

Е. О. Гордиевская

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ И ЕЕ СВЯЗЬ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ У БОЛЬНЫХ С ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВСЛЕДСТВИЕ АМПУТАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Работа представляется кафедрой медицинской психологии
Санкт-Петербургского государственного университета.
Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Г. М. Яковлев*

Статья посвящена рассмотрению проблемы взаимосвязи субъективной оценки степени выраженности болевых ощущений органического генеза и психологических особенностей больных с ампутациями конечностей. Показано влияние на субъективную оценку боли таких факторов, как пол, возраст больных. Рассмотрено влияние восприятия боли на особенности самоотношения (характеристики «Образа Я»), самооценку больных.

The article touches upon the correlation between subjective estimate of evidence of organic genesis's pain sensations and psychological features of patients with amputated limbs. The author shows the influence of patients' sex and age on their subjective pain estimate and considers the influence of pain perception on features of self-attitude (characteristics of a «self-image») and self-assessment of patients.

Болевой синдром – одно из самых распространенных состояний, сопровождающих различные соматические недуги. Актуальность проблематики поиска различных вариантов возможной помощи лицам, страдающим болевым синдромом, обусловлена постоянно растущим числом больных с заболеваниями, сопровождающимися болевыми ощущениями органического генеза, при формировании которых психологический фактор не играет ведущей роли (дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, последствия травм, остеохондроз и др.)¹. Уже сам по себе болевой синдром способен вызывать у ряда больных серьезные и продолжительные нарушения самочувствия, негативно сказываться на социальной адаптации в целом. Поиск способов воздействия на болевые проявления, степень их интенсивности предполагает изучение боли с позиции системного подхода – исследования многообразия факторов, способных играть в данном процессе

существенную роль². Опыт последних лет свидетельствует о том, что эффективное лечение пациентов, испытывающих болевой синдром, необходимо предполагает обращение к их психике, поскольку боль включает в себя не только биологическую, но и психологическую составляющую³.

Исследовались 88 больных – инвалидов с ампутациями конечностей, трудоспособного возраста (от 20 до 46 лет, из них 49 мужчин и 39 женщин), в отдаленном посттравматическом периоде. В качестве ведущей жалобы у большинства больных (62 человека) выступал болевой синдром различной степени выраженности. Для оценки боли применялась 5-балльная шкала: 1 – боль отсутствует, 2 – слабой степени, 3 – средней степени, 4 – сильная боль, 5 – непереносимая. Полученные результаты сопоставлялись с данными опросника СМИЛ (отечественный вариант ММРІ – 566 вопросов) с использованием как базовых (основных), так и ряда дополнитель-

ных шкал⁴. Наряду с этим использовались патопсихологические методики: «таблицы Шульте» (5 таблиц), «отсчет от 100 по 7», «проба на запоминание 10 слов» (оценивалось количество воспроизведенных слов после четырех предъявлений). Для оценки самовосприятия, отношения к себе и характеристик самоотношения обследуемых использовался «Тест 20 высказываний “Кто Я?”». Также применялся тест Басса-Дарки для исследования видов и форм агрессии в целях уточнения психологических особенностей данных больных, оказывающих непосредственное влияние на их социальную адаптацию. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программы STATISTICA 6.0. Достоверными считались показатели с уровнем доверительной вероятности 95% и выше ($p < 0,05$).

Анализ субъективной оценки степени выраженности болевого синдрома в зависимости от возраста показал достоверно более высокие показатели у лиц старшей возрастной группы. Полученные данные подтверждались результатами корреляционного анализа. В целом по группе обследованных больных были выявлены достоверные положительные корреляции субъективной оценки степени выраженности болевого синдрома с возрастом обследуемых, а также показателями шкал СМИЛ: «ипохондрии» (*Hs*), «депрессии» (*De*), «истерии» (*Hu*), «эмоциональной незрелости» и количеством самохарактеристик, отражающих восприятие себя как больного («больной», «немогущий», «нездоровый», «инвалид»), отрицательные – со «шкалой враждебности». При этом статистически значимой корреляционной связи показателя субъективной оценки степени выраженности болевого синдрома с длительностью заболевания выявлено не было. Таким образом, психологическое неблагополучие, обусловленное негативным влиянием на психику болевого синдрома, более выражено у лиц старшей возрастной категории и связано с возрастом больных.

Нами были проанализированы различия по подгруппам больных с болевым синдромом и без. Так, для больных с болевыми ощущениями были выявлены достоверные превышения показателей по базовым шкалам СМИЛ: *Hs*, *Hu*, и достоверно более низкий показатель по дополнительной «шкале враждебности». В зависимости от наличия болевого синдрома по группе в целом также было выявлено достоверное различие по показателям «усредненное время поиска чисел по таблицам Шульте» и «количество ошибок при отсчете от 100 по 7». У больных с болевым синдромом они были достоверно выше. Так как данные показатели рассчитывались в целом по группе, без учета возраста обследуемых, они могли быть обусловлены ухудшением функций внимания с переходом в более старшую возрастную категорию и отражать характеристики подвыборки, включенной в общую группу. Это предположение было проверено с помощью анализа различий по однородным возрастным группам (до 30 и после 30 лет). В случае его подтверждения в однородных по возрасту подвыборках в зависимости от наличия болевых ощущений предполагалось отсутствие статистически значимых различий по данным показателям. Предположение о специфике подвыборки в отношении данного показателя подтвердилось. В однородной старшей возрастной группе показатели внимания в зависимости от наличия болевого синдрома значимо не различались. При этом сохранялись те же тенденции, что выявлялись по всей группе обследуемых: достоверно различались показатели по шкалам «ипохондрии» и «истерии». Статистически значимыми были различия средних показателей общего времени поиска цифр по 5 таблицам Шульте и количество ошибок при отсчете от 100 по 7, характеризующие внимание больных, в младшей возрастной группе. У больных с болевыми ощущениями данные показатели были достоверно выше. То есть в целом можно говорить

о том, что наличие болевого синдрома в младшей возрастной группе было связано с характеристиками внимания. При этом по показателям, характеризующим особенности личности – шкалам опросника СМИЛ, – у больных младшей возрастной группы в зависимости от наличия болевого синдрома достоверных различий выявлено не было. В то же время в данной подгруппе были обнаружены статистически значимые различия по показателям теста Басса-Дарки. У больных, испытывающих болевые ощущения, показатели «индекса враждебности» и «раздражения» были ниже, чем у больных без болевого синдрома. Данное обстоятельство могло свидетельствовать о своего рода «обращенности в себя» больных, испытывающих боль. Их более выраженной сосредоточенности на собственных болевых ощущениях, соматическом неблагополучии, по сравнению с больными, не испытывающими боли и в большей степени обеспокоенных проблемой переживания собственного внешнего дефекта и восприятия их окружением, с формированием неадекватных «наступательных» поведенческих стратегий, что подтверждалось в ходе индивидуальных собеседований с больными.

Таким образом, выявляется достоверная взаимосвязь наличия болевого синдрома и психологического неблагополучия больных, при этом возрастные особенности обуславливают его специфику и характер. Если у больных младшего возраста наличие болевых ощущений в большей степени было связано со снижением функции внимания, то в старшей возрастной группе отмечается его взаимосвязь с особенностями личности, спецификой социальной адаптации и взаимоотношений с непосредственным окружением.

Анализ корреляционных связей субъективной оценки степени выраженности болевого синдрома с показателями шкал СМИЛ выявил следующее. В целом по группе были получены статистически зна-

чимые положительные корреляции с показателями по базовым: «ипохондрии», «депрессии», «истерии» и дополнительным шкалам: «эмоциональной незрелости», «шкале враждебности». Отрицательные – с показателями по шкалам: «интеллектуальный коэффициент» и «отношение к себе». Таким образом, больные с такими личностными особенностями, как мнительность, повышенная тревожность, низкая самооценка, депрессивность, характеризующиеся эмоциональной лабильностью, недостаточной эмоциональной зрелостью, испытывающие затруднения в реализации потенциальных ресурсов (использовании интеллекта – прежде всего в связи с преобладанием эмоциональных реакций), склонны оценивать собственные болевые ощущения как более выраженные. В младшей возрастной группе были выявлены статистически значимые положительные корреляции степени выраженности болевого синдрома с показателем усредненного времени поиска цифр по таблицам Шульте, количеством ошибок при отсчете от 100 по 7, с показателем по шкале «гипомании» (оптимистичности). В старшей возрастной группе – положительные корреляции – с показателями по шкале «ипохондрии», «истерии», с количеством самохарактеристик, относимых к категориям: «внешность» («страшненький», «не более некрасивый, чем другие»), «Я-больной» («больной человек», «несущий свою болезнь»), а также имеющих негативный характер («плохой муж», «нерадивая работница»). Отрицательные корреляции – с показателями по дополнительным шкалам «отношения к себе», «интеллектуальный коэффициент». Таким образом, можно говорить о том, что субъективная оценка степени выраженности болевого синдрома взаимосвязана с личностными особенностями, с общим психологическим благополучием, степенью психологической дезадаптации больного в целом.

Также была проанализирована взаимосвязь этих показателей отдельно по груп-

пам мужчин и женщин. Были получены следующие данные. По мужской подвыборке у больных с наличием болевого синдрома было обнаружено статистически значимое превышение показателей усредненного времени поиска цифр по таблицам Шульте. Показатель «доминирование» (дополнительная шкала СМИЛ), отражающий стремление к превосходству над другими, нежелание подчиняться, был статистически достоверно ниже, чем у больных, не испытывающих болевых ощущений. По результатам теста «Кто Я?» общее количество самохарактеристик, отражающих половую принадлежность больного (мужчина, молодой парень, муж), у больных с болевыми ощущениями было достоверно ниже, а количество самохарактеристик с негативным содержанием («плохой работник», «никчемный человек», «калека») – достоверно выше, чем у больных без болевого синдрома.

Для женской подвыборки были характерны следующие тенденции. У больных, испытывающих болевые ощущения, показатели по базовым – «лжи», «ипохондрии», «истерии» и дополнительным шкалам СМИЛ – «способностей», «зрелости», «отрицания симптомов», «потребности в эмоциональных переживаниях», «осуждения и вины», а также показатель общего количества самохарактеристик, относимых к категории «Я больная» по данным теста «Кто Я?», были достоверно выше, а показатель дополнительной шкалы СМИЛ «толерантности к стрессу» – существенно ниже, чем у больных без болевого синдрома. У женщин с болевым синдромом достоверное превышение общего количества самохарактеристик, отражающих семейную иденти-

фикацию («жена», «хорошая дочь»), а также иную социальную, в том числе профессиональную, идентификацию («общественница», «хорошая работница», «учительница» и тому подобные), отражало компенсаторные тенденции, ориентированные на «уход» от болезненных переживаний в сферу большей социальной активности. Количество подобных самоопределений у женщин было достоверно больше по сравнению с мужчинами. То есть можно предположить, что в компенсаторном процессе субъективного переживания боли самореализация в качестве члена семьи играла для женщин по сравнению с мужчинами более существенную роль. Таким образом, в целом можно констатировать, что степень субъективного переживания боли у женщин связана с более широким спектром негативных проявлений на уровне психики – особенностями личности и самоотношения – по сравнению с мужчинами.

Полученные данные свидетельствуют о разностороннем влиянии, которое оказывает на психику больных болевой синдром. Болевые ощущения тесно связаны с психологическим неблагополучием данных больных, с негативными тенденциями в самовосприятии и самооценке, с формированием неадекватных стратегий во взаимоотношениях с непосредственным социальным окружением, нарушениями системы личностных отношений больного. При этом в зависимости от пола и возраста характер этой взаимосвязи имеет свою специфику, учет которой в практической работе с больными будет способствовать их более эффективной адаптации в обществе, итоговой результативности реабилитации в целом.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Жарков П. Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника взрослых и детей. М.: Медицина, 1994; Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология. Казань, 1997.

² Каплан Г. И., Седок Б. Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994.

³ Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.

⁴ Собчик Л. Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Речь, 2003. С. 97–174.