

Психологические установки пациента и переживание боли

Обзор литературы

В клинической практике и в многочисленных экспериментальных исследованиях встречается различная реакция на идентичное лечение у пациентов со сходными биомедицинскими показателями (степень повреждения, длительность заболевания, интенсивность боли). Более того, в ряде случаев выявленная физическая патология не коррелирует с интенсивностью боли или степенью нетрудоспособности [14, 20].

Что определяет выраженность боли и различную реакцию пациентов на идентичное лечение? Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что на восприятие, поддержание и усиление боли существенное влияние оказывают психологические и социокультурные факторы (уровень тревожности, депрессии, удовлетворенность семейными отношениями, гендерная, профессиональная, финансовая состоятельность и др.) [1, 18, 19]. Одним из факторов, от которых зависит успех лечения, является психологическая установка пациента.

Что такое установка

Явление установки впервые было открыто немецким психологом Л. Ланге в 1888 г. в экспериментальной психологии при изучении ошибок восприятия, а вскоре стало активно изучаться в различных областях общей и социальной психологии [3]. В настоящее время нет общепринятого определения установки. Зарубежные авторы определяют установки (англ. set) как личностно сформированные или распространенные в определенной культуре когнитивные образования.

Среди отечественных ученых наиболее фундаментально проблемой установки занимался грузинский психолог Д.Н. Узнадзе (1966), который дал ей такое определение: «Установка субъекта — это неосознаваемая и обусловленная прошлым опытом детерминирующая тенденция, внутреннее состояние готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к явлениям и объектам действительности». Опираясь на это определение и привнося некоторые изменения, можно было бы предложить следующее определение: «Установка — это неосознанная склонность к реагированию на ситуацию определенным образом, с помощью которой может быть удовлетворена та или иная потребность, сложившаяся в результате предшествующего опыта».

Примером установки может служить поведение человека, идущего вечером по узкой незнакомой лесной дороге. Он прислушивается к любому шороху, всматривается в едва заметный просвет между деревьями, шагает осторожно и бесшумно. Он начеку. Наблюдая за его поведением, мы понимаем, что установка поддерживает органы чувств в состоянии полной готовности к любой неожиданности. Такое поведение обусловлено прошлым опытом реагирования в незнакомой обстановке. Следовательно, установка — это готовность к определенному поведению или действию.

От установки следует отличать такие понятия, как «отношение» и «ожидание». Отношение предполагает ту или иную эмоционально окрашенную реакцию (симпатию, антипатию) на то или иное событие. Ожидание — это представление о связи определенных действий с их последствиями.

Установка и мотивация

Установка в широком смысле понимается как готовность к той или иной деятельности, поэтому понятие установки очень близко понятию мотива поведения. Мотив определяется как связанное с удовлетворением определенных потребностей побуждение к деятельности [3]. Таким образом, установки относятся к мотивационной

сфере (мотивационной направленности) личности.

Важно деление мотивов на осознанные и неосознанные, а также понимание связи между ними. К осознанным мотивам относятся интересы, убеждения и стремления, к неосознанным — влечения и установки. Неосознанные побуждения порождают произвольные действия. Они имеют импульсивный характер и лишены четкого плана. Примером произвольных действий могут служить поступки человека в состоянии аффекта, растерянности, страха, изумления. Однако неосознанные мотивы проявляются не только в произвольных и ярко выраженная установка возникает при большинстве поведенческих реакций организма. Длительность и устойчивость установки у человека определяется под влиянием индивидуального прошлого опыта.

Экспериментальная психология подчеркивает связь и взаимопереходы между осознанными и неосознанными побуждениями, обусловленность и тех, и других социокультурными условиями развития личности. Так, нередко первоначально неосознанная установка, которая внешне выглядит как предубежденность, в дальнейшем может проявляться уже как глубоко осознанное убеждение, то есть вполне осознанный мотив деятельности. Это очень важно, поскольку свидетельствует о принципиальной возможности (например, с помощью когнитивно-бихевиористской терапии) вывести неосознанные установки на сознательный уровень и целенаправленно влиять на них, то есть изменять в соответствии с конкретными задачами психотерапии.

Некоторые закономерности установки

В работе Д.Н. Узнадзе «Экспериментальные исследования по психологии установки» [6] были выявлены закономерности закрепления определенной готовности, позволяющей удовлетворить данную потребность, при неоднократном повторении ситуаций. Приведем примеры некоторых экспериментальных методик, которые использовал в работе Д.Н. Узнадзе.

Испытуемому предлагалось несколько (10-15) раз подряд сравнить между собой на ощупь два шара, из которых один был больше, а другой — меньше. После этого в очередном предъявлении их подменяли двумя равными. В этой последней экспозиции, которая составляла критическую часть опыта, у испытуемого возникала иллюзия неравности одинаковых шаров, объясняемая тем, что восприятие объективно равных шаров осуществлялось в условиях субъективной готовности к тому, что шары опять будут неравными, то есть при установке как потребности определенным образом осуществить акт сравнения.

Таким образом, установка чаще всего складывается в результате неоднократного повторения ситуаций, в которых человек реагировал определенным образом (установочные ситуации). Повторение ситуации неосознанно предвосхищает отношение человека к ее объектам и определяет характер его поведения.

Д.Н. Узнадзе обнаружил, что установка формируется в ЦНС. Это доказали следующие опыты. Испытуемому последовательно давали в правую руку сначала больший, а затем меньший шар. Это повторялось

10-15 раз. В заключительной части опыта испытуемый получал последовательно пару равновеликих шаров, но уже в левую руку. Тем не менее у испытуемого возникала иллюзия того, что один шар больше другого, несмотря на то что левая рука в установочных опытах не участвовала. Аналогичные факты были получены и в отношении зрения. Установка, которая возникала при фиксировании двух неравных объектов левым глазом, распространялась и на правый глаз. Эти опыты позволили сделать вывод, что установка — это особенность деятельности личности в целом. В результате повторения установочных ситуаций, моделью которых являются приведенные эксперименты, постепенно складывается ряд фиксированных установок, которые в целом ряде случаев неприметно для человека определяют стереотипы его поведения, его жизненную позицию [2].

Установки, по мнению Д.Н. Узнадзе, обеспечивают не только состояние готовности к определенной деятельности, направленной на удовлетворение потребности, но и являются фактором, направляющим и определяющим содержание сознания. Таким образом, развитие личности во многом зависит от приобретаемых по мере накопления жизненного опыта установок. С другой стороны, существует возможность влияния на установки (соответственно, и на последующие реакции и поведение) через механизмы осознания.

Виды установок и их структура

Установки отличаются большим разнообразием: целевые, социальные, смысловые, профессиональные, ожидательные (экспектации), установки на врача, на болезнь и т. д.

Одни установки являются настолько широкими, что определяют особенности личности, другие строго специфичны по отношению к конкретной ситуации.

Установки по отношению к событиям, людям могут быть позитивными (больной, охотно и точно выполняющий все указания врача, придерживается установки, вытекающей из положительного отношения к медицине вообще и к доктору, который его лечит, в частности) и негативными, принимающими характер предубеждения.

Психологическими исследованиями в структуре установки выделены три составляющие [3]:

- когнитивная — образ того, что готов познать и воспринять человек;
- эмоционально-оценочная — комплекс симпатий и антипатий к объекту установки;
- поведенческая — готовность определенным образом действовать в отношении объекта установки, осуществлять волевые усилия.

Таким образом, у каждого человека существует огромное многообразие самых разных установок, касающихся всех сфер его повседневной жизни (работы, учебы, семьи, спорта, денег, любви, дружбы, здоровья, болезни и т. д.).

Для врачей важно изучение установок в отношении здоровья и болезни человека. В данной статье мы рассмотрим установки пациентов, связанные с хронической болью (болевые установки — БУ).

Болевые установки

При работе с пациентами, страдающими хронической болью, было отмечено, что у них довольно часто возникали изменения настроения, проблемы с приемом лекарственных препаратов, снижение активности, трудности при устройстве на работу, семейные конфликты. Кроме того, нередко такие пациенты неадекватно относились

к диагнозу и назначенному лечению. К примеру, они ожидали и даже требовали повторения инвазивных диагностических и лечебных мероприятий, несмотря на то что последние уже были проведены и оказались неинформативными или неэффективными. Так, предложение проанализировать уже проведенные диагностические исследования и на их основе подобрать консервативную терапию вместо хирургического лечения нередко вызывало у этих больных разочарование, скептицизм и недовольство. Рекомендации увеличить физическую активность, использовать меньше препаратов, практиковать техники релаксации не устраивали пациентов. Многие из них считали, что их случай — особенный, а доктор просто недооценивает всю тяжесть ситуации. Кроме того, нередко являлись жалобы на то, что «никто ни разу не смог им объяснить причину их боли»; таким образом, они вынуждены продолжать этот бесконечный поиск врача, «который скажет им наконец, в чем же проблема».

Такие примеры не единичны. Для многих пациентов «неудобно» верить в то, что терапия типа гипноза может им помочь. Ведь в таком случае окажется, что их боль имеет не физическое, а психическое происхождение, что, по мнению пациента, может скомпрометировать серьезность его заболевания и обоснованность жалоб. Даже если такие пациенты приходят к психотерапевту, то, скорее, не за лечением, а за подтверждением собственной правоты. В итоге симптомы лишь нарастают, а человек начинает искать новые, часто небезопасные способы лечения. Ретроспективный анализ таких ситуаций позволяет говорить о том, что они являются примером дезадаптивных БУ, что приводит к непониманию пациентом врача и к неэффективности терапии [10].

Таким образом, очевидна необходимость изучения БУ с целью их коррекции в случае такой необходимости и получения максимально возможного эффекта от лечения.

БУ могут служить основой хронизации боли. Так, было обнаружено, что при боли в пояснице одним из основных факторов риска перехода острой боли в хроническую и развития долговременных расстройств являются неадекватные установки по отношению к поясничной боли [15].

Установки пациента относительно боли могут быть разделены на три группы:

- базовые философские представления о себе и мире;
- достаточно общие и стабильные установки, которые входят в структуру личности;
- установки, касающиеся непосредственного отношения человека к боли (собственно БУ).

Первая группа установок касается весьма разрозненных, но глубоких этических и философских убеждений относительно таких категорий, как справедливость, страдание и личная ответственность. Если пациент считает, что в жизни не должно быть боли, его страдания по поводу развития у него хронической боли будут глубже. Поскольку установки из данной категории очень индивидуальны, непоследовательны и противоречивы, оценка их весьма затруднительна.

Установки второй категории обычно более четкие и связаны с повседневной жизнью. Они стабильны независимо от ситуации и мало изменяются с течением времени, поэтому их можно назвать индивидуальными личностными особенностями. Среди них Lazarus (1991) описал установки, которые имеют негативный оттенок. Он считает, что «люди создают и хранят в себе различные установки и смыслы, которые ведут

к неадекватному ответу на ситуацию, что в итоге усиливает ощущение покинутости, отверженности, восприятия себя жертвой и т. п.». Естественно, существуют и адаптивные установки, которые относятся к этой группе, включая устойчивость, локус контроля, стиль представления и самоэффективность [7, 8].

При лечении пациентов с хронической болью изучение установок второй группы имеет важное значение, однако наиболее ценную информацию можно получить при оценке БУ (третья группа). Именно они могут стать ключом к диагностике и поиску пути достижения контроля над болью. БУ пациента, в том числе его твердая убежденность в необходимости продолжения диагностических исследований, оказывают существенное влияние на эффективность проводимой терапии. Так, например, пациенты с паническими атаками (с установкой на органическое заболевание) долгое время проводят в бесплодных поисках причины своего страдания, сменяя один за другим кабинеты специалистов, подвергаясь множеству диагностических процедур и не получая ответа на вопрос, что же с ними происходит. В результате эффективность проводимой терапии часто оказывается низкой.

Как можно выявить БУ

В настоящее время существует несколько методик, рекомендуемых для клинического применения и научных исследований в данной области. К ним относятся:

- анкета для изучения отношения к боли (The Survey of Pain Attitudes, SOPA);
- опросник по БУ и восприятию боли, (The Pain Beliefs and Perceptions Inventory, РВАРІ);
- определение профиля когнитивного риска (The Cognitive Risk Profile, CRP);
- опросник, посвященный стадиям изменения боли (The Pain Stages of Change Questionnaire, PSOCQ).

Анкета «Отношение к боли» (SOPA)

Первая версия этой анкеты впервые была разработана в 1987 г. [16]. В последующие несколько лет она претерпела ряд изменений, и в 1994 г. была предложена третья версия SOPA [17], которая используется в настоящее время. Данная шкала содержит 57 пунктов, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале. Измеряются 7 аспектов БУ.

1. Контроль (ощущение контроля над болью).
2. Нетрудоспособность (установки пациента по отношению к возможности развития нетрудоспособности).
3. Медицинское излечение (вера в возможность излечения с помощью медицинских мероприятий).
4. Попечение (оценка пациентом степени заботы о нем со стороны окружающих).
5. Лекарственная терапия (отношение пациента к лекарственной терапии).
6. Эмоции (установки пациента по поводу влияния эмоций на выраженность боли).
7. Повреждение (вера в то, что боль является отражением какого-то физического повреждения).

Проведенные исследования подтвердили логичность, стройность, валидность теста, а также надежность получаемых с его помощью результатов. Данный тест позволяет провести достоверную оценку психометрических показателей и находить широкое клиническое применение при лечении пациентов с хронической болью. Изучение установок пациента по отношению к боли позволяет оптимизировать лечение, что приводит к лучшим результатам.

Опросник «Болевые установки и восприятие боли» (РВАРІ)

Данный опросник содержит 16 пунктов, с помощью которых исследуются 3 категории установок пациента.

1. Самообвинение.
2. Восприятие боли как необъяснимой.
3. Стабильность (то есть установки

о стабильности, неизменности боли с течением времени).

Исследования показали, что данные шкалы хорошо обоснованы и валидны. Установка на то, что боль является постоянной и не уйдет в результате лечения, коррелировала с действительно худшим ответом на консервативное лечение. Вера пациента в то, что его боль не имеет физиологической причины, была ассоциирована с более редким развитием психологической дезадаптации и соматизации после лечения. Наконец, вера в стабильность и необъяснимость природы боли была связана с негативным отношением к себе и меньшим контролем над болью. Исследование, проведенное Williams и Keefe (1991), подтвердило объективность и пригодность РВАРІ [21]. Опросник получил признание и обнаруживает тенденцию к широкому распространению для клинического применения не только в англоязычных, но и в других странах.

Опросник «Профиль когнитивного риска» (CRP)

Данный опросник, предложенный De Good и соавт. (1996), позволяет более широко изучить БУ пациента. Последняя его версия содержит 68 пунктов, каждый из которых оценивается по 6-балльной шкале. Пациенту предлагается указать степень своего согласия с различными утверждениями, касающимися его боли. Каждое такое утверждение считается адаптивным или дезадаптивным и тем самым потенциально связано с ответом на лечение [13]. Оценка в опроснике проводится по 9 категориям, как-то:

- философские установки;
- влияние настроения на интенсивность боли;
- влияние боли на настроение;
- восприятие вины;
- недостаточность социальной поддержки;
- вид расстройства;
- вера в успех медицинской помощи;
- скептицизм по поводу эффективности многокомпонентного лечения;
- убежденность в безнадежности.

Была отмечена умеренная корреляция результатов данного опросника с результатами клинической беседы и уровнем депрессии/активности [9]. В небольшом исследовании с участием 45 пациентов выявлена его ценность для определения прогноза [13]. Тем не менее между результатами разных категорий отмечается корреляция. Это означает, что изучаемые факторы риска частично взаимосвязаны.

Опросник «Стадии изменения боли» (PSOCQ)

В данном опроснике реализован принципиально иной подход к оценке БУ. Исследуется готовность пациента к изменениям, его способность принимать активное участие в лечении хронической боли, в том числе психологическими методами. Опросник основан на модели, изучающей стадии психологических изменений при хронической боли. Основываясь на этой модели, удалось успешно предсказать ответ на лечение, оценивая роль многих поведенческих факторов риска.

Опросник включает 30 пунктов и оценивает установки пациента, касающиеся 4 категорий, таких как:

- ожидание;
- намерение;
- действие;
- поддержание результата.

Надежность опросника подтверждается целым рядом работ. В процессе исследований был обнаружен интересный факт: пациенты, которые бросили лечение, обычно имели высокие баллы по показателю «Ожидание» и низкие баллы по показателю «Намерение». Изменение результатов опросника у одного и того же пациента до и после лечения обычно коррелировало с хорошим исходом.

Опросник PSOCQ удобен в применении и достаточно надежен. Плюсом является также то, что он позволяет определять прогноз лечения. Тем не менее на данный момент работ, посвященных его использованию, немного; требуются дополнительные исследования, которые позволят определить предсказательную ценность опросника при различных болевых синдромах.

Заключение

Многочисленные исследования указывают на важную роль психологических и социокультурных факторов, определяющих эффективность лечения и исход терапии у пациентов с хронической болью. Одним из важных факторов риска плохого ответа на проводимую терапию являются дезадаптивные БУ. Получены доказательства того, что своевременное выявление дезадаптивных установок и их успешная коррекция позволяют добиваться лучших результатов при лечении. В связи с этим необходимость выявления дезадаптивных установок для клинициста становится очевидной.

Нередко установки пациента прослеживаются уже в личной беседе с лечащим врачом, без использования специальных методов. Однако применение стандартизированных методик позволяет более полно и объективно оценить психологические установки, определить их характер и устойчивость, обосновать оптимальную терапевтическую тактику. Не менее важным является теоретическое изучение БУ, открывающее перспективы более успешного психотерапевтического контроля над ними и оптимизации лечения пациентов с хронической болью.

Литература

1. Голубев В.Л., Данилов А.Б., Вейн А.М. Психосоциальные факторы, гендер и боль // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – Т. 104 (11). – С. 70-73.
2. Петровский А.В. Общая психология. – М., 1976. – С. 116-118.
3. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. – 2002. – С. 348-350.

4. Узнадзе Д.Н. Психология установки. – СПб., 2001.
5. Узнадзе Д.Н. Экспериментальные исследования по психологии установки. – Тбилиси, 1958.
6. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. – М., 1966.
7. Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulations // Journal of Abnormal Psychology. – 1978. – Vol. 87. – P. 49-74.
8. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. – 1977. – Vol. 84. – P. 191-265.
9. Cook A.J., DeGood D.E., Chastain D.C. Age differences in pain beliefs // Poster presented at the 9th World Congress on Pain, Vienna. – 1999, August.
10. DeGood D.E., Tait R.C. Assessment of Pain Beliefs and Pain Coping // In Dennis C. Turk & Ronald Melzack. Handbook of Pain Assessment, Second Edition, Chapter 17. – New York. – 2001. – P. 320-334.
11. DeGood D.E. Reducing medical patients' reluctance to participate in psychological therapies: The initial session // Professional Psychology. – 1983. – Vol. 14. – P. 491-502.
12. DeGood D.E., Kiernan B.D. Pain related cognitions as predictors of pain treatment outcome // Advances in Medical Psychotherapy. – 1997-1998. – Vol. 9. – P. 73-90.
13. DeGood D.E., Kiernan B.D., Cundiff G., Klocek J., Adams L., St. Ferguson J. Development of a patient self-report inventory for predicting pain treatment response: The Cognitive Risk Profile // Poster presented at the 8th World Congress on Pain, Vancouver, British Columbia, Canada. – 1996, August.
14. Flor H., Turk D.C. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables // Journal of Behavioral Medicine. – 1988. – Vol. 11. – P. 251-265.
15. Gatchel R.J., Turk D.C. Psychosocial factors in pain: Critical perspective. – New York: Guilford Press, 1999.
16. Jensen M.P., Karoly P., Huger R. The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain // Journal of psychosomatic research. – 1987. – Vol. 31. – №. 3. – 393-400.
17. Jensen M.P., Turner J.A., Romano J.M., Lawler B.K. Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment // Pain. – 1994. – Vol. 57. – P. 301-309.
18. Turk D.C., Rudy T.E. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1988. – Vol. 56. – P. 233-238.
19. Von Korff M., Dworkin S., LeResche L. Graded chronic pain status: An epidemiologic evaluation // Pain. – 1990. – Vol. 40. – P. 279-291.
20. Waddell G., Main C.J. Assessment of severity in low back disorders // Spine. – 1984. – Vol. 9. – P. 204-208.
21. Williams D.A., Keefe F.J. Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies // Pain. – 1991. – Vol. 46. – P. 185-190.

Русский медицинский журнал, 2010, том 18, специальный выпуск «Болевой синдром».



ЧОТИРНАДЦЯТА УРОЧИСТА ЦЕРЕМОНИЯ ВРУЧЕННЯ ПРЕМІЇ
«ЛЮДИНА РОКУ - 2009»
 20 березня 2010 року, 16:00

Ексклюзивний спонсор - Група ISTIL - Символ довіри

Генеральний медіа партнер

Головний спонсор

Офіційний спонсор

Головний туристичний партнер

Головний страховик

Офіційний медичний партнер

Генеральний інформаційний партнер

Генеральний авіаперевізник

Офіційний юридичний партнер

Спонсор номінації «Кумир українців»

Офіційний готель

Спонсор Спеціального ексклюзивного призу

Спеціальний партнер

Імідж-партнер

Вишуканий партнер

1 ПЕРША ГІЛЬДІЯ

Вшановує перших!