



## **Боль и терпимость как выражение биопсихосоциальной природы человека**

**Аннотация.** *Статья посвящена анализу феноменов боли и терпимости, выражающих проявление сложной биопсихосоциальной природы человека. Боль рассматривается на системном уровне, при этом выявляются различные аспекты ее проявления, раскрываются причины возникновения и средства купирования, определяется отношение к ней людей. Особое внимание уделяется выявлению способности терпеть, игнорировать и переносить боль и связанные с ней страдания. Рассуждения автора дополняются данными проведенного им конкретного эмпирического социологического исследования.*

**Ключевые слова:** *боль, терпимость, человек, биопсихосоциальная природа, эмоции, эндорфины, страдание.*

**Раздел:** *02) комплексное изучение человека; психология; социальные проблемы медицины и экологии человека.*

Безусловно, нет ни одного человека, который хотя бы раз в жизни не испытал сильную, мучительную боль, а лёгкую боль люди ощущают постоянно. Боль – спутник человека в многотысячелетней истории существования и развития. Можно с уверенностью сказать, что все достижения человека так или иначе связаны с преодолением боли и её последствиями. Так, создавая «вторую природу» – культуру, люди хотели обезопасить себя от боли, причиняемой холодом, хищниками, насекомыми, сооружая жилища, а боль от голода способствовала становлению земледелия и скотоводства. Мы не знаем о переживаниях боли древних людей, но в современной истории отношение к ней было всегда негативное, она считалась «карой богов», нарочитым злом. Но что же такое боль? Как к ней относятся люди сейчас, в век научно-технического прогресса, и прежде всего – медицины, фармакологии?

Боль (греч. *algēsis*, лат. *dolor*, англ. *pain*) наиболее распространенное явление, которое причиняет страдание очень многим людям, ухудшая их жизнь и условия существования. Характер, длительность и интенсивность боли зависят не только от самого повреждения, но и во многом определяются неблагоприятными жизненными ситуациями, социальными, психологическими и экономическими проблемами. Болью сопровождается огромное количество заболеваний – от небольшой, ничем не угрожающей травмы до инфаркта миокарда с болевым шоком. Согласно статистическим данным служб здравоохранения и ведущих специалистов по проблеме боли многих развитых стран мира, хронические болевые синдромы там отмечаются у миллионов людей и экономический ущерб от этого составляет огромные суммы. Хроническая боль, которой в США страдают около 20 млн человек, ежегодно оборачивается для высокотехнологичного американского здравоохранения и страховых компаний (непосредственные затраты на лечение пациентов, выплата пособий по нетрудоспособности, потери вследствие выключения членов общества из трудового процесса и т. д.) расходами в десятки миллиардов долларов в год. В Германии от хронической боли страдает около 7 млн человек – соответственно, и экономические потери очень велики [1].



В нашей стране все еще нет официальной статистики на этот счет. Вместе с тем совсем нетрудно подсчитать, исходя из пропорций населения в нынешней России и основных странах мира, что речь идет о миллионах наших соотечественников, страдающих от различных видов хронической, а также часто рецидивирующей острой боли. И эти больные не имеют уже много лет в масштабах страны по-настоящему специализированной эффективной помощи, которая могла бы существенно уменьшить их физические и моральные страдания, вернуть к полноценной жизни и труду очень многих из этих людей. Боль негативно влияет на качество жизни, что сказывается не только на самих пациентах, но и на их ближайшем окружении [2].

Поэтому актуальность этого вопроса очевидна и бесспорна. Данная работа не делает глубокого акцента на медико-физиологической стороне вопроса, так как она находится в компетенции соответствующих специалистов. Боль представляет собой типовой процесс, не имеющий определенной нозологической (нозология – наука о болезнях) характеристики, поэтому является в большей степени философской проблемой, рассматривающей данный феномен целостно, через призму выявления сущности, характера взаимосвязей целого и частей, особенностей формы и содержания, структуры и функции.

В настоящее время методологический подход при объяснении природы боли ближе всего к более ранней, восходящей еще к представлениям Аристотеля аффективной концепции. Согласно Аристотелю, боль – это не просто ощущение, а «эмоция, определяющая мотивацию поведения человека» [3]. Несмотря на сильно выраженный духовный компонент во всей концепции древнегреческой медицины, греки пытались найти естественные причины болезней и разрабатывали рациональные методы лечения хронических болевых синдромов. Гиппократ, являющийся символом древнегреческой медицины, оставил целый ряд подходов к лечению острой и хронической боли, делая акцент на здоровом образе жизни, гимнастических и водных процедурах, диете. Особая роль при этом отводилась диете: «Там, где болезнь очень острая, она тотчас причиняет крайние страдания, и вот тогда-то необходимо употреблять строжайшую диету» [4].

В рамках христианской религиозной философии боль – это страдание, которое выступало в качестве божественной кары за грехи человека, как искупление. Одновременно страдание – это средство избавления от греха, нравственного совершенствования и спасения, то есть благо. По Евангелию, искупительная жертва Христа придает страданию значение залога спасения, а сострадание выступает в качестве универсального отношения к миру, из которого проистекает заповедь любви к ближнему. Философ-скептик Секст Эмпирик, живший во II в., говорил, что «боль есть зло» [5]. Она присуща природе человека и вызывает у него страдание. Но страдание может вызвать даже мнение о боли. Поэтому для обретения счастья необходимо прежде всего воздержаться от мнений и суждений. Поэтому средневековая концепция страдания – покорное его принятие. Избавление от боли и страдания стало возможно через божественную веру и молитву. Августин Блаженный по этому поводу говорил: «Ты приготовил лекарство веры, излил его на все болезни мира и сообщил ему великую действенность» [6].

Традиционная теория боли известна как «теория специфичности». Одним из первых, кто дал ее лучшее описание и попытался научно объяснить природу боли, был французский философ XVII в. Р. Декарт. В работе «Страсти души» он, как и Аристотель, боль связывает с эмоциями, и прежде всего с печалью, но исследует проблему намного глубже, показывая ее связь с деятельностью нервной системы.



ART 14282

УДК 159.938

«Чувство, называемое болью, происходит обыкновенно от какого-нибудь сильного действия, затрагивающего нервы» [7]. Другими словами, он представил болевую систему как прямой канал от кожи в головной мозг («звон в колокол»).

Современная медицинская наука определяет боль как «ощущение негативного характера, довольно часто встречающееся как в норме, так и в условиях патологии. Это чувство, формирующееся в результате действия повреждающих факторов и являющееся следствием деятельности целостной системы» [8].

Группа экспертов международной ассоциации по изучению боли выработала следующее определение: «Боль – это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения» [9]. Еще известный русский врач Г. Н. Кассиль так писал о боли: «Боль является тем шестым чувством, без которого немислима жизнь на Земле. Ни одно из известных нам определений не связано с такими отрицательными эмоциями, как боль... она неприятна, тягостна и подчас мучительна...» [10] Приведенные определения говорят о безусловной субъективности боли, так как каждый человек познает применимость этого слова через эмоциональное переживание, которое имеет, конечно, личностный характер.

Таким образом, с одной стороны, боль – это медицинская проблема: её обычно вызывают определенные повреждения организма, и её, как правило, купируют медицинскими средствами. С другой стороны, боль – это и психологическая проблема, так как она часто бывает связана с психологическими расстройствами: стрессом, тревогой, депрессией, фобиями, которые вызываются различными эмоциями, и поэтому снимается психологическими методами (например, внушением, гипнозом). Но боль – это и страдание человека как определенной целостности – существа биопсихосоциального. Поэтому уместно говорить о боли как философской проблеме. Страдания человека определяются любой болью – как физической, нравственной, так и душевной. А так как способность страдать и сострадать заложена в самой природе человека и является его сутью, то человек и боль неразделимы.

В настоящее время существует большое количество классификаций боли. В зависимости от локализации повреждения боль подразделяют: на соматическую поверхностную (повреждение кожных покровов), соматическую глубокую (повреждение скелетно-мышечной системы), висцеральную (повреждение внутренних органов). Боли, возникающие при повреждении периферических нервов, относят к невропатическим, а при повреждении структур ЦНС – центральным болям. Часто боль, ощущаемая человеком, не совпадает с местом повреждения. В таком случае можно говорить об отраженной боли, которая возникает в результате повреждения внутренних органов и локализуется в отдаленных поверхностных участках тела. Проекционная боль связана с раздражением или повреждением нервных структур, обеспечивающих проведение болевых сигналов в центральные структуры мозга. Например, при сдавливании спинномозговых корешков боль ощущается в иннервируемой ими области тела. В условиях патологии проекционная боль может стать основой неблагоприятных последствий некоторых хирургических вмешательств, например ампутации конечности. В этом случае на отрезке перерезанного нерва больной ощущает боль в том месте, где была конечность, – фантомные боли (от греч. *phantasma*, франц. *fantome* – призрак). Вероятнее всего, фантомные боли формируются на более высоких, центральных уровнях нервной системы, а изменения поврежденного нерва являются лишь пусковым механизмом возникновения боли.



По временным параметрам выделяют острую и хроническую боль. Острая боль – это новая, недавняя боль, неразрывно связанная с вызвавшим ее повреждением и, как правило, являющаяся симптомом какого-либо заболевания. Такая боль исчезает при устранении повреждения. Хроническая боль часто приобретает статус самостоятельной болезни и продолжается длительный период времени, даже после устранения причины. В ряде случаев причина хронической боли вообще может не определяться.

Особую группу составляют психогенные боли, которые возникают вне зависимости от соматических (от греч. soma – тело), висцеральных или нейроповреждений. Определяющим механизмом возникновения такой боли является, по мнению практикующих врачей, «психическое состояние человека, обусловленное депрессией, истерией или психозом» [11]. Трудность анализа боли заключается в том, что она является неоднородным по структуре ощущением. В этом легко убедиться, если проанализировать чувство боли, возникающее при сильной механической травме (например, удар локтем по острому твердому предмету). Вначале возникает острая локализованная боль, которая быстро исчезает в случае прекращения действия патогенного фактора. Эта боль вызывает адекватные защитные рефлексы, например отдергивание руки, и называется начальной. В дальнейшем развивается так называемая отставленная боль, которая отличается ноющим характером, тяжестью, часто – мучительностью. Такая рецепция может сопровождаться вегетативными расстройствами: тошнотой, головокружением, сильным потоотделением, иногда падением артериального давления. Тактильное воздействие на ушибленное место ослабляет болевые ощущения обоих видов.

Болевое ощущение и его физиологические эквиваленты выработаны в процессе эволюции как защитно-приспособительные реакции организма, обеспечивающие предупреждение повреждений. Биологическая полезность боли аргументируется клиническими случаями врожденной или приобретенной аналгезии (от греч. analgesia – отсутствие боли, невосприимчивость). В раннем детстве такие лица получают обширные ожоги, ушибы, разрезы тканей; иногда они откусывают себе язык при пережевывании пищи, вытаскивают зубы. Обычно люди, не имеющие болевой чувствительности, преждевременно погибают. К примеру, американский нейробиолог Ф. Блум пишет об одной женщине, которая погибла из-за того, что не получала от своих суставов сигнала дискомфорта, требующего изменить положение тела, – например, она никогда не двигалась во сне. В результате эта женщина умерла в молодом возрасте от повреждения позвоночника [12].

Можно сказать, что боль является предупреждающим сигналом о возникновении в организме различных патологических процессов, которые открывают путь к распознаванию и лечению многих болезней. В этом смысле боль – важное, полезное ощущение, которое трудно переоценить как в отношении выживания, так и сохранения жизни. Замечательный советский врач, патолог, академик И. В. Давыдовский по этому поводу говорил, что «боль – формально-патологическое явление, снижающее трудоспособность, часто симптом болезни. Но боль – это болевой импульс, служащий спасению организма, обеспечивающий какую-то сумму стрессорных и поведенческих реакций. Можно согласиться с Н. Винером, когда он пишет, что нет более ужасной судьбы, чем судьба индивидуума, страдающего от отсутствия ощущения боли» [13]. Но в то же время, если вам больно, что же в действительности происходит? Имеется боль, и имеется сознание того, что там боль. Есть боль, но через мгновение ее уже не будет, но вы будете. Боль поэтому нельзя отождествлять полностью с человеком, так как то, что можно отделить от вас, – это не вы. Когда ваше





тело страдает от боли, вы должны быть рядом, ваше сознание должно устремиться к боли, чтобы почувствовать ее и что-то предпринять. Если вы далеко и боль не ощущается, то вы можете умереть.

Человек является сознанием. Например, когда ушиблен локоть, мы испытываем в нем боль. Но боль на самом деле не в локте. По мнению известного американского врача, психолога и философа К. Прибрама (р. 1919), «боль представляет собою некий нейрофизиологический процесс, протекающий где-то в нашем мозгу» [14]. Поэтому боль не только субъективна, но и обладает объективными характеристиками.

Некоторые современные ученые, напротив, боль не считают эмоцией, но отмечают, что она может вызвать эмоциональную реакцию. Подобно эмоциям, боль обычно побуждает организм к действию, так же как страх подготавливает вас к тому, что необходимо что-то сделать, принять надлежащие меры. Так, Ф. Блум причину и сущность боли связывает с деятельностью центральной нервной системы: «Нервная система не только вырабатывает вещество, передающее болевые сигналы, но и снабжает нас “противоядием” – веществами, снимающими боль» [15]. Такими веществами являются «естественные опиаты», которые называют *эндорфинами* (сокращение слов «эндогенные морфины»). Эндорфины действуют сходным образом с опиатами (такими, как опий и его производные – героин и морфин), контролируя восприятие боли, и являются наиболее эффективными по сей день обезболивающими средствами. Эйфория, которую жаждут испытать наркоманы, употребляющие героин, вероятно, возникает в результате связывания героина с опиатными рецепторами. Тот факт, что героин и эндорфины связываются в одних и тех же местах, позволяет предположить, что эндорфины играют роль и в тех разновидностях эмоций, которые не имеют прямого отношения к боли.

При этом роль эндорфинов в регулировании чувства боли кажется совершенно ясной. Хотя восприятие боли необходимо для того, чтобы предупреждать об опасности, грозящей мягким тканям и костям, постоянная сильная боль может полностью вывести нас из строя. По мнению Ф. Блума, «эндорфины регулируют степень боли, которую мы ощущаем, что дает нам возможность прервать контакт с источником боли и принять необходимые меры, если произошло повреждение ткани» [16].

По мнению российских врачей А. М. Вейна и М. Я. Авруцкого, в последние десятилетия сформировалось представление о существовании «аналгетических» областей мозга, электрическая стимуляция которых вызывает феномен обезболивания [17]. Именно в условиях дистресса человек способен не чувствовать боли благодаря тому, что эндорфинная система организма может в подобных ситуациях стимулировать синтез специфической «аналгетической субстанции» – эндорфинов, оберегающих живой организм от болевого шока. Возможно, этот способ устранения боли бессознательно используют бегуны на длинные дистанции или футболисты, которые благодаря концентрации внимания на конечной цели способны игнорировать или подавлять боль. Точно так же и балерины в подобном состоянии могут триумфально исполнить свою партию на кровоточащих ступнях.

Восприятие боли, как и большинство аспектов деятельности мозга, носит сложный характер. Она различна и у разных людей, и у одного и того же человека в зависимости от времени, возраста, физиологического, психологического и эмоционального состояния организма и других показателей.

Действительно, усвоение культурных и социальных традиций, несомненно, влияет на характер восприятия боли человеком. Так, в некоторых обществах роды не рассматриваются как событие, которого следует страшиться. Женщина занимает-



ся своими делами почти до самого момента родов и вновь возвращается к своим обязанностям спустя несколько часов после того, как родился ребенок. В других же обществах (например, западных) женщину настраивают на ожидание ужасной боли, и она, конечно, испытывает ее, как если бы роды были тяжелой болезнью. Подготовка к «естественным родам» по методу психопрофилактики французского врача Ла Маза (Lamaze) в 1956 г. основана на предпосылке, что женщина в большинстве западных культур воспитана в страхе перед родовыми муками. Этот страх вызывает изменения в мышечном тоне и способе дыхания, что затрудняет процесс родов и делает его еще болезненнее. Метод Lamaze состоит в том, что женщину учат управлять дыханием и проводят упражнения для тренировки тазовых мышц в качестве меры, нейтрализующей действие страха [18]. Кроме того, женщине объясняют весь процесс родов, чтобы она знала, чего ей ожидать. Следовательно, обучение, связанное с работой высших областей коры головного мозга, может изменить рецепцию боли подобно тому, как она изменяет эмоции.

У животных научение тоже может изменить ощущение боли. В серии опытов, проведенных в начале XX в. русским физиологом И. П. Павловым, было обнаружено, что собаки, постоянно получавшие пищу сразу после электрического удара током, который вызывал у них сильную реакцию до выработки условного рефлекса, переставали проявлять признаки ощущаемой боли. Вместо этого они сразу же начинали выделять слюну и махать хвостом. «Мы испытали у нашей собаки пульс и дыхание и не нашли ни малейших изменений, значит, надо сказать, что собака при этих условиях боли не чувствовала» [19]. Болевая реакция собаки развилась с задержанием, а болевое раздражение направилось в другое место (в данном случае – в центр аппетита) и явилось только поводом к возбуждению аппетита. И. П. Павлов далее констатирует, что «христиане выдерживали страшные мучения, улыбаясь, не ощущая боли и страха, следовательно, необходимо допустить, что огромное нравственное возбуждение и вера затормозили, уничтожили чувство боли» [20].

Во время Второй мировой войны английский врач Г. Х. Бехер, изучавший восприятие боли, заметил, что солдатам, раненым в бою, значительно реже требовался морфин, чем гражданским лицам, выздоравливавшим после операции. Бехер писал, что раненый солдат испытывал «облегчение, благодарность судьбе за то, что ему удалось уйти живым с поля боя и даже эйфорию; для гражданских лиц серьезная хирургическая операция – это источник депрессии и пессимизма» [21]. Таким образом, значение, которое человек придает телесной травме, может оказывать глубокое влияние на степень ощущаемой им боли.

Известный французский физиолог и хирург-гуманист Рене Лериш (1879–1955), отмечая эволюционно-адаптивное значение боли, на вопрос «Что же такое боль?» отвечал следующим образом: «Защитный рефлекс? Счастливое предупреждение? Но большинство заболеваний, даже самых серьезных (например, онкологических) наступает без предупреждения. Когда развивается боль, уже слишком поздно... Боль лишь делает более тяжелой и грустной ситуацию, которая давно проиграна. В действительности боль всегда является зловещим ударом, который сужает мировоззрение человека и делает его еще более больным, чем он был без нее» [22].

Но нередко человек подвергает себя мучительному лечению и даже с удовольствием терпит вызываемые этим лечением боли, сознавая, что чем больше он страдает, тем сильнее разрушается природа недуга, и потому испытываемая боль может служить мерилем его исцеления. Но, безусловно, проблема боли, ее купирования наиболее актуальна в случаях терминальных больных со злокачественными образо-



ваниями (IV клиническая группа). Именно у таких больных чувство безнадежности, страх перед надвигающейся смертью обостряют болевые ощущения.

С невыносимой болью, которая приносит человеку мучительные страдания, связана одна из главных проблем современной биоэтики – эвтаназия (греч. *eu* – хорошо, *thanatos* – смерть) – безболезненная, легкая смерть с участием врача. В 2006–2010 гг. автором был проведен ряд социологических исследований по проблеме эвтаназии. Так, в 2010 г. методом анкетного опроса было изучено мнение 456 работников муниципальных медицинских учреждений г. Челябинска. На вопрос «Что такое эвтаназия?» большинство респондентов (57,7%) ответили: «избавление людей от боли и страдания». Поэтому с большой уверенностью можно сказать, что именно мучительная боль является основной причиной, побуждающей людей обращаться к эвтаназии [23].

Насколько терпеливым по отношению к боли может быть человек? Есть ли предел терпимости? Как люди относятся к боли? Для разрешения данных вопросов в 2013 г. автором было проведено конкретное эмпирическое социологическое исследование, целью которого было выявление отношения жителей Челябинска к испытываемой им боли, её локализации, уровня терпимости, способов устранения. Методом анкетного опроса было изучено мнение 341 человека (выборка исследования квотная по полу и возрасту). Распределение по полу: 67,2% – женщины, 32,8% – мужчины. По возрасту: до 30 лет – 27,6%; от 30 до 55 лет – 41,1%; старше 55 лет – 31,3%.

Из табл. 1 видно, что все 100% опрошенных жителей Челябинска испытывают или испытывали боль различной локализации. Для женщин примерно в равной степени характерны все типы боли, но преобладающей является головная боль (37,1%), у мужчин – костная, мышечная, суставная (48,2%). У молодых людей преобладает головная и костно-мышечная боль (41,6%), у людей среднего возраста и пожилых – также костно-мышечно-суставная (55,0% и 59,8% соответственно). Висцеральная (от лат. *viscera* – внутренности) боль наиболее ярко выражена у пожилых (25,2%). Костно-мышечно-суставная локализация боли указывает на тот факт, что у большинства людей крупного промышленного города существуют проблемы с позвоночником, мышцами, суставами. Остеохондроз, остеопороз, артрит – одни из самых распространенных заболеваний.

Таблица 1

## Преобладающая локализация боли у жителей г. Челябинска (n = 341), %

Локализация боли Демографические показатели	Головная боль		Костная, мышечная, суставная боль		Висцеральная боль	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пол:						
Мужчины (n = 112)	37	33,0	54	48,2	21	18,8
Женщины (n = 229)	85	37,1	70	30,6	74	32,3
Возраст:						
От 18 до 30 лет (n = 94)	41	43,6	41	43,6	12	12,8
От 31 до 55 лет (n = 140)	38	27,1	77	55,0	25	17,9
Старше 55 лет (n = 107)	16	15,0	64	59,8	27	25,2

Табл. 2 показывает, что большинство опрошенных (85,1%) чувствительны и не терпимы к боли, поэтому используют различные средства для её устранения. 12,6% могут терпеть лёгкую боль, и только 2,3% способны терпеть любую боль и обходиться без обезболивающих средств. Самыми терпимыми к боли и выносливыми являются женщины и люди старше 55 лет.



Таблица 2

## Степень терпимости к боли у жителей г. Челябинска (n = 341), %

Степень терпимости боли	Всего		Женщины	Мужчины	От 18 до 30 лет	От 31 до 55 лет	Старше 55 лет
	Абс.	%					
Я могу терпеть любую боль без болеутоляющих средств и способов	8	2,3	3,0	0,9	1,1	1,4	4,7
Я могу терпеть только легкую боль без болеутоляющих средств и способов	43	12,6	15,0	8,0	9,6	5,0	25,2
Любую боль купирую различными болеутоляющими средствами и способами	290	85,1	82,0	91,1	89,3	93,6	70,1

Из тех, кто не может обойтись без использования средств и методов обезболивания, большинство выбирает различные лекарственные препараты – 65,5% (табл. 3). Народные средства используют 17,2%, физические – 14,1%. Меньший обезболивающий эффект, по мнению опрошенных, достигается с помощью психологических средств – 1,7%, а также молитв – 1,5%. Народные средства чаще всего используют женщины (28,4%) и пожилые люди (20,0%).

Таблица 3

## Преобладающие способы и средства устранения боли у жителей г. Челябинска (n = 290), %

Средства и способы устранения боли	Всего		Женщины (n=188)	Мужчины (n = 102)	От 18 до 30 лет (n = 84)	От 31 до 55 лет (n = 131)	Старше 55 лет (n = 75)
	Абс.	%					
Устраняю боль лекарственными обезболивающими препаратами	190	65,5	70,7	55,9	76,2	76,3	34,7
Устраняю боль народными средствами (травы, алоэ, мёд и т. п.)	50	17,2	20,7	10,8	6,0	12,2	38,7
Устраняю боль физическими средствами (массаж, разминание, упражнения и т. п.)	41	14,1	6,4	28,4	16,7	9,2	20,0
Устраняю боль психологическими средствами (самовнушением, самоубеждением, самогипнозом, медитацией и т. п.)	5	1,7	0,5	3,9	1,2	2,3	1,3
Устраняю боль метафизическими средствами (молитвы, заговоры, мантры и др.)	4	1,5	1,6	1,0	–	–	5,3





Аффективное отношение к боли представлено в табл. 4. Большинство опрошенных (47,8%) ощущаемая боль утомляет, изматывает, дезорганизует, лишает нормальной жизни, работоспособности. Сильнее это ощущают мужчины (62,5%) и люди среднего возраста (60,7%), т. е. наиболее работоспособная часть населения. 19,1% респондентов боль делает агрессивными, раздражительными, приводит в ярость. Из них 38,4% – мужчины, женщины же оказались более сдержанными.

Боль делает респондентов тревожными, вызывает страх, беспокойство – отмечают 12,0%. Боль как страдание, мучение, пытка является психическим явлением более чем у четверти опрошенных пожилых людей – (26,3%). Как только сигнальная функция боли исчерпана, она превращается в повреждающий фактор, вызывающий страдания и мучения.

Таблица 4

## Аффективное отношение жителей г. Челябинска (n = 341) к собственной боли, %

Аффективное состояние	Всего		Женщины	Мужчины	От 18 до 30 лет	От 31 до 55 лет	Старше 55 лет
	Абс.	%					
Боль утомляет, изматывает, дезорганизует	163	47,8	40,6	62,5	33,0	60,7	43,9
Боль вызывает тревогу, страх, беспокойство	41	12,0	14,0	8,0	19,1	5,7	14,0
Боль раздражает, злит, приводит в ярость	65	19,1	9,6	38,4	37,2	14,3	9,3
Боль угнетает, вызывает отчаяние, апатию	34	10,0	14,0	1,8	6,4	15,0	6,5
Боль – страдание, мучение, пытка	38	11,1	12,2	8,9	4,3	4,3	26,3

Таким образом, исследование показало: 1) все опрошенные жители Челябинска испытывали или испытывают боль различной степени и локализации. Преобладающими являются боли костно-мышечной системы и головные боли; 2) большинство опрошенных оказались нетерпимы и чувствительны к боли, которую они стараются устранить с помощью различных болеутоляющих средств и методов, в основном лекарственных препаратов; 3) основным аффективным следствием испытываемой респондентами боли является утомляемость, дезорганизация, нарушение работоспособности. Большое влияние на степень ощущаемой боли оказывает значение, которое человек придает телесной или душевной травме. Боль формирует терпимость, выражающую, возможно, сущность самого человека как биопсихосоциального существа.

## Ссылки на источники

- См.: Цибуляк В. Н., Загорюлько О. И., Гнездилов А. В., Картавенко С. С. Интегративная медицина в клинике боли // Боль. – 2003. – № 1. – С. 66.
- См.: Павленко С. С., Иерусалимский А. П., Астахова Т. И. Эпидемиологическое исследование болевых синдромов у населения крупного промышленного города Сибири // Тезисы докладов Российской научно-практической конференции. – Новосибирск, 1997. – С. 33–34.
- Аристотель. Сочинения: в 4 т. Т. 4 / Пер. с древнегреч.; общ. ред. А. И. Доватура. – М.: Мысль, 1984. – С. 217.
- Гиппократ. Афоризмы. – М.: Эксмо, 2009. – С. 33.
- Секст Эмпирик. Сочинения: в 2 т. / общ. ред. А. Ф. Лосева; пер. с древнегреч. Т. 2. – М.: Мысль, 1976. – С. 28.
- Августин А. Исповедь / пер. с лат. М. Е. Сергеев; общ. ред. и ст. А. А. Столярова. – М.: Канон + : ОИ «Реабилитация», 2003. – С. 90.
- Декарт Р. Избранные произведения / пер. с фр. и лат., ред. и вступ. ст. В. В. Соколова. – М.: Гос. изд-во полит. лит., 1950. – С. 642.
- Саркисов Д. С., Пальцев М. А., Хитров Н. К. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1997. – С. 402.



ART 14282

УДК 159.938

9. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. акад. РАМН Н. Н. Яхно. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С. 8.
10. Кассиль Г. Н. Наука о боли. – М.: Наука, 1965. – С. 399.
11. Кукушкин М. Л. Патологические механизмы болевых ощущений // Боль. – 2003. – № 1. – С. 6.
12. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение / пер. с англ. – М.: Мир, 1988. – С. 140.
13. Давыдовский И. В. Общая патология человека. – М.: Медицина, 1969. – С. 140.
14. Прибрам К. Языки мозга: экспериментальные парадоксы и принципы в нейropsychологии / пер. с англ. Я. Н. Даниловой и Е. Д. Хомской. – М.: Прогресс, 1975. – С. 123.
15. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Указ. соч. – С. 142.
16. Там же. – С. 143.
17. Вейн А. М., Авруцкий М. Я. Боль и обезболивание. – М.: Медицина, 1987. – С. 192.
18. Моир Д. Д. Обезболивание родов. – М.: Медицина, 1985. – С. 23.
19. Неопубликованные и малоизвестные материалы И. П. Павлова. – Л.: Наука, Ленинградское отделение. 1975. – С. 30.
20. Там же.
21. Мелзак Р. Загадка боли / пер. с англ. – М.: Медицина, 1981. – С. 26.
22. Лериш Р. Основы физиологической хирургии. – Л.: Наука, 1961. – С. 217.
23. Волкова Т. И. Рецепции боли и болевое поведение // Человек. – 2012. – № 5. – С. 104–105.

**Tatyana Volkova,**

*Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor at the chair of Social Sciences and Humanities, South Ural State Medical University, Chelyabinsk*  
[VolkovaT-soc@mail.ru](mailto:VolkovaT-soc@mail.ru)

**Pain and tolerance as an expression of the biopsychosocial nature of man**

**Abstract.** The paper analyzes the phenomenon of pain and tolerance, expressing the manifestation of the complex biopsychosocial nature of man. Pain is seen at the system level, thus the various aspects of its manifestation are identified, causes and means of relief is determined by the attitude of people. Particular attention is given to identifying the ability to endure, ignore and move pain and sufferings. Author's arguments are supplemented with data of the empirical sociological research.

**Key words:** pain, tolerance, human, biopsychosocial nature, emotions, endorphins, suffering.

**References**

1. Cibuljak, V. N., Zagorul'ko, O. I., Gnezdilov, A. V. & Kartavenko, S. S. (2003) "Integrativnaja medicina v klinike boli", *Bol'*, № 1, p. 66 (in Russian).
2. Pavlenko, S. S., Ierusalimskij, A. P. & Astahova, T. I. (1997) "Jepidemiologicheskoe issledovanie bolevykh sindromov u naselenija krupnogo promyshlennogo goroda Sibiri", in *Tezisy dokladov Rossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii*, Novosibirsk, pp. 33–34 (in Russian).
3. Aristotel', Dovatur, A. I. (ed.) (1984) *Sochinenija: v 4 vol., vol. 4*, Mysl', Moscow, p. 217 (in Russian).
4. Gippokrat (2009) *Aforizmy*, Jeksmo, Moscow, p. 33 (in Russian).
5. Sekst Jempirik, Losev, A. F. (ed.) (1976) *Sochinenija: v 2 vol, vol. 2*, Mysl', Moscow, p. 28 (in Russian).
6. Avgustin, A., Stoljarov, A. A. (ed.) (2003) *Ispoved', Kanon + : Ol "Reabilitacija"*, Moscow, p. 90 (in Russian).
7. Dekart, R., Sokolov, V. V. (ed.) (1950) *Izbrannye proizvedenija*, Gos. izd-vo polit. lit., Moscow, p. 642 (in Russian).
8. Sarkisov, D. S., Pal'cev, M. A. & Hitrov, N. K. (1997) *Obshhaja patologija cheloveka*, Medicina, Moscow, p. 402 (in Russian).
9. Jahno, N. N. (ed.) (2009) *Bol': rukovodstvo dlja vrachej i studentov*, Moscow MEDpress-inform, p. 8 (in Russian).
10. Kassil', G. N. (1965) *Nauka o boli*, Nauka, Moscow, p. 399 (in Russian).
11. Kukushkin, M. L. (2003) "Patofiziologicheskie mehanizmy bolevykh oshhushhenij", *Bol'*, № 1, p. 6 (in Russian).
12. Blum, F., Lejzerson, A. & Hofstedter, L. (1988) *Mozg, razum, povedenie*, Mir, Moscow, p. 140 (in Russian).
13. Davydovskij, I. V. (1969) *Obshhaja patologija cheloveka*, Medicina, Moscow, p. 140 (in Russian).
14. Pribram, K. (1975) *Jazyki mozga: jeksperimental'nye paradoksy i principy v nejropsihologii*, Progress, Moscow, p. 123 (in Russian).
15. Blum, F., Lejzerson, A. & Hofstedter, L. (1988) Op. cit., p. 142.
16. Ibid., p. 143.
17. Vejn, A. M., Avruckij, M. Ja. (1987) *Bol' i obezbolivanie*, Medicina, Moscow, p. 192 (in Russian).
18. Moir, D. D. (1985) *Obezbolivanie rodov*, Medicina, Moscow, p. 23 (in Russian).
19. (1975) *Neopublikovannye i maloizvestnye materialy I. P. Pavlova*, Nauka, Leningradskoe otделение, Leningrad, p. 30 (in Russian).
20. Ibid.
21. Melzak, R. (1981) *Zagadka boli* Medicina, Moscow, p. 26 (in Russian).
22. Lerish, R. (1961) *Osnovy fiziologicheskoj hirurgii*, Nauka, Leningrad, p. 217 (in Russian).
23. Volkova, T. I. (2012) "Recepcii boli i bolevoe povedenie", *Chelovek*, № 5, pp. 104–105 (in Russian).

**Рекомендовано к публикации:**

Горевым П. М., кандидатом педагогических наук, главным редактором журнала «Концепт»

