

Клышевич Наталья Юлиановна

канд. психол. наук, доцент

Белорусский государственный университет

г. Минск, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА СОЦИАЛЬНУЮ БУФЕРИЗАЦИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

Аннотация: представлены современные подходы к пониманию феномена хронической боли. Аргументирована важность использования биопсихосоциальной модели хронической боли. Описаны возможности когнитивно-поведенческой терапии в лечении хронической боли. Обосновано влияние социальных факторов, в том числе характера взаимодействия в семье, для социальной буферизации хронической боли.

Ключевые слова: хроническая боль, болевое поведение, когнитивно-поведенческая терапия, семья, социальные факторы.

Хроническая боль – явление, широко распространенное во всем мире. По данным ВОЗ, 20% населения в мире страдает об боли. European Pain Federation отмечает, что люди с хронической болью имеют ограничения в передвижении и повседневной активности, характеризуются общим снижением качества жизни. 85% пациентов с хронической болью подвержены депрессии. Рандомизированное исследование «Боль в России» показало, что среди российских пациентов с хронической болью наиболее распространены боль в спине и шее (56,7%) и головная боль (41,2%).

Согласно Международной ассоциации по изучению боли (IASP) хроническая боль определяется как субъективное неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или схожее с таковым переживанием (2020).

Как следует из пояснений к пересмотренному определению, предложенных рабочей группой IASP, боль – это личное переживание, на которое в различной степени оказывают влияние биологические, психологические и социальные

факторы. Боль не может быть вызвана исключительно активностью сенсорных нейронов. Боль может оказывать неблагоприятное воздействие на функционирование, социальное и психологическое благополучие личности.

Важными представляются пояснения экспертов рабочей группы IASP, данные ими к пересмотренному определению боли:

- боль – это личное переживание, на которое в различной степени оказывают влияние биологические, психологические и социальные факторы;

- боль и ноцицепция – разные феномены. Боль не вызывается исключительно активностью сенсорных нейронов;

- на основании своего жизненного опыта люди узнают содержание боли;

- следует уважать сообщение человека о переживании боли;

- несмотря на то, что боль обычно выполняет адаптивную функцию, она может оказывать неблагоприятный эффект на функционирование и социальное и психологическое благополучие человека;

- вербальное описание – только один из нескольких вариантов поведения для выражения боли; неспособность вербализовать свои ощущения не отрицает возможность, что человек испытывает боль) [4].

В настоящее время хроническая боль приобрела статус отдельной нозологии, что подчеркнуто в МКБ-11, где появилась отдельная классификационная единица – «хроническая боль».

Подсчитано, что пациенты с хронической болью посещают врача в 5 раз чаще, у них теряется трудоспособность, что негативно влияет не только на качество жизни человека, но и экономику общества (Т. Тябут). Лечение хронической боли обходится дороже, чем суммарное лечение болезней сердца, сахарного диабета и онкологических заболеваний (С. Гапанович).

Биомедицинская модель соотносит выраженность боли со степенью биологических изменений в организме: чем они больше, тем сильнее боль. В то же время в ней не учитывается роль психологических или социальных факторов.

В настоящее время очевидно, что хроническую боль невозможно объяснить с помощью биомедицинской модели. Исследования последних лет

продемонстрировали существенное значение психологических и социокультурных факторов в формировании и поддержании хронической боли. Это нашло отражение в биопсихосоциокультурной модели боли, в соответствии с которой боль представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов (D. Turk).

Установлено, что при переходе боли в хроническую, доминирующую роль в поддержании болевого поведения начинают играть психологические особенности личности (D. Turk, St. Monarch). Это объясняется акцентуацией имеющихся личностных характеристик под воздействием стресса, которые в дальнейшем могут перерасти в депрессию, тревожное, соматоформное, аддиктивное расстройства [1]. Наличие данных расстройств затрудняет и осложняет лечение и реабилитацию больных с хронической болью. Как следствие, программы по лечению хронической боли, которые не предусматривают воздействия на психологические факторы, неэффективны (Ан. Данилов, Ал. Данилов, 2018).

В контексте изучаемой проблематики важными представляются идеи о социальной буферизации боли, связывающая ослабление авersiveвных стимулов с характером социального взаимодействия (Brown et al. 2003). Это означает необходимость учитывать влияние социальных факторов на переживание человеком хронической боли. Данная группа факторов включает семью, в которой живут люди, семью, в которой они росли, социокультурный контекст, в котором они живут, а также тип и источники информации, которые расцениваются как авторитетные. Социальные факторы влияют на то, как семья и другие социальные группы реагируют на человека, испытывающего хроническую боль, как они строят взаимодействие с ним.

Доказано, что поддерживающий партнер может смягчить ощущение боли, включая толерантность к ней (López-Martínez et al., 2008) и эмоциональное выражение страха (см. Epley, 1974). В клинике социальная поддержка может оказывать обезболивающее действие на послеоперационную боль (Kulik and Mahler, 1989). Кроме того, воспринимаемый уровень социальной поддержки коррелирует с рейтингом боли (Kerns et al., 2002) и поведением, связанным с болью (Gil

et al., 1987). В то же время замечено, что как чрезмерный уровень социальной поддержки, так и его недостаток, негативно влияют на болевое поведение. В частности, когда брачный партнер начинает брать на себя обязанности самого болеющего человека, демонстрировать чрезмерно заботливые и утешающие ответы на его болевое поведение, это ведет к снижению социальной активности, преобладанию малоподвижного образа жизни, увеличивает риск развития депрессии и усиления боли. Чем больше поддержки и внимания получает человек в семье, тем больше закрепляется болевое поведение (Flor H. et al., 1987). В присутствии более заботливого супруга больные сообщали о наличии более выраженной боли, чем в присутствии нейтрально настроенного медицинского работника. Опрос пациентов с хронической болью продемонстрировал интересную закономерность: в нескольких поколениях семейной системы была выявлена специфическая общая модель реагирования на боль. Это отражает роль социального научения, гиперопеки родителей в детстве в формировании болевого поведения, его положительном подкреплении.

Низкая социальная поддержка связана со снижением удовлетворенности качеством жизни, большей депрессией, тяжестью боли, инвалидизацией. Следовательно, демонстрация социальной поддержки требует исключения ее крайних вариантов [3]. Это предполагает совместное времяпровождение с членом семьи, испытывающим боль, без фокусирования на его телесных ощущениях, умение присутствовать «здесь-и-сейчас», участие членов семьи в совместной деятельности.

Как видим, для достижения успеха лечение должно быть направлено не только на физические аспекты, но и на когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы, связанные с хронической болью. Это предполагает необходимость мультидисциплинарного подхода к управлению и лечению хронической боли.

Поэтому все более востребованными становятся подходы психотерапии, нацеленные на работу с болью. В наибольшей степени для реализации данной цели подходит когнитивно-поведенческая терапия [2]. В частности, когнитивно-

поведенческая терапия рекомендуется при работе с депрессией и тревожными расстройствами (Д.Барлоу, 2008), соматоформным болевым расстройством (Woolfork R.L. et al, 2006), фибромиалгией (Bernardy K. et al., 2013), хронической неспецифической болью в нижней части спины (Airaksinen O. et al., 2006), головной болью напряжения (Bendsen L et al., 2010), инсомнией (Schutte-Rodin S. et al., 2008), диабетической полиневропатией (Otis J.D. et al, 2013).

Следует подчеркнуть, что когнитивно-поведенческая терапия воздействует на психологические и социальные компоненты боли (Otis J.D. et al, 2007). Она нацелена на изменение негативных представлений о боли, которые есть у пациента, а также формирование у него новых поведенческих навыков и их закрепление в повседневной жизни человека. Доказан положительный эффект влияния когнитивно-поведенческой терапии на интенсивность боли и улучшения в отношении инвалидности и дистресса (Gatchel, McGeary, Lippe 2020).

Боль часто описывается с точки зрения сенсорного, аффективного (эмоционального) и когнитивного (мышления) компонентов (Melzack and Katz). Если лекарственное воздействие может быть оказано на два первых компонента боли в силу их связи с физиологией, то психотерапия способна повлиять на все три компонента.

Таким образом, приведенные в статье исследовательские данные свидетельствуют о необходимости реализации междисциплинарного подхода в лечении и реабилитации больных с хронической болью. Данный подход, основанный на биопсихосоциальной модели, предполагает командную работу ряда специалистов – врачей, физиотерапевтов, инструкторов по лечебной физкультуре, психотерапевтов (Л. Гавриленко, С. Гапанович, В.А. Парфенов, А. Шепелькевич, D. Turk). Значимыми представляются идеи о возможности социальной буферизации боли, которая связывается с характером социальных контактов человека, прежде всего в системе семьи, как ближайшего социального окружения личности.

Список литературы

1. Данилов Ан.Б. Управление болью / Ан.Б. Данилов, Ал.Б. Данилов. – М.: ООО «Группа Ремедиум», 2018. – 148 с.

2. Парфенов В.А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / В.А. Парфенов, В.А. Головачева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 288 с.

3. Tripp D. Catastrophizing and pain-contingent rest as predictors of patient adjustment in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome / D. Tripp, C. Nickel, Y. Wang, M. McNaughton-Collins, J. Landis et al. // The Journal of Pain. – 2006. – V.7. – P. 697–708.

4. Яхно Н.Н. Новое определение боли Международной ассоциации по изучению боли / Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкин, М.В. Чурюканов, О.С. Давыдов, М.А. Бахтадзе // Российский журнал боли. – 2020. – №4. – С. 5–7.