

БОЛКАТА КАТО ЗАПЛАХА – ПСИХОЛОГИЧНИ И ФЕНОМЕНОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ

Татяна Телбизова¹, Иван Александров²

¹Катедра психиатрия и медицинска психология, Факултет „Медицина“,
Медицински университет – Варна

²Катедра по здравни грижи, Филиал Сливен, Медицински университет – Варна

PAIN AS A THREAT—PSYCHOLOGICAL AND PHENOMENOLOGICAL ASPECTS

Tatyana Telbizova¹, Ivan Aleksandrov²

¹Department of Psychiatry and Medical Psychology, Faculty of Medicine,
Medical University of Varna

²Department of Health Care, Sliven Affiliate, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: Болката е мултидименционално преживяване за нараняване или заплаха от бъдеща увреда, със сетивни, когнитивни, мотивационни и емоционални аспекти. Неговата същност зависи от значението, което индивидът придава на болката в конкретна ситуация.

Цел: Целта на статията е да анализира и структурира концепция за болката като заплаха, обхващайки нейните психологични и феноменологични аспекти.

Материали и методи: Обзор и критичен анализ на литературата, засягаща разглежданата тема.

Резултати: Заложена е идеята, че предразполагащ фактор за поддържането на острата болка и преминаването ѝ в хронична е очакването (заплахата) от бъдеща вреда. Проучени са емоционалните (страх и тревожност) и когнитивни (свърхбдителност и катастрофалност) компоненти на заплахата от болка. Оценките на ситуацията по време на болка и на собствените ресурси за справяне с нея са основни когнитивни медиатори, предопределящи изхода от нея. Възприемането на болката като заплаха провокира страх, тревожност, преживявания на несигурност, безпомощност и дезадаптивни модели на поведение. Избягването болката поведение е в основата на стрес-диатезата при изявата на хронична болка и прогнозира бъдеща инвалидност.

ABSTRACT

Introduction: Pain is a multidimensional experience of injury or threat of future damage, with sensory, cognitive, motivational and emotional aspects. The essence of the pain experience depends on the meaning that the individual gives to pain in a particular situation.

Aim: The aim of the article is to analyze and structure the concept of pain as a threat, covering its psychological and phenomenological aspects

Materials and Methods: A review and critical analysis of relevant literature have been conducted.

Results: It has been established that a predisposing factor for maintaining acute pain and turning it into a chronic one is the expectation (threat) of future harm. The emotional components of the threat of pain (fear and anxiety), as well as the cognitive ones (over-vigilance and catastrophizing), have been studied. The assessments of the situation during pain and of the pain-coping resources are the main cognitive mediators that determine the outcome. The perception of pain as a threat provokes fear, anxiety, experiences of insecurity, helplessness, and maladaptive behaviors. Pain-avoiding behavior is in the basis of the stress-diathesis in the manifestation of chronic pain and it predicts future disability.

Conclusion: Pain is a threat to the physical and the psychosocial functioning. The assessment of the emotional, cognitive and situational aspects related to pain should be a part of the multidisciplinary ap-

Заклучение: Болката е заплаха за физическото и психосоциалното функциониране. Оценката на емоционалните, когнитивните и ситуационни аспекти, свързани с болката е нужно да бъде част от мултидисциплинарните подходи при управлението на болката. Манипулирането на тези фактори е от ключово значение за намаляване на риска болката да стане хронична. Прилагането на ефективни поведенчески и когнитивни техники, насочени към повишаване на ресурсите за справяне и контрол над болката, дават възможност на пациентите да продължат да функционират нормално въпреки болката.

Ключови думи: преживяване на болка, психологичен стрес, страх, тревожност, избягващо болката поведение, концептуализация

ВЪВЕДЕНИЕ

Болката е универсален феномен, който има съществена роля за оцеляването ни като индивиди. Тя е част от цялостна отбранителна система със специфична функция да сигнализира за непосредствена опасност или заплаха, засягащи нашето физическо и психическо функциониране. Тя е предупреждение, сигнал за нараняване или заболяване (1). Споменът за изпитаната болка при контакт с вредни стимули в миналото участва в оценката на подобни ситуации като заплаха и ни мотивира да им противодействаме. Хората с вродена липса на чувствителност за болка често не преживяват дълго. Липсата на изграден опит с болката е в основата на тяхната нарушена способност да оценяват като заплаха ситуациите, свързани с нея. Така те не могат да се предпазят от наранявания и да оценяват последиците от тях (2).

Острата болка е с кратка продължителност (между 1 и 3 месеца). Тя е свързана с конкретна тъканна увреда и има протективна роля. Нейната биологична същност се изразява в предупреждение за конкретно физическо увреждане. Тя генерира сложна реакция на стрес, задвижваща комплекс от хомеостатични процеси, уникални за всеки субект. *Хроничната болка* продължава повече три месеца и няма протективна роля. Нейната генеза е по-сложна, тъй като може се поддържа след заздравяването на тъканите, при отсъствие на увреждащ стимул (1,3). Тя е продукт на сложното взаимодействие на био-

proaches to pain management. Manipulating these factors is key to reducing the risk of pain becoming chronic. The application of effective behavioral and cognitive techniques, aimed at increasing the resources for coping with and controlling pain enables patients to continue to function normally in spite of the pain.

Keywords: *experience of pain, psychological stress, fear, anxiety, pain-avoiding behavior, conceptualization*

логични, психологични, личностни, културални, етнически и социодемографски фактори, които я поддържат и влияят на нейната продължителност и интензивност. Тези фактори участват във формирането на модели на поведение за справяне с болката. Дезадаптивните модели на поведение поддържат нейното персистиране и са причина за бъдеща инвалидност и понижено качество на живот. Те са свързани и със смяна на социалната роля, промяна на начина на живот, полагането и изпълняването на конкретни житейски цели (4,5). Следователно болката представлява заплаха не само за соматичната цялост, а и за психосоциалното функциониране.

Целта на статията е да анализира и структурира концепция за болката като заплаха, обхващайки нейните психологични и феноменологични аспекти.

ЗАПЛАХАТА В ДЕФИНИЦИИТЕ НА БОЛКАТА

Концепцията за болката като заплаха е заложена в повечето предложени дефиниции, обясняващи нейната същност. Преди основаването на Международната асоциация за изучаване на болката (IASP), чиято основна задача е била формулиране и приемане на общовалидна дефиниция на болката, редица учени са предлагали различни обяснения за болката. Според Richard Sternbach болката е едновременно персонално усещане за нараняване, вреден стимул, сигнализиращ за настоящо или предстоящо ув-

реждане на тъканите, и комплекс от реакции, защитаващи организма от увреждане (6). Vermon Mountcastle определя болката като: „онова сетивно преживяване, предизвикано от стимули, които нанасят или заплашват тъканите от увреждане, определени субективно от всеки човек като онова, което боли“ (7). За Sternbach болката е *сетивно усещане* вследствие на вреден стимул и реакция на защита от страна на организма, докато Mountcastle определя болката като *сетивно преживяване*, предизвикано от стимул, който може да бъде оценен като вреда или заплаха за тъканната цялост.

През 1979 г. IASP одобрява дефиницията на болката, предложена от Harold Mersky, който концептуализира болката като *мултидименсионално преживяване*, проявяващо се не само със сетивни, а и с когнитивни, мотивационни и афективни аспекти. Според нея болката е „неприятно сетивно и емоционално преживяване, свързано с актуално или потенциално увреждане на тъканите“. В основата на дефиницията лежи предложената от R. Melzack и K. L. Casey през 1968 г. мултидименсионална теория за болката. Според нея феноменът болка възниква вследствие на сложна неврофизиологична интеграция на сензорно-дискриминативни, афективно-мотивационни и когнитивно-оценяващи процеси, които се влияят от множество биопсихосоциални фактори (3,8) Тази дефиниция е била предмет на критики в научните среди. Квалифицирането на болката като неприятно преживяване не може да предаде напълно нейната същност и да бъде разграничена от други форми на страдание, причинени от глад, студ, жажда и др. (9). В тази връзка през 2019 г. IASP одобрява нова дефиниция, с която болката се определя като *аверзивно преживяване* и се диференцира от останалите неприятни преживявания: „аверзивно сетивно и емоционално преживяване, обикновено причинено от актуално или потенциално увреждане на тъканите или наподобяващо такова“ (10).

Разбирането за същността на болката е еволюирало от усещане към сетивно преживяване до преживяване, включващо сетивни, когнитивни и емоционални аспекти. M. Cohen и съавт. (2018) предлагат дефиниция, която излиза извън рамката на „емоционално и сетивно преживяване“. Навлизайки в полето на феноменологията, те определят болката като „взаимно разпознаваемо соматично преживяване, което отразява опасението на индивида от заплахата на неговата телесна или екзистенциална цялост“ (11). Предимството на тази дефиниция е, че болката се опре-

деля като универсално преживяване, което може да бъде заплахата не само за соматичното състояние, а и за психосоциално функциониране на индивида. Недостатък на дефиницията е, че болката се представя само като преживяване, свързано с потенциална вреда (запахата), проектирана в бъдещето, и не отчита, че би могла да бъде и сигнал за актуална вреда за индивида.

ПСИХОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА БОЛКАТА КАТО СИТУАЦИЯ НА ЗАПЛАХА

Болката е непосредствена заплахата за нашето физическо, психическо и социално благополучие. Ситуации, които застрашават физическата цялост и благосъстоянието на индивида, изискват бдителност и избор на подходящи отговори за справяне с травмата и нейните последици (12). Запахата се свързва със загуба или вреда, която още не е настъпила, но има потенциала да се случи. Ситуации, в които индивидът вижда перспективи за загуба, вреда или увреждане, се определят като носещи заплахата (13).

Всяка физическа и психическа заплахата, засягаща безопасността, всяко събитие, надвишаващо физическите и психически ресурси, всяка непредсказуема промяна в околната среда се определят като провокиращи стрес фактори или стресори. Болката е стресор, който сигнализира за непосредствена опасност и задейства комплекс от мерки, обезпечаващи защитата на организма. Всеки стресор застрашава живота до момента на включване на адаптивни отговори (14). Следователно болката и стресът са феномени, представляващи предизвикателство за адаптивните способности на организма, което определя техните общи концептуални основи (15).

Всеки стимул, който заплашва или предизвиква увреждане на тъканите, се нарича болков или ноцицептивен стимул (3). Ноцицептивни стимули се явяват физическите и физиологичните стресори. Физическите стресори, които имат директни ефекти върху тялото и могат да провокират болка, са: студ, влага, вибрации, шум, хипоксия, инфекциозни и токсични агенти и др. Нараняването, което предизвиква тъканна увреда, спада към физиологичните стресори. Друга група стресори, без директни ефекти върху тялото, биват оценени като заплахата и несигурност, се наричат психични. Към тях се отнасят заплахата от нараняване, болка или болест (16).

Една от най-известните първоначални теории за стреса е създадена от канадския ендокринолог Hans Selye (1950). Според него различните стрес-

сори предизвикват неспецифични биохимични и физиологични промени в организма. Въз основа на своите открития Selye създава теорията за общия адаптационен синдром като очертава три етапа, през които преминава организмът под влияние на остър стресор: тревога, съпротива и изтощение. При изчерпване на съпротивителните ресурси организмът става уязвим към изявата на полиморфни в същността си болести на адаптацията: сърдечно-съдови заболявания, астма, язва на стомаха и автоимунни заболявания. Според Н. Selye зад всяка болестна проява има два компонента – увреда и отбрана. Така той подчертава нуждата медицината да не ограничава усилията си само към атакуване на увреждащите патогени, а и към увеличаване съпротивителните ресурси за подобряване на адаптивността на организма (17). Концепцията на Selye за стреса е фокусирана предимно върху физиологичните промени (биологичен стрес) и не отчита емоционалните и когнитивни реакции по време на стрес (психичен стрес) (18).

R. Lazarus (1966) разграничава физиологичните от психичните аспекти на стреса. В неговата теория стресът включва транзакционални взаимоотношения между личността и средата, в която съществува и се оценява като трудна, застрашаваща благополучието му и изчерпваща ресурсите му. Той разглежда оценката като когнитивен медиатор на реакцията на стрес. Ако индивидът оцени дадена ситуация за опасна и няма ресурсите да се справи с нея, настъпва реакция на стрес, включваща физиологични и психични промени. Нейните физиологичните компоненти са еквивалентни на описания от Н. Selye биологичен стрес. Психичните компоненти зависят от вида на стреса. Когнитивната оценка на ситуацията бива първична и вторична. При първичната оценка ситуацията може да бъде оценена като свързана или не с индивида, благоприятна за него или изпълнена с напрежение и стрес. R. Lazarus разграничава три вида стрес: загуба/вреда, заплахата и предизвикателство. Загубата се отнася до настъпила реална вреда. Заплахата е очакването за вреда, която би могла да бъде неизбежна. Предизвикателството се свързва с представата за убеденост, че трудностите могат да бъдат преодолени. Трите вида стрес са асоциирани със съответни специфични емоционални реакции. Вторичната оценка е отражение на първичната. Свързва се с индивидуалните ресурси, възможности, компетентност и социална подкрепа за възстановяване на равновесието му със средата. Централно място в теорията на стреса на

Lazarus е двупосочното и непрекъснато променящо се взаимодействие между личността и средата, свързано с оценката на собствените ресурси за справяне с конкретна ситуация (18,19).

Следователно болката може да провокира както биологичен стрес, в резултат на действието на увреждащ стимул, така и психологичен стрес, зависещ от оценката на ситуацията на болка. Установено е, че предразполагащ фактор за поддържането на острата болка и преминаването ѝ в хронична е очакването (заплахата) от бъдеща вреда (20). В експериментално изследване се доказва, че хората реагират с понижена чувствителност към остра болка при очакване на агресивен електрически шок, който участниците са преживели преди това (предсказуема заплаха). Докато спрямо електрически шок, към който няма изграден опитност, съобщавали за по-голяма интензивност на болката (непредсказуема заплаха). По време на изследването учените установили и обратна зависимост между емоциите и усещането за болка: страхът води до понижена реактивност на болката, докато тревожността води до повишена реактивност (21). Когато болката бъде оценена от индивида като ситуация, надвишаваща неговите ресурси, тя се превръща в заплаха за неговото благополучие. Целият когнитивен процес на оценка и преценка на ситуацията е силно повлиян от емоциите и от опита ни в миналото. Емоционални компоненти на заплахата са страхът и тревожността.

Емоционални компоненти на болката като заплаха

Според R. Beck всяко психопатологично състояние има специфичен когнитивен профил. Той приема, че диференциацията на афективните състояния може да стане въз основа на специфично когнитивно съдържание. Главен когнитивен компонент на тревожността е заплахата, а на депресията е загубата (22).

Тревожността и страхът са част от система, сигнализираща за предстояща опасност, което ѝ придава стойност в процесите, свързани с оцеляването ни като индивиди. В тази връзка тревожността е често срещана емоция при болка и съчетанието им е логично изводимо (каузално). При тревожността заплахата не е конкретна, а възниква в ситуации, свързани с неопределена опасност и очакване за неблагоприятен краен изход. Нормалната тревожност има мобилизиращо действие и се определя като адаптивна. Високите нива на тревожност водят до дезадаптивни отговори в поведението и се наричат дисфункционални (23).

Тревожността се асоциира с преживявания за несигурност и безпомощност и надценяване ситуацията, която я провокира. Тя притежава вегетативни (соматични), когнитивни и поведенчески компоненти. Вегетативни компоненти на тревожността са симптоми като сърцебиене, изпотяване, задух, сухота в устата, зачервяване и др. Когнитивната компонента е свързана с очакването на дифузна, генерализирана опасност, проектирана в бъдещето на личността (23). Тревожността е важен медиатор на когнитивните компоненти на заплахата – катастрофално мислене, свръхбдителност и оценка на ситуацията, предизвикващи страх. Симптоми на тревожност се изявяват при остра и хронична болка и се свързват с повишена чувствителност към болка (24). Проучване доказва, че тревожността и влиянието на допълнителен стресор имат съществена роля за поддържането на болката в нейния подостър период и предопределят развитието ѝ в хронична (25). Установено е, че пациенти с хронична болка и с високи нива на тревожност преживяват повече страх, свързан с негативните последици от болката, и използват повече аналгетици спрямо останалите с умерена и ниска тревожност (26).

Страхът е емоционална реакция спрямо конкретна и непосредствена заплаха, вкл. нараняване. Страхът подтиква индивида към отбранителното поведение – битката или бягство от опасността. Избягването на предизвикващо страх събитие е естествена и адаптивна реакция при остра болка, но по време на хроничната фаза на болката може да бъде фактор за появата на дистрес и развитие на инвалидност (27).

Страхът от болката може да доведе до увеличаване чувствителността към болка и фокусиране вниманието върху нея, т.е. създава свръхбдителност към болката. Следователно пациентите, изпитващи страх от болка, усещат повече сигнали на заплаха и са по-малко способни да игнорират свързаната с болката информация (28). Изследване установява, че по време на острата фаза на болка страхът от болката и катастрофалното мислене са важни предиктори за по-голямата интензивност на болката и за бъдеща инвалидност на пациентите (29).

Когнитивни компоненти на болката като заплаха

Болката, носеща заплаха, прекъсва повечето текущи задачи. Колкото по-голяма е заплахата, толкова повече внимание ѝ се отделя. Така болката намалява способностите на индивида да се фокусира върху други конкурентни дейности и

повишава усещането за болка. Вниманието към болката се свързва със страх и безпокойство, което подчертава тясната връзка между емоционалните и когнитивните процеси. Тревожността, свързана с болката, е важен модератор на вниманието, което определя нуждата от индивидуални стратегии при управлението на болката според нивото на тревожност на пациента (30).

Сред пациентите с хронична болка често се установяват нарушения на паметта. Регистрираните дефицити при изпълнението на когнитивни задачи от пациенти с хронична болка не засягат автоматичните процеси, а онези, изискващи контрол. Болката би могла да се определи като консуматор на внимание, тъй като прекъсва процесите на обработка на информация. Тези нарушения са значително свързани с асоциираните с болката страх и катастрофални убеждения (31).

Катастрофалността при болка се концептуализира като отрицателен когнитивно-афективен отговор на заплаха от очаквана или актуална болка. Тя представлява тенденция за увеличаване на стойността на заплахата от болковия стимул, изява на преживявания за безпомощност в контекста на болката и за относителна неспособност да се инхибират мислите, свързани с очакване на болка (32).

Индивидите, подложени на болезнена стимулация, проявяващи тенденция да възприемат ситуацията катастрофално (кастрофизатори), съобщават за по-голяма интензивност на болката, негативни мисли, свързани с болката, и емоционален дистрес. Тревожността като личностна черта е предиктор за изява на катастрофалност (33). Според някои автори склонността към катастрофално мислене е по-силно свързана със сентивната компонента на болката – интензивност и по-слабо с афективните компоненти – депресия, тревожност и страха от болката (34). За развитието и поддържането на катастрофалност при болката съществена роля имат социалните фактори и цели. Оценката на болката като ситуация на заплаха е процесът, който свързва катастрофизиранието и преживяването на болката (35). Оценяването на болката като заплаха корелира с поведението, асоциирано с болката (36), и с повишеното използване на аналгетици (37).

Избягващо поведение, асоциирано със страх от болката

Оценката на болката като заплаха заема централно място в концепцията за модела на избягващото болката поведение. Когато острата болка се възприема катастрофално, като заплаха, носеща бъдещи негативни последици, се провоки-

ра страх от болката, водещ до свръхбдителност и избягване на дейности от ежедневието, които биха предизвикали или усилили усещането на болка. Последниците от този процес са обездвижване, неспособност за участие в семейните и трудови ангажименти и депресия. Ако така описаният цикъл се закрепил постоянно, острата болка преминава в хронична. Следователно оценката на болката като заплаха с негативни последици е прогностичен фактор на инвалидност (38).

Проучванията доказват, че при хората, които са преживели в миналото болка, спомените от тази болка и повтарящите се епизоди на болка в настоящето са фактори, повишаващи чувствителността към болка, както и повлияват размера на страха към болка и поддържат избягващото болка поведение (39). Чрез използването на метод на градирано повишаване на действителните активности при пациенти с хронична болка, имащи значителен страх от движения и повторно нараняване, се установява, че с редуцирането на страха, свързан с болката, се намалява склонността към катастрофално мислене и рискът от инвалидност (40,41) и в половината от случаите нараства способността за контрол над болката (40).

Може да се приеме, че оценката на болката като ситуацията на заплаха в нейния остър период е основен предиктор за нейното хронифициране. Доказано е, че високата степен на тревожност и високите нива на страх, свързани с болката, са значително асоциирани с по-високата интензивност на болката и инвалидност при пациенти с хронична болка (42). В тази връзка за цялостната оценка на пациенти, преживяващи болка, е нужно да се оценят емоционалните, когнитивните и ситуационни фактори, свързани с болката при избора на подходящи терапевтични интервенции за намаляване на риска от инвалидност. Нужно е когнитивно реструктуриране с цел насърчаване на по-реалистични оценки на ситуацията и собствения ресурс за справяне нея (24).

Феноменологични аспекти на болката като заплаха

Всяко преживяване е специфично проявление на индивидуалния живот (18). Преживяването на болката се дефинира от Eimer и Freeman като „емоционални и психологически фактори, повлияващи начина, по който човек интерпретира или възприема предаваните сигнали, предизвикани от вредни стимули, и обратно, възприемането на вредните стимули определя емоционалните и психологични реакции на човека

към физическите усещания“ (43). Същността на болката като преживяване зависи от индивидуалните отговори към нея, базирани на значението, което индивидът ѝ придава в конкретната ситуация (18).

Постоянната болка представлява заплаха за цялостното психосоциално функциониране и оказва негативно влияние върху всички сфери на живота (44). Заплахата от болка се асоциира с преживявания за несигурност. Несигурността при остри и хронични заболявания се определя като психичен стресор, който се свързва със загуба на контрол и съмнения в собствените си способности за справяне. Преживяванията на несигурност се съчетават с нетолерантност към болка и дезадаптивни модели за справяне с болката (45).

По-голямата част от проучванията в областта на феноменологията на болката са фокусирани към изследване на преживявания на пациенти с хронична болка, когато вредите/загубите, свързани с болката, са реални. Много малка част от анализите обхващат преживявания на пациенти с остра болка, свързани със заплаха от бъдеща инвалидност и загуби, засягащи всички сфери от живота (46). Пациентите с хронична болка споделят преживявания на загуби по отношение на идентичността си, независимостта (автономността), социалния статус и социалните роли. Те преживяват промяна в „чувството за себе си“, трудности в поддържането на самоуважение и достойнство, преживявания, свързани с промяна във възприемане на собственото си тяло (46,47). Хроничната болка се преживява като ограничение в ежедневието и зависимост от околните (48). Пациентите с хронична болка претърпяват промяна в социалния статус и социалните роли или болката е заплаха за тяхната социална идентичност (49). Анализът разкрива перспективи за бъдещо изследване в посока на търсене на специфични преживявания на болка по време на острия период, сравнено с тези по време на хроничния.

ДИСКУСИЯ

Знанието за същността на болката е еволюирало от еднодименсионално (сетивно) преживяване за нараняване или заплаха от бъдеща увреда, към мултидименсионално преживяване със сетивни, емоционални и когнитивни аспекти (8).

Болката, резултат от директна увреда на тъканите, е стресор – физически или физиологичен

чен. Заплахата от болка, респ. нараняване, се определя като психичен стресор. Всеки стресор, независимо от произхода си, причинява физиологични промени (биологичен стрес) и емоционални и когнитивни промени (психичен стрес) (16). Хората с остра или хронична болка преживяват повече стрес в ежедневието си, отколкото тези без болка. Заплахата от болка се свързва със загуба или вреда, която още не е настъпила, но има потенциала да се случи. Оценката на ситуацията по време на болка и на собствените ресурси за справяне с нея е главен когнитивен медиатор, предопределящ изхода от нея. Целият когнитивен процес на оценка и преценка на ситуацията е силно повлиян от емоциите и от опита ни с болката в миналото (13,18). При изграден опит с болката ситуацията се оценява повече като рутинна и заплахата е предсказуема. При липса на опит с болката заплахата е непредсказуема и ситуацията носи белезите на риск и/или неопределеност, свързани с интензивен на страх и тревожност (18,21). Последните са емоционални компоненти на заплахата от болка, които влияят върху нейното персистиране и провокират преживявания на несигурност, беспомощност и дезадаптивни модели на поведение (4,5).

Избягващото болката поведение е модел, който обяснява причините за персистиране на острата болка и преминаването ѝ в хронично състояние. Централна роля в този процес има възприемането на болката като ситуация на заплаха за живота и благосъстоянието, носеща бъдещи негативни последици (катастрофично). Тази когнитивна оценка на ситуацията провокира страх от болката, водещ до свръхбдителност, тревожност и избягване на дейности от ежедневието, които биха предизвикали или усилили усещането на болка. Последиците от този процес са обездвижване, неспособност за участие в семейните и трудови ангажименти и депресия (38). Подобна е концепцията на S. Walker за стрес-диатезата за преминаването на острата болка в хронична. Според него закрепването на описания по-горе цикъл е в основата на преминаването на острата в хронична болка. Страхът от физическо натоварване с цел избягване на болката води до заседнал начин на живот, загуба на мускулен тонус и допълнително физическо увреждане (50).

Индивидите с хронична болка са склонни да дават отрицателни и дезадаптивни оценки за ситуацията на болка и собствената си способност за контрол над нея, което води до отрицателни емоционални отговори. Според Lazarus процесите на справяне следват два основни модела. Емо-

ционално-фокусираното справяне се разглежда като опит да се контролира и сведе до минимум емоционалният дистрес, причинен от болка в ситуация, която се възприема като непроменяема. Проблем-фокусираното справяне се отнася до ситуации, които се оценяват като подлежащи на промяна. Усилията трябва да се насочат към определяне на проблема и избор между алтернативни решения. По отношение на хроничната болка стратегиите, фокусирани върху проблемите, биха редуцирали стреса, с което да подобряват благосъстоянието при ситуации, подлежащи на промяна. Стратегиите, фокусирани върху емоциите, биха довели до положителен резултат в ситуации, неподлежащи на промяна (51). Те са склонни да оценяват болката си като заплаха и така разчитат предимно на емоционално-фокусираното справяне, което се свързва с лошо физическо и психическо функциониране (52). Тези лица се адаптират по-трудно към хронично заболяване, отколкото онези, които използват стратегии, фокусирани върху проблемите (53).

Когато болката стане хронична, оказва дълбоко негативно влияние върху всички сфери на живота. Доминиращи преживявания на пациенти с хронична болка са свързани със загуба на чувството за себе си, независимост (автономност) и социална идентичност. Предполага се, че в острия и подостър период болката се възприема предимно като заплаха, а в хроничния – като загуба (46-48). Изхождайки от теорията на Beck, заплахата се свързва с тревожността, а загубата с депресия (22). Може да се предположи, че тревожността е характерна емоция в острия и подостър период на болката, а депресията за хроничния период. Доказано е, че хроничната болка и депресията са често срещана психична коморбидност, свързана с влошаване качеството на живот и бъдеща инвалидност (54).

Следователно при управлението на болката е необходима индивидуализирана оценка на емоционалните, когнитивните и ситуационни аспекти, свързани с нея. Освен търсене на симптоми на тревожност, страх, катастрофално мислене, е нужно да се оцени начинът, по който се възприема ситуацията на болка (55). Манипулирането на тези фактори е от ключово значение за повлияване на стреса при болка и заплахата, която оказва върху психосоциалното функциониране. За острия период манипулирането на психологичните фактори е нужно да бъде в посока към намаляване на риска от преминаване в хронична, а за хроничния – за търсене на протективни фактори, които да се противопоставят на стреса и

риска от инвалидност. Прилагането на различни ефективни поведенчески и когнитивни техники, насочени към повишаване на ресурсите за справяне и контрол над болката, дават възможност на пациентите да продължат да функционират нормално въпреки болката (56).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болката е феномен не само със сетивни и емоционални измерения, а също и с когнитивни и поведенчески. Тяхното взаимодействие, зависещо от множество личностни и ситуационни фактори, участва във формиране на преживяването на болка. Ресурсите за справяне на личността и оценката на ситуацията на болка се считат за важни медиаторни променливи при взаимодействието на индивида с околната среда в процеса на адаптацията. Възприемането на болката като заплаха е в основата на дезадаптивните модели на поведение и в процесите на хронифициране на болката и е предиктор за бъдеща инвалидност. Повишаването на ресурсите на рисковите групи пациенти чрез когнитивно реструктуриране е ключово за управлението на болката.

ЛИТЕРАТУРА

1. Panerai AE. Pain emotion and homeostasis. *Neurol Sci*. 2011 May;32 Suppl 1:S27-9. doi: 10.1007/s10072-011-0540-5.
2. Schon KR, Parker APJ, Woods CG. Congenital Insensitivity to Pain Overview. 2018 Feb 8 [updated 2020 Jun 11]. In: Adam MP, Ardinger NH, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Stephens K, Amemiya A, editors. *GeneReviews*[®] [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2020.
3. Milanov I. Pain. *Medicine and Physical Education Sofia*; 2016. (in Bulgarian).
4. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychol Bull*. 2007 Jul; 133(4):581-624. DOI: 10.1037/0033-2909.133.4.581.
5. McCracken LM. Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*. 2005 Jan;113(1-2):155-9. DOI: 10.1016/j.pain.2004.10.004.
6. Sternbach RA. Pain: a psychophysiological analysis. New York: Academic Press; 1968.
7. Mountcastle VB. Pain and temperature sensibilities. In: Mountcastle VB, editor. *Medical physiology*. 13th ed Saint Louis: Mosby; 1974. p. 341–81.
8. Moayedi M, Davis KD. Theories of pain: from specificity to gate control. *J Neurophysiol*. 2013;109(1): 5-12. DOI: 10.1152/jn.00457.2012.
9. Geniusas S. *The phenomenology of pain*. Ohio University Press; 2020. p. 2 – 4.
10. Raja SN, Carr DB, Daniel B, Cohen M, Finnerup N, Flor H, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *PAIN*. Sept 2020; 161 (9):1976-1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
11. Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S. Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *Pain Rep*. 2018 Mar 5;3(2):e634. doi: 10.1097/PR9.0000000000000634.
12. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull*. 1999 May;125(3):356-66. DOI: 10.1037/0033-2909.125.3.356.
13. Stoyanov V. *Organizational psychology*. VFU „Chernorizets Hrabar“, University Publishing House; 2014. p. 168-172. (in Bulgarian).
14. Oken BS, Chamine I, Wakeland W. A systems approach to stress, stressors and resilience in humans. *Behav Brain Res*. 2015 Apr 1;282:144-54. doi: 10.1016/j.bbr.2014.12.047.
15. Abdallah CG, Geha P. Chronic Pain and Chronic Stress: Two Sides of the Same Coin? *Chronic Stress (Thousand Oaks)* 2017 Feb;1:10. [PubMed-<https://doi.org/10.1177/2470547017704763>].
16. Karastoyanov G. *Psychological operations*. Military Publishing House EOOD Sofia; 2002.p. 49-62. (in Bulgarian).
17. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br Med J*. 1950 Jun 17;1(4667):1383-92. doi: 10.1136/bmj.1.4667.1383.
18. Aleksandrov I. Personal regulatory processes in hospital environment. Principal directions in psychological aid. Varna: STENO; Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”; 2015. (in Bulgarian).
19. Krohne HW. Stress and Coping Theories. In book: *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. 2001. pp.15163-15170. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03817-1.
20. Turk DC. A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Res Manag*. 2002;7(1):9-19. doi:10.1155/2002/252904.
21. Rhudy JL, Meagher MW. Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain*. 2000 Jan;84(1):65-75. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00183-9.
22. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing

- perspective. *Anxiety Research*. 1988; 1(1); 23-36. doi: 10.1080/10615808808248218
23. Aleksandrov I. Posttraumatic stress disorder. Clinical and psychological aspects. Varna: STENO; Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov"; 2018. (in Bulgarian).
 24. Woo AK. Depression and Anxiety in Pain. *Rev Pain*. 2010 Mar;4(1):8-12. doi: 10.1177/204946371000400103.
 25. Nees F, Löffler M, Usai K, Flor H. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis feedback sensitivity in different states of back pain. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Mar;101:60-66. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.10.026.
 26. Asmundson GJ, Norton GR. Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behav Res Ther*. 1995 Sep;33(7):771-7. doi: 10.1016/0005-7967(95)00012-m.
 27. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain-Related Fear, Pain Intensity and Function in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The J of pain*. 2019; 20(12):1394-1415. DOI:https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.04.009.
 28. Crombez G, Eccleston C, Baeyens F, et al. Attention to chronic pain is dependent upon pain-related fear. *J Psychosom Res*. 1999 Nov;47(5):403-10. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00046-X.
 29. Swinkels-Meewisse IE, Roelofs J, Oostendorp RA, Verbeek AL, Vlaeyen JW. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain*. 2006;120(1-2):36-43. doi:10.1016/j.pain.2005.10.005.
 30. Chayadi E, McConnell BL. Gaining insights on the influence of attention, anxiety, and anticipation on pain perception. *J Pain Res*. 2019 Mar 1;12:851-864. doi: 10.2147/JPR.S176889.
 31. Grisart JM, Van der Linden M. Conscious and automatic uses of memory in chronic pain patients. *Pain*. 2001 Dec;94(3):305-13.
 32. Quartana PJ, Campbell CM, Edwards RR. Pain catastrophizing: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2009 May;9(5):745-58. doi: 10.1586/ern.09.34.
 33. Ramírez-Maestre C, Esteve R, Ruiz-Párraga G, Gómez-Pérez L, López-Martínez AE. The Key Role of Pain Catastrophizing in the Disability of Patients with Acute Back Pain. *Int J Behav Med*. 2017;24(2):239-248. doi:10.1007/s12529-016-9600-9.
 34. Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7(4):524-32. doi:10.1037/1040-3590.7.4.524
 35. Sullivan MJL, Thorn B, Haythornthwaite J, Keefe FJ, Martin M, Bradley L et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001;17(1): 52-64. doi: 10.1097/00002508-200103000-00008.
 36. Anderson R, Hanrahan SJ. Dancing in pain: pain appraisal and coping in dancers. *J Dance Med Sci*. 2008; 12(1):9-16.
 37. Jacobsen PB, Butler RW. Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *Journal of Behavioral Medicine*. 1996; 19(1): 17-29. doi: 10.1007/BF01858172.
 38. Zale EL, Ditre JW. Pain-Related Fear, Disability, and the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Curr Opin Psychol*. 2015 Oct 1;5:24-30. doi:10.1016/j.copsyc.2015.03.014.
 39. Fordyce W, Lansky D, Calsyn D. Pain measurement and pain behavior. *Pain*. 1984; 13:53-69. doi: 10.1016/0304-3959(84)90126-X.
 40. Vlaeyen JW, de Jong J, Geilen M, Heuts PH, van Breukelen G. Graded exposure in vivo in the treatment of pain-related fear: a replicated single-case experimental design in four patients with chronic low back pain. *Behav Res Ther*. 2001 Feb;39(2):151-66. doi:10.1016/S0005-7967(99)00174-6
 41. Woods MP, Asmundson GJG. Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: a randomized controlled clinical trial. *Pain*. 2008 Jun;136(3):271-80. doi: 10.1016/j.pain.2007.06.037.
 42. Martinez-Calderon J, Flores-Cortes M, Morales-Asencio JM, Luque-Suarez A. Pain-Related Fear, Pain Intensity and Function in Individuals With Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain*. 2019 Dec;20(12):1394-1415. doi: 10.1016/j.jpain.2019.04.009.
 43. Eimer BN, Freeman A. *Pain Management Psychotherapy: A Practical Guide*. 1st Edition. Wiley. February 23;1998.
 44. Hearn JH, Cotter I, Fine Ph, Finlay KA. Living with chronic neuropathic pain after spinal cord injury: an interpretative phenomenological analysis of community experience. *J Disabi and Rehab*. Jan 2015; 37(23):2203-2211. doi:10.3109/09638288.2014.1002579.
 45. Johnson Wright L, Afari N, Zautra A. The illness uncertainty concept: a review. *Curr Pain Headache Rep*. 2009;13(2):133-138. doi:10.1007/s11916-009-0023-z.
 46. Osborn M, Rodham K. Insights into Pain: A Review of Qualitative Research. *Rev Pain*. 2010 Mar;4(1):2-7. doi: 10.1177/204946371000400102.
 47. Svenaeus F. The phenomenology of chronic pain: embodiment and alienation. *Cont Philos Rev*. 2015; 48: 107-122. doi:10.1007/s11007-015-9325-5.

48. Stensland M, Sanders S. Living a Life Full of Pain: Older Pain Clinic Patients' Experience of Living With Chronic Low Back Pain. *Qualitative Health Research*. 2018; 28(9): 1434–1448. <https://doi.org/10.1177/1049732318765712>.
49. Bailly F, Foltz V, Rozenberg S, Fautrel B, Gossec L. The impact of chronic low back pain is partly related to loss of social role: A qualitative study. *Joint Bone Spine*. Dec 2015; 82(6):437-44. doi: 10.1016/j.jbspin.2015.02.019.
50. SP Walker. Psychological aspects of chronic pain: a literature review, *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*. 2005; 11(4): 139-145. doi: 10.1080/22201173.2005.10872415.
51. Lazarus RS, Folkman S. *Stress. Appraisal and Coping*. Springer: New York; 1984.
52. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P. Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*. 1991 Dec;47(3):249-83. doi: 10.1016/0304-3959(91)90216-K.
53. Bombardier CH, D'Amico C, Jordan JS. The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behav Res Ther*. 1990;28(4):297-304. doi: 10.1016/0005-7967(90)90081-s.
54. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. *J Pain*. 2011 Sep;12(9):964-73. doi: 10.1016/j.jpain.2011.03.003.
55. Williams DA. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol*. 2013 Nov;23(6):554-9. doi: 10.1097/MOU.0b013e3283652af1.
56. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*. 2011;4:41-9. doi: 10.2147/PRBM.S15375.

Адрес за кореспонденция:

Ас. д-р Татяна Иванова Телбизова
Катедра „Психиатрия и медицинска психология“
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55
Варна, 9000
e-mail: tatyana.telbizova@mu-varna.bg,
ttelbizova@gmail.com