

# Применение стратегии повышения мотивации пациента в лечении хронической боли

**Даже при использовании в лечении хронической боли самых современных препаратов и методов у многих пациентов не наступает улучшения или отмечаются рецидивы. Одной из частых причин резистентности хронической боли является низкая мотивация больных к лечению.**

В настоящее время считается, что наиболее эффективной моделью отношений между врачом и больным является партнерство, при котором они совместно идут по пути избавления от боли, разделяя ответственность за результат лечения. Задача больного на этом пути — не только вовремя принимать препараты и отслеживать возникновение побочных эффектов, но и изменить свое отношение к боли (установки) и способ реагирования на нее (болевое поведение, копинг-стратегии).

Деадаптивное болевое поведение включает мало-подвижный образ жизни вплоть до соблюдения постельного режима, чрезмерную зависимость от приема анальгетиков, ограничение социальных контактов, отказ от работы и др. К примеру, установлено, что пациенты с болью в спине, которые не избегают физической нагрузки, а выполняют посильные упражнения, чаще избавляются от боли. Деадаптивные установки и копинг-стратегии по отношению к боли включают катастрофизацию (преувеличение опасности и серьезности своего заболевания), самообвинение и идею наказания («я плохой человек и заслуживаю боль»), пессимистичное отношение («ничего не получится из этого лечения, будет только хуже») и недооценку полученных результатов, позицию жертвы («от меня ничего не зависит»), погружение в образ больного («я — тяжелобольной человек») и др. Психологические факторы могут существенно затруднять процесс лечения.

Одним из важных компонентов работы врача, занимающегося лечением хронической боли, является влияние на болевое поведение, установки и копинг-стратегии пациента с целью трансформации их из деадаптивных в адаптивные. Для того чтобы такие перемены произошли, необходимо длительное взаимодействие врача и больного. Врач должен проявлять одновременно гибкость и настойчивость, мотивируя, направляя и поддерживая пациента.

В данной статье мы предлагаем поэтапный подход к стимуляции положительных перемен в установках и поведении больного, основанный на мотивационном интервьюировании — методике, которая успешно применяется для лечения алкоголизма, никотиновой и героиновой зависимости, а также для избавления от поведения, связанного с риском ВИЧ-инфицирования, и от склонности к педофилии.

## Стадии изменений

Di Clemente и Prochaska (1982) определили стадии, через которые проходят пациенты, меняя деадаптивное поведение на адаптивное. Согласно этой модели на каждой стадии перед человеком стоят различные задачи, которые необходимо решить, прежде чем перейти к следующей стадии.

1. Больные, которые не предполагают изменений в своем поведении, находятся на стадии «До рассмотрения вопроса». Если они чувствуют, что их принуждают изменить поведение в соответствии с тем, как другие люди, а не они сами, видят проблему, возникает активное сопротивление.

2. «Обдумывание» — это стадия, на которой человек видит необходимость в переменах и серьезно обдумывает некоторые изменения в будущем, но пока еще не готов к активным действиям. Обдумывающие взвешивают все «за» и «против» изменения своего поведения.

3. Стадия «Принятие решения» включает как готовность к изменениям, так и начальные поведенческие шаги.

4. «Действие» проявляется в виде конкретных шагов, которые приведут к желаемым переменам.

5. Люди, находящиеся на пятой стадии, называемой «Поддержанием», прилагают активные усилия для сохранения изменений, достигнутых на стадии «Действие».

6. Те, кто не может удержать достигнутых изменений, переходят в стадию «Рецидив», откуда могут снова войти в цикл перемен с любой точки (например, все бросить и оказаться на стадии «До рассмотрения вопроса» или снова начать со стадии «Действие»).

Prochaska, Di Clemente и Norcross (1992) отметили, что простая помощь пациентам в продвижении на одну стадию удваивает их шансы достигнуть успеха (например, отказаться от курения) в течение следующих 6 мес. В таблице 1 перечислены задачи врача на каждой стадии изменений.

Стадия	Задача врача
До рассмотрения вопроса	Вызвать сомнения — повысить восприятие пациентом риска и проблем, связанных с существующим поведением
Обдумывание	Сместить баланс — привести доводы в пользу изменения, учитывая риск отсутствия изменений; повысить самооценку пациента для изменения существующего поведения
Принятие решения	Помочь пациенту разработать наилучший план действий для достижения необходимых изменений
Действие	Поддержать пациента на пути изменения поведения
Поддержание	Отслеживать прогресс; при необходимости возобновлять мотивацию и готовность действовать
Рецидив	Помочь пациенту проследить процессы обдумывания, принятия решения и действия, не останавливаясь и не теряя надежды из-за рецидива

Применение стадийной модели позволяет врачу дифференцировать подход к ведению больных. Лечение следует подбирать индивидуально в зависимости от стадии готовности пациента. К примеру, вмешательство, требующее активного вовлечения больного, наиболее уместно на стадии «Действие».

## Принципы стратегии повышения мотивации

Несмотря на допущение о том, что поведение врача играет ключевую роль в развитии и поддержании мотивации больного, как ни парадоксально, предлагаемый подход основан на том, что окончательная ответственность за изменения лежит на пациенте. Задача врача заключается в повышении мотивации, а задача больного — в осуществлении действия. В соответствии с предлагаемым подходом клиницисты не должны делать что-либо за пациента или настоятельно советовать какое-либо одно определенное действие. Возложение большей части ответственности за процесс лечения на пациента в действительности повышает, а не снижает вероятность изменения поведения.

Представляем ниже принципы, которыми должен руководствоваться врач, желающий повысить эффективность лечения больного с помощью стратегии повышения мотивации.

## Эмпатическое слушание

Квалифицированному врачу в простых случаях вполне достаточно 2-3 мин для того, чтобы установить диагноз и порекомендовать лечение. Но достаточно ли этого времени для пациента? Наблюдения психологов свидетельствуют о том, что выслушивание врачом истории болезни само по себе оказывает на пациента терапевтическое действие и положительно сказывается на результате лечения. Целители различных культур расценивают выслушивание истории болезни пациента как важную часть терапевтического процесса. Смысл терпеливого и заинтересованного выслушивания заключается в том, что оно дает возможность больному быть более открытым во взаимодействии с врачом, что позволяет добиться

необходимого повышения мотивации пациента. Таким образом, эмпатическое слушание является первым шагом в стратегии повышения мотивации.

## Выражение сочувствия

Сочувствие подробно было описано С. Rogers (1957, 1959): это и демонстрация уважения к пациенту, и активная поддержка его права на самоопределение и самоуправление. Важной позицией, подчеркивающей сочувствие, является безусловное принятие всего сказанного больным без вынесения суждения, критики или порицания. Подобное принятие — это не то же самое, что согласие. Оно отражает желание понять позицию пациента и в то же время быть понятым им. Miller и Rollnick (1991) указали, что при этом подходе больной чувствует свободу выбора в отношении пути изменений, в то время как при подходе, основанном на вынесении суждений, усиливается сопротивление.

## Раскрытие противоречий

Следующая задача врача в соответствии со стратегией повышения мотивации состоит в раскрытии противоречий между существующим в настоящее время поведением пациента и серьезными целями, стоящими перед ним в жизни. Очень важно то, как врач помогает больному раскрыть противоречия. Следует избегать так называемых конфронтационных подходов, поскольку они часто приводят к оборонительной реакции со стороны пациента. Врачу необходимо поощрять больного рассказывать о своей проблеме, чтобы выявить противоречия между целями пациента и его проблемным поведением. Врачу следует реагировать на эти противоречия тогда, когда они высказаны, призывая больного обдумать эти несоответствия. В процессе такой беседы пациент все больше осознает, что его поведение находится в конфликте с его жизненными целями.

## Уклонение от дискуссий

При применении стратегии повышения мотивации врач должен избегать дискуссий, особенно таких, в ходе которых он выступает в защиту конкретного действия. Спор дает пациенту возможность найти причины уклонения от изменений и, скорее, может замедлить изменения, чем способствовать им. Стратегия повышения мотивации предполагает, что сопротивление больного провоцируется поведением врача. Например, сопротивление вероятно тогда, когда врач пытается оказать давление на пациента, призывая последнего изменить поведение до того, как тот будет к этому готов. Если врач замечает, что больной начинает возражать против изменений поведения, это должно стать сигналом к смене стратегии.

## Преодоление сопротивления

С принципом «уклонение от дискуссий» тесно связан принцип «преодоление сопротивления». Врач, использующий стратегию повышения мотивации, должен избегать спора путем изменения стратегии. Помимо несогласия и спора, существуют и другие способы реагирования на сопротивление пациента. В первую очередь это подтверждение высказываний больного таким образом, чтобы продемонстрировать, что врач понимает двойственное отношение пациента к изменениям. В некоторых случаях, когда врач повторяет аргументы больного, выражающие сопротивление, последний может отреагировать отказом от доводов, которые сам ранее приводил против изменения поведения.

## Формирование чувства контроля над болью

Одним из важных звеньев патогенеза при хронической боли является ощущение беспомощности перед болью. Это чувство фрустрирует больного, усиливает его дезадаптацию и в конечном счете усугубляет страдание. Очень важной задачей врача в связи с этим является создание у пациента ощущения контроля над болью. Известный американский ученый J.D. Frank утверждает, что чувство контроля является одной из главнейших сил мотивации и укрепления

духа и может оказывать огромное влияние на состояние пациента и течение болезни. J.D. Frank указывает, что чувство контроля порождает позитивные чувства в противоположность чувствам отчаяния, оторванности, враждебности, неудачи, никчемности, беспомощности, беспомощности, бессилия. «Все успешные виды терапевтического воздействия, — считает ученый, — явно или неявно изменяют образ пациента в его собственных глазах с личности, утонувшей в своих проблемах и симптомах, на личность, способную управлять таковыми».

Данный феномен в научной литературе обозначается как самоэффективность. Самоэффективность можно определить как веру человека в то, что он способен к определенному поведению. К ней относятся вера в свои способности и оптимизм в отношении успешности усилий, которые будут предприняты для изменения поведения. Все усилия по выражению сопереживания, раскрытию противоречий, разъяснению аргументации и преодолению сопротивления могут оказаться неэффективными, если пациент не верит в то, что способен осуществить необходимые изменения. Следовательно, важным аспектом стратегии повышения мотивации является утверждение или задавание вопросов, которые могут ему поверить в то, что изменения возможны.

### Специфические стратегии мотивации

Принципы, описанные выше, можно рассматривать как первоочередные задачи клинициста, применяющего подход, основанный на стратегии повышения мотивации. Для приложения описанных принципов к лечению хронической боли существует множество приемов — терапию, повышающую мотивацию, которая первоначально была разработана Miller и соавт. для снижения злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости.

Стратегии фазы 1 наиболее эффективны на стадии «До рассмотрения вопроса» и «Обдумывание»; они предназначены для того, чтобы пациенты задумались об изменениях в поведении. Стратегии фазы 2 используются на стадии «Обдумывание», когда человек почти готов решиться на изменения; они предназначены для смещения баланса в сторону изменений при неустойчивом настроении. Стратегии фазы 3 используются в отслеживающих беседах после того, как больной выразил готовность к изменениям и имел возможность совершить действие.

### Фаза 1. Стратегии, повышающие мотивацию к изменению поведения

Стратегии фазы 1 направлены на то, чтобы добиться от пациента самомотивирующих заявлений. Цель их применения — увеличить вероятность того, что больной в дальнейшем примет адаптационную модель поведения. Стратегии фазы 1 включают эмпатическое слушание, задавание открытых вопросов, предоставление личной обратной связи, подкрепление успехов пациента, преодоление сопротивления и обобщение. Врач, работающий по системе терапии, повышающей мотивацию, применяет эти стратегии при первом разговоре с больным. Примеры вопросов, которые можно использовать в рамках фазы 1, представлены в таблице 2.

Поскольку реакции пациента на стратегии фазы 1 дают информацию о готовности к изменениям, эти стратегии позволяют оценить, на какой стадии перемен находится пациент. Таким образом, данный подход можно считать как диагностикой, так и вмешательством. Когда больной завершает стадию «Обдумывание» и начинает продвигаться к стадии «Принятие решения», врачу следует сменить стратегии, повышающие мотивацию (фаза 1), на стратегии, укрепляющие готовность к изменениям (фаза 2).

### Фаза 2. Стратегии, укрепляющие готовность к изменению поведения

Важно правильно выбрать время перехода от стратегий фазы 1 к стратегиям фазы 2. Если врач меняет стратегию слишком рано, когда больной еще находится на стадии «До рассмотрения вопроса об изменениях поведения», очевидно, что пациент будет сопротивляться, и прогрессирование к «Принятию решения» и «Действию» заблокируется. Но если пациент уже находится в стадии «Принятие решения», стратегии фазы 1, которые стимулируют обдумывание вопроса об изменении поведения, могут оказать нежелательное действие, вызывая у больного раздражение.

Представьте себе курильщика, который решил бросить курить и обращается к врачу за помощью. Если врач уделяет слишком много времени рассмотрению всех причин, по которым следует отказаться от курения, время тратится впустую, хотя его можно было бы использовать для рассмотрения стратегий и разработки плана отказа от курения. Теперь представьте себе визит к врачу человека, который еще не рассматривал вопрос об отказе от курения, он обратился за помощью в связи с бронхитом. Если врач попытается предложить ему помощь в разработке плана отказа от курения, очевидно, что пациент будет сопротивляться («Я пришел сюда за лекарством, а не для того, чтобы слушать лекцию!»).

Основная цель стратегий фазы 2 состоит в разработке плана изменения поведения и в получении согласия больного на выполнение этого плана. Сами стратегии представляют собой следующее: помощь пациенту в разработке плана; сообщение о свободе выбора; обсуждение последствий изменений по сравнению с последствиями отсутствия изменений; предоставление информации и совета, если это требуется; преодоление сопротивления; составление плана изменений; повторение и просьба подтвердить готовность к действию. К завершению фазы 2 у пациента должен быть план изменений поведения и он должен выразить готовность следовать этому плану.

В рамках фазы 2 мы рекомендуем пациентам составить (письменно) и подписать следующий список (по материалам Miller, Zweben, DiClemente и Rychtarik, 1992).

- Я хочу изменить следующее...
  - Наиболее важные причины для этих изменений...
  - Шаги, которые я собираюсь предпринять для этих изменений...
  - Каким образом мне могут помочь другие люди...
  - Я пойму, что мой план работает, когда...
  - То, что может помешать моему плану...
- Рассмотрим эти пункты подробнее...

#### «Я хочу изменить следующее...»

Для эффективного плана изменения поведения необходимы ясные цели, важность которых определяется пациентом. Однако для лиц, страдающих хронической болью, не связанной с онкологическим заболеванием, разумно избегать внесения в список уменьшение боли в качестве основной цели. Дезадаптивные реакции на боль (например, злоупотребление анальгетиками и покой как решение проблемы боли) часто снижают интенсивность боли в краткосрочной перспективе, но увеличивают в долгосрочной. По этой причине основная цель в виде уменьшения боли, помещенная на первое место в плане изменений, может в действительности работать против позитивной адаптации. Пациенты, которые настаивают на сохранении снижения боли в списке, могут согласиться на снижение боли до минимума в долгосрочной перспективе в качестве одной из нескольких целей.

#### «Наиболее важные причины для этих изменений...»

Врач может напомнить больному перечисленные им аргументы «за» и «против» изменения поведения. Врач должен быть уверен, что делает акцент именно на тех причинах изменения поведения, которые пациент считает наиболее важными, и в особенности на тех, что составляют его основополагающие ценности.

#### «Шаги, которые я собираюсь предпринять для этих изменений...»

Врачу следует перечислить идеи по изменению поведения, о которых заявлял больной. Идеи, высказанные врачом, могут быть включены только в том случае, если пациент воспринимает их как свои собственные. Чем конкретнее планы, тем полезнее будет этот раздел списка для больного.

#### «Каким образом мне могут помочь другие люди...»

Врачи, занимающиеся лечением хронической боли, давно признают важность реакции окружающих, которая существенно влияет на функционирование пациента. Обсуждение с больным и его родственниками конкретных шагов для того, чтобы помочь пациенту в его адаптационных изменениях, повышает шансы на осуществление изменений.

#### «Я пойму, что мой план работает, когда...»

Поскольку адаптационные изменения при проблемах боли достаточно затруднительны, важно определить некие точки отсчета, которые позволят человеку понять, что он движется в правильном направлении. Подобные точки отсчета действуют в качестве подкрепления для сделанных усилий.

#### «То, что может помешать моему плану...»

Если пациент выявляет проблемы, с которыми он может столкнуться, и создает план их решения, он может предотвратить проблемы или достаточно легко с ними справиться.

### Фаза 3. Стратегии проверки исполнения планов

Исходя из того что наиболее серьезным препятствием к изменениям в сторону адаптационного поведения является отсутствие мотивации к этим изменениям, а не отсутствие информации или навыков, фазы 1 и 2 можно считать самыми трудными. Как только мотивация была выработана (фаза 1), а затем сформулирована в виде четкого плана действий и получено согласие следовать этому плану (фаза 2), происходят адаптационные изменения. Фаза 3, которая представляет собой проверку исполнения и работу по систематизации полученных результатов, состоит всего из таких стратегий, как отслеживание прогресса, проверка мотивации (при необходимости) и повторное подтверждение готовности следовать намеченному плану (при необходимости).

### Что делать, если стратегия повышения мотивации не дала результатов?

В некоторых случаях пациенты на стадии «До рассмотрения вопроса» остаются приверженными дезадаптивным стратегиям и не реагируют на слова врача. Попытка пойти путем мотивационного интервьюирования вызывает у таких людей только раздражение и нетерпение («Доктор, так Вы назначите мне капельницы или будете и дальше тратить время на бесполезные разговоры?!»). При работе с такими больными рекомендуется хотя бы заставить их засомневаться в правильности дезадаптивного поведения и указать на возможность другого типа реагирования: «В отношении своего здоровья Вы имеете право поступать так, как считаете нужным, и я уважаю это право. Вы считаете, что хирургическое лечение подходит Вам больше, но мы не занимаемся хирургическим лечением. Если когда-нибудь Вы заинтересуетесь другими подходами к управлению болью, мы готовы Вам помочь».

### Заключение

Хотя изначально мотивационное интервьюирование было разработано для помощи больным, страдающим алкоголизмом, этот подход стал применяться при лечении других поведенческих проблем, оказывающих влияние на здоровье. Стратегия повышения мотивации актуальна и для лечения хронической боли, принимая во внимание многочисленные мотивационные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты, пытаясь выработать и поддерживать адаптивное реагирование на боль. Предлагаемый подход согласуется с общепринятой практикой комплексного лечения хронической боли, при котором делается акцент на стимулирование реакций психофизиологической адаптации к боли. Стратегия повышения мотивации значительно снижает сопротивление пациента во взаимодействии с врачом.

Учитывая все вышесказанное, стратегия повышения мотивации может широко применяться в практике неврологов, терапевтов и других врачей, занимающихся лечением хронической боли.

Список литературы находится в редакции.  
РМЖ. Болевой синдром, 2011, т. 19



Признание проблемы	«Как Вам кажется, в последние 6 мес Вы стали чувствовать себя хуже или лучше?». «Что Вы сейчас делаете, чтобы справиться с болью? Это помогает?». «От чего Вам пришлось отказаться из того, что Вы делали до возникновения боли?»
Опасения	«Что Вас больше всего беспокоит в связи с проблемой боли?». «Что Вас пугает? Что может случиться, если Вы не попытаетесь подойти по-новому к этой проблеме?»
Намерение внести изменения	«Факты говорят о том, что Вы хотели бы, чтобы ситуация изменилась. Чем Ваша жизнь должна отличаться от сегодняшней?». «Что Вы больше всего хотите изменить?»
Оптимизм	«Пытались ли Вы изменить свою жизнь раньше? Что из этого далось Вам легко, а что — с трудом?». «Какие стороны Вашей жизни еще не затронуты проблемой боли?». «Какие события Вашей жизни доказывают, что у Вас могло бы это получиться?». «Что было бы для Вас легче: снизить употребление лекарственных препаратов, выполнять физические упражнения и т. д.?». «Какие аспекты своей жизни Вы контролируете лучше всего?»