

Здравна психология, основана на доказателства

Мария Попадийна – здравен психолог

Здравната психология изучава двупосочните отношения между психологически и физиологични фактори, т.е. влиянието на психологическите фактори върху соматични заболявания и обратно, а също така има и приложни аспекти на прогнозиране, превенция и интервенция. Основания на доказателства подход е много важен по няколко причини :

1. Насочва здравните психолози да се съсредоточат върху фактори, които са засегнати или влияят на здравословното състояние и имат отношение към „средния пациент“.
2. При оценка на състоянието на пациента здравните психолози използват надеждни и валидни структурирани мерки.
3. Подхода позволява на терапевтите да използват нови интервенции, въз основа на рандомизирани контролирани проучвания.
4. Този подход може да подобри приемането на здравната психология от медицинската общност.

Представени са емпирични примери за значението на психологическите фактори при редица заболявания и ролята на психологическите интервенции при лечение на рак, коронарна болест на сърцето (КБС), хронична болка, както и влиянието им върху качеството на живот.

Най – важната област от психология на здравето е изучаване на стреса, моделите на стрес, оценка, справяне и резултат, тествани емпирично в множество изследвания. Друга тема, важна за здравната психология е проучване на прогнозите за възстановяване при хирургическа интервенция, според което психологическия конструкт „оптимизъм“ е пряко свързан с възстановяването. При проучване на психологическите фактори при КБС, като прогнозиращ фактор с най- голяма сила се идентифицира враждебността при пациенти тип А, също и значението на виталното изтощение. В психоонкологията изследванията показват връзка между депресия и безнадеждност с прогресия на рака, а други проучвания изтъкват значителния ефект на психологическите интервенции върху намаляване на рецидивите и смъртността при рак на гърдата и меланома (Gidron, 2002).

От изключителна важност са изследванията на въздействието на психологическите фактори върху болката (Turk, 1999). Представени са преките и косвените ефекти на

поведенческите, когнитивните и афективните фактори върху хроничната болка в разрез с биомедицинския модел, според който чувството на болка е пряк резултат от физическа патология. Например при често срещаните болки в главата и гърба обикновено няма обективни показатели за физическа патология, които да подкрепят оплакванията на пациента. Обратно, при рентгеново изследване, ядрено-магнитен резонанс и компютърна томография се разкрива значителна патология в 35% при индивиди, несъобщили за симптом на болка. И накрая, пациенти със същата диагноза, лекувани с идентични интервенции (хирургическа операция или анестетична неврална блокада) често реагират различно (пак там).

През последните години все по-често разпространени са научни изследвания, включващи главно поведенчески, психологически и социални фактори като модулатори на пациентското усещане за болка, адаптация, отговор на лечение, инвалидност. По-специално – принципи на поведенческо учене, убеждения на пациентите, оценките и очакванията за тяхната болка, ресурси за справяне, подкрепата на семейството, работодателите, здравната система. Всички те имат преки и непреки ефекти върху усещането за болка, поведението на пациента, физическата активност. Проблем в опитите да се разбере болката е, че няма обективен начин да се определи степента на болката. Тя е субективно преживяване и единствения начин да разберем е от обяснението на пациентите или невербалното им поведение (напр. стенене, охкане, накуцване). Такива поведения са наблюдаеми и може да предизвикат реакция от член на семейството, приятели, колеги, но и да укрепят поведението и да го поддържат, т.е. ако накуцването е последвано от внимание, то може да се появи и задържи, за да се получи необходимото внимание, дори при отсъствието на ноцицептивна стимулация. Неизпитването на болка при по-продължително залежаване може да доведе до заседнало поведение като отрицателно подсилване. Принципът на генерализиране на стимулите води до поведение, при което пациентите започват да избягват все повече и повече дейности, подобни на тези, които преди това са водили до поява на болка. Намаляването на активността води до по-голямо физическо обездвижване с повече дейности, предизвикващи болка и съответно по-голяма инвалидност.

Значими в областта на здравната психология са изследванията, които показват позитивна връзка между психологически дистрес и болка. Според Паркър и сътрудници (Parker, 1983) емоционално потиснатите индивиди са склонни да описват емоционалното си страдание по отношение на физическа болка. Използван е ММРІ тест. Връзката се изследва чрез скалата за депресия на Бек и степен на болката от Въпросник на Макгил.

Включени са 30 мъже с история на заболяване повече от три месеца. Регресионните анализи на връзката между депресия и степен на болка не говорят за значими корелации. Подскалите MMPI са свързани значително с мотивационно- афективно измерение на болката и друго различно измерение на болката. Резултатите са отнесени в контекста на когнитивно- поведенческата концептуализация на хроничната болка. В мотивационно - афективния анализ е открита значима позитивна връзка за подскала PT (психастения), но отрицателна за подскала SC (шизофрения). В анализа на други разни болки има положителна корелация за подскала HS (хипохондрия). Друго изследване показва, че депресията може да допринесе за преминаване от остра към персистираща болка (Dworkin, 1992 по Turk, 1999). Изказана е хипотеза, че наличието на когнитивни медиатори може да повлияе на отношението болка- депресия. Психологическите фактори също може да действат непряко върху болката и да доведат до инвалидизация чрез редуциране на физическата активност и съответно до намаляване на мускулната гъвкавост, сила, тонус, издръжливост : чрез съпричастие от членове на семейството и освобождаване на болния от обичайните му задължения и отговорности и по този начин насърчават пасивността му; чрез неудовлетворение от работата, страха от загуба на компенсация за инвалидност. Най-резултатни в адаптивно справяне с болката са убежденията за самоефикасност. Често се наблюдават убеждения, че болката е неконтролируема и те пряко въздействат върху готовността на пациента да се ангажира с усилие за справяне. „Когнитивните грешки“ са изкривени вярвания за себе си и ситуации, изопачени да подчертават негативни аспекти и предполагат песимистично продължение по-нататък. Когнитивните грешки са свързани с депресия, тежест на болката и увреждане (Smith, 1986 по Turk, 1999). Един тип когнитивна грешка е обозначена като „катастрофицинг“ – фокусиране на пациента върху най-лошата възможност, независимо от вероятността за възникването ѝ. Редица проучвания показват, че липсата или дефицитът на ресурси за справяне със стреса може да постави пациента в риск за прекомерна симпатикова възбуда и мускулно напрежение, предразполагащи появата на болка (Turk, 1992 по Turk, 1999).

Въпреки, че болката обикновено се счита за физически феномен, тя включва различни когнитивни, афективни и поведенчески фактори. Тези психологически фактори са важни за определяне на перцепцията за болка, за дефиниране на уврежданията и общото благополучие на болните хора. От друга страна болката има три основни компонента : физически, психосоциален и поведенчески, всеки взаимодействащ си с другия, за да определи уникалното изживяване на болката. Всички пациенти отиват

на лечение с различен набор от вярвания, нагласи, очаквания и ресурси за справяне, включително социалната подкрепа, които повлияват на всички аспекти от текущи обстоятелства, адаптации и отговор на лечение.

Важна област от здравната психология е изследването на фактори, които влияят върху придържането на пациентите към лечение при хронични състояния като хемодиализа и хипертония. Това е важно, защото лекарите се сблъскват с трудности при откриване и промяна на несъответстващо поведение, а нямат познания по тази тема. Здравните психолози трябва да сътрудничат на лекарите в обучението в тази област, като се базират на техните знания за резултатите от изследванията и практически умения за повишаване на съответствието.

Психоневроимунологията показва връзка между стрес и депресия с имунно функциониране. Тази област представлява голям напредък в здравната психология, тъй като тя осигурява механизми за установените връзки между физическите и психичните състояния. Това може да доведе до по- широко навлизане на холистичния подход, който здравните психолози се опитват да въведат в медицината.

Голяма роля при изследване на въздействието на болестта върху живота на хората има здравната психология, спомагайки за оценка и подобряване на качеството на живот. Изследователи твърдят, че заболяването става съществено след като има влияние върху основния елемент на качеството на живот – функционирането (Kaplan,1990 по Gidron,2002). Проучване показва, че психологическите фактори имат по- голямо влияние върху качеството на живота от демографските или други променливи на заболяването (Gidron et al.,submitted manuscript по Gidron,2002).

Подходът, основан на доказателства, има важно значение за обучението и образованието по здравна психология, както на психолози, така и на лекари, на други медицински и социални работници и на обществото като цяло. Този подход осигурява научната и клиничната основа на здравната психология и трябва да бъде част от обучителните програми. Това би довело до по- голяма увереност в работата на специалистите, избрали тази професия.

Исползвана литература:

1. Gidron, Y.(2002). Evidence-based health psychology: rationale and support. *Psicologia, Saude & Doencas* ,3 (1), 3-10.
2. Parker JC, Doerfler LA, Tatten HA, Hewett JE.(1983). Psychological factors that influence self-reported pain. *J Clin Psychol* : 39 : 22-25.
3. Turk, D.C. (1999). The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43, 885-888.