

*Горобец Елена Анатольевна*

канд. филол. наук, доцент

*Ковалева Юлия Александровна*

студентка

Институт филологии и межкультурной коммуникации

ФГБОУ ВПО «Казанский (Приволжский)

федеральный университет»

г. Казань, Республика Татарстан

## **БОЛЕВЫЕ ОПРОСНИКИ ДЛЯ АЛЕКСИТИМИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ: К ПОСТАНОВКЕ ПРОБЛЕМЫ**

*Аннотация:* в данной статье авторами описаны основные проблемы, с которыми сталкивается алекситимичный пациент при описании болевых ощущений на приеме у врача. Анализируются существующие диагностические болевые опросники, результаты свободных бесед с пациентами, ставится вопрос об адаптации болевых опросников для пациентов с алекситимичными чертами.

*Ключевые слова:* альгология, алекситимия, боль, дескриптор, опросник, тест.

Алекситимия – особый когнитивный стиль языка и мышления, характеризуемый дефицитом обработки информации, связанной с эмоциями. Этот дефицит выражается в том, что человек, не имеющий выраженных специфических речевых расстройств, плохо понимает чужие эмоциональные состояния и практически не способен к описанию собственных. У него ограничен словарный запас, связанный с эмоциями, он не до конца или неверно понимает значения слов, передающих состояния и ощущения. Изучение различных аспектов алекситимии (неврологических, психологических, психосоматических, нейрофизиологических) в настоящее время очень актуально (Есин), в особенности это касается лингвистического аспекта проблемы, внимания которому до сих пор практически не уделялось.

В Казанском федеральном университете в рамках проекта «Нейролингвистические аспекты расстройств сформированной речи» ведется работа по созданию болевых опросников для различных групп пациентов.

Весьма важной для клинической практики является проблема описания боли алекситимичными пациентами.

Постановка диагноза во многом зависит от субъективной оценки пациентом собственной боли (Есин). Поэтому очень важна беседа с пациентом, выявление специфики его восприятия болевых ощущений.

Для оценки наличия, локализации, а также степени боли используются различные методы, как психологические, так и психофизиологические и нейрофизиологические.

Одним из наиболее простых методов количественной характеристики боли является *числовая ранговая шкала* (пациентам предлагается оценить испытываемые болевые ощущения от 0 до 10), *вербальная ранговая шкала*, состоящая из дескрипторов, характеризующих интенсивность боли. Слова отображают степень нарастания болевых ощущений: *боли нет, слабая боль, умеренная боль, сильная боль, очень сильная и нестерпимая боль*.

*Визуальная аналоговая шкала*, или ВАШ, представляет собой прямую линию (10 см), которая может располагаться как горизонтально, так и вертикально. Начало шкалы – отсутствие боли, конечная точка означает нестерпимую боль. Пациенту предлагается отметить на шкале уровень испытываемых болевых ощущений (1 см равен 1 баллу).

Методом, который более подробно иллюстрирует представление о боли, является *Макгилловский болевой опросник* [5]. Он состоит из трех блоков: «Какими словами вы можете описать свою боль?», «Какие чувства вызывает боль, какое воздействие оказывает на психику?», «Как вы оцениваете свою боль?». Каждый блок предлагает несколько вариантов ответов, которые, в свою очередь, тоже поделены на группы.

Однако ни один из способов объективации боли не адаптирован для пациентов с высоким уровнем алекситимии. Стоит учитывать, что описание боли и

статуса здоровья тесно связано с личностными чертами пациента. Реакция человека на заболевание в какой-то степени основывается на его субъективном представлении о данном заболевании. Следовательно, алекситимичные черты способны повлиять на оценку физического состояния. При диагностировании таких пациентов следует учитывать особенности, связанные с основными характеристиками феномена. В данной ситуации фразы-дескрипторы становятся полезным инструментом.

Конечной целью нашего исследования является выработка слов и фраз-дескрипторов, направленных на более точное диагностирование причин боли у пациентов с алекситимией. Конкретная цель исследования, описанного в данной работе, – опрос интервьюируемых за пределами клиники, выявление используемых ими слов-дескрипторов и фраз-дескрипторов для последующего применения их в клинической практике. В рамках исследования был проведен опрос, состоявший из двух этапов.

Сначала опрашиваемые проходили тестирование по Торонтской шкале алекситимии (валидизированная русскоязычная версия TAS-20) [4, с. 31–34] для выявления алекситимичных черт. В опросе участвовали мужчины (15) и женщины (25) в возрасте от 20 до 45 лет. Выборка была случайной.

Затем этой группе людей предлагалось описать головную боль, боль в спине, а также боль в сердце, если они когда-либо испытывали такие виды боли. При затруднениях в описании задавались наводящие вопросы.

Среди опрашиваемых были интервьюируемые, которые описывали свои болевые ощущения без помощи со стороны интервьюера, и те, кто нуждался в наводящих вопросах. Также мы столкнулись с проблемой нежелания идти на контакт (у этой группы описание боли было скудным, наводящие вопросы интервьюируемые игнорировали; в этой группе доминировали мужчины).

Тестирование по TAS-20 выявило трех человек с алекситимичными чертами. Однако боль эти люди описывали достаточно подробно. Здесь мы сталкиваемся с любопытным фактом: некоторые участники опроса, у которых алекситимичные черты не обнаружены, более скудно и неудачно описывали боль,

нежели лица с высоким уровнем алекситимии, в связи с чем возникает вопрос о точности результатов TAS-20. Следует принимать во внимание и побочные факторы, которые могли повлиять на ответы опрашиваемых (к примеру, гендерный).

В описаниях интервьюируемых преимущественно использовались дескрипторы *тупая, ноющая, резкая* (боль). Однако стоит заметить, что эти слова наделялись разным смыслом. Тупая боль описывается одновременно и *«как молотком бьет, глухая такая боль»*, и как *«что-то сковывающее и сжимающее»*, *«как топором бьет»*. При этом удар топором для кого-то обозначает острую боль, а для кого-то – тупую (сравнение с ударом обухом).

Есть отличия и в восприятии режущей боли. Ее поясняли так: *«резанет резко и отпускает»*, *«как ножом или чем-то острым»*. В свою очередь, неоднозначно трактуется и острая боль: *«резко заболит так, как пронзает, а потом отпустит»* или *«очень сильная боль, как будто что-то надрывается»*.

По-разному описывается колющая боль:

– *Боль в сердце, как будто тянет сердечную мышцу, как будто ее тянут сильно, иногда просто колющая боль.*

– *А что значит – колющая?*

– *Как будто острое что-то стоит* (женщина, 29 лет)

Другой вариант: *«прерывистая боль, иголки, то убирают, то опять»* (женщина, 22 года).

Как видим, дескрипторы данного типа наделяются разным смыслом. Возникает вопрос: корректно ли использовать такие слова для описания боли в опросниках? Макгилловский опросник состоит именно из таких дескрипторов: *стегающая, колотящая, долбящая, колющая, буравящая, сверлящая, пробивающая, острая, режущая, тянущая, разъедающая* и др. Как показывает практика, человеку тяжело ориентироваться в столь большом количестве слов для описания боли, и не всегда мы способны отличить боль острую и режущую, боль тупую и тянущую, а для алекситимичных пациентов это может стать и вовсе невыполнимой задачей.

Чаще всего опрашиваемые описывали болевые ощущения посредством сравнений, аналогий, описательных конструкций («кипятком обливает», «как кол бьет», «сжимает в тиски»).

Проанализировав результаты опроса, можно выделить наиболее часто повторяющиеся фразы, использовавшиеся при описании болевых ощущений.

*Головная боль:* пульсирующая боль в висках; упая боль, непрерывно ноющая; кажется, что голова лопнет, что-то сдавливает голову; давление на глаза (хочется их закрыть); голова кажется тяжелой; ощущение, что затылок обливают кипятком; ощущение, что голова взорвется, лопнет.

*Боль в спине:* трудно двигаться (нагибаться/разгибаться), трудно дышать; тянущая, тупая боль, ноющая (постоянная), сковывающая; острая (словно ножом пронзает, периодичная боль), стреляющая боль; ощущение, что что-то мешает (в районе лопаток, поясницы).

*Боль в сердце:* колющая (постоянная боль, ощущение, что что-то острое пронзило, периодическое покалывание), режущая; ноющая, ощущение, что все сжимается; резкая, быстро проходящая; перекрывающая дыхание; вызывает чувство страха; стоящая, продолжительная боль.

Образные выражения и описательные конструкции помогают создать более полную картину описания болевых ощущений. Например, ощущение, которое выражается сравнительным оборотом «словно ножом режет», пациенту будет понятней, чем просто «режущая боль», а описательная конструкция «как будто что-то рвется внутри» будет яснее, чем просто «разрывающая боль».

Для пациентов с алекситимией описание боли является, как уже было сказано выше, более сложной задачей, нежели для пациентов с уровнем алекситимии в пределах нормы, в силу присущего им особого вербально-когнитивного стиля общения и выражения мыслей. Человеку с алекситимичными чертами будет намного легче сориентироваться в собственных ощущениях, если перед ним окажутся уже готовые примерные описания болевых ощущений, разработанные

специально для них состоящие из упрощенных и уточненных фраз-дескрипторов. Работа над базой данных дескрипторов в настоящее время осуществляется клиническими лингвистами Казанского федерального университета.

*Работа выполнена за счет средств субсидии, выделенной Казанскому федеральному университету для выполнения государственного задания в сфере научной деятельности №2014/57 (НИР №2830).*

### **Список литературы**

1. Есин Р.Г. Алекситимия – основные направления изучения / Р.Г. Есин, Е.А. Горобец, К.Р. Галиуллин, О.Р. Есин // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2014. – №12. – С. 148–150.

2. Есин О.Р. Лингвистические особенности описания головной боли пациентами с неврологическими заболеваниями / О.Р. Есин, Р.Г. Есин, Е.А. Горобец // Филология и медицина: материалы научной конференции 25–27 июня 2014 г. – Казань: Отечество, 2014. – С. 5–13.

3. Есин О.Р. Дескрипторы, используемые пациентами с неврологическими заболеваниями для описания головной боли / О.Р. Есин, Е.А. Горобец, Н.В. Токарева // Ученые записки Казанского университета. – 2014. – Т. 156. – Кн. 5. – С. 245–252.

4. Старостина Е.Г. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е.Г. Старостина, Г.Д. Тейлор, Л.К. Квилти [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №4. – С. 31–38.

5. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: From Description to Management / R. Melzack // Anesthesiology. – 2005. – V. 103. – P. 199–202.