

A 19.00.04
Σ - 42

ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
Խ. ԱՐՈՎՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ
ՄԱՆԿԱԿԱՐԺԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆՅԱՆ ՍՈՆԱ ՀԵՆՐԻԿԻ

ՄԵԶՔԻ ՔՐՈՆԻԿ ՑԱԿԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ
ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ՊԵՏԵՐՄԻՆԱՑԻԱՆ

ԺԹ.00.04 «Բժշկական հոգեբանություն» մասնագիտությամբ
հոգեբանական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի
հայցման ատենախոսության

Ս Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Ր

ԵՐԵՎԱՆ – 2010

Ատենախոսության բեման հաստատվել է Երևանի Պետական Համալսարանում
Գիտական ղեկավար՝

բժշկական գիտությունների
թեկնածու Ա. Ս. Թադևոսյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

հոգեբանական գիտությունների
դոկտոր Ա. Ս. Խուդոյան
բժշկական գիտությունների
թեկնածու Ա. Ֆ. Սողոյան

Առաջատար կազմակերպություն՝

Երևանի Մ.Յերազու անվան
պետական բժշկական
համալսարան

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2010 թ. դեկտեմբերի 21 -ին,
ժամը 14⁰⁰ -ին Խ. Արուսյանի անվան հայկական պետական մանկավարժական
համալսարանին առընթեր գիտական աստիճաններ շնորհող ԲՈՅ-ի 060
մասնագիտական խորհրդի նիստում:
Հասցեն՝ 0010, Երևան, Տիգրան Մեծի 17:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Խ. Արուսյանի անվան հայկական
պետական մանկավարժական համալսարանի գրադարանում:
Սեղմագիրն առաքված է 2010 թ. նոյեմբերի 19-ին:

Մասնագիտական և արհրդի
գիտական քարտուղար,
հոգեբանական գիտությունների թեկնածու

 Վ. Տ. Սարգսյան



4948-2010

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

Թեմայի արդիականությունը: Ցավային համախտանիշը (ՑՀ) մի շարք
գիտությունների (հոգեբանություն, կենսաբանություն, բժշկություն, ֆիզիոլոգիա)
կենտրոնական հիմնախնդիրներից է: Դեռևս հնագույն ժամանակներից սկսած,
մարդը առօրյա կյանքում սերտ կապ է բացահայտել հոգեկան և մարմնական
երևույթների միջև: Հետազայում ՑՀ-ի ֆենոմենը հատուկ տեղ է զբաղեցրել այն
գիտություններում (փիլիսոփայություն, բժշկություն, հոգեբանություն և այլն),
որտեղ հետաքրքրություն է դրսևորվում մարդու, նրա էության, հիմնախնդիրների
նկատմամբ: Եվ ներկայումս ՑՀ-ի հիմնախնդիրը հանդիսանում է հոգեմարմնական
բժշկության հիմնաքարերից մեկը:

Թեմայի արդիականությունը պայմանավորված է, առաջին հերթին, մեջքի
քրոնիկ ցավային համախտանիշի (ՄՔՑՀ) տարածվածությամբ: Մի շարք երկրների
(ԱՄՆ, Անգլիա, Ֆրանսիա, Նորվեգիա, Դանիա, Ֆինլանդիա, Իսպանիա)
վիճակագրական վերջին հետազոտությունները վկայել են, որ քրոնիկ ցավային
համախտանիշից (ՔՑՀ) զանգատվել է բնակչության 7,6%-45%-ը: Ցավի
ուսումնասիրման ռուսական ասոցիացիայի տվյալներով, ՔՑՀ-ի
տարածվածությունը Ռուսաստանում տատանվում է 13,8%-56,7%: Ընդ որում,
առաջատար դիրք են զբաղում մեջքի և պահանոցի ցավերը (Յախնո և համահեղ.):

Թեմայի արդիականությունը պայմանավորված է նաև ախտորոշման
դժվարություններով: Պետք է հաշվի առնել, որ ՑՀ-ը սուբյեկտիվ ֆենոմեն է,
դժվար է ենթարկվում օբյեկտիվացմանը: Այդ պատճառով, ՑՀ-ի
հետազոտությունը հանդիսանում է հիմնախնդիրների բարդ ամբողջություն:
Հիվանդները տարբեր կերպ են տեղեկացնում իրենց ՑՀ-ի տեղայնացման,
բնույթի, տևականության մասին: Քանի որ ՑՀ-ը բարդ և սուբյեկտիվ ֆենոմեն է,
ապա անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել մասնավորապես ցավը կրող,
ներկայացնող մարդուն: Հիվանդության հետևում միշտ կանգնած է հիվանդը՝ նրա
անձը որպես ցանկացած ֆենոմենի առաջնային պատճառ (Ա.Սենեգետտի):

Թեմայի արդիականությունը հիմնավորվում է նաև ՄՔՑՀ-ով հիվանդների
հաշմանդամության բարձր ցուցանիշով և դեղորայքային ու կենսաբանական այլ
թերապիաների ցածր արդյունավետությամբ:

Հիմնախնդիրի հետ կապված գրականության վերլուծությունը հնարավորություն
է տալիս եզրակացնել, որ չնայած ՄՔՑՀ-ի էթիոլոգիայի բազմազանությանը,
ցանկացած դեպքում իրենց ուրույն տեղն ունեն հոգեբանական գործոնները:

Վերը նշվածից ելնելով՝ առաջադրվել է հետազոտության հիմնական
նպատակը՝ ուսումնասիրել որոշ հոգեբանական և հոգեախտաբանական
դետերմինանտների դերը ՄՔՑՀ-ի կառուցվածքում՝ կախված հիվանդության
տևականությունից, սեռատարիքային տարբերություններից, կյանքի սթրեսային
դեպքերի բնույթից:

Հետազոտության հիմնական նպատակի իրականացումը ենթադրել է որոշակի խնդիրների լուծում՝

1. ուսումնասիրել ՄՔՅ-ի հոգեբանական (անձի տիպ, ինքնագնահատական, սուբյեկտիվ վերահսկողության մակարդակ) և հոգեախտաբանական (ղեպրեսիա, տագնապ, ալեքսիթիմիա, սթրես, դեզադապտացիա) դետերմինանտները,
2. ուսումնասիրել իրավիճակային գործոնները (կյանքի սթրեսային դեպքեր),
3. ուսումնասիրել ՄՔՅ-ի սուբյեկտիվ բնութագիրը,
4. իրականացնել ուսումնասիրված գործոնների կոռելյացիոն վերլուծություն,
5. առանձնացնել ՄՔՅ-ի ռիսկի գործոնները,
6. առաջարկել ՄՔՅ-ի հոգեբանական մոդել, որը կհետազոտի հոգեախտորոշման և հոգեշտկման աշխատանքները:

Հետազոտության առարկան ՄՔՅ-ի հոգեբանական ասպեկտն է: Իսկ հետազոտության օբյեկտ են հանդիսանում ՄՔՅ-ով հիվանդներն ու նրանց հոգեբանական առանձնահատկությունները:

Հետազոտության հիմքում դրված է հետևյալ գիտական վարկածը՝ ՄՔՅ-ն երեք դասի գործոնների (անձնային, իրավիճակային, հոգեախտաբանական) համադրում է և այդ գործոնների փոխազդեցության արդյունք: Ընդ որում, անձնային և իրավիճակային գործոնները հանդես են գալիս որպես պատճառներ, իսկ հոգեախտաբանական գործոնները կարող են հանդես գալ երբեմն որպես պատճառ, իսկ հաճախ՝ որպես հետևանք:

Հետազոտության հիմնական տեսամեթոդաբանական աղբյուրներն են՝ հոգեմարմնական տեսությունը (Գ. Էնգել), "Ցավի հոգեբանություն" մենագրությունը (Ս.Սքելլինգթոն), սթրեսի (Ա.Թադևոսյան, Գ.Ս. Առոնսոն և Ջ.Բ. Ֆելդման, Ռ.Գեթչել) և էխո-սթրեսորների (Ա.Թադևոսյան) ժամանակակից մոդելները:

Հետազոտության մեթոդները: Կիրառվել են հետևյալ բժշկա-հոգեբանական մեթոդները՝ զրույց, դիտում և հոգեբանական թեստավորում (Լեոնհարդ - Շմիշելի անձի բնավորության շեշտվածություն հարցաշար, սուբյեկտիվ վերահսկողության մակարդակի հարցաշար, ինքնագնահատականի թեստ, տագնապի և դեպրեսիայի հիվանդանոցային հարցաշար, ալեքսիթիմիայի հարցաշար, սթրեսի թեստ, նյարդա-հոգեկան դեզադապտացիայի հարցաշար, սթրեսակայունության և սոցիալական ադապտացիայի որոշման մեթոդիկա, վիզուալ անալոգային սանդղակ, Մակ-Գիլլովսկու ցավային հարցաշար, Օսվեստրիի հարցաշար): Մեթոդների հուսալիությունն ապահովելու նպատակով հարցարանները ենթարկվել են նախնական փորձարկման: Հետազոտության արդյունքների մաթեմատիկական-վիճակագրական մշակումն իրականացվել է՝ օգտագործելով "SPSS. 13.0" ծրագիրը:

Հետազոտության գիտական նորույթը՝ առաջին անգամ ՄՔՅ-ի հոգեմարմնական կառուցվածքի ուսումնասիրության մեջ իրականացվել է անձնային, իրավիճակային և հոգեախտաբանական գործոնների, համալիր ուսումնասիրություն, անց է կացվել կոռելյացիոն վերլուծություն անձի հոգեկանի քրոնիկ տրավմատիզացված վիճակի և ՄՔՅ-ի միջև: Ստացված տվյալները

հնարավորություն են տալիս մշակել ՄՔՅ-ի կառուցվածքի հոգեբանական մոդել, և բնութագրել ՄՔՅ-ով հիվանդի հոգեբանական տիպը:

Հետազոտության տեսական նշանակությունը՝ ՄՔՅ-ի հոգեբանական կառուցվածքի մոդելի մշակումն է, և ՄՔՅ-ով հիվանդի հոգեբանական տիպի բնութագրումը:

Հետազոտության գործնական նշանակությունը՝ ՄՔՅ-ի հոգեբանական կառուցվածքի մշակված մոդելը հեշտացնում է սոմատոֆորմ և ներլուզիական ցավային համախտանիշների միջև տարբերակիչ ախտորոշումը, իսկ ՄՔՅ-ով հիվանդի նկարագրված հոգեբանական տիպը օգնում է ընտրել անհատական հոգեշտկման տեխնիկաներ:

Հետազոտության արդյունքների վերլուծությունը մեզ հնարավորություն է տալիս պաշտպանության ներկայագնելու հետևյալ հիմնական դրույթները՝

1. ՄՔՅ-ի հիմնախնդիրը միջդիսցիպլինար հիմնախնդիր է: Հետազոտության արդյունքների հիման վրա կարող ենք եզրակացնել, որ ՄՔՅ-ը քրոնիկ սթրեսային վիճակի (տրավմատիզացված վիճակ) սոմատիզացիան է՝ հիվանդի յուրահատուկ հոգեբանական տիպի առկայության դեպքում:
2. Հիմնախնդրի հոգեբանական կիզակետն այն է, որ ՄՔՅ-ը սթրեսային իրավիճակների, անձնային որոշակի առանձնահատկությունների և հոգեախտաբանական գործոնների համադրում է:
3. Կախված անձի բնավորության շեշտվածության տիպից (էմոթիվ, դիսթիմ, ցուցադրական) որոշ հոգեբանական գործոններ և դրանց հետ փոխկապված ցավային յուրահատուկ բնութագրիչներ կարող են ներկայացնել ՄՔՅ-ով հիվանդի հոգեբանական տիպը (ՄՔՅ-ի կառուցվածքի հոգեբանական մոդել):
4. ՄՔՅ-ի առաջացման ռիսկը պայմանավորված է ոչ թե առանձին գործոնով, այլ միջդասային և ներդասային որոշակի գործոնների փոխհարաբերությամբ: Օրինակ, սթրեսորի ինտենսիվություն-ցածր ինքնագնահատական-սթրեսային վիճակ-ալեքսիթիմիա-ինտերնալ տիպ-անձի էմոթիվ տիպի շեշտվածության հակվածություն. այսպիսի համադրությունը ռիսկի գործոն է ՄՔՅ-ի համար:

Աշխատանքի փորձաքննությունը: Աշխատանքը քննարկվել է սթրեսաբանության ամբիոնում (12.06.2009թ.): Հայկական Կարմիր Խաչի Ընկերության "Գրացիա" Միջազգային Վերականգնողական Կենտրոնում (10.12.2009թ.): Աշխատանքը զեկուցվել է ԵՊՀ սոցիալական հոգեբանության ամբիոնում (12.03.2010թ.): Հայկական հոգեբուժական ասոցիացիայի գիտական կոմիտեում (01.06.2010թ.): Ատենախոսության հիմնական դրույթներն արտացոլված են հրատարակված չորս հոդվածներում:

Տեսական և գործնական դրույթների հուսալիությունը և հիմնավորվածությունըն ապահովված են հիմնախնդրի վերաբերյալ տեսական մոտեցումների համալիր ուսումնասիրմամբ, հետազոտության նպատակին համապատասխանող մեթոդների ընտրությամբ, ուսումնասիրվող համակազմի քանակով, հետազոտության տվյալների մաթեմատիկական մշակման հուսալի համակարգով:

Ատենախոսության կառուցվածքն ու ծավալը: Աշխատանքը շարադրված է 125 տպագրական էջի վրա, կազմված է ներածությունից, 3 գլուխներից, հոգեբանական մեկնաբանությունից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից և գրականության ցանկից (254 հեղինակ): Պարունակում է 32 նկար և 2 աղյուսակ:

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ատենախոսության *ներածական մասում* հիմնավորված է թեմայի արդիականությունը, հետազոտության վարկածը, նպատակը, խնդիրները, առարկան, օբյեկտը և պաշտպանությանը ներկայացվող հիմնական դրույթները: Ներկայացված են հետազոտության մեթոդները, գիտական նորույթը, տեսական և գործնական նշանակությունը, հետազոտության փորձաքննությունը, ատենախոսության կառուցվածքն ու ծավալը:

ԱՌԱՋԻՆ ԳԼԽՈՒՄ՝ "Ցավային համախտանիշի հիմնախնդրի կոնցեպտուալ մոտեցումները" հանգամանորեն ներկայացված են՝

1.1. ՅՅ-ի սահմանումները:

Չնայած գոյություն ունեցող բազմաթիվ հետազոտություններին և այս հիմնախնդրի նկատմամբ միջդիսցիպլինար հետաքրքրությանը, բավական դժվար է սահմանել "ցավ" հասկացությունը: Դա այդ ֆենոմենի բարդ կառուցվածքի, բազմազան պատճառների և օրգանիզմի համար ունեցած նշանակության, նաև տեղայնացման, տևականության, այնպես էլ որակական բնութագրերի մեծ փոփոխականության արդյունք է:

Յուրաքանչյուրն այս հասկացության մեջ ներդրում է իր սուբյեկտիվ պատկերացումը, մտածողության առանձնահատկություններն ու յուրահատկությունը: Եվ պատահական չէ, որ ՅՅ-ի հիմնախնդիրն ուսումնասիրող տարբեր մասնագետների պատկերացումների միջև վիճաբանությունները մինչ այժմ չեն դադարել:

ՅՅ-ի ներկայումս գոյություն ունեցող սահմանումներում հիմնականում զերիշխում է նրա ֆիզիոլոգիական բաղադրիչը: Բայց ՅՅ-ի ֆենոմենը հնարավոր չէ բացատրել միայն ֆիզիոլոգիական պրոցեսներով, ինչի մասին վկայում է "հոգեծին ցավ" նոր հասկացությունը, որի առաջացման հիմքում ընկած են հոգեբանական գործոններ՝ բացասական հուզական ապրումները, սթրեսային իրավիճակները, անծի տիպը, ինքնազնաատականը և այլն:

Այսպիսով, ՅՅ-ի ֆենոմենի տարբեր լուսաբանումները պայմանավորված են նրանով, որ ՅՅ-ի սահմանման հիմքում դրված են տարբեր սկզբունքներ և տեսական մոտեցումներ: Հետևաբար, ՅՅ-ը միջդիսցիպլինար հիմնախնդիր է: Եվ ներկայումս այն, որպես արդի հիմնախնդիր, ունի տարբեր դիսցիպլինների ինտեգրացիայի անհրաժեշտություն:

1.2. ՅՅ-ի դասակարգումը:

ՅՅ-ի հիմնախնդրում իր ուրույն տեղն է զբաղեցնում նրա դասակարգումը: Կլինիկական տեսանկյունից բազմիցս անդրադարձել են այդ հիմնախնդրին: Այսպես, ՅՅ-ը դասակարգվում է ըստ բնույթի, ընթացքի, ինտենսիվության, տևականության և տեղայնացման: Աշխատանքի այս մասում ներկայացված են տարբեր հեղինակների կողմից առաջ քաշված դասակարգումները (Գ. Գեղ, Ջ.

Գուլշեյդեր, Ա.Ս. Վեյն, Մ.Յ. Ավրուցկի, Գ.Իվանիչև և ուրիշներ): Ցավի հոգեբանական հանրագիտարանում ՅՅ-ը դիտվում է քրոնիկ 6 ամսից ավելի տևականության դեպքում: ՔՅՅ-ի գլխավոր բնութագրիչներից են երկարատևությունը, հաճախ միօրինակությունը, "տարածական բնույթը": Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման մեջ "քրոնիկ ցավային խանգարումը" ներառվում է "Ներոտիկ, կապված սթրեսի և սոմատոֆորմ խանգարումների հետ" խորագրի մեջ (F40 – F48): Դասակարգման համաձայն, քրոնիկ սոմատոֆորմ ցավային խանգարումը (F 45.4) բնութագրվում է մշտական ցավով, որը չի կարող բացատրվել միայն ֆիզիոլոգիական խանգարումներով և, որը դրսևորվում է հուզական կոնֆլիկտի կամ հոգեցոցիալական հիմնախնդիրների զուգակցմամբ, որոնք էլ կարող են գնահատվել որպես գլխավոր պատճառներ:

1.3. ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական տեսությունները:

ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական տարբեր ասպեկտների հետ կապված ֆունդամենտալ հարցերում մեծ ներդրում են ունեցել ռուս ֆիզիոլոգները (Ի.Պ.Պավլով, Լ.Ա.Օրբելի, Գ.Ն. Կասիլ, Պ.Կ. Անոխին, Ա.Վ. Վալդման, Լ.Վ. Կալյուժնի և ուրիշներ), հայ ֆիզիոլոգներից՝ Ռ.Ա. Դուրինյանը: Այս հեղինակների տեսանկյունից, ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական դերը պաշտպանական է. այն զգուշացնում է օրգանիզմին վնասվածքի իրական կամ պոտենցիալ վտանգի մասին: Աշխատանքի այս մասում ներկայացված են ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները (Բ.Ալան և Դ.Ջոնիուս, Վ.Ալեքսեև, Դ.Ալպեր և ուրիշներ), ինչպես նաև անդրադարձել ենք ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական տեսություններին (սպեցիֆիկության տեսություն, ինտենսիվության տեսություն, նեյրոպաթոլոգիկ տեսություն, ինֆորմացիոն տեսություն, "վերահսկողության դարպասների" տեսություն):

ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական տեսությունների վերլուծությունից կարելի է եզրակացնել, որ ՅՅ-ն ունի զուտ կենսաբանական իմաստ, իրականացնում է պաշտպանական գործառույթ: Եվ դեռևս Ցավի Միջազգային Ասոցիացիան այն սահմանել է որպես "զգայական և հուզական տհաճ զգացում, որը կապված է հյուսվածքի իրական կամ պոտենցիալ վնասվածքի հետ": Սակայն, այսօր արդեն գաղտնիք չէ, որ ՔՅՅ-ը կարող է ի հայտ գալ նույնիսկ վնասվածքի բացակայության պարագայում: Եվ ինչպես նշել է Ն. Պեզեչկիանը. "Մի կողմից, հանդիպում են հիվանդներ ողնաշարի ծանր փոփոխություններով, ովքեր սուբյեկտիվորեն որևէ դժվարություն չեն զգում, և մյուս կողմից, կան ուժեղ ցավերից զանգատվող հիվանդներ, սակայն որոնց մոտ ողնաշարի որևէ հիվանդագին փոփոխություն չի հայտնաբերվում":

Այսպիսով, ՅՅ-ի ֆիզիոլոգիական տեսությունները հիմնախնդրին անդրադառնում են միայն ֆիզիոլոգիական տեսանկյունից և ամրապնդում նրա միակողմանի վերլուծությունը:

ԵՐԿՐՈՐԴ ԳԼԽՈՒՄ՝ "ՅՅ-ի հոգեբանական ասպեկտը" հանգամանորեն վերլուծել ենք՝

2.1. ՅՅ-ի հոգեբանական տեսությունները:

Աշխատանքի այս մասում ներկայացված են ՅՅ-ի հոգեբանական տեսությունները, որոնք անդրադառնում են հիմնախնդրի հոգեբանական ասպեկտին: Դրանք են՝

Հոգեվերլուծական տեսությունը (Ջ.Ֆրեյդ), որը ՅՅ-ը բնութագրում է որպես "ակտուալ ներքո" (ընթացիկ կոնֆլիկտներն առաջացնում են մարմնական

ախտանիշների ամբողջականություն): Ֆրեյդը ՑԳ-ը դիտել է որպես հոգեվերլուծության պրոցեսի կողմնացույց և եզրակացրել, որ ենթագիտակցականում թաքնված կոնֆլիկտների "առաջնային դրսևորումը" հրահրում է ցավ, իսկ այդ կոնֆլիկտների վերլուծական "բուժումը" վերացնում է այն: Հոգեվերլուծական պատկերացումների համաձայն, ՔՑԳ-ի ձևավորման մեջ մասնակցում են այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են հիվանդի կողմից առաջնային և երկրորդային շահերի չգիտակցված ստացումը: Ինչպես նաև առաջնային նշանակություն է տրվել կոնվերսիայի և նույնականացման մեխանիզմներին: Այս տեսության շրջանակներում ՔՑԳ-ի հիմնախնդրի վերաբերյալ մեծ ավանդ են ունեցել նաև այլ հեղինակներ (Հ. Մերսկի; Ց.Վ. Ֆորդ; Ա.Ադլեր; Վ.Ռայխ և ուրիշներ):

Ցավի նկատմամբ զգայուն անձի տեսություն (Գ. Էնգել), որտեղ հեղինակը կարևորում է ՔՑԳ -ով հիվանդների անամնեզում հոգետրավմատիկ դեպքերի հաճախականությունը: Ավելին, նա նշում է, որ հաճախ հիվանդները ստիպված են երկարատև խնամել այս կամ այն ցավային դրսևորումներ ունեցող հարազատներին, մանկուց ականատես են լինում "ցավային վարքի" կարծրատիպերին, որոնք նպաստում են ցավի նկատմամբ սեփական կոնցեպցիայի մշակմանը, "ցավային վարքի" անհատական մոդելի ստեղծմանը: Ընտանիքում առկա հատուկ ուշադրությունը ցավերի նկատմամբ, զրույցները դրա մասին, ցավային զգացողությունների նկարագրումը էական ազդեցություն են ունենում անձի ձևավորման վրա: Ցավի նշանակալիությունը, սևեռումը ցանկացած աննշան ցավային զգացողությունների վրա կարող են հանգեցնել կայուն հոգեծից ցավերի ձևավորման:

"Կոգնիտիվ սխեմայի" տեսությունը (Ս.Հ. Դոնիաս և համահեղ.) ՑԳ-ը դիտարկում է որպես սթրեսը հաղթահարելու հակազդում: "Արդյունավետ սխեմայի" գործելու դեպքում առաջանում է կարճատև ցավ, որը չեզոքացնում է չափից ավելի ուղեղային ակտիվությունը: Հետագայում, պաշտպանական մեխանիզմների հյուծման դեպքում գործում է "արտավոր սխեման" աննշան ազդակին տրվում է ոչ աղեկվատ ուժեղ և տևական ցավային պատասխան, որը համապատասխանում է ՔՑԳ-ի փուլին:

Հոգեմարմնական տեսությունը (Գ. Էնգել) հիմնավորում է, որ ՑԳ -ը կարող է գոյություն ունենալ որպես "զուտ հոգեկան ֆենոմեն" առանց ծայրամասից ստացվող ցավային ազդակի: Հեղինակի կարծիքով, հիվանդների մի մասի մոտ ՑԳ -ը մեղքի զգացումը թուլացնելու միջոց է, մյուսների մոտ՝ կորստի կամ կորստի վտանգի "փոխակերպում": Որոշ դեպքերում ՑԳ-ի առաջացման և սիրո օբյեկտի հետ կոնֆլիկտը համընկել են: Տվյալ տեսության մեջ ՑԳ-ը բացառիկ կարևոր դեր է խաղում անհատի հոգեբանական կյանքում: Իսկ Ն. Պեգեշկիանի կարծիքով, հոգեմարմնական գանգատները օրգանների լեզվով արտահայտվելու րնդունակությունն է այն մասին, որ տվյալ պահին կոնֆլիկտը հաղթահարելու այլ միջոց չկա: Այս տեսության մեջ մեծ ներդրում է ունեցել նաև Ա.Մենեգետտին: Նա հետևյալ կերպ է բացատրում ՄՔՑԳ-ի առաջացման մեխանիզմը. սպեցիֆիկ հոգեկան ծանրաբեռնվածությունը և կոնֆլիկտները կարող են արտացոլվել պարանոցի և մեջքի շրջանում մկանային համակարգի վրա: Մկանները կծկվում են, ներգործում արյունատար անոթների վրա, ինչն էլ հանգեցնում է ողնաշարի արյան

շրջանառության և ճնշման փոփոխություններին: Արդյունքում առաջանում են ցավերը: Ավելացնում է նաև, որ մկանների կայուն լարվածությունը կարող է նույնիսկ ձևափոխել ոսկորները, ինչի հետևանքով փոխվում է մարդու կեցվածքն ու շարժումների ծավալը: Իր աշխատություններում նա եկել է այն եզրակացության, որ ցավը կատարաբար է, հոգևոր դեղամիջոց:

Սթրեսի տեսության ժամանակակից մոդելը (Ա.Թադևոսյան) ՑԳ -ը դիտում է որպես "մարմնական դիմակի" դրսևորում տարբեր մարմնական գանգատների, ախտանիշների, համախտանիշների ձևով: Մի շարք հեղինակների (Ա.Թադևոսյան; Ռ.Բիթոն և համահեղ.; Ց.Հեյն և համահեղ.; և ուրիշներ) կարծիքով, այդպիսի սոմատիզացիան ենթադրում է ցանկացած ոլորտի (անձնական, սոցիալական) "տառապանքի արտահայտումը մարմնական գանգատներով":

Ներկայացված է նաև Ռ.Գեթչելի կողմից առաջարկված "նախատրամադրվածություն-սթրես" մոդելը, որի համաձայն հիվանդները "իրենց մեջ կրում են" որոշ նախատրամադրող անձնային/հոգեբանական բնութագրեր, որոնք սթրեսի ներգործության տակ կարող են ընդգծվել:

Այսպիսով, ՑԳ -ի հոգեբանական տեսությունների ուշադրության կենտրոնում հայտնվեց հիմնախնդրի հոգեբանական ասպեկտը: Այս տեսությունները, իսկապես, լույս վառեցին ՔՑԳ -ի հասկացման բարդ և միակողմանի ճանապարհին: Չնայած, որ ՔՑԳ -ի հոգեբանական տեսություններում ընդգծվել է սոցիալ-հոգեբանականի դերը, սակայն առաջին անգամ այդ մոտեցումներում նշվեց սոմատիզացիայի մասին, որն էլ հանդիսացավ առաջին քայլը՝ ՔՑԳ-ը հոգեկանի և մարմնականի միասնության մեջ դիտելու համար:

2.2. ՔՑԳ -ի հոգեբանությունը

Այսօր ավելի է հիմնավորվում այն փաստը, որ հոգեկանը մեծ դեր ունի ողնաշարի հիվանդությունների ժամանակ: Այն, որ մարդը "անտանելի ծանրաբեռնվածությունների" կամ "ճնշվածության" ազդեցության տակ գտնվելով, հակազդում է մարմնի հենց այս մասով, որը նախատեսված է ծանրությունները տանելու համար, վաղուց է հայտնի (Ն. Պեգեշկիան): Եվ տեղին է մեջբերել նաև Ա. Մենեգետտիի կարծիքն այն մասին, որ հիվանդության հետևում միշտ կանգնած է հիվանդը՝ նրա անձը որպես ցանկացած ֆենոմենի առաջնային պատճառ:

Աշխատանքի այս մասում ներկայացված են գրականության մեջ ամփոփված ՑԳ-ով հիվանդների հետ տարբեր հեղինակների կողմից անցկացրած որոշ անձնային և հոգեախտաբանական գործոնների հետազոտությունների արդյունքները: Ներկայացված են նաև ՔՑԳ-ով հիվանդների մոտ այդ գործոնների որոշ վիճակագրական տվյալներ: Եվ այսպես, ՔՑԳ -ի և բազմաթիվ հոգեբանական գործոնների պատճառ - հետևանքային կապերի ուսումնասիրությունները և վերլուծությունները հնարավորություն են տալիս եզրակացնել, որ անկախ իր էթիոլոգիայից, ՔՑԳ-ը մշտապես առնչվում է հոգեբանական գործոնների հետ: Ներկայումս ՔՑԳ-ի հոգեբանության հիմնախնդիրը արդիական է: Չնայած գոյություն ունեցող բազմաթիվ հետազոտություններին և տեսական մոտեցումներին, ՔՑԳ-ի հոգեբանության շատ հարցեր դեռևս վիճաբանական են և լուսաբանման անհրաժեշտություն ունեն:

2.3. Սթրեսը որպես հետսթրեսային խանգարումների և սոմատիկացիայի գործոն

Աշխատանքի այս մասում անդրադարձել ենք սթրեսի ժամանակակից պատկերացումներին: Ներկայացրել ենք տարբեր հեղինակների (Ա. Թադևոսյան; Ս.Սուքիասյան և ուրիշներ) մոտեցումները սթրեսի և սոմատիկացիայի հիմնախնդրի շուրջ: Սեքրերված են նաև ՔՅԳ-ի ժամանակ սթրեսի ախտորոշման վիճակագրական տվյալներ, ինչպես նաև բազմաթիվ հեղինակների (Ջ. Վեդել և համահեղ.: Ջ.Ս. Կլապոու և համահեղ.: Ա.Ֆեյեր և համահեղ.: և ուրիշներ) կարծիքները սթրեսի և ՄՔՅԳ-ի փոխկապակցության մասին: Հանգամանորեն ներկայացրել ենք էխո-սթրեսորների տեսակներն ու նկարագրությունները: Ավելին, "էխո-սթրեսոր" մոդելի (Ա.Թադևոսյան) հիման վրա հիմնավորել ենք "հոգեհոլզական սթրես - սոմատիկացիա" մեխանիզմը: Այսպիսով, քրոնիկ սթրեսը հանդիսանում է հզոր ազդակ այս կամ այն հոգեմարմնական զանգամուների կամ հիվանդության համար: Սթրեսային իրավիճակը չի ջնջվում մարդու հիշողությունից, և նույնիսկ տարիներ անց կարող է հիշեցնել իր մասին (flash back) տարբեր ախտանշանների միջոցով: Սուր սթրեսի քրոնիկ դառնալուն նպաստում են էխո - սթրեսորները: Այսինքն, մարդը, էխո-սթրեսորների ներգործությամբ, արտաքին սթրեսը դարձնում է ներքին սթրես, պարբերաբար մեկնաբանում, վերլուծում և վերահիմաստավորում է այն: Այլ կերպ, սթրեսային իրավիճակը ստանում է անձնային իմաստ: Ինչպես նշել է Ա.Թադևոսյանը (2002), "ծգծվող" սթրեսի հիմնախնդիրը բարդ է, քանի որ այս հասկացության մեջ մտնում են ոչ միայն, այլ հաճախ նույնիսկ ոչ այնքան սթրեսային ապրումների արտաքին քրոնիկ պայմանավորվածությունը, որքան անձի հոգեկանի տրավմատիկացված վիճակը:

ԵՐՐՐՐԳ ԳԼԽՈՒՄ՝ "ՄՔՅԳ-ի անձնային, իրավիճակային և հոգեախտաբանական ղեկումնի մասին" ներկայացված են՝

3.1. Հետազոտության առարկան, օբյեկտը և մեթոդները: Հետազոտությունը անց է կացվել Հայկական Կարմիր Խաչի Ընկերության "Գրացիա" Միջազգային Վերականգնողական կենտրոնում (2007 - 2009 թթ.) և ՀՀ ԱՆ Կուրորտաբանության և Ֆիզիկական Բժշկության ԳՀԻ - ի Ցավի կենտրոնում (2007թ. փետրվարից մինչև 2008թ. հոկտեմբերը): Հետազոտության մեջ ներկայացված են "օսթեոխոնդրոզ" ախտորոշմամբ 93 հիվանդի փորձարարական տվյալները: Հետազոտվել են միայն այն հիվանդները, որոնք մոտ բացակայել են զուգակցվող հիվանդությունները, հիվանդության դինամիկայում չի նկատվել կլինիկական պատկերի բարդացում, և յուրաքանչյուր ռեցիդիվը, անկախ հիվանդության տևականությունից, կրկնել է միևնույն կլինիկական (միայն ՑԳ): Հիվանդների ընտրության ժամանակ հաշվի ենք առել քրոնիկ ցավային խանգարումների (ՔՑԽ) չափանիշները, որոնք ներառված են հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10 -րդ վերանայման F45.4 ծածկագրի տակ ներկայացվող "քրոնիկ սոմատոֆորմ ցավային խանգարումների" մեջ, որտեղ քրոնիկ սոմատոֆորմ ցավային խանգարումը բնորոշվում է մշտական, ծանր և հոգեպես ճնշող ցավով, որը չի կարող բացատրվել միայն ֆիզիոլոգիական պրոցեսներով կամ մարմնական խանգարումով և, որը դրսևորվում է հուզական կոնֆլիկտի կամ հոգեոսցիալական հիմնախնդիրների զուգակցմամբ, որոնք էլ կարող են գնահատվել որպես գլխավոր պատճառներ:

Հետազոտության մեջ ընդգրկվել է նաև վերահսկիչ խումբ (44 առողջներ):

Հետազոտությունն անց է կացվել տարիքային երեք խմբերում՝ 20-35տ. (n=30), 36-50տ. (n=38), 51-65տ. (n=25): Ըստ ՑԳ-ի տևականության հիվանդները բաժանվել են երեք խմբերի՝ I - մինչև 5 տարի տևականությամբ (n=45), II խումբ՝ 6-10տ. (n=33), III-ը՝ >10 տ. (n=15): Ստացված տվյալները մշակվել են՝ հաշվի առնելով նաև սեռային տարբերությունները (53 կին - 57%; 40 տղամարդ - 43%): Կիրառել ենք հետևյալ բժշկա - հոգեբանական մեթոդները՝ զրույց, դիտում, թեստավորում: Ընդ որում, ՄՔՅԳ-ով հիվանդների խմբում հետազոտությունն իրականացվել է մինչ վերականգնողական (ֆիզիոթերապևտիկ) բուժումը և բուժումից հետո:

Ելնելով հետազոտության նպատակից և խնդիրներից կիրառվել են հետևյալ թեստերը, որոնք պայմանականորեն կարելի է բաժանել 4 խմբի՝

1. թեստեր, որոնք ուսումնասիրում են անձնային առանձնահատկությունները (անձի բնավորության շեշտվածություն (Լեոնհարդ-Շմիչեկ); սուբյեկտիվ վերահսկողության մակարդակ (Ջ.Ռոտտերն); ինքնագնահատական (Ա.Կարպենկո):
2. թեստեր, որոնք ուսումնասիրում են հոգեախտաբանական գործոնները (տազնապ, դեպրեսիա (Ա.Ս.Ջիգմունդ, Ռ.Պ. Սնայթ); ալեքսիթիմիա (Գ.Թեյլոր); սթրես (Ս. Կուրմազ); նյարդա-հոգեկան ղեզադապտացիա (Լ.Ս. Սվերդլով, Ա.Սկոռիկ):
3. թեստ, որը միաժամանակ հնարավորություն է տալիս բացահայտել սթրեսային իրավիճակների և քանակը, և ինտենսիվությունը ("Սթրեսակայունության և սոցիալական ադապտացիայի որոշման մեթոդիկա", Հոլմս և Ռահե):
4. թեստեր, որոնք բացահայտում են ՔՅԳ-ի քանակական և որակական բնութագրիչները (Վիզուալ անալոգային սանդղակը; Մակ - Գիլլովսկու ցավային հարցաշարը, Օսվեստրիի հարցաշարը):

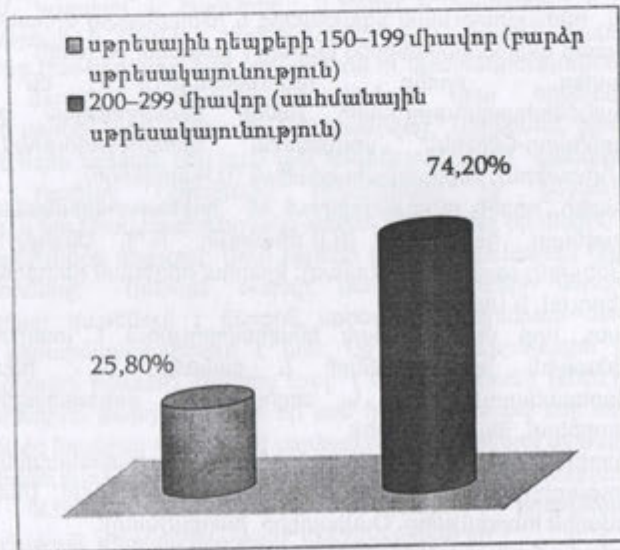
Հոգեբանական թեստավորման տևողությունը կազմել է 1-1,5 ժամ: Ջրույցի և դիտման մեթոդների արդյունքներից կարելի է եզրակացնել, որ հիվանդներին այդչափ անհանգստացնող ՔՅԳ-ի գանգատներից ավելի մտահոգում են անցյալում տեղի ունեցած տրավմատիկ ղեպքերն ու ներկայիս սոցիալական խնդիրները:

3.2. Հետազոտության արդյունքները ՄՔՅԳ -ով հիվանդների խմբում
"Սթրեսակայունության և սոցիալական ադապտացիայի որոշման մեթոդիկա" - ով անցկացրած հետազոտության արդյունքները ներկայացված են նկար 1 -ում, 2 -ում, 3-ում:

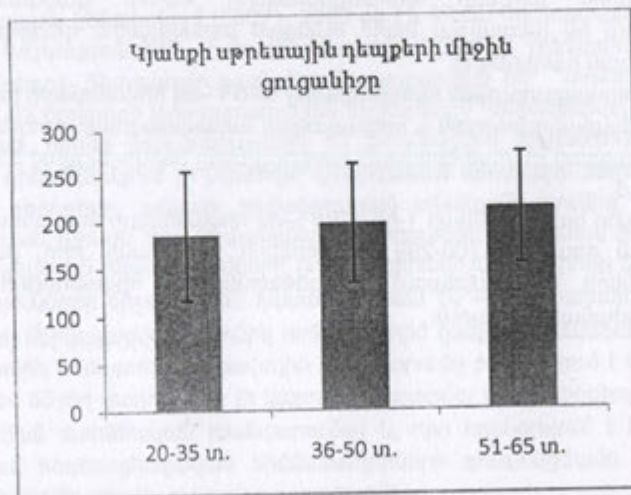
Ինչպես երևում է նկար 1-ից, ՄՔՅԳ-ով հիվանդների մոտ գերակշռել է կյանքի սթրեսային ղեպքերի 200-299 միավորների սանդղակը, որը, ըստ մեթոդիկայի հեղինակների, կանխատեսում է հոգեմարմնական հիվանդությունների 50%-ից ավելի հավանականություն:

ԿՅԱՆՔԻ ՍԹՐԵՍԱՅԻՆ ԴԵՊՔԵՐԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԸ ՄՔՑԴ –ՈՎ ԳԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ

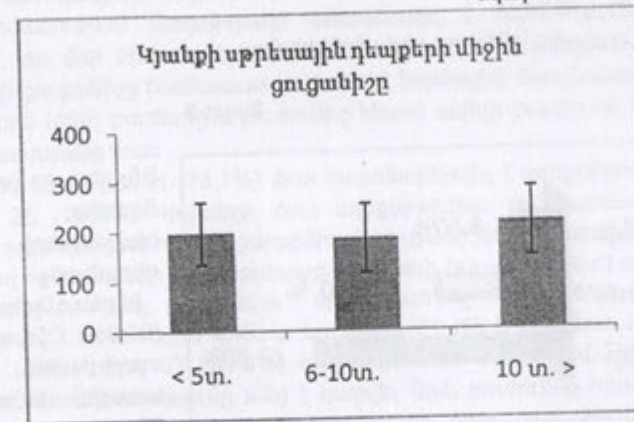
Նկար 1



Նկար 2

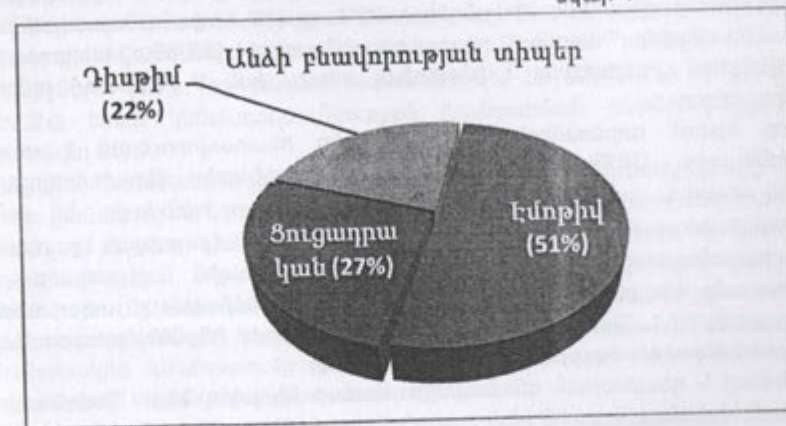


Նկար 3



Ըստ Լեոնհարդ-Շմիշելի հարցաշարի 42(51%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է անձի ենթիվ տիպի շեշտվածության հակվածություն: 22 (27%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է ցուցադրական շեշտվածության հակվածություն, իսկ 18 (22%) հիվանդի մոտ՝ անձի դիսթիմ տիպի շեշտվածության հակվածություն: Ընդ որում, ենթիվ անձնային տիպը գերակշռել է կանանց (63%), իսկ դիսթիմ անձնային տիպը՝ տղամարդկանց մոտ (41%):

Նկար 4

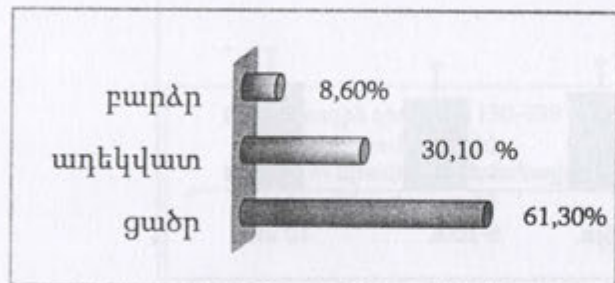


ՄՔՑԴ-ի տևականության և անձի տիպի փոխհարաբերության ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ հիվանդության տևականությունը կոռելացվել է անձի ենթիվ տիպի հակվածության հետ սթրեսային դեպքերի 200 – ից բարձր միավորի պարագայում ($p < 0,05$), և անձի դիսթիմ տիպի շեշտվածության հակվածությամբ հիվանդների մոտ տագնապի, դեպրեսիայի և կենսագործունեության խանգարման պարագայում ($p < 0,01$), անգամ սթրեսային

դեպքերի 200 –ից ցածր միավորների դեպքում, որը համապատասխանում է բարձր սթրեսակայունությանը:

Ինքնագնահատականը ՄՔՑՅ-ով հիվանդների մոտ

Նկար 5



Ինչպես երևում է Նկարից, ՄՔՑՅ-ով հիվանդների մոտ գերակշռել է ցածր ինքնագնահատականը (61,3%): Ընդ որում, ըստ տարիքային խմբերի առաջին խմբում (20-35տ.) ցածր ինքնա-

գնահատական հայտնաբերվել է հիվանդների 42,1% -ի մոտ, երկրորդ խմբում (36-50տ.) 24,6% -ի մոտ, երրորդ խմբում (51-65տ.) 33,3% -ի մոտ: Ըստ ՑՅ –ի տևակալության ցածր ինքնագնահատականը բաշխվել է հետևյալ կերպ. առաջին խմբում (<5տ.) կազմում է 25%, երկրորդ խմբում (6-10տ.)՝ 32%, երրորդ խմբում (10տ. >)՝ 43% :

Անձնային գործոնների շարքում իր ուրույն տեղն է զբաղեցնում "սուբյեկտիվ վերահսկողության մակարդակը" (ՍՎՍ): Չետազոտության արդյունքներով 42 (51%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է անձի ինտերնալ տիպ, 22 հիվանդի (27%) մոտ՝ էքստերնալ տիպ, իսկ հիվանդների 22% -ը (18 հիվանդ) պատկանում է սահմանային տիպին: Պարզվել է, որ տարիքային առաջին (20-35տ.) և երրորդ (51-65տ.) խմբերում գերակշռել է ինտերնալ տիպը, իսկ II (36-50տ.) խմբում՝ էքստերնալ տիպը:

Վերը նշված գործոնների վերլուծությունը հնարավորություն է տալիս եզրակացնել, որ ՄՔՑՅ-ով հիվանդների մոտ սուբյեկտիվ վերահսկողության ինտերնալ տիպը և ցածր ինքնագնահատականը հաճախ հանդիպել են անձի էմոթիվ հակվածության պարագայում: Սուբյեկտիվ վերահսկողության էքստերնալ տիպը հայտնաբերվել է ցուցադրական անձնային շեշտվածության հակվածությամբ հիվանդների խմբում: Իսկ դիսթիմ անձնային շեշտվածության հակվածությամբ հիվանդների խմբում գերակշռել են ցածր ինքնագնահատականը և սուբյեկտիվ վերահսկողության սահմանային տիպը:

Տազնապի և դեպրեսիան գնահատելու համար կիրառել ենք "Տազնապի և դեպրեսիայի հիվանդանոցային սանդղակը": Արդյունքները ցույց են տվել, որ մինչ բուժումը 69 հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է տազնապային վիճակ: Ընդ որում, նրանցից 48-ի մոտ (51,6%) դիտվել է "կլինիկորեն արտահայտված տազնապ", իսկ 21-ի մոտ (22,6%) "սուբկլինիկորեն արտահայտված տազնապ": 24 (25,8%) հիվանդի մոտ տազնապի ցուցանիշը եղել է նորմայում: Մինչ բուժումը 57 հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է դեպրեսիվ վիճակ: Նրանցից 30-ի մոտ (32,2%) ախտորոշվել է "կլինիկորեն արտահայտված դեպրեսիա", 27 (29%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է "սուբկլինիկորեն արտահայտված դեպրեսիա": 36 (38,8%)

հիվանդի մոտ դեպրեսիվ վիճակ չի հայտնաբերվել: Տազնապի և դեպրեսիայի արտահայտվածության մակարդակը գնահատվել է նաև բուժումից հետո: Պարզվել է, որ մեր հիվանդների 80,6% -ի մոտ (75 հիվանդ) տազնապի և դեպրեսիայի ցուցանիշը համապատասխանել է նորմային: Տազնապի, դեպրեսիայի ցուցանիշներն (մինչ բուժումը և բուժումից հետո) ավելի բարձր են եղել կանանց, քան տղամարդկանց մոտ:

ՄՔՑՅ-ով 68 հիվանդի (73,1%) մոտ հայտնաբերվել է ալեքսիթիմիայի բարձր ցուցանիշ: 25 (26,9%) հիվանդի մոտ ալեքսիթիմիա չի հայտնաբերվել: Մինչ բուժումը և բուժումից հետո ալեքսիթիմիայի ցուցանիշները պահպանվել են:

ՄՔՑՅ-ով հիվանդների մոտ սթրեսային վիճակի (թեստ "Սթրես") գնահատումը ի հայտ է բերել հետևյալ պատկերը. մինչ բուժումը 88 (94,6%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է սթրեսային վիճակ: Նրանցից 61 (69,3%) -ի մոտ ախտորոշվել է "թաքնված սթրես", իսկ 27 (30,6%) հիվանդի մոտ՝ սթրեսային վիճակի "միջին" մակարդակ: Չետազոտությունը անց է կացվել նաև բուժումից հետո. "թաքնված սթրես"-ը պահպանվել է 48 (54,5%) հիվանդի մոտ, իսկ 25 (28,4%) -ի մոտ հայտնաբերվել է սթրեսի "միջին" մակարդակ:

"Նյարդա-հոգեկան դեզադապտացիայի" հարցաշարի արդյունքների հիման վրա 73 (79%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է հոգեկան դեզադապտացիա: Ընդ որում, 48 (51,6%) հիվանդի մոտ դեզադապտացիան ուղեկցվել է առավելապես հոգեկան դիսկոմֆորտի դրսևորումներով: 25 (34,2%) հիվանդի մոտ դեզադապտացիան զուգակցվել է դեպրեսիվ և ասթենիկ ախտանշաններով: Բուժումից հետո նյարդա-հոգեկան դեզադապտացիա ախտորոշվել է 48 (51,6%) հիվանդի մոտ:

Օսվեստրիի հարցաշարը հնարավորություն է տալիս գնահատել ՄՔՑՅ –ով հիվանդների կենսագործունեության մակարդակը: Ըստ ստացված արդյունքների, ՄՔՑՅ –ով հիվանդների խմբում կենսագործունեության խանգարման բարձր ցուցանիշներ (50% -ից բարձր) հայտնաբերվել են 42(45,2%) հիվանդի մոտ: Բուժումից հետո կենսագործունեության խանգարման բարձր ցուցանիշները պահպանվել են:

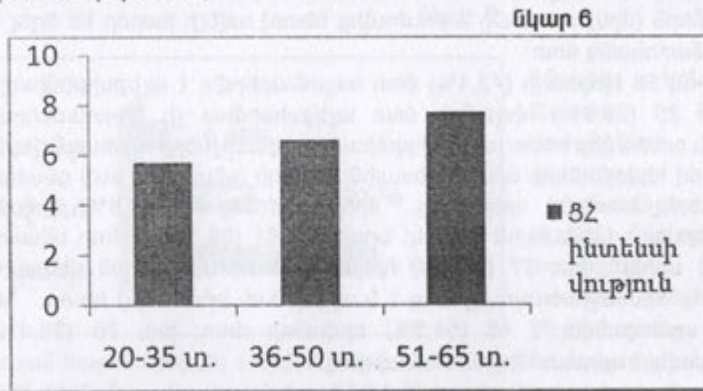
Ցավային համախտանիշի քանակական և որակական բնութագրիչները

ՑՅ-ի քանակական գնահատականը կլինիկական կարևոր հիմնախնդիր է, որն ակտուալ է ինչպես գիտական հետազոտությունների, այնպես էլ գործնական առողջապահության համար: Ցավային զգացողության (ցավային հակազդման համակարգի զգայական բաղադրիչ) միակ չափանիշը հիվանդի տեղեկատվությունն է: Այդ է պատճառը, որ ՑՅ –ի ինտենսիվության ժամանակակից գնահատումը ներառում է հոգեբանական մեթոդներ՝ հիմնված հետազոտվողի սուբյեկտիվ գնահատականի վրա:

ՑՅ-ի ինտենսիվությունը գնահատել ենք՝ օգտագործելով "Ցավի" կլինիկաներում կիրառվող հարցաշարերը (ՎԱՍ, Մակ-Գիլլոսկու ցավային հարցաշար): Մինչ վերականգնողական բուժումը "անտանելի" ցավ հայտնաբերվել է 42(45%) հիվանդի մոտ, "ուժեղագույն" ցավ՝ 18 (19%)-ի մոտ, "ուժեղ" ցավ հայտնաբերվել է 24(26%) հիվանդի մոտ, "միջին և թույլ" ցավ՝ 9 (10%)-ի մոտ: Վերականգնողական բուժումից հետո, ՑՅ-ի ինտենսիվությունը գնահատվել է հետևյալ կերպ. "անտանելի" ցավ չի հայտնաբերվել, "ուժեղագույն" ցավ՝ 14(15%) -ի մոտ, "ուժեղ" ցավ հայտնաբերվել է 24(26%) հիվանդի մոտ, "միջին և թույլ" ցավ՝

55 (59%)–ի մոտ: Մինչև բուժումը և բուժումից հետո 83 –ի ինտենսիվության միջին ցուցանիշը ավելի բարձր է կանանց, քան տղամարդկանց մոտ:

Ըստ տարիքային խմբերի 83 –ի ինտենսիվության միջին ցուցանիշներն ամփոփված են նկար 6-ում:



Արդյունքների ծրագրային վերլուծության հիման վրա պարզվել է, որ 83 –ի ինտենսիվությունը կոռելացվել է անձի էնթիվ տիպի շեշտվածության հակվածության հետ ($p < 0,01$):

Ի տարբերություն ՎԱՍ–ի (10 սմ երկարությամբ ուղիղ գծի վրա հիվանդը նշում է իր ցավի ինտենսիվությունը), Մակ - Գիլլովսկու ցավային հարցաշարի մեջ ներկայացված են 83–ի ինտենսիվությունը գնահատող բառեր (թույլ, միջին, ուժեղ, ուժեղագույն, անտանելի), որոնցից հիվանդը ընտրում է իր 83 –ին համապատասխանող տարբերակը:

42 (45, 2%) հիվանդ ընտրել է 83 –ի “անտանելի” բնութագրիչը, 14 (15,1%) հիվանդ՝ “ուժեղագույն” բնութագրիչը, 28 (30,1%) հիվանդ 83–ի “ուժեղ” բնութագրիչը, իսկ 9 (9,6%) հիվանդ “միջին” բնութագրիչը: 83–ի զգայական բնութագրիչներից գերակշռել են՝ “ճնշող” բնութագրիչը (48 (51,6%) հիվանդ), “սուր” բնութագրիչը (14 հիվանդ (15,1%)), “տաք” բնութագրիչը (20 հիվանդ (21,5%)): 3 հիվանդների 48,4 % -ը (45 հիվանդ) նշել է, որ 83–ը նյարդայնացնում է (հուզական բնութագրիչ), 32 հիվանդ (34,4%) նշել է, որ 83–ը առաջ է բերում հուսահատություն, իսկ հուզական մյուս բնութագրիչները (տագնապ, վախ, շնչահեղձություն և այլն) ընդհանրացնել հնարավոր չէ: 88 (94,6%) հիվանդի կողմից ընտրվել է “ցավը – տառապանք է” բնութագրիչը: Այսպիսով, ՄՔՑ3–ով հիվանդների մոտ հայտնաբերվել են 83–ի որակական և քանակական յուրահատուկ բնութագրիչներ, որոնք կարող են ախտորոշիչ նշանակություն ունենալ:

3.3. Վերահսկիչ խմբի հետազոտության արդյունքները

ՄՔՑ3–ով հիվանդների և վերահսկիչ խմբում անցկացրած հետազոտության տարբերակիչ արդյունքները հետևյալն են՝

- ՄՔՑ3 –ով հիվանդների մոտ գերակշռել է էնթիվ, դիսթիմ, ցուցադրական շեշտվածության հակվածության անձնային

տիպերը, իսկ առողջների մոտ՝ էնթիվ և ցիկլոթիմ: Ընդ որում, տղամարդ-հիվանդներին բնորոշ էր դիսթիմ, իսկ տղամարդ-առողջներին ցիկլոթիմ շեշտվածության հակվածությունը: Կանանց երկու խմբերում էլ գերակշռել է էնթիվ շեշտվածության հակվածությունը: Սակայն, եթե էնթիվ կին-հիվանդները կյանքի սթրեսային դեպքերից ընտրել են անձնական բնույթի կամ ինտենսիվ սթրեսորներ, ապա էնթիվ շեշտվածության հակվածությամբ կին-առողջների մոտ սթրեսորները աչքի չեն ընկել իրենց ինտենսիվությամբ, ընդգծել են իրավիճակային գործոնների սոցիալական բնույթը:

- ՄՔՑ3 –ով հիվանդների մոտ մինչ բուժումը հայտնաբերվել են հոգեախտաբանական գործոնների (տագնապ, դեպրեսիա, սթրես, դեզադապտացիա) բարձր ցուցանիշներ, մինչդեռ առողջների մոտ այդ գործոններն արտահայտված չեն կամ ընդհանրապես չեն ախտորոշվել:
- Վերահսկիչ խմբում անձնային, իրավիճակային և հոգեախտաբանական գործոնների միջև կոռելյացիաներ չեն հայտնաբերվել: Ի տարբերություն ՄՔՑ3 –ով հիվանդների (նրանց մոտ առանձնացվել են երեք հոգեբանական տիպեր), առողջների խմբում հոգեբանական տիպեր հնարավոր չէ առանձնացնել:

Արդյունքների ամփոփում: Անցկացրած հետազոտությունը հաստատել է ՄՔՑ3–ի կառուցվածքի բարդությունը. լինելով մարմնական տառապանք՝ նրա ձևավորումը կախված է անձնային առանձնահատկություններից, հոգեախտաբանական և իրավիճակային գործոններից:

Չետազոտության արդյունքները հայտնաբերել են անձի բնավորության շեշտվածության հակվածության երեք հիմնական տիպեր, որոնք գերակշռում են ՄՔՑ3 –ով հիվանդների մոտ: 42 (51%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է անձի էնթիվ տիպի շեշտվածության հակվածություն: 22 (27%) հիվանդի մոտ հայտնաբերվել է ցուցադրական շեշտվածության հակվածություն, իսկ 18 (22%) հիվանդի մոտ՝ անձի դիսթիմ տիպի շեշտվածության հակվածություն: Ընդ որում, էնթիվ անձնային տիպը գերակշռել է կանանց (63%), իսկ դիսթիմ անձնային տիպը՝ տղամարդկանց մոտ (41%):

Չետաքրքրական տվյալներ է ստացվել հոգեբանական այնպիսի գործոնների ուսումնասիրությունից, ինչպիսիք են ինքնագնահատականը և սուբյեկտիվ վերահսկողության մակարդակը: Այսպես, ՄՔՑ3 –ով հիվանդների խմբում ցածր ինքնագնահատականը գերակշռել է ինտերնալ տիպի մոտ: Ինչպես հայտնի է՝ ինտերնալ տիպը կոնֆլիկտային և դժվար իրավիճակները հաղթահարել չկարողանալու դեպքում հաճախ ունենում է “մեղքի զգացում”, ինքնամեղադրում: Սեր հետազոտության մեջ այդպիսի հիվանդներն իրենց 83 –ը բնութագրել են հիմնականում որպես “անտանելի” և “ճնշող”: 83 –ի հոգեմարմնական տեսության տեսանկյունից, ստացված տվյալը կարելի է մեկնաբանել որպես մեղքի զգացումի թուլացման միջոց կամ անզիտակցական մեխանիզմ:

Մասնավորապես, կարևոր է այն փաստը, որ մեր հիվանդների խմբում ռիսկի գործոն է հանդիսանում ոչ այնքան սթրեսային դեպքերի քանակը, որքան տեսակը՝ կախված անձի բնավորության շեշտվածության տիպից: Պարզվել է, որ էնոթիվ անձնային շեշտվածության հակվածությամբ հիվանդների խմբում գերակշռել են ինտենսիվ սթրեսորները (կորուստ, բաժանում, տրավմա կամ հիվանդություն): Դիսթիմ անձնային տիպի շեշտվածության հակվածությամբ հիվանդների խմբում հայտնաբերվել են ոչ այնքան ինտենսիվ սթրեսորներ, որոնք կապված են մասնավորապես աշխատանքային, մասնագիտական, ֆինանսական վիճակի փոփոխությունների հետ: Ցուցադրական անձնային տիպի մոտ գերակշռել են մասնավորապես միջանձնային հարաբերություններին առնչվող տարբեր սթրեսորները (ներընտանեկան կոնֆլիկտներ, կոնֆլիկտներ աշխատավայրում և այլն):

Չետագոտության արդյունքում հայտնաբերվել է անձնային (անձի տիպ, ինքնագնահատական, վերահսկողության լոկուս), իրավիճակային (կյանքի սթրեսային դեպքեր), հոգեախտաբանական գործոնների և ՄՔՑ-ի բնութագրիչների յուրահատուկ փոխհարաբերություն: Պարզվել է, որ կյանքի սթրեսային դեպքերը (իրավիճակային գործոն) նշանակալի դեր ունեն ՄՔՑ -ի հիմնախնդրի առաջացման և հասկացման գործում: Մի կողմից, իրավիճակային գործոնը հանդիսանում է ռիսկի գործոն, մյուս կողմից, իրավիճակային գործոնի ինտենսիվությունը դրսևորվում է ՑՅ-ի սուբյեկտիվ բնութագրիչների միջոցով:

Ստացված տվյալները հիմք են տալիս ենթադրելու, որ ՄՔՑ -ի սուբյեկտիվ բնութագրիչները հոգեկան տրավմայի յուրահատկության միջնորդավորված (անձ) արտացոլում են:

Եզրակացություններ

1. ՄՔՑ-ի հիմնախնդիրը միջոցից կլինար հիմնախնդիր է: ՑՅ-ի սահմանման հիմքում դրված են տարբեր սկզբունքներ և տեսական մոտեցումներ՝ հոգեբանական, բժշկական, ֆիզիոլոգիական: Եվ ներկայումս ՑՅ-ը, որպես արդի հիմնախնդիր, ունի տարբեր դիսցիպլինների ինտեգրացիայի անհրաժեշտություն:
2. ՄՔՑ-ի դետերմինացիան բարդ պրոցես է, որը ներառում է գործոնների երեք դասեր՝
 - իրավիճակային գործոններ (կյանքի սթրեսային դեպքեր),
 - անձնային գործոններ (անձի բնավորության տիպ, ինքնագնահատական, վերահսկողության լոկուս),
 - հոգեախտաբանական գործոններ (սթրես, տագնապ, դեպրեսիա, ալեքսիթիմիա, դեզադապտացիա):
3. Հիմնախնդրի հոգեբանական կիզակետը այն է, որ ՄՔՑ-ը սթրեսային իրավիճակների, անձնային որոշակի առանձնահատկությունների և հոգեախտաբանական գործոնների համադրում է:
 - էնոթիվ անձնային շեշտվածության հակվածություն, ցածր ինքնագնահատական, ինտերնալ տիպ՝ անձնային այսպիսի գործոնների և ալեքսիթիմիա, սթրեսային վիճակ՝

հոգեախտաբանական գործոնների համադրության պարագայում հայտնաբերվել են ինտենսիվ սթրեսորներ (ի տարբերություն անձնային մյուս տիպերի, էնոթիվ անձնային տիպը առավել խոր (անգամ մինչև սոմատիզացիա) և երկար է հակազդում սթրեսին): Չետևաբար, ինտենսիվ սթրեսորների առկայության դեպքում անձի էնոթիվ շեշտվածության հակվածությունը ռիսկի գործոն է հանդիսանում ՄՔՑ-ի համար:

- Դիսթիմ անձնային տիպի շեշտվածության հակվածության և ցածր ինքնագնահատականի պարագայում ոչ այնքան սթրեսորի ինտենսիվությունը, որքան նրա սոցիալական (մասնավորապես աշխատանքային, մասնագիտական, ֆինանսական) բնույթը ռիսկի գործոն է ՄՔՑ -ի համար: Ընդ որում, անձնային և իրավիճակային գործոնների այսպիսի համադրությունը համալրվել է տագնապ, դեպրեսիա, ալեքսիթիմիա հոգեախտաբանական գործոններով:
 - Ցուցադրական անձնային տիպի շեշտվածության հակվածության և էքստերնալ տիպի պարագայում հայտնաբերվել են սոցիալական սթրեսորներ, որոնք ընդգծել են հատկապես միջանձնային հարաբերությունների հիմնախնդիրները, կոնֆլիկտայնությունը: Անձնային և իրավիճակային գործոնների այսպիսի համադրությանը համալրվել է սթրեսային վիճակով:
4. ՄՔՑ-ը սթրեսորին տրվող առաջնային հակազդում է, իսկ տագնապային-դեպրեսիվ վիճակը ՔՑ-ին տրվող երկրորդային հակազդում:
 5. ՑՅ-ի ինտենսիվությունը սթրեսորի ինտենսիվության արտացոլումն է: ՑՅ-ի ինտենսիվությունը կոռելացվել է կյանքի սթրեսային դեպքերի բարձր ցուցանիշի հետ ($p < 0,01$):
 6. ՔՑ-ը քրոնիկ սթրեսային վիճակի (տրամատիզացված վիճակի) սոմատիզացիան է, որպես մարդու հոգեմարմնական միասնության դրսևորում, որը ձևավորվում է որոշակի անձնային և հոգեախտաբանական գործոնների պարագայում:
 7. ՄՔՑ -ի առաջացման ռիսկը պայմանավորված է ոչ թե առանձին գործոնով, այլ անձնային, իրավիճակային, հոգեախտաբանական գործոնների յուրահատուկ փոխհարաբերությամբ:
 8. ՄՔՑ-ով հիվանդների մոտ, կախված նրանց հոգեբանական տիպից, հայտնաբերվել են ՑՅ-ի որակական և քանակական յուրահատուկ բնութագրիչներ, որոնք կարող են ախտորոշիչ նշանակություն ունենալ:

ԳՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿԻԹՅՈՒՆՆԵՐ.

1. ՔՑ -ը, անկախ էթիոլոգիայից, առնչվում է հոգեբանական գործոնների հետ, ուստի ակնհայտ է դառնում կլինիկական հոգեբանի անհրաժեշտությունը ՔՑ-ով հիվանդների ախտորոշման, բուժման և վերականգնողական աշխատանքների ժամանակ:
2. Բանի որ ՄՔՑ-ով հիվանդները դիմում են բժիշկների, սակայն ոչ հոգեբանների օգնությանը, հետևաբար, թեստերի առաջարկվող փաթեթը տարբեր մասնագետներին հնարավորություն կտա բացահայտելու ՄՔՑ -ով հիվանդի հոգեբանական տիպը: Աշխատանքում նկարագրված

հոգեբանական մոդելի հայտնաբերման դեպքում, անհրաժեշտ է համագործակցել կլինիկական հոգեբանի հետ՝ բուժման արդյունավետության, ինչպես նաև հիվանդության ռեցիդիվը կանխելու համար:

3. ԱՔՅԴ-ի մշակած հոգեբանական մոդելը հեշտացնում է տարբերակիչ ախտորոշումը սոմատոֆորմ և ներլուրդիական ցավային համախտանիշների միջև և օգնում է ընտրել համապատասխան հոգեշտկման տեխնիկաներ:

Ատենախոսության հիմնական բովանդակությունը արտացոլված է հեղինակի հրատարակած հետևյալ աշխատանքներում.

1. Արությունյան Ս.Գ. Хронический болевой синдром сквозь призму психологии //Գիտա-բժշկական հանդես, №3, 2007, էջ 97-104.
2. Արությունյան Ս.Գ. Детерминация хронической спинной боли психоэмоциональным стрессом //Գիտա-բժշկական հանդես, №4, 2008, էջ 78-84.
3. Արությունյան Ս.Գ. Роль психологических факторов в генезе хронического болевого синдрома //Գիտա-բժշկական հանդես, №1, 2009, էջ 34-38.
4. Արությունյան Ս.Գ. Оценка тревоги и депрессии у больных с хроническим болевым синдромом // "Հոգեբանությունը և կյանքը", "Ձանգակ 97", № 1-2, 2009, էջ 107-110.

Արությունյան Սոնա Գենրիխովնա
**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ**

диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук
по специальности 19.00.04 "медицинская психология"

РЕЗЮМЕ

Актуальность темы: Работа касается одной из тех проблем, изучение которой стоит на стыке медицины и психологии. Хронический болевой синдром (ХБС) относят к категории психосоматических расстройств, в генезе и динамики которых значительное место отводится психологическим факторам, незаслуженно забытым в клинической медицине. Поэтому любое конкретное исследование в этом направлении уже делает работу актуальной.

Актуальность темы обусловлена распространенностью хронического болевого синдрома (ХБС) в спине. Эпидемиологические исследования последних лет, проведенные в разных странах (США, Англии, Франции, Испании) свидетельствуют о том, что от хронического болевого синдрома (ХБС) страдает 7,6 - 45% населения. В исследовании, проведенном Н.Н. Яхно с соавт. (2008), распространенность основных видов ХБС составила от 13,8 % (абдоминальные боли) до 56,7 % (боли в шее и спине) на 100 опрошенных.

Актуальность состоит и в том, что возникают трудности квалификации БС, т.к. БС – субъективный феномен, плохо поддающийся какой-либо объективизации. Больные по разному сообщают о локализации, характере и продолжительности своих болей. Вообще "боль" содержит в себе большую долю личностной реакции. Изучение психологических составных структуры ХБС в спине позволит глубже понять их роль в генезе этого расстройства, в хронизации его, возникновении рецидивов и утяжелении клиники. «За болезнью всегда стоит больной, его личность как первопричина любого феномена» (А.Менегетти).

Работа актуальна из-за высоких показателей инвалидности и недостаточной эффективности медикаментозных и других биологических методов терапии.

Цель настоящей работы – изучить роль некоторых психологических и психопатологических детерминант в структуре ХБС в спине в зависимости от давности заболевания, поло/возрастных различий, характера стрессовых событий жизни.

Задачи:

1. Изучить личностные (тип личности, самооценка, уровень субъективного контроля) и психопатологические (тревога, депрессия, алекситимия, стресс, дезадаптация) факторы;
2. изучить ситуационные факторы (стрессовые события жизни);
3. изучить субъективную характеристику боли ХБС в спине;
4. провести корреляционный анализ изучаемых факторов;
5. выделить факторы риска ХБС в спине;

6. разработать психологическую модель структуры ХБС в спине и описать психологический тип больного с ХБС в спине.

Гипотеза исследования: ХБС в спине - совокупность факторов 3 классов (личностных, ситуативных, психопатологических) и результат их взаимодействия, где личностные, ситуативные факторы рассматриваются как причины, а психопатологические факторы, чаще, как следствие.

Организация и методы исследования: Исследование проводилось в АОКК международном реабилитационном центре и в НИИ РА курортологии и физической медицины. Обследовано 93 пациента с диагнозом "остеохондроз", контрольная группа (44 здоровых). Среди всех больных, которые поступали в стационар, отбирались только те, у которых отсутствовали коморбидные заболевания, в динамике болезни не наблюдалось утяжеления клинической картины и каждый рецидив, вне зависимости от длительности заболевания, повторял одну и ту же симптоматику. При изучении ХБС учитывали и расстройство, описанное в МКБ-10 под кодом F45.4. Обследованы 3 возрастные группы (20-35 лет, 36-50 лет, 51-65 лет); по полу (53 женщины и 40 мужчин). По продолжительности ХБР выделены 3 группы: до 5 лет, от 6 до 10 лет и выше 10 лет.

Метод: клиничко-психологический с использованием полуструктурированного опросника - интервью, блока психологических тестов: опросник Леонгарда - Шмишека, тест "Самооценка", уровень субъективного контроля, "HADS" (госпитальная шкала тревоги и депрессии), тест "Стресс", опросник алекситимии, опросник нервно-психической дезадаптации, ВАШ (визуально - аналоговая шкала), Мак - Гилловский болевой опросник (MPQ), опросник Освестри, методика определения "Стрессустойчивости и социальной адаптации".

Научная новизна: Впервые при изучении психосоматической структуры ХБС в спине проведено комплексное исследование личностных, ситуативных, психопатологических факторов, проведен корреляционный анализ между состоянием хронической психической травматизации личности и ХБС в спине. Полученные данные позволили разработать психологическую модель структуры ХБС в спине и описать психологический тип больного.

Теоретическая значимость: Разработана модель психологической структуры ХБС и описан психологический тип больного с ХБС в спине.

Практическая значимость: Разработанная модель ХБС в спине облегчает дифференциальную диагностику и помогает выбрать индивидуальные психокоррекционные техники.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 3 глав, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы (127 отечественных и 121 иностранных авторов), содержит 2 таблицы, 32 рисунков. Общий объем работы 125 страниц.

Публикации: По теме диссертации опубликовано 4 статей.

ds

05.02.2013

ՀՀ Ազգային գրադարան



NL1793095

