

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного навчання
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: **«Психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними
захворюваннями та хронічним болем»**

Виконала студентка 2 курсу групи ЗМГз – 21
спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
Димченко Анна Миколаївна

Керівник – кандидат психологічних наук, доцент
Гільман Анна Юріївна
Рецензент – доктор психологічних наук, доцент
кафедри психології
Матласевич Оксана Володимирівна

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

_____ (професор, д.м.н. Гущук І.В.)

Протокол № _____ від « ____ » _____ 2025 р.

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ.....	7
1.1. Психологічні аспекти соматичних захворювань: огляд наукових підходів ..	7
1.2. Вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнта	12
1.3. Психологічні механізми адаптації до соматичних захворювань та болю....	16
Висновки до першого розділу.	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ.....	23
2.1. Методологія та організація дослідження.....	23
2.2. Результати емпіричного дослідження пацієнтів із різними соматичними захворюваннями	28
2.3. Взаємозв'язок хронічного болю з рівнем тривожності, депресії та когнітивними процесами	42
Висновки до другого розділу	47
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ.....	49
3.1. Психотерапевтичні підходи до роботи з пацієнтами із соматичними захворюваннями.....	49
3.2. Методи подолання хронічного болю: психологічні стратегії та техніки.....	54
3.3. Роль психолога у процесі реабілітації пацієнтів із хронічним болем	58
Висновки до третього розділу	66
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	70
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми. Соматичні захворювання та хронічний біль є серйозними проблемами сучасної медицини, оскільки вони не тільки викликають фізичні страждання, а й значно впливають на психологічний стан пацієнтів. Хронічний біль, який супроводжує численні захворювання, може мати широкий спектр психоемоційних наслідків, таких як тривожність, депресія, зниження якості життя та соціальна ізоляція. Психологічні особливості пацієнтів із соматичними захворюваннями потребують детального вивчення, оскільки ефективна психотерапевтична допомога здатна значно покращити не лише емоційний, але й фізичний стан таких пацієнтів. Сучасні методи психологічної корекції можуть значно знизити вплив хронічного болю та допомогти пацієнтам адаптуватися до життя з тривалими фізичними обмеженнями.

Мета дослідження: дослідити психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем

Завдання дослідження:

- 1) проаналізувати наукові підходи до вивчення психологічних особливостей соматичних захворювань та хронічного болю;
- 2) охарактеризувати вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнтів;
- 3) оцінити психологічні механізми адаптації до тривалих соматичних захворювань та болю;
- 4) провести емпіричне дослідження психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем;
- 5) розробити практичні рекомендації для психологів щодо роботи з пацієнтами з різними соматичними захворюваннями, які страждають від хронічного болю.

Об'єкт дослідження: пацієнти з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем.

Предмет дослідження: психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями, які страждають на хронічний біль.

Теоретико-методологічними засадами дослідження послужили: про психологію болю (Щербань О. В, Юрченко Н. В, Ярмоленко О. О та ін.), про психологічні аспекти лікування пацієнтів із хронічним болем та соматичними захворюваннями (Андрєєва Л. С, Герасименко І. В, Боровик І. І, Костенко І. В та ін.), про вплив соматичних захворювань на психоемоційний стан людини (Бабенко Н. В, Мельник О. В та ін.), про вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнтів (Ковальчук О. В, Задорожний М. І, Герасименко І. В та ін.), про психологічні аспекти реагування на біль (Дорошенко О. І, Костенко І. В, Лаврова Т. О та ін.), про психотерапевтичні методи роботи з пацієнтами з соматичними захворюваннями та хронічним болем (Острошко Н. С, Усенко Т. С, Федорова Л. С та ін.), також методи психологічної адаптації пацієнтів із хронічними болями та соматичними захворюваннями (Хаустов О. М, Чумак С. А, Шевченко Т. П та ін.),

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз, синтез, систематизація, порівняння та узагальнення наукової літератури з проблем дослідження емоційного інтелекту молоді у проживанні травматичного досвіду війни; *емпіричні:* Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг, методика вимірювання рівня тривожності Спілбергера – Ханіна (Spielberger–Hanin), опитувальник оцінки соматичних симптомів у пацієнтів SSS-8 (скорочена версія PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15), шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) (M. Sullivan) для оцінки когнітивно-емоційних аспектів сприйняття болю; Фрайзбурзький особистісний опитувальник (FPI); методика оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); *математико-статистичні* (критерії кореляції Пірсона та Спірмена).

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягає в тому, що вперше здійснено інтеграцію сучасних психотерапевтичних методик з урахуванням специфіки психоемоційного стану таких пацієнтів; *уточнено*

розуміння щодо психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем, *емпірично досліджено*, що домінуючими проявами у пацієнтів із хронічним болем є виражена румінація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості; домінуючими проявами у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями є виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги; домінуючими проявами у пацієнтів із діабетом є виражена румінація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, низький рівень стресостійкості, присутнє відчуття безпорадності; домінуючими проявами у пацієнтів із неврологічними захворюваннями є виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги; розкрито взаємозв'язок хронічного болю з рівнем тривожності, депресії та когнітивними процесами; *здобуло подальшого розвитку* розуміння психоемоційного стану пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем.

Практичне значення роботи: Результати дослідження можуть бути використані для розробки психологічних стратегій та методів, які допоможуть пацієнтам з хронічними болями покращити якість життя. Робота також може бути корисною для психологів, медичних працівників та соціальних працівників, які працюють з пацієнтами, що страждають від тривалих соматичних захворювань, а також викладачам ЗВО під час читання навчальних дисциплін «Психосоматика», «Психологія здоров'я», «Психічне здоров'я» «Психологічна реабілітація», «Психологія здоров'я», «Кризові стани» та ін.

Апробація результатів дослідження. Теоретичні й емпіричні результати дослідження було представлено на науковій конференції: XXX наукова викладацько-студентська конференція «Дні науки» в Національному університеті «Острозька академія» (м. Острог, 13 травня 2025 р). Анпілогова

А.М., тема доповіді «Психологічні особливості пацієнтів із різними соматичними захворюваннями та хронічним болем».

Структура роботи: Дипломна робота складається з трьох розділів, що включають теоретичний огляд проблеми, емпіричне дослідження та практичні аспекти щодо вивчення особливостей пацієнтів із різними соматичними захворюваннями та хронічним болем. В кінці роботи подано висновки, список використаних джерел та додатки. Кількість таблиць 8 та рисунків 8. Обсяг основного тексту становить: 95 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ

1.1. Психологічні аспекти соматичних захворювань: огляд наукових підходів.

Соматичні захворювання, особливо ті, що мають хронічний характер, мають значний вплив не лише на фізичний стан пацієнтів, але й на їхній психологічний стан. Психологічні методи соматичних захворювань є значною складовою сучасної медицини, оскільки психічний стан пацієнта може як впливати на розвиток захворювання, так і, у свою чергу, бути результатом його прогресування. Вивчення цього взаємозв'язку є помітним для розуміння, як фізичні недуги можуть трансформуватися в психологічні проблеми та як психіка людини може адаптуватися до тривалих страждань. Сучасні наукові дослідження визначають соматичні захворювання як порушення функцій і структур організму, які мають фізичні, а інколи й психологічні прояви. Однак на відміну від органічних порушень, які зумовлені зовнішніми факторами (інфекції, травми), соматичні захворювання можуть бути наслідком або супутником психоемоційних стресів, що збільшують їхню тривалість і складність. Така концепція базується на холістичному підході до здоров'я, який передбачає взаємозв'язок між тілесними і психічними процесами [1,с.35].

Особливої уваги заслуговує хронічний біль, що є наслідком багатьох соматичних захворювань, таких як артрит, фіброміалгія, неврологічні порушення, серцево-судинні захворювання та інші. Хронічний біль має не лише фізичні прояви, але й суттєво впливає на емоційний стан пацієнта. Він може стати джерелом депресії, тривоги, соціальної ізоляції та зниження якості життя. Визначення хронічного болю в медичній практиці є різноманітними, однак більшість підходів наголошують на його тривалості, яка перевищує 3-6 місяців. Біль, що не має фізіологічної обґрунтованості або довготривалий після

лікування соматичних захворювань, розглядається як самостійний синдром, який потребує окремого психологічного підходу до лікування. У той же час, психічний стан пацієнта може значно змінювати сприйняття болю, посилюючи його інтенсивність або, навпаки, зменшуючи. Психологічні елементи соматичних захворювань включають різноманітні реакції пацієнтів на свою хворобу, серед яких можна виділити тривогу, депресію, стрес, страх перед невизначеністю майбутнього. Деякі пацієнти можуть переживати кризу ідентичності, оскільки хронічні хвороби змінюють їхнє уявлення про себе, знижують соціальну активність і можуть викликати почуття безпорадності та низької самооцінки.

Часто пацієнти стикаються з необхідністю адаптації до обмежень, пов'язаних із хворобою. Адаптація, в свою чергу, є складним психологічним процесом, що включає зміни в поведінці, емоційному стані та когнітивних установках особи. Вона передбачає пошук шляхів подолання внутрішнього конфлікту між бажанням зберегти колишній спосіб життя та необхідністю прийняти нові умови. Цей процес може бути довготривалим і супроводжуватися етапами заперечення, злості, депресії та прийняття. Психологічний вплив соматичних захворювань на пацієнта може бути різним, залежно від характеру хвороби, її тяжкості та тривалості. Однак, на думку багатьох дослідників, більшість пацієнтів, що страждають від хронічних захворювань, проходять через схожі етапи психоемоційної реакції, які з часом можуть стати звичними для них, якщо вони навчилися справлятися з болем або іншими симптомами. Ключовим елементом тут є здатність людини розпізнавати свої емоції та шукати відповідні методи підтримки [2,с.56].

Серед значних психологічних акцентів також варто відзначити роль когнітивних процесів у сприйнятті болю. Пацієнти, що мають схильність до негативного мислення, схильні до перебільшення болю, що призводить до посилення болючих відчуттів. Підкреслює важливість використання когнітивно-поведінкових методів у лікуванні хронічного болю. Вони спрямовані на корекцію негативних переконань і покращення адаптаційних

стратегій пацієнтів. Помітних методів є психосоціальний вплив хвороби на пацієнта. Соматичне захворювання може викликати у пацієнта соціальну ізоляцію, зниження соціальної активності, порушення сімейних відносин, а також труднощі в роботі чи навчанні. Тривалий біль або фізичні обмеження можуть призвести до змін у взаємодії з оточенням, адже пацієнти часто переживають стрес або сором через свої обмеження, що може впливати на їхню здатність будувати соціальні зв'язки.

Врахування психологічних методів у лікуванні соматичних захворювань є необхідним для підвищення ефективності терапевтичного процесу. Психологічна підтримка пацієнтів, зокрема, шляхом психотерапевтичних методик, може допомогти знизити рівень стресу, тривожності та депресії, а також сприяти швидшому фізичному відновленню. Особливо значно у контексті лікування хронічних захворювань, де психологічний супровід здатен істотно впливати на успішність терапії та загальну якість життя пацієнта. Психологічні аспекти соматичних захворювань охоплюють цілу низку різноманітних тем і підходів, що дозволяють лікарям і психологам ефективно допомагати пацієнтам справлятися з наслідками хвороби. Оскільки кожен пацієнт є унікальним, варто враховувати індивідуальні особливості його психологічного стану, що дозволить розробити оптимальні стратегії допомоги. Подальші дослідження психологічних акцентів соматичних захворювань виявляють важливість не лише психоемоційної підтримки пацієнтів, а й їхнього психологічного стресу, що виникає через тривалий і виснажливий характер болю. Психологічний стрес, пов'язаний з хронічним болем, є двостороннім процесом, у якому болючі відчуття посилюють психологічну напругу, а стрес, своєю чергою, може сприяти погіршенню фізичного стану. Такі стани потребують інтеграції психотерапевтичних методів, спрямованих на зниження рівня стресу та полегшення болю [5,с.112].

Згідно з теорією стресу, запропонованою Гансом Сельє, тривала фізична біль є значним фактором стресу, який може призводити до хронічного психічного і фізичного виснаження. Залежно від інтерпретації болю, пацієнт

може переживати або адаптацію до болю, або постійний стресовий стан, що знижує здатність організму до ефективного боротьби з іншими хворобами. Відомо, що люди, які відчувають біль, часто перебувають у постійному стані тривоги, що має негативний вплив на їхнє психічне здоров'я. Крім того, дослідження також показують, що у пацієнтів із хронічним болем часто спостерігається порушення когнітивних функцій. Хронічний біль може призводити до зниження концентрації уваги, порушення пам'яті та здатності до прийняття рішень. Ці когнітивні порушення можуть ускладнювати повсякденну діяльність пацієнтів і погіршувати їхнє загальне психологічне самопочуття. Таким чином, значною складовою комплексного лікування таких пацієнтів є корекція когнітивних функцій, що включає тренування пам'яті, уваги та інші методи нейропсихологічної реабілітації. Також значну роль у психоемоційному стані пацієнтів із соматичними захворюваннями відіграє соціальна підтримка. Пацієнти, які мають доступ до підтримки з боку родини, друзів та медичних працівників, значно легше переживають стрес, пов'язаний з хронічним болем. Соціальна ізоляція може значно посилити депресивні стани, відчуття самотності і безнадійності. Лікувальні програми, орієнтовані на групову терапію, соціальні мережі підтримки та інші інтерактивні стратегії, можуть допомогти пацієнтам відновити соціальні зв'язки і покращити їхній психоемоційний стан [36,с.129].

Значущим психологічним акцентом є також відчуття контролю над власним життям. Пацієнти з хронічними захворюваннями часто відчувають себе безпорадними, особливо коли не можуть здійснити звичні дії, пов'язані з роботою, особистим життям або навіть базовими фізіологічними потребами. У таких випадках варто працювати з почуттям власної спроможності пацієнта — стимулювати його здатність приймати активну участь у власному лікуванні та адаптації до нових умов. Психологічна реабілітація, спрямована на відновлення внутрішнього ресурсу пацієнта та надання йому можливості контролювати своє життя, є важливою складовою терапії. Терапевтичні підходи до роботи з пацієнтами, які страждають від хронічного болю, часто включають

використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). КПТ дозволяє пацієнтам змінити своє ставлення до болю та навчитися управляти емоційними реакціями на біль. Дослідження показують, що КПТ може значно зменшити тривогу і депресію, а також підвищити здатність пацієнтів до саморегуляції, що є особливо помітним для людей, які переживають хронічний біль. Цей підхід допомагає пацієнтам навчитися розпізнавати негативні переконання, що підсилюють біль, і замінювати їх на більш конструктивні. Іншою помітною частиною лікування є методи релаксації, такі як медитація, йога та дихальні вправи. Вони дозволяють знизити рівень стресу і тривоги, покращити фізичне самопочуття і зменшити інтенсивність болю. Психологічні тренінги, які включають елементи релаксації, можуть стати ефективними в рамках комплексної терапії хронічного болю, сприяючи покращенню загального стану пацієнта [39,с.54].

Серед когнітивно-поведінкових стратегій також слід згадати техніки управління болем, такі як перенаправлення уваги, що допомагають пацієнтам переключитися з болю на більш нейтральні чи приємні стимули. Дослідження доводять, що коли люди з хронічним болем активно залучаються в діяльність, що відволікає, вони відчують значне полегшення. Може включати заняття хобі, соціальні активності або навіть прості фізичні вправи, які допомагають змістити фокус уваги з болю на більш позитивні елементи життя. На тлі вивчених методів психологічного лікування, варто зазначити, що вплив хронічного болю може значною мірою варіювати залежно від індивідуальних психічних та емоційних характеристик пацієнта. Означає, що для кожного пацієнта потрібно підбирати індивідуальний підхід. Пацієнти з різними типами особистості можуть по-різному реагувати на однакові методи терапії, тому значення має не тільки метод, але й персоналізована адаптація лікування до особливостей психічного здоров'я.

Таким чином, психологічні аспекти соматичних захворювань є складним і багатограним напрямом досліджень, що охоплює вплив болю на психічний стан, а також способи адаптації та корекції психоемоційних реакцій пацієнтів.

Застосування багатокомпонентних підходів до лікування та реабілітації, з урахуванням психічних, емоційних і соціальних аспектів, є основним кроком у комплексному підході до лікування соматичних захворювань, сприяючи покращенню якості життя пацієнтів.

1.2. Вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнта.

Хронічний біль є не тільки фізіологічним симптомом, але й потужним фактором, що впливає на психоемоційний стан пацієнта. Відчуття болю, що триває протягом тривалого часу, має потенціал спричинити або поглибити різноманітні психічні розлади, що, в свою чергу, ускладнюють лікування і реабілітацію пацієнта. Біль, що стає хронічним, супроводжується значними психологічними змінами, які можуть призвести до розвитку тривожних і депресивних розладів, а також порушення когнітивних функцій, таких як увага, пам'ять та здатність до концентрації. Хронічний біль часто сприймається як непереборний бар'єр, який обмежує людину у фізичних та соціальних методах життя. Пацієнти, які стикаються з болем тривалий час, зазвичай переживають відчуття безпорадності, що є однією з основних рис депресії. Відсутність надії на покращення стану, разом з постійною фізичною напругою через біль, може призводити до розвитку глибокої апатії та емоційного виснаження. Вони можуть відчувати втрату контролю над власним життям, що загострює відчуття безпорадності [9,с.47].

Крім того, хронічний біль часто супроводжується високим рівнем тривожності. Страх перед болем, переживання з приводу його посилення або виникнення нових фізичних ускладнень посилює тривогу та нервозність. Пацієнти можуть бути постійно на поготові, що спричиняє не лише психічне, але й фізичне виснаження. Виникає замкнуте коло: біль викликає тривогу, а тривога погіршує сприйняття болю, роблячи його більш інтенсивним. Депресивні розлади є одними з найпоширеніших психологічних наслідків хронічного болю. Пацієнти часто відчують себе ізольованими від соціуму, що посилює почуття самотності. Втрата можливості займатися звичними

повсякденними справами, такими як робота, навчання або дозвілля, може викликати у пацієнтів відчуття беззмістовності життя. Залежно від інтенсивності болю, це може призвести до серйозних депресивних розладів, які потребують специфічного психотерапевтичного втручання.

Помітною складовою психоемоційних змін є також зміна самооцінки пацієнтів. Тривалий біль часто призводить до зниження впевненості у власних силах і здібностях. Втрата звичної соціальної активності, а також відчуття, що інші не розуміють тяжкості болю, можуть спричинити у пацієнтів почуття вразливості та низької самооцінки. Вони починають відчувати себе «неповноцінними», що лише погіршує їхнє емоційне самопочуття і ще більше загострює депресивні симптоми. Особливо важливим є також вплив болю на когнітивні процеси. Хронічний біль, особливо якщо він не піддається лікуванню або недостатньо контролюється, може призводити до порушень концентрації уваги та пам'яті. Постійний біль відволікає людину від повсякденних справ, знижуючи її здатність зосереджуватись на роботі, навчанні чи інших значних акцентах життя. Порушення когнітивних функцій може також призвести до труднощів у сприйнятті нової інформації, що негативно позначається на здатності адаптуватися до змін у житті. Ці порушення можуть ускладнити комунікацію пацієнтів з медичними працівниками, оскільки вони не завжди можуть чітко висловити свої потреби або переживання. Як результат, це може ускладнити процес діагностики та лікування. Пацієнти з хронічним болем можуть мати труднощі з розумінням медичних порад або рекомендацій, що сприяє їхній пасивності в лікувальному процесі [12,с.89].

Соціальна ізоляція є ще однією значною проблемою для пацієнтів із хронічним болем. Зазвичай через постійний біль люди зменшують свою активність, уникають спілкування з іншими людьми, що призводить до посилення емоційної ізоляції. Така ізоляція може мати серйозні наслідки для психічного здоров'я, оскільки пацієнти відчують себе покинутими або незрозумілими. Соціальна підтримка є важливою для пацієнтів з хронічним

болем, адже вона допомагає подолати відчуття самотності, підтримує оптимістичне ставлення до лікування та покращує якість життя. Також значним фактором є постійний стрес, який супроводжує хронічний біль. Відчуття болю, яке не припиняється, змушує організм постійно знаходитися в стані напруження. Це може призвести до розвитку додаткових розладів, таких як підвищення рівня кортизолу (гормону стресу) в крові, що має негативний вплив на імунну систему та загальний стан здоров'я. Тривалий стрес також може сприяти розвитку захворювань серцево-судинної системи, підвищення артеріального тиску, що ще більше ускладнює перебіг хвороби. Для багатьох пацієнтів хронічний біль може стати джерелом постійної тривоги за власне майбутнє. Тривале перебування в болю може формувати відчуття невизначеності щодо майбутнього, а також страх перед неминучими ускладненнями. Посилює тривогу та депресію, формуючи негативне сприйняття власного здоров'я. Хронічний біль має численні негативні наслідки для психоемоційного стану пацієнта, зокрема, збільшує ризик розвитку депресії, тривожних розладів, порушень когнітивних функцій і соціальної ізоляції. Для адекватного лікування важливо враховувати ці психоемоційні зміни, адже їх корекція є необхідною частиною комплексного лікування пацієнтів з хронічним болю [16,с.118].

Хронічний біль — не лише фізичне страждання, але й джерело значних психоемоційних змін. Тривалий біль, який стає постійним супутником людини, змінює не лише її фізичний стан, але й психологічний. Вплив болю на психоемоційний стан пацієнта є багатограним, і він досліджувався багатьма вченими, зокрема в Україні, де увага до цієї теми набуває все більшого значення. Одним із таких вчених є Олена Мельник, доктор психологічних наук, яка в своїх дослідженнях фокусується на психосоматичних розладах і їх впливі на психічне здоров'я людини [22,с..45]. Вона наголошує на тому, що хронічний біль може призвести до порушень емоційної регуляції, що в свою чергу стає одним із факторів, що погіршує якість життя пацієнта. Мельник підкреслює відповідність психотерапевтичного втручання у процес лікування хронічного

болю, оскільки емоційна напруга, яку переживає пацієнт, значною мірою посилює сприйняття болю. Іншим відомим дослідником є Ірина Герасименко, яка вивчала зв'язок між болем і психологічними розладами, зокрема депресією та тривожними станами. Вона довела, що хронічний біль без належного психотерапевтичного втручання може стати каталізатором для розвитку депресивних розладів, що посилюється відчуттям безвиході та ізоляції. За її словами, пацієнти з хронічним болем часто мають низький рівень самооцінки, а також труднощі у спілкуванні та адаптації в соціальному середовищі [5,с.65].

Наукові роботи О. Ковальчук, доктора медичних наук, також вносять значний внесок у розуміння того, як хронічний біль впливає на психоемоційний стан пацієнта [15,с.112]. Ковальчук досліджувала взаємозв'язок болю та психічного стану пацієнтів, підкреслюючи, що в основі цього зв'язку часто лежить дисбаланс у психоемоційному реагуванні на біль. Вона зазначає, що біль може посилювати відчуття тривоги, а також призводити до розвитку соматизації, коли пацієнт постійно звертається до лікарів через фізичні симптоми, хоча психоемоційні фактори є основними. Відомий український психотерапевт і дослідник Ігор Костенко у своїх роботах зосереджується на психологічних аспектах хронічного болю, акцентуючи увагу на стратегічних підходах до лікування [17,с.89]. За його словами, хронічний біль часто призводить до затяжної тривоги, що суттєво знижує здатність пацієнта до адаптації до нових умов. Костенко вважає, що одними з основних методів боротьби з хронічним болем є когнітивно-поведінкова терапія, яка дозволяє змінити ставлення пацієнта до болю і поліпшити його емоційний стан.

Дослідження Г. Шевченко вказують на те, що соціальна підтримка має основну роль у полегшенні психоемоційного стану пацієнтів з хронічним болем [39,с.54]. Г. Шевченко підкреслює, що соціальні мережі, підтримка з боку близьких людей, а також групи підтримки можуть значно покращити психоемоційний стан пацієнтів. Вона звертає увагу на те, що пацієнти, які мають доступ до соціальної підтримки, демонструють значно менший рівень депресії та тривожності.

У своїй роботі також головне місце займають дослідження Т. Лаврової, яка вивчає механізми взаємодії болю і стресу. Авторка відзначає, що хронічний біль часто веде до психосоматичних порушень, таких як порушення сну, зміни апетиту, зниження енергійності [18,с.75]. Вона також підкреслює важливість інтеграції психотерапевтичних методів з традиційними медичними методами для комплексного лікування пацієнтів з хронічним болем. Як зазначають українські вчені, таких як Тетяна Заболотна, хронічний біль має значний вплив на когнітивну діяльність пацієнтів, що проявляється у зниженні уваги, пам'яті та концентрації [10,с. 98]. В свою чергу, погіршує їхню здатність до самореалізації та виконання звичних повсякденних завдань. Заболотна підкреслює, що лікування хронічного болю має включати не тільки медичні методи, але й психокорекцію, що допомагає пацієнту адаптуватися до нового способу життя. Ще однією значною науковою особистістю є О.Дорошенко, який досліджував психологічні риси реагування на біль у контексті стресових ситуацій. Він зазначає, що тривалий біль значно змінює способи реакції людини на стрес, збільшуючи ймовірність розвитку хронічної тривоги та депресії. О.Дорошенко також говорить про значність створення індивідуальних програм реабілітації, що включають психотерапевтичні, когнітивні та поведінкові стратегії [8,с. 33].

Загалом, дослідження українських вчених підтверджують важливість комплексного підходу до лікування хронічного болю, де психоемоційний стан пацієнта є невід'ємною частиною процесу. Психологічні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, групова терапія, а також техніки релаксації і медитації, здатні значно полегшити стан пацієнтів і допомогти їм адаптуватися до нових умов життя.

1.3. Психологічні механізми адаптації до соматичних захворювань та болю.

Психологічні механізми адаптації до соматичних захворювань та хронічного болю є істотними для розуміння того, як пацієнти реагують на

фізичні страждання і які стратегії використовують для пристосування до змін, що відбуваються в їхньому житті. Адаптація до соматичних захворювань є складним і багатогранним процесом, що включає як фізіологічні, так і психоемоційні акценти. Варто зазначити, що не всі пацієнти здатні до успішної адаптації, і тому цей процес часто потребує професійної психологічної допомоги. Основним психологічним механізмом адаптації до хронічного болю є прийняття ситуації. Прийняття болю дозволяє пацієнту усвідомити, що його страждання не є тимчасовим явищем, а частиною його нового способу життя. Цей механізм не означає пасивне прийняття болю як неминучого, а скоріше передбачає активне усвідомлення та інтеграцію болю в життєвий контекст. Такий процес дозволяє пацієнтам не залишатися в стані заперечення і вийти з циклу постійного психологічного опору [3,с.70].

Значним механізмом адаптації є когнітивна перебудова. Процес, за допомогою якого пацієнти змінюють своє сприйняття болю, зменшуючи його емоційну значущість. Когнітивна перебудова дозволяє змінити негативні уявлення про біль, що допомагає пацієнтам уникати почуття безнадійності та депресії. Використання когнітивно-поведінкової терапії як методу зміни мислення є ефективним інструментом для розвитку адаптивних стратегій. Соціальна підтримка відіграє головну роль у психологічній адаптації до хронічного болю. Пацієнти, які отримують емоційну та соціальну підтримку від близьких людей, мають більше шансів на успішну адаптацію. Підтримка з боку родини, друзів або спеціалізованих груп може значно зменшити стрес, спричинений болем, і покращити психоемоційний стан. Соціальна підтримка також знижує рівень відчуття ізоляції, що є однією з основних психологічних проблем при хронічному болю. Механізм емоційного регулювання є ще одним основним методом адаптації до хронічного болю. Емоційне регулювання дозволяє пацієнтам управляти своїми реакціями на біль, зменшуючи його емоційну інтенсивність. Включає в себе стратегії, як от релаксація, медитація, дихальні техніки та інші методи, що дозволяють знижувати рівень стресу і

тривожності. Освоєння цих технік може значно покращити якість життя пацієнтів, зменшуючи вплив болю на їхні повсякденні функції.

Психологічна стійкість є ключовим фактором у процесі адаптації до хронічного болю. Пацієнти, які мають високий рівень психологічної стійкості, здатні краще справлятися з труднощами, пов'язаними з хворобою, і підтримувати позитивне ставлення до майбутнього. Психологічна стійкість дозволяє людині підтримувати мотивацію до лікування і реабілітації, незважаючи на тяжкість хвороби. З іншого боку, у деяких пацієнтів може спостерігатися зниження психологічної стійкості, що призводить до розвитку патологічних механізмів адаптації, таких як хронічна депресія, тривожність або посттравматичний стресовий розлад. В таких випадках необхідне втручання психолога для корекції негативних патернів адаптації. Одним із важливих напрямків у цьому контексті є розвиток стратегії подолання стресу, яка включає як індивідуальні, так і групові психотерапевтичні методи. Психологічна реабілітація пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем включає не лише допомогу в адаптації до нових обставин, але й розвиток нових психологічних ресурсів, таких як самоусвідомлення та саморегуляція. Дає можливість пацієнту не лише прийняти свою хворобу, а й побудувати позитивний шлях до відновлення, використовуючи внутрішні резерви [13,с.135].

Процес адаптації також включає створення нового сенсу життя пацієнтом, який перебуває в умовах хронічного болю. Пацієнт, який переживає тривалий біль, може переглянути свої життєві пріоритети та цінності. Відновлення сенсу життя, пошук нових цілей і здатність оцінювати ситуацію в контексті можливості змінювати своє ставлення до проблем є помітними аспектами психологічного адаптування. Інтеграція психологічної допомоги в процес медичного лікування є основним шляхом до ефективної адаптації пацієнтів до хронічного болю. Багато досліджень показують, що пацієнти, які отримують не тільки медичну, а й психологічну підтримку, значно швидше адаптуються до свого нового стану. Психологічна допомога, як частина

комплексного підходу до лікування, допомагає пацієнтам знизити рівень стресу та полегшити емоційне навантаження, що виникає внаслідок хвороби. Психологічні механізми адаптації до соматичних захворювань та хронічного болю є складними, багатогранними і включають різні стратегії, що дозволяють пацієнту покращити свою психоемоційну стабільність та адаптуватися до нових умов життя.

Адаптація до соматичних захворювань та болю є складним і багатофакторним процесом, який залежить від ряду психологічних механізмів. Цей процес вимагає від пацієнта значних емоційних та когнітивних зусиль, оскільки зміни в фізичному стані організму часто супроводжуються глибокими психологічними трансформаціями. Психологічна адаптація до болю і захворювань включає в себе не лише зміну ставлення до хвороби, але й здатність відновити нормальний рівень функціонування в умовах постійної фізичної дискомфорту. Одним з основних механізмів адаптації є когнітивне переосмислення, яке передбачає зміну ставлення до болю та хвороби. Теорія когнітивної оцінки, запропонована Лазарусом і Фолкман, акцентує на тому, що інтерпретація болю та захворювання пацієнтом може значно змінити його емоційну реакцію та рівень стресу. Пацієнти, які здатні переглянути своє ставлення до болю як до тимчасового або контролюваного, мають вищі шанси на успішну адаптацію та зменшення тривожності. Позитивне мислення і підвищення внутрішнього контролю над болем може значно покращити загальний стан пацієнта [19,с.142].

Значним механізмом є процес саморегуляції емоцій. Пацієнти з хронічним болем часто переживають негативні емоції, такі як тривога, депресія та безнадійність. Саморегуляція дозволяє знижувати інтенсивність цих емоцій через використання різних технік, таких як релаксація, медитація або когнітивно-поведінкова терапія. Завдяки цим стратегіям пацієнти можуть краще контролювати свої емоційні реакції на біль, що сприяє їхній психологічній адаптації. Роль соціальної підтримки в процесі адаптації до соматичних захворювань є надзвичайно значною. Взаємодія з близькими

людьми, участь у групах підтримки або психотерапевтичних сесіях можуть значно покращити емоційний стан пацієнта і допомогти йому пристосуватися до змін у фізичному та соціальному житті. Соціальна підтримка знижує рівень стресу, покращує самооцінку і дає відчуття належності до групи, що особливо для емоційної стабільності пацієнта. Психологічна адаптація також передбачає зміни в когнітивних процесах. Пацієнти, які переживають тривалий біль, можуть розвивати негативні когнітивні установки, такі як катастрофізація болю. Явище передбачає надмірне зосередження на болю та її можливих негативних наслідках. Катастрофізація може значно ускладнити процес адаптації, оскільки людина починає сприймати біль як невідворотне і постійне явище. У таких випадках когнітивно-поведінкова терапія може допомогти пацієнту змінити ці негативні установки і навчити його більш ефективно справлятися з болем [37,с.58].

Основним компонентом адаптації є також здатність пацієнта змінювати свої життєві пріоритети та цілі. Дозволяє знизити рівень стресу, який викликає не лише фізичний біль, а й втрати у звичному способі життя. Зміна пріоритетів і прийняття нових обмежень допомагає пацієнту налаштуватися на нові реалії і знаходити нові шляхи самореалізації, що є основним кроком до психічної стабільності. Згідно з дослідженнями, що проводилися в Україні, одним з важливих аспектів психологічної адаптації є здатність пацієнтів до прийняття болю. Тетяна Заболотна у своїх роботах відзначає, що це прийняття є не просто механізмом змирення, але й активним процесом, який включає у себе осмислення болю як частини життя та визнання його значення для особистісного розвитку. Прийняття дозволяє знизити рівень страху і тривожності, які супроводжують біль.

Помітним механізмом є психологічне дистанціювання, яке допомагає пацієнтам зменшити інтенсивність болю через зміну фокусу уваги. Дозволяє пацієнту тимчасово «відключитися» від болю і сконцентруватися на інших рисах життя, що також сприяє зменшенню психоемоційної напруги. Психологічне дистанціювання є значною частиною когнітивно-поведінкової

терапії, що дозволяє знизити рівень катастрофізації та стресу, пов'язаного з хронічним болем. Дослідження показують, що пацієнти, які мають вищий рівень стресостійкості, краще адаптуються до болю і захворювань. Стресостійкість дозволяє людині більш ефективно долати стресові ситуації, зберігаючи психологічну рівновагу. Рівень стресостійкості залежить від індивідуальних особливостей особистості, зокрема від її здатності до емоційного регулювання та від соціальної підтримки. Насамкінець, значним елементом адаптації є самооцінка пацієнта. Пацієнти з хронічним болем часто мають знижену самооцінку через фізичні обмеження та труднощі в повсякденному житті. Підвищення самооцінки через успішні терапевтичні втручання або підтримку соціального оточення сприяє підвищенню рівня адаптації до болю та покращенню загального психоемоційного стану.

Таким чином, психологічна адаптація до соматичних захворювань і хронічного болю є складним процесом, що включає в себе низку механізмів, серед яких важливими є когнітивні, емоційні, соціальні та поведінкові стратегії. Тільки комплексний підхід до лікування, що поєднує медичні та психологічні методи, може забезпечити успішну адаптацію пацієнта до нового способу життя з хронічним болем.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було здійснено ґрунтовний аналіз наукових підходів до вивчення психологічних аспектів соматичних захворювань, що дозволило виявити багатофакторний характер впливу тілесної хвороби на психоемоційний стан людини. Розглянуто сучасні теорії психосоматичних зв'язків, серед яких значне місце посідають біопсихосоціальна модель хвороби та концепції психонейроімунології, що пояснюють вплив стресу, емоцій і поведінкових факторів на розвиток і перебіг соматичних розладів.

Було показано, що хронічний біль не є лише фізіологічним явищем, а виступає серйозним психологічним і соціальним чинником, який трансформує

якість життя, рівень функціональності, а також впливає на самооцінку й мотивацію пацієнта.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що тривалий больовий синдром сприяє розвитку тривожних і депресивних розладів, що потребує комплексної терапевтичної моделі з урахуванням психоемоційного компоненту. Вивчені психологічні механізми адаптації до хвороби (заперечення, прийняття, уникнення, катастрофізація) демонструють важливість підтримки пацієнтів з боку психологів, медиків і близького оточення.

Значну увагу в теоретичному аналізі приділено поняттю копінг-стратегій, які можуть як сприяти адаптації (активне подолання), так і ускладнювати її (пасивність, уникнення, самозвинувачення). Виявлено потребу у міждисциплінарному підході в роботі з такими пацієнтами — із залученням психолога, психотерапевта, соціального працівника та лікаря.

Таким чином, перший розділ створив міцне теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження, окресливши основні напрями впливу хронічного болю на психічне здоров'я людини.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ

2.1. Методологія та організація дослідження.

Емпіричне дослідження, присвячене психологічним особливостям пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем, було організоване для вивчення психоемоційного стану пацієнтів, їхнього ставлення до болю, рівня стресостійкості, а також наявності симптомів депресії, тривожності та інших психічних розладів. Метою цього дослідження є оцінка адаптаційних механізмів пацієнтів до хронічного болю та впливу цього процесу на їхній психологічний стан. Для проведення дослідження було обрано метод анкетування, оскільки цей підхід дозволяє зібрати обширну інформацію від респондентів і дає можливість ефективно порівнювати результати між різними групами пацієнтів. Вибір анкетування був обґрунтований необхідністю отримання стандартних відповідей на набір попередньо сформульованих питань, що дозволяє забезпечити високу надійність і валідність результатів дослідження [37, с. 58].

До дослідження було залучено 30 респондентів Шепетівської ЦРЛ та Шепетівського ЦПМСД Хмельницької області, серед яких пацієнти з різними соматичними захворюваннями, що супроводжуються хронічним болем. Вибірка включала осіб різного віку (18-75 років), статі (60% чоловіків та 40% жінок) та тривалості хвороби, що дозволило отримати різноманітні дані про психологічні особливості адаптації до хронічного болю в залежності від особистісних і соціальних факторів. Вибір респондентів проводився серед пацієнтів, які перебували на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні в медичних установах. Основними критеріями відбору респондентів стали наявність у пацієнтів хронічного болю, що виник внаслідок соматичних захворювань, а також їхня згода на участь у дослідженні. Усі пацієнти отримали інформацію

про мету та умови дослідження, а також дали свою письмову згоду на участь у ньому. Для кожного пацієнта був визначений відповідний рівень медичних показань для участі у дослідженні, зокрема, безпечний рівень психологічного навантаження.

Основними етапами дослідження були такі:

- 1) теоретичний аналіз наукових праць щодо вивчення психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем;
- 2) підбір методів для втілення емпіричного дослідження;
- 3) проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем;
- 4) збір та обробка даних, опис та характеристика показників, аналіз результатів дослідження;
- 5) висновки.

Для проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем було підібрано такі *методи*: *теоретичні* теоретичний аналіз наукових праць щодо вивчення психологічних особливостей пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем; *емпіричні*: Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг, методика діагностики тривожності Спілбергера – Ханіна (Spielberger–Hanin); опитувальник SSS-8 скорочена версія інструменту PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15); шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS); Фрайзбурзький особистісний опитувальник особистості (FPI); методика оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); *методи описової статистики*.

Розглянемо детальніше обрані методики:

- 1) *Гіссенський опитувальник психосоматичних скарг*: психодіагностична методика, призначена для оцінки психосоматичних скарг і виявлення схильності до соматизації психологічних проблем. Призначена для

виявлення індивідуальних особливостей сприйняття та переживання соматичних симптомів. Застосовується в психосоматичній медицині, психології та психотерапії;

2) *Методика діагностики тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (Spielberger–Hanin)* — це психодіагностичний інструмент для вимірювання рівня тривожності, адаптований для української мови Ю. Ханіним на основі шкали тривожності Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI).

3) *Опитувальник SSS-8* є скороченою версією широко використовуваного та перевіреного інструменту PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15), що застосовується для оцінки соматичних симптомів у пацієнтів. SSS-8 розроблено для використання в умовах браку часу, що робить його зручним для первинної медичної допомоги;

4) *Шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS)* була запропонована М. Sullivan у 1995 році та є одним із найбільш поширених інструментів для оцінки когнітивно-емоційних аспектів сприйняття болю;

5) *Фрейзбурзький особистісний опитувальник особистості (FPI)* — це стандартизований психологічний інструмент, розроблений для оцінки основних рис особистості. Опитувальник був створений Ф. Фріденбергером у 1970-х роках і широко використовується для досліджень у галузі психології здоров'я, клінічної психології та психосоматики;

6) авторська анкета щодо виявлення рівня тривожності та емоційного стану;

7) *Методика оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS)* є надійним та валідованим інструментом для кількісної оцінки суб'єктивних больових відчуттів;

8) *Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale)*, розроблену А.С. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 році для скринінгу психоемоційних розладів у соматичних пацієнтів.

Анкетування проводилося з дотриманням принципу анонімності та конфіденційності. Кожен респондент був проінформований про те, що отримані

дані будуть використовуватися виключно для наукових цілей, і його персональні дані не будуть розголошені. Анонімність відповідей дозволила пацієнтам бути відкритими та чесними в оцінці свого емоційного стану, що сприяло отриманню більш точних даних. Принцип об'єктивності був забезпечений через використання стандартизованих запитань і чітко визначених критеріїв оцінки. Дозволило уникнути суб'єктивного впливу дослідника на відповіді респондентів і забезпечило надійність та валідність отриманих результатів. Кожен етап анкети був спроектований таким чином, щоб мінімізувати можливість помилок у відповідях та виключити неоднозначності в інтерпретації запитань. Також були враховані принципи добровільності та етичності. Участь у дослідженні була добровільною, і респонденти мали можливість відмовитися від участі в будь-який момент без пояснення причин. Крім того, респонденти могли отримати консультацію щодо інтерпретації окремих питань анкети, якщо в них виникали труднощі в розумінні.

Принцип структурованості анкети забезпечував чіткість у зборі даних. Всі запитання були побудовані таким чином, щоб кожне питання стосувалося конкретної характеристики або акценту психологічного стану пацієнта, без зайвих складних формулювань, що дозволяло уникнути неоднозначних або неясних відповідей.

Анкетування стало основним інструментом для збору даних про психологічні особливості пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем. Цей метод дозволив не лише виявити характерні риси психоемоційного стану пацієнтів, але й розкрити помітні елементи адаптації до хронічного болю, що є ключовим для розуміння процесу психологічної реабілітації в таких пацієнтів.

Після завершення збору даних було проведено статистичний аналіз отриманих результатів. Для оцінки психологічного стану пацієнтів використовувалися методи описової статистики, що дозволяють представити загальну картину емоційного стану респондентів, а також виявити найбільш

поширені психологічні особливості серед пацієнтів із хронічним болем. Отримані дані також піддавалися кореляційному аналізу, що дозволяє виявити зв'язки між психологічними факторами, такими як рівень тривожності, депресії, стресостійкості, та іншими елементами, такими як тип болю, рівень соціальної підтримки та способи боротьби з болем [29,с. 44].

Дослідження психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем вимагає ретельного підходу до організації та методології. Методологія, яку використовують у подібних дослідженнях, повинна бути націлена на глибоке розуміння емоційного і психологічного стану пацієнтів, а також на визначення ефективності різних методів терапії та адаптації до хронічних болів. Одним з основних етапів дослідження є визначення обсягу вибірки респондентів. В нашому випадку вибірка складається з 30 пацієнтів, які страждають від хронічного болю або різних соматичних захворювань. Така кількість дозволяє зібрати статистично значущі дані, зберігаючи при цьому достатню різноманітність для аналізу.

Основною частиною дослідження є врахування індивідуальних психологічних характеристик респондентів, таких як рівень стресостійкості, соціальна підтримка, здатність до саморегуляції та мотивація. Ці фактори є значними для розуміння того, як пацієнти справляються з хронічними захворюваннями та які методи можуть бути найбільш ефективними для полегшення їхнього стану.

Таким чином, зібрані дані будуть піддані ретельному статистичному аналізу, що дозволить виявити кореляції між психологічними факторами та рівнем болю, а також оцінити ефективність використання конкретних психологічних та медичних методів для пацієнтів з хронічним болем.

Комплекс визначених методик, на нашу думку, дозволить достатньо добре вивчити психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем.

2.2. Результати емпіричного дослідження пацієнтів із різними соматичними захворюваннями.

У результаті емпіричного дослідження, проведеного серед пацієнтів із різними соматичними захворюваннями та хронічним болем, було вивчено психологічні особливості учасників. Дослідження ґрунтувалося на методі анкетування, яке включало в себе використання Гіссенського опитувальника, а також на питання, що стосуються емоційного стану, соціальної підтримки, способів адаптації до болю та загального психоемоційного фону [4,с. 33]. Усього було опитано 30 пацієнтів, з яких 18 чоловіків -60% та 12 жінок-40%. Всі учасники мали різні соматичні захворювання, включаючи хронічний біль, неврологічні порушення, захворювання серцево-судинної системи, діабет та інші. Результати дослідження показали, що більшість пацієнтів (66,7%) мають підвищений рівень тривожності, який сильно корелює з інтенсивністю болю, що вони відчують. Згідно з отриманими даними, у пацієнтів із хронічними болями, як правило, спостерігається високий рівень депресії, знижена мотивація до активного лікування та побоювання щодо майбутнього. Також було виявлено, що на тривожність пацієнтів значною мірою впливає відсутність надійної соціальної підтримки, зокрема з боку родини чи друзів [21,с.71].

Всі учасники мали різні соматичні захворювання, включаючи хронічний біль 20%, неврологічні порушення 30%, захворювання серцево-судинної системи 27%, діабет 23%. (рис.2.1)

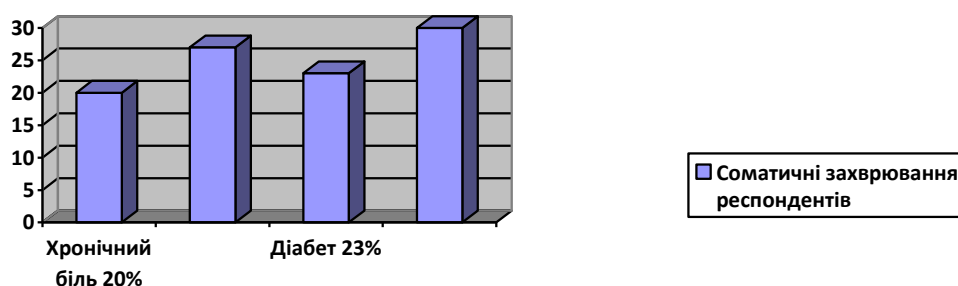


Рис.2.1 Розподіл респондентів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем

За Гіссенським опитувальником психосоматичних скарг було з'ясовано, що у пацієнтів інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я наступна: з хронічним болем присутнє виснаження 80%, серцеві скарги 20%, шлункові скарги 10%, ревматичний чинник 80%; з серцево-судинними захворюваннями виснаження 60%, серцеві скарги 100%, шлункові скарги 20%, ревматичний чинник 60%; з діабетом виснаження 80%, серцеві скарги 30%, шлункові скарги 20%, ревматичний чинник 40%; з неврологічними порушеннями виснаження 80%, серцеві скарги 10%, шлункові скарги 10%, ревматичний чинник 60%.

Таблиця 2.1

Інтенсивність емоційно забарвлених скарг з приводу стану фізичного здоров'я (за Гіссенським опитувальником психосоматичних скарг)

Категорія пацієнтів	Виснаження (%)	Серцеві скарги (%)	Шлункові скарги (%)	Ревматичний чинник(%)
Хронічний біль	80%	20%	10%	80%
<i>Серцево-судинні захворювання</i>	60%	100%	20%	60%
<i>Діабет</i>	80%	30%	20%	40%
<i>Неврологічні порушення</i>	80%	10%	10%	60%

Таблиця 2.1 демонструє що у пацієнтів з хронічним болем найбільш вираженими симптомами є виснаження 80% та ревматичні болі 80%, у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями серцеві скарги 100% також помірно виражене виснаження 60% та ревматичні болі 60%, у пацієнтів з діабетом найбільш виражений симптом виснаження 80% та ревматичні болі 40%, у пацієнтів з неврологічними захворюваннями виснаження 80% та ревматичний чинник 60%.

За методикою діагностики тривожності (Ч.Спілбергера та Ю.Ханіна (Spielberger–Hanin) було з'ясовано, що пацієнти з хронічним болем мають високий рівень тривожності 73.3%, середній рівень тривожності 20,0%, низький рівень тривожності 6,7%, пацієнти з серцево-судинними

захворюваннями мають високий рівень тривожності 60.0% середній рівень тривожності 30,0%, низький рівень тривожності 10.0% , пацієнти з діабетом мають високий рівень тривожності 50.0% середній рівень тривожності 40,0%, низький рівень тривожності 10.0%, пацієнти з неврологічними порушеннями мають високий рівень тривожності 80.0% середній рівень тривожності 10,0%, низький рівень тривожності 10.0%. (Рис.2.2)

Таблиця 2.2

**Рівень тривожності серед пацієнтів з різними захворюваннями
(за методикою діагностики тривожності Ч.Спілбергера – Ю. Ханіна)**

Категорія пацієнтів	Високий рівень тривожності (%)	Середній рівень тривожності (%)	Низький рівень тривожності (%)
<i>Хронічний біль</i>	73,3%	20,0%	6,7%
<i>Серцево-судинні захворювання</i>	60,0%	30,0%	10,0%
<i>Діабет</i>	50,0%	40,0%	10,0%
<i>Неврологічні порушення</i>	80,0%	10,0%	10,0%

Таблиця 2.2 демонструє, що найбільш виражений рівень тривожності спостерігається серед пацієнтів з хронічним болем 80% та неврологічними порушеннями 73.3%. Підтверджує наявність психоемоційних труднощів, пов'язаних з постійним болем, який впливає на загальний психічний стан.

Загалом, результати дослідження дозволяють створити психологічний портрет пацієнтів із різними соматичними захворюваннями та хронічним болем. Пацієнти, які страждають від хронічного болю, як правило, мають високий рівень тривожності, знижений рівень соціальної підтримки та часто використовують пасивні стратегії адаптації. Свідчить про відповідність психосоціальної підтримки та адаптації до болю через активні методи лікування. Зібрані результати дозволяють зробити висновок, що для пацієнтів з хронічними захворюваннями та болем головним є не тільки медичне, а й психологічне втручання. Психологічні стратегії адаптації до болю, підтримка

родини та ефективне лікування можуть значно покращити психоемоційний стан пацієнтів [24,с.113].

Психологічного портрету пацієнтів із різними соматичними захворюваннями та хронічним болем вказує на те, що пацієнти з хронічним болем мають специфічні психологічні особливості, які потребують індивідуального підходу в лікуванні та підтримці. Одним з основних аспектів, що впливає на психоемоційний стан таких пацієнтів, є їх ставлення до хвороби. Більшість пацієнтів демонструють негативне ставлення до своєї хвороби, що часто супроводжується відчуттям безнадійності, апатії, а інколи й депресивними настроями. Для пацієнтів, що страждають від хронічного болю, характерним є постійне переживання болю, який може бути як фізичним, так і емоційним. Призводить до того, що пацієнти часто розвивають стійкі психічні стани, такі як тривожність, депресія та емоційна вразливість. Їх емоційний стан часто змінюється в залежності від інтенсивності болю, а також від того, наскільки пацієнти вірять у можливість ефективного лікування. Також значним є взаємозв'язок між рівнем болю та рівнем стресу, який відчувають пацієнти. Високий рівень стресу пов'язаний з відчуттям хронічного болю, і часто цей стрес стає самопідтримуваним циклом, де біль сприяє стресу, а стрес погіршує сприйняття болю. Пацієнти, що страждають від тривалого болю, часто повідомляють про зниження здатності до активної діяльності, що може призвести до ізоляції та обмеження соціальних контактів [23,с.98].

Психологічні механізми, що використовуються пацієнтами для адаптації до болю, варіюються в залежності від індивідуальних особливостей і типу захворювання. У деяких випадках пацієнти звертаються до психологічної допомоги, що допомагає зменшити рівень тривожності та стресу. Психотерапевтичні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, виявилися ефективними для багатьох пацієнтів, оскільки вони допомагають змінити негативні переконання про хворобу та біль. Іншим помітним акцентом є здатність пацієнтів адаптуватися до зміни своїх фізичних можливостей через хворобу. Пацієнти з хронічним болем часто відчувають, що їхнє тіло стає обмеженим у своїх можливостях. Призводить до емоційних труднощів, які включають в себе

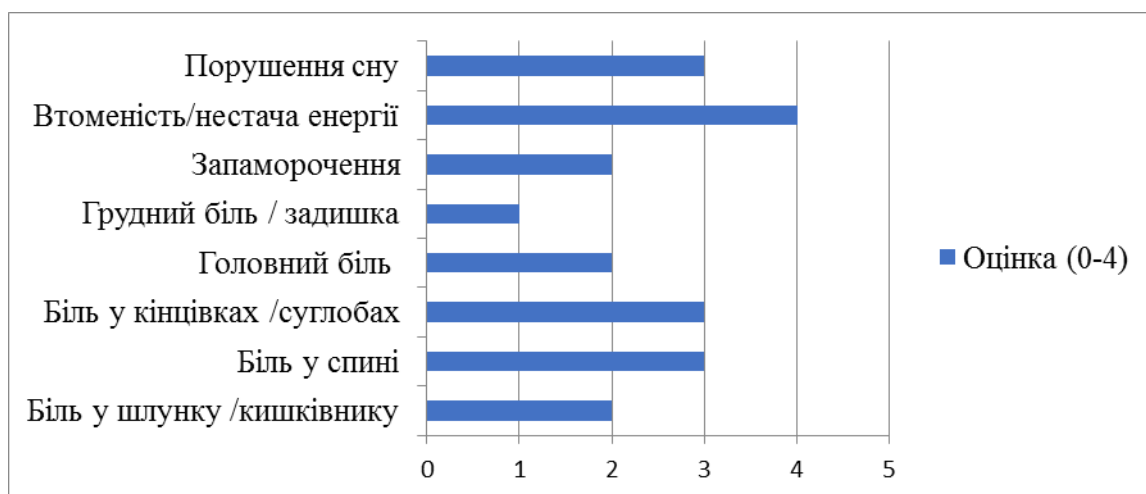
почуття фрустрації, гніву і навіть відчуття втрати ідентичності. Відсутність здатності виконувати звичні повсякденні дії, такі як робота або фізичні вправи, може викликати у пацієнтів почуття неповноцінності. Пацієнти з хронічним болем також часто мають труднощі з соціалізацією, оскільки їхня фізична обмеженість та стрес можуть впливати на їхнє бажання брати участь у соціальних подіях або взаємодіяти з іншими людьми. Може привести до соціальної ізоляції, що лише погіршує їх психоемоційний стан. Пацієнти часто відчують, що вони не розуміються іншими людьми, оскільки хронічний біль є невидимим для тих, хто не переживає його.

Проте, не всі пацієнти з хронічним болем демонструють однакові психоемоційні реакції. Є пацієнти, які, незважаючи на біль, зберігають оптимізм і активну життєву позицію. Ці пацієнти, як правило, мають сильнішу соціальну підтримку, а також здатні адаптуватися до нових умов життя завдяки розвитку нових інтересів чи хобі. Вони часто знаходять нові способи взаємодії з оточуючим світом, навіть якщо це означає зміну своїх фізичних звичок. Основним фактором, що визначає психологічний стан пацієнтів з хронічним болем, є рівень самосвідомості та самооцінки. Пацієнти, які мають низьку самооцінку, часто більш схильні до депресії та тривожності, що може посилювати їхні відчуття болю. З іншого боку, пацієнти з високою самооцінкою можуть легше адаптуватися до змін, зберігаючи позитивний погляд на життя навіть у важких умовах [14,с.103].

Також головну роль у психоемоційному стані пацієнтів з хронічним болем відіграє рівень інформованості про своє захворювання. Пацієнти, які мають чітке розуміння механізмів свого болю та можливих шляхів лікування, зазвичай менш схильні до тривожності та депресії. Вони мають більшу мотивацію для співпраці з медичними працівниками, що може позитивно впливати на ефективність лікування. Значними є фактор віку, оскільки пацієнти похилого віку можуть по-різному реагувати на хронічний біль порівняно з молодшими пацієнтами. У літніх людей біль часто супроводжується ще й іншими фізичними проблемами, що можуть ускладнювати психологічну адаптацію. У молодших пацієнтів

хронічний біль може бути більш тривожним через більшу соціальну активність та можливість психологічних наслідків від зміни способу життя.

За результатами шкали SSS-8 (Соматичні симптоми) SSS-8 ми отримали показниками щодо інтенсивності різних соматичних симптомів. Горизонтальна діаграма показує оцінки за 8 соматичними симптомами (бали від 0 до 4) (рис.2.3.)

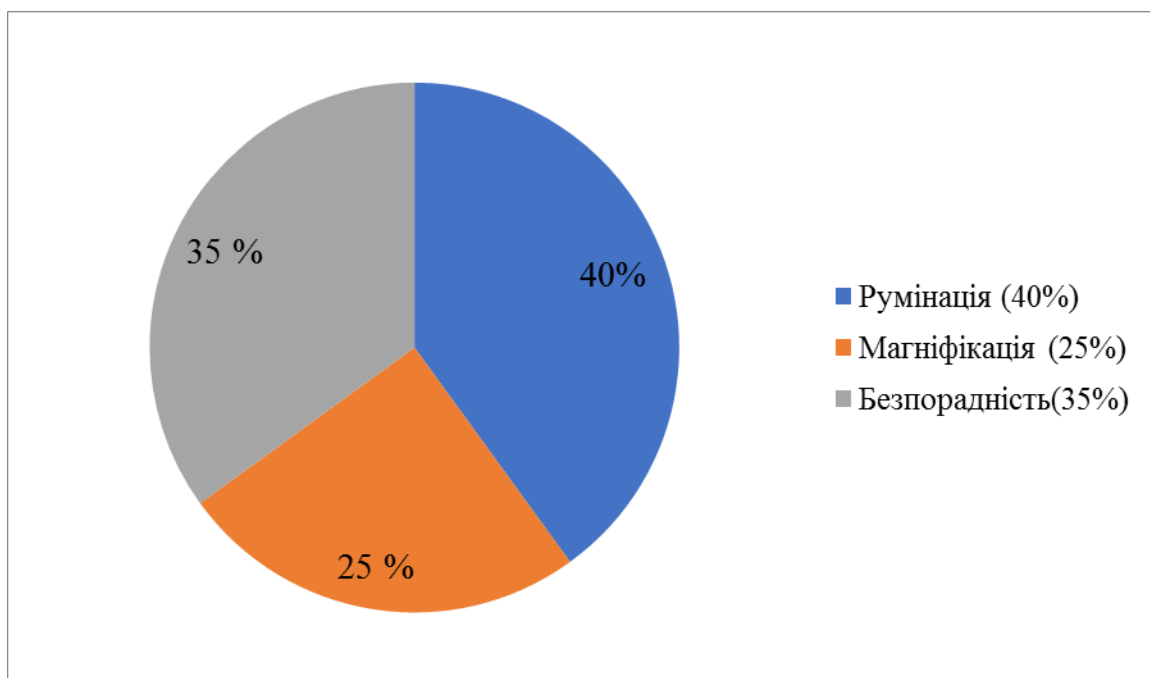


**Рис.2.3 Діагностика соматичних симптомів
за шкалою опитувальника SSS-8**

На зображенні представлено горизонтальну гістограму, яка відображає результати опитувальника SSS-8 (Шкала соматичних симптомів). Графік показує оцінку інтенсивності різних соматичних симптомів за шкалою від 0 до 4, де 0 означає "Зовсім не турбувало", а 4 – "Дуже турбувало".

За результатами діаграми, можна зробити висновок, що найбільш інтенсивний симптом – втомленість/нестача енергії (4 бали); найменш виражений симптом – грудний біль/задишка (1 бал); симптоми середньої інтенсивності (2 бали) – запаморочення, головний, біль, біль у шлунку/кишківнику; симптоми високої інтенсивності (3 бали) – порушення сну, біль у кінцівках/суглобах, біль у спині.

За результатами опитувальника Pain Catastrophizing Scale, PCS показано на круговій діаграмі, яка ілюструє відсотковий розподіл трьох факторів катастрофізації болю. Кругова діаграма ілюструє відсотковий розподіл трьох факторів катастрофізації болю за методикою опитувальника Pain Catastrophizing Scale (рис. 2.4.).



**Рис.2.4. Прояв катастрофізацію болю за шкалою
(Pain Catastrophizing Scale)**

Отже, діаграма 2.2. показує розподіл трьох основних показників катастрофізації болю:

- румінація (постійні роздуми) — позначена синім кольором і становить 40% від загального показника;
- магніфікація (перебільшення) — позначена оранжевим кольором і становить 25% від загального показника;
- безпорадність — позначена сірим кольором і становить 35% від загального показника.

Рис.2.4. наочно демонструє, що найбільшу частку в структурі катастрофізації болю у пацієнта займає румінація (40%) — тобто нав'язливі думки про біль і неможливість відволіктися від них. На другому місці — відчуття безпорадності (35%), яке відображає переконання пацієнта в неможливості впоратися з болем. Найменша частка припадає на магніфікацію (25%) — перебільшення загрози і наслідків больових відчуттів. Ця візуалізація допомагає краще зрозуміти індивідуальну структуру катастрофізації болю у пацієнта та визначити, на які саме аспекти слід спрямувати психотерапевтичне втручання.

У межах емпіричного дослідження оцінка за шкалами Фрайзбурзького опитувальника особистості допомагає визначити психологічні характеристики, які

можуть впливати на сприйняття болю, стресостійкість і загальний психоемоційний стан пацієнтів. Наприклад, підвищена тривожність та низька стресостійкість часто корелюють із вищим рівнем катастрофізації болю та більш вираженими соматичними симптомами. (таб. 2.3)

Таблиця 2.3

**Результати діагностики виражених характеристик осіб
за Фрайзбурзьким опитувальником особистості (FPI)**

<i>Шкала</i>	<i>Максимальний бал</i>	<i>Показники (середні значення):</i>	<i>Рівень характеристик</i>
Тривожність	30	22	Високий рівень тривожності
Стресостійкість	30	10	Низький рівень стресостійкості
Відкритість до нового досвіду	30	18	Середній рівень відкритості
Соціальна адаптивність	30	20	Висока соціальна адаптивність
Напруженість	30	21	Високий рівень напруженості
Емоційна стабільність	30	12	Середній рівень емоційної стабільності
Домінантність	30	14	Середній рівень доміантності
Життєрадісність	30	12	Середній рівень життєрадісності
Самоконтроль	30	17	Середній рівень самоконтролю
Почуття самотності	30	19	Середній рівень почуття самотності
Соціальна відповідальність	30	21	Високий рівень соціальної відповідальності
Позитивне ставлення до життя	30	11	Середній рівень позитивного ставлення

Таблиця 2.3 представляє результати Фрайзбурзького опитувальника особистості (FPI). Варто зазначити, що основні риси особистостей із соматичними захворюваннями та хронічним болем такий: високий рівень тривожності, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень емоційної стабільності, середній рівень доміантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття

самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

На основі проведених досліджень розроблені профілі щодо основних характеристик пацієнтів із хронічним боєм (рис. 2.5).

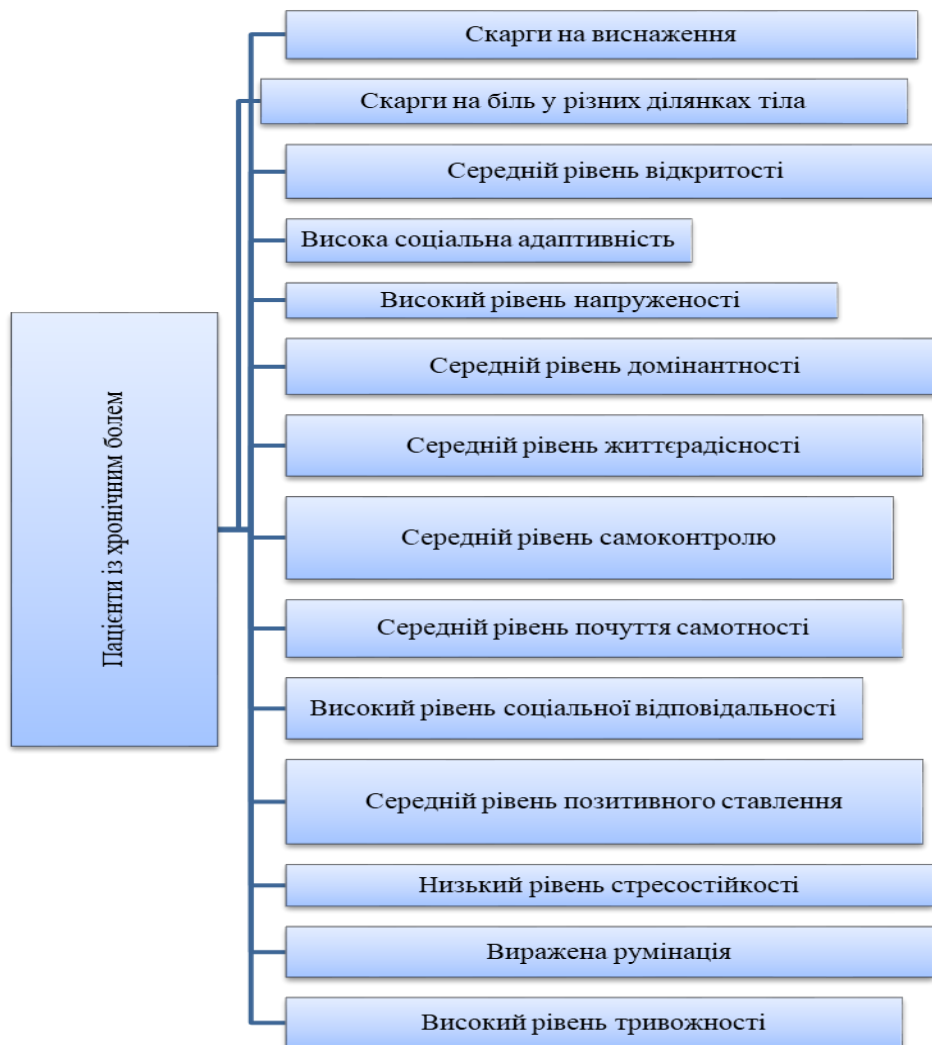


Рис.2.5. Особистісний профіль пацієнтів з вираженим психосоматичними скаргами та хронічним боєм

Діаграма 2.5 демонструє що домінуючими рисами у пацієнтів із хронічним боєм є виразена румінація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття

самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

На основі проведених досліджень розроблені профілі щодо основних характеристик пацієнтів із серцево-судинними хворобами (рис. 2.6).



Рис.2.6. Особистісний профіль пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями.

Діаграма 2.6 демонструє що домінуючими рисами у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями є виразена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на

ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

На основі проведених досліджень складені профілі щодо основних характеристик пацієнтів із діабетом (рис. 2.7).



Рис.2.7 Особистісний профіль пацієнтів із діабетом.

Діаграма 2.7 демонструє що домінуючими рисами у пацієнтів із діабетом є виражена румінація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, низький рівень стресостійкості, присутнє відчуття безпорадності, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

На основі проведених досліджень складені профілі щодо основних характеристик пацієнтів із неврологічними хворобами (рис. 2.8).



Рис.2.8 Особистісний профіль пацієнтів із неврологічними захворюваннями.

Діаграма 2.8 демонструє що домінуючими рисами у пацієнтів із неврологічними захворюваннями є виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Основними підсумками досліджень є :

- найбільш виражений рівень тривожності спостерігається серед пацієнтів з хронічним болем та неврологічними порушеннями;
- найбільш інтенсивний симптом – втомленість/нестача енергії (4 бали); найменш виражений симптом – грудний біль/задишка (1 бал); симптоми середньої інтенсивності (2 бали) – запаморочення, головний, біль, біль у шлунку/кишківнику; симптоми високої інтенсивності (3 бали) – порушення сну, біль у кінцівках/суглобах, біль у спині;
- найбільшу частку в структурі катастрофізації болю у пацієнта займає румінація (40%) — тобто нав'язливі думки про біль і неможливість відволіктися від них. На другому місці — відчуття безпорадності (35%), яке відображає переконання пацієнта в неможливості впоратися з болем. Найменша частка припадає на магніфікацію (25%) — перебільшення загрози і наслідків больових відчуттів;
- основні характеристики особистостей із соматичними захворюваннями та хронічним болем такий: високий рівень тривожності, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень емоційної стабільності, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Психологічні особливості пацієнтів з хронічним болем представлені: виражена румінація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

До психологічних особливостей пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями можемо віднести: виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Психологічні особливості пацієнтів з діабетом полягають у вираженій румінації, високому рівні тривожності, частих скаргах на виснаження, низький рівень стресостійкості, присутнє відчуття безпорадності, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Психологічні особливості пацієнтів з неврологічними захворюваннями наступні: виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

2.3. Взаємозв'язок хронічного болю з рівнем тривожності, депресії та когнітивними процесами.

У межах дослідження взаємозв'язку хронічного болю з рівнем тривожності, депресії та когнітивними процесами було виявлено, що пацієнти з хронічним болем часто мають підвищений рівень тривожності та депресії. Є наслідком не лише фізичних відчуттів болю, але й психологічних факторів, що виникають через постійну незадоволеність, обмеження активності та зміни у соціальних ролях. Більшість пацієнтів вказували на те, що біль не лише впливає на їх фізичний стан, але й викликає відчуття тривоги щодо майбутнього та неясності процесу лікування. Перш за все, хронічний біль змінює сприйняття світу пацієнта, формуючи певні когнітивні стилі, які можуть погіршувати емоційний стан. Пацієнти часто зосереджуються на болю, перебільшуючи його інтенсивність і негативно оцінюючи свої можливості для покращення стану. Призводить до розвитку катастрофічного мислення, коли людина вважає, що біль буде безкінечним, що може спричинити розвиток депресії і тривожних розладів. Продовження такого циклу мислення призводить до зниження адаптаційних можливостей пацієнтів, знижуючи їхню здатність до позитивних змін [25,с.54].

Визначаючи взаємозв'язок між хронічним болем і тривожністю, слід зазначити, що рівень тривожності значною мірою залежить від особистих когнітивних установок пацієнта. Пацієнти, схильні до катастрофічного сприйняття болю, як правило, мають більш високі показники тривожності. Вони схильні до занепокоєння через можливі ускладнення болю, неможливість контролювати свій стан, що сприяє подальшому розвитку тривожних розладів. У доповнення до тривожності, депресія є ще одним основним фактором, що тісно пов'язаний із хронічним болем. Багато пацієнтів з хронічним болем переживають відчуття безвиході, розчарування в лікуванні та постійну стурбованість щодо своєї здатності до відновлення. Ці емоційні труднощі можуть поступово переростати в депресивні стани, коли пацієнти відчувають безнадійність і зневіру щодо свого майбутнього [26,с.120].

Пацієнти часто стикаються з труднощами в концентрації уваги, прийнятті рішень і запам'ятовуванні, що є наслідком як самого болю, так і постійного стресу. Це може ускладнювати їх здатність адаптуватися до ситуації та значно ускладнювати процес лікування. Наслідки когнітивних порушень відображаються на здатності пацієнтів виконувати повсякденні завдання, в тому числі на роботі та в особистих відносинах. Пацієнти з хронічним болем часто повідомляють про проблеми з адаптацією до змін у житті, оскільки більш часто стає головною темою їхнього спілкування, а здатність до позитивного мислення значно зменшується. Може призвести до соціальної ізоляції та погіршення якості життя, що, у свою чергу, лише посилює психологічні проблеми.

Для вивчення взаємозв'язку між хронічним болем, рівнем тривожності, депресивними симптомами було проведено кореляційний аналіз на основі результатів, отриманих за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик : візуально-аналогової шкали болю (VAS), шкали тривожності Спілбергера – Ханіна та госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Кореляційний аналіз проводився за допомогою коефіцієнта Пірсона (для нормального розподілу) або коефіцієнта Спірмена (у випадках відхилення від нормальності). Статистичний аналіз здійснювався в програмі SPSS 26.0. Представимо зв'язок змінних інтенсивність болю- рівень тривожності, інтенсивність болю – депресія та тривожність – депресія (табл.2.4).

Таблиця 2.4.

Результати кореляційного аналізу наведені в таблиці

Зв'язок змінних	г (Пірсона/Спірмена)	р-рівень значущості
Інтенсивність болю – рівень тривожності	0.61	$p < 0.01$
Інтенсивність болю – депресія	0.55	$p < 0.01$
Тривожність – депресія	0.73	$p < 0.01$

Отже, за результатами кореляційного аналізу було:

- встановлено помірний позитивний зв'язок між інтенсивністю болю та рівнем тривожності ($r = 0.61$), що свідчить про те, що із зростанням суб'єктивної оцінки болю зростає рівень тривожності;
- зв'язок між болем і депресивними симптомами також є статистично значущим ($r = 0.55$), що підтверджує емоційний компонент хронічного болю;
- спостерігається високий позитивний зв'язок між тривожністю та депресією ($r = 0.73$), що узгоджується з літературними даними про їх часту коморбідність;

Кореляційний аналіз показав, що хронічний біль не є лише фізичним симптомом, а тісно пов'язаний із психоемоційним станом людини. Тривожність і депресія виступають як значущі психічні чинники, що впливають як на інтенсивність болю. Отримані результати підтверджують необхідність інтегративного підходу до лікування хронічного болю із залученням психологічної підтримки.

Для оцінки психоемоційного стану респондентів було використано методику тривожності Ч.Спілбергера, Ю.Ханіна, госпітальну шкалу HADS. Статистичний аналіз результатів проводився за допомогою методів описової статистики та t-критерію Стюдента, що дозволило виявити значущі відмінності між підгрупами з різним рівнем хронічного болю (табл.2.5.).

Таблиця 2.5.

**Розподіл респондентів за рівнем психоемоційних станів (у %)
(за шкалою HADS)**

Показник	Низький (%)	Середній (%)	Високий (%)
Тривожність	20	45	35
Депресія	25	50	25

Найбільше учасників показали середній рівень тривожності та депресії.

На основі проведених досліджень можемо порівняти показники психоемоційного стану у групах з низьким та високим рівнем болю (табл. 2.6.).

Таблиця 2.6.

**Порівняння середніх показників психоемоційного стану у групах з
низьким та високим рівнем болю**

Психологічні показники	Група з низьким болем (n=15)	Група з високим болем (n=15)	p-рівень значущості
Середній бал тривожності	28.1	41.6	$p < 0.01$
Середній бал депресії	6.4	10.2	$p < 0.05$

Особи з високим рівнем болю демонструють статистично вищі показники тривожності та депресії, що ще раз підтверджує тісний взаємозв'язок соматичних і психічних факторів.

У пацієнтів з хронічним болем також спостерігається зниження рівня мотивації та інтересу до різних видів діяльності. Може призвести до зменшення фізичної активності, що тільки погіршує їх фізичний стан, сприяючи ще більшому відчуттю болю та психологічної депресії. У таких випадках значною є робота з пацієнтом для збереження його мотивації до лікування та відновлення. Наведені результати підкреслюють помітність комплексного підходу до лікування хронічного болю, включаючи не тільки фізичні, але й психологічні методи. Терапевтичний процес повинен враховувати не лише зменшення інтенсивності болю, але й допомогу у зниженні рівня тривожності та депресії, а також у відновленні когнітивних функцій пацієнтів [19,с.142].

Розгляд взаємозв'язку хронічного болю з рівнем тривожності, депресії варто зазначити, що хронічний біль має суттєвий вплив на емоційне реагування пацієнтів. Підвищений рівень тривожності може стати не лише наслідком самого болю, але й передувати його виникненню. Пацієнти з хронічним болем часто перебувають у постійному стресі, переживаючи кожен новий біль як потенційну загрозу для свого здоров'я і добробуту. Створює ситуацію, в якій

біль перетворюється не лише на фізичний симптом, але й на потужний психологічний фактор. Тривожні розлади, пов'язані з хронічним болем, можуть мати хронічний характер. Пацієнти часто переживають серйозні труднощі з управлінням своїм станом, що підвищує їхнє почуття невпевненості і занепокоєння. Вони можуть переживати страхи щодо непередбачуваності майбутнього і невизначеності щодо прогресу лікування, що в свою чергу може збільшувати частоту та інтенсивність болю. Відсутність зрозумілої перспективи одужання або полегшення болю посилює відчуття безнадійності.

Надмірне зосередження на болю також веде до зниження здатності до позитивного мислення і відновлення здоров'я. Пацієнти часто стають зацикленими на своєму болі, що призводить до катастрофічних думок про його неможливість подолання. Знижує рівень їхньої психічної гнучкості, сприйнятливості до змін і адаптаційних здібностей. Вони починають вірити, що біль є постійним і незмінним, що заважає їм прийняти стратегії, спрямовані на полегшення болю або адаптацію до нього.

Особливу увагу слід приділити соціальним і міжособистісним акцентами життя пацієнтів з хронічним болем. Психологічні труднощі, пов'язані з болем, можуть викликати відчуття ізоляції і відчуження від близьких. Пацієнти можуть почуватися нікому не потрібними через свою фізичну недугу, що лише погіршує емоційний стан. Відсутність підтримки з боку родини і друзів може призвести до глибокої депресії та посилення тривожних розладів. Зростаюча психологічна ізоляція може також спричиняти зниження соціальної активності пацієнтів. Вони часто уникають соціальних заходів і взаємодії з іншими людьми через стрес, викликаний болем, що може вести до ще більшого зниження їхньої мотивації. Стає частиною замкнутого кола, де соціальна ізоляція лише посилює депресивні та тривожні стани. Помітним є також зв'язок між хронічним болем та порушеннями сну. Пацієнти, які страждають від постійного болю, часто мають проблеми зі сном, що погіршує їхній психоемоційний стан. Недосипання може призвести до підвищення рівня тривожності та депресії, оскільки організм не має можливості відновити свої

ресурси. Може ще більше погіршити здатність пацієнтів справлятися з болем і впоратися з негативними емоціями [22,с.45] .

Таким чином, взаємозв'язок хронічного болю з тривожністю та депресією є складним і багатогранним процесом. Хронічний біль не тільки спричиняє фізичні страждання, але й має великий вплив на психологічний стан пацієнта, що може погіршити їхню здатність адаптуватися та справлятися з хворобою. Врахування цих факторів є важливим для розробки ефективних методів лікування, які включають як медичні, так і психологічні підходи.

Висновки до другого розділу

Проведене емпіричне дослідження дозволило виявити низку психологічних особливостей пацієнтів із різними соматичними захворюваннями, зокрема за наявності хронічного болю. На основі результатів анкетування та психодіагностичних методик встановлено, що:

- хронічний біль супроводжується значними психоемоційними проявами — високим рівнем тривожності, депресивними проявами, та низькою мотивацією до лікування;
- найвищий рівень тривожності виявлено у пацієнтів із хронічним болем та неврологічними порушеннями, що підтверджується за методикою спілбергера–ханіна. також виявлено прямий зв'язок між інтенсивністю болю та рівнем тривожності й депресії;
- катастрофізація болю є поширеним психологічним механізмом, у структурі якого домінує румінація (нав'язливі думки про біль), за нею — почуття безпорадності та магніфікація; ці механізми знижують адаптаційний потенціал пацієнтів;
- особистісний профіль пацієнтів із соматичними розладами включає: високий рівень тривожності, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень емоційної стабільності, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття

самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення, ці характеристики впливають на перебіг захворювання та ставлення до лікування;

– серед найбільш інтенсивних соматичних симптомів домінують: втома/нестача енергії, порушення сну, біль у спині та кінцівках, серед психосоматичних скарг домінують виснаження та ревматичний чинник, що супроводжуються емоційними порушеннями.

Отримані результати свідчать про необхідність комплексного підходу до лікування пацієнтів із хронічним болем, який включає не лише медикаментозні засоби, а й психологічну допомогу, зокрема психотерапевтичні втручання, спрямовані на подолання катастрофічного мислення, зменшення тривожності, підтримку когнітивного функціонування та активізацію адаптаційних стратегій.

РОЗДІЛ 3.

ШЛЯХИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ

3.1. Психотерапевтичні підходи до роботи з пацієнтами із соматичними захворюваннями.

Враховуючи емпіричні дослідження, і вияснивши що серед найбільш інтенсивних соматичних симптомів домінують: втома/нестача енергії, порушення сну, біль у спині та кінцівках, серед психосоматичних скарг домінують виснаження та ревматичний чинник, що супроводжуються емоційними порушеннями такими як високий рівень тривожності та депресії доцільно правильно відбирати психотерапевтичні підходи до роботи з пацієнтами.

Психотерапевтична допомога пацієнтам із соматичними захворюваннями та хронічним болем є істотним компонентом комплексного лікування, оскільки біль та фізичні недуги часто тісно переплітаються з психологічними проблемами, такими як депресія, тривожність, стрес і зниження якості життя. Психологічна допомога надається не лише для полегшення емоційного стресу, але й для покращення загального самопочуття пацієнта, допомагаючи йому адаптуватися до свого захворювання і знайти шляхи подолання болю. Один з основних психотерапевтичних підходів до роботи з пацієнтами із соматичними захворюваннями — когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей метод орієнтований на зміну дисфункціональних переконань і поведінкових патернів, які можуть погіршувати стан пацієнта. Важливою складовою КПТ є робота з катастрофічними думками, які характерні для пацієнтів із хронічним болем. Зазвичай вони сприймають біль як незмінний і неминучий, що може значно посилювати тривогу та депресію. Завдання терапевта полягає у допомозі пацієнтові змінити ці переконання, зрозуміти, що біль можна контролювати, і розвивати стратегії зниження болю [28,с.49].

Іншим основним методом є терапія усвідомлення та прийняття (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), яка допомагає пацієнтам прийняти їхній стан і зосередитись на тому, що є в їхньому контролі. Для пацієнтів із хронічним болем варто навчитися приймати біль як частину їхнього життя, не дозволяючи йому визначати їхнє існування. Цей підхід включає в себе розвиток гнучкості у мисленні та поведінці, що дозволяє пацієнту адаптуватися до нових умов життя, зменшувати вплив болю на емоційний стан та знаходити сенс у повсякденних активностях, незважаючи на обмеження. Психотерапія на основі психологічної регуляції, включаючи методи релаксації та техніки зниження стресу, є також важливою складовою допомоги пацієнтам із хронічним болем. Вправи на глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація, йога та медитація допомагають знижувати рівень тривожності і болю, а також полегшують психофізичне самопочуття пацієнта. Психологічні тренінги, які включають методи управління стресом, можуть бути корисними для пацієнтів, які відчувають сильне нервово напруження через хронічний біль.

Особливу увагу слід приділяти роботі з емоційними реакціями пацієнтів, що виникають через їхні соматичні захворювання. Когнітивно-емоційна терапія допомагає зменшити емоційну біль, пов'язану з хронічними фізичними симптомами, і навчити пацієнта правильно реагувати на негативні емоції, такі як гнів, тривога та депресія. За допомогою цього підходу пацієнт може навчитися краще розуміти свої емоційні переживання і розвивати більш ефективні стратегії їхнього управління. Також варто зазначити значність психотерапії, яка орієнтована на розвиток соціальної підтримки для пацієнтів із хронічними захворюваннями. Підтримка родини, друзів і колег є основою для покращення емоційного стану пацієнтів. Терапевт може допомогти пацієнту розпізнати і зменшити соціальну ізоляцію, яка часто супроводжує хронічний біль, а також сприяти покращенню взаєморозуміння між пацієнтом і його оточенням [31,с101].

Психотерапевтичні підходи повинні також включати елементи арт-терапії, які можуть допомогти пацієнтам зняти емоційну напругу через

творчість. Виявлення емоцій через малювання, музику, письмові вправи або інші форми самовираження допомагає пацієнту знайти способи висловлювати свої переживання, що, у свою чергу, зменшує стрес і тривогу. Крім того, творчі методи можуть допомогти пацієнту сконцентруватися на позитивних рисах життя, підвищити рівень самооцінки та впевненості. Значним є також підхід, орієнтований на розвиток навичок самообслуговування та самопідтримки. Коли пацієнт із хронічним болем навчається здійснювати самодопомогу через методи зниження стресу, релаксацію, фізичні вправи та психологічну підтримку, це покращує його здатність справлятися з болем у повсякденному житті. Психотерапевт може допомогти пацієнту усвідомити важливість саморегуляції та заохочувати його до створення індивідуальних стратегій для зниження рівня болю та поліпшення якості життя. Усі ці підходи мають на меті не тільки полегшення фізичного болю, але й зміцнення психічного здоров'я пацієнта, зокрема його здатності до адаптації, розвитку особистісної гнучкості та підвищення рівня загальної життєвої активності. Дозволяє створити більш гармонійне ставлення до болю та підвищити рівень самоповаги пацієнта, що є головним елементом у процесі лікування соматичних захворювань [32,с.157]

Психотерапевтичні методи є важливою частиною комплексного лікування пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем. Вони сприяють не тільки покращенню психологічного благополуччя пацієнта, але й можуть мати позитивний ефект на його фізичний стан, знижуючи інтенсивність болю і покращуючи якість життя в цілому. Психотерапевтичні підходи до роботи з пацієнтами із соматичними захворюваннями потребують особливої уваги до індивідуальних особливостей кожного пацієнта. Варто враховувати рівень тяжкості захворювання, стадію розвитку болю, а також інші психосоціальні фактори, що можуть впливати на ефективність терапії. Зокрема, для пацієнтів із хронічним болем, який може тривати роками, особливого значення набувають методи, що сприяють зменшенню тривожності, депресії та інших психічних розладів, які можуть виникати через постійний біль. Одним із найбільш ефективних методів, що використовуються в терапії пацієнтів із

хронічним болем, є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Цей метод фокусується на зміні патернів мислення та поведінки, які можуть сприяти підтримці або погіршенню болю. Пацієнти часто мають спотворені уявлення про біль, сприймаючи його як невиліковний і постійний. КПТ сприяє тому, щоб пацієнти усвідомлювали свої автоматичні думки і реінтерпретували їх, розвиваючи більш конструктивне сприйняття болю. Зміна способу мислення також дозволяє пацієнтам покращити емоційну реакцію на біль і знизити рівень стресу.

Основним напрямком є терапія усвідомлення і прийняття (АСТ), яка спрямована на прийняття болю, а не на його уникання. В АСТ акцентується увага на життєвих цілях і цінностях пацієнта, що дозволяє зменшити вплив болю на повсякденну діяльність і настрій. Пацієнти навчаються взаємодіяти з болем таким чином, щоб він не ставав основною перешкодою для досягнення своїх життєвих цілей. Дозволяє створити більш адаптивне ставлення до болю, що покращує психоемоційний стан і дозволяє пацієнту зберігати активність і соціальні контакти. Релевантним методом психотерапевтичного підходу є інтеграція методів релаксації та стрес-менеджменту. Методи глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації та медитації дозволяють знижувати рівень фізіологічного стресу, що сприяє зменшенню інтенсивності болю. Релаксаційні методи використовуються не тільки для зняття м'язової напруги, а й для зменшення емоційної реакції на біль. Це дає змогу пацієнтам краще справлятися з болем і пов'язаними з ним переживаннями [14,с.103].

Також основним є розвиток психосоціальної підтримки для пацієнтів із хронічним болем. Враховуючи, що багато пацієнтів відчувають соціальну ізоляцію через свій стан, робота з соціальною підтримкою є критично важливою. Терапевти можуть включати членів родини, друзів та близьких у процес лікування, що допомагає зміцнити соціальні зв'язки пацієнта і знизити відчуття ізоляції. Психотерапевт також може навчити пацієнта ефективно комунікувати свої потреби і переживання, що помітно для покращення взаємин у родині та серед друзів. Для пацієнтів із хронічним болем відповідним є також

підхід, що включає фізичні вправи та здорові звички. Багато пацієнтів уникають фізичної активності через біль, що призводить до погіршення загального стану і може посилювати больові відчуття. Терапевти працюють над тим, щоб пацієнти поступово включали фізичні вправи, адаптуючи їх до рівня терпимості до болю. Допомагає зміцнити тіло, покращити кровообіг та загальний тонус, що в свою чергу може зменшити інтенсивність болю.

Найбільш ефективним є комплексний підхід, який включає як психотерапевтичні, так і фізичні методи лікування. Це дозволяє не тільки знизити рівень болю, а й підвищити якість життя пацієнтів. Психотерапія допомагає пацієнтам змінювати ставлення до болю, адаптуватися до змін у їхньому житті та знайти нові шляхи для досягнення своїх цілей, не зважаючи на фізичні обмеження. Серед іншого, терапевтичний підхід також включає роботу з емоційними реакціями на біль. Пацієнти часто переживають негативні емоції, такі як гнів, розчарування та відчай, через невизначеність майбутнього та постійний біль. Психотерапевт допомагає пацієнтам зрозуміти та прийняти ці емоції, навчити їх не дозволяти болю визначати їхнє життя. Підвищує рівень адаптивності і дозволяє пацієнтам справлятися з більшими труднощами. Також варто відзначити, що психотерапія для пацієнтів із хронічним болем повинна бути гнучкою і адаптивною. Кожен пацієнт має свої індивідуальні потреби і переживання, тому варто, щоб підхід терапевта був персоналізованим. У випадку невдачі одного методу терапії, психотерапевт повинен бути готовим коригувати тактику, застосовуючи інші техніки або комбінуючи різні підходи для досягнення найкращих результатів [22,с.45].

Таким чином, психотерапевтичний процес для пацієнтів із хронічним болем є багатограним і багатоаспектним. Використання різних методів і технік допомагає не лише знизити інтенсивність болю, але й покращити якість життя пацієнта, підтримати його психічне здоров'я та забезпечити довгострокові результати лікування.

3.2. Методи подолання хронічного болю: психологічні стратегії та техніки.

Подолання хронічного болю вимагає комплексного підходу, що включає не тільки медикаментозну терапію, а й використання психологічних методів і стратегій. Хронічний біль значно впливає на психоемоційний стан пацієнтів, тому варто розробити психологічні інтервенції, що допомагають зменшити не лише фізичні прояви болю, але й емоційні та когнітивні реакції на нього. У цьому контексті виділяються кілька основних психологічних стратегій і технік, які можуть бути використані для подолання хронічного болю. Однією з найбільш ефективних психологічних стратегій є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ орієнтована на зміну негативних і спотворених переконань пацієнта щодо болю та його впливу на життя. Пацієнти з хронічним болем часто мають переконання, що біль буде тривати вічно, що вони не здатні контролювати свої стани, або що болі неможливо полегшити. КПТ дозволяє пацієнтам змінити ці спотворені переконання, розвиваючи більш конструктивне сприйняття болю. Вона також включає вправи для зміни поведінки, щоб пацієнти могли більш ефективно справлятися з болем і покращити свою активність у повсякденному житті [33,с.63] .

Іншою помітною технікою є метод усвідомлення та прийняття (АСТ), який активно використовується для лікування пацієнтів із хронічним болем. Ця техніка сприяє прийняттю болю як частини життя, а не як того, що потрібно уникати або перемогти. Пацієнти вчаться не боротися з болем, а скоріше змінювати своє ставлення до нього. Вони зосереджуються на досягненні важливих життєвих цілей і прагненнях, навіть якщо біль залишається присутнім. Дозволяє знизити емоційну напругу, пов'язану з болем, і покращити загальну якість життя пацієнта. Методи релаксації також займають значне місце в терапії хронічного болю. Техніки, такі як прогресивна м'язова релаксація, глибоке дихання, медитація та йога, допомагають знижувати рівень фізіологічного стресу та напруги, що може сприяти полегшенню болю. Релаксація допомагає пацієнтам зменшити м'язові спазми і покращити

кровообіг, що може знизити інтенсивність болю. Вона також ефективно знижує тривожність, депресію та інші психоемоційні стани, пов'язані з хронічним болем.

Значною є техніка перенаправлення уваги. Метод, при якому пацієнт вчиться концентрувати свою увагу на чомусь, що не пов'язано з болем. Наприклад, через слухання музики, виконання творчих завдань, взаємодію з природою чи іншими видами діяльності, пацієнт може знижувати рівень відчуття болю, оскільки зменшується концентрація на неприємних відчуттях. Ця техніка використовує принципи уваги і когнітивного фокусу для зменшення болю. Інший помітний підхід включає техніки соціальної підтримки. Пацієнти з хронічним болем часто відчувають соціальну ізоляцію, оскільки фізичний стан обмежує їх активність. Важливо, щоб терапевт допомагав пацієнту знайти підтримку серед родини, друзів і в групах самодопомоги, що допомагає створити здорову соціальну мережу. Не лише знижує рівень тривожності та депресії, але й дає можливість пацієнтам відчувати себе частиною соціуму, що є істотним елементом психоемоційного благополуччя.

Методи управління стресом є ще однією помітною стратегією для пацієнтів з хронічним болем. Включення вправ на зменшення стресу, таких як медитація, вправи для дихання і розслаблення, може допомогти зменшити емоційне навантаження і покращити здатність пацієнта справлятися з болем. Стрес є однією з основних причин загострення болю, тому вміння контролювати стресові ситуації відіграє основну роль у зниженні інтенсивності болю та покращенні загального стану пацієнта. Додатково варто відзначити, що у роботі з хронічним болем значну роль відіграє методика навчання пацієнтів щодо самоуправління болем. Пацієнти, які навчаються відслідковувати свій біль, розпізнавати тригери для його загострення і управляти своїм фізичним і емоційним станом, мають кращі шанси на полегшення болю. Навчання самоконтролю дає пацієнтам відчуття влади над своїм тілом і болем, що допомагає їм покращити якість життя і стати більш автономними [34,с.128].

Застосування психологічних технік для подолання хронічного болю є важливим складником комплексного підходу до лікування. Вони допомагають знижувати рівень болю, зменшують психоемоційне напруження та підвищують загальну якість життя пацієнта. Основним методом є індивідуальний підхід, адже кожен пацієнт має свої унікальні потреби та вимоги, що вимагає персоналізованого підходу до вибору терапевтичних методів. Розгляд методів подолання хронічного болю, варто зазначити, що ключовим аспектом є інтервенції, які базуються на активації когнітивних і емоційних ресурсів пацієнта для відновлення здатності до функціонування в повсякденному житті. Однією з таких стратегій є когнітивно-поведінкова терапія, яка поєднує в собі декілька підходів до змінювання ставлення пацієнтів до болю. Через цю терапію пацієнти вчаться змінювати свої переконання і реакції на біль, що дозволяє зменшити емоційний вплив болю на їхнє життя. Включає зміну негативних шаблонів мислення, таких як переконання, що біль є абсолютним і незмінним, або що біль визначає їхнє життя і здатність до активності.

Ще однією ефективною стратегією є метод «відволікання уваги», який використовується для зменшення сприйняття болю через зосередження на інших акцентах повсякденного життя, що можуть зацікавити пацієнта. Наприклад, пацієнти можуть бути навчені займатися творчими заняттями, розвивати хобі або застосовувати віртуальні методи реабілітації, які допомагають відволікати увагу від болю. Техніки «мультимедійного відволікання», як то слухання заспокійливої музики або перегляд заспокійливих відео, можуть також допомогти зменшити інтенсивність відчуття болю. Істотною є психологічна стратегія, орієнтована на самоусвідомлення і рефлексію, де пацієнти навчаються розуміти причини і механізми болю, а також пов'язану з ним емоційну реакцію. Сприяє розвитку навичок усвідомленого сприйняття і управління болем, а також дозволяє пацієнту активніше взаємодіяти з фізіотерапевтичними методами лікування, наприклад, з фізичними вправами чи корекцією постави. Пацієнти можуть вчитися

оцінювати рівень свого болю, відслідковувати моменти загострення та вживати заходів для його полегшення вчасно [29,с.44].

Помітним напрямком є методи, орієнтовані на емоційну підтримку, зокрема, на роботу з соціальною підтримкою. Може бути підтримка родини та близьких, а також групи самодопомоги, де пацієнти можуть обмінюватися досвідом і взаємно підтримувати один одного. Сильна соціальна мережа є значною складовою для адаптації до хронічного болю, адже емоційна підтримка значно підвищує стресостійкість пацієнта і допомагає йому краще справлятися з викликами, що виникають через біль. Ще одним ефективним методом є техніка релаксації та розслаблення, яка включає як фізіологічні, так і психологічні аспекти. Прогресивна м'язова релаксація, при якій пацієнти по черзі напружують і розслабляють різні групи м'язів, дозволяє знижувати м'язовий тонус, що часто супроводжує хронічний біль. Вона допомагає не тільки фізично зменшити больові відчуття, а й знизити рівень загального емоційного напруження, що безпосередньо пов'язано з більшими переживаннями болю. Техніка медитації також відіграє основну роль у зменшенні болю, адже дозволяє пацієнтам зосереджувати свою увагу на позитивних відчуттях, внутрішньому спокої і гармонії. Медитація допомагає пацієнтам зменшити рівень тривожності та депресії, які часто супроводжують хронічний біль, а також змінює нейропсихологічну відповідь організму, знижуючи сприйняття болю. Практика усвідомленості або «mindfulness» допомагає пацієнтам навчитися відпускати негативні емоції та зосереджуватися на теперішньому моменті, що є помітним у зменшенні емоційного впливу болю [10,с.98].

Іншою особливою технікою є використання візуалізаційних методів. Методи, за яких пацієнт уявляє собі процес зменшення або зникнення болю за допомогою уяви. Наприклад, уявлення, що біль розчиняється або стає меншим при певних візуальних образах, може допомогти пацієнту зменшити фізичне відчуття болю, оскільки візуальні образи активують нейропсихологічні механізми, що впливають на біль. Ця техніка також активно використовується в

терапії пацієнтів, що мають психосоматичні розлади. Програми тренування емоційної стійкості також є основною складовою терапії хронічного болю. Через такі тренування пацієнти вчаться реагувати на стресові фактори, включаючи біль, більш здоровими способами. Допомагає їм не тільки знижувати відчуття болю, але й покращує їхній психологічний стан загалом. Підвищення емоційної стійкості сприяє зменшенню психоемоційних розладів, таких як депресія чи тривожність, і допомагає пацієнтам відновлювати свою здатність до активності. У контексті психологічних методів подолання хронічного болю варто зазначити, що успіх терапії багато в чому залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, зокрема від його готовності працювати над собою, змінювати ставлення до болю та активно співпрацювати з терапевтом. Вибір конкретної стратегії чи техніки має бути адаптований до індивідуальних потреб пацієнта, оскільки кожен випадок хронічного болю є унікальним і вимагає персоналізованого підходу.

Загалом, застосування різноманітних психологічних методів є важливою частиною комплексного підходу до лікування хронічного болю. Психологічні стратегії дозволяють зменшити емоційне навантаження, покращити когнітивні процеси та сприяти загальному полегшенню болю, що в результаті веде до підвищення якості життя пацієнтів.

3.3. Роль психолога у процесі реабілітації пацієнтів із хронічним болем.

Психологічна підтримка пацієнтів із хронічним болем є головним методом реабілітаційного процесу, оскільки вона дозволяє не лише зменшити рівень болю, а й покращити загальний емоційний стан, що в свою чергу сприяє швидшому відновленню та підвищенню якості життя. Хронічний біль часто супроводжується депресією, тривожністю, зниженням мотивації та стресовими реакціями, що може значно ускладнити процес реабілітації. Завдання психолога в цьому контексті полягає в тому, щоб допомогти пацієнту зрозуміти свою проблему, адаптуватися до нових умов життя та розвинути стратегії подолання

болю. Однією з основних ролей психолога є допомога в зміні ставлення до болю. Замість того щоб вважати біль невідворотним і абсолютно визначеним станом, пацієнт навчається розуміти його як частину життєвого процесу, з яким можна взаємодіяти. Психолог застосовує когнітивно-поведінкові стратегії для того, щоб навчити пацієнта ефективно управляти своїми емоціями і думками щодо болю [38,с.85]. Включає роботу з переконаннями пацієнта, допомогу в зміні нерациональних думок, таких як «я не можу жити з болем» або «біль завжди буде погіршуватися». Заміна таких думок на більш адаптивні є значною складовою психологічної підтримки.

Також психолог має важливе значення у розробці індивідуальних стратегій адаптації до хронічного болю. За допомогою різноманітних методик, таких як релаксація, медитація, візуалізація, пацієнти навчаються зменшувати рівень стресу і емоційного напруження, пов'язаного з болем. Наприклад, прогресивна м'язова релаксація дозволяє пацієнтам знижувати м'язову напругу, що часто є частиною больового синдрому, а техніки медитації можуть зменшити внутрішнє напруження і допомогти зосередитися на позитивних відчуттях. Роль психолога також полягає у створенні психологічної підтримки під час процесу реабілітації, що допомагає пацієнтам перебороти ізоляцію і депресивні настрої, що часто супроводжують хронічний біль. Психолог може працювати з близькими пацієнта, пояснюючи їм, як варто надавати емоційну підтримку. Створює більш сприятливу атмосферу для реабілітації, адже пацієнти, які відчувають підтримку з боку родини і друзів, зазвичай краще адаптуються до хронічного болю [40,с.148]

Особливо відповідну роль психолог відіграє в допомозі пацієнтам у відновленні соціальних контактів і активності, які можуть бути обмежені через постійний біль. Пацієнти з хронічним болем часто відмовляються від соціальних контактів і обмежують свою активність через страх посилити біль або переживання, що їхні фізичні обмеження можуть бути неприємно сприйняті іншими. Психолог працює з такими пацієнтами, допомагаючи їм розвивати впевненість у собі та своєму тілі, що є знаним кроком до покращення їхнього

соціального життя. Головним акцентом роботи психолога є допомога пацієнтам у розвитку стратегії «подолання» болю через правильне управління стресом. Психолог навчає пацієнтів різним методам, таким як техніки дихальної гімнастики, що допомагають знизити рівень тривожності та стресу, які часто сприяють посиленню болю. Крім того, навички самоконтролю і саморегуляції допомагають пацієнтам бути більш активними в повсякденному житті, не дозволяючи болю визначати їхні межі. Психолог також підтримує пацієнта в процесі реабілітації через навчання емоційній гнучкості. Пацієнти з хронічним болем часто переживають емоційне виснаження через постійне відчуття болю, що може сприяти розвитку депресії і тривожних розладів. Психолог допомагає пацієнту зрозуміти, як його емоції можуть впливати на його фізичний стан, і навчити його ефективно справлятися з негативними емоціями. Розвиток емоційної гнучкості є важливим для підтримання психічного здоров'я та підвищення стійкості до хронічного болю.

Зміна способу життя є ще одним аспектом, де психолог може внести значний вклад. Рекомендуються регулярні фізичні навантаження, які допомагають знизити рівень болю, але пацієнти часто мають труднощі з мотивацією для виконання фізичних вправ через біль або страх перед його посиленням. Психолог допомагає розвивати мотивацію до активності та наголошує на помітності змін у способі життя для зменшення болю та покращення загального самопочуття. Ще одна роль психолога у процесі реабілітації полягає в проведенні групових занять або сеансів підтримки. Взаємодія з іншими пацієнтами, які мають схожі переживання і труднощі, допомагає створити відчуття належності до групи і соціальної підтримки. Істотним фактор для пацієнтів з хронічним болем, які часто відчувають себе ізольованими або непотрібними через обмеження, що накладає біль. Психолог відіграє основну роль у процесі реабілітації пацієнтів із хронічним болем. Він допомагає пацієнтам не лише зменшити біль через психологічні техніки, але й сприяє загальному поліпшенню якості життя через розвиток стійкості, соціальної підтримки та позитивного ставлення до свого стану. Взаємодія з

психологом дає можливість пацієнту адаптуватися до життя з хронічним болем, покращити свою психоемоційну стабільність і відновити фізичну активність, що позитивно впливає на процес реабілітації [41,с.104].

Психолог відіграє також основну роль у підвищенні психічної стійкості пацієнтів до хронічного болю, оскільки біль може бути великим стресовим фактором, що значно впливає на емоційний стан і психологічне здоров'я. Проблеми, пов'язані з хронічним болем, часто включають відчуття безсилля, фрустрації, тривоги, депресії та соціальної ізоляції. Психолог допомагає пацієнтам впоратися з цими емоціями, навчаючи їх технікам емоційної регуляції, що дозволяють мінімізувати психологічне навантаження та посилювати їхню внутрішню стійкість. Значущим акцентом роботи психолога є надання пацієнту інструментів для самопідтримки та мотивації. Для пацієнтів із хронічним болем критично важливо відновити віру у власні сили та можливість покращення свого стану. Психолог працює з пацієнтами над формулюванням цілей і досягненням малих перемог, що створює відчуття контролю над ситуацією. Включає в себе не тільки фізичні досягнення, але й психологічні, наприклад, зменшення рівня тривоги чи депресії [18,с.75].

Психолог також допомагає пацієнтам з хронічним болем знайти баланс між фізичною активністю та відпочинком. Часто люди, що страждають від постійного болю, схильні уникати будь-яких фізичних навантажень через страх посилення болю. Але регулярні фізичні вправи, навіть з помірною інтенсивністю, можуть допомогти покращити самопочуття. Психолог вчить пацієнтів правильному підходу до планування фізичної активності, спільно з лікарем визначаючи оптимальний рівень навантажень, який буде сприяти відновленню без небезпеки для стану пацієнта. Іншою значною частиною роботи психолога є надання підтримки родині пацієнта. Родичі часто не знають, як правильно підтримати людину, що страждає від хронічного болю, що може призвести до стресу і напруги в сімейних стосунках. Психолог проводить консультації для близьких пацієнта, навчаючи їх правильних стратегій підтримки, зокрема як краще реагувати на біль пацієнта, як справлятися з

емоційними труднощами та як підтримувати здорову атмосферу вдома. Крім того, психолог здійснює корекцію ставлення пацієнтів до болю через когнітивно-поведінкові техніки. Один із основних принципів цих методик — зміна негативного сприйняття болю, коли пацієнт вважає біль невідворотним і обмежує себе в багатьох аспектах життя. Психолог навчить пацієнта шукати нові способи інтерпретації болю, що дозволить знизити емоційне напруження та зменшити больові відчуття, оскільки дослідження показують, що психологічний фактор може істотно впливати на сприйняття болю.

Психолог також може бути залучений до проведення тренінгів для пацієнтів з хронічним болем, спрямованих на розвиток навичок подолання стресу та тривоги. У цих тренінгах пацієнти навчаться управляти своїми емоціями, що є основним для зменшення психоемоційного напруження. Психолог також може допомогти пацієнтам освоїти техніки релаксації та медитації, що знижують рівень тривожності, підвищують здатність до самоконтролю і зменшують негативний вплив болю на їхній психологічний стан. Роль психолога полягає і в тому, щоб допомогти пацієнту виявити та використовувати соціальну підтримку. Люди, які страждають від хронічного болю, часто втрачають здатність підтримувати активні соціальні зв'язки через страх, що їхні проблеми будуть надмірно акцентуватися або через фізичні обмеження. Психолог працює з пацієнтами над відновленням соціальної активності, сприяючи підтримці контактів з родиною, друзями, колегами або створенню нових контактів з іншими людьми, які переживають подібні труднощі. Не лише допомагає поліпшити емоційний стан пацієнта, а й надає йому необхідну підтримку в процесі реабілітації [29,с.44].

Крім того, психолог бере участь у розробці індивідуальних програм реабілітації, враховуючи специфіку кожного пацієнта, його стан та особливості хронічного болю. Такі програми можуть включати техніки самоконтролю, психотерапевтичні інтервенції, підтримку в адаптації до нових умов життя, що дозволяє пацієнту поступово повернутися до нормальної життєдіяльності, зберігаючи психологічну стабільність. Важливим є те, що психолог має

забезпечити пацієнта необхідними інструментами для самостійного подолання труднощів, що виникають на шляху реабілітації. Психологічна реабілітація пацієнтів із хронічним болем також включає сприяння у формуванні здорових звичок, зокрема в плані харчування, сну та фізичної активності. Пацієнти, які страждають від хронічного болю, часто мають порушення сну, погане харчування та обмежену фізичну активність. Психолог допомагає розробити програму для відновлення здорових звичок, що підтримують загальний фізичний стан і психологічну стабільність.

Роль психолога у реабілітації пацієнтів із хронічним болем полягає не лише в зменшенні болю та підтримці емоційної рівноваги, але й у допомозі пацієнту адаптуватися до змін у своєму житті, повернутися до соціальної та професійної діяльності, підтримувати якість життя, не зважаючи на наявність хронічного болю. Через професійну підтримку психолог створює можливості для пацієнта відновити функціонування на всіх рівнях: фізичному, психологічному та соціальному.

Відповідним акцентом роботи психолога є підтримка пацієнтів у процесі розуміння і прийняття свого стану. Для багатьох людей хронічний біль стає шоком і призводить до етапів горя, схожих на переживання втрати. Психолог допомагає пацієнтам прийняти нові обмеження, визначити нові життєві цілі та відновити почуття самоконтролю. Головний етап у реабілітації, оскільки саме прийняття своєї хвороби може допомогти знизити рівень стресу і тривоги, що виникають через постійне боріння з болем. Психолог також може працювати над тим, щоб пацієнт розвинув навички управління болем через когнітивні та поведінкові методи. Завдяки різним психотерапевтичним технікам пацієнти можуть змінити своє ставлення до болю, зменшити негативне сприйняття болю як постійного супутника і знайти стратегії, які дозволять знизити вплив болю на їхнє повсякденне життя. Можуть бути методи, що базуються на уважності (mindfulness), когнітивно-поведінкова терапія або техніки релаксації [41,с.104].

Значною складовою роботи психолога є забезпечення пацієнтам інструментів для збереження внутрішнього балансу під час медичних процедур

або в періоди загострення болю. Включає підтримку стійкості та здатності до самоконтролю навіть у важких фізичних і психологічних ситуаціях. Психолог допомагає пацієнту розвинути стратегії, що зменшують відчуття болю або емоційного дискомфорту, підвищуючи таким чином його загальну якість життя. Процес реабілітації пацієнтів із хронічним болем також передбачає постійну оцінку емоційного стану пацієнта. Оскільки біль має різний вплив на психоемоційний стан, психологи мають постійно контролювати рівень депресії, тривожності та стресу у пацієнтів. Дозволяє коригувати терапевтичний підхід і при необхідності залучати інших фахівців, таких як психіатри або соціальні працівники. Релевантною складовою роботи психолога є навчання пацієнтів технікам соціальної адаптації. Пацієнти з хронічним болем можуть почувати себе ізольованими від суспільства, оскільки біль може обмежувати їхні соціальні активності. Психолог допомагає таким пацієнтам повернутися до соціального життя, підтримувати контакти з родиною, друзями та навіть колегами. Може включати роботу над подоланням соціальних страхів або стресу через навчання ефективним способам комунікації та соціальної взаємодії.

Отже, психолог допомагає пацієнтам побудувати позитивне ставлення до майбутнього. Хронічний біль часто асоціюється з відчуттям безнадії, але психологічна підтримка може допомогти пацієнту змінити цю перспективу, бачити можливості для покращення свого стану та зберігати надію. Є значним фактором, що сприяє кращій адаптації та подоланню психологічних бар'єрів, пов'язаних із довготривалим болем.

Рекомендації для психологів щодо роботи з пацієнтами, які страждають від хронічного болю.

1. Встановлення довірчих відносин з пацієнтом

Важливо створити атмосферу безпеки та підтримки, де пацієнт зможе відкрито говорити про свої переживання, біль та страхи. Довіра сприяє більш ефективній співпраці та кращому розумінню індивідуальних потреб.

2. Оцінка психоемоційного стану Психолог повинен регулярно оцінювати рівень тривожності, депресії та когнітивні порушення, пов'язані з хронічним болем. Це дозволить визначити пріоритетні напрями терапії та своєчасно коригувати стратегії лікування.

3. Використання когнітивно-поведінкових методів Застосування когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) допомагає пацієнтам змінювати катастрофічні уявлення про біль, зменшувати тривожність і депресію, а також розвивати адаптивні стратегії подолання болю.

4. Навчання технік релаксації та управління стресом Включення методів релаксації, дихальних вправ, медитації або майндфулнес-технік сприяє зниженню психоемоційного навантаження і полегшенню болю.

5. Підтримка мотивації до активності Важливо заохочувати пацієнтів до збереження фізичної активності та соціальної взаємодії, що допомагає попереджати соціальну ізоляцію та підтримує загальний психічний стан.

6. Індивідуальний підхід до лікування Психолог повинен враховувати індивідуальні особливості пацієнта, зокрема рівень болю, особистісні ресурси, стилі мислення та емоційний стан, для розробки персоналізованої програми підтримки.

7. Інформування про вплив психологічних факторів на біль

Роз'яснення пацієнтам зв'язку між емоціями, думками і фізичними відчуттями може підвищити їхню усвідомленість і готовність до психотерапевтичної роботи.

8. Психосвіта родини пацієнта Залучення близьких до процесу реабілітації допомагає створити підтримуюче середовище, що сприяє зменшенню почуття ізоляції і покращенню емоційного стану хворого.

9. Співпраця з іншими фахівцями Комплексний підхід, що включає лікарів, фізіотерапевтів, соціальних працівників і психологів, є найефективнішим для лікування хронічного болю.

10. Моніторинг результатів і корекція терапії Постійне відстеження динаміки психоемоційного стану і адаптація методів терапії дозволяють

підтримувати оптимальний рівень допомоги та запобігати загостренню симптомів.

Висновки до третього розділу

Третій розділ присвячений аналізу можливостей психологічної допомоги пацієнтам із хронічним болем на основі сучасних психотерапевтичних підходів.

Найбільш ефективними у роботі з цією категорією осіб виявилися когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, тілесно-орієнтована терапія, майндфулнес-практики, а також інтегративні моделі супроводу.

Основною метою психологічного втручання є зниження емоційної напруги, корекція ірраціональних переконань щодо болю, розвиток адаптивних копінг-стратегій і покращення якості життя.

Пропонуємо конкретні етапи психокорекційної роботи: первинна діагностика, формулювання цілей, вибір терапевтичних технік, регулярне відстеження змін, підтримка після завершення активної фази допомоги.

Підкреслюється необхідність індивідуалізації допомоги — з урахуванням особистісних характеристик, типу соматичного захворювання, тривалості болю та соціального оточення пацієнта.

Важливою умовою ефективності є партнерська взаємодія пацієнта і психолога, що забезпечує високу мотивацію до змін та саморозвитку.

В роботі запропоновано модель інтеграції психологічної допомоги у систему медичної допомоги — шляхом створення мультидисциплінарних команд та спільного планування терапії.

Таким чином, третій розділ узагальнив практичні рекомендації щодо покращення психологічної підтримки пацієнтів із соматичними проблемами та окреслив шляхи впровадження нових психотерапевтичних стратегій у медичну практику.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі проведено всебічне дослідження психологічних особливостей пацієнтів із соматичними захворюваннями, зокрема за наявності хронічного болю. На основі теоретичного аналізу джерел та емпіричних даних встановлено, що хронічний біль не є лише фізіологічним явищем, а й має глибокий психологічний зміст. Його переживання пацієнтами пов'язане із значними емоційними, когнітивними та особистісними змінами, що впливають на загальне самопочуття та якість життя.

Проаналізовано наукові підходи до вивчення психологічних особливостей соматичних захворювань та хронічного болю. Охарактеризовано вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнтів.

Емпірично досліджено психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем, зокрема: виражений рівень тривожності, порушення сну, біль в кінцівках\ суглобах, біль у спині, постійна втома та нестача енергії, часті головні болі, запаморочення, біль в кишківнику або шлунку. Хворих часто преслідують нав'язливі думки про біль і неможливість відволіктися від них, присутнє відчуття безпорадності. Своє місце займає перебільшення загрози і наслідків больових відчуттів.

Визначено, що більшість пацієнтів із хронічним болем демонструють високий рівень тривожності та депресії. У них часто спостерігається апатія, емоційне виснаження, що ускладнює їх реабілітацію.

Пацієнти з вираженими показниками за катастрофізацією болю схильні до перебільшення інтенсивності болю, сприйняття його як неконтрольованого явища, що викликає безпорадність і страх. Це супроводжується нав'язливими думками про біль, які утруднюють концентрацію, знижують продуктивність мислення, а також викликають труднощі у повсякденному функціонуванні. Такі пацієнти, зазвичай, демонструють нижчу ефективність у використанні адаптаційних стратегій.

Особистісний профіль пацієнтів із соматичними захворюваннями включає: високий рівень тривожності, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень емоційної стабільності, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення, ці характеристики впливають на перебіг захворювання та ставлення до лікування.

Основними вираженими характеристиками осіб з хронічним болем представлені: виражена румінація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

До основних виражених характеристик осіб із серцево-судинними захворюваннями можемо віднести : виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Виявлені такі основні виражені характеристики у осіб з діабетом: вираженій румінації, високому рівні тривожності, частих скаргах на виснаження, низький рівень стресостійкості, присутнє відчуття безпорадності, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Вираженими *характеристиками осіб з неврологічними захворюваннями* є: виражена румінація, присутня магніфікація, високий рівень тривожності, часті скарги на виснаження, часті скарги на ревматичний біль, низький рівень стресостійкості, виражені серцеві скарги, середній рівень відкритості, висока соціальна адаптивність, високий рівень напруженості, середній рівень домінантності, середній рівень життєрадісності, середній рівень самоконтролю, середній рівень почуття самотності, високий рівень соціальної відповідальності, середній рівень позитивного ставлення.

Психотерапевтичні втручання, орієнтовані на зниження тривожності, формування активних стратегій подолання, роботу з катастрофічними переконаннями, виявляються ефективними при роботі з такими пацієнтами. Застосування когнітивно-поведінкової терапії, методів релаксації, усвідомленого прийняття та відновлення контролю над життєвими ситуаціями сприяє покращенню як психічного, так і фізичного стану пацієнтів.

Розроблено практичні рекомендації для психологів щодо роботи з пацієнтами з різними соматичними захворюваннями, які страждають від хронічного болю.

Таким чином, хронічний біль є багатовимірним феноменом, що поєднує фізичний дискомфорт із психоемоційним стражданням. Ефективне лікування має враховувати як медичні, так і психологічні аспекти. Комплексний підхід, що включає медикаментозну терапію, психологічну підтримку, роботу з особистісними та когнітивними чинниками, дозволяє досягти значно кращих результатів у реабілітації пацієнтів. Результати роботи підтверджують доцільність інтеграції психологічної допомоги в систему медичної підтримки пацієнтів із соматичними захворюваннями та хронічним болем. Подальші дослідження у цьому напрямі мають бути спрямовані на розробку персоналізованих психотерапевтичних програм, що враховують індивідуальні особливості пацієнтів та рівень їх психологічного функціонування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева Л. С. Психологічні аспекти лікування пацієнтів із хронічним болем. Київ : Наукова думка, 2020. 214 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/735924/1/Part1_%D0%B8%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B0%20%D0%BB%D1%80%D0%B0%20%281%29_7%20%284%29.pdf
2. Бабенко Н. В. Вплив соматичних захворювань на психоемоційний стан людини. Харків : ХДПУ, 2019. 187 с.
3. Бандура А. Теорія саморегуляції поведінки. Київ : Наукова думка, 2021. 320 с.
4. Боровик І. І. Хронічний біль і депресія: психологічні аспекти. Чернівці : Книги України, 2022. 245 с. URL: <https://mozok.ua/depressiya/article/3927-yak-povyazan-mzh—soboyu-hronchn-zahvoryuvannya—hronchnij-bl-pri-depres>
5. Взаємозв'язок стресу і соматичного стану хворих з психосоматичними розладами // *Dspace.znu.edu.ua*. – 2025.
6. Герасименко І. В. Хронічний біль та депресивні розлади: взаємозв'язок та терапевтичні підходи. Журнал психічного здоров'я. 2021. Т. 28, № 4. С. 65–72.
7. Герасименко Т. В. Сучасні підходи до терапії хронічного болю. Одеса : Одеський університет, 2021. 178 с. URL: http://eprints.zu.edu.ua/33456/1/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%B4%D1%80%D1%83%D0%BA.pdf
8. Психолого-психіатричний погляд на лікування хронічного болю // *Український медичний часопис*. – 2025.
9. Гіссенський А. В. Оцінка стресового стану пацієнтів з хронічним болем за допомогою опитувальника. Вісник психології та медицини. 2022. Т. 12, № 4. С. 32–41.

10. Скринінг і лікування психосоматичних розладів // *Health-ua.com*. – 2025.
11. Дорошенко О. І. Психологічні аспекти реагування на біль: стресові ситуації та хронічний біль. Журнал психології стресу. 2019. Т. 17, № 2. С. 33–39. URL: https://uu.edu.ua/upload/Nauka/naukovi_vydannia/psihologija_stresy_2023_compressed.pdf
12. Дорошенко О. М. Психологічні механізми адаптації до болю. Львів : Видавництво Львівського університету, 2020. 155 с.
13. Заболотна Т. В. Вплив хронічного болю на когнітивну діяльність пацієнтів. Психологія здоров'я. 2021. Т. 24, № 2. С. 98–104. URL: <https://repo.dma.dp.ua/7935/>
14. Психосоматика: взаємозв'язок між психічними станами та фізичним здоров'ям // *Psysonica.com*. – 2023.
15. Задорожний М. І. Психологія стресу і болю: інтеграційний підхід. Львів : Культурологічний центр, 2021. 212 с. URL: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/10/%D0%9D%D0%B0%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%B%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83.pdf
16. Іванова Н. С. Психологія болю: теоретичні основи та практика. Київ : Наукова думка, 2021. 210 с.
17. Ковалев В. Г. Психологічна реабілітація пацієнтів з хронічним болем. Харків : Психологічний інститут, 2022. 310 с.
18. Коваленко О. О. Психологічні методи лікування та реабілітації пацієнтів із хронічним болем. Психотерапія в медичній практиці. 2023. Т. 29, № 6. С. 103–115. URL: <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/271/86257/Medyko-psykholohichna-reabilitatsiia-ta-sotsialna-adaptatsiia->

uchasnykiv-boyovykh-diy-i-vymushenykh-pereselentsiv-v-Ukraini-problemy-ta-perspektyvy.pdf

19. Ковальчук О. В. Вплив хронічного болю на психоемоційний стан пацієнтів. Сучасна медицина. 2019. Т. 22, № 3. С. 112–118.

20. Козак О. І. Стратегії психологічної підтримки пацієнтів із хронічним болем. Київ : Міленіум, 2023. 222 с. URL: <https://etnuir.tnu.edu.ua/handle/123456789/408>

21. Костенко І. В. Психологічні аспекти хронічного болю: когнітивно-поведінкова терапія та інші методи лікування. Психотерапевтичні дослідження. 2021. Т. 19, № 2. С. 89–96. URL: https://dpu.edu.ua/images/Documents/UNIVERSITET/FAKULTETI%20INSTITUTI/Fakultet%20socialno-gumanitarnih%20tehnologij%20sportu%20ta%20reabilitacii/Kafedra%20psihologii%20pedagogiki%20ta%20suspilnih%20disciplin/Golovna%20storinka_Kafedra%20psihologii%20pedagogiki%20ta%20suspilnih%20disciplin/Naukova%20dialnist/Zbirnik_tez_Aktualni_problemi_psihologicnoi_ta_socialnoi_adaptacii%202.pdf

22. Лаврова Т. О. Механізми взаємодії болю і стресу в умовах хронічного болю. Психологічні аспекти стресу. 2020. Т. 27, № 3. С. 75–81.

23. Левченко М. М. Психологічна корекція хронічного болю: підходи та методи. Київ : Наукова думка, 2023. 290 с.

24. Ляпіна О. О. Роль психолога в реабілітації пацієнтів з хронічними захворюваннями. Харків : Медична література, 2021. 267 с.

25. Мартиненко А. П. Хронічний біль і стрес: психологічні аспекти взаємодії. Одеса : Видавничий дім «Одеса», 2022. 191 с. URL: <https://surl.li/pdfaec>

26. Мельник О. В. Психосоматичні розлади та їх вплив на психічне здоров'я людини. Психологія та психотерапія. 2020. Т. 35, № 1. С. 45–52.

27. Назаренко Л. П. Психологічні аспекти адаптації пацієнтів до хронічного болю. Київ : Вища школа, 2021. 235 с. URL:

<https://www.fpso.dp.ua/wp-content/uploads/2024/12/%D0%B4%D0%BB%D1%8F-%D1%81%D0%B0%D0%B9%D1%82%D1%83-4.pdf>

28. Острошко Н. С. Психотерапевтичні методи роботи з пацієнтами з хронічним болем. Львів : Психологія і практика, 2020. 265 с.

29. Петренко І. О. Міждисциплінарний підхід у лікуванні хронічного болю. Київ : Вища освіта, 2021. 241 с.

30. Петрова Т. Ю. Взаємозв'язок соматичних захворювань і психологічного стану людини. Харків : Нова школа, 2022. 299 с. URL: https://www.researchgate.net/profile/Lyudmyla-Antypenko/publication/388537278_Anxiolytic_potential_of_1-methyl-4-tert-butyl-2'-cycloalkylhetaryl-6'H-spiropiperidinecycloalkane-45'15'-124triazolo15-cquinazolines/links/679c7dab8311ce680c45b3ca/Anxiolytic-potential-of-1-methyl-4-tert-butyl-2-cycloalkyl-hetaryl-6H-spiropiperidine-cycloalkane-4-5-1-5-1-2-4triazolo1-5-cquinazolines.pdf#page=267

31. Савченко Л. М. Психологія хронічного болю: науковий огляд. Львів : Видавництво «Літера», 2023. 318 с.

32. Сидоренко К. В. Психологічні підходи до терапії хронічного болю. Чернівці : Науковий центр, 2021. 278 с. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7968/121-%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-392-1-10-20240119.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

33. Сидоренко Л. А. Стратегії зниження стресу у пацієнтів з хронічними захворюваннями. Психологія і медицина. 2020. Т. 16, № 1. С. 44–53. URL: <https://fspo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2024/05/%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A-%D0%95%D0%9A%D0%9E-2024-2.pdf>

34. Сидорова В. О. Взаємозв'язок психічного здоров'я та болю у соматичних пацієнтів. Київ : Академія медичних наук, 2023. 300 с.

35. Смирнова В. А. Психологічні аспекти соматичних захворювань та болю. Київ : Державне видавництво, 2022. 248 с.

36. Степаненко С. І. Психологічні методи допомоги пацієнтам із хронічним болем. Львів : Психологічна наука, 2023. 231 с.
37. Ткаченко Н. О. Роль психолога у реабілітації пацієнтів з хронічними болями. Одеса : Видавництво «Інтерпрес», 2020. 183 с.
38. Усенко Т. С. Психологічні стратегії в роботі з пацієнтами, які мають хронічний біль. Київ : Медицина і психологія, 2022. 225 с.
39. Федорова Л. С. Психологічні підходи до управління хронічним болем. Харків : Медична психологія, 2023. 248 с. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/46297/1/O_Polianycho_O_Lakhtadyr_FZFVS.pdf
40. Хаустов О. М. Методи психологічної адаптації пацієнтів із хронічними болями: огляд сучасних підходів. Психологічна наука та практика. 2021. Т. 47, № 3. С. 129–145.
41. Дослідження психічних феноменів в структурі хронічного болю: депресія, тривога, катастрофізація. Огляд літератури // *Психосоматична медицина та загальна практика*. – 2023. – Т. 8, №4.
42. Чабан О. І. Психологічні особливості пацієнтів із хронічними болями та їх вплив на психоемоційний стан. Журнал психології здоров'я. 2019. Т. 34, № 2. С. 58–72.
43. Психодинаміка болю // *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. – 2019. – №4(105). – С. 34–37.
44. Чумак С. А. Техніки подолання хронічного болю в психотерапії. Київ : Психологія і сучасність, 2020. 268 с. URL: <https://traumafokus-ukraine.com.ua/pain-focus-sf-psyhoterapiya-dlya-likuvannya-hronichnyh-bolovyh-standiv/>
45. Шевченко Г. А. Соціальна підтримка пацієнтів з хронічним болем: роль у полегшенні психоемоційного стану. Вісник психології. 2022. Т. 30, № 1. С. 54–60.
46. Шевченко Т. П. Психологічна реабілітація та корекція пацієнтів з хронічним болем. Одеса : Медичні видання, 2021. 229 с. URL:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/15258/1/DOSLIDZhENNIa_PSYKhOLOHIChNOHO_STANU.pdf&ved=2ahUKEwiVjpao_cGMAxW3HBAIHYmwDBUQFnoECBUQAQ&usg=AovVaw0dKlkNPTsrO0cnFiINFLMe

47. Щербань О. В. Психологія болю: теорія і практика. Львів : Психологічний університет, 2022. 289 с.

48. Юрченко Н. В. Психологічні аспекти хронічного болю у пацієнтів із соматичними захворюваннями. Київ : Видавництво «Психологія», 2023. 274 с.

49. Ярмоленко О. О. Психологічні механізми адаптації до болю. Харків : Інститут психології, 2020. 190 с. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/31844/Psykhosomatyka%20Ta%20Psykhoholohiia%20Zdorovia.pdf?sequence=1>

50. Ільїн В. В., Волошин В. А., Ільїна А. В. Проактивний психолого-психіатричний підхід в оптимізації діагностичного алгоритму для пацієнтів з хронічним болем. // *Психосоматична медицина та загальна практика*. – 2024 – Т. 9, №1. – С. 42–47.

51. Романенко А. С. Сучасні правові аспекти та роль лікаря-психолога в терапії хронічного больового синдрому. // *Психосоматична медицина та загальна практика*. – 2023. – Т. 8, №4. – С. 22–27.

52. Управління хронічним болем: клінічна настанова, основана на доказах. // *Нейроньюз*. – 2023. – №4(140). – С. 36–53.

53. Панченко І. І., Біла О. О. Первинний хронічний біль як соматизація дистресу. // *Нейроньюз*. – 2023. – №9(145). – С. 26–31.

54. Дослідження психічних феноменів в структурі хронічного болю: депресія, тривога, катастрофізація. // *Психосоматична медицина та загальна практика*. – 2024. – Т. 9, №1.

55. Савченко Л. М. Психоемоційні аспекти болю: що необхідно знати. // *Здоров'я України 21 сторіччя*. – 2023. – №10.

56. Тимченко В. П., Коломієць А. С. Непсихотичні психічні розлади у пацієнтів з хронічними соматичними неінфекційними захворюваннями в

умовах перманентного стресу: роль метаболічної терапії. // *Психосоматична медицина та загальна практика*. – 2024. – Т. 9, №1.

57. Особливості хронічного больового синдрому при запальних захворюваннях суглобів та ефективність контролю болю на тлі корекції тривожно-депресивних розладів // *Український журнал ревматології*. – 2024. – №1. – С. 45–50.

58. Психосоматичні розлади - ключові ознаки та лікування для здоров'я // *Psychologist.com.ua*. – 2024.

59. Психосоматичні розлади: види та лікування // *Aksimed.ua*. – 2023.

60. Психосоматичні аспекти хронічного болю: зв'язок між тілом та розумом // *Psykhologh.com*. – 2025.

ДОДАТОК

Додаток А

Анкета для дослідження "Психологічні особливості пацієнтів з різними соматичними захворюваннями та хронічним болем"

Інструкція: Шановний респонденте! Дякуємо вам за участь у нашому дослідженні. Ваші відповіді допоможуть нам краще зрозуміти психологічні особливості людей, які страждають від хронічного болю. Ваша участь є добровільною, а усі отримані дані будуть використані тільки для наукових цілей. Анкета анонімна. Усі відповіді є конфіденційними. Будь ласка, відповідайте чесно й уважно.

Розділ 1. Загальна інформація:

1. Вік: _____
2. Стать:
 - ☐ Чоловік
 - ☐ Жінка
3. Тривалість хронічного болю:
 - ☐ Менше 1 року
 - ☐ 1-3 роки
 - ☐ 3-5 років
 - ☐ Більше 5 років
4. Тип хронічного болю:
 - ☐ Біль в спині
 - ☐ Мігрень
 - ☐ Біль в суглобах
 - ☐ Інший (уточніть): _____

Розділ 2. Психологічні аспекти та емоційний стан:

5. Як часто ви відчуваєте тривогу через свій стан?
 - ☐ Зовсім не відчуваю
 - ☐ Іноді

☐ Часто

☐ Постійно

6. Як ви оцінюєте свій рівень стресу у зв'язку з хронічним болем?

☐ Дуже низький

☐ Низький

☐ Середній

☐ Високий

☐ Дуже високий

7. Чи відчуваєте ви депресивні симптоми через хронічний біль?

☐ Зовсім не відчуваю

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Постійно

8. Чи змінюється ваш емоційний стан залежно від інтенсивності болю?

☐ Так, постійно

☐ Іноді

☐ Ні, не змінюється

9. Як ви оцінюєте свою здатність справлятися з болем?

☐ Дуже низька

☐ Низька

☐ Середня

☐ Висока

☐ Дуже висока

Розділ 3. Методи подолання болю:

10. Які методи ви використовуєте для зменшення болю? (Виберіть всі, що підходять)

☐ Медикаментозне лікування

☐ Фізіотерапія

- ☐ Масаж
- ☐ Фізичні вправи
- ☐ Психологічна терапія
- ☐ Когнітивно-поведінкові техніки
- ☐ Інші (уточніть): _____

11. Наскільки ефективними є ці методи для вас?

- ☐ Зовсім не ефективні
- ☐ Мало ефективні
- ☐ Середньо ефективні
- ☐ Досить ефективні
- ☐ Дуже ефективні

12. Чи отримуєте ви достатньо соціальної підтримки від родини, друзів чи інших осіб у процесі подолання болю?

- ☐ Так, отримую достатньо
- ☐ Іноді отримую
- ☐ Ні, майже не отримую
- ☐ Ніколи не отримую

\

Розділ 4. Оцінка психологічного стану (за Гіссенським опитувальником):

Інструкція: Оцінюйте кожне питання відповідно до того, як ви почували себе останнім часом, зокрема в зв'язку з хронічним болем.

13. Відчуваєте ви занепокоєння через свій стан?

- ☐ Зовсім не відчуваю
- ☐ Іноді
- ☐ Часто
- ☐ Постійно

14. Чи відчуваєте ви себе втомленим навіть після відпочинку або сну?

- ☐ Зовсім не відчуваю

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Постійно

15. Чи відчуваєте ви себе безнадійним через ваші проблеми зі здоров'ям?

☐ Зовсім не відчуваю

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Постійно

16. Чи переживаєте ви стрес, який викликаний болем?

☐ Зовсім не переживаю

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Постійно

17. Чи відчуваєте ви сум або безнадійність через неможливість позбутися болю?

☐ Зовсім не відчуваю

☐ Іноді

☐ Часто

☐ Постійно

18. Чи важко вам зосередитися через біль?

☐ Зовсім не важко

☐ Іноді важко

☐ Часто важко

☐ Постійно важко

19. Чи є у вас відчуття емоційної дистанції або відчуженості від інших через ваш стан?

☐ Зовсім не відчуваю

☐ Іноді відчуваю

- ☐ Часто відчуваю
- ☐ Постійно відчуваю

Розділ 5. Заключні питання:

20. Як ви оцінюєте свою здатність адаптуватися до постійного болю?

- ☐ Дуже погано
- ☐ Погано
- ☐ Добре
- ☐ Дуже добре

21. Чи вважаєте ви, що ваш психоемоційний стан погіршується через відсутність належної підтримки чи лікування?

- ☐ Так, однозначно
- ☐ Іноді
- ☐ Ні, не погіршується
- ☐ Важко сказати

Дякуємо за вашу участь у дослідженні! Ваші відповіді є важливими для нас і будуть використані для наукового аналізу психологічних аспектів хронічного болю.

Ця анкета створена з урахуванням теоретичних і методологічних підходів, описаних у роботах Чабан та Хаустова, а також на основі Гіссенського опитувальника, який широко застосовується для дослідження психоемоційного стану осіб із хронічним болем та психосоматичними захворюваннями.

Додаток Б

Методика Спілбергера–Ханіна — це психологічний тест, що використовується для вимірювання рівня тривожності особистості. Вона розроблена на основі оригінальної шкали тривожності Ч. Спілбергера (Charles Spielberger) і адаптована для пострадянського простору Ю. Л. Ханіним. Методика дозволяє визначити два основних типи тривожності: реактивну тривожність (стан тривоги — тривожність як стан) та особистісну тривожність (тривожність як стійка риса особистості).

Структура методики

Методика складається з 40 тверджень, які поділяються на дві частини:

1. 1–20 запитання — для визначення реактивної тривожності
2. 21–40 запитання — для визначення особистісної тривожності

На кожне твердження респондент відповідає, обираючи один із варіантів за шкалою:

Для реактивної тривожності:

Визначається поточний стан, тобто "як ви відчуваєтеся зараз"

Оцінювання:

- 1 — зовсім ні
- 2 — трохи
- 3 — помірно
- 4 — дуже

Для особистісної тривожності:

Визначається загальна схильність до тривоги, тобто "як ви зазвичай себе відчуваєте"

Оцінювання:

- 1 — майже ніколи
- 2 — іноді
- 3 — часто
- 4 — майже завжди

Обробка результатів

Підрахунок балів:

За кожним з блоків (1–20, 21–40) підраховується сума балів.

Деякі твердження є «оберненими» (наприклад, «Я відчуваюся спокійно») — вони оцінюються за зворотною шкалою.

У результаті отримують два показники:

Рівень реактивної тривожності (0–80 балів)

Рівень особистісної тривожності (0–80 балів)

Інтерпретація результатів

0–30 балів — низький рівень тривожності

31–45 балів — помірний рівень

46 балів і більше — високий рівень тривожності

Високий рівень особистісної тривожності може свідчити про схильність до постійного емоційного напруження, тривожних розладів тощо.

Де використовується методика?

- У психодіагностиці (в школах, університетах, клініках)
- При підборі персоналу
- У спортивній психології
- У медичній практиці (психотерапія, неврологія)
- Для самодіагностики рівня стресу.

Таблиця 2.2 демонструє, що найбільш виражений рівень тривожності спостерігається серед пацієнтів з хронічним боєм 80% та неврологічними порушеннями 73.3%. Підтверджує наявність психоемоційних труднощів, пов'язаних з постійним боєм, який впливає на загальний психічний стан.

Додаток В

Опитувальник SSS-8 є скороченою версією широко використовуваного та перевіреного інструменту PHQ-15 (Patient Health Questionnaire-15), що застосовується для оцінки соматичних симптомів у пацієнтів. SSS-8 розроблено для використання в умовах браку часу, що робить його зручним для первинної медичної допомоги.

Пункти опитувальника SSS-8 відібрані з PHQ-15 за трьома критеріями:

1. Поширеність симптомів у пацієнтів первинної медичної допомоги;
2. Зв'язок із показниками функціонування організму та загального стану здоров'я;
3. Спільність із іншими пунктами шкали.

Авторами опитувальника є Benjamin Gierk, Sebastian Kohlmann, Kurt Kroenke, Lena Spangenberg, Markus Zenger, Elmar Brähler та Bernd Löwe.

Шкала соматичних симптомів (SSS-8) складається з 8 запитань, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів, де:

- 0 — «Зовсім не турбувало»,
- 1 — «Трохи»,
- 2 — «Дещо»,
- 3 — «Достатньо»,
- 4 — «Дуже».

Загальна сума балів варіює від 0 до 32. Відповідно до набраної суми визначають п'ять ступенів інтенсивності прояву симптомів:

Бал(и)	Ступінь інтенсивності прояву симптомів
0–3	Мінімальний
4–7	Низький
8–11	Середній
12–15	Високий
16–32	Дуже високий

Пацієнт заповнює опитувальник, не знаючи бали, що дозволяє уникнути суб'єктивного оцінювання.

Таблиця 2.7

Опитувальник SSS-8

Як часто протягом останніх 7 днів Вас турбувало наступне:

Симптом	Зовсім не турбувало (0)	Трохи (1)	Дещо (2)	Достатньо (3)	Дуже (4)
Біль у ділянці шлунка або кишківника?			✓		
Біль у спині?				✓	
Біль у руках, ногах чи суглобах?	✓				
Головний біль?		✓			
Грудний біль чи задишка?					✓
Запаморочення?					✓
Відчуття втомленості чи нестачі «енергії»?				✓	
Порушення сну?			✓		

Пояснення:

- «Біль у ділянці шлунка або кишківника» — 2 бали (Дещо)
- «Біль у спині» — 3 бали (Достатньо)
- «Біль у руках, ногах чи суглобах» — 0 балів (Зовсім не турбувало)
- «Головний біль» — 1 бал (Трохи)
- «Грудний біль чи задишка» — 4 бали (Дуже)
- «Запаморочення» — 4 бали (Дуже)
- «Відчуття втомленості чи нестачі «енергії»» — 3 бали (Достатньо)
- «Порушення сну» — 2 бали (Дещо)

Загальна сума: $2 + 3 + 0 + 1 + 4 + 4 + 3 + 2 = 19$ балів — це відповідає ступеню дуже високий рівень інтенсивності прояву симптомів.

Таблиця 2.4 опитувальник SSS-8 представляє собою заповнений опитувальник SSS-8 (Шкала соматичних симптомів), де відмічено відповіді пацієнта на 8 запитань щодо наявності та інтенсивності соматичних симптомів протягом останніх 7 днів. Загальна сума балів становить 19, що відповідає "дуже високому" рівню інтенсивності прояву симптомів згідно з класифікацією шкали (16-32 бали = дуже високий рівень).

Додаток Г

Шкала катастрофізації болю Pain Catastrophizing Scale (PCS) була запропонована М. Sullivan у 1995 році та є одним із найбільш поширених інструментів для оцінки когнітивно-емоційних аспектів сприйняття болю.

PCS включає 13 пунктів, що фокусуються на думках і почуттях, пов'язаних із болем, та оцінюють три основні показники катастрофізації:

- Постійні роздуми (наприклад: «Я не можу не думати про те, який сильний мій біль») — 4 твердження (максимум 16 балів).
- Перебільшення (наприклад: «Мені здається, що може трапитися щось страшне») — 3 твердження (максимум 12 балів).
- Безнадійність (наприклад: «Немає нічого, що б зменшило мій біль») — 6 тверджень (максимум 24 бали).

Оцінка кожного твердження здійснюється за 5-бальною шкалою Лайкерта, де:

- 0 — ніколи,
- 1 — рідко,
- 2 — іноді,
- 3 — часто,
- 4 — завжди.

Загальна сума балів може варіюватися від 0 до 52, при цьому високі значення свідчать про високий рівень катастрофізації болю.

Таблиця 2.8

Нижче наведено 13 тверджень, які відображають різні думки і уявлення пацієнта щодо болю. Будь ласка, оцініть кожне твердження, виходячи з того, наскільки воно відповідає вашим відчуттям:

Твердження	Ніколи (0)	Рідко (1)	Іноді (2)	Часто (3)	Завжди (4)
1. Я хвилююсь, що мій біль ніколи не закінчиться				x	
2. Боюся, що можу не витримати			x		
3. Біль жахливий, думаю, мені ніколи не покращає				x	
4. Біль згубний і я боюся, що не опаную його					x
5. Я більше не можу переносити біль			x		
6. Я побоююсь, що біль буде посилюватися		x			
7. Я згадую про інші епізоди болю				x	
8. Я з хвилювання чекаю, коли нарешті біль припиниться			x		
9. Я не можу викинути з голови думки про біль				x	
10. Я думаю про те, який в мене сильний біль					x
11. Я думаю про те, як сильно я бажаю припинення болю				x	
12. Я нічого не можу зробити для зменшення болю			x		
13. Я побоююсь, що зі мною може трапитися щось страшне				x	

Підрахунок балів за факторами:

Постійні роздуми (пункти 1, 8, 9, 10):

1 (Часто = 3), 8 (Іноді = 2), 9 (Часто = 3), 10 (Завжди = 4) $\rightarrow 3+2+3+4 = 12$ балів

Перебільшення (пункти 6, 7, 13):

6 (Рідко = 1), 7 (Часто = 3), 13 (Часто = 3) $\rightarrow 1+3+3 = 7$ балів

Безнадійність (пункти 2, 3, 4, 5, 11, 12):

2 (Іноді = 2), 3 (Часто = 3), 4 (Завжди = 4), 5 (Іноді = 2), 11 (Часто = 3), 12 (Іноді = 2) $\rightarrow 2+3+4+2+3+2 = 16$ балів

Загальний бал PCS = 12 + 7 + 16 = 35 балів

Таблиця 2.5 представляє собою заповнений опитувальник Шкали катастрофізації болю (Pain Catastrophizing Scale, PCS). Загальний бал за шкалою PCS становить 35 балів із максимально можливих 52, що вказує на високий рівень катастрофізації болю у пацієнта.

Додаток Д

Фрейзбурзький опитувальник особистості (FPI) — це стандартизований психологічний інструмент, розроблений для оцінки основних рис особистості. Опитувальник був створений Ф. Фріденбергером у 1970-х роках і широко використовується для досліджень у галузі психології здоров'я, клінічної психології та психосоматики.

FPI включає 138 тверджень (у деяких варіантах — 114), що відображають 12 основних шкал особистості, серед яких:

1. Тривожність
2. Стресостійкість
3. Відкритість до нового досвіду
4. Соціальна адаптивність
5. Напруженість
6. Емоційна стабільність
7. Домінантність
8. Життєрадісність
9. Самоконтроль
10. Почуття самотності
11. Соціальна відповідальність
12. Позитивне ставлення до життя

Кожне твердження оцінюється у форматі «так» / «ні» або за шкалою Лайкерта (у залежності від версії опитувальника). Загальна оцінка за кожною шкалою вказує на інтенсивність прояву відповідної риси особистості.

Учаснику дослідження пропонується відповісти на запропоновані твердження, оцінюючи їх відповідність власним відчуттям і поведінці. Опитувальник має високу валідність та надійність, що підтверджено численними дослідженнями. У рамках емпіричного дослідження оцінка за шкалами FPI допомагає визначити психологічні характеристики, які можуть впливати на сприйняття болю, стресостійкість і загальний психоемоційний стан

пацієнтів. Наприклад, підвищена тривожність та низька стресостійкість часто корелюють із вищим рівнем катастрофізації болю та більш вираженими соматичними симптомами.

Додаток Е

Методика оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS) є надійним та валідованим інструментом для кількісної оцінки суб'єктивних больових відчуттів.

VAS являє собою горизонтальну або вертикальну пряму лінію довжиною 10 см (100 мм), на кінцях якої зазначено крайні значення болю:

0 см (лівий край) — «біль відсутній»,

10 см (правий край) — «найсильніший біль, який тільки можна уявити».

Пацієнту пропонували позначити точку на цій шкалі, яка, на його думку, відповідає інтенсивності відчутого болю на момент обстеження. Відстань (у міліметрах) від початку шкали до позначеної пацієнтом точки фіксувалася як числове значення інтенсивності болю (від 0 до 100 мм).

Оцінювання проводилось у стандартних умовах, у спокої та/або після фізичного навантаження (за потреби — залежно від мети дослідження). У разі багаторазового вимірювання шкалу заново демонстрували пацієнту при кожному обстеженні.

Детальна методика:

1. Підготовка:

Намалюйте або використовуйте готову лінію довжиною 10 см на папері. Ліва крайка лінії позначає «болю немає», а права — «найгірший біль, який можна уявити».

2. Оцінка пацієнтом:

Пацієнту пропонується поставити позначку на лінії, яка відповідає його відчуттю болю в даний момент.

3. Оцінка лікарем:

Лікар вимірює відстань від лівого краю лінії до позначки пацієнта. Ця відстань, в сантиметрах, є оцінкою інтенсивності болю.

4. Інтерпретація:

Існують різні інтерпретації оцінок VAS. Зазвичай використовуються наступні градації:

0-1 см: незначний біль.

1-3 см: помірний біль.

4-6 см: сильний біль.

7-10 см: дуже сильний біль.

5. Застосування:

VAS використовується для оцінки болю у пацієнтів різного віку та з різними захворюваннями. Вона є простим і зручним інструментом для моніторингу еволюції болю в процесі лікування.

6. Обмеження:

VAS не є абсолютною шкалою, оскільки оцінка болю може бути суб'єктивною та залежить від індивідуальних особливостей пацієнта.

Варіанти VAS:

VAS з цифрами:

На лінію додаються цифри від 0 до 10, де 0 - це «болю немає», а 10 - «найгірший біль».

VAS із словами:

На лінію додаються слова, що описують різні рівні болю (слабкий, помірний, сильний).

Додаток Є

Для оцінки рівня тривоги та депресії використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale), розроблену A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 році для скринінгу психоемоційних розладів у соматичних пацієнтів.

Шкала складається з 14 тверджень, які об'єднані в два підшкальні блоки:

- 7 пунктів для оцінки тривоги (HADS-A),
- 7 пунктів для оцінки депресії (HADS-D).

Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою (від 0 до 3), залежно від частоти або інтенсивності симптомів. Загальний бал для кожної підшкали може становити від 0 до 21 балів.

Інтерпретація результатів:

0–7 балів – нормальний рівень (відсутність клінічно значущих симптомів),

8–10 балів – прикордонні (сумнівні) значення,

11–21 балів – клінічно значущі прояви тривоги або депресії.

Шкала самозаповнювана, пацієнту пропонується самостійно вибрати варіант відповіді, який найкраще відповідає його стану протягом останнього тижня. Час заповнення — орієнтовно 5–10 хвилин.

HADS є валідованим інструментом, рекомендованим для використання в клінічній практиці, особливо в пацієнтів із хронічними соматичними захворюваннями, де важливо мінімізувати вплив соматичних симптомів на результати психоемоційного скринінгу.

Запитання :

Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані

- a) Більшу частину часу
- b) Значну частину часу
- c) Час від часу, від випадку до випадку

d) Ніколи

Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно

a) Майже весь час

b) Дуже часто

c) Іноді

d) Абсолютно ні

У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)

a) Абсолютно немає

b) Від випадку до випадку

c) Досить часто

d) Дуже часто

Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше

a) Безумовно, в такому самому обсязі

b) Так, але не настільки, як і раніше

c) Лише трохи

d) Лише трохи ні

У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе

a) Так, є дуже виразне погане передчуття

b) Так, але це відчуття не настільки важке

c) Трохи, однак це не турбує мене

d) Абсолютно немає

Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)

a) Абсолютно так

b) Стежу за собою не настільки потрібно

c) Дещо менше, ніж раніше

d) Стежу за собою, як і раніше

Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися

a) Дійсно, дуже сильно

- b) Вельми значно
- c) Не дуже сильно
- d) Абсолютно немає

Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне

- a) Такою ж мірою, як і завжди
- b) Тепер вже не такою мірою
- c) Безумовно вже не настільки
- d) Не можу абсолютно

У моїй голові крутяться неспокійні думки

- a) Переважну частину часу
- b) Значну частину часу
- c) Час від часу, але не дуже часто
- d) Лише зрідка

Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)

- a) Такою ж мірою, як і завжди
- b) Трохи менше, ніж зазвичай
- c) Набагато менше, ніж зазвичай
- d) Абсолютно ні

Мене охоплює раптове відчуття паніки

- a) Дійсно, дуже часто
- b) У цілому часто
- c) Нечасто
- d) Абсолютно ні

Я відчуваю бадьоро

- a) Абсолютно ніколи
- b) Нечасто
- c) Іноді
- d) Більшу частину часу

Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

- a) Абсолютно так
- b) Зазвичай так
- c) Нечасто
- d) Не можу абсолютно

Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

- a) Часто
- b) Скоріше часто
- c) Іноді
- d) Дуже рідко