

ПСИХОСЕМАНТИКА БОЛИ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.В. Штрахова

Рассматриваются психологические аспекты боли и их место в формировании внутренней картины болезни. Описываются особенности использования психосемантических методов при клинико-психологических исследованиях. Приводятся результаты изучения факторной структуры представлений о боли у неврологических пациентов и здоровых лиц.

Ключевые слова: психосемантика, боль, психосоматика, внутренняя картина болезни.

Актуальность исследования. Изучение внутренней картины болезни (ВКБ) и внутренней картины здоровья (ВКЗ) в медицине и клинической психологии имеет несколько аспектов. Очевидные различия в клинической симптоматической картине любого заболевания, в том числе и в картине ее болевой симптоматики, формируют и различные формы субъективного отношения пациента к своему недугу, опосредованного, в частности, особенностями личностного означивания своих болезненных ощущений. При этом особая субъективная оценка своего состояния может отражать не только особенности восприятия интрацептивных ощущений, а также наличие и силу имеющегося личностного конфликта, его осознанность и актуальность для больного. Последнее объясняется включением в процесс означивания непосредственно мотивационно-потребностной сферы человека. Этот тезис особо актуален при исследовании психосоматических нозологий, характеризующихся высоким уровнем взаимосвязи личностных конфликтов и симптомов болезни. При этом наблюдаются сложные кольцевые зависимости между собственно физической болью как одним из патогномичных признаков болезни, ее многомерным и многоуровневым характером ее восприятия и субъективно-опосредованным ее означиванием (в том числе и опосредованным смыслом и содержанием личностного конфликта). В отдельных случаях такие сложные кольцевые зависимости приобретают характер патологических кругов, осложняя объективную и субъективную картину заболевания.

Болевая симптоматика имеет и биологическую, и нервно-психическую, и психологическую природу, что позволило клинической медицине выделять соматогенные, неврогенные и психогенные болевые синдромы (11, 12). При этом в многомерной картине боли выделяются шесть составляющих ее компонентов боли, указывающих на различные уровни ее формирования: 1) чувственный (восприятие, соматическая перцепция); 2) нейрофизиологический (автономно-биохимический); 3) аффективно-мотивационный; 4) поведенческий (вербально-моторный); 5) интерперсональный; 6) информационно-процессуальный (центральный контроль).

Особенности восприятия боли, оценка степени и качества ее восприятия зависит от многих факторов, в числе которых выделяются (Мелзак, 1981):

1. Культурные особенности среды, опосредующие характер восприятия и реагирования на боль;

2. Предшествующий опыт переживания боли, включая особенности влияния наследственности, опыта детства и опыта болезни на отношение взрослого человека к боли;

3. Значение ситуации, связанной с болевыми ощущениями и переживаниями, способной трансформировать весь спектр восприятия боли и реагирования на нее;

4. Особенности организации внимания и уровень внушаемости пациента, субъективно трансформирующие степени и качества восприятия и переживания боли, лежащие в основе многих клинико-терапевтических психо-

логических феноменов, например, гипноза, плацебо и др.

Вышеизложенное представляет собой важные аргументы в пользу необходимости психологического исследования феноменологии восприятия и отражения боли субъектом. Классические положения отечественной психологии со времен А.Р. Лурия (1944) позволяют подчеркнуть, что процесс восприятия боли – это прежде всего процесс означения или категоризации поступившего стимула. Базовые положения учения А.Р. Лурия – А.Н. Леонтьева позволяют следующим образом описать процесс репрезентации боли субъектом. Прежде, чем означаться, любое явление должно выделиться из привычного образа жизни. Например, интрацептивное ощущение боли связано с выделением ее из схемы тела. Как только субъект не может каким-либо привычным образом «поместить» данное ощущение в привычную схему тела, это ощущение становится объективированным. Выделенные стимул или явление должны быть не только перцептивно выделены из окружения, но и им должны были приписаны определённые качественные характеристики. Такая первичная категоризация приводит к формированию перцептивного компонента того психологического образования, которое впоследствии может означиться как «боль». Особенности такой категоризации во многом зависят характеристик от мотивационно-потребностной сферы, определяющих содержание мотивационного компонента субъективной картины боли. В свою очередь, порождение мотива поведения испытывающего боль субъекта приводит к формированию предварительной ориентировки, имеющей очевидную аффективную природу. Фактически происходит идентификация воспринимаемой боли со следом эмоционального состояния, составляющая своеобразное «первовидение» произошедших жизненных событий. Базовой формой субъективного существования явления, которое впоследствии означится субъектом как боль, выступает категоризация в виде эмоционально-оценочных конструктов, составляющих аффективный компонент будущей боли.

Являясь формой обобщения, такие конструкты могут выступать одновременно и как операторы классификации, упорядочивающей объекты, события окружающей действительности. Семантические компоненты значения, определяющие основания такой классификации, могут быть выделены в ряде процедур, выступающих в виде особым образом организованной деятельности испытуемых. Такие

процедуры достаточно подробно описаны в базовых учебно-научных изданиях по проблеме психосемантики (Артемьева, 1980, 1991; Петренко, 1983, 1997; Шмелев, 1983(а), (б)).

Одним из базовых положений психосемантики является постулат о том, что действительность репрезентируется субъекту либо через призму чувственной модели мира (перцептивный образ) или через знаковые, концептуальные модели, имеющие сложную семантическую организацию категорий и систем их взаимоотношений и взаимосвязей. Семантически категория представляет собой свернутую в одно понятие целостную систему представлений, знаний, выработанных человечеством, о некоторой содержательной области.

Одной из задач экспериментальной психосемантики является реконструкция индивидуальной системы значений, через призму которой происходит восприятие субъектом мира, других, самого себя.

В практическом плане для медицины и медицинской психологии представляется важным исследование всего комплекса психологических образований, вызванных и связанных с болью как центральным в этимологическом и этиологическом плане феноменом.

Начальный этап в такого рода исследований связан, в частности, с изменением интенсивности боли – алгометрией (Гусев, Измаилов, Михалевская, 1998). Относительная простота таких измерений и лежащих в их основе «измерителей», тем не менее, не лишена влияния различного рода искажений результатов исследования (прежде всего искажений, связанных с субъективным фактором и собственно погрешностями измерения). Более перспективной для исследований подобного рода представляется использование словесной рейтинговой шкалы, представленной перечнем слов, максимально описывающих весь спектр феноменологии боли, с различными способами формирования итоговых данных (выбор, ранжирование, группировка, сравнение и т.д.).

Вместе с тем, использование такого рода измерителей и процедур не позволяет, во-первых, учесть клинические особенности восприятия, оценки и реагирования на боль. Очевидно, что при обобщении результатов такого рода исследований необходимо учитывать многие факторы, например, характер заболевания (острый либо хронический, стабильный либо рецидивирующий), его фазу и динамику (начало либо исход заболевания, прогресси-

рование либо реконвалесценция), нозологическую специфику (витально-угрожающее либо тривиальное заболевание, соматическое либо психическое) и др. Во-вторых, стандартный характер стимульного материала и алгоритма его обработки не позволяет выделить персональные факторы, опосредующие особенности перцепции и репрезентации боли и связанных с ней клинических и психологических феноменов. В-третьих, само актуальное состояние пациента также способно внести искажения в результаты исследования, например, реактивность, уровень эмоционального фона, наличие установок и др.

В психологическом плане важным является понимание того, в какой контекст «вписываются» результаты исследования. Особенности т.н. «жалоб» больного, в значительной степени построенных на репрезентации боли в субъективном пространстве больного, сформировавшегося опосредованно под влиянием характера заболевания, особенностей личности больного, специфика формирования субъективного отражения болезни и т.п., являются одним из важнейших составляющих структуры субъективного мира больного, рассматриваемого в конкретной ситуации конкретного больного, страдающего конкретным заболеванием. Последние феномены наиболее полно рассматриваются при изучении важного в клиническом и психологическом плане образования, получившего названия «внутренняя картина болезни», «отношение к болезни», «реакция личности на болезнь» и т.п. Однако описание и анализ всей совокупности такого рода явлений не является предметом настоящей публикации и в дальнейшем будет использоваться наиболее распространенный термин «внутренняя картина болезни», и, с учетом специфики частного случая настоящего исследования – «субъективное пространство отражения болезни».

В диагностическом плане центральной задачей является получение описаний этой особой психологической реальности субъекта, страдающего определенным заболеванием. В экспериментальной психосемантике оптимальной признается такая форма описания, которая одновременно выступает и описанием, и средством анализа, интерпретации содержания этой психологической реальности. Решение этой задачи производится в три этапа методом реконструкции субъективных семантических пространств. Методы формирования семантических пространств (включая

процедурные и математические методы) достаточно подробно описаны в специальной литературе (Сидоренко, 2000) и в теоретическом и практическом отношении не представляют собой сложности для их применения. На первом этапе выполняется определение перечня объектов предметной области и выделение семантических связей между ними. Результатом этого этапа является построение матрицы сходства (расстояний) анализируемых объектов. На втором этапе применяются методы математического анализа данных исходной матрицы сходства (факторный, кластерный, дискриминантный и другие виды математического анализа) с целью выделения лежащих в ее основе феноменов. Эксперименты в области психолингвистики, связанные с построением семантического пространства, обладают высокими степенями свободы в плане выбора методов установления семантических связей (первый этап) и способов математической обработки (второй этап). Третий этап построения семантического пространства связан с качественной и количественной интерпретацией выделенных структур на основе поиска смысловых инвариантов, объединяющих объекты в определенном факторе (кластере, группе).

Учитывая представленные выше аргументы о необходимости экспериментально-психологического (экспериментально-психосемантического) изучения репрезентации боли в субъективном семантическом пространстве больных было проведено исследование 50 неврологических пациентов с выраженным болевым синдромом. В качестве контроля рассматривались материалы исследования 48 здоровых испытуемых. Группы сопоставимы по гендерным, возрастным и социально-демографическим характеристикам.

Целью исследования являлось изучение специфики представленности категории «боль» и репрезентативно связанных с ней понятий в структуре субъективного пространства отражения болезни у неврологических больных с выраженным болевым синдромом.

Задачами исследования являлись:

- создание диагностического инструментария для клинико- и экспериментально-психосемантического исследования репрезентации боли у пациентов;
- построение психосемантических моделей репрезентации боли у лиц, страдающих

неврологическими заболеваниями в выраженным болевым синдромом;

- выделение закономерностей взаимосвязей категории «боль» и репрезентативно связанных с ней понятий в структуре субъективного пространства отражения болезни

Результаты исследования и их обсуждение. На первом этапе исследования был сформирован тезаурус, включающий в себя:

Термины, описывающие сенсорные качества боли во временных и пространственных терминах, в терминах давления, температуры и других свойств;

Термины, описывающие эмоциональные качества боли в терминах напряжения, страха и вегетативных проявлений, которые являются частью испытываемой боли;

Термины в форме оценочных конструкций, описывающие общую субъективную оценку испытываемой боли.

В формате ассоциативного эксперимента были получены совокупности множественных выборов терминов, субъективно связанных с испытываемой и переживаемой пациентами болевой симптоматикой (с представлениями о боли – у здоровых испытуемых). В группах больных и здоровых лиц выполнялся частотный анализ выборов, фрагмент результатов которого представлен в табл. 1.

Были выделены 43 термина, встречающиеся не менее чем в 50% выборов. Для этих терминов были рассчитаны значения коэффициентов сопряженности (попарной совместной встречаемости в выборах всех пациентов и здоровых испытуемых). Эти значения коэффициентов сопряженности рассматривались в дальнейшем как адекватные аналоги коэффициентов попарной корреляции и ис-

пользовались на входе процедуры факторного анализа. Последняя выполнялась с помощью пакета статистических программ Statistica ver 6.0 выбором опции анализа главных компонент и факторного анализа данных, полученных в значениях порядковых шкал, с последующим вращением факторных решений по методу Varimax. При этом полученные на первом этапе данные по каждому испытуемому были преобразованы в виде индивидуальных значений главных компонент и в такой форме подавались на «вход» процедуры Varimax-вращения.

На этапе получения главных компонент были выделены по 12 первоначальных (ортогональных) главных компонент в группе неврологических больных и в группе здоровых. В соответствии с качественным содержанием некоторые главные компоненты имели одинаковый либо сходный состав и в группе пациентов и в группе здоровых. Эти главные компоненты были квалифицированы как «Название эмоций, чувств и событий, связанных с болью»; «Знаки эмоциональной оценки»; «Боль как эмоционально трудно переносимые ощущения»; «Боль как нарушение или ограничение чего-либо»; «Боль как причиняющее ущерб». Только в группе неврологических больных были получены констелляции представлений о боли, проинтерпретированные как «Боль как внешние эмоциональные проявления»; «Боль как причиняющее несчастье»; «Симптомы болезни или сама болезнь»; «Предметы и явления связанные со смертью»; «Тяжесть воздействия боли»; «Неожиданность, внезапность». Только в группе здоровых испытуемых содержательная интерпретация сопряженности выборов позволила проинтерпретировать главные компоненты

Таблица 1

Частота выборов терминов, описывающих представления о болевой симптоматике у неврологических больных и у здоровых лиц

	Представление о боли	
	у больных	у здоровых
	Частота выбора	Частота выбора
Понятия	1	2
Выводит из себя	29	41
Выкручивающая	33	20
Вырывающая	34	20
Грызущая	33	38
Давление	39	30
Зуд	38	21
Интенсивная	41	30
...		

следующим образом «Оценка боли как наказания»; «Образное описание боли»; «Боль как телесное неблагополучие»; «Боль как физическое изменение»; «Боль как степень изменений»; «Боль как нарушение целостности»; «Реакция на боль»; «Прочее».

После процедуры Varimax-вращения главных компонент, являвшихся первичными данными для факторного анализа, получены вторичные факторные решения с общей дисперсией значений в каждой группе более 60%, представленные 4 ортогональными факторами в группе неврологических пациентов и 3 факторами – в группе здоровых лиц. Состав выделенных факторов с значениями образующих их переменных представлен в табл. 2 и 3 соответственно.

Содержательная интерпретация первого фактора, описывающего репрезентацию представлений о боли у неврологических пациен-

тов, описывающий 34,2 % дисперсии результатов, позволяет определить его как «Фактор эмоционального восприятия боли». Наиболее полной интерпретацией второго фактора (18,1 % дисперсии) является его описание как «Эмоционально-ипохондрическая фиксация на болевой симптоматике». Третий фактор (информационная нагрузка 11,4 %) был определен как «Последствия переживания боли». Четвертый выделенный фактор (5,9 % общей дисперсии) проинтерпретирован как «Боль как сигнал нарушения».

Качественная характеристика выделенных факторов, выполненная на основании анализа весового вклада формирующих эти факторы главных компонент и названий образующих их переменных (терминов-характеристик боли), позволяет описать первый фактор эмоционального восприятия боли как «не-

Таблица 2
Результаты факторного анализа представлений о болевой симптоматике у неврологических больных

Первичные факторы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Название эмоции и чувств	0,754	0,252	0,318	0,132
Знак эмоциональной оценки	0,792	0,122	0,264	0,053
Внешние эмоциональные проявления	0,687	0,467	0,503	0,187
Эмоционально трудно переносимые	0,376	0,766	0,339	0,117
Предметы и явления, связанные со смертью	0,196	0,340	0,411	0,652
Боль как причиняющее несчастье	0,487	0,150	0,715	0,431
Симптом болезни	0,106	0,713	0,116	0,219
Тяжесть воздействия	0,062	0,339	0,254	0,271
Нарушение чего-либо	0,045	0,355	0,398	0,613
Степень нарушения	0,461	0,04	0,205	0,646
Боль как причиняющее ущерб	0,291	0,181	0,674	-0,260
Неожиданность, внезапность	0,484	0,006	0,312	-0,032

Таблица 3
Результаты факторного анализа представлений о болевой симптоматике у здоровых лиц

Первичные факторы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Название эмоции и чувств	0,478	0,589	0,407
Эмоциональная оценка события	0,362	0,554	0,317
Знак эмоциональной оценки	0,119	0,093	0,121
Оценка боли как наказания	0,313	0,176	0,521
Указание на ограничение в чем-либо	0,061	0,372	0,513
Образное описание боли	0,264	0,292	0,247
Телесное неблагополучие	0,642	0,463	0,002
Физическое изменение	0,006	0,413	0,511
Степень изменения	0,176	0,091	0,217
Нарушение целостности	0,291	0,158	0,503
Реакция на боль	0,652	0,217	0,367
Прочее	0,167	0,381	0,451

гативная эмоциональная оценка боли) – 0,792 («неприятно», «плохо», «ужасно»), «негативные эмоции при боли» – 0,754 («огорчение», «досада», «злость», «страх», «тревога»), «внешние проявления эмоциональной оценки боли» – 0,687 («жалобы», «стон», «упадок сил», «вопл»).

Второй фактор «Эмоционально-ипохондрическая фиксация на болевой симптоматике» описывается как «эмоционально трудно переносимая болезнь» – 0,766 («усталость», «затруднение», «изнеможение», «слабость») и «Переживание симптомов заболевания или самой болезни» – 0,713 («мигрень», «похмелье», «зуд», «глухота»).

Третий фактор «Последствия переживания боли» образуют «представления о боли как причинении ущерба» – 0,715 («нарушение», «убыток», «упадок», «помеха», «разрыв») и «представление о боли как причинении несчастья» – 0,674. («страдание», «мучение»).

Четвертый фактор «Боль как сигнал нарушения» представлен «проявлениями нарушений» – 0,613 («искривление», «искажение», «сковывающая», «ломающая»), «степенью нарушений» – 0,646 («малая», «умеренная», «сильная»), «символикой смерти и умирания» – 0,652 («гибель», «траур», «казнь», «смерть», «пытка»)

Общая интерпретация четырехфакторной структуры, описывающей репрезентацию боли в структуре субъективного пространства отражения болезни, выполненная в соответствии традиционно рассматриваемой в отечественной клинической психологии 4-х компонентной модели ВКБ, разработанной А.Р. Лурия и его учениками, свидетельствует, что представленность понятия боль в структуре ВКБ у больных в большей степени относиться к ее эмоциональному компоненту. Одним из объяснений полученных данных является понимание того, что при хронической стадии в психосоматическом варианте болевого синдрома комплекс переживаний болезни сосредоточен не на чувственном компоненте (как это наблюдается в острой стадии), а в большей степени на эмоциональном переживании боли. Последнее свидетельствует о наличии определенного опыта совладания с болезнью и наличии ее первичной, главным образом – эмоциональной оценки.

Анализ полученной факторной структуры представлений о боли исследованных здоровых испытуемых свидетельствует, что их система представлений менее сложная и представлена тремя факторами, проинтерпретированными

как «Реакция на боль как негативный стимул» (64,8 % дисперсии переменных), «Эмоциональное восприятие боли» (5,4 %) и «Боль как признак физических нарушений» (3,2 %).

Важно, что структура второго фактора у здоровых лиц оказалась схожей со структурой первого фактора у неврологических больных и была образована главными компонентами «негативная эмоциональная оценка боли» – 0,554 («неприятно», «отвратительная», «ужасно», «противная»), «негативные эмоции при боли» – 0,554 («огорчение», «досада», «стыд», «злость», «страх», «тревога»). Вместе с тем, отсутствие компонента «негативная эмоциональная оценка боли» наиболее вероятно объясняется неактуальностью либо отсутствием на момент обследования опыта переживания боли у здоровых.

Качественный состав первого фактора «Реакция на боль как негативный стимул» представлен компонентами «реакция на боль» – 0,652 («выводит из себя», «бесит», «мобилизует», «борьба»), «ощущение телесного неблагополучия» – 0,642 («зуд», «мигрень», «мозоль»). Третий фактор в силу его минимальной информационной ценности не представляет интереса для интерпретации.

Таким образом, у здоровых людей представленность понятия «боль» в структуре ВКБ в большей степени соотносится с мотивационно-поведенческим компонентом ВКБ. Реакции на болевой стимул порождают определенные поведенческие реакции организма, укладывающиеся в традиционный паттерн «борьба, ступор, бегство». Описываемые репрезентации представлений о боли у здоровых людей описывают все три реакции. Вместе с тем, выявленные закономерности семантической картины репрезентации болевых ощущений позволяют дифференцированно осуществлять выбор «мишеней» психотерапевтического вмешательства при различных вариантах болевых синдромов в клинической и субъективной картине болезни.

Литература

1. Артемьева, Е.Ю. Психология субъективной семантики / Е.Ю. Артемьева. – М.: Издательство «Пирамида», 1980. – 252 с.
2. Артемьева Е.Ю. Семантические измерения как модели / Е.Ю. Артемьева // Вестник МГУ. – 1991. – № 1. – С. 15–24.
3. Гусев, А.Н. Измерение в психологии / А.Н. Гусев, Ч.А. Измайлов, М.Б. Михалевская. – М.: Наука, 1998. – 325 с.

4. Лурия, Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – М.: Мир, 1944. – 138 с.

5. Мелзак, Р. Загадка боли / Р. Мелзак. – М.: Медицина, 1981. – 231 с.

6. Петренко, В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании / В.Ф. Петренко. – М.: Наука, 1983. – 271 с.

7. Петренко, В.Ф. Основы психосемантики / В.Ф. Петренко. – Смоленск, 1997. – 345 с.

8. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2000. – 352 с.

9. Шмелев, А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности / А.Г. Шмелев. – М.: Речь, 1983. – 246 с.

10. Шмелев, А.Г. Концепции систем значений в экспериментальной психосемантике / А.Г. Шмелев // Вопросы психологии. – 1983. – №4. – С. 12–38.

11. Клиническое измерение боли. <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep.html>

12. Фундаментальные проблемы боли. Российская научно-практическая конференция. www.ama-assn.org/special/migraine/migraine.htm.

Поступила в редакцию 1 июня 2009 г.

Штрахова Анна Владимировна. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии Южно-Уральского государственного университета: 8(351)2679758.

Anna V. Shtrahova. Candidate of Medical Science, docent of sub-faculty of clinical psychology of South Ural State University: 8(351)2679758.