

**Клышевич Наталья Юлиановна**

канд. психол. наук, доцент

УО «Белорусский государственный университет»

г. Минск, Республика Беларусь

## **ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ВЗРОСЛЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЛИЧНОСТИ**

***Аннотация:** в статье представлены актуальные теоретические подходы к пониманию хронической боли и ее механизмов. Обоснована значимость био-психосоциальной концепции хронической боли, необходимость учета влияния психологических и социальных факторов при разработке программ работы с хронической болью. Описаны возможности когнитивно-поведенческой психотерапии в работе со взрослыми, имеющими хроническую боль. Аргументирована важность психообразования для формирования навыков управления болью.*

***Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая терапия, психообразование, хроническая боль, управление болью.*

Хроническая боль является актуальной проблемой современного общества. По определению IASP (Международной ассоциации по изучению боли), пересмотренном и дополненном в 2020 году, боль представляет собой субъективное неприятное переживание, имеющее сенсорный и эмоциональный характер, вызванное подлинным или потенциальным повреждением ткани.

В мире, как отмечает Т.И. Насонова, от разных видов боли страдают 64% населения. Из них 45% составляют те, кто испытывает хроническую боль. В России к аналогичной категории относят до 57% пациентов. При запросе «chronic pain» в базе данных PubMed за последние 5 лет общее число публикаций по проблеме – почти 54 тысячи, что косвенно подтверждает ее актуальность и значимость. Боль, особенно хроническая, которая длится более 3 месяцев, оказывает существенное влияние на качество жизни, физическое и психическое благополучие личности (Н.С. Бофанова, А.Б. Данилов, М.Ф. Peres).

Как следует из вышеприведенного определения, боль является многофакторным феноменом, который невозможно связывать исключительно с активностью сенсорных нейронов, ноцицепцией. По мнению экспертов рабочей группы IASP, боль – это личное переживание, на которое влияют как биологические, так и психологические, а также социальные факторы. Вклад каждого из данных факторов возможно учесть, если опираться на биопсихосоциальную концепцию, в рамках которой боль рассматривается как результат динамического взаимодействия психологических, биологических и социокультурных влияний. Важным представляется дополнение о том, что удельный вес этих трех факторов может меняться в зависимости от стадии заболевания. Именно взаимодействие и взаимовлияние психологических, биологических и социокультурных факторов приводит к формированию индивидуального переживания боли [3]. При этом, согласно модели С.Ф. Микаила, П.Р. Хендерсона и Г.А. Таска, биологические изменения служат провоцирующим событием в развитии синдрома хронической боли, в то время как интрапсихические и внешние переменные служат факторами уязвимости. Так, было доказано, что при хронической боли основную роль в поддержании болевого поведения начинают играть психологические особенности личности (D. Turk, St. Monarch). По мнению Ан.Б. Данилова и Ал.Б. Данилова, программы по работе с хронической болью, не предусматривающие воздействия на психологические и социальные факторы, имеют низкую эффективность. Вследствие этого необходим мультидисциплинарный подход в лечении хронической боли (С.В. Гапанович). Он предполагает совместную деятельность полипрофильной команды специалистов – врачей, физиотерапевтов, инструкторов лечебной физкультуры, психологов. Предпочтительность междисциплинарного лечения хронической боли доказано в исследованиях Dorflinger et al., Kamper et al., Turk et al.

Когнитивно-поведенческая терапия как научный, доказательный подход позволяет успешно работать с хронической болью (Т. Palermo, С. Eccleston, S. Morley, J.D. Otis et al, А.Н. Еричев, А.А. Прибытков). Перспективным представляется использование термина «rain managment» (управление болью), как для

специалистов, так и в работе с пациентами. В частности, Х. Макдональд отмечает, что основной целью работы с хронической болью является не ее снижение, так как это не всегда возможно, а формирование навыков управления болью. Это предполагает увеличение активности, контроля, обучение навыкам регулирования своих мыслей, эмоций и поведения.

Важным шагом на пути формирования навыков управления болью является психообразование пациентов. А. Бек и Дж. Бек подчеркивают важность психообразования клиентов как средства повышения их активного участия в терапевтическом процессе. Большинство взрослых с хронической болью многократно консультируются специалистами медицинского профиля, имеют длительную историю наблюдений. Часто подобный опыт приводит человека к восприятию имеющихся у него симптомов как проявлений неизвестного заболевания либо заболевания, которое не поддается лечению [4]. Это усиливает ощущение безнадежности, формирует искаженные представления о болезни, пассивную позицию в ее отношении. Между тем, как подчеркивает А.Б. Данилов, представление человека о том, что его боль непреодолима, ведет к тому, что он не прилагает усилий к адаптации к сложившейся ситуации, сводит к минимуму собственные возможности ее контроля. Доказано, что вера в стабильность и необъяснимость природы боли связана с негативным отношением к себе и меньшим контролем над болью [12]. Данную закономерность подтверждают результаты исследования Дж.Ф. Киф, Дж. Дансмор и Р. Бернетт. Авторы считают, что при хроническом болевом синдроме когнитивные оценки в большей степени оказывают влияние на аффективные и поведенческие реакции человека, обуславливая его адаптацию и физическую активность. При этом важную роль играют различные варианты поведения (пассивные и активные) и когнитивные процессы (ожидания, отношение к происходящему, надежды и др.), которые могут, как поддерживать человека, так и обострять его болевую проблему [8]. Так, взрослые с хронической болью, обладающие негативными пессимистическими ожиданиями касательно своей болезни, зачастую уверены в собственной беспомощности, что сказывается на их способности совладать с болью и контролировать себя.

Последствия такой когнитивной оценки сводятся к фиксации на болевой проблеме, к пассивному образу жизни и психосоциальной дезадаптации личности.

Психообразование в когнитивно-поведенческой терапии направлено на предоставление клиенту информации о природе его проблем, теориях и механизмах формирования хронической боли, методах совладания с ней, роли психологических и социальных факторов в хронизации боли [7]. Оно может проводиться как в индивидуальном, так и в групповом формате.

В рамках статьи представляется важным рассмотреть, какая именно информация на этапе психообразования будет, с нашей точки зрения, полезна для взрослых, испытывающих хроническую боль. Для объяснения симптоматики и механизмов формирования хронической боли можно обратиться к теории контроля ворот боли Р. Мелзака и П. Уолла [11]. Идея авторов о том, что центральная нервная система не является просто приемником и передатчиком болевых сигналов, а может уменьшать или усиливать ощущение боли, изменять фактические сенсорные данные, позволяет продемонстрировать вклад психологических факторов в формирование боли. В качестве части нейронного процесса восприятия боли, по мнению Р. Мелзака и П. Уолла, вовлечены многие области центральной нервной системы, в том числе связанные с эмоциями и когнициями личности, а не один «центр боли». Расширение теории воротного контроля боли привело в модели нейроматрикса, которую также возможно использовать при объяснении того, как формируется и поддерживается боль. Данные теоретические подходы способны продемонстрировать значимость биопсихосоциальной концепции в работе с хронической болью. Знакомство с теорией контроля ворот и нейроматрикса боли позволит пациентам понять свой личный болевой опыт.

Следовательно, предоставление в доступной форме информации о том, как мозг обрабатывает сенсорные данные о боли, способно создать необходимую базу для последующей когнитивной работы. Идеи Р. Мелзака и П. Уолла содействуют обоснованию применения когнитивной модели в работе с хронической болью.

С этой же целью можно в ходе психообразования рассказать о структуре боли, которая включает вегетативный, аффективный, перцептуальный, двига-

тельный и когнитивный компоненты. Это позволит человеку понять, как его отношение к боли, активность в управлении ею будут влиять не только на болевые ощущения, но и на его качество жизни в целом. К примеру, в работе Е.А. Барулина с коллегами доказано, что результаты лечения пациентов с установками на необъяснимый характер боли и пессимистическими ожиданиями в отношении длительности болевого расстройства были хуже по сравнению с оптимистически настроенными взрослыми [1].

Кроме того, можно познакомить пациентов с влиянием стресса на хроническую боль. Модель стресса Р. Лазаруса и С. Фолкман дает ответ на этот вопрос [9]. По мнению авторов, когнитивные способности пациентов оказывают прямое влияние на их адаптацию к хронической боли. Это становится возможным через их оценки боли и ее стрессоров, которые, в конечном итоге, определяют выбор вариантов совладания – пассивный или активный. Данная информация позволяет понять, что боль может быть стресс-индуцированной. Следовательно, овладение навыками регуляции стресса также будет способствовать управлению болью.

Представляется полезным знакомство пациентов с моделью предвзятости внимания, которая получила эмпирические подтверждения. По свидетельству А. Arntz и А. Schmidt, хроническая боль ведет к сильной концентрации на ее физических симптомах, формированию гиперчувствительности, которая характеризуется снижением порога идентификации «опасных» раздражителей [6]. Такие взрослые интерпретируют даже незначительные сенсорные сигналы как симптомы болезни. Усилия, которые они предпринимают в целях контроля, часто связаны со уменьшением или отказом от физической активности, формированием кинезиофобии (А. Okifuji, D.C. Turk). Между тем подобная стратегия может привести к усилению хронической боли, о чем больные часто не осведомлены.

Значимой частью психообразования является социализация клиента в когнитивной модели, предложенной А. Беком. Разъяснение роли когниций в формировании эмоций, телесных и поведенческих реакций человека будет способствовать осознанию пациентами клинически полезных стратегий совладания с

хронической болью. D. Schwartz с коллегами доказали, что больные, которые приняли и усвоили когнитивную модель, продемонстрировали более высокие результаты последующего лечения. Следовательно, социализация в когнитивной модели может выступать своеобразным предиктором успешности лечения [2].

Усугубить воздействие хронической боли может ее катастрофизация со стороны пациента. Катастрофизация характеризуется дезадаптивной, негативной оценкой определенных симптомов, а также повышенным вниманием к ним. Она включает три основных компонента: постоянное размышление о симптомах (руманицию), преувеличение тяжести заболевания и его прогноза, безнадежность, проявляющаяся в восприятии сложившейся ситуации как непреодолимой [10]. Как выявлено в исследованиях, катастрофизация связана с тревогой и депрессией. Интересно наличие связи между оценками болевых ощущений и катастрофизацией. Значительное число корреляций обнаружено с аффективным компонентом боли. Однако наибольшее число связей зафиксировано между безнадежностью и оценками боли.

Важным представляется вывод о том, что взрослые, обладающие установкой катастрофизации, характеризуются более низким самоконтролем по сравнению с теми, у кого данная установка отсутствует [5]. Заслуживают внимания эмпирические данные, представленные в работе M.J. Sullivan с коллегами, выявившим наличие положительной корреляции катастрофизации боли и снижения мышечной силы.

Как видно из представленных эмпирических данных, психологические факторы играют значимую роль в хронизации боли. Когнитивно-поведенческая терапия, являющаяся общепринятым стандартом вмешательства при боли, имеет хорошую базу для работы с когнициями, в том числе с когнитивными искажениями пациентов, к которым относят и катастрофизацию. Сообщение этих данных взрослым с хронической болью решает важную терапевтическую задачу – формирование надежды.

Таким образом, психообразование является важным этапом когнитивно-поведенческой терапии хронической боли. Оно оказывает положительное влия-

ние на функциональные, когнитивные, эмоциональные и поведенческие особенности взрослых с хронической болью. психообразование содействует развитию навыков управления хронической болью, трансформации пассивной позиции по отношению к болезни, создает условия для усиления субъектности личности.

### *Список литературы*

1. Барулин А.Е. Дорсалгии: болевые установки и эмоциональный статус пациентов / А.Е. Барулин, Н.В. Матохина, Е.П. Черноволенко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2012. – №4. – С. 30–33. EDN SJTBWP
2. Данилов Ал.Б. Когнитивный аспект хронической боли / Ал.Б. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – №4. – С. 113–118. EDN NQZNR
3. Данилов Ан.Б. Управление болью / Ан.Б. Данилов, Ал.Б. Данилов. – М.: Группа Ремедиум, 2018. – 148 с.
4. Прибытков А.А. Соматоформные расстройства. Ч. 2. Методика когнитивно-поведенческой терапии / А.А. Прибытков, А.Н. Еричев // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – №2. – С. 10–16. EDN ZBKATT
5. Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника // Клиническая и специальная психология. – 2020. – Т. 9. №4. – С. 169–187. DOI 10.17759/cpse.2020090409. EDN YKHVJO
6. Arntz A., Schmidt A.J.M. Perceived control and the experience of pain // Stress, personal control and health. – Chichester, 1989. – P. 131–162.
7. Di-Bonaventura S., Ferrer-Peña R., Pardo-Montero J., Fernández-Carnero J., La Touche R. Perceived benefits and limitations of a psychoeducation program for patients with fibromyalgia: an interpretative phenomenological analysis // Frontiers in Psychology. – 2024 – Vol. 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1422894>. EDN ZJNCNG
8. Keefe, F., Dunsmore J., Burnett R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions // Journal of consulting and clinical psychology. – 1992. – №60 (4). – P. 528–536.

9. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. – New York: Springer Pub. Co., 1984. – 445 p.

10. Lukkahatai N., Saligan L.N. Association of catastrophizing and fatigue: A systematic review // Journal of Psychosomatic Research. – 2013. – P. 100–109.

11. Melzack R., Wall P.D. Pain Mechanisms: A New Theory // Science. – 1965. – Vol. 150. – P. 971–978. EDN IDBJQH

12. Williams D.A., Keefe F.J. Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies // Pain. – 1991. – Vol. 46. – P. 185–190.