

дающего от болей. Доброжелательность и внимание со стороны близких благотворно действуют на больного и успокаивают его.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С БОЛЬЮ

Начиная с самого раннего детства, с самого момента рождения каждый из нас сталкивался с переживанием боли — от ушибов, порезов, ожогов, медицинских прививок и уколов, укусов насекомых, растяжений связок и т. д. Кроме того, кто-то перенес сильную боль в результате травмы или хирургического вмешательства. Кто-то испытывал и постоянную хроническую боль — в спине, суставах, сердце, голове, связанную с хроническими заболеваниями, такими как ревматизм, остеохондроз, нарушения кровообращения или артриты. Все виды боли требуют от человека того или иного направленного поведения. Например, при уколе надо неподвижно держать руку или спокойно лежать, при боли в сердце надо выполнять целый цикл последовательных действий, направленных на купирование сердечного приступа. В любом случае при переживании боли человек никогда не остается пассивным наблюдателем.

Боль побуждает к определенному поведению и предполагает целый комплекс направленных действий. Многие из этих комплексов, связанных с переживанием боли, уже классифицированы и осмыслены, существуют целые направления техник, основанных на этих классификациях. Надо помнить, что несмотря на то, что травма или

источник боли может находиться в любой части тела, само переживание и чувство боли сосредоточено в центральной нервной системе. Ее состояние прямо влияет на степень выраженности боли и даже на само наличие чувства боли.

Известны опыты, когда человеку в гипнотическом состоянии внушается невосприимчивость к тем или иным ощущениям, например к нему прикасаются горячей сигаретой, но внушают, что это сосулька, и, несмотря на достаточно длительное воздействие, никаких следов ожога у него не возникает. Или наоборот — к человеку прикасаются карандашом, а внушают, что это сигарета, и он испытывает острую боль от ожога, и у него даже возникает ожоговый пузырь. Известны даже случаи проведения полномасштабных хирургических операций под гипнозом. При этом пациент находился в сознании и поддерживал словесный контакт с врачом. Таким образом, болевое ощущение может эффективно трансформироваться центральной нервной системой в любом направлении — в сторону как усиления, так и снижения. Значит, бороться с болью можно разнообразными путями: устранять ее причину (раздражающий фактор), блокировать прохождение боли по проводящим нервным путям (например, блокируя нервную проводимость новокаином или другими анальгетиками), трансформировать болевые ощущения направленной активностью нервной системы (волевым направлением внимания или поведения).

Боль — это всегда высокое, пиковое возбуждение в центральной нервной системе. Это возбуждение может носить как очаговый характер, так и генерализованный — захватывающий значительное число участков

центральной нервной системы и ведущий к возбуждению всего организма и возникновению болевых переживаний во всем теле. Отсюда следует, что при возникновении болевых ощущений в любом случае принесут эффект средства, снижающие общее возбуждение нервной системы, даже такие простые, как валерьянка. Если боль носит достаточно устойчивый и длительный характер, то человек неизбежно с большей или меньшей степенью осознанности вырабатывает определенный набор поведенческих стратегий, позволяющих ему как-то функционировать при сохранении болевых ощущений. Очень часто бывает невозможно определить, какая именно из стратегий будет эффективна для конкретного человека и конкретной боли. Бывает необходимо перебрать различные варианты поведения или их комбинации для того, чтобы определить, что именно приносит облегчение.

Единственное, что определилось достоверно при исследованиях на группах больных с хроническими болевыми синдромами, — это то обстоятельство, что более эффективными и способными сохранять более высокий уровень работоспособности и даже добиваться стойкого снижения уровня боли, а иногда и полного излечения или достаточно долгой ремиссии оказались люди с активной жизненной позицией. То есть те больные, которые использовали разнообразные стратегии при работе с болью, не сдавались, искали новые комбинации поведенческих и умственных стратегий. Общий вывод всех исследований, проводившихся в этой области, гласит: адаптивность, способность к приспособлению и изменению пациентов с синдромом хронической боли прямо зависит от позитивности или негативности их мышления. Именно мышление оказалось тем фактором, который вел к про-

грессированию боли или избавлению от нее. Негативное мышление ведет к боли, позитивное — от нее. Это раз за разом подтверждалось в различных исследованиях на пациентах с разными заболеваниями: онкология, хроническая боль в спине, хроническая головная боль, остеоартрит, ревматоидный артрит и др.

При этом специальными исследованиями установлено, что при пассивном отношении к боли, без настойчивых систематических попыток изменить свое состояние, испробовать новые поведенческие стратегии, научиться по-новому реагировать на боль люди склонны застревать в однажды найденной стратегии поведения, несмотря на ее явную неэффективность. Это постоянство однажды найденного стиля поведения не связано с ухудшением или улучшением течения болезни. Просто человек однажды среагировал на боль определенным образом и теперь всегда так реагирует, иногда просто потому, что по-другому не умеет.

Неэффективная стратегия поведения подкрепляет пессимистический настрой, который при своем усилении ведет к ухудшению общей способности адаптироваться, принимать перемены и активно участвовать в них. Возникает порочный круг: пессимизм ухудшает способность к адаптации — боль усиливается — пессимизм укрепляется — адаптация снижается еще больше... Человек с пессимистическим, негативным настроем склонен консервировать существующее положение вещей. И даже удавшиеся попытки улучшить свое состояние воспринимает как исключение, которое только подтверждает правило, а каждую неудачу встречает с удовлетворением: «Ну вот! Я же говорил!» Подобная поведенческая стратегия бывает связана не только с болью, но и синдромом неудачника.