

疼痛的心理学治疗方法

王宁 史妙 王锦琰 罗非

【关键词】 疼痛; 心理学

【Key words】 Pain; Psychology

疼痛严重危害患者的生理和心理健康,常常伴有心理或精神改变,甚至造成功能障碍。因此,一旦通过评估手段确诊了疼痛,就需要采取相应的治疗措施。疼痛的治疗可以分为药理学和非药理学两种。非药理学方法中的心理干预是目前疼痛治疗中比较流行的一种手段。在大多数情况下,采用常规的镇痛药并辅以适当的心理治疗能够获得更好的镇痛效果。在此,我们将对急、慢性疼痛治疗中常用的一些心理干预手段进行简要阐述。

大约一个世纪以前,在生物医学模式的指导思想下,慢性疼痛被认为是一种单纯的病理症状。当时对疼痛的治疗方法主要包括两方面:一是使疼痛的病理改变局限化,二是采用适当的治疗消除引起疼痛的病理改变。然而,在没有组织损伤的情况下,这种思路就会让人很困惑。上世纪七十年代,生物医学模式的局限性日渐明显,而Melzack和Wall的“闸门控制学说”则为心理学因素影响疼痛的研究打开了一扇大门^[1]。在该理论的引导下,各种生物心理学模型依次诞生,心理学渐渐被应用于疼痛的临床治疗^[2]。当时的行为理论学家提出了一些术语来定义疼痛相关的行为,包括“应答式”行为,即个体对刺激产生的被动反应;“操作式”行为,即个体的痛行为会因某些因素而得到强化,如经济上的补偿、逃避责任、获得别人的关心等。后来,认知因素的作用也逐渐受到重视。越来越多的研究及临床实践证实,在疼痛治疗过程中,适当的心理学干预方法将有助于疼痛的缓解。

1 认知行为疗法(cognitive behavioral therapy,CBT)

认知行为疗法是目前最有影响力的心理辅导和心理治疗方法之一,广泛应用于多种精神障碍的治疗,包括抑郁和焦虑。顾名思义,认知行为疗法包含“认知”和“行为”两种成分。认知疗法的主要目的在于改变患者对自身疼痛的负面认识,增强其自信和自我控制感。而行为疗法的依据是:行为是通过学习获得的,因此可以通过一些操作方法来消退、抑制、改变和替代原来的不良行为^[3]。认知行为疗法是两者的结合,重点在于改变患者的信仰、期望和应对能力。在治疗过程中,医生帮助患者及家属了解可能加剧疼痛的环境因素,并且指

导他们改变这些因素(如调节生活方式,包括饮食、睡眠和运动)。医生可以指导患者如何使用特殊的认知方式控制疼痛,如注意和分散注意、引导想象、自我催眠等,作为对药理学方法的补充。

已经证实,CBT对于多种类型的急、慢性疼痛都有显著疗效,包括术后痛、腰背痛、烧灼痛、风湿性关节炎痛、肌纤维痛、复杂性局部疼痛综合征、癌症痛、坐骨神经痛、颞下颌关节痛、头痛、镰状细胞贫血病性疼痛和治疗性疼痛等^[4]。

2 支持心理疗法(supportive psychotherapy)

支持心理疗法是一种以支持为主的特殊心理治疗方法。在治疗过程中,医生不用去分析患者的潜意识,而主要是支持和帮助患者适应目前所面对的现实,故又称为非分析性治疗。支持心理疗法是心理医生应用心理学的知识和方法,采取劝导、启发、鼓励、支持、同情、说服、消除疑虑、保证等方式,来帮助和指导患者分析认识当前所面临的问题,使其发挥自己最大的潜力和优势,正确面对各种困难和心理压力,以渡过心理危机,从而达到治疗目的的一种心理治疗方法^[5]。

支持疗法在慢性痛中应用的第一步是让患者产生被理解的体验,可以通过向有同情心的聆听者讲述他们的故事而实现。患者最迫切希望讨论的问题是疼痛在他们的社会生活、情感及行为这几方面的影响。患者需要别人认同并且重视他的痛苦。一旦患者开始产生信任感,也就产生了支持的效果。支持疗法的特点在于它将患者从单纯机械理解自身困境的被动接受者转变成成为康复和复原中活跃的角色。

3 操作行为疗法(operant behavioral therapy,OBT)

操作行为疗法基于操作式条件反射,是Skinner在上世纪三、四十年代的工作中探索到的一种现象。纯粹的操作式条件反射范式假设:当强化维持的时候,行为的频率增加;当没有奖赏或者惩罚的时候,行为的频率降低。

操作行为疗法理论在慢性痛的应用首先由Fordyce在上世纪60年代末开创。Fordyce的方法关注于通过调节明显的疼痛行为来改变功能。与之相一致,操作行为疗法包括以下几个方面:识别出需要进行调节的疼痛行为;找到出现在这些行为之前并对其产生影响的刺激;确定针对这些行为的强化刺激与惩罚方式。目标在于移除疼痛行为的强化因素,并且提供对好的行为的奖赏。在操作行为疗法的早期,要求患者、配偶及家庭成员集中学习操作行为疗法的模型,并忽视疼痛行为(如抱怨、休息等),用言语夸奖或者患者喜欢的其他奖赏方式强化其正性行为(如坚持运动、锻炼及自信的表情等)^[6]。

DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2009.07.040

本文为国家自然科学基金资助课题(编号:30700223,30770688)

作者单位:100101 北京市 中国科学院心理研究所心理健康重点实验室

通讯作者:罗非,E-mail:luof@psych.ac.cn

王宁:女,博士研究生,E-mail:bonny_1984@163.com

2009-04-05收稿

4 催眠疗法

催眠治疗有3个基本要素:诱导、治疗性暗示和终止催眠体验的暗示^[7]。

诱导是促使患者的意识发生改变的过程,即从平常的清醒状态变为一种有利于暗示发挥作用的想象性投入状态。诱导的目的是使患者获得分离的能力。在诱导过程中,医生的首要目的是吸引患者的注意力,其次是帮助患者集中注意力,减少注意范围,然后将注意力引向内在事物,最后一步就是分离。分离性感受是使催眠区别于非催眠体验的关键。分离是指从意识中主动划分出某些方面的感受。在疼痛治疗中,催眠激发了患者从意识中分离出痛苦的能力。

一旦患者体验到了分离,便可以对他们实施治疗性暗示,即分离疼痛症状。在这一阶段主要进行治疗性沟通。对医生来讲,了解患者对暗示是否有反应是很重要的,因为镇痛反应仅仅发生在患者的想象中,对医生来说是看不到的,所以提供另外的提示使反应表现在外在的举止行为上,有助于评价患者的反应性。

在经历了治疗性暗示后,催眠体验趋于尾声。通常情况下,医生会暗示患者在催眠之后将感到神志清爽,精力充沛,并惊讶于症状的改善。但是这一步并不是所有疼痛患者都需要,例如烧伤患者,他们处于制动状态,不需要恢复到机敏的活动状态。

催眠疗法可以用于多种急、慢性疼痛的治疗。在急性疼痛中,对于正在遭受疼痛折磨、接受术后护理或因疾病和外伤而丧失能力的患者,分离性暗示可以使重度疼痛患者从疼痛及伴随疼痛的不愉快感中解脱出来,并产生高度的舒适感。术后痛、烧伤痛、牙科痛、分娩痛及其他医疗操作造成的急性疼痛都可以通过催眠干预得到缓解。

另外,在慢性疼痛综合征中也可以应用催眠。在癌症痛的临床治疗中,有很多问题需要注意,首先临床医生必须了解,癌症痛最显著的特征在于疼痛对患者的意义。癌症痛威胁到患者的安全感,常常源于焦虑和恐惧。因此,减轻癌症痛需要以患者自身的痛感觉为中心来实施催眠暗示,同时治疗其他的伴随症状^[8]。在头痛的催眠治疗中需要注意,头痛常常比其他部位的疼痛更令人难以忍受,因为它对于清醒和自我感知是非常重要的。在头痛没有发作的时候进行治疗比较好,例如偏头痛患者,由于痛苦难耐,患者在偏头痛发作期间无法承受催眠治疗。此外,催眠也适用于神经源性痛及骨骼肌肉痛的急性发作,缓解患者急性痛,并且提高患者对于非催眠治疗的顺应性。催眠治疗用于幻肢痛也会有良好的效果,能够帮助患者将幻肢痛变为舒适的感觉。控制疼痛后,接下来的暗示会使患者意识不到幻肢的存在^[9-10]。

5 眼动脱敏和再加工治疗 (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)

眼动脱敏和再加工治疗,又称为眼动心身重建法,属于行为疗法中暴露疗法的一种形式。它是最新型的心理治疗方法,可以促使消极想法和负性情绪快速而稳固地缓解。由于对创伤后应激综合征具有显著疗效,EMDR被推广应用于很多的临床治疗中,如成瘾、抑郁和疼痛。EMDR是对疼痛心理治疗的全套方法的补充,它可以推动心理和情感创伤起源的

慢性痛的认知进程^[11]。

EMDR由心理学家Francine Shapiro于上世纪八十年代末定义,她在一个偶然的发现中,眼睛的快速来回转动可以减少消极的想法和感受,经过一系列实验之后,提出了EMDR疗法。EMDR疗法在1998年正式被美国心理学会认可,其要素包括冥想、暴露、双焦点注意、放松和认知。这些元素大多是传统心理治疗常用的方法,而EMDR特征之一就是将这些治疗元素进行整合^[12]。

在EMDR治疗过程中,要求患者识别出能够让其感觉更好的问题或条件,并且指出与负性感受和想法相关的问题。然后,患者被指示关注消极的想象、感觉和想法,同时进行快速眼动,通过患者追踪治疗师双手的运动来实现。之后,患者被指示放松并注意他们是否感觉到任何的不同。有很多人都会报告产生了变化。如果没有变化,这一过程会重复,直到患者感觉改善。EMDR既能够改变疼痛的强度,也能够改变痛觉记忆的方式。

6 介入性治疗中减少痛苦和担忧的心理学手段

在一些介入性治疗过程中,如静脉穿刺和腰椎穿刺等,患者往往会承受一定程度的痛苦,由此产生的忧虑和抗拒会造成患者对治疗的不配合。一些心理干预方法能够减轻这种状况。首先使用恰当的语言向患者解释,使其清楚即将做什么,第二步是强调患者可能体验的感觉的性质,如冷、麻刺感、压迫感等,使患者能够注意到自己的真实感觉,而不仅仅注意疼痛。另外,使用注意、分散注意力、放松和引导想象等策略可以帮助患者减少治疗过程中产生的疼痛和担忧,引导患者参与治疗的不同阶段。在此过程中具体选用何种方式视患者喜好而定。需要注意的是,在这个过程中选择、控制和预期非常重要,尤其对孩子,应该给予孩子尽可能多的选择,如选择哪只胳膊注射,是否眼睛看着注射,用什么样的止痛工具等。

综上所述,随着生物医学模式向生物-心理-社会模式的转变,医学界对疼痛的心理学治疗越来越重视,目前认为最佳的疼痛治疗方案应针对疼痛所涉及的各个方面,在传统的疼痛治疗基础上结合心理学治疗将起到更好的作用。大量西方国家的研究描述了心理学手段在疼痛治疗中的应用,而我国的疼痛心理治疗则刚刚起步,无论是基础研究还是临床实践均不成熟,尚未达到广泛应用及专业化的程度。随着我国人民生活水平的逐步提高,对疼痛治疗的社会需求快速增长。在这种情况下,作为研究者需要提供科学依据来支持和验证当前心理学治疗手段的有效性,而作为医务工作者则需要在临床治疗过程中更多的关注疼痛患者的心理问题,加强疼痛心理治疗的理论学习,采用适当的疼痛心理治疗方法,将治疗效果发挥到最好。

参 考 文 献

- [1] Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory[J]. Science, 1965, 150(669):971-979.
- [2] Vlaeyen JW, Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? [J]. Clin J Pain, 2005, 21(1):1-8.
- [3] Turk DC. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients[J]. Reg Anesth Pain Med, 2003, 28(6):573-579.

《中华护理杂志》稿约

1 来稿要求

1.1 文稿:应具有科学性、实用性,论点明确,资料可靠,文字精炼,层次清楚,数据准确、规范。

1.2 文题:力求简明、醒目,反映出文章的主题。中文文题以不超过20个汉字为宜。

1.3 作者:作者姓名在文题下按贡献大小排列,作者单位名称及邮政编码脚注于同页左下方,并附第一作者姓名、性别、最高学历、职称、职务、电子信箱及联系电话。有通讯作者的文章,还应该附上通讯作者的姓名和电子信箱。对文章中的各主要结论,均必须至少有1位作者负责。

1.4 摘要:论著、临床护理研究、护理教育、护理管理和手术室护理栏目的文章须附中、英文摘要。

1.5 关键词:所有文章须标引3-5个关键词。尽量使用美国国立医学图书馆编辑的最新版《Index Medicus》中医学主题词表(MeSH)内所列的词。如果无相应的词,可根据树状结构表选用最直接的上位主题词,必要时可采用自由词。

1.6 医学名词:以全国自然科学名词审定委员会审定公布、科学出版社出版的《医学名词》和相关学科的名词为准,暂未公布学科仍以人民卫生出版社编的《英汉医学词汇》为准。中文药物名称应使用2005年版药典(法定药物)或卫生部药典委员会编辑的《药名词汇》(非法定药物)中的名称,英文药物名称则采用国际非专利药名,不用商品名。

1.7 图表:每幅图、表应有简明的题目。要合理安排表的纵、横标目,并将数据的含义表达清楚;表内数据同一指标保留的小数位数相同。图不宜过大,高与宽的比例应在5:7左右。图的类型应与资料性质匹配,并使数轴上的刻度值的标法符合数学原则。照片图要求有良好的清晰度和对比度。

1.8 计量单位:按国务院1984年2月颁布的《中华人民共和国法定计量单位》书写,并以单位符号表示。

1.9 参考文献:按GB7714-2005《文后参考文献著录规则》采

用顺序编码制著录。外文期刊名称用缩写,以《Index Medicus》中的格式为准;中文期刊用全名。每条参考文献均须著录起止页。

1.10 论文所涉及的资助课题:如获得国家或部、省级以上基金或属攻关项目,应在首页作者单位前加脚注,如“本课题受××基金资助(基金编号×××××)”,并附基金证书复印件。如已有专利,请附专利证书复印件。

1.11 标题层次:标题层次采用阿拉伯数字连续编码,标题层次划分一般不超过4节。

2 特别说明

2.1 来稿请用Word格式、小四号字打印在A4纸上寄至本刊编辑部。同时请将文章的电子版发至:nursing@263.net。本刊尚不受理单独的电子版投稿的文章。稿件的回执与退稿信或退修信、校样也将发至作者的电子信箱中。

2.2 来稿须附单位推荐信,注明对稿件的审评意见、无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等项。

2.3 凡投寄本刊的稿件,3个月内(以稿件回执日期计算)给予回复。对不采用稿件,允许作者提出不同意见。本刊不退原稿,请作者自留底稿。凡在接到本刊回执后3个月内未接到稿件处理通知者,系仍在审理中。作者如欲投他刊,请先与本刊联系,切勿一稿两投。

2.4 作者投稿时须从邮局汇 20 元稿件处理费,请勿在稿件中夹寄。稿件确认刊载后,将按标准收取版面费,出具正式收据。凡收取版面费后因作者原因撤稿的文章,版面费不予退回。稿件刊登后酌致稿酬,并赠当期杂志2册。稿件及汇款请勿寄给个人。

2.5 有关稿件事宜,编辑部均与第一作者联系,稿费及赠阅杂志寄给第一作者。本刊录用的所有稿件,均以纸载体、光盘和网络版形式同时出版。所付作者稿酬中已包含上述各项。

[4] Driessen E, Van HL, Schoevers RA, et al. Cognitive behavioral therapy versus short psychodynamic supportive psychotherapy in the outpatient treatment of depression: a randomized controlled trial[J]. BMC Psychiatry, 2007, 7:58.

[5] Good M, Anderson GC, Stanton-Hicks M, et al. Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery[J]. Pain Manag Nurs, 2002, 3(2):61-70.

[6] Molton IR, Graham C, Stoelb BL, et al. Current psychological approaches to the management of chronic pain[J]. Curr Opin Anaesthesiol, 2007, 20(5):485-489.

[7] Barber J. Hypnosis and suggestion in the treatment of pain: a clinical guide[M]. New York: Norton, 1996.

[8] Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial[J]. Pain, 1992, 48(2):137-146.

[9] Rosen G, Willoch F, Bartenstein P, et al. Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis

in its clinical management: an intensive examination of two patients[J]. Int J Clin Exp Hypn, 2001, 49(1):38-55.

[10] Oakley DA, Whitman LG, Halligan PW. Hypnotic imagery as a treatment for phantom limb pain: two case reports and a review[J]. Clin Rehabil, 2002, 16(4):368-377.

[11] Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action[J]. J Clin Psychol, 2002, 58(1):61-75.

[12] Grant M. EMDR: a new treatment for trauma and chronic pain[J]. Complement Ther Nurs Midwifery, 2000, 6(2):91-94.

思考题

1. 疼痛治疗中常用的心理干预手段有哪些?

2. 介入性治疗中应采取怎样的心理学手段减少患者的痛苦和担忧?

(本文编辑 马云会)