

5.2 Фантомний біль у особи з ампутованою кінцівкою: сутність та напрями надання психологічної допомоги

Українське суспільство ще довго потерпатиме від наслідків війни. Згідно із сумною статистикою в Україні від початку повномасштабного вторгнення від 20 до 50 тисяч українців втратили одну або й кілька кінцівок, а кількість ампутацій сягнула масштабів Першої світової війни [176, 177]. Міжнародною організацією Hour Foundation визнано, що серед важкопоранених близько 10 % потребують ампутації кінцівок через поранення, отримані під час артилерійських і ракетних обстрілів та підризу на мінах [176]. Також Уповноважена Президента України з прав дитини та дитячої реабілітації Д. Герасимчук зазначає, що у 3% із 992 поранених дітей ампутовано певні частини тіла [176].

У сучасній структурі санітарних втрат поранення кінцівок становить від 52 до 67 % [179, 180]. Ампутація кінцівки не є безболісною й є украй важким психотравмувальним чинником для людини, що докорінно змінює її життя. Як зауважила військовослужбовець Р. Данилкіна, «моє життя вже ніколи не буде як колись» [177]. Загалом поранені з ампутацією кінцівки, окрім фізичних змін, зазнають соціальних і психологічних трансформацій. За статистикою від 50 до 80 % осіб з ампутованими кінцівками наражаються на проблему фантомного болю й потребують особливої уваги й фахової допомоги. Саме тому в наш час існує нагальна потреба глибшого осягнення досліджуваного феномена.

Аналіз останніх наукових досліджень і публікацій засвідчує, що проблематика фантомного болю набуває дедалі більшої актуальності в Україні й привертає увагу не лише медиків, а й психологів, соціальних працівників та інших дослідників.

До проблеми фантомного болю осіб з ампутованою кінцівкою зверталися такі науковці як К. Бачу, Дж. Бумгардт, Г. Енгельсруд, В. Корнацький, Т. Манойленко, Ф. Нортведті, І. Ревенько, А. Паре, Л. П'янківська, В. Рамачандр, А. Рошка, О. Хміляр та ін. У доробку вчених були розкриті

філософські підходи до розуміння фантомного болю, його нейропсихологічні особливості, психофізіологічні та нейробиологічні складові. Водночас бракує досліджень, які демонстрували б психологічні аспекти, що обумовлюють фантомний біль у кінцівках, визначали б прояви поведінки людини, а також розкривали б особливості надання їй психологічної допомоги. Тому задля глибшого розуміння проблеми надання психологічної допомоги особам із фантомними болями проаналізуємо сучасні теоретичні наукові надбання.

Фантомний біль є однією з найскладніших проблем для розуміння больового синдрому, що чинить руйнівний вплив на особистість. Уперше вони були описані хірургом французької армії А. Паре в 1552 р. у праці «Десять книг хірургії». Він указував, що особа відчуває такий біль саме в ампутованій кінцівці, а не в культі. Учений фантомний біль описував як відчуття, котрі просто передаються й подібні до натягування одягу, що викликає відчуття дотику до шкіри.

Натепер у науковій площині існують поняття «фантомна кінцівка» та «фантомний біль», які варто розрізняти. Фантомна кінцівка – це явище, пов’язане з відчуттями людини, яке досить часто трапляється в осіб, що мають травми спинного мозку, під час ходіння й супроводжується болем у куксі після ампутації. Фантомна біль (*PLP*) є патологічним явищем (біль), яке виникає у людей виключно після ампутації й описується як відчуття, якого зазнає особа стосовно кінцівки чи органу, якого фізично немає. У Міжнародній класифікації хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-11) фантомний біль класифікується як нейропатичний больовий розлад.

5.2.1 Філософське бачення фантомного болю особистості

У першій половині 17 століття в Англії набула популярності теорія болю. Філософи та лікарі стали більше уваги приділяти саме відчуттям. Відроджений філософом і математиком П. Гассенді атомізм на ті часи у Франції сприяв формуванню бачення, що фантомні відчуття людини безпосередньо виробляються і передаються певним гідравлічним способом, нервами та спинним мозком [181].

Заслужують на увагу в ході вивчення проблематики публікації вчених Р. Декарта, В. Гарвея, Т. Бартолїна, У. Чарлтона й особливо Т. Уїлліса. Безпосередньо Т. Уїлліс висунув теорію про нервову рідину та духи тварин. Духів тварин Т. Уїлліс уважав мінливою та плинною субстанцією, котра є досить розрідженою, надзвичайно тонкою та такою, яку неможливо побачити. Вони утворюються безпосередньо в мозку й циркулюються нервами, таким чином передаючи відчуття, бажання та рух. Саме ця ефірна рідина заповнює розрив між фізичним та метафізичним [182, 183].

Відомою особистістю тих часів, яка мала власну концепцію щодо фантомного болю, був Р. Декарт. Появу фантомного болю він пояснив тим, що біль виникає через дратування перерізаних нервів, які раніше «вели» до ампутованої частини [183]. Він використовує фантомний біль як підтвердження власних натурфілософських творів. Зокрема, ученим фантомний біль у кінцівках був прийнятий як доказ теорії болю «дзвінкового шнура» (малюнок 1). Він зазначав, що Бог поєднав відчуття із впливом на шишкоподібну залозу й не міг зробити інакше, враховуючи природу зв'язку між розумом та тілом [183].



Малюнок 1. Р. Декарт «Шлях пекучого болю»

Шотландський лікар і вчений У. Портерфілд першим опублікував автобіографічний звіт про фантомну біль в кінцівках у своїй праці «Трактат про очі». Він, як і Декарт, використав фантомну кінцівку для власного розуміння чуттєвого сприйняття. Зокрема, учений керується теорією сприйняття, яка ідентифікує фантомний біль у кінцівках і оптичні ілюзії як свідчення сенсорної відмінності [183]. Від відзначав, що відчуття та сприйняття локалізовані саме в

мозку людини, а не в тілі. Його розуміння фантомних болей знайшли відображення в доробку Ч. Белла та Й. Мюллера.

Дж. Локк у своїй праці «Нариси про людське розуміння» сприймає особистість як таку, що має здатна до самоусвідомлення. Людина з ампутованою кінцівкою, відповідно, є саме такою, і тому її спогади все ще перебувають в цьому органі. Він зазначає, що тіло – це досвід відчуттів та сприйняття, безпосередньо пов'язаних із ним [183]. Його бачення певним чином узгоджується з деякими сучасними описами фантомних кінцівок.

М. Мерло-Понті розглядає фантомний біль безпосередньо у взаємодії розуму з тілом [180]. Він констатує, що тіло виступає об'єктом, якому трансцендентний розум наказує виконувати різноманітні функції. У такому трактуванні розум людини виступає одухотворенням самого тіла, яке сприймається цілісно, а фантомний біль – переживанням через взаємозв'язок між теперішнім і минулим досвідом людини. Учений вважає, що фантомний біль – це вроджений комплекс, а ампутована кінцівка дає про себе знати в результаті індивідуального досвіду через інтеріоризацію властивостей пам'яті [180].

Г. Де Прістер та М. Цакіріс розмежовують «модель тіла» й «образ та схеми тіла». Вони «модель тіла» вважають абстрактною точкою відліку. Водночас припускають, що саме мозок може генетично представляти прототипове тіло [184]. Запропонована модель тіла слугує основою для розмежувань між розширенням тіла та інкорпорацією (наприклад, у разі успішного використання протезів) [185].

В. Собчак, яка має ампутовану кінцівку, під впливом праць М. Мерло-Понті описує свою фантомну кінцівку як об'єктивно відсутню, так і суб'єктивно наявну [185, 183].

Отже, як бачимо, філософські бачення та дискусії про фантомну біль в кінцівках розширюють бачення цього питання й нівелюють межі між філософією, релігією та медициною.

5.2.2 Особливості проявів фантомного болю в людини з ампутованою кінцівкою

Фантомний біль розвивається у 50 % пацієнтів упродовж перших 24 годин після ампутації та у 85% пацієнтів протягом першого тижня, другий пік її може наставати приблизно через дванадцять місяців після ампутації [186, 187]. У більшості осіб із ампутованими кінцівками з часом вона зменшується, особливо після початку користування протезом, але в деяких – може зберігатися протягом всього життя. За результатами власних досліджень Р. Шерман встановив, що біля 70 % із них продовжують відчувати фантомний біль упродовж 25 років після ампутації [188]. Він із колегами припускають, що психологічні причини фантомного болю в осіб із ампутованими кінцівками пов'язані не стільки з їх особистістю, скільки з постампутаційним досвідом [178]. Уважаємо, що загалом прояви фантомного болю є багатофакторним процесом і можуть бути спричинені низкою фізіологічних, соматичних, психологічних та соціальних чинників.

Найбільш частими видами відчуттів людини з ампутованою кінцівкою є кінестетичні (положення кінцівки, її довжина чи об'єм, рух), тактильні (дотик, тиск, свербіж, поколювання) та температурні (тепло) тощо. До основних симптомів фантомного болю відносять:

- початок появи на першому місяці після ампутації, в рідших випадках – відкладений у часі;
- періодичність прояву (з'являється і зникає або триває упродовж тривалого часу);
- появу відчуття в найбільш віддаленій від тіла частині кінцівки, що ампутована.

5.2.3 Концепції розвитку фантомного болю

Для з'ясування максимально об'єктивного бачення досліджуваної проблематики спробуємо описати найбільш обґрунтовані сучасні концепції. Це дасть змогу отримати більш детальну картину та різнобічно підійти до розуміння фантомного болю.

У сучасній науці виділяють основні чотири концепції:

1. *Концепція «Neuromatrix» (шаблон цілого)*. Автор концепції Р. Мелцах уважає, що провідну роль у когнітивному та емоційному сприйнятті дійсності, в усвідомленні болю відіграють нейронні мережі. Він наголошує, що структура «нейроматриці» зумовлена генетично, але протягом життя вона може бути модифікована через постійний вплив інформації, яка надходить через органи чуття, нейрогуморальні механізми, порушення гуморальної регуляції. Вчений вказує, що безпосередня зміна балансу в «нейроматриці» сприяє формуванню зміненого результуючого сигналу, що інтерпретується як біль [189].

2. *Концепція «невром»*. За ампутації кінцівки перериваються периферичні нерви і «вростає» нервова тканина у сполучну, а саме ушкоджені нерви розростаються, намагаючись регенерувати й відновити попередні зв'язки. Немоżliвість повторних з'єднань призводить до розвитку дезорганізованої маси нервових волокон (невром). У них відбувається порушення процесів проведення еферентних та аферентних імпульсів, які спричиняють неадекватну обробку цих сигналів у центральній нервовій системі. Також поява в невромах змінених клітин обумовлює генерацію спонтанних розрядок цих клітин і підтримку патологічних імпульсів у центральній нервовій системі. Така активність периферичної нервової системи може бути причиною болю, й тому числі й фантомного [190].

3. *Концепція «порушення схеми тіла»*. Ця концепція пояснює феномен фантомної кінцівки саме з позиції порушення схеми тіла. Безпосередньо виникнення фантомної кінцівки пов'язують із реорганізацією в корі головного мозку в постцентральної звивині. Засновник концепції В. Рамачандр за результатами власних досліджень висунув кілька механізмів модифікації схеми тіла за рахунок реорганізації соматосенсорної кори. На постцентральну звивину лобових часток мозку надходить сенсорна інформація від різних частин тіла (зокрема і кінцівок). Коли сигнали від кінцівки (наприклад, від руки) припиняють надходити до цієї зони, там починається «сенсорний голод». Він це продемонстрував наочно: після доторкання до обличчя особи з ампутованою кінцівкою можуть виникати фантомні відчуття в відсутній руці [190]. Дотик до

обличчя стимулює не лише обличчя, а й фантомну руку через те, що ці ділянки в мозку знаходяться поряд. Ці дослідження сприяли розробці низки терапевтичних методів, зокрема дзеркальної терапії.

Учена М. Сімел за результатами власних досліджень осіб з ампутованими кінцівками вказує на важливість досвіду, набутого ними протягом життя, у процесі формування схеми тіла. Вона установила певну закономірність частоти виникнення фантомів: чим старша людина, тим більша вірогідність виникнення в неї фантома [191].

Згідно з дослідженнями Тамар Р. Макін та її колег, фундамент виникнення фантомного болю закладений у корковій реорганізації ділянки, яка відповідає за ампутовану кінцівку на постцентральної звилині та прилеглих до неї ділянок. Вона стверджує, що саме фантомний біль провокує коркову реорганізацію і спричиняє ізоляцію певної ділянки кори мозку [192]. Низка інших зарубіжних дослідників констатували, що ступінь коркової реорганізації корелює з фантомним болем [193].

4. *Феномен пропріоцептивної пам'яті.* Дослідники Ш. Вікс, В. Андерсон-Барнс, Дж. Цао висунули припущення, що після ампутації кінцівки пропріоцептивна пам'ять не зникає, а запам'ятовує як положення руки, у якому вона знаходилася до ампутації, так і відповідні відчуття особи при цьому. Вони вказують, що після ампутації людина продовжує мати больові відчуття в відсутній кінцівці, пояснюючи це тим, що від зорового аналізатора надходить інформація про те, що рука відсутня, тоді як пропріоцептивна пам'ять «зберігає» й активує інформацію про положення руки. Це провокує конфлікт і спричиняє фантомний біль [194]. М. Джентілі, С. Вертон, Б. Кініронс за результатами проведених досліджень з використанням місцевої анестезії підтверджують висунуту гіпотезу [195].

Отже, можна стверджувати, що в сучасній науці наявна низка експериментальних досліджень щодо виникнення фантомного болю й висунуті найбільш обґрунтовані й науково доведені концепції їх розвитку. Водночас, як

бачимо, на сьогодні немає єдиної установленної концепції, а кожна з висунутих є значущою в науковій та практичній площинах.

5.2.4 Психологічні аспекти проявів фантомного болю

Аналізуючи подальші теоретичні напрацювання щодо проблематики фантомного болю в осіб із ампутованою кінцівкою, відзначимо, що його прояви також пов'язані із психологічними складовими. Упродовж останніх десятиріч проведено ґрунтовні наукові дослідження, які проливають світло на психологічні особливості прояву фантомного болю і впливають на формування низки засад надання психологічної допомоги цим особам.

Розглянемо фантомний біль як травму. Українські дослідники відносять ампутацію кінцівки до категорії гострого горя, бо сам факт ампутації особою переживається як складна особиста трагедія, котра має інтенсивний руйнівний вплив на її поведінку [180]. Розвиваючи думку щодо впливу фантомного болю в ампутованих кінцівках на особистість, Д. Дезмонд і М. Маклаклан стверджують, що безпосередньо сама ампутація сприймається як травматична подія [190]. М. Бушнелл, М. Чеко, Л. Лоу факт ампутації ототожнюють із особистісною катастрофою [196]. Інші зарубіжні вчені вказують, що ампутація кінцівки є травматичною для людини і здатна спричинити зрушення у структурі особистості, а внаслідок зміни «репрезентації світу» трансформуються її важливі складові. Зокрема, вона може сприймати себе іншою, порівняно з періодом до ампутації, і це впливає на активацію у неї певних негативних проявів із катастрофічними уявленнями про майбутнє життя та адаптацію у соціумі [197].

К. Керролл, Дж. Едельштейн зазначають, що втрата кінцівок часто спричиняє психологічний стрес, який прирівнюється за силою впливу до реакції на смерть близької людини, і радять у процесі реабілітації надавати допомогу як при реакції горя [198]. Українські лікарі-дослідники констатують той факт, що після повернення з війни особа з ампутованою кінцівкою втрачає три основні речі: самоідентифікацію, мету і коло спілкування [179].

Отже, як бачимо, фантомний біль у ампутованій кінцівці для особистості є травмівним, особливо для тих осіб, які мали ампутацію через поранення, отримані під час артилерійських, ракетних обстрілів та підриву на мінах.

Слід згадати й дослідження взаємозв'язку фантомного болю з тривожністю, гнівом, депресією і посттравматичним стресовим розладом.

Дослідники З. Перкінс, Х. Де'Ат, Г. Шарп констатують, що в осіб з ампутованою кінцівкою діагностуються тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад через пережиту втрату та саможигматизацію [199]. Як справедливо зауважують Х. Фукс, Х. Флор, Р. Бекратер-Бодман, депресія, тривога та підвищений стрес є тригерами фантомного болю в кінцівках [200].

М. Фіцпатрік наголошує, що реакція тривоги може виникати після усвідомлення особою втрати кінцівки та оцінювання наслідків самої ампутації [201]. Низка закордонних учених зазначають, що депресивні симптоми поширені у перші два роки після ампутації, а депресія та тривожність можуть посилитися під час адаптації до повсякденного життя після виписки [202, 203].

Заслугує на увагу дослідження А. Бек, Г. Емері та Р. Грінберг, які констатують, що негативні когніції осіб з ампутованою кінцівкою, пов'язані з катастрофізацією майбутньої функціональності та адаптації, призводять до перебільшеної негативної афективності, такої як гнів, тривога, ворожість чи депресивні тенденції [204]. Дослідники А. Рошка, Ч. Бачіу, В. Буртеверде, А. Матейзер також вказують, що «несправедливість» травми загострює почуття гніву й відкриває шлях для образи та заздрості щодо інших людей [197]. К. Керролл, Дж. Едельштейн також доводять, що тривожність може бути викликана реакцією на реалії життя після ампутації, зокрема на зміну ролей і перерозподіл обов'язків у сім'ї або підготовку до повернення на роботу [198].

Досліджуючи фантомну біль, Н. Бреслау з'ясував, що посттравматичний стресовий розлад виникає частіше в осіб з ампутацією кінцівки, яка пов'язана з надзвичайними ситуаціями, такими як війна та нещасні випадки [205]. Згідно з П. Опаліч, А. Лесич при розладах, пов'язаних зі стресом, повторні переживання, такі як нав'язливі думки, спогади та нічні кошмари, можуть продовжуватися, а

стимули, пов'язані з травмою, активно уникаються через сильний психологічний біль та підвищене вегетативне збудження, які вони викликають [206].

Дослідники Юнамського університету вказують, що ампутація верхніх кінцівок найчастіше спричиняє появу посттравматичного стресового розладу та депресію, ніж ампутація нижніх кінцівок. Вони це пов'язують з тим, що саме верхня кінцівка допомагає самовираженню, догляду за собою й підтримує спілкування, а її ампутація призводить до більшої функціональної втрати, ніж втрата нижньої кінцівки [207].

Як бачимо, фантомна біль особи з ампутованою кінцівкою нерозривно пов'язана з негативними психоемоційними станами, які здатні більше проявлятися у процесі їх адаптації до нових умов повсякденного життя. Тривожність найчастіше виникає після усвідомлення особою втрати кінцівки та розуміння наслідків ампутації. Посттравматичний стресовий розлад більше зустрічається в осіб з ампутацією кінцівки, що пов'язані з надзвичайними ситуаціями.

Взаємозв'язок фантомного болю зі стресом. Дж. Арена зі своїми колегами за результатами власних досліджень підтверджують значний взаємозв'язок стресу з виникненням фантомного болю, а також загостренням епізодів болю [208]. Вони, вивчаючи щоденники болю та стресу у осіб з ампутованою кінцівкою, установили двонаправленість зв'язку між фантомними болями та стресом. Зарубіжні дослідники на основі проведеного перехресного кореляційного аналізу констатували такий взаємозв'язок у 74 % досліджуваних. Автори дослідили, що у 63 % осіб стрес і біль проявлялися одночасно, для 44 % вибірки біль передувала стресу, а у 37 % осіб навпаки – стрес передував болю [208]. Основоположник сучасної теорії взаємодії психологічних чинників та фантомного болю Р. Шерман також з власного досвіду констатує, що 37 % досліджуваних мали більш інтенсивний прояв фантомного болю після стресової події, але у 44 % осіб стресовий стан з'явився саме через синдром фантомної кінцівки [209].

У своїй статті «Алгоритмічний підхід до фантомного болю в кінцівках» Дж. Бумгаардт з колегами інформують про посилення болю під час стресових чи емоційних подій, що може бути спричинений посиленням симпатичної активності [210]. Непереборний стрес викликає депресію й виступає перепорою у процесі одужання [197]. Можна стверджувати, що стрес і фантомні болі є тісно взаємопов'язаними, але складно установити між ними причинно-наслідкові зв'язки, тому це питання потребує додаткових досліджень.

Взаємозв'язок фантомного болю з механізмами психологічного захисту. Е. Вайт, К. Нівен у своїй публікації «Психологічний дистрес у осіб з ампутованими кінцівками та фантомним болем у кінцівках» констатують той факт, що фантомний біль виникає внаслідок використання захисних механізмів, таких як «заперечення» або «витіснення» [211].

У осіб з ампутованою кінцівкою виявляються певні особливості прояву заперечення. Е. Вайт, К. Нівен вказують на припущення низки зарубіжних дослідників, які зазначають, що сам механізм заперечення виступає характеристикою безпосередньо постампутаційного процесу, який прирівнюється до процесу скорботи [211].

Українські науковці стверджують, що при вираженому механізмі заперечення особа намагається уникати нової інформації щодо особливостей прояву фантомної болі, адже вони можуть порушувати ті усталені уявлення про себе, які склалися. Під час заперечення в неї переорієнтовується увага так, що вона стає особливо неуважною до тих сфер життя і подій, які можуть завдати їй додаткових травмувань. Це може призвести до того, що особа з ампутованою кінцівкою здатна не помічати низку реальних перешкод [180].

Розвиваючи думку щодо взаємозв'язку фантомного болю в ампутованих кінцівках з механізмами психологічного захисту, О. Хміляр, В. Краснов і Л. П'янківська констатують, що пасивний протест як рання форма захисної поведінки виражається відмовою від міжособистісного спілкування, отримання підтримки та допомоги, надмірних виявах самотійності. У більшості випадків він виявляється в так званому синдромі госпіталізму, що може виражатися

немотивованою відмовою і особливою системою обґрунтувань [180]. Дослідники зазначають, що відчуження нерідко проявляється у формі ізоляції, відособленні всередині свідомості особистісних зон, що пов'язані із травмівними чинниками. Мислення такої особи в разі виникнення розщеплення стає відчуженим. Найчастіше проєкція виражається несвідомим перенесенням неприйнятних власних відчуттів, бажань і прагнень на інших [180].

Також слід зазначити, що нерідко проблеми особи з фантомними болями можуть компенсуватися на фоні стресу неконструктивними стратегіями поведінки (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами, спроба суїциду). Отже, як бачимо, механізми психологічного захисту мають специфічний прояв у осіб з фантомним болем.

Взаємозв'язок фантомного болю з якістю життя, соціалізацією та екзистенційними потребами. Особа з ампутованою кінцівкою сприймає себе іншою, порівняно з періодом до ампутації, і це сприйняття здатне активувати негативні когніції, пов'язані з катастрофізацією майбутньої функціональності та адаптації [212]. Б. Суков Д., П. Гудні та ін. наголошують, що фантомна біль людини з ампутованою кінцівкою здатна погіршити значимі її аспекти життя, зокрема такі як: сон, незалежність, настрій, емоційне здоров'я або стосунки із сім'єю та друзями тощо [213]. Вона може бути хронічною, впливати на стан особи та знижувати її якість життя [214]. У таких осіб на поведінковому рівні проявляються зміни в переоцінці власного «Я», істотно знижується рівень домагань та пошук соціальної ніші. У них спостерігається ненависть до співчуття з боку оточуючих, глибоке відчуття самотності через те, що вони вважають себе відстороненими від більшої частини соціуму [180]. Заслуговує на увагу інформація П. Догерті, який констатує, що в більшості випадків залишаються без роботи особи із травматичними ампутаціями, у яких діагностовано депресію [215].

На трансформацію людини під впливом ампутації та фантомної болі наголошують українські дослідники. О. Хміляр, Л. П'янківська, В. Краснов та ін. зазначають, що у ампутантів фантомний біль здатен посилюватися при

постійному нагадуванні про втрачену кінцівку, що породжує цілий спектр тривожних переживань, які обмежують людину в певних видах діяльності, спричиняють постійний внутрішній дискомфорт й відсторонюють від світу. Нав'язливі думки можуть спустошувати її енергопотенціал й призводити до дезадаптації у соціальному середовищі та втрати сенсу життя [180].

Резюмуючи зазначене, можемо стверджувати, що фантомні болі в осіб із ампутованою кінцівкою безпосередньо впливають на їх якість життя, адаптацію в соціумі, змінюють їх екзистенційні потреби, здатні спричинити появу відчуття самотності.

5.2.5 Особливості надання психологічної допомоги особам з фантомними болями

Психологові під час психологічного супроводу осіб із фантомними болями необхідно розуміти, що це тривалий процес, який вимагає від нього не тільки знань феноменології різноманітних психологічних наслідків фантомного болю, але й вибору відповідного індивідуального підходу та відповідних методів у наданні психологічної допомоги. Обов'язковим у процесі роботи є урахування стану здоров'я та рекомендацій лікаря, а також дотримання етичних принципів комунікації. Зокрема, слід пам'ятати, що під час спілкування з людьми з ампутованою кінцівкою важливими є гідність і взаємоповага.

Вбачаємо, що серед важливих психологічних напрямків у роботі з особою із травмівною ампутацією кінцівки й фантомним болем слід виокремити:

1. Оцінювання потреб та стресового стану особи, що включає спостереження за поведінкою, постійний його моніторинг, дружнє й довірливе спілкування та застосування психодіагностичного інструментарію для визначення рівня психоемоційного стану. Водночас прояв зацікавленості та розуміння стану людини, застосування прийомів «активного слухання» допомагають відновленню відчуття підтримки та заспокоєння.

2. Сприяння «усвідомленню та прийняттю себе». У роботі слід ураховувати, що особам із ампутованою кінцівкою необхідно багато речей виконувати усвідомлено, через небажання, неприйняття. Усвідомлено – означає

розуміти, як працює організм, урахувати підказки, порівнювати власні досягнення та досвід, ставити мету. Акцентувати увагу на тому, що вона залишилася така сама, як і до змін, та зберігає своє внутрішнє «Я» (смаки, симпатії, антипатії, почуття гумору тощо). Це важлива складова одужання! Людину обов'язково необхідно спрямовувати на те, що слід приймати, поважати і любити себе.

3. Навчання прийомам саморегуляції власного психоемоційного стану, знання яких допомагає зниженню негативних проявів емоцій та стресових впливів.

Застосування дієвих *м'язових релаксаційних технік* та постійні тренування особи з фантомною біллю сприяють досягненню нею стану м'язової релаксації, зниженню напруженості, відчуття контролю над болем і заспокоєння, відновленню душевного комфорту та підвищенню самоефективності. Отримання відчуття контролю над болем змінює активність префронтальної кори [216]. Базовий механізм м'язової релаксації ґрунтується на тому, що при зниженні м'язової напруги знижується нервові напруження. Можливі й динамічні варіанти м'язових технік: вправи на розтяг різних груп м'язів і суглобових зв'язок, розслаблення тіла в русі тощо.

Медитативні техніки використовують для зменшення сприйняття болю. Техніка «Майндфулнес проблем» базується на тренуванні довільної уваги, встановленні самоконтролю думок, психоемоційного стану особистості та потребує поетапного виконання дій: назва проблеми; усвідомлення відчуття та емоцій; розуміння того, що хочеться зробити, коли думати про проблему; дозволити реалізації цього стану; проговорення чогось приємного про себе [217]. Проста у застосуванні техніка допомогла значно зменшити біль у осіб з ампутованою кінцівкою [218].

Медитація також полегшує концентрацію уваги на пропріоцепції власного тіла. Це призводить до зменшення неприємних відчуттів, думок та емоцій у людей за допомогою неупередженого сприйняття. Вона допомагає самоспостереженню, тому негативні думки й почуття можна побачити

відсторонено [208]. Медитація також є ефективною для регуляції психоемоційних станів осіб, з проявами тривожності, депресії [219].

Техніка майндфулнесс (MBSR) – базоване зниження стресу – поєднує в собі майндфулнесс медитації, усвідомлення власного тіла і йоги. Вона розроблена професором медичного центру Массачусетського університету Дж. Кабат-Зінном. Загалом програма майндфулнесс розрахована на 8–10 тижнів. Кожне заняття включає інформацію з усвідомленості майндфулнесс та практичні вправи. Домашня практика медитацій є обов’язковою [217].

Самонавіювання корисне для опрацювання відчуттів в ампутованій кінцівці. Застосування цих технік сприяє трансформації внутрішніх образів особистості у слова, які сповнені внутрішньої сили, підтримки, сприймаються емоційно і формують специфічний психоемоційний вплив. Основними способами самонавіювання є ставлення, наміри й установки.

Самонавіювання є ефективним при регулярному повторенні і знижує інтенсивність больового синдрому в кілька разів. Виконання фантомних вправ, або так званих фантомних рухових дій, базується на виконанні одних і тих самих рухів непошкодженою, так і ампутованою кінцівкою. Закривши очі та максимально зосередившись, подумки особа робить гімнастику, при цьому уявляючи, що ампутована кінцівка знову на місці. Людина за ампутованою лівою кінцівкою та фантомного болю в ній рухає правою й уявляє, що рухає лівою (ампутованою) кінцівкою. Зокрема, можуть виконуватися такі дії: ворухіння пальцями, згинання-розгинання коліна, крутіння педалями, виконання різьби по дереву і т.п.).

Розвиваючи думку щодо нейрофізіологічних механізмів, які беруть участь у фантомних вправах та мають схожість з реальними фізичними діями, С. Брунеллі, Г. Мороне, М. Йоза та ін. стверджують, що ці рухи здійснюють два ефекти на кірковому рівні. Вчені вказують, що під час виконання фантомних рухів імпульс в зоні мозку відповідає відсутній кінцівці, а також покращується моторний контроль над залишковою мускулатурою в культі й збільшується її представництво в ділянці кори мозку ампутованої кінцівки [220].

Зарубіжні дослідники, за результатами власних спостережень, вказують на зниження коркової реорганізації у таких осіб та супутнє зниження інтенсивності фантомного болю [218]. Інші науковці констатують, що регулярне виконання фантомних вправ корисне для зменшення фантомного болю, а також вони слугують захисним чинником у їх появі й залишкового болю в кінцівках. Слід зазначити, що ця техніка не застосовується під час роботи з особами з двосторонніми ампутаціями [210]. Це свідчить про те, що свідомість та тіло людини з ампутованою кінцівкою, пов'язані відчуттями і сприймаються цілісно. Регулярне виконання фантомних вправ та їх комбінування з прийомами саморегуляції будуть ефективними для зниження частоти та тяжкості фантомного болю.

4. Мотивування до набуття нових навичок самостійності і сприйняття свого нового життя, підтримання належного рівня здоров'я (фізичні навантаження, правильне харчування, догляд за тілом з урахуванням стану здоров'я, особливості обслуговування в побуті тощо).

На ранніх стадіях відновлення особам з ампутованою кінцівкою корисною є терапія підвищення мотивації та прийняття рішень. У післяопераційний період людина може бути мотивована, але водночас – шокована майбутніми змінами. Тому необхідним є оцінювання реального стану та сприяння формуванню мотивації. У роботі над мотивацією потрібно урахувати те, що такі люди не потребують додаткового навчання новим стратегіям подолання болю, а необхідною для них є саме підтримка в застосовуванні стратегії подолання, які вже наявні. Саме терапія посилення і підтримання мотивації повинна бути систематичним втручанням, яке підтримує мотивацію людини до змін [207].

Психолог у інтерактивній формі за допомогою технік перенесення виявляє стимули та ресурси, які сприяли б адаптивній трансформації, і залучає особу до специфічних видів діяльності, що допомагають мотивувати її задля впливу на неадаптивну поведінку. Основними компонентами такої терапії є створення підґрунтя до трансформації, заохочення впевненості та демонстрацію надії на реалістичність досягнення цілей. Вираження співчуття, боротьба з опором та

підтримка самоефективності виступають базовими принципами такого виду роботи.

5. *Сприяння адаптивній поведінці, навчання покроковому руху до поставлених цілей, саморозвитку, прояву активності.*

У роботі з особами, що мають фантомну біль необхідно ураховувати те, що стимулювання адаптивної поведінки фокусується на підтримці таких її форм як збереження активності, виконання фізичних вправ тощо. Важливим є формування переконань людини та її рідних у тому, що рухи враженою кінцівкою чи ділянкою тіла не означають посилення болю в них. Оперантний підхід стимулює особу не фокусуватися на пригніченні болю, а акцентувати увагу саме на збільшенні функціонування й повернення до попереднього рівня активності. Водночас слід пам'ятати, що зовнішні прояви болю є дуже чутливими до соціальних впливів. При їх підкріпленні – вони частішають.

Актуальними є наповнення життя людини новим сенсом та робота з поставленням значущих особистісних цілей, які допомагають їй вирішувати базові проблеми після ампутації.

6. *Допомога в підтриманні та формуванні ресурсності поведінки.*

Ресурсність виступає потенціалом особистості для подальшої ефективної адаптації в соціальному середовищі, здатністю вмілого використання внутрішніх резервів. Серед значущих психологічних ресурсів для осіб з фантомною білью для подолання складних життєвих обставин є підтримання й підсилення надії, раціональної віри та душевної сили (Е. Фромм). Ураховуючи досвід В. Франкла, слід допомагати таким особам відшукувати сенс у житті і сприяти усвідомленню ними важливості власних життєвих цілей. При формуванні ресурсності необхідно підкріплювати їх сильні сторони, досягнення, набутий досвід та здібності. Розширювати спектр ресурсів, що допоможуть краще адаптуватися до нового «тіла» та життя. Саме акумуляція вдалої конструктивної ресурсності у складній життєвій ситуації допомагає особистості навчатися жити по-новому, перемагати себе та труднощі.

7. *Залучення соціальної підтримки.* Вона допомагає усвідомити особі з

фантомною біллю, що вона є й залишається частиною спільноти людей, які люблять, цінують і піклуються про неї. Соціальна підтримка складається з емоційного, інформаційного, інструментального (питання догляду, купівля продуктів і медикаментів тощо) та групового аспектів. У наш час набуває популярності онлайн-підтримка (аудіоповідомлення, відеозустрічі, письмове спілкування в месенджерах та ін.). Важливими складовими соціальної підтримки виступають довірливі стосунки та підтримка, соціальна залученість до життя групи чи колективу, наявність довіреної особи й доступність до гарячих ліній та сервісів, де можливо отримати необхідну консультацію. Також значимим є те, що соціальна підтримка дозволяє об'єднуватися, спілкуватися та ділитися власним досвідом з тими людьми, що пережили аналогічні травматичні події.

8. *Сприяння шанобливому ставленню до рідних і униканню образ за відмови в допомозі.* Людині, що втратила кінцівку, слід пояснювати власні дії іншим «Нехай це буде довше і важче, але я спробую сам». Допомогати в сенсі того, що рідним також важко й вони намагаються адаптуватися, проживають втрату разом з нею, але намагаються бути їм «підтримкою».

9. *Надання допомоги та підтримки сім'ї.* Рекомендовано обов'язкове проведення базової підготовки членів сім'ї з медичних та психологічних питань, які сприятимуть глибшому розумінню проблеми, стану особи з ампутованою кінцівкою, а також підготує їх до реалістичного сприйняття реакцій на поведінку ампутанта та перегляду ставлення до них, що допоможе підтримати особу і взаємини в сім'ї.

10. *Допомога в усвідомленні того, що теперішні зусилля – це свобода, самостійність і незалежність у майбутньому.* Щоденна практика із самообслуговування (одягання, взування, догляд за тілом та ін.), навчання сидінню, рухам – тривалий процес, який сприяє адаптації в новому стані організму людини, що сприяє самостійності.

11. *Застосування психотерапевтичних технік.* Основна мета роботи полягає в формуванні впевненості особи з ампутованою кінцівкою для покращання її повсякденного функціонування. Корисним є залучення

дружини/чоловіка або інших членів родини.

Когнітивно-поведінкової терапія. Вона є сучасним доказовим методом психотерапії, який ґрунтується на усвідомленні наявних психологічних проблем, пов'язаних зі спотвореним сприйняттям реальності [221]. К. Лімакацо та Р. Паркер вказують на ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії під час лікування хронічних больових станів. На їх думку, принципи когнітивно-поведінкової терапії відповідають концепції «Neuromatrix», яка відіграє важливу роль у когнітивному, афективному та поведінковому сприйнятті дійсності і допомагають підтримці особи з хронічною біллю [222]. Когнітивно-поведінкова терапія також допомагає покращити адаптацію та реабілітацію людей з ампутованою кінцівкою й зарекомендувала себе як ефективний метод надання допомоги при розладах настрою [222].

Досить ефективним напрямом інтервенцій когнітивно-поведінкової терапії є *когнітивне реструктурування*. Його концепція ґрунтується на баченні, що саме емоційні та поведінкові реакції людини на життєві події є безпосереднім результатом її думок про них. Тривожні й нереалістичні думки провокують появу негативних емоцій і сприяють утворенню неадаптивних стратегій подолання, а позитивні думки та налаштування – спричиняють вияв позитивного емоційного стану та конструктивних копінг-стратегій поведінки. Відповідно до когнітивного реструктурування біль виникає автоматично й миттєво. У застосуванні даного методу при роботі з особами з ампутованою кінцівкою слід навчати їх диференціації адаптивних та позитивних думок від неадаптивних, призупиняти й переорієнтувати увагу з негативних і змінювати їх на позитивні.

Науковці доводять, що катастрофізація болю найчастіше пов'язана з активністю церебральних полів мозку, що відповідають за очікування болю, увагу до болю, емоційні аспекти болю та моторний контроль [216]. Дослідник Л. Макгінн констатує, що психоедукація, сократівський метод запитань та відповідей, а також когнітивна реструктуризація здатні розширити перспективи людини й підвищити її когнітивну гнучкість [223].

Психотерапевтичний метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Він є ефективним інтегративним методом, який поєднав у собі низку терапевтичних підходів з рухами очей та іншими видами двосторонньої стимуляції з метою адаптивної переробки травматичної інформації мозком людини [224]. Х. Фукс, Р. Бекратер-Бодман, Х. Флор за результатами власних досліджень констатують, що EMDR зберігає ефективність при полегшенні хронічного болю, у тому числі і при фантомних болях [225]. Інші зарубіжні дослідники вбачають, що фізіологічне накопичення больового досвіду під час травми сприяє появі фантомного болю, який може бути перероблений за допомогою цього методу й сприяти зменшенню болю [226].

Дзеркальна терапія (англ. *Mirror visual feedback*) (ДТ) – це метод, при якому особа виконує рухи здоровою кінцівкою і дивиться на її відображення у дзеркалі. При цьому в людини створюється ілюзія, що уражена кінцівка рухається як здорова, так звана «дзеркальна ілюзія». Він ґрунтується на фізіологічних механізмах біологічного зворотного зв'язку, що виникає при одночасному візуально-вербально-пропріоцептивному стимулюванні нервово-м'язових структур, які беруть участь у відновленні/компенсації рухової функції кінцівок, що порушилася внаслідок захворювання або травмування. Автор методу професор В. Рамачандр з колегами наприкінці ХХ ст. вперше застосував дзеркальну терапію під час лікування фантомного болю й реабілітації рухових порушень у пацієнтів, які зазнали інсульту. На відміну від інших втручань, які використовують соматосенсорні дані для сприяння моторному відновленню, дзеркальна терапія ґрунтується на візуальній стимуляції.

Дзеркальна терапія має доказову базу як додатковий метод рухової реабілітації й може застосовуватися як у стаціонарі, так і самостійно в домашніх умовах. Застосування такого методу не потребує значних витрат часу. Він загалом не має протипоказань, окрім: посттравматичних стресових станів, що заважають комунікації й концентрації уваги; захворювань, пов'язаних із порушенням зору (контузія, травми очей тощо); нездатності перебувати у стабільному сидячому положенні під час виконання вправи. Цей метод

спрямований на покращання крово- та лімфообігу, пришвидшення регенерації та репарації, профілактики фантомного болю, набряків, покращання навичок самообслуговування й психоемоційного стану.

Для виконання вправ слід вдивлятися у дзеркало під певним кутом таким чином, аби створилося враження, ніби людина спостерігає за обидвома кінцівками. Спостереження за дзеркальним відображенням, накладеним на невидиму уражену кінцівку, створює візуальну ілюзію й забезпечує позитивний зворотний зв'язок з моторною корою головного мозку про те, що відбувся рух ураженої кінцівки.

Усі вправи особа виконує повільно, досягаючи максимально можливої амплітуди, уникаючи різких рухів та появи больових відчуттів у здоровій кінцівці. Під час розмаху рух кінцівки повинен повністю віддзеркалюватися від початку до кінця. Якщо певний елемент вправи не видно, потрібно змінити розташування дзеркала або взяти більше за розміром.

Українські лікарі І. Рой, Л. Катюкова, Н. Борзих експериментально доводять ефективність дзеркальної терапії при реабілітації осіб з ампутованими нижніми кінцівками та з фантомною біллю в ранньому післяопераційному періоді. Вони констатують, що по проходженні курсу дзеркальної гімнастики сталося істотне зниження інтенсивності больового відчуття у досліджуваних [227]. Таким чином, дзеркальна терапія є доказовим методом у наданні допомоги особі з фантомною біллю.

Имаготерапія (*imagotherapy*; лат. *imago* – образ, уявлення + терапія) – психоаналітичний метод терапії, що застосовується в наданні допомоги людині, шляхом відтворення нею у своїй уяві психотравмуючої ситуації, але в образі та можливих діях улюбленого героя. Метод запропонований І. Вольпертом й має триетапну структуру. Він ґрунтується на навчанні людини адекватному реагуванню на складні життєві ситуації, зниженні тривожності, підвищенні стресостійкості, розвитку здібностей уявного «героя», мобілізації власного життєвого досвіду, умінні проговорювати про власні потреби тощо. Мета методу полягає в формуванні в особи позитивного образу себе у процесі опрацювання

власних негативних переживань. Саме пропрацювання позитивного образу самого себе сприяє самоприйняттю й дозволяє поступово ставати таким, яким йому хочеться бути.

У імаготерапевтичній терапії застосовуються технічні прийоми, які поетапно ускладнюються. Терапевтичний вплив мають прийоми відволікання, переконання, пояснення, імітаційна поведінка та навчання новим її способам. Таким чином, імаготерапія сприяє поступовій адаптації та соціалізації осіб із фантомним болем. Сама структура методу сприяє психологічній підготовці людини до прийняття самої себе в новій ролі.

Можна стверджувати, що ефективними психологічними напрямками роботи з особою із травмівною ампутацією кінцівки й фантомною більлю є: оцінювання потреб та стресового стану особи; сприяння «усвідомленню та прийняттю себе»; навчання прийомам саморегуляції власного психоемоційного стану (м'язова релаксація, медитативні техніки, техніки самонавіювання тощо); мотивування до набуття нових навичок самостійності і сприйняття свого нового життя; підтримання належного рівня здоров'я; сприяння адаптивній поведінці, навчання покроковому руху до поставлених цілей, саморозвитку, прояву активності; допомога в підтриманні та формуванні ресурсності поведінки; залучення соціальної підтримки; надання допомоги та підтримки сім'ї, застосування психотерапевтичних технік (когнітивно-поведінкової терапія, психотерапевтичний метод, дзеркальна терапія, імаготерапія та ін.).

Отже, як бачимо, війна чинить негативний вплив на ментальне здоров'я людини. Негативним травмівним чинником є ампутація кінцівки, особливо для тих осіб, які втратили її внаслідок отриманих поранень від обстрілів та підриву на мінах. Ампутація не минає безболісно й здатна викликати фантомний біль, який породжує внутрішній дискомфорт, сприяє екзистенційним та соціальним змінам у житті людини.

Проведений теоретичний аналіз наукових джерел дав змогу встановити, що фантомна біль – це нейропатичний больовий розлад, який виникає в осіб тільки після ампутації й проявляється в відчуттях у відсутній частині

ампутованої кінцівки. Найчастіше вона з'являється в період з першого по сьомий день після ампутації. Найбільш обґрунтованими доказовими концепціями розвитку фантомного болю вважають концепції: «*Neuromatrix*», «невром», «порушення схеми тіла» та пропріоцептивної пам'яті.

У філософській площині також бачимо різноманітні підходи й дискусивні обговорення явища фантомного болю в кінцівках. Так, уважають, що він зароджується в мозку й циркулюється нервами, з'являється через дратування перерізаних нервів, які раніше «вели» до ампутованої частини, є проявом сенсорних особливостей, вродженим комплексом тощо.

Дослідження учених демонструють, що фантомний біль впливає на психічний стан і визначає поведінку людини. Він є травмівним і прирівнюється до особистісної катастрофи, а за силою впливу ідентичним реакції на смерть рідної людини. Фантомний біль впливає на самоідентифікацію, життєву мотивацію та комунікацію особистості.

Результати теоретичного дослідження дають змогу вести мову про те, що фантомний біль здатен погіршувати психоемоційний стан і виявляється у тривожності, гніві, депресії, які загалом діагностуються у процесі адаптації до нових умов повсякденного життя. Тривожність у більшості випадків проявляється після усвідомлення особою факту ампутації кінцівки та її наслідків. Фантомний біль також спричиняє посттравматичний стресовий розлад, який частіше стається в осіб, які постраждали від надзвичайних ситуацій.

У ході проведення різноспрямованих досліджень науковців встановлено, що стрес і фантомний біль мають взаємообумовлену відповідність і між ними важко установити причинно-наслідкові зв'язки.

Особи з фантомним болем мають специфічні прояви та механізми психологічного захисту. Найчастіше трапляються реакції заперечення або витіснення. Механізм заперечення безпосередньо характеризує постампутаційний процес і виражається в відкиданні особою нової інформації про себе, переорієнтації уваги від тих сфер життя й подій, що здатні завдати їй додаткових травмувань.

Ранньою формою захисної поведінки може бути пасивний протест, що проявляється в синдромі госпіталізму й характеризується надмірною самостійністю, відмовою від міжособистісного спілкування та отримання підтримки та допомоги. Проекція демонструється несвідомим перенесенням неприйнятних власних відчуттів, бажань і прагнень на інших людей.

Фантомний біль здатен погіршувати якість життя, соціалізацію і впливати на екзистенцію. Найчастіше зниження якості життя виражене порушенням сну, мінливістю настрою, зниженням психоемоційного стану. Соціальні зміни проявляються в погіршенні стосунків у сім'ї та найближчому оточенні, ненависті до співчуття з боку інших, обмеженнях у здійсненні певних видів діяльності, появи відчуття самотності. Екзистенційні зміни виявляються в певному відстороненні від світу, втраті сенсу життя тощо.

Убачаємо, що комплексний підхід до надання допомоги особі з фантомним болем має передбачати не лише медичну підтримку, лікування та реабілітацію, але й психологічну і соціальну допомогу. Основою адаптації до нових умов життя й підтримання фізичного та психічного здоров'я такої особи можуть стати зусилля лікаря, психолога, родини.

У наданні психологічної допомоги обов'язковим є дотримання етичних принципів комунікації, зокрема принципів гідності і взаємоповаги. Важливими також є індивідуальний підхід та вибір відповідних методів й урахування рекомендацій лікаря щодо стану здоров'я особи з фантомною білью.

Отже, поглиблене розуміння явища фантомного болю особи з ампутованою кінцівкою, її психологічного стану сприятиме розширенню інформації щодо досліджуваного феномена, а також створенню необхідного підґрунтя для ефективного надання психологічної допомоги й розроблення заходів для реадaptaції.