

## PSICHOLOGINIAI SKAUSMO ĮVERTINIMO ASPEKTAI

RŪTA SARGAUTYTĖ

**Skausmas** – tai dažniausias simptomas, verčiantis ligonį ieškoti medicininės pagalbos. Tačiau įvertinti klinikinio skausmo mastą ir pobūdį nėra paprasta. Reikia pripažinti, kad nelengva išmatuoti kažką, jeigu nesi tikras, ką iš tikrųjų matuojai” [25]. Gydytojai neurologai, psichologai, fiziologai sprendė ir tebesprendžia problemą – ar skausmas yra emocinis fenomenas, ar fiziologinis pojūtis? Ar galima jį išmatuoti? Kokia šios būsenos prigimtis ir esmė?

Nors skausmo problema žmonija domėjosi nuo seniausių laikų, psichologiniai jo aspektai moksliskai pradėti tirti palyginti neseniai, tik pastaraisiais dešimtmečiais. Kaip ir dauguma graikų filosofų, Aristotelis tikėjo, kad skausmas – sielos būseną, neigiama emocija, priešinga malonumui. Kai XIX a. fiziologija iškilo kaip eksperimentinis mokslas, prasidėjo mokslinis skausmo pojūčio tyrimas. XIX a. pabaigoje vyravo trys viena kitai prieštaraujantys skausmo koncepcijos. Specifiškumo (arba sensorinė) teorija tvirtino, kad skausmas yra specifinis pojūtis, turintis nepriklausomą nuo kitų pojūčių sensorinį aparatą. Tuo tarpu intensyvumo teorijos šalininkai teigė, kad kiekvienas sensorinis stimulus, pasiekęs tam tikrą intensyvumą, gali sukelti skausmą. Šios dvi fiziologinės teorijos savo ruožtu prieštaravo tradicinei Aristotelio koncepcijai, kurią rėmė daugiausia filosofai ir psichologai. Šiuolaikinės pažiūros iš dalies grįžta prie Aristotelio, atmesdamos grynai filosofinį skausmo aiškinimą. Gydytojas Howard Beecher 1959 m. vienas iš pirmųjų pripažino, kad skausmo išgyvenimo intensyvumas iš esmės priklauso nuo to, kaip mes jį interpretuojame. Skausmas – tai daugiau negu pojūtis; neurofiziologinė analizė tik iš dalies paaiškina visą reiškinį.

1975 m. įsikūrusi Tarptautinė skausmo tyrimo asociacija (International Association for the Study of Pain) apibūdino skausmą „kaip nemalonų sensorinį ir emocinį potyrį, siejamą su tikru ar potencialiu audinio sužalojimu, arba aprašomą tokio sužalojimo kalba”. Taigi dauguma skausmo tyrėjų pripažįsta, kad skausmas nėra tiesiogiai susijęs su audinių pažeidimu, bet yra daugiamatis reiškinys, kurį nulemia nemažai veiksnių, iš jų ir stimulo intensyvumas, orga-

nizmo fizinė būseną, skausmo potyrio prasmė bei kontekstas ir būdas, kuriuo ligonis įprato reikšti skausmą.

Bet koks skausmas gali būti aprašytas fiziologine ar psichologine kalba. Įvairių sričių specialistai vartoja skirtingus terminus: neurologai – nervinių impulsų, psichologai – emocijų, filosofai – kančios ir prasmės. Tačiau skausmas kaip grynai fizinės ar psichologinės problemos kategorizavimas vis dar populiarus, nors nenaudingas, o kartais net žalingas [4]. Jis gali ypač pakenkti gydytojo ir ligonio santykiams. Medicininėje praktikoje nuo objektyvių duomenų (laboratorinių, elektrofiziologinių tyrimų, rentgeno nuotraukų) priklauso, prie „realus“ ar „įsivaizduojamo“ bus priskirtas skausmas. Tuo tarpu skausmas gali turėti organinį pagrindą, o gali ir neturėti, ir pačiam ligoniui vis vien jis bus „realus“. Psichologinės teorijos, pagrįstos skausmo psichogeneze, naujesnės, tačiau taip pat vienpusės. Priežastinės etiketės „psichogeninis“ ir „somatogeninis“ nėra prieštaraujantys viena kitai [21]. Nėra įrodyta, kad psichologiškai labai skiriasi ligoniai, turintys akivaizdžią organinę patologiją, nuo tų, kurie jos neturi [1]. Ligoniai, kurių objektyvūs duomenys minimalūs, galima sakyti, patenka į „juoduosius sąrašus“, jie kelia frustraciją, nes gydytojas sunku kontroliuoti savo neigiamas emocijas jų atžvilgiu [17]. Pripažinus, kad psichologinės, socialinės skausmo priežastys pakankamai svarios, ligonio skausmas taptų „realus“ ne tik jam pačiam, bet ir aplinkiniams.

Taigi psichologinis skausmo įvertinimas susijęs su tam tikromis problemomis, kurias ir apžvelgsime šiame straipsnyje.

### Ūmus ir lėtinis skausmas

Ūmus skausmas atlieka svarbią biologinę funkciją, tai būtina žmogaus jautrinio patyrimo dalis. Jis apsaugo organizmą, įspėja jį apie ligą ar gresiantį iš aplinkos pavojų, moko atsargumo, skatina pradėti gydytis. Tuo tarpu lėtinis skausmas ilgainiui susipina su psichologiniais, socialiniais veiksniais ir sukelia kentėjimą, kuris dažniausiai nebeatitinka esamų organinių pakitimų. Ūmus skausmas, nors ir labai aštrus, psichologiniu atžvilgiu yra lengvesnis žmogui. Ir dėl to, kad jis „naudingas“, ir kad „akivaizdus“, ir kad laikinas. Kai diskomfortas peržengia biologinio naudingumo žmogaus išlikimui ribas, skausmas gerokai sumenkina žmogaus gyvenimo kokybę. Tai sergančiųjų lėtinėmis ligomis, senų žmonių problema.

Jei ūmus skausmas – tik signalas, tai ilgiau trunkantis skausmas jau pats savaime tampa sutrikimu. Jis ne tik sukelia fizinę ir emocinę kančią, bet taip pat tampa socialinių ir kitų komplikacijų priežastimi. Skausmas užvaldo sąmonę, nuo jo nebegalima atitrūkti, jis tarsi suauga su žmogumi. Ligonis lieka vienas su savo skausmu, kurio negali pamatyti, išmatuoti.

Gydytojams ir ligoniams geriau suprantamas tradiciškai susiformavęs ūmios ligos modelis [22]. Pagal tokį supratimą visas skausmas ir kentėjimas gali ir turi būti panaikintas aktyviomis medikų pastangomis. Medicina pajėgi išgydyti visas fizines negalias, i. pats ligonis nė kiek neatsako už savo būseną, jis gali likti pasyvus. Priėmusiam tokį modelį ligoniui kyla nuostaba ir pyktis, jei gydymas nesėkmingas, skausmas neaprimsta, jo priežastys nenustatytos. Lėtinis skausmas – tai jau ne tik medicininė, bet ir socialinė bei psichologinė problema.

### **„Laboratorinis“ ir „klinikinis“ skausmas**

Pirmieji sistemingi skausmo tyrimai aprašyti 1940, 1952, 1953 metais. Po ilgalaikių tyrimų ir eksperimentų J. D. Hardy, H. G. Wolff ir H. Goodel (1952) priėjo išvadą, kad „skausmas yra specifinis pojūtis su savo struktūrinėmis, funkcinėmis ir suvokimo ypatybėmis“ [cit. pgl. 25]. Kai kurie fiziologai pritarė sensoriniams šios teorijos aspektams, tačiau priešininkai ypač akcentavo skirtumus tarp „eksperimentinio“ ir „patologinio“ skausmo. Didelės kritikos ir konkurencijos buvo sulaukta iš kito žymaus mokslininko H. K. Beecher, kuris tyrinėjo klinikinį skausmą ir skausmą mažinančių vaistų paveikį. H. K. Beecher labai prieštaravo, kad eksperimentinis skausmas būtų naudojamas tyrimams ir apibendrinimams, kadangi ligonių emocinės asociacijos esančios tokios galingos, jog nustelbia kiekybinius pojūčio aspektus, ir bet kurie laboratoriniai tyrimai pasidaro beprasmiški.

Iš tiesų gyvūnų laboratoriniai skausmo tyrimai, pagrįsti refleksinės elgsenos įvertinimu, turi mažai analogijų su žmogaus skausmu, o žmonių laboratoriniai tyrimai, ypač skausmo slenksčių, taip paplitę po II pasaulinio karo, o vėliau praradę populiarumą, matuoja tik vieną dimensiją – intensyvumą [5]. Tuo tarpu kasdieniame gyvenime skausmas yra sudėtingas procesas, visuminis išgyvenimas, apimantis įvairius aspektus (sensorinius, emocinius, elgesio), kurie dar ir veikia vienas kitą. Žinoma, eksperimentinį skausmą lengviau tirti, kadangi jis matuojamas stimulo (terminio, elektrinio ir kt.) intensyvumu, tuo

tarpu patologinio skausmo stimulo pobūdis dažniausiai nežinomas, jo intensyvumą nelengva įvertinti, ir ligos sunkumas nėra akivaizdžiai susijęs su skausmu [11,25]. Klinikoje negalioja ta paprasta taisyklė, kad stimulo intensyvumas atitinka pojūčio intensyvumą. Kartais visai menki organiniai pakitimai neatitinka audringo skausmo išgyvenimo. Be to, čia negalioja etiniai apribojimai skausmo intensyvumo ir trukmės atžvilgiu (ligonis negali pasakyti „stop“!) [25]. Klinikinis skausmas – įkyrus, varginantis, dažniausiai lydymas nerimo. Todėl būtų nerealu perkelti skausmo tyrimo laboratorijoje rezultatus į „realų ligonį“, kuriam skausmas turi kitą, egzistencinę prasmę [17].

Klinikinė psichofizika, labiau akcentuojanti stimulų negu pojūčių, mažai ką davė klinikinio skausmo matavimui [25]. Vis dėlto net A. K. Beecher 1965 m. pripažino, kad kai kurie laboratoriniai skausmo tyrimo metodai gali būti vertingi. Pavyzdžiui, perspektyvūs atrodo tarpmodaliniai tyrimai, t.y. bandymai suporuoti žinomo intensyvumo stimulą su ligonio skausmu, rasti klinikinio skausmo atitikmenį [12,21].

### Psichologiniai skausmo mechanizmai

Ypač sunkiai diagnozuojamų ir gydomų ligonių skausmą buvo bandoma paaiškinti psichologinėmis skausmo teorijomis. G. L. Engel [6] darė prielaidą, kad yra „linkusių į skausmą“ („pain-prone“) individų, kuriems skausmas tiesiog būtinas emocinei įtampai atpalaiduoti. Šie asmenys netoleruoja sėkmės savo gyvenime, jie nuolat patenka į tokias situacijas ir santykius, kai yra žeidžiami, ir tada jų sveikata geriausia. Ir atvirkščiai, gyvenimo situacijai pagerėjus, jie vėl kenčia skausmus. G. L. Engel nustatė, kad tokie ligoniai augo šeimose, kur vyravo skausmas ir agresija. Namuose jie būdavo dažnai skriaudžiami, arba tėvai atkreipdavo dėmesį tik į sergantį ar sužeistą vaiką. Taigi nesąmoningai save baudžiantis elgesys tapo pagrindiniu kaltės jausmo įveikimo būdu.

G. L. Engel psichogeninę hipotezę pratęsė D. Blumer ir M. Heilbronn [1]. Jie nustatė, kad egzistuoja homogeniška ligonių grupė, kuriai skausmas – slopinamo emocinio konflikto išraiška, „maskuotos“ depresijos forma. Skausmas šitaip apsaugo ligonį nuo dar didesnės depresijos ir net nuo savižudybės. Būdinga, kad depresijos gydymas sumažina skausmą, tačiau skausmo gydymas gali tik išprovokuoti depresiją.

T. Szash [1968] pateikė psichoanalitinę skausmo teoriją [cit. pgl. 21]. Skausmas – grėsmės kūno vientisumui suvokimo rezultatas. Grėsmė gali būti reali ar įsivaizduojama, tačiau svarbiausia, kad ji suvokiama. Ir nors paprastai gydytojai ieško fizinio pažeidimo požymių, grėsmė gali būti daugiau psichologinė. Tokių žmonių skausmas nuolatinis, jo kilmė neaiški, ir jis neišgydomas žinomais būdais. T. Szash pavadino „1' homme doloureux" individus, kuriems skausmas – gyvenimo būdas, priemonė kurti ir kontroliuoti aplinką.

G. L. Engel ir T. Szash pirmiausia rėmėsi individualių atvejų analize, ir jų aprašyti ligoniai sudaro mažąją dalį. Galima manyti, kad tai tam tikras nukrypimas nuo normalios elgsenos. Tuo tarpu R. Sternbach žvelgė plačiau ir transakcinės analizės požiūriu išnagrinėjo įvairius žaidimų tipus, kuriuos „žaidžia" ne tik ligoniai, kuriems būdingas „psichogeninis" skausmas, bet ir tie, kurių skausmas paaiškinamas organinėmis priežastimis [21]. Manipuliuodami supančiais žmonėmis, kai kurie individai siekia savo tikslų. Pavyzdžiui, „profesionalas" tvirtina gydytojui, kad nori kuo griečiau pasveikti ir sugrįžti į ankstesnį darbą (o tai jau yra neįmanoma), ir kartu atsisako jam tinkamo darbo. Kreipdamiesi į gydytojus, tokie ligoniai tik siekia patvirtinti savo „skausmo identišumą", taigi skausmas turi specifinę prasmę ir „namų tiro-nui", ir „planų ardytojui", ir kt.

Manoma, jog svarbu žinoti, kokia buvo ligonio asmenybė prieš susergant, nes tai padeda numatyti tolesnį jo elgesį ir reakciją į gydymą [2, 29]. Psichiatrių nuomone, skausmas gali būti ne tik depresijos [1], bet ir nerimo, isterijos ar kitokio psichinio sutrikimo požymis [2,6]. Ligonų, kuriuos vargina lėtiniai skausmai, psichinės savybės pastaruoju metu vis dažniau siejamos su aleksitimiškos asmenybės bruožais [1]. Šiuo terminu apibūdinami psichosomatiniai ligoniai, kurie nesugeba išreikšti žodžiais savo jausmų, emociškai reaguoti, pasižymi fantazijos skurdumu, konkrečiu mąstymu, aukštu socialinio konformizmo lygiu. Aleksitimiškoms asmenybėms būdingas polinkis į neigiamų emocijų somatizaciją.

W. Fordyce [7] lėtinio skausmo problemą nukreipė nuo griežtai analitinio supratimo į elgsenos plotmę. Jis apibrėžė su skausmu susijusį elgesį kaip stebimą elgesį, kurį palaiko tam tikras pastiprinimas. Skundai, dejonės, atodūsiai, kūno poza ir gestai, vaistų vartojimas – akivaizdūs ir išmatuojami dalykai. Ši elgsena susilaukia šeimos, draugų, bendradarbių dėmesio ir net užuojautos. Biheivioristinėje psichologijoje lėtinio skausmo atsiradimas aiškinamas ope-

rantinio išmokimo teorija. Operantinis skausmas apibūdinamas kaip skausmas, kurį suformuoja pastiprinimas. Kai su skausmu susijusi elgsena gauna tiesioginį pozityvų pastiprinimą, ji linkusi išlikti net tada, kai skausmo priežastis pašalinta. Pavyzdžiui, skausmo elgsena pastiprinama, kai skausmas padeda ligoniui išvengti nemalonios veiklos ar kai sulaukiama didesnio artimųjų dėmesio.

### Skausmo išraiška

Vertindamas ligonio skundus, gydytojas susiduria ne tiek su pačiu skausmo pojūčiu, kiek su jo verbaline bei neverbaline išraiška. Skausmas gali būti perteikiamas įvairiais būdais: 1] žodžiais (ligonis pasakoja, kur, kada ir kaip skauda, pateikia vaizdingų palyginimų); 2] elgesiu (veido išraiška, šlubčiojimas, įvairios pozos, ašaros, dažnas gydytojų lankymas); 3] emocijomis (pyktis, depresija); 4] somatiniais pakitimais. Situacija tampa problemiška, kai pastebimas neatitikimas tarp atskirų skausmo išraiškos komponentų, pavyzdžiui, kai žodiniai pareiškimai neatitinka laikysenos arba emocijos neadekvačios somatiniams pakitimams [2]. Tačiau nėra ir negali būti, kad skausmo suvokimas absoliučiai atitiktų jo išraišką, matyt, dėl skirtingo komunikacijos stiliaus [21]. Ligonių, patiriančių skausmus, elgesys gali varijuoti nuo spartietiško stoicizmo iki ašarų ir isterinių reakcijų.

Nustatyta, kad skausmo išraiškai turi įtakos etninė priklausomybė, skausmo suvokimu ir reakcijomis skiriasi įvairių kultūrų žmonės. M. Zborowski 1969 m. [26] savo nuodugniame darbe „People in Pain” aprašė, kaip išreiškia skausmą skirtingos kilmės amerikiečiai – airiai, žydai, italai ir „senieji amerikiečiai”. Tiek airiai amerikiečiai, tiek „senieji amerikiečiai” slopino skausmo išraišką, tik pirmieji priėmė jį stoviškai, bijojo atrodyti „kaip kūdikiai”, o antrieji – ramiai, dalykiškai, „kaip faktą”. Tuo tarpu italai ir žydai atrodė daug labiau nusiminę, emociingesni ir išraiškingesni, mažiau tolerantiški skausmui. Tik italai labiau nerimavo dėl paties skausmo pojūčio, dramatizavo jį ir nurimdavo tik numalšinę patį skausmą, pavyzdžiui, analgetikais. O žydams ligoniams labiau rūpėjo simptominė skausmo reikšmė, ir jie nurimdavo tik supratę skausmo priežastis.

Skausmo išraiškos intensyvumą sąlygoja ir individualios asmenybės savybės, pavyzdžiui, intraversijos ir ekstraversijos lygis. Pasirodo, didesnio skausmo išraiška susijusi su ekstraversija, o tokios išraiškos slopinimas – su

intraversija. M. R. Bond ir bendraautorai [3] tyrė ryšį tarp suvokiamo skausmo, skausmą malšinančių vaistų poreikio ir intraversijos/ekstraversijos. Nustatyta, kad patiriamo skausmo lygis pozityviai koreliavo su neurotiškumo lygiu, tačiau skausmo skundai (ir vaistų vartojimas) labiau susiję su ekstraversijos lygiu. Neurotiški intravertai kenčia tyliai, o neurotiški ekstravertai skausmą išreiškia lengvai.

Aplinkos sąlygų įtaką reakcijai į skausmą vaizdingai atskleidė gydytojas anesteziologas H. K. Beecher [cit. pgl. 24]. Antrojo pasaulinio karo metu iš 215 vyrų, sunkiai sužeistų mūšyje, tik 25 % reikalavo morfijaus skausmui numalšinti. Įdomu palyginti, kad 80 % civilių gyventojų su analogiška chirurgine žaizda negalėjo iškęsti skausmo be vaistų. H. K. Beecher siejo šį skirtumą ne su audinių pažeidimo lygiu, bet su žaizdos reikšme. Mūšyje žaizda reiškė saugumą, bilietą namo, tuo tarpu civiliam gyvenime – nelaimę, sutrikdančią įprastą gyvenimo eigą.

Taigi skausmas praneša ne tik apie audinių pažeidimą; jis gali tapti emocinio streso perteikimo priemone, o kartais ir priemone manipuluoti kitais [2]. Ir T. Szasz psichoanalitinėje koncepcijoje pabrėžė skausmo komunikacinį aspektą (skausmas – „pagalbos šauksmas“) [cit. pgl. 24]. Kiekvienu atveju būtina atsižvelgti į tai, kokią simbolinę prasmę turi ligonio skundai [17]. Gal tai tik laikinas atsitraukimas: „Nelieskite manęs, matot, man ir taip jau blogai!“, o gal, atvirksčiai, kvietimas atkreipti dėmesį, užjausti: „Padėkite man! Gelbėkite mane!“, gal nepakantumas keliamiems reikalavimams: „Atleiskite mane nuo kasdienių rūpesčių!“

### **Skausmo matavimas**

Kadangi skausmas – subjektyvus išgyvenimas, pačiam ligoniui visada „realus“, tai apie jį geriausiai ir žino pats ligonis. Kad ir kaip stengiamasi „objektyvizuoti“ skausmą, tiesiogiai išmatuoti jo neįmanoma [12, 25]. Dar niekam nepavyko išrasti skausmo „termometro“ ar „barometro“. Laboratoriniai skausmo tyrimai mažai ką turi bendra su klinikiniu skausmu [5], o įvairių fiziologinių skausmo komponentų registravimas (raumenų įtampos, širdies ir kvėpavimo ritmo, prakaitavimo, odos laidumo, kortikosteroidų kiekio kraujyje) taip pat nėra patikimas, nes ne visada galima atskirti reakciją į skausmą nuo kito distreso, be to, šie rodikliai menkai koreliuoja tarpusavyje [19] ir gerokai priklauso nuo dėmesio bei lūkesčių.

Kaip jau buvo minėta, elgesio stebėjimas suteikia informacijos apie skausmą. Frederickson ir bendraautorai [19] išskyrė tris su skausmu susijusio elgesio kategorijas: 1] vaistų vartojimą ir chirurginių operacijų siekimą; 2] funkcijų sutrikimą; 3] skundus. Ir W. E. Fordyce panašiai aprašė stebėjimui prieinamus skausmo komponentus: 1] žodinius skundus ir nekalbinius garsus (pvz., dejones); 2] kūno pozą ir gestus (pvz., šlubčiojimą); 3] funkcinių apribojimų demonstravimą [pvz., ramstymąsi]; 4] skausmą malšinanti elgesį (pvz., vaistų vartojimą) [7]. Ligonio elgesio ypatumus padeda užfiksuoti videojuostų technologija. Vis dėlto sunku sutikti, kad stebėtojas, kad ir koks patyręs jis būtų, gali išmatuoti kito žmogaus skausmą [II].

Kliniškai skausmas dažniausiai vertinamas, remiantis subjektyviu skausmo pavaizdavimu, t.y. paties ligonio ataskaita. Jau keletą dešimtmečių vartojamos įvairios rangų skalės – skaitmeninės, žodinės, grafinės. Jų atsiradimas susijęs su poreikiu tuoj po Antrojo pasaulinio karo nustatyti farmakologinio gydymo efektyvumą.

K. D. Keel 1948 m. pasiūlė labai paprastą žodinių deskriptorių skalę: „stiprus“ skausmas, „vidutinis“ skausmas, „silpnas“ skausmas, „nėra skausmo“. Pastebėta, kad ligoniams sunku aprėpti daugiau kaip penkių kategorijų verbalinio rangavimo skalės [25]. Nustatyta, kad Lietuvos populiacijoje „optimali“ verbalinė skalė turėtų būti iš 4 verbalinių deskriptorių: „silpnas“ skausmas, „nei silpnas, nei stiprus – vidutinio intensyvumo“ skausmas, „stiprus“ skausmas, „nepakeliamas“ skausmas [27]. Medicinos moksle ir praktikoje ypač populiarūs E. C. Huskisson vizualinių analogų skalės [VAS] [II]. Tai 100 mm ilgio tiesės atkarpa, kurios kraštinės reikšmės – „nėra skausmo“ ir „nepakeliamas skausmas“. Ligonio prašoma pažymėti tarp tų dviejų kraštutinių, „kiek“ jam skauda, o po to linuote išmatuojamas nurodytos atkarpos ilgis. Grafinio rangavimo skalė panaši į VAS, tik išilgai atkarpos dar užrašyti tarpinio intensyvumo žodiniai apibūdinimai „silpnas“, „vidutinis“, „stiprus“. VAS pranašumas kitų subjektyvių ranginių skalėlių atžvilgiu tas, kad ji jautresnė skausmą mažinančių priemonių poveikiui, be to, metodas paprastas ir patogus [26]. Vis dėlto, kadangi įvairių rangavimo skalėlių duomenys ne visai sutampa, pasitikėti tik kuria nors viena skale būtų klaidinga. Be to, būtina atsižvelgti į įvairius skausmo komponentus [19]. Šiomis skalėmis matuojamas tik vienas skausmo aspektas – „kiek“, t.y. jo intensyvumas. H. K. Beecher nesutiko, kad



pakanka matuoti skausmo intensyvumą ir trukmę, ir siūlė emocinį matmenį – reakciją į skausmą.

R. Melzack (1975) teigė, kad „vaizduoti skausmą tik intensyvumo terminais – tai tas pats, kas vaizduoti matomąjį pasaulį tik šviesa ir šešėliais, neatsižvelgiant į formą, spalvą, faktūrą ir daugybę kitų vizualaus potyrio matmenų“ [14, p. 278]. R. Melzack ir W. S. Torgerson sukūrė naują priemonę, padedančią įvertinti ne tik kiekybinius, bet ir kokybinius skausmo aspektus [14–16]. Pirmiausia jie aprašė „skausmo kalbą“ [16]. Tiriamieji suklasifikavo 102 iš klinikinės literatūros surinktus žodžius, apibūdinančius skausmą pagal skirtingus jo išgyvenimo aspektus:

1. Sensoriniai aspektai, aprašomi spaudimo, erdvės terminais (pvz., pulsuojantis, aštrus, deginantis, sąaudžiantis).

2. Emociniai aspektai – su skausmu siejama baimė, emociniai išgyvenimai (pvz., bausis, varginantis, keliantis nerimą).

3. Suvokimo intensyvumo vertinimai (pvz., silpnas, stiprus, kankinantis).

Po to žodžiai buvo sugrupuoti ir išrikiuoti pagal intensyvumą, kad ligonis galėtų įvertinti savo skausmą pagal kiekvieną kategoriją. Šio darbo pagrindu ir buvo sukurtas Makgilo skausmo klausimynas [14]. Šis klausimynas, kurį sudaro 78 skausmo deskriptoriai, suskirstyti į 20 kategorijų, pateikia statistiškai įvertintą informaciją ir padeda diferencijuoti skausmo sindromus. Makgilo klausimynas plačiai taikomas įvairiose šalyse gydymo efektyvumui nustatyti. Vis dėlto ir čia kyla problemų: kartais „vidutiniam“ ligoniui sunku suprasti pateiktus žodžius, nes jo žodynas per siauras [25]. Pastebėta ir tai, kad R. Melzack ir W. S. Torgerson žodžiai yra parinkti iš literatūros, tuo tarpu būtinos specialios kai kurių ligų skalės [20]. Pavyzdžiui, keista, kad Makgilo klausimyne nėra žodžio „stingimas“, kuriuo sergantys reumatu ligoniai labai dažnai apibūdina sąnarių skausmą. Be to, apribojant žodžių pasirinkimą, galima netekti to, ką patys ligoniai pasakytų spontaniškai [20]. W.E.Fordyce [7] apskritai priekaištavo, jog skausmo kalba per daug neapibrėžta, kad galėtų būti naudojama diagnostikos tikslais. Tačiau akivaizdu, kad tiek verbalinius, tiek ir neverbalinius matmenis galima vienodai lengvai falsifikuoti ir iškreipti [25]. Mano manymu, didžiausia problema, susijusi su Makgilo skausmo klausimyno pritaikymu, – tai jo vertimas į kitas kalbas. Kiekvienoje kalboje skausmas turi labai savitą semantinį lauką. Štai, pavyzdžiui, ir lietuvių kalboje yra daugybė žodžio „skaudėti“ sinonimų, dažniau ir rečiau vartojamų šnekamojoje kalboje

[13]. Tačiau rasti tikslūs atitikmenys 78 –iems analogiškiems skausmo apibūdinimams lingvistiniu pagrindu turbūt ir neįmanoma. Dėl šios priežasties, sudarydami Sąnarių skausmo klausimyną, ėjome kitu keliu. Pirmiausia sergantiesiems reumatinėmis sąnarių ligomis pateikdavome universalų 77 skausmo žodinių apibūdinimų sąrašą (remdamiesi Makgilo klausimynu, ligos istorijomis, spontaniškais pasisakymais) ir tik gautų duomenų pagrindu atrinkome reprezentacinį dažniausiai pasirenkamų žodžių rinkinį [9, 29–31]. Septyni sensoriniai ir aštuoni emociniai skausmo deskriptoriai Sąnarių skausmo klausimyne ranguojami keturiais intensyvumo laipsniais: nuo „visai ne“ iki „labai“ (žr. I pav.). 14-oji pozicija palikta tučia, kad ligonis galėtų pateikti trūkstamą skausmo apibūdinimą. Gydant nuo uždegimo, ne tik sumažėjo žodinių deskriptorių pasirinkimo dažnumas, bet ir vidutinis intensyvumas (žr. 2 pav.). Spontaniškai pateikti papildomi apibūdinimai daugiausia išreiškė sensorines skausmo ypatybes (pvz., tvinksintis, smelkiantis, tempiantis, sukančiantis), į juos buvo atsižvelgiama vertinant klausimyno rezultatus. Tačiau pasirinkimo dažnumu papildomi apibūdinimai nepasiekė nė vieno išvardytųjų, taigi klausimyno sudėtis adekvati tiriamajai ligonių grupei. Sudarytas klausimynas padeda statistiškai įvertinti kiekybinius ir kokybinius sąnarių skausmo aspektus, jis lengvai suprantamas ligoniui, jam užpildyti reikia ne daug laiko.

Ribotas vaikų sugebėjimas išreikšti skausmą žodžiais skatino kitų, vaizdingesnių metodų paieškas. A. Unruh ir bendraautorai [23] 5–18 m. sergantiems vaikams pateikė 2 užduotis: nupiešti savo skausmą ir pavaizduoti save, kai skauda. Vaikų piešiniai buvo kategorizuojami pagal turinį ir dominuojančią spalvą. Pasirodė, kad vaikai, kuriems skaudėjo galvą, dažniau piešė save kažką darančius skausmui palengvinti, negu vaikai, kenčiantys nuo judėjimo ir atramos aparato skausmų. Iš 8 spalvų šiame tyrime raudona ir juoda buvo daugiausia naudojamos piešiniuose. Mūsų kompleksinio skausmo suvokimo tyrimo naudojant ir Spalvinį santykių testą [32] čia omenimis, 52 % tirtų suaugusių ligonių didžiausią skausmą, kurį kada nors patyrė, sieja su juoda spalva, o 23 % – su raudona. Toliau pagal pasirinkimo dažnumą ėjo pilka, tamsiai mėlyna ir kitos spalvos. Įdomu, kad juoda spalva buvo siejama su emocine būseną („nesinori gyventi“, „viskas juoda“), o raudona – tai „kraujas“, „uždegimas“, „aštrus“. Spalvinėmis asociacijomis pagrįstas mėginimas patobulinti Vizualinių analogų skalę, suteikiant jai spalvotos juostos pavidalą; čia spalvos

intensyvumas pamažu kinta nuo šviesiai rožinės („nėra skausmo“) iki tamsiai raudonos („nepakeliamas skausmas“) [10]. Autorių nuomone, šis tyrimo būdas lengviau suprantamas ligoniams. Ligoniams su kalbos sutrikimais ar ribotais protiniais sugebėjimais taip pat gali būti lengviau suprantamas skausmo įvertinimo būdas, kai prašoma pasirinkti iš aštuonių nupieštų įvairios mimikos veidų tą, kuris geriausiai išreiškia tuometinę tiriamojo savijautą [8]. Portretų metodas padeda įvertinti ligo­nio skausmo intensyvumą 8 rangais, taip pat ir su skausmu susijusias emocijas. Taigi sergančiojo subjektyvios atskaitos papildymas sensorinėmis asociacijomis vertingas ne tik vaikų, bet ir suaugusiųjų tyrimui kaip projekcinis metodas. Pavyzdžiui, tiriamajam pažymėjus ant pateikto žmogaus figūros kontūro skaudamas vietas, gaunamas „skausmo piešinys“ [18]. Jis suteikia informacijos ne tik apie skausmo lokalizaciją ir intensyvumą, bet ir apie kai kurias asmenybės ypatybes, emocinę būseną.

Pateiktų tyrimo metodų aprašymas rodo, kad daug informacijos galima gauti iš subjektyvios ligo­nio atskaitos. Visgi tas „subjektyvus“ verbalinis ar neverbalinis pavaizdavimas yra geriausias skausmo matavimo būdas. Nors, A. E. Reading nuomone, subjektyvi atskaita gali būti prasmingesnė pradiniam skausmo įvertinime, kai skausmas susijęs su aiškia organine patologija, nes vėliau sluoksniuojasi emociniai komponentai, elgesio pastiprinimas [19].

### **Psichologo vaidmuo diagnozuojant skausmą**

Pastarąjį dešimtmetį vis dažniau kreipiamasi į psichologus, socialinius darbuotojus, reabilitacijos specialistus, kad šie padėtų spręsti diagnostines ir terapines lėtinio skausmo problemas. Tarpdisciplininėse grupėse drauge su terapeutu, anesteziologu dirba ir psichologas, psichiatras. Vakarų šalyse, daugiausia JAV, po Antrojo pasaulinio karo pradėtos steigti daugiadisciplininės skausmo klinikos. Jose gydomas įvairios kilmės ir pobūdžio ūmus ir lėtinis skausmas. Bendromis įvairių specialistų pastangomis siekiama įvertinti fizinį, psichologinį ir socialinių veiksnių įtaką, sudaryti gydymo programą, pritaikytą ligo­nio poreikiams. Mūsų patyrimas patvirtina integruoto skausmo įvertinimo privalumus reumatologijos klinikoje [9].

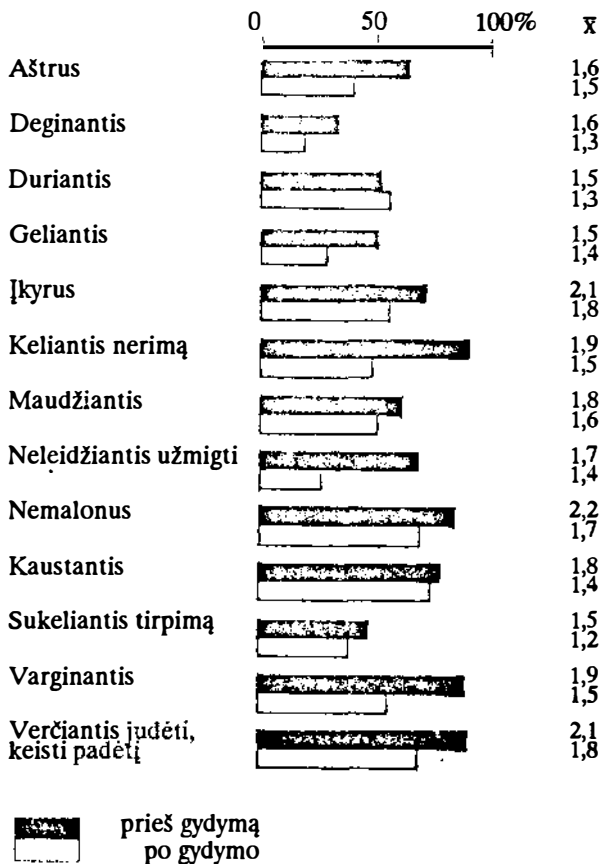
Koks gi psichologinio vertinimo tikslas? Ligo­nis, nusiūstas pas psichologą, gali pasijusti nesuprastas, atstumtas gydytojų, manyti, kad abejojama jo skausmo „autentiškumu“. Tačiau psichologinis įvertinimas jokiū būdu negali būti

lakmuso testas atsakyti į klausimą, koks yra tas skausmas – „organinis“ ar „psichologinis“ [4]. Psichologas negali pasakyti, kas iš tikrųjų yra skausmas. Kas kita – subjektyvus skausmo išgyvenimas. Skausmas – ne abstrakti sąvoka, o realus patyrimas, visada turintis savo buveinę – žmogų, kuris jį išgyvena. Psichologinis įvertinimas ir siekia nustatyti, kodėl ligoniui skauda, kaip skauda ir ką daryti toliau. Skausmo išgyvenimą nepriklausomai nuo jo šaltinio iš esmės nulemia skausmo suvokimas ir interpretavimas bei ta prasmė, kuri jam suteikiama [17]. Bet kuriuo atveju, net kai skausmas turi labai aiškias fizines priežastis, neišvengiama ligonio emocinė reakcija į jį. Psichologinio įvertinimo tikslas – nustatyti, kaip ligonis įveikia skausmą, kokie psichologiniai ir aplinkos veiksniai didina skausmą, ar reikalingas nuodugnesnis psichologinis asmenybės tyrimas.

Tobulų skausmo vertinimo metodų nėra. Todėl prasmingesnės ir perspektyvesnės kūrybiškos skausmo įvertinimo pastangos naudojantis ir subjektyvia ligonio ataskaita. Kartais skausmas vaizduojamas labai skurdžiai, stereotipiškai, kartais – itin išraiškingai, o tai ir yra vidinės būsenos projekcija. Kai patys ligonis vertina savo skausmą rangais, grafiškai, verbaliniais deskriptoriais ar sensorinėmis asociacijomis, toks didesnis dėmesys ir įsiklausymas į savo pojūčius kartais net sustiprina jų intensyvumą. Kita vertus, ligonis gali pažvelgti lyg iš šalies tyrėjo akimis, sudaryti tam tikrą distanciją tarp savęs ir savo skausmo. Tai yra svarbu psichologiniu požiūriu, nes daugeliui ligonių skausmas tampa tarsi neatsiejama asmens dalimi, o tai, kad jį galima matuoti, stebėti ir net kontroliuoti ar transformuoti, yra netikėta ir veikia psichoterapiškai. Įvairūs skausmo vertinimo metodai padeda priartėti prie ligonio psichologinių problemų, užmezgti artimesnį kontaktą, pradėti skausmo psichoterapiją [23].

		Visai ne		Labai
Aštrus		I	I	I
		0	1	2
				3
Deginantis		I	I	I
		0	1	2
				3
Duriantis		I	I	I
		0	1	2
				3
Geliantis		I	I	I
		0	1	2
				3
Įkyrus		I	I	I
		0	1	2
				3
Keliantis nerimą		I	I	I
		0	1	2
				3
Maudžiantis		I	I	I
		0	1	2
				3
Neleidžiantis užmigti		I	I	I
		0	1	2
				3
Nemalonus		I	I	I
		0	1	2
				3
Kaustantis		I	I	I
		0	1	2
				3
Sukeliantis tirpimą		I	I	I
		0	1	2
				3
Varginantis		I	I	I
		0	1	2
				3
Verčiantis judėti, keisti padėtį		I	I	I
		0	1	2
				3
?.....		I	I	I
		0	1	2
				3
Sens.	n...	Σ ...	χ...	
Emoc.	n...	Σ ...	χ...	
Bendr.	n...	Σ ...	χ...	

1 pav. Sąnarių skausmo klausimynas



2 pav. Deskriptorių pasirinkimo dažnumas ir vidutinis intensyvumas sergančiųjų reumatoidiniu artritu grupėje (n=48) prieš ir po gydymo

#### LITERATŪRA

- Blumer D., Heil Bronn M. Chronic Pain as a Variant of Depressive Disease. The Pain-Prone Disorder// J. Nerv. Ment. Dis. 1982. Vol. 170, N 7. P. 381-406.
- Bond M. R. Psychological and psychiatric aspects of pain//Anesthesia, 1978. Vol. 33. P. 355-361.

3. **Bord M. R., Glynn J., Thomas D. G.** The relation between pain and personality in patients receiving pentazocine [Fortral] after surgery// *J. Psychosom. Res.* 1976. Vol. 20. P. 369–481.
4. **Camic M.** Psychological Assessment of the Chronic Pain Patients Behaviors, Cognitions and Dynamics//*Assessing Chronic Pain/Ed. M. Camic, F. D. Brown.* New York: Springer-Verlag, 1989. P. 47–70.
5. **Chapman C. R., Casey K. L., Dubner R., Foley K. M., Gracely R. H., Reading A. E.** Pain Measurement: an Overview//*Pain.* 1985. Vol. 22. P. 1–31.
6. **Engel G. L.** „Psychogenic” pain and the pain-prone patient//*Amer. J. Med.* 1959. Vol. 26. P. 899–918.
7. **Fordyce W. E.** Learning Processes in Pain//*The Psychology of Pain/Ed. R. A. Sternbach.* New York: Raven Press, 1978. P. 49–72.
8. **Frank A. J. M., Moll J. M. H., Hort J. F.** A comparison of three ways of measuring pain//*Rheumatol. Rehabil.* 1982. Vol. 21. P. 211–217.
9. **Gaigalienė B., Čeremnych-Aleksejenko E., Čobotas M., Sargautytė R.** Skausmas – viena sudėtingiausių reumatologijos problemų//*Sveikatos apsauga.* 1990. N 6. P. 13–17.
10. **Grossi E., Borghi C., Cerchiari E. L., Della Puppa T., Francucci B.** Analogue chromatic continuous scale [ACCS]: a new method for pain assessment// *Clin. Exp Rheumatol.* 1983. Vol. 1. P. 337–340.
11. **Huskisson E. C.** Measurement of Pain//*Lancet,* November 9. 1974. P. 1127–1131.
12. **Jaržemskas E., Sabalys G.** Skausmo diagnostika// *Lietuvos TSR stomatologų darbai.* V.: Mokslas, 1980. P. 69–74.
13. **Lyberis A.** Sinonimų žodynas. V.: Mokslas, 1980.
14. **Melzack R.** The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods//*Pain.* 1975. Vol. 1. N 2. P. 277–299.
15. **Pain Measurement and Assessment/Ed. R. Melzack.** New York: Raven Press, 1983.
16. **Melzack R., Torgerson W. S.** On the language of pain//*Anesthesiology.* 1971. Vol. 34. P. 50–59.
17. **Menges L. J.** Chronic Pain Patients: Some Psychological Aspects//*Persistent Pain.* New York: Academic Press, 1981. Vol. III. P. 87–98.
18. **Ransford A. O., Cairns D., Mooney V.** The pain drawing as an aid to the psychological evaluation of patients with low-pain/Spine. 1976. Vol. 1. N 2. P. 127–134.
19. **Reading A. E.** Testing Pain Mechanisms in Persons in Pain//*Textbook of Pain/Ed. P. D. Wall, R. Melzack.* London: Churchill Livingstone, 1984. P. 195–204.
20. **Skewington S. M.** Psychological aspects of pain in rheumatoid arthritis: a Review// *Soc. Sci. Med.* 1986. Vol. 23. N 6. P. 567–575.
21. **Sternbach R. A.** Clinical Aspects of Pain//*The Psychology of Pain/Ed. P. A. Sternbach.* New York: Raven Press, 1978. P. 241–264.
22. **Turk D. C., Holzman A. D., Kerns R. D.** Chronic Pain// *Self-Management of Chronic Diseases.* New York: Academic Press, 1986. P. 441–472.
23. **Unruh A., McGrath P. J., Cunningham S. J., Humphreys P.** Children's drawing of their pain//*Pain.* 1983. Vol. 17. P. 385–392.

24. Weisenberg M. Understanding Pain Phenomena//Contributions to Medical Psychology/Ed.S. Rachman. Oxford: Pergamon Press, 1980. Vol.2. P. 79-111.
25. Wolff B. Э. Behavioural Measurement of Human Pain//The Psychology of Pain/Ed R.A. Sternbach. New York: Raven Press, 1978.
26. Zborowski M. People in Pain//San Francisco: Jossey-Bas Inc. Publishers, 1969.
27. Пакула А. Литовский опросник боли: разработка шкалы интенсивности// Психология аномальных различий: Тез. докл. Вильнюс, 1986. С.266-269.
28. Саргаутите Р. Психологические аспекты оценки боли в ревматологической клинике//Применение психологических методов в соматической клинике: Тез. докл. Каунас, 1983. С. 214-215.
29. Саргаутите Р. Ю. Особенности субъективной оценки боли и ее динамики в процессе лечения у больных ревматическими заболеваниями: Тез. докл. III всесоюзного съезда ревматологов. Вильнюс, 1985. С.232.
30. Саргаутите Р. Ю. Характеристика болевого синдрома при ревматоидном артрите и остеоартрозе//Ревматология. 1989. No.4. С.73.
31. Саргаутите Р. Ю., Черемных-Алексеевко Е.Н., Чоботас М. А., Гайгалиене Б. А. Психологическая характеристика больных ревматоидным артритом, остеоартрозом и псориатическим артритом с различной выраженностью болевого синдрома: Тез. докл. III конференции ревматологов Эстонской ССР. Таллин, 1988. С. 101-103.
32. Цветовой тест отношений: Методические рекомендации. Л., 1985.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ БОЛИ

R. Саргаутите

### Резюме

Боль является основной причиной обращения больных за медицинской помощью. В этой статье на основе современных данных и собственного опыта представлен обзор способов выражения и оценки боли. Ставится под вопрос обоснованность разделения болей на „органические” и „психогенные”, представлены психологические теории боли. Рассматриваются отличительные особенности хронической и клинической боли. В связи с включением психологов в диагностику и терапию хронических болевых, их роль в этой области должна быть определена более отчетливо.

## PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PAIN ASSESSMENT

R. Sargautytė

### Summary

Pain is the most common symptom that leads patients to seek medical help. This paper reviews selected areas of current knowledge and personal experience about pain expression and measurement. Question is raised about the usefulness of the distinction between organic and psychogenic pain patients, psychological conceptions of pain are presented. The peculiarities of pain and clinical pain are stressed. As the psychologists become more and more involved in evaluation and treatment of pain patients, their role should be defined more precisely.