

Terapia poznawczo-behawioralna bólu w przebiegu choroby nowotworowej – podejście spersonalizowane

Tailoring cognitive-behavioral therapy of pain in cancer patient

Renata Machowska¹, Bożena Marciniak²

¹Gabinet Psychoterapii MyWay, Paphos, Cypr

²Centrum Zdrowia i Psychoterapii, Warszawa

Psychoonkologia 2016; 20 (3): 142–153

DOI: 10.5114/pson.2016.64966

Adres do korespondencji:

Renata Machowska
Gabinet Psychoterapii MyWay
61 Neofytou Nikolaidi Street
8011 Paphos, Cypr
tel. 785 930 523
www.psychoterapeuta.online

Bożena Marciniak
Centrum Zdrowia i Psychoterapii
ul. Ogrodowa 8
00-896 Warszawa
tel. +48 22 654 10 38

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie zagadnień dotyczących terapii poznawczo-behawioralnej (*cognitive behavioral therapy* – CBT) i możliwości zastosowania tego podejścia w leczeniu pacjentów z bólem nowotworowym. Omówiono specyfikę bólu u osób z chorobą nowotworową z uwzględnieniem skal oceny natężenia bólu oraz psychologicznego dystresu, którego identyfikacja ułatwia kierowanie pacjentów do specjalistycznych usług psychologicznych. Przedstawiono poznawczy model bólu, a także zaprezentowano zastosowanie i efektywność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bólu w tej grupie pacjentów. W szczególności skupiono się na opisanu modyfikacji CBT w leczeniu bólu nowotworowego pod kątem podejścia terapeutycznego spersonalizowanego, „szytego na miarę” konkretnego pacjenta. Wdrożenie rozwiązań spersonalizowanych, zorientowanych na osobę pomaga w podjęciu właściwej decyzji o zastosowaniu optymalnej terapii w optymalnym czasie oraz dostosowaniu formy terapii i sposobu jej dostarczenia do aktualnych możliwości pacjenta.

Abstract

The aim of this study was to demonstrate the issues concerning the application of cognitive behavioral therapy (CBT) in the treatment of patients suffering from cancer related pains. In order to simplify the referral process of patients for specialist psychological treatments, specification of pains related to cancer, pain intensity scales and the identification of the related psychological distress were discussed. The cognitive pain model, and the implementation and effectiveness of the cognitive behavioural therapy in the above-mentioned, specific groups of patients were also demonstrated. Special emphasis was given to the possible modifications of the CBT related to cancer pain treatment in order to provide personalized, “tailor-made” therapies for each individual. The implementation of these findings concerning each individual would help in choosing the optimal therapy during the most optimal time, and it would aid the modification of these therapies to provide the most suited way of help adjusted to the patient’s actual needs and capabilities.

Słowa kluczowe: terapia poznawczo-behawioralna, ból nowotworowy, terapia spersonalizowana.

Key words: cognitive-behavioral therapy, cancer pain, personalised therapy.

Wstęp

Zachorowalność na nowotwory złośliwe wzrasta z roku na rok. Na świecie odnotowuje się ok. 12,5 miliona, a w Polsce ponad 140 tysięcy zacho-

rowań rocznie (2010 r.). Nowotwory złośliwe są, po chorobach układu sercowo-naczyniowego, drugą przyczyną zgonów w Polsce [1]. Szacuje się, że w Polsce zachorowalność na nowotwory złośliwe dotyczy obecnie co trzeciej osoby.

Jednym z podstawowych elementów opieki nad pacjentem onkologicznym jest skuteczne leczenie bólu nowotworowego. Z badań wynika, że w okresie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego bóle występują u 30–50%, a w zaawansowanej fazie choroby u ponad 80% chorych [2, 3]. Pomimo wysiłków badaczy oraz klinicystów, zmierzających do poprawy skuteczności leczenia bólu nowotworowego, dane epidemiologiczne wskazują, że blisko 50% tych pacjentów odczuwa ból [4].

Ból jest doświadczeniem subiektywnym, wieloobszarowym, przeżywanym indywidualnie przez człowieka, co tłumaczy dużą różnorodność tego przeżycia [5]. Według definicji Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (*International Association for the Study of Pain – IASP*) ból to „doświadczenie czuciowe i emocjonalne, subiektywnie odbierane jako nieprzyjemne, związane z aktualnym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” [3, 5]. Jak wynika z definicji, ból obejmuje komponent sensoryczny i emocjonalny [3, 6], dlatego też współczesne podejście do leczenia bólu, wynikające z traktowania go jako objawu psychosomatycznego z tendencją do zmienności (wynikającej z dynamiki choroby nowotworowej), nie ogranicza się jedynie do leczenia farmakologicznego, lecz także do zapewnienia odpowiedniego, wielopłaszczyznowego wsparcia psychologicznego pacjentowi i jego bliskim [2, 3, 5]. Poza leczeniem farmakologicznym wśród innych metod leczenia bólu u chorych na nowotwory wymienia się metody wspomagające (np. psychoterapia, fizjoterapia, terapia zajęciowa) [6, 7].

Metody psychologiczne oferują szereg korzyści w radzeniu sobie z bólem nowotworowym. Jedną z nich jest zwiększenie poczucia własnej skuteczności w kontroli bólu, co wiąże się z niskim psychologicznym dystresem, mniejszą ingerencją bólu w codzienne aktywności, a w konsekwencji podwyższeniem jakości życia pacjentów. Pacjenci nabywają nowych umiejętności, które pozwalają im lepiej sobie radzić z emocjonalnymi reakcjami na ból oraz poprzez aktywizację behawioralną podtrzymywać własną aktywność.

Połączenie metod farmakologicznych oraz psychologicznych powinno wywołać efekt synergii w radzeniu sobie z bólem, co może się przełożyć na jego zmniejszenie, poprawę nastroju oraz wzmocnienie relacji interpersonalnych. Ponadto wykorzystanie metod psychologicznych we wspomaganiu leczenia bólu nowotworowego może być propozycją dla tych pacjentów, którzy słabo odpowiadają na farmakoterapię lub mają trudności w tolerowaniu leków przeciwbólowych [8].

Szczególne miejsce wśród interwencji psychoterapeutycznych zalecanych i realizowanych u pacjen-

tów onkologicznych znalazła terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive behavioral therapy – CBT*) [5, 9–11].

Odpowiednie leczenie bólu wymaga jego dokładnej oceny, którą można uzyskać dzięki zastosowaniu formalnych narzędzi uwzględniających zarówno sensoryczny, jak i emocjonalny komponent bólu [12]. Celem takiej oceny jest stworzenie indywidualnego profilu bólu danego pacjenta, który będzie stanowić punkt wyjścia do leczenia oraz punkt odniesienia w trakcie ewaluacji jego efektów.

Słowa Piageta: „żadne dwie osoby nie są do siebie podobne w zdrowiu, dlatego żadne dwie osoby nie są do siebie podobne w chorobie” [13] można rozszerzyć o tezę, że żadne dwie osoby nie są do siebie podobne w doświadczeniu bólu. Szczególną pozycję w tym doświadczeniu zajmuje ból nowotworowy, który może być doświadczany jako ból wszechogarniający, ból totalny. Ogarnia wszystkie sfery funkcjonowania człowieka – ciało, emocje, umysł, obejmując również wymiar duchowy.

Z tego powodu leczenie bólu nowotworowego wymaga wdrożenia rozwiązań personalizowanych, zorientowanych na osobę, co w efekcie pomaga w podjęciu właściwej decyzji o zastosowaniu optymalnej terapii w optymalnym dla pacjenta czasie.

Specyfika bólu u osób z chorobą nowotworową

Choroba nowotworowa wiąże się z różnymi dolegliwościami, z których najbardziej dokuczliwy jest ból [3]. Pojęcie „bólu nowotworowego” nie jest rozpoznaniem diagnostycznym – jest opisem sytuacji, w której osoba doświadcza bólu w przebiegu choroby nowotworowej lub w okresie remisji. Pojęcie to odnosi się do bólu spowodowanego zarówno samym procesem nowotworowym, przerzutami, jak i konsekwencjami leczenia [14]. Uwzględniając te czynniki etiologiczne, można wyróżnić następujące kategorie bólu u chorych na nowotwory:

- bóle spowodowane rozwojem nowotworu lub jego przerzutami,
- bóle jako skutek przebytego leczenia przeciwnowotworowego,
- bóle koincydentalne (niezwiązane bezpośrednio z chorobą zasadniczą),
- bóle związane z wyniszczeniem nowotworowym [2, 6, 14, 15].

Ból może towarzyszyć pacjentom na każdym etapie choroby nowotworowej. Z badań wynika, że w okresie aktywnego leczenia przeciwnowotworowego bóle występują u 30–50%, a w zaawansowanej fazie choroby u ponad 80% chorych [2, 3]. Podstawowym obowiązkiem w prowadzeniu pacjentów onkologicznych jest skuteczne zwalczanie

nie bólu i innych dolegliwości pojawiających się w przebiegu choroby. Celem leczenia przeciwbólowego jest uzyskanie stanu, w którym pacjent jest wolny od odczuwania bólu, nie jest zbyt senny oraz jest zdolny do aktywności umysłowej i fizycznej odpowiadającej jego możliwościom intelektualnym i zasobowi sił. Jest to realizowane poprzez leczenie farmakologiczne na zasadach opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia (wg tzw. drabiny analgetycznej). Skuteczność takiego leczenia jest szacowana na ok. 80–90% [2, 6, 14, 15].

W określeniu „ból u chorego na nowotwór” bierze się pod uwagę wszystkie rodzaje bólu występujące w przebiegu choroby nowotworowej, z uwzględnieniem nie tylko przyczyn somatycznych, lecz także psychologicznych, społecznych i duchowych [6]. Należy pamiętać, że klinicznym wykładnikiem bólu, którego doświadcza pacjent, jest jego cierpienie. Cierpienie to negatywne odczucie powstające w wyższych piętrach ośrodkowego układu nerwowego wywołane przez ból albo inne stany emocjonalne, takie jak depresja, osamotnienie, lęk czy strach [14, 15]. W przypadku osób chorych na nowotwór cierpienie jest opisywane jako ból wszechogarniający (ból totalny, ból całościowy – *total pain*), który dotyczy 70–85% pacjentów. Ból totalny rozpoznaje się wtedy, gdy dominuje utrata poczucia sensu i znaczenia życia, nadziei i wiary w jakąkolwiek pomoc. Ból totalny wymaga całościowego spojrzenia na problemy chorego i jego rodziny [14–16].

Badania wskazują, że w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej ok. 80% pacjentów odczuwa dwa lub więcej rodzajów bólów. Pomimo dużych możliwości leczenia u części pacjentów z bardziej złożonym profilem bólu nie udaje się uzyskać zadowalającego znieczulenia [17]. Około 10% bólów nowotworowych nie reaguje na farmakologiczne sposoby leczenia. Pacjenci, których to dotyczy, mogą potrzebować zastosowania bardziej intensywnych i kompleksowych programów terapeutycznych. Stosuje się w tym wypadku metody uzupełniające, np. zabiegi anestetyczne, fizjoterapię, paliatywne leczenie onkologiczne. Oprócz podstawowego leczenia farmakologicznego ból w przebiegu choroby nowotworowej wymaga wielopłaszczyznowego wsparcia psychologicznego pacjenta i jego rodziny [2, 3, 5, 16].

Metody obiektywizacji (pomiaru) natężenia bólu

Odpowiednie leczenie bólu wymaga dokładnej jego oceny, co można uzyskać poprzez użycie formalnych, zwalidowanych narzędzi oceny. Często przyczyną niepowodzeń w terapii dolegliwości

bólowych są trudności diagnostyczne, które wynikają z wielowymiarowości zjawiska bólu [3].

Złożona natura bólu nowotworowego stanowi wyzwanie dla jego klasyfikacji. Obecnie nie ma ujednoczonej, powszechnie obowiązującej klasyfikacji bólu nowotworowego, a mogłoby to pomóc w badaniach oraz pozwolić lepiej przewidywać odpowiedź na leczenie bólu nowotworowego. Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (*European Palliative Care Research Collaborative – EPCRC*) postawiło sobie za cel osiągnięcie międzynarodowego porozumienia w zakresie klasyfikacji bólu nowotworowego. Punktem wyjścia do rozwoju takiej ujednoczonej, międzynarodowej klasyfikacji jest *The Edmonton Classification System of Cancer Pain (ECS-CP)* [18]. Narzędzie to pozwala przewidzieć, u których pacjentów z bólem nowotworowym mogą wystąpić trudności w uzyskaniu odpowiedzi na leczenie przeciwbólowe lub więcej czasu będzie wymagało osiągnięcie optymalizacji kontroli bólu [19]. System ECS-CP odgrywa ważną rolę zarówno w prognozowaniu i planowaniu leczenia bólu nowotworowego, jak i w ewaluacji i raportowaniu wyników badań klinicznych [19]. Ujednoczenie pod względem językowym oraz ustalenie definicji poszczególnych modułów ułatwia komunikację wśród członków zespołów opieki paliatywnej. Obecna, zrewidowana klasyfikacja zawiera 5 wymiarów. Są to: mechanizm bólu, ból incydentalny, psychologiczny dystres, zachowania uzależniające (obecne i przeszłe), funkcje poznawcze. Oceniana i kodowana jest obecność każdego z wymienionych wymiarów. System ECS-CP może być wykorzystany do stworzenia indywidualnego profilu bólu nowotworowego dla każdego pacjenta.

Subiektywny charakter bólu powoduje, że bardzo trudno jest oszacować konkretny ból u chorego na nowotwór. Podstawą są informacje pacjenta na temat: natężenia bólu (lekki, umiarkowany, silny, nie do wytrzymania), jego charakteru (piekący, tępy, miazdzący, przeszywający, rozdzierający), czasu trwania (stały, kolkowy, napadowy, występujący podczas konkretnej aktywności). Ból jest taki, jak opisuje go pacjent.

W celu oceny skuteczności leczenia wprowadzono kilka skal oceny natężenia bólu:

- skala wzrokowo-analogowa (*Visual Analogue Scale – VAS*) to skala w postaci linijki o długości 10 cm, na której pacjent określa nasilenie bólu od 0 – zupełny brak bólu, do 10 – najsilniejszy wyobraźalny ból; przy cyklicznym powtarzaniu pomiarów intensywności bólu za pomocą skali VAS możliwa jest ocena skuteczności leczenia przeciwbólowego;
- skala słowna (*Verbal Rating Scale – VRS*) to metoda umożliwiająca opisową ocenę bólu w skali

czterostopniowej: brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, lub w skali pięciostopniowej (Likerta): brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, nie do zniesienia;

- skala numeryczna (*Numerical Rating Scale* – NRS) pozwala na ocenę bólu w skali liczbowej: od 0 – brak bólu, do 10 – ból o największym nasileniu, jaki chory może sobie wyobrazić; chory wymienia liczbę odpowiadającą jego ocenie natężenia bólu [2, 14, 15].

Bardzo ważnym aspektem skuteczności leczenia bólu nowotworowego jest ocena współistniejącego dystresu psychologicznego, którego konsekwencją mogą być zaburzenia lękowe i depresja. Percepcja bólu jest w dużym stopniu zależna od czynników psychologicznych, przy czym jest to zależność dwukierunkowa: nie tylko odbiór bólu jest uzależniony od stanu psychicznego, lecz także sam ból może wywołać określone zmiany psychiczne. Jest to szczególnie istotne w przypadku bólu przewlekłego [20]. W przebiegu choroby nowotworowej zwiększa się ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i zaburzeń nastroju (47% osób z tym rozpoznaniem). Najczęściej występują zaburzenia adaptacyjne (32% pacjentów) i zaburzenia depresyjne (6% pacjentów). Izolowane zaburzenia lękowe dotyczą 2% pacjentów [21].

Z percepcją bólu związana będzie zatem indywidualna odpowiedź na ból, która zależy od progę czucia bólu oraz tolerancji pacjenta wobec bólu. Próg czucia bólu zależy od czynników somatycznych. Jest cechą indywidualną i względnie stałą. Próg tolerancji bólu zależy od czynników psychologicznych, np. poziomu lęku, koncentracji uwagi. Próg ten jest zmienny, wpływa na niego wiele czynników. Negatywne emocje, takie jak przygnębienie, lęk, strach, złość, niepokój, depresja, podobnie jak zmęczenie, bezsenność, niewygoda, zaniedbania higieniczne – obniżają próg tolerancji bólu. Podwyższają go natomiast: złagodzenie objawów, sen, zrozumienie i życzliwość otoczenia, obecność innych, rozproszenie uwagi, dobry nastrój, uspokojenie czy twórcza aktywność, a z zakresu farmakoterapii: leki przeciwbólowe, przeciwłękowe i przeciwdepresyjne. Ważnym aspektem jest też „zachowanie bólowe”, w którym należy uwzględnić poza prostą reakcją na bodziec bólowy również element uczenia się (warunkowanie). W tym wypadku pamięć okoliczności towarzyszących bolesnemu wydarzeniu może odtworzyć doznania bólowe i lęk przed bólem może się stać bardziej obehwładniający niż sam ból, naśladować go, wywołując podobne zachowania bólowe. Jeśli „zachowanie bólowe” się utrwali, będzie oceniane w kategoriach jego następstw [20].

Stan emocjonalny pacjenta wpływa zatem na jego próg tolerancji bólu. Silny dystres psychologiczny, lęk, depresja znacznie obniżają możliwości tolerowania bólu przez pacjenta i tym samym utrudniają optymalną kontrolę bólu. Znając czynniki wpływające na próg odczuwania i tolerancji bólu oraz potrzeby chorego, mamy możliwość złagodzenia bólu i polepszenia codziennego funkcjonowania pacjenta.

Spośród 19 ocenionych badań nad psychologicznym dystresem 14 wykazuje istotny związek między wzrostem percepcji natężenia bólu a zwiększonym poziomem dystresu. Obserwacje te potwierdzają znaczenie badań przesiewowych, monitorowania i leczenia zarówno bólu i depresji, jak i objawów występujących jednocześnie u pacjentów z rakiem [22, 23]. Psychologiczny dystres należy traktować jako emocjonalny objaw alarmowy, którego identyfikacja jest ważnym elementem procedury medycznej. Obecnie panuje powszechne uznanie dla stosowania badań przesiewowych w kierunku zaburzeń emocjonalnych u chorych na nowotwory.

Identyfikacja poziomu dystresu u pacjentów ułatwia kierowanie ich do specjalistycznych usług psychologicznych. Są to bardzo często szybkie w zastosowaniu narzędzia, takie jak wprowadzony przez *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) tzw. termometr dystresu (*Distress Thermometer*).

Termometr dystresu pozwala ocenić dystres w skali od 0 do 10 (10 – maksymalny poziom). Narzędzie zawiera dwa elementy. Pierwszy z nich to schematyczny termometr odpowiadający wzrokowej skali analogowej, na którym pacjent zakreśla poziom dystresu doświadczanego w ciągu ostatniego tygodnia. Na tej samej kartce, obok graficznego przedstawienia termometru, znajduje się lista problemów, z którymi może spotkać się pacjent. Lista składa się z następujących kategorii: problemy praktyczne (opieka nad dziećmi, prowadzenie domu, transport, nauka/praca, decyzje dotyczące leczenia), problemy rodzinne (z dziećmi, z partnerem, z chorobą w rodzinie, zdolnością do posiadania dzieci), problemy emocjonalne (depresja, lęk, smutek, nerwowość, obawy, utrata zainteresowań i aktywności), problemy fizyczne (wygląd, czynności samoobsługowe – np. ubieranie się, kąpiel, jedzenie, wyczerpanie, sen, pamięć/koncentracja uwagi, oddychanie, gorączka, mrowienie w dłoniach/stopach, swędzenie skóry, ból, problemy seksualne), problemy religijne/duchowe. Pacjent poza oceną dystresu zakreśla problemy, które wystąpiły w ostatnim czasie i mogą mieć wpływ na poziom cierpienia wskazany na termometrze. Identyfikacja problemów, które są źródłem

dystresu, stanowi punkt wyjścia do uzupełnienia zwykłej opieki medycznej o pomoc psychoonkologa, pracownika socjalnego, psychoterapeuty czy duchownego [24].

Innym narzędziem przesiewowym jest Inwentarz depresji Becka, który można zastosować do wstępnej selekcji osób, które reagują depresyjnie [24].

Przydatne są również narzędzia służące do oceny stylu radzenia sobie z chorobą i bólem nowotworowym, które pozwalają ocenić, jakie strategie radzenia rozwija pacjent (unikanie, styl wyrażający się nadmiernym zaabsorbowaniem chorobą czy tzw. duch walki, czyli traktowanie choroby jako wyzwania) [25, 26]. W Polsce dostępny jest Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (*Pain Coping Strategies Questionnaire – CSQ*) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego, służący do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z bólem i ich skuteczności w opanowywaniu i obniżaniu bólu [27].

Na uwagę zasługuje również dostępny w Polsce Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (*Beliefs about Pain Control Questionnaire – BPCQ*) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego. Składa się on z 13 stwierdzeń wchodzących w skład trzech czynników, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (czynniki wewnętrzne), poprzez wpływ lekarzy (siły innych) czy też poprzez przypadkowe zdarzenia [27].

Podsumowując – ocena bólu, jak również czynników psychologicznych, które mu towarzyszą, jest istotnym warunkiem skuteczności postępowania terapeutycznego.

Zastosowanie i efektywność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu bólu przewlekłego, w tym bólu u osób z chorobą nowotworową

Standardowe leczenie bólu w przebiegu choroby nowotworowej jest niewystarczające i dlatego konieczne jest uzupełnienie leczenia o środki niefarmakologiczne działające na psychikę. Wśród niefarmakologicznych metod leczenia bólu polecane są interwencje psychologiczne [28]. Ważną rolę zajmuje w nich CBT, która w ciągu ostatnich 30 lat stała się terapią z wyboru w bólu przewlekłym.

Terapia poznawczo-behawioralna stawia sobie za cel pomoc pacjentowi w redukcji zarówno bólu, jak i psychologicznego dystresu, który – jak wcześniej wspomniano – jest istotnym czynnikiem wpływającym na próg tolerancji bólu. Ponadto interwencje poznawczo-behawioralne poprzez pomoc pacjentowi w przystosowaniu się do sytuacji doświadczania bólu poprawiają ogólne funkcyjono-

wanie pacjenta oraz dzięki zachęcaniu do aktywności poprawiają jego sprawność fizyczną [28, 29].

Terapia poznawczo-behawioralna bólu przewlekłego, tak jak w przypadku innych zaburzeń, bazuje na modelach teoretycznych. Na szczególną uwagę zasługuje model stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem zaproponowany przez Thorn. Model nawiązuje do transakcyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkman, zgodnie z którą podmiot dokonuje oceny pierwotnej swoich relacji z otoczeniem, postrzegając je jako nieistotne, mające znaczenie pozytywne lub negatywne (stresujące). Czynniki stresujące może być ujmowany przez osobę jako zagrożenie, krzywda/strata lub wyzwanie. Oceniając sytuację jako stresującą, osoba dokonuje również oceny wtórnej, która odnosi się do jej możliwości radzenia sobie ze stresem.

Zgodnie z modelem Thorn istotny wpływ na przystosowywanie się do bólu przewlekłego mają myśli i wyobrażenia pacjenta na temat bólu i związanych z nim stresów (ocena pierwotna) oraz ocena możliwości skutecznego poradzenia sobie z bólem (ocena wtórna) [11]. W toku oceny przez pacjenta bólu jako czynnika zagrażającego pojawiają się emocje strachu lub lęku. Pacjent skupia uwagę na bólu i czynnikach, które go wywołują, w zachowaniu pojawiają się elementy zmniejszonego zaangażowania w szereg aktywności, następuje wzrost zachowań unikających. Gdy ocena wiąże się z poczuciem krzywdy i straty, pojawiają się emocje żalu, smutku, co przekłada się na zachowanie poprzez wzrost bierności i zmniejszenie aktywności. Pacjent może też ocenić ból jako wyzwanie, co pociąga za sobą przekonanie o możliwości poradzenia sobie z bólem – czynniki stresujące są oceniane bardziej realistycznie, w zachowaniu zaznaczają się aktywności pozwalające opanowywać ból, zaangażowanie w codzienne czynności i co za tym idzie – pacjent jest bardziej sprawny [11].

Ocena wtórna dotyczy możliwości radzenia sobie i związanej z tym skuteczności. Odnosi się do przekonań na temat bólu, jego kontroli, własnej skuteczności, myśli automatycznych, zniekształceń poznawczych [11].

Poza oceną pierwotną i wtórną model Thorn uwzględnia cechy indywidualne pacjenta doświadczającego bólu przewlekłego, takie jak: czynniki biologiczne (rodzaj i przebieg choroby, w szczególności rodzaj leczenia, które jest konieczne u danego pacjenta), czynniki osobowościowe (uwzględnienie takich cech temperamentu, jak neurotyzm, negatywny afekt, podatność emocjonalna), role społeczne (związane z płcią, pełnione w rodzinie, zawodowe), przekonania kluczowe (jako czynnik podatności poznawczej, która w interakcji z negatywnymi wydarzeniami życiowymi

może prowadzić do różnych zaburzeń emocjonalnych) [11]. Model zakłada cyrkularne powiązania pomiędzy powyższymi elementami, co oznacza, że zarówno cechy indywidualne pacjenta wpływają na jego oceny, jak i ocena pierwotna i wtórna, sposób radzenia sobie z bólem oraz jego konsekwencjami wpływają na poziom przystosowania się. Przystosowanie jest przez Thorn rozumiane wielowymiarowo. Chodzi nie tylko o wymiar fizyczny, czyli redukcję lub wyeliminowanie bólu, lecz także poprawę funkcjonowania pacjenta w wymiarze społecznym i psychologicznym. Przy uwzględnieniu specyfiki bólu nowotworowego, jego wielowymiarowości, szeregu czynników indywidualnych pacjenta, sposobów radzenia sobie, model stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem może być wykorzystywany w konceptualizacji problemów pacjenta zmagającego się z bólem i jego konsekwencjami.

Skuteczność CBT w leczeniu bólu oraz rozwiązywaniu problemów związanych z bólem została potwierdzona w wielu kontrolowanych badaniach klinicznych z randomizacją (*randomised controlled trial* – RCT) [28]. Obecnie CBT jest dominującym psychologicznym sposobem wspomagającym leczenie osób z przewlekłym bólem, takim jak: bóle pleców, bóle głowy, bóle reumatyczne, fibromialgia. W literaturze można znaleźć wiele opracowań dotyczących leczenia różnych bólów z wykorzystaniem CBT. Przykładem jest metaanaliza 22 RCT prowadzonych wśród pacjentów z chronicznym bólem pleców. Badania wykazały pozytywny wpływ CBT na ból oraz konsekwencje bólu, takie jak aktywność, jakość życia oraz depresja [30].

Inny przegląd badań dotyczył efektywności interwencji behawioralnych (włącznie z CBT) w chronicznych bólach krzyża. Analiza dotycząca przeglądu 30 RCT wykazała, że leczenie behawioralne, które stanowi też element terapii CBT, jest bardziej skuteczne niż zwykła opieka w leczeniu bólu pooperacyjnego, natomiast nie było znaczących różnic w średnio- i długoterminowych skutkach bólu [31].

W pracy dotyczącej bólów głowy [32] stwierdzono natomiast, że interwencje oparte na CBT (relaksacja, biofeedback, restrukturyzacja poznawcza) redukują ból głowy średnio o 30–60% we wszystkich badaniach. Interwencje z wykorzystaniem biofeedbacku są często stosowane w chronicznych bólach głowy zarówno jako samodzielne leczenie, jak i w powiązaniu z innymi technikami CBT [33].

Kolejna metaanaliza dostarczyła dowodów na skuteczność, od umiarkowanej do dużej, biofeedbacku w łagodzeniu migrenowych i napięciowych bólów głowy [34]. W przypadku migrenowych bólów głowy biofeedback ma skuteczność porów-

nywalną z treningiem relaksacyjnym, ale większą w przypadku napięciowych bólów głowy [35].

Terapia poznawczo-behawioralna znalazła również zastosowanie w leczeniu bólu u osób z chorobą nowotworową [28], choć niestety badań oceniających efektywność CBT w tej grupie pacjentów było stosunkowo mało.

W literaturze poświęconej interwencjom psychologicznym, w tym również CBT, podkreśla się szczególną rolę psychoedukacji w zakresie sposobów radzenia sobie z bólem w przebiegu choroby nowotworowej, a także zapobiegania ubocznym skutkom leczenia (chemioterapia, radioterapia). Pacjenci poddani takiej psychoedukacji odczuwali ból w mniejszym natężeniu niż pacjenci, którzy nie brali w niej udziału [10]. Niedawna metaanaliza RCT dotycząca interwencji psychospołecznych w bólu wskazała na znaczącą rolę psychoedukacji [36].

Metaanaliza badań, w których wykorzystano techniki CBT w grupie pacjentek z nowotworem piersi, wykazała, że u 62–69% z nich uzyskano mniejszy poziom dystresu i bólu w porównaniu z grupą kontrolną. Terapia poznawczo-behawioralna jest rekomendowanym podejściem w leczeniu bólu i zmniejszaniu poziomu psychologicznego dystresu u osób z nowotworem piersi [37].

W pracy z osobami, które cierpią z powodu bólu przewlekłego, w ramach CBT wykorzystuje się następujące techniki: trening relaksacyjny, poznawczą restrukturyzację, techniki samoobserwacji, aktywację behawioralną, planowanie i ocenę przyjemnych aktywności, techniki odwracania uwagi, techniki rozwiązywania problemów oraz uważność. Wykorzystując np. techniki samoobserwacji, pacjenci zyskują wiedzę na temat tego, jakie czynniki nasilają u nich ból, dzięki czemu mogą indywidualnie dostosować pory przyjmowania leków lub lepiej planować swoją aktywność. Pacjenci zyskują w ten sposób poczucie większej własnej skuteczności w radzeniu sobie z wyzwaniem dnia codziennego, co też wpływa na zmniejszenie doświadczanego przez nich dystresu.

Oceniając skuteczność interwencji poznawczo-behawioralnych w leczeniu pacjentów onkologicznych, zwraca się uwagę na następujące fakty, które zachęcają do ich stosowania:

- oddziaływania te są pomocne w redukowaniu stanów wewnętrznego napięcia psychicznego, depresji, lęku, a także wpływają na kontrolę fizycznych objawów choroby nowotworowej,
- interwencje poznawczo-behawioralne nie są czasochłonne, co u pacjentów onkologicznych ma szczególne znaczenie (działania szybkie i ukierunkowane na określony objaw),

- dzięki technikom poznawczo-behawioralnym pacjent uzyskuje kontrolę nad określonym objawem, doświadcza poczucia sprawstwa i tym samym ma możliwość codziennego wpływu na jakość swojego życia mimo choroby,
- techniki poznawczo-behawioralne są akceptowane przez pacjentów z uwagi na uzyskiwanie przy ich zastosowaniu samodzielności w kontroli myśli, emocji i działań oraz wpływ na poprawę samopoczucia i jakości życia [10].

Znaczna część badań podkreśla skuteczność CBT w bólu przewlekłym, w tym bólu nowotworowym, jednak wskazuje się na fakt ograniczonego dostępu pacjentów do tej formy leczenia. Wychodząc naprzeciw tym problemom, badacze zastosowali szereg innowacyjnych sposobów dostarczania CBT.

Postęp technologiczny stwarza ogromne możliwości zwiększenia dostępności usług psychologicznych, w tym CBT, dla pacjentów z bólem. Zakres możliwej formy tych interwencji jest szeroki: od rozmów telefonicznych do wideokonferencji, od specjalnych programów internetowych do wykorzystania technologii interaktywnych odpowiedzi głosowych. Metaanaliza wykorzystania internetowych programów CBT w leczeniu chronicznego bólu pokazuje, że psychoterapia internetowa (*computer based CBT*) jest tak samo skuteczna jak terapia twarzą w twarz. Ze względu na nowe zastosowanie konieczne są jednak dalsze badania w kierunku udoskonalenia i oceny interwencji poznawczo-behawioralnych w leczeniu bólu z zastosowaniem zdalnej pracy terapeutycznej. Badania wskazują, że terapia internetowa, jak również wszelkie programy internetowe czy aplikacje na telefon, mogą się przyczynić do wzrostu dostępności CBT oraz wpływają na zmniejszenie stygmatyzacji [28, 38].

Wpływ na zwiększenie dostępności CBT może mieć także wykorzystanie innych niż psychoterapeuci specjalistów do pracy z bólem według zasad i strategii terapii poznawczo-behawioralnej. W licznych badaniach [39–42], w których ocenie podlegała skuteczność wykorzystania CBT w bólu, była ona prowadzona przez przeszkolone pielęgniarki lub higienistki dentystyczne. Ponadto ankiety przeprowadzone wśród fizjoterapeutów wykazały, że są oni zainteresowani zastosowaniem technik poznawczo-behawioralnych w swojej pracy. Przeszkolenie oraz wykorzystanie innych niż psychoterapeuci specjalistów mogłoby zwiększyć dostęp do leczenia bólu z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych i zmniejszyć koszty takich interwencji [28].

Przegląd badań, w których zastosowano CBT w leczeniu bólu, pokazuje pewne luki w optyma-

lizacji leczenia. Nie ma jednego, standardowego protokołu terapeutycznego. Terapia poznawczo-behawioralna zastosowana w leczeniu bólu w poszczególnych badaniach różniła się pod względem długości oraz wykorzystanych technik. Brakuje badań, które porównywałyby leczenie pod względem technik, form (indywidualna – grupowa, twarzą w twarz – internetowa), jak również liczby sesji. Nie mamy jeszcze wiedzy, jakie konkretne elementy CBT są skuteczne, jaka liczba sesji terapeutycznych zapewnia skuteczność w zmniejszaniu objawów, jak również jest optymalna z punktu widzenia kosztów leczenia. Dlatego też coraz częściej w literaturze pojawiają się propozycje wykorzystania tych elementów (modułów) leczenia, które są najlepiej dostosowane do specyficznych problemów pacjentów z bólem przewlekłym, w tym bólem nowotworowym. Diagnoza indywidualnych potrzeb, profilu bólu, jak również charakterystycznych dla pacjenta trudności w przystosowaniu się do bólu i jego konsekwencji stanowi punkt wyjścia do planowania bardziej spersonalizowanej CBT [28].

Modyfikacje terapii poznawczo-behawioralnej bólu u osób z chorobą nowotworową

Standardowa CBT, choć jest skuteczna w leczeniu bólu w przebiegu choroby nowotworowej, może być niekiedy zbyt dużym wyzwaniem dla pacjentów, którzy często są obciążeni dotychczasowym leczeniem (chemioterapią, radioterapią, zabiegami chirurgicznymi) i „wypadają” z terapii. Zaangażowanie i utrzymanie pacjentów wymaga CBT bardziej spersonalizowanej (tzw. szytej na miarę). Kern i wsp. sugerują, że indywidualne, dopasowane do preferencji pacjenta podejście i ograniczenie liczby umiejętności mogą wpłynąć na zwiększenie motywacji pacjenta do leczenia i tym samym na lepszą skuteczność terapii [43].

Jednym z elementów krytyki pod adresem standardowej CBT jest zastosowanie pojedynczego protokołu, który uwzględnia tylko jedną diagnozę. Należy podkreślić, że wiele osób cierpi z powodu chorób współistniejących, co powinno być wzięte pod uwagę w planowaniu terapii [38].

Dopasowanie terapii poznawczo-behawioralnej do unikalnych, indywidualnych cech pacjenta i jego sytuacji życiowej, jak również ewentualnych chorób współistniejących – to nowe podejście do leczenia. W terapii dopasowanej pacjent nie tylko odgrywa aktywną rolę w ustalaniu celów terapeutycznych, lecz ma także wpływ na zawartość terapii – wybór modułów leczenia [38, 43]. Standardowe protokoły CBT oferują podobny program leczenia dla wszystkich pacjentów, podczas gdy

w spersonalizowanym (dopasowanym) podejściu stosowane są interwencje uwzględniające specyfikę pacjenta. Dopasowana CBT składa się z indywidualnie przypisanych modułów uwzględniających osobiste preferencje pacjenta, jego gotowość do zmiany, poziom przystosowania oraz indywidualny profil bólu [44, 45].

Pacjenci z chorobą nowotworową, jak wcześniej wspomniano, mogą doświadczać znaczących objawów lęku, który wpływa na pogorszenie umiejętności radzenia sobie z chorobą i jej konsekwencjami. W przypadku zaburzeń lękowych CBT jest postępowaniem z wyboru. Jej skuteczność jest potwierdzona, jednak z badań klinicznych dotyczących zaburzeń lękowych wyklucza się najczęściej osoby z chorobą nowotworową. W terapii poznawczo-behawioralnej podkreśla się znacznie dysfunkcyjnych, katastroficznych, nierealistycznych przekonań na temat zdrowia oraz ich wpływ na nasilenie objawów lękowych. Pacjenci często przeceniają istniejące zagrożenie, nie doceniając własnych możliwości radzenia sobie oraz uzyskania pomocy z zewnątrz. W chorobie nowotworowej zagrożenie pogorszeniem zdrowia, samopoczucia, a w zaawansowanej, terminalnej fazie choroby zagrożenie śmiercią jest bardziej prawdopodobne. U tych pacjentów mamy do czynienia w większości z realistycznymi obawami dotyczącymi progresji choroby, ograniczenia sprawności i śmierci. Tradycyjna CBT nie jest przeznaczona do leczenia lęku u pacjentów w przebiegu choroby nowotworowej, szczególnie że wzorzec negatywnych myśli jest u nich racjonalny [46].

Pacjenci ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, którzy doświadczają współistniejących zaburzeń lękowych, wymagają bardziej elastycznego podejścia, dopasowanego do indywidualnych potrzeb. W CBT tych pacjentów należałoby skupić się bardziej na radzeniu sobie z lękiem dotyczącym choroby nowotworowej i uwzględnić najistotniejsze dla pacjenta obawy, w tym związane z bólem. Kilku autorów opublikowało kliniczne instrukcje dostosowane do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz sposoby radzenia sobie [47, 48].

Poniżej opisano krótki protokół CBT dla pacjentów z lękiem w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej [46]. Jak wskazują autorzy, protokół ten był też testowany w RCT finansowanym przez National Cancer Institute (R03CA128478 PI: Greer). Autorzy, uwzględniając specyfikę zaburzeń lękowych u osób z chorobą nowotworową, zastosowali dopasowaną CBT. Celem terapii było zmniejszenie poziomu lęku u osób w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. Jak wcześniej podkreślano, lęk i dystres psychologiczny mają duży wpływ na odczuwanie bólu przez pacjenta [46]. Nawią-

zując do prezentowanego wcześniej modelu poznawczego bólu przewlekłego autorstwa Thorn – przy nasileniu bólu pacjent może uruchomić ocenę poznawczą związaną z zagrożeniem. Wówczas jego lęk narasta. Pojawia się rodzaj błędnego koła, w którym odczuwany przez pacjenta ból nasila lęk, a z kolei lęk nasila percepcję bólu.

Leczenie obejmowało cztery moduły terapii poznawczo-behawioralnej dla pacjentów z lękiem i zaawansowaną chorobą nowotworową: psychoedukację i ustalanie celów, trening relaksacyjny, radzenie sobie z lękiem w chorobie nowotworowej oraz planowanie aktywności. W każdym z nich uwzględniono specyfikę choroby nowotworowej w kontekście doświadczanego przez pacjenta lęku. W celu zwiększenia i utrzymania motywacji pacjenta do terapii podjęto starania, by stosować jak najkrótszy protokół (6–7 sesji). Jeśli było to konieczne (sesje kolidowały z badaniami medycznymi), włączano sesje przez telefon. W sytuacji ograniczonego czasu przeznaczanego na leczenie format modułowy pozwalał na maksymalną elastyczność i dostosowanie interwencji do każdego pacjenta.

Protokół CBT:

Moduł 1 (jedna sesja). Psychoedukacja i ustalenie celów. Prezentacja i omówienie poznawczo-behawioralnego modelu lęku w kontekście zaawansowanej choroby nowotworowej oraz ustalenie celów. Cel modułu – zrozumienie przez pacjenta, jak zaburzenia lękowe wpływają na jego stan, wzrost umiejętności różnicowania fizjologicznych objawów lęku i objawów choroby.

Moduł 2 (jedna sesja). Trening relaksacyjny. Dalsza pomoc pacjentowi w różnicowaniu objawów związanych z lękiem i chorobą oraz omówienie związku między lękiem a fizjologiczną odpowiedzią na lęk. Wprowadzenie ćwiczeń – oddychanie przeponą i trening autogenny.

Moduł 3 (trzy sesje). Radzenie sobie z lękiem w chorobie nowotworowej. Trzy sesje tego modułu poświęcone są radzeniu sobie z lękami nowotworowymi, odpowiednio do indywidualnych obaw pacjenta. Identyfikacja automatycznych myśli związanych z chorobą nowotworową, różnicowanie pomiędzy realistycznym a nierealistycznym martwieniem się, poznawcza restrukturyzacja, psychoedukacja na temat związku myśli – emocje – objawy fizjologiczne (w tym ból) – zachowania, budowanie alternatywnych myśli automatycznych w odpowiedzi na dysfunkcyjne, nierealistyczne myśli automatyczne. To pacjent podejmuje decyzję, które myśli są realistyczne, a które nie. Prace domowe – prowadzenie dziennika zapisu myśli, emocji, różnicowanie myśli: realistyczne – nierealistyczne. Praca poznawczo-behawioralna z pacjentem będzie zależna od tego, czy dotyczy nierealistycznych czy

realistycznych obaw. W przypadku pracy z nie-realistycznymi obawami stosuje się poznawczą restrukturyzację, natomiast w przypadku obaw realistycznych wybór technik terapeutycznych uzależniony jest od tego, czy pacjent jest w stanie podjąć jakieś działania, które mogą rozwiązać obawy, czy też nie. W pierwszym przypadku (kiedy pacjent może podjąć jakieś działania) stosuje się planowanie aktywności, naukę rozwiązywania problemów lub oszczędzanie energii, w drugim – celem pracy z pacjentem jest przystosowanie się do nowej sytuacji. Pomocne są wówczas techniki uważności, planowanie przyjemnych aktywności. Ważnym elementem tego modułu jest praca dotycząca lęku przed śmiercią.

Moduł 4 (jedna sesja). Planowanie aktywności. Pacjent uczy się dostosowania poziomu swojej aktywności do aktualnych możliwości. Prowadzi kategoryzację dni według swoich możliwości. Dzień A – pacjent daje sobie radę z 75% zaplanowanych aktywności, B – 50–75%, C – mniej niż 50%. Nauka podziału zadań na mniejsze elementy i planowanie ich wykonania. Pacjent dostosowuje swoją aktywność do poziomu energii. Cel modułu – nauka dostosowywania własnej aktywności do aktualnego poziomu energii, limitowanie wydatków energetycznych, planowanie przyjemnych aktywności, podkreślanie znaczenia odpoczynku [46].

Na szczególną uwagę zasługuje podejście badaczy do oszczędzania energii u chorych na raka. Jest to istotne, kiedy uwzględnia się mechanizmy podtrzymywania bólu – nie tylko ten związany z unikaniem aktywności w sytuacji doświadczania bólu (*pain avoidance*), lecz także mechanizm pozostawiania aktywnym w sytuacji doświadczania bólu (*pain persistence*). Zwiększa się zainteresowanie badaczy mechanizmami leżącymi u podstaw bólu, które nie są ujęte w mechanizmie strach – unikanie. Wstępne dowody wskazują na istnienie charakterystycznego wzorca u pacjentów, którzy mają tendencję, by wciąż pozostawać w aktywności mimo bólu, co może doprowadzić do nadmiernego bólu w przyszłości, w dłuższym okresie. W kilku badaniach wykazano wartość prognostyczną obu mechanizmów: unikania bólu oraz wytrwałości/pozostawiania w bólu, dla podtrzymywania różnych objawów fizycznych i emocjonalnych w przewlekłych zaburzeniach bólowych. Przykład dostosowania technik poznawczo-behawioralnych z uwzględnieniem dominującego mechanizmu – unikania bólu lub pozostawiania w bólu – prezentuje badanie, w którym wykorzystano dopasowaną CBT u pacjentów z fibromialgią. Leczenie pacjentów stosujących wzorzec ból – pozostawianie w aktywności uwzględniało techniki, których celem było zmniejszanie takich zachowań poprzez uczenie

pacjentów dopasowania tempa aktywności do samopoczucia oraz dostosowania się do cyklu aktywności i odpoczynku [49].

Głównym celem dopasowanej CBT jest poprawa skuteczności leczenia. Skuteczność dopasowanej CBT w leczeniu bólu nowotworowego w porównaniu ze standardową CBT została potwierdzona w badaniu Dalton [45].

Badanie to miało na celu sprawdzenie, czy sztyty na miarę program CBT, dopasowany do indywidualnego profilu bólu pacjenta, będzie bardziej efektywny niż standardowy program CBT i zwykła opieka. Dopasowane leczenie wymaga dokładnej oceny czynników mogących mieć wpływ na intensywność doświadczanego bólu i strategię radzenia sobie z bólem u konkretnego pacjenta. Od wyniku pomiaru tych czynników uzależniony jest wybór specyficznych strategii CBT, które mają uzupełniać farmakologiczną terapię przeciwbólową. Szczególne znaczenie w spersonalizowanym programie CBT miała skala BPP (*Biobehavioral Pain Profile*) stworzona przez Dalton, będąca narzędziem pozwalającym dopasować rodzaj interwencji poznawczo-behawioralnych do cech pacjenta. Wśród czynników podlegających ocenie i mających wpływ na wybór modułów były: czynniki społeczne (np. zachowania osób bliskich), czynniki poznawcze (przekonania na temat siebie, samoocena, przekonania na temat choroby), czynniki afektywne (np. niepewność, bezsilność), zmiany w intensywności bólu, poziom aktywności pacjenta, poczucie kontroli, zachowania unikające i podtrzymujące problem. Profil pacjenta tworzony był na podstawie otrzymanych wyników w sześciu skalach BPP [50].

Badacze założyli, że pacjenci, którzy skorzystają z CBT dopasowanej do ich indywidualnego profilu w BPP, w porównaniu z pacjentami otrzymującymi standardową CBT: (a) będą odczuwać mniejszą intensywność bólu, trwalsze efekty leczenia, mniejszy dystres, ból w mniejszym niż do tej pory stopniu będzie zakłócał ich aktywność; (b) będą odczuwać poprawę nastroju, snu oraz jakości życia.

Pacjenci zakwalifikowani do obu grup CBT brali udział w 5 sesjach. Każda trwała 50 min, pomiędzy sesjami pacjenci wykonywali prace domowe i prowadzili dziennik bólu, co było każdorazowo omawiane podczas sesji. Pacjenci z grupy spoza CBT (w zwykłym leczeniu) wypełniali tylko dziennik bólu. Leczenie było dostosowane do aktualnych możliwości pacjenta, niektórzy pacjenci byli poddawani chemioterapii i z powodu wyczerpania czasami nie mogli uczestniczyć w sesjach. W takich sytuacjach mogły być przeprowadzane sesje przez telefon (maksymalnie 3 z 5 sesji). Przed sesją telefoniczną pacjenci otrzymywali mailowo materiały

terapeutyczne. Wszyscy pacjenci biorący udział w badaniu otrzymywali leki przeciwbólowe [45].

W ramach dopasowanej CBT dostępne były następujące moduły, których wybór zależał od wyników, jakie pacjent otrzymał w sześciu skalach BPP [45]:

1. *Moduł: wpływ środowiskowy.* Celem pracy była pomoc pacjentowi w zrozumieniu, jaki wpływ ma oddziaływanie innych ludzi na jego przekonania na temat bólu i samopoczucia, oraz zmiana ewentualnych nieadaptacyjnych reakcji pacjenta.
2. *Moduł: utrata kontroli.* Celem była pomoc pacjentowi w zrozumieniu somatycznych i psychologicznych składników bólu oraz zwiększenie kontroli nad bólem i jego konsekwencjami.
3. *Moduł: unikanie opieki zdrowotnej.* Moduł adresowany był do pacjentów, którzy mieli podwyższone wyniki w tej skali BPP. Jego celem było zmniejszenie poziomu lęku antycypacyjnego związanego z opieką zdrowotną, który wynikał m.in. z negatywnych przekonań na temat systemu opieki zdrowotnej.
4. *Moduł: przeszłe i aktualne doświadczenia.* Jego celem była pomoc pacjentowi w ocenie roli pamięci w aktualnie doświadczanym bólu, jak również ocena wpływu przeszłych doświadczeń (pamięć bólu) na intensywność obecnego bólu oraz zmniejszenie poziomu lęku antycypacyjnego.
5. *Moduł: reakcje fizjologiczne.* Celem pracy terapeutycznej było zmniejszenie pobudzenia autonomicznego układu nerwowego. Stosowane w tym module techniki to m.in. relaksacja progresywna i trening autogenny.
6. *Moduł: myśli na temat postępów choroby.* Praca terapeutyczna z pacjentem skupiała się na zmniejszeniu psychologicznego dystresu związanego ze stadiem choroby i zmniejszeniu myślenia katastroficznego.

Badanie pokazało, że CBT dopasowana do indywidualnego profilu bólu pacjenta jest znacznie skuteczniejsza niż standardowa CBT [45, 51]. Bezpośrednio po leczeniu pacjenci uczestniczący w spersonalizowanej CBT w porównaniu z pacjentami biorącymi udział w standardowej CBT uzyskali znacząco większe zmniejszenie intensywności bólu oraz poprawę jakości życia. Miesiąc po zakończeniu leczenia zauważyli, że ból w mniejszym stopniu zakłóca ich relacje międzyludzkie, aktywność, sen i doświadczają mniejszego dystresu. Sześć miesięcy po zakończeniu leczenia pacjenci stosujący terapię spersonalizowaną relacjonowali znaczne zmniejszenie intensywności najsilniejszego bólu.

Choć uzyskane wyniki są obiecujące, zastosowanie podejścia spersonalizowanego w CBT u pacjentów z bólem nowotworowym wymaga dalszych badań [45].

Zastosowanie CBT szytej na miarę, wdrożenie do jej stosowania innych profesjonalistów przeszkolonych w zasadach CBT, którzy mogliby na przykład pracować pod superwizją psychoterapeuty CBT doświadczonego w pracy z bólem, jak również rozwój programów komputerowych i aplikacji telefonicznych daje nadzieję na poprawę leczenia pacjentów z bólem przewlekłym, w tym również z bólem nowotworowym.

Podsumowanie

Wyniki dotyczące CBT dopasowanej do potrzeb pacjenta onkologicznego w zakresie bólu nowotworowego są obiecujące, choć nadal konieczne są dalsze badania i usystematyzowanie tego zagadnienia. Wykorzystując aktualną wiedzę z tego zakresu oraz wychodząc z definicji bólu jako zjawiska łączącego aspekt somatyczny i psychologiczny, uwzględniając wielowymiarowość bólu, powinno się bardziej zwracać uwagę pacjentom na możliwość leczenia bólu z wykorzystaniem psychoterapii, co z jednej strony będzie elementem leczenia, a z drugiej pozwoli zdobyć dane do opracowania coraz lepszej interwencji psychologicznych. Terapia poznawczo-behawioralna pozwala zdobyć wiedzę o mechanizmie bólu, wykształcić umiejętności radzenia sobie z bólem z jednoczesnym aktywnym, dostosowanym do możliwości pacjenta uczestnictwem w codziennych aktywnościach. Pacjent w toku terapii uczy się akceptacji realnej sytuacji – uznaje doświadczenie bólu, odrzuca nieproduktywne sposoby jego kontrolowania i wykształca nowe zachowania, aby żyć w sposób satysfakcjonujący pomimo bólu. Podejście spersonalizowane w CBT bólu nowotworowego wnosi szereg korzyści ważnych zarówno z punktu widzenia pacjenta, jak i systemu opieki medycznej, takich jak:

- możliwość zastosowania interwencji terapeutycznych dostosowanych do aktualnych potrzeb pacjenta;
- zwiększenie motywacji pacjenta do leczenia oraz zmniejszenie prawdopodobieństwa rezygnacji z terapii;
- zwiększenie skuteczności dzięki precyzyjnie celowanej terapii;
- skrócenie czasu leczenia;
- dostosowanie formy terapii do aktualnych możliwości pacjenta;
- ograniczenie kosztów opieki zdrowotnej.

Oświadczenie

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Rucińska M. Choroba nowotworowa – wprowadzenie. Choroba nowotworowa a inne choroby przewlekłe – etiologia, epidemiologia, rokowanie. W: Praktyczny podręcznik psychoneurologii dorosłych. Rogiewicz M (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2015; 23-30.
- Kotlińska-Lemieszek A, Łuczak J. Problemy opieki paliatywnej w praktyce lekarza rodzinnego. W: Medycyna rodzinna. Łatkowski JB, Lukas W (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 937-942.
- Krawczyk A. Kontrola bólu u pacjentów z chorobą nowotworową leczonych przyczynowo i objawowo. *Psychoonkologia* 2015; 1: 12-18.
- Nekolaichuk CL, Fainsinger RL, Aass N i wsp. The Edmonton Classification System for Cancer Pain: comparison of pain classification features and pain intensity across diverse palliative care setting in eight countries. *J Palliat Med* 2013; 16: 516-523.
- De Walden-Gatuszko K. Jakie są psychologiczne reakcje na niektóre objawy somatyczne. Ból. W: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 29-33.
- Krajnik M. Postępowanie w wybranych objawach chorobowych. Ból u chorego na nowotwór. W: *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Gajewski P (red. prowadzący). Medycyna Praktyczna, Kraków 2013; 2486-2500.
- Krajnik M. Stadium zaawansowane choroby nowotworowej. Problemy medyczne – leczenie objawowe w zaawansowanej chorobie nowotworowej. W: *Praktyczny podręcznik psychoneurologii dorosłych*. Rogiewicz M (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2015; 215-217.
- Keefe FJ, Abernethy AP, Wheeler JL, Somers. *Cancer Pain: Assessment and Management*. Cambridge University Press 2009.
- De Walden-Gatuszko K. Profesjonalne metody pomocy psychologicznej. W: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011; 215-221.
- Pietrzyk A. Interwencje poznawczo-behawioralne dla chorych na nowotwory i ich bliskich – możliwość podnoszenia jakości ich życia. *Psychoonkologia* 2008; 12: 58-65.
- Skowrońska M. Terapia poznawczo-behawioralna bólu przewlekłego. *Psychoonkologia* 2011; 1: 25-35.
- Amigo P, Fainsinger RL, Nekolaichuk C, Quan H. Audit of Resource Utilization in a Regional Palliative Care Program Using the Edmonton Classification System for Cancer Pain (ESC-CP). *J Palliat Med* 2008; 11: 816-818.
- Moorey S, Greer S. *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*. Alliance Press, Gdynia 2007.
- Jarosz J. Leksykon pojęć i definicji – medycyna paliatywna i leczenie bólów nowotworowych. *Journal of Oncology* 2007; 1: 64-72.
- Ciałkowska-Rysz A, Leppert W. *Medycyna paliatywna*. W: *Oncologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy*. Kordek R, Jasseman J, Krzakowski M, Jezierski A (red.). Via Medica, Gdańsk 2004; 252-259.
- Walewska E, Ścisło L. Wspomaganie walki z bólem nowotworowym. *Przegląd Urologiczny* 2006; 5: 39.
- Nekolaichuk CL, Fainsinger R, Lawlor PG. A validation study of a pain classification system for advanced cancer patients using content experts: the Edmonton Classification System of Cancer Pain. *Palliat Med* 2005; 19: 466-476.
- Knudsen AK, Aass N, Fainsinger R, Caraceni A, Klepstad P, Jordhoy M i wsp. Classification of pain in cancer patients – a systematic literature review. *Palliat Med* 2009; 23: 295-308.
- www.palliative.org/ (ECS-CP) Pain Manual. pdf; Quick User Guide Online D1-Jan13.pdf
- De Walden-Gatuszko K, Majkovic M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych i paliatywnych. Wydawnictwo AMG, Gdańsk 2003.
- Araszkiewicz A, Bartkowiak W, Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 157-166.
- Wang HL, Kroenke K, Wu J, Theobald D, Rawl SM. Predictors of cancer-related pain improvement over time. *Psychosom Med* 2012; 74: 642-647.
- Zaza C, Baine N. Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 526-542.
- Grassi L, Caruso R, Sabato S, Massarenti S, Nanni MG; The UniFe Psychiatry Working Group Coauthors. Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care setting. *Front Psychol* 2014; 5: 1485.
- Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res* 1989; 33: 373-377.
- Watson M, Homewood J. Mental Adjustment to Cancer Scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psychooncology* 2008; 17: 1146-1151.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2009.
- Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral Therapy for Individuals with Chronic Pain. Efficacy, Innovations, and Directions for Research. *Am Psychol* 2014; 69: 153-166.
- Syrjala KL, Jensen MP, Mendoza EM, Yi JC, Fisher HM, Keefe FJ. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management. *J Clin Oncol* 2014; 32: 1703-1711.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007; 26: 1-9.
- Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW i wsp. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7): CD002014.
- Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurol Sci* 2007; 28 (Suppl. 2): S70-S77.
- Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients – when pills, scalpels, and needles are not enough. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 213-223.
- Nestoriuc Y, Martin A. Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis. *Pain* 2007; 128: 111-127.
- Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consul Clin Psychol* 2008; 76: 379-396.
- Sheinfeld GS, Krebs P, Badr H i wsp. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30: 539-547.
- Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive-Behavioral Therapy Techniques for Distress and Pain in Breast Cancer Patients. *J Behav Med* 2006; 29: 17-27.
- Bergman Nordgren L. Individually tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders. Department of Behavioural Sciences and Learning, 2013.
- Dalton JA, Keefe FJ, Carlson J, Youngblood R. Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain. *Pain Manag Nurs* 2004; 5: 3-18.
- Dworkin SF, Huggins KH, Wilson L i wsp. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-Axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. *J Orofac Pain* 2002; 16: 48-63.
- Wells-Federman C, Arnstein P, Caudill M. Nurse-led pain management program: effect on self-efficacy, pain intensity, pain-related disability, and depressive symptoms in chronic pain patients. *Pain Manag Nurs* 2002; 3: 131-140.

42. Dysvik E, Kvaloy JT, Natvig GK. The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study. *J Adv Nurs* 2012; 68: 1061-1072.
43. Kerns RD, Rosenberg R. Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: application of the Pain Stages of Change model. *Pain* 2000; 84: 49-55.
44. Heapy AA, Stroud MW, Higgins DM, Sellinger JJ. Tailoring cognitive-behavioral therapy for chronic pain: a case study. *J Clin Psychol* 2006; 62: 1345-1354.
45. Dalton JA, Keefe FJ, Carlson J, Youngblood R. Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain. *Pain Manag Nurs* 2004; 5: 3-18.
46. Greer JA, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid with Advanced Cancer. *J Cogn Psychother* 2010; 24: 294-313.
47. Moorey S, Greer S. *Cognitive-behavioral therapy for people with cancer*. Oxford University Press, New York 2002.
48. Taylor RR. *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. Springer, New York 2006.
49. van Koulil S, van Lankveld W, Kraaijaak FW i wsp. Tailored cognitive-behavioral therapy and exercise training for high-risk patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 1377-1385.
50. Dalton JA, Feuerstein M, Carlson J, Raghman K. Biobehavioral pain profile: development and psychometric properties. *Pain* 1994; 57: 95-107.
51. Moorey S, Greer S. *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. Oxford University Press 2012.