживанні – сенсорного та емоційного, тоді психалгія характеризуватиметься “не стільки сенсорною складовою, скільки емоційною реакцією особистості на захворювання” [5, с. 376]. У зв’язку з цим В.Н. Шток підкреслює, що немає підстав ототожнювати терміни “психалгія” та “психогенний біль”. Психогенний, тобто викликаний психоемоційним конфліктом, може бути і судинний, м’язовий біль (йдеться про цефалгію), який має об’єктивірусний периферійний компонент. При психалгіях останній дуже змінний. Співвідношення цих двох складових переживання болю – сенсорного та емоційного – можна подати як своєрідний індекс “психогенності” болю.

На думку, Ф.Г. Спіра у психіатричних роботах вказується принаймні на три головні концепції психогенного болю: 1) біль – це наслідок ворожості; 2) біль виникає у пацієнтів певного особистісного типу, які використовують біль як засіб комунікації; 3) біль виникає внаслідок загрози цілісності тіла.

Саме ці концепції розглядають біль як психологічний феномен. Так, одна з них використовує фрейдівську схему організації психіки на Его, Ід і Супер-Его. Зокрема, Его сприймає тіло як об’єкт і постулює, що біль виникає тоді, коли сприймається загроза за об’єктивними чи суб’єктивними причинами. Питання лишень у тому, чи є симптом органічним чи функціонально залежить від оцінки зовнішнім спостерігачем загрози для тіла. За З. Енжелом, значення симптому можна розглядати на трьох рівнях символізації: а) біль як символ ураження тіла; б) біль як комунікація, що символізує потребу в допомозі; в) біль як форма спокути провини. Гіпотеза останнього може розглядатися як субконцепція усередині підходу Т.С. Шаша. Окремі аргументи обох дослідників мають фактичне під-

твердження. У цьому аспекті Х. Мерські зауважує, що існують три механізми виникнення психогенного болю:

1. Біль як галюцинація (при шизофренії та ендогенній депресії) [17].

2. Біль, зумовлений м’язовим напруженням і васкулярною дистонією, які пов’язані з психологічними причинами (наприклад, з високим рівнем актуалізованої тривожності), котрі, своєю чергою, спричиняють зростання м’язової пружності, хоча нині існують медіатори цих болів [11].

3. Конверсійна істерія; скажімо, у чотирьох жінок, психоаналіз яких описаний З. Фройдом, біль був важливим симптомом, проте справжню частоту істерії як причини болю оцінити важко [15]; водночас є відомості про те, що істеричні механізми відіграють важливу роль у розвитку персистентного болю у психіатричних пацієнтів.

Окремі автори розглядають біль у іпохондричних пацієнтів як вираження істеричних механізмів [12]. Однак М.Д. Реймер [21] проаналізував біль, поряд з іпохондрією, як одну із категорій безсилля. Т.Е. Скарлато, А. Гінзбург [22] навели приклад болю в ногах як прояв невротичних конверсійних реакцій, а Дж.О. Рені [19] розглянув п’ять випадків психогенного болю та аргументував їх патогенез як конверсійних реакцій. Більшість ілюстрацій болю – це симптомна дія, спрямована на розв’язання несвідомих конфліктів, котра отримала назву “convask синдром”. Convек означає “сидіти на яйцях” (висиджувати яйця) та описує поведінку тих батьків, які ведуть себе так, начебто вони народили дитину і страждали від пологового болю. Така поведінка відома у багатьох культурах і була детально описана Т. Рейком [20].

На значення у переживанні болю життєвої установки людини, зумовленої його відносинами, вказували Мясіщев, Ананієв, Карвасарський, Бічер. Останній досліджував взаємостунки між виразністю поранення й інтенсивністю больового відчуття у цивільних осіб і солдатів, котрі потрапили для хірургічного лікування до шпиталю. Була відсутня залежність між величиною рани і відчуттям болю. Бічер дійшов висновку, що у переживанні болю розмір рани має менше значення, аніж емоційний компонент страждання, зумовлений конкретними відносинами хворого. Але все ж таки певний

відсоток поранених солдатів відчували нестерпний біль. Проте диференціації суб'єктивної виразності болю та індивідуальних особливостей кожного окремого хворого, на жаль, не проводилося.

Для розкриття особливостей психосемантичної структури переживання болю доречно виділити окремі компоненти болю. Дж.Б. Мюррей [18], Дж.Д. Гарді та інші [13] вводять поняття “больового досвіду” (pain experience), що за змістом враховує індивідуальну інтеграцію усіх шкідливих впливів: 1) реакцію на загрозу болю; 2) реакцію на локальні шкідливі впливи; 3) власне відчуття болю, яке супроводжується відчуттям тепла, спеки, холоду, тиску та інше; 4) реакцію на больове відчуття.

Очевидно, що при такому аналізі алгій треба виділити власне сенсорний компонент, а також когнітивну та емоціональну апперцепцію больового переживання (готовність до переживання болю), особистісну реакцію на актуальний сенсорний вплив. Ототожнення больочої чутливості з емоцією викликало заперечення групи дослідників. Так, В. Ананьев вказує, що альтернативна постановка питання: біль – емоція чи біль – відчуття характеризується метафізичністю; вона розриває сенсорно-афективну єдність болю. Біль – цільна реакція особистості, котра виявляється як у суб'єктивних переживаннях, так і в об'єктивній діяльності [1, с. 123].

Відповідно до вчення М.І. Аствацатурова важливу роль у переживанні больочого відчуття відіграє чекання болю і ставлення до нього, від чого значною мірою залежать “межі витривалості” до болю і можливості його здолання. Чекання, “страх болю”, за Аствацатурова, є примітивною формою емоції страху взагалі. “Біль та емоція являють собою надзвичайно міцно пов'язану спільність на рівні біогенетичних коренів, біологічної сутності” [3, с. 236]. Обґрунтовуючи це положення, вчений пише, що функціональне призначення больочого почуття полягає не в дискримінативній функції розрізнення якості зовнішнього впливу, а в афективному переживанні почуття неприємного, котре стимулює віддалення від відповідного об'єкта. А це зумовлено індивідуальними особливостями кожної окремої особи, котрі й визначають її індивідуальне переживання болю.

Р. Мелзак, В.С. Торґенсон [16] запропонували метод тривимірної семантичної дискрипції

болю, розрізнивши його головні параметри – сенсорний, афективний, еквалюативний. Когнітивний вимір болю почасти враховується в афективному параметрі (біль – перешкода, досада, страждання, мука, катування), але у цілому не знаходить у ньому свого належного місця. Водночас є підстави констатувати важливість діагностики саме когнітивного компонента больового досвіду. Х.К. Бічер [10] спостерігав, що більша частина поранених американських солдат заперечували у себе біль, або говорили, що біль настільки незначний, що вони не потребують анальгетиків. Коли їх привозили до шпиталю, то тільки один з них просив морфій. Коли дослідник повернувся до клінічної практики анестезіолога, то відмітив, що чотири з п'яти громадських осіб, які відчували подібний солдатам біль, вимагали знеболювання морфієм. Автор висловив таке припущення: солдати залишилися живі тому, що їм більше не потрібно йти у бій, а це докорінно змінювало їхнє переживання болю. Отож біль може вивчатися як відчуття, як перцепція, як установка і як емоційна поведінка. Прикро, але цитований автор не проводить диференціації індивідуального переживання болю кожним окремим пацієнтом.

Вивченню умов, які визначають інтенсивність больового відчуття, присвячені численні дослідження. Вони з переконливістю показали, що переживання болю особою залежить як від величини роздратування (насамперед від його сили, тривалості і якості), так і від індивідуальної реактивності організму, функціонального стану його нервової системи, котрий, своєю чергою, залежать від кількох факторів, у тому числі й психологічних. Підкреслюючи не абсолютне значення кожного із зазначених компонентів, які визначають суб'єктивне переживання болю, Данієлополу справедливо пише, що біль може викликатися не тільки “ненормально інтенсивним роздратуванням нормального чуттєвого шляху, але й нормальним роздратуванням гіперреактивного чуттєвого шляху”. В будь-якому разі на сьогодні вчення про біль – одна з центральних проблем біології, медицини і психології. П. Анохін визначав біль як своєрідний психічний стан людини, зумовлений сукупністю фізіологічних процесів центральної нервової системи, викликаних до життя яким-небудь надсильним чи руйнівним роздратуванням [2, с. 23].

На відміну від інших видів чутливості больове відчуття виникає під впливом таких зовнішніх роздратувань, що ведуть до руйнування організму чи загрожують цим руйнуванням. Для медичної практики, у зв'язку з "сигнальним" значенням болю, дуже важливою є об'єктивна характеристика виразності больового відчуття. Труднощі і складність цієї оцінки пов'язані з тим, що за своїм характером біль – це передовсім суб'єктивне відчуття, котре залежить не тільки від величини зухвалого її подразника, а й від психічної, емоційної реакції особистості на біль. "Будучи прикордонною проблемою загальної нейрофізіології і науки, що вивчає первинні форми відчуттів, тобто стани суб'єктивного характеру, – писав П.К. Анохін – біль може мати величезний пізнавальний зміст, утворюючи опорну віху на великій і важкій дорозі матеріалістичного аналізу психічних станів" [2, с. 37]. "Ми не рівні перед болем", – підкреслює Лериш. Цей двоїстий характер болю пояснює, чому не тільки у широкій лікарській практиці, а й у працях видатних представників медицини зустрічається недооцінка значення для діагностики ступеня суб'єктивного переживання болю. Так, Пирогов писав, що "на перев'язних пунктах, де збирається стільки страждальників, лікар повинен уміти розрізнати щире страждання від удаваного. Він має знати, що ті поранені, котрі сильніше інших кричать і волають, не завжди самі важкі і не завжди їм першим треба надавати невідкладну допомогу".

У дослідженні А.Н. Давидовою [4] рухового поведження людини в ситуації больового переживання було встановлено, що відповідна реакція руки на болісний подразник (електричний струм, що подається за допомогою хронаксиметру) не може бути зведена до мимовільного руху біологічного порядку, як стверджували ще представники рефлексологічного напрямку в психології. Насправді існує багата картина індивідуальних варіацій відповідних рухів руки, найтіснішим чином пов'язаних з характерологічними особливостями людини і з її загальним стилем рухового поведження. Отже, усі ці дані з безсумнівною говорять про те, що відповідний рух руки людини на біль не може бути розглянутий як випадкова, нічим не пов'язана з особистістю рухова реакція, а тим більше, як рухова

реакція винятково рефлекторного типу. Те, що кожен обстежуваний зберігає свій особливий стиль відповідного руху руки, незалежно від характеру пережитого ним болю (тут мовиться тільки про експериментальний біль), підтверджує раніше висунуте нами припущення: форма рухової реакції руки людини на біль є чимось визначеним і стійким, а відтак і частиною характерного. В. Ананьєв також вказує на значення в оволодінні болем, у зміні "меж витривалості" до болю свідомої установки людини. Саме у цій зміні "меж витривалості", а не в абсолютній болючій чутливості, на його думку, виявляється особистість людини у її ставленні до болю [1, с. 234].

У феномені психалгії відображається єдність фізіологічного і психологічного, об'єктивного і суб'єктивного, відчуття й емоції. Основним у характеристиці психалгії є не відсутність сенсорної складової (об'єктивізація його в кожному випадку залежить лише від наших технічних можливостей), а вирішальне значення у їхньому переживанні належить психодуховному виміру болю, реакції особи на біль. Змістовний аналіз цієї реакції вимагає вивчення індивідуально-психологічних особливостей особистості та її ставлення до болю. Ми звернулися до розгляду цього питання, зважаючи на індивідуальні особливості динамічного переживання часу та дані узагальнених профілів зазначеної категорії хворих.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Питання суб'єктивної виразності болю при хронічних пульмонологічних розладах далеко від свого повного вирішення. На наш погляд, його можна сформулювати так: чи має суб'єктивна виразність болю часову розгортку і чи узгоджується ступінь суб'єктивної виразності болю із тривалістю біологічного циклу життя індивіда?

Виклад основного матеріалу дослідження й отриманих наукових результатів дослідження. Наше завдання полягало в тому, щоб зіставити результати оцінки ступеня суб'єктивної виразності болю із періодами тривалості біологічного циклу життя індивіда. Для його виконання обстеженню підлягали діти, котрі перебували на різних етапах захворювання. Зокрема, їх вивчення у період загострення хво-

Таблиця 1

Суб'єктивна виразність болю у фазі загострення хвороб дихання у дітей

Група	«т-тип»	С	Роки за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			1¼ С	Ступінь болю	1½ С	Ступінь болю	1¾ С	Ступінь болю	
Діти (13осіб)	0,7≤τ≤0,72	6,0	7,5	7	9,0	6	10,5	7	7
Діти (12осіб)	0,73≤τ≤0,75	6,29	7,8	7	9,4	6	11,2	7	7
Діти (8осіб)	0,76≤τ≤0,79	6,64	8,3	6	10	7	11,6	7	7
Діти (13осіб)	0,8≤τ≤0,83	6,9	8,6	6	10,3	6	12,0	7	6
Діти (11осіб)	0,84≤τ≤0,86	7,2	9	7	10,8	6	12,6	7	7

роби проводилося на стаціонарному лікуванні, а на етапах ремісії та реконвалесценції – під час поліклінічного обстеження.

Статистичні роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на органи дихання під час загострення хвороби зведені у **табл. 1**.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на органи дихання максимальна суб'єктивна оцінка болю – 6–7 балів – виявляється у віці, який співпадає з кінцем 1 ¼ С (відповідно роки за циклами: 7,5 років; 7,8 років; 8,3 років; 8,6 років; 9 років); 1 ½ (відповідно: 9,0 років; 9,4 років; 10,0 років; 10,3 років;

10,8 років); РЛС (відповідно: 10,5 років; 11,2 років; 11,6 років; 12,0 років; 12,6 років).

Статистичні роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на органи дихання у період реконвалесценції подані у **табл. 2**.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на органи дихання середній показник суб'єктивної оцінки болю – 4–5 балів (гострий біль) – виявляється у віці, який співпадає з кінцем 1 ⅓ С (відповідно роки за циклами: 8,0 років; 8,3 років; 8,8 років; 9,2 років; 9,6 років);

1 ⅞ С (відповідно: 9,5 років; 9,9 років; 10,5 років; 10,9 років; 11,4 років) (**рис.**).

Таблиця 2

Суб'єктивна виразність болю у фазі реконвалесценції хвороб дихання

Група	«т-тип»	С	Роки за циклами та ступінь болю				Сер. показник ступеня болю
			1½ С	Ступінь болю	1⅞ С	Ступінь болю	
Діти (9осіб)	0,7≤τ≤0,72	6,0	8,0	5	9,5	5	5
Діти (16осіб)	0,73≤τ≤0,75	6,29	8,3	4	9,9	4	4
Діти (8осіб)	0,76≤τ≤0,79	6,64	8,8	4	10,5	5	4,5
Діти (12осіб)	0,8≤τ≤0,83	6,9	9,2	5	10,9	4	4,5
Діти (16осіб)	0,84≤τ≤0,86	7,2	9,6	4	11,4	5	4,5

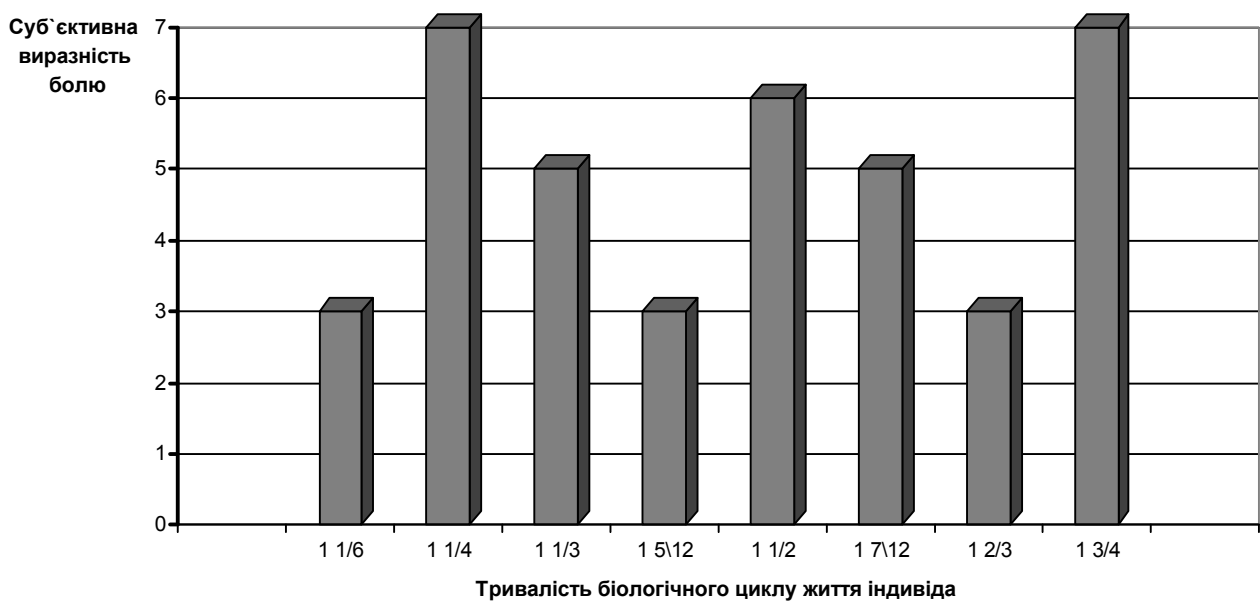


Рис.

Розподіл ступеня суб'єктивної виразності болю щодо періоду біологічного циклу життя хворих на органи дихання

Статистичні роки обстежених дітей та ступінь суб'єктивної виразності болю хворих на органи дихання у період ремісії зведені **у табл. 3**.

Порівняння статистичних років та ступеня суб'єктивної оцінки болю показує, що у хворих на органи дихання мінімальна суб'єктивна оцінка болю – 1–2–3 балів – характерна для віку, який співпадає з кінцем $1\frac{1}{6}C$ (відповідно роки за циклами: 10,9 років; 7,0 років; 7,3 років; 8,8 років);

$1\frac{5}{12}C$ (відповідно: 13,2 років; 8,5 років; 8,9 років; 9,3 років);

$1\frac{2}{3}C$ (відповідно: 15,5 років; 10,0 років; 10,4 років; 11,0 років)

Отже, є всі підстави стверджувати, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводять до максимальної суб'єктивної виразності больової реакції.

ВИСНОВКИ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

1. Ступінь суб'єктивної виразності болю чітко узгоджується із власною одиницею часу індивіда у типологічній групі безперервного спектру “ τ -типів”, тобто має чітку вікову та типологічну локалізацію.

Таблиця 3

Суб'єктивна виразність болю у фазі ремісії хвороб дихання у дітей

Група	« τ -тип»	С	Роки за циклами та ступінь болю						Сер. показник ступеня болю
			$1\frac{1}{6}C$	Ступінь болю	$1\frac{5}{12}C$	Ступінь болю	$1\frac{2}{3}C$	Ступінь болю	
Діти (12 осіб)	$1,0 < \tau \leq 1,1$	9,35	10,9	1	13,2	2	15,5	2	2
Діти (8 осіб)	$0,7 \leq \tau \leq 0,72$	6,0	7,0	1	8,5	2	10,0	1	2
Діти (5 осіб)	$0,73 \leq \tau \leq 0,75$	6,29	7,3	3	8,9	3	10,4	2	3
Діти (9 осіб)	$0,76 \leq \tau \leq 0,79$	6,63	8,8	3	9,3	4	11,0	3	3

2. Індивідуальна “С-метрика” суб’єктивної виразності больової реакції визначається законом суб’єктивного відліку часу і залежить від тривалості великого “кроку” (τ).

3. Незалежно від індивідуальної розмірності великого біологічного циклу точки суб’єктивної виразності болю визначаються єдиною “С-метрикою” на життєвому шляху особистості з різним типом хронічних пульмонологічних розладів.

4. Порівняння статистичних років та ступеня суб’єктивної виразності болю показує, що у хворих на хронічні неінфекційні захворювання органів дихання максимальна суб’єктивна оцінка болю – 6–7 балів – виявляється у віці, який співпадає з кінцем $1^{1/4}$ С; $1^{1/2}$ С; $1^{3/4}$ С; середній ступінь суб’єктивної виразності болю – 4–5 балів (гострий біль) характерний для віку, який співпадає з кінцем $1^{1/3}$ С; $1^{7/12}$ С; мінімальний ступінь такої виразності болю – 1–3 бали (слабкий, тупий біль) – притаманний віку, який співпадає з кінцем $1^{1/6}$ С; $1^{5/12}$ С; $1^{2/3}$ С.

5. Експериментально доведено, що моменти проходження хворим фазової сингулярності призводять до максимальної суб’єктивної виразності больової реакції.

6. Встановлена диференціація суб’єктивної виразності больової реакції залежно від “ τ -типу” важлива у медицині, тому що її відстеження дасть змогу лікарю передбачати її ступінь у кожного окремого хворого при загостреннях хронічних неінфекційних захворювань в онтогенезі та своєчасно проводити профілактику захворювання.

7. В актуалізованому психопредметному контексті подальший пошук доречно спрямувати на дослідження узгодження між суб’єктивною оцінкою (болем) та довготривалістю

великого біологічного циклу життя індивіда, котрий страждає на хронічні неінфекційні неврологічні розлади.

1. *Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья. – СПб: Питер, 1998. – 352 с.
2. *Анохин П.К.* Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 224 с.
3. *Астацатуров М.И.* Избранные труды: в 20 т. – Л.: Наука, 1939. – Т. 20: Обзор современного положения проблемы боли. – 358 с.
4. *Давыдова А.Н.* Переживание боли при различных болевых раздражителях // Исследование по проблеме чувствительности. – Т. 13 Трудов Института Мозга им. В.М. Бехтерева. – Л.: Наука, 1940. – С. 127–145.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психосоматические аспекты боли. Клиническая психология. – СПб: Питер, 2002. – 950 с.
6. *Савенкова І.І.* Локалізація симптомів хронічних неінфекційних захворювань у типологічних групах // Вісник ОНУ. – Серія “Психологія”, 2003. – Том 8. – Випуск 10. – С. 132–145.
7. *Савенкова І.І.* Фактор часу та проблема психодіагностики гастроентерологічних розладів // Психологія і суспільство. – 2005. – №1. – С. 92–99.
8. *Савенкова І.І.* Суб’єктивна виразність болю при розладах типу хронічні неінфекційні захворювання // Вісник ОНУ. – Серія “Психологія”, 2004. – Том 9. – Випуск 11. – С. 23–34.
9. *Цуканов Б.Й.* Время в психике человека. – Одесса: Астропринт, 2000. – 220 с.
10. *Beecher H.K.* Measurement of Subjective Responses. – New York: Oxford Univ. Press, 1959. – 134 p.
11. *Engel G.Z.* Studies of ulcerative colitis: IV. The significance of headaches // Psychosom Med. – 1956. – 18, 334.
12. *Guze S.B. and Perley M.J.* Observation on the natural history of hysteria // Amer. J. Psychiat. – 1963. – 119, 960.
13. *J.D. Hardy, Wolf H.G. and Goodel H.* Pain. – Controlled and uncontrolled // Science. – 1975, 117. – P. 164–165.
14. *Mendelson G.* Pain I. Basis mechanisms. – Med. J. Aust., 1981. – 19, Nol. – P. 106–109.
15. *Merskey H.* The characteristics of persistent pain in psychological illness // J. of Psychosomatic Research. – 1965. – P. 198–291.
16. *Melzack R. and Wall P.* Pain: Psychological and Psychiatric Aspects. – London: Baillere, Tindall and Cassell, 1967. – 363 p.
17. *Muriiti, Chindia.* Pain: clinical and experimental perspectives. – New York, Oxford Univ. Press, 1993. – 432 p.
18. *Murray J.B.* Psychology of pain experience // Pain: clinical and experimental perspectives. Ed. by M. Weisenberg. – Sant Louis: The C.V. Mosby Company, 1975. – P. 36–44.
19. *Raney J.O.* Pain, emotion and a rationale for therapy // Northwest Med. – 1970. – 69. – P. 659–661.
20. *Reik T.* Convade and the psychogenesis of the fear of retiation // Ritual: Psychoanalytic Studies. – London: Hozarth, 1931. – P. 34–65.
21. *Reimer M.D.* Disability determinations of disorders based on emotional factors // Industrial Medicine and Surgery. – 1967. – 36. – P. 347–351.
22. *Sgarlato T.E., Ginsburg A.* Psychic pain, a case report // J. of the Amer Pediatric Assoc. – 1970. – 60. – P. 247–248.

Надійшла до редакції 14.09.2005.