

Terapia poznawczo-behawioralna bólu przewlekłego

Cognitive-behavioural therapy for chronic pain

Mariola Skowrońska

Poradnia Psychosomatyczna, Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza w Warszawie

Psychoonkologia 2011, 1: 25–35

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Mariola Skowrońska
Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana
Bogdanowicza
ul. Niekańska 4/24
03-924 Warszawa
tel. +48 22 509 83 90

Streszczenie

W artykule przedstawiono podstawowe zagadnienia dotyczące terapii poznawczo-behawioralnej oraz możliwości zastosowania tego podejścia w leczeniu pacjentów z bólem przewlekłym. Opisano wybrane poznawcze modele bólu przewlekłego oraz scharakteryzowano wybrane protokoły terapeutyczne stosowane u pacjentów z bólem przewlekłym.

Abstract

The article presents the basic issues related to cognitive-behavioural therapy and possibility of applying this approach in treatment of patients with chronic pain. Cognitive models of chronic pain and selected therapeutic protocols for patients with chronic pain are described.

Słowa kluczowe: terapia poznawczo-behawioralna, ból przewlekły, modele poznawcze, protokoły terapeutyczne.

Key words: cognitive-behavioural therapy, chronic pain, cognitive models, therapeutic protocols.

Wstęp

Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najczęściej wymienianych metod w zakresie psychologicznych oddziaływań w leczeniu bólu. Odkrycie przez Melzacka i Walla zstępujących dróg kontroli bólu i sformułowanie w 1965 r. teorii bramki bólu pozwoliło na analizę bólu w ujęciu biopsychosocjalnym [1, 2]. Pierwsze prace dotyczące możliwości zastosowania terapii w podejściu behawioralnym u pacjentów z bólem opublikowali Fordyce i wsp. [3, 4]. Na początku lat 80. XX w. Turk, Meichenbaum i Genest [5] zwrócili uwagę, że rozumienie i terapia pacjentów z bólem oparte na warunkowaniu klasycznym, instrumentalnym lub modelowaniu nie są wystarczające, jeśli przyjmimy, że ból jest złożonym, subiektywnym zjawiskiem i jedynym w swoim rodzaju doświadczeniem dla każdej osoby. Stwierdzili, że kluczowym elementem zarówno w planowaniu terapii, jak i ocenie jej wyników jest wiedza na temat idiosynkratycznych przekonań, ocen i sposobów radzenia sobie [6]. W ten sposób został zapoczątkowany rozwój poznawczych modeli bólu przewlekłego.

Od 10–15 lat obserwujemy rozwój nowych metod terapii, które wywodzą się z klasycznych form psychoterapii poznawczo-behawioralnej, określanych mianem trzeciej fali (pierwsza fala to terapia behawioralna, druga fala to terapia poznawcza) [7]. Należy do nich terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu. W nurcie tym model teoretyczny oraz terapię dotyczącą pacjentów z bólem przewlekłym zaproponował McCracken [8].

Niniejszy artykuł dotyczy klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z bólem przewlekłym.

Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej

Termin „terapia poznawczo-behawioralna” używany jest ze względu na fakt łączenia terapii poznawczej z metodami behawioralnymi, co znajduje uzasadnienie teoretyczne w twierdzeniu, że przekonania, sposób widzenia świata i zachowania nabywane są poprzez proces uczenia się [9]. W modelu poznawczo-behawioralnym podkreśla się rolę

procesu uczenia się oraz wpływu środowiska, przy jednoczesnym zaznaczeniu wagi czynników poznawczych jako pośredniczących w powstawaniu i leczeniu zaburzeń [10].

Terapia (psychoterapia) poznawcza wywodzi się z poznawczego modelu zaburzeń psychicznych. Zakłada się, że wspólną cechą wielu problemów emocjonalnych, a także zaburzeń psychicznych jest występowanie charakterystycznych cech procesów poznawczych: myśli automatycznych, schematów i zniekształceń poznawczych, które pośredniczą w utrwalaniu specyficznych emocji i wpływają na zachowanie (Danion, Weingartner, Singel, 1996, za [7]). Uczucia wg modelu poznawczego zależą od tego, w jaki sposób osoba zinterpretuje daną sytuację oraz co myśli na jej temat, natomiast sytuacja sama w sobie nie wpływa na nie bezpośrednio [11].

Dobson i Dozois [12] założenia terapii poznawczej ujmują w następujący sposób:

1. Aktywność poznawcza wpływa na zachowanie.
2. Treści i procesy poznawcze można monitorować i zmieniać.
3. Zmianę behawioralną i emocjonalną można wywołać przez zmianę poznawczą.

Myśli automatyczne to myśli, które pojawiają się bezpośrednio w reakcji na jakąkolwiek informację. Mogą pojawić się bardzo szybko, tak że nie zdążymy zdać sobie z tego sprawy. Uważa się je za najbardziej powierzchowny poziom poznania. Są to słowa lub obrazy, które pojawiają się w konkretnej sytuacji [7, 11].

Zniekształcenia (błędy) poznawcze są sposobem myślenia opartym na fałszywych przesłankach lub niewłaściwym zrozumieniu.

Przekonania kluczowe stanowią najgłębszy poziom poznania, mają charakter globalny, są sztywne i ogólnikowe. Według Becka są niemal synonimem schematów poznawczych. Dotyczą one nas samych, innych ludzi i świata. Większość przekonań kluczowych rozwija się w dzieciństwie, ale niektóre z nich mogą powstać później, szczególnie w wyniku traumatycznych zdarzeń lub istotnych zmian w życiu, jak na przykład doświadczanie bólu przewlekłego [13]. Można powiedzieć, że przekonania kluczowe służą jako filtry, poprzez które przetwarzane są informacje. Stanowią one podstawę sposobu myślenia człowieka. Mogą być pozytywne (pomagają w funkcjonowaniu) lub negatywne (utrudniają życie) i zawierają silny komponent emocjonalny. Przekonania kluczowe negatywne dzielą się na przekonania o bezradności i niezastępowaniu na miłość. Mogą zostać aktywowane w wyniku stresu [7, 11, 13]. Nieco bardziej powierzchowne są przekonania pośredniczące, łatwiejsze do zaobserwowania. Możemy je umieścić między przekonaniami kluczowymi a myślami automatycznymi.

Obejmują one założenia, zasady, postawy, stanowią reguły, które kierują naszym życiem.

Dla większości terapeutów bardzo istotnym punktem wyjścia w terapii poznawczej jest konceptualizacja problemu [7, 11, 14]. Poprzedza ją diagnoza kliniczna, ocena kliniczna problemu oraz badanie stanu psychicznego pacjenta. W odniesieniu do pacjentów z bólem bardzo ważny etap stanowi ocena bólu [13, 15–18].

Konceptualizacja polega na stawianiu hipotez i ich weryfikacji. Jej podstawą jest ogólny model poznawczy danego zaburzenia. Obejmuje on mechanizm powstawania i podtrzymywania tego zaburzenia. W konceptualizacji taki ogólny model odnosimy do konkretnego pacjenta z uwzględnieniem jego aktualnego problemu oraz zasobów pacjenta, *resilience*, obszarów zdrowia. W praktyce oznacza to, że budujemy model funkcjonowania pacjenta, biorąc pod uwagę problem, z którym się zgłosił. Odkrywamy wraz z pacjentem treści myśli oraz odpowiadające im emocje i zachowania. Mając nakreślony zindywidualizowany model poznawczy, możemy przejść do kolejnych kroków w terapii: określenia celów i technik terapeutycznych. Następnie oceniamy skuteczność zastosowanych technik. Po uzyskaniu poprawy przechodzimy do etapu zapobiegania nawrotom, oceny skuteczności i kończenia terapii [7].

Przedstawione kroki schematycznie można ująć w następujący sposób: model poznawczy zaburzenia → konceptualizacja przypadku → cele terapii → techniki terapeutyczne → ocena skuteczności zastosowanych technik → zapobieganie nawrotom → ocena skuteczności terapii → zakończenie terapii.

Terapia poznawczo-behawioralna bólu przewlekłego

Terapia poznawczo-behawioralna bólu przewlekłego, podobnie jak w przypadku innych problemów lub zaburzeń, odwołuje się do różnych modeli teoretycznych oraz form terapii. Poniżej zostanie omówiony model poznawczy bólu przewlekłego, który zaproponowali Winterowd, Beck i Gruener [13], model *stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem*, który opracowała Thorn [15], oraz poznawczo-behawioralny model bólu przewlekłego i związanego z nim strachu, który przedstawili Vlaeyen i Linton [19, 20].

Model poznawczy bólu przewlekłego Winterowd, Becka i Gruenera

Istotą modelu poznawczego bólu wg Winterowd, Becka i Gruenera [13] jest wpływ negatywnych, nie-realistycznych treści poznawczych (myśli, obrazów,

przekonań) na temat bólu i innych wydarzeń życiowych na emocje, zachowanie i doznania fizyczne. Negatywne, nierealistyczne myśli, obrazy i przekonania pojawiają się jako wynik przewlekłego, nieustającego bólu i jednocześnie zwiększają percepcję bólu i negatywy nastrój. Myśląc negatywnie, pacjenci są w większym stopniu narażeni na odczuwanie negatywnych emocji (smutku, lęku, złości), które mogą powodować wzrost napięcia mięśni i wzrost natężenia bólu, ale też w większym stopniu aktywizować przewodzenie bólu w ciele, co również prowadzi do zwiększenia natężenia bólu. Pacjenci mogą też przyjmować zachowania obronne, takie jak ograniczanie aktywności, izolacja społeczna lub nadmierne poleganie na przyjmowaniu leków przeciwbólowych.

Charakterystyka modelu:

- Ból obejmuje nie tylko doznania fizjologiczne, ale także emocje, zachowania i myśli; wszystkie te doświadczenia są ze sobą powiązane.
- Ból obejmuje wpływy osobiste, społeczne i środowiskowe oraz stresy, ponadto indywidualną charakterystykę danej osoby, styl osobowości, ograniczenia fizyczne, relacje z innymi, opiekę medyczną, role życiowe, a także fizyczne aspekty środowiska (np. pogodę i klimat).
- Ludzie mogą mieć negatywne, nierealistyczne myśli i przekonania na temat bólu i innych wydarzeń życiowych, obrazu siebie, otaczającego świata (włączając w to relacje z innymi i role życiowe) oraz wizji przyszłości.
- Negatywne, nierealistyczne myśli i przekonania na temat bólu i innych wydarzeń życiowych mogą mieć istotny negatywny wpływ na percepcję doznań bólowych, emocje oraz sposób, w jaki zachowujemy się podczas bólu.
- Możemy rozpoznać rodzaje błędów (zniekształceń poznawczych) w sposobie myślenia, które negatywnie wpływają na ból.
- Myśli i obrazy, które mamy na temat bólu i zdarzeń życiowych w określonym momencie, powiązane są z leżącymi u ich podłoża przekonaniem. Mamy trzy poziomy analizy treści poznawczych na temat bólu i zdarzeń życiowych: myśli automatyczne, przekonania pośredniczące i przekonania kluczowe. W terapii poznawczej najpierw pracujemy nad myślami automatycznymi, a następnie nad przekonaniem odnoszącymi się do tych myśli.

Winterowd, Beck i Gruener [13] na podstawie własnych badań, obserwacji i dostępnej literatury przedmiotu opisali myśli automatyczne, przekonania pośredniczące i przekonania kluczowe u pacjentów z bólem przewlekłym.

Myśli automatyczne

Myśli automatyczne oparte na fałszywych przesłankach lub niewłaściwym zrozumieniu to zniekształcenia lub błędy poznawcze. Zniekształcenia poznawcze u pacjentów z bólem przewlekłym mogą być podobne do błędów poznawczych występujących u osób z innymi problemami lub osób zdrowych. Należą do nich m.in.: myślenie czarno-białe, nadmierna generalizacja, pomijanie pozytywów, czytanie w myślach, przepowiadanie przyszłości, wyolbrzymianie, minimalizowanie, katastrofizacja, emocjonalne uzasadnianie, etykietowanie i personalizowanie. Uważa się, że katastrofizacja jest najbardziej charakterystycznym zniekształceniem poznawczym w tej grupie pacjentów.

Według Burnsa o katastrofizacji możemy mówić wówczas, kiedy „osoba skupia się na wyolbrzymionych negatywnych aspektach jakiegoś doświadczenia” (Burns 1980, za [15]). Leahy [21] definiuje katastrofizację jako taki sposób myślenia, kiedy „osoba uważa, że to, co się stało bądź stanie, będzie tak straszne, że tego nie zniesie”.

Zniekształcenia poznawcze typu katastrofizacji ilustruje zdanie: „Czuję się przytłoczona, kiedy tylko pojawia się ból, i wiem, że potem będzie już tylko gorzej i ból obejmie całe ciało” [22].

Katastrofizacja jest silnym predyktorem bólu, stresu psychologicznego, niesprawności i adaptacji. Przewyższa takie wskaźniki, jak rodzaj choroby, natężenie bólu, depresja, lęk, lęk przed bólem i neurotyzm [np. 15, 23].

W przypadku pacjentów z bólem przewlekłym katastrofizowanie może być również sposobem radzenia sobie.

Przekonania pośredniczące i kluczowe

Przekonania na temat bólu i własnej skuteczności w odniesieniu do bólu mają związek z przystosowaniem psychologicznym, funkcjonowaniem fizycznym, natężeniem bólu i wynikami leczenia. Winterowd, Beck i Gruener [13] do przekonań kluczowych zaliczają także przekonania pacjenta na temat bólu, odmiennie niż Thorn [15]. Autorka traktuje je jako przekonania pośredniczące. Pierwsza grupa badaczy stoi na stanowisku (wcześniej przedstawionym), że choć większość przekonań kluczowych rozwija się w dzieciństwie, to niektóre z nich mogą powstać później, pod wpływem traumatycznych zdarzeń lub istotnych zmian w życiu, do których zaliczyli doświadczanie bólu przewlekłego. Wydaje się, że w zależności od znaczenia, jakie pacjent przypisuje bólowi, kontekstu, w jakim pojawił się ból, oraz jego wpływu na życie możemy

przewidywać, czy u pacjenta rozwiną się przekonania negatywne związane z bólem o charakterze bardziej trwałym, ogólnym, sztywnym czy też w zależności od zasobów, elastyczności i obszarów zdrowia pacjent poradzi sobie z bólem.

Przekonania pośredniczące

Przekonania pośredniczące obejmują założenia, zasady i postawy. Założenia odnoszą się do pozytywnych i negatywnych myśli pacjenta na temat siebie, bólu i życia. Jeśli pojawi się dany warunek, to możemy założyć lub oczekiwać określonych konsekwencji. Ten rodzaj przekonań pośredniczących możemy rozpoznać dzięki zdaniom typu „Jeśli... to...”, np. „Jeśli lekarz nie zdiagnozuje mojego bólu, będzie to druzgocące”.

Zasady są tym rodzajem przekonań pośredniczących, które określają, w jaki sposób ludzie powinni lub muszą żyć, są sztywne, nieelastyczne. Określenia „powinienem” lub „muszę” wiążą się z doświadczaną przez osobę presją dotyczącą wydarzeń życiowych, które będą przebiegać w określony, specyficzny sposób. Jeśli potoczą się w inny sposób niż ten oczekiwany przez pacjenta, wówczas może to być dla niego denerwujące i przygnębiające. Mogą pojawić się różne emocje, m.in. smutek, lęk, poczucie winy i złość. Przykładami tego rodzaju przekonania są wypowiedzi pacjentów: „Lek powinien być skuteczny” lub „Muszę kontrolować mój ból”.

Ostatnim rodzajem przekonań pośredniczących są postawy. Odnoszą się one do negatywnej istoty wydarzenia. Innymi słowy – postawy ze swojej natury są katastroficzne. Jako przykład może posłużyć zdanie: „To okropne, że nikt nie rozumie mojego bólu”.

Przekonania kluczowe

Przekonania kluczowe obejmują przekonania na temat bólu, siebie, świata i przyszłości.

Przekonania dotyczące bólu

Przekonania odnoszące się do bólu i jego konsekwencji mogą być wyrażone jako strata, zagrożenie lub rozczarowanie.

Traktowanie przez pacjenta bólu jako straty może wynikać z tak postrzeganej sytuacji lub rzeczywistej straty – możliwości funkcjonowania, radości, woli, wolności, straty siebie lub relacji z innymi. Przykładem przekonania dotyczącego bólu skupionego na stracie może być zdanie: „Nie mogę wykonywać czynności w sposób, w jaki zazwyczaj to robiłem”.

Przekonanie o bólu jako zagrożeniu może obejmować długo trwający brak ukojenia w bólu i związane z tym cierpienie, strach przed uszkodzeniem ciała, utratą pracy i możliwości utrzymania się, strach przed nieznanym. Przykładem tego rodzaju przekonania jest zdanie: „Ból nigdy się nie skończy”.

Trzeci rodzaj przekonania – o bólu jako rozczarowaniu – może się pojawić w sytuacji, gdy oczekiwania pacjenta nie są spełniane. Wówczas pacjent często odczuwa złość. Jako przykład może posłużyć zdanie: „Od lekarza oczekuje się, że znajdzie odpowiedni lek”.

Przekonania na temat własnej osoby

Pacjenci z bólem przewlekłym mają zazwyczaj dwa rodzaje przekonań:

1. Dotyczące poczucia adekwatności lub kompetencji w radzeniu sobie z bólem, np. bezradny, nieadekwatny, niemający kontroli, podatny, bezużyteczny, niekompetentny.
2. Dotyczące akceptacji społecznej lub niezaspokojenia na miłość, np. nieatrakcyjny, społecznie nieprzystosowany.

Przekonania na temat świata

Przekonania o innych i świecie mogą być pozytywne lub negatywne. W pierwszym przypadku pacjenci mają tendencję do postrzegania świata jako bezpiecznego i sprawiedliwego. W drugim natomiast odbierają świat jako niebezpieczny, niesprawiedliwy. Uważają, że innym nie można ufać, oczekują raczej społecznego odrzucenia, odłączenia, prześladowania. Społeczną zależność i podporządkowanie można częściej obserwować wśród pacjentów, którzy mają negatywne przekonania dotyczące własnej osoby, a pozytywne na temat innych.

Jako przykłady negatywnych przekonań kluczowych można wymienić: „Inni odrzucą mnie albo opuszczą”, „Ludziom nie można ufać”, „Świat jest niebezpieczny”, „Ludzie będą obciążeni przez mój ból i cierpienie”.

Przekonania dotyczące przyszłości

Pacjenci z bólem przewlekłym najczęściej mają negatywne przekonania na temat przyszłości, wiąże się to z poczuciem bezradności i beznadziejności. Jako przykład tego rodzaju przekonań może posłużyć zdanie: „Nie mogę niczego oczekiwać w przyszłości”.

Celem terapii poznawczej pacjentów z bólem przewlekłym jest zatem:

- rozpoznawanie, ocena oraz modyfikowanie negatywnych, nierealistycznych przekonań dotyczących bólu, siebie, otaczającego świata i przyszłości,

- nabywanie przez pacjenta umiejętności rozwiązywania problemów, które pozwolą mu na podejmowanie decyzji, realizowanie zadań, stawianie realistycznych celów [13].

Praca terapeutyczna przebiega w kontekście wspierającej, opartej na współpracy relacji terapeutycznej. Pacjent jest zachęcany do zostania „naukowcem” (badaczem) lub „odkrywcą” w stosunku do samego siebie. Uczy się postrzegać własne myśli, przekonania i wyobrażenia jako hipotezy, które należy sprawdzić w celu rozwinięcia alternatywnych, bardziej realistycznych myśli. Do tego celu służy poszukiwanie argumentów, które pozwolą potwierdzić lub odrzucić hipotezę. Bardzo ważną częścią terapii jest praca osobista pacjenta ustalana wraz z terapeutą na sesjach w celu oceny myśli i emocji związanych z bólem.

Pacjenci uczą się postrzegać ból jako dynamiczne, wielowymiarowe doświadczenie, które obejmuje percepcję doznań, sposoby myślenia, reakcje emocjonalne, zachowania oraz kontekst środowiskowy [13].

Zgodnie z modelem poznawczym bólu, negatywne, nierealistyczne myśli i przekonania mogą mieć istotny negatywny wpływ na doświadczenie doznań bólowych, nastrojów (np. brak nadziei, depresja, lęk, złość), zachowania (np. izolowanie się) oraz inne nieprzyjemne doznania fizjologiczne. Dlatego podstawowym celem terapeutycznym jest zmiana negatywnych, nierealistycznych treści poznawczych pacjenta na temat bólu, jego konsekwencji oraz innych stresów. Celem terapii jest także pomoc pacjentowi w rozpoznaniu zachowań, które nasilają ból i stres, nauczenie pacjenta nowych strategii radzenia sobie oraz adaptacyjnych, zdrowych zachowań. Praca terapeutyczna dotyczy także emocji i doznań czuciowych – zmiany w tym obszarze w istocie rzeczy służą poznaniu myśli związanych z tymi emocjami i doznaniem bólowymi.

Podsumowując, można powiedzieć, że celem terapii jest rozpoznanie emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych, fizjologicznych oraz środowiskowych trudności, które mogą mieć wpływ na doświadczenie bólu przez pacjenta. I pomimo że cele terapii różnią się w zależności od zgłaszanych przez pacjentów problemów, to ostatecznie chodzi o nauczenie pacjenta lepszych sposobów radzenia sobie z bólem i nastrojem, a także poprawę jego funkcjonowania w pełnieniu różnych ról życiowych [13].

Model stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem Thorn

Podstawą zaproponowania przez Thorn [15] modelu *stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem* były dane z literatury dotyczące problematyki bólu

oraz transakcyjny model stresu Lazarusa i Folkmana z 1984 r.

W literaturze przedmiotu od dawna wskazywano na powiązania między bólem a stresem oraz możliwości zastosowania transakcyjnego modelu stresu w rozumieniu bólu przewlekłego, nie został on jednak dostatecznie opisany w odniesieniu do bólu przewlekłego, nie zaproponowano też programu terapeutycznego wykorzystującego to podejście. Program terapeutyczny terapii poznawczej bólu przewlekłego autorka oparła także na modelu poznawczym Becka z 1976 r.

Zgodnie z modelem *stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem* treści poznawcze pacjenta mają bezpośredni wpływ na przystosowanie do bólu przewlekłego poprzez ocenę bólu i związanych z nim stresów, przekonań na temat możliwości kontrolowania bólu, możliwości wyboru sposobów radzenia sobie.

Ocena czynnika stresującego jest procesem dynamicznym. Oceny to treści poznawcze, które obejmują poznawcze interpretacje zdarzeń lub bodźców. Ocena pierwotna odnosi się do sądu, czy określony czynnik stresujący jest nieistotny, ma znaczenie pozytywne lub negatywne. Przekonania dotyczące możliwości radzenia sobie i jego skuteczności nazywane są oceną wtórną. Sposoby radzenia sobie obejmujące zarówno poznawcze, jak i behawioralne wysiłki w opanowaniu stresu wpływają na przystosowanie osoby. Lazarus i Folkman opisywali przystosowanie w trzech wymiarach: funkcjonowania społecznego, ducha walki i stanu zdrowia. Przystosowanie jest zatem pojęciem wielowymiarowym i wg Thorn w przypadku pacjentów z bólem przewlekłym nie ogranicza się tylko do zmniejszenia lub wyeliminowania bólu. Konieczna jest wielowymiarowa ocena funkcjonowania człowieka w zakresie funkcjonowania fizycznego, społecznego i psychologicznego. Często odnosi się do oceny: postrzeganego bólu (intensywność), czynników psychologicznych (stres, depresja, lęk), poziomu aktywności (praca), przyjmowania leków, korzystania z opieki medycznej (liczba wizyt lekarskich, hospitalizacji, zabiegów medycznych).

Zgodnie z modelem poznawczym bólu – myśli, obrazy i przekonania na temat bólu i innych wydarzeń życiowych mogą mieć istotny wpływ na percepcję bólu, emocje oraz zachowanie osoby doświadczającej bólu. Analizując bardziej szczegółowo model *stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem*, możemy postawić pytanie, w jaki sposób wyróżnione przez Lazarusa i Folkmana 3 typy oceny pierwotnej: zagrożenie, krzywda/strata, wyzwanie, będą wpływały na emocje i zachowanie pacjenta z bólem przewlekłym. Thorn [15] opisuje, że u pacjenta oceniającego ból jako czynnik zagrażający pojawią się

emocje strachu lub lęku, na poziomie poznawczym będzie on skupiać uwagę na bólu oraz czynnikach, które go wywołują, natomiast pod względem zachowania nastąpi mniejsze zaangażowanie w różne aktywności i wzrost zachowań unikowych.

Jeśli pacjent oceni ból jako krzywdę lub stratę, to będą mu towarzyszyć emocje żalu, smutku, czasami depresja. Pacjent będzie mieć poczucie straty i bezradności. Na poziomie zachowania możemy się spodziewać wzrostu bierności, a tym samym zmniejszenia aktywności, może dojść do utraty pracy, dochodów, obniżenia poziomu życia, a także trudności w relacjach.

Inaczej jest, jeśli pacjent oceni ból jako wyzwanie. Taka ocena wpłynie na wyzwalamie uczuć pozwalających pacjentowi angażować się. Pojawi się przekonanie o możliwości poradzenia sobie z bólem, czynniki stresujące pacjent będzie postrzegać bardziej realistycznie, a siebie samego jako „osobę w porządku, ale z bólem”. W odniesieniu do zachowania z większym prawdopodobieństwem możemy oczekiwać, że osoba taka zastosuje własne możliwości w opanowaniu bólu, zaangażuje się w czynności dnia codziennego, a tym samym będzie następować zmniejszenie niesprawności.

Ocena wtórna dotyczy możliwości radzenia sobie i jego skuteczności. Odnosi się do przekonań pośredniczących: na temat bólu, możliwości jego kontroli i własnej skuteczności oraz myśli automatycznych i zniekształceń poznawczych.

Istotnymi zmiennymi w omawianym modelu są cechy indywidualne pacjenta z bólem przewlekłym, takie jak czynniki biologiczne, osobowość/psychopatologia, role społeczne, przekonania kluczowe. Cechy indywidualne należy uwzględnić w konceptualizacji problemu, pośredniczą one w interakcji z czynnikiem stresującym. Wśród zmiennych biologicznych brane są pod uwagę rodzaj i przebieg choroby, przede wszystkim ze względu na rodzaj leczenia. W zakresie ról społecznych ważne są oczekiwania odnoszące się do ról związanych z płcią, pełniących w rodzinie, społecznych, zawodowych oraz roli pacjenta. Czynniki osobowościowe mogą zwiększać ryzyko wystąpienia niesprawności u pacjentów z bólem. Wymienia się takie cechy temperamentu, jak neurotyzm, negatywny afekt i podatność emocjonalna. W odniesieniu do przekonań kluczowych badacze zwracają uwagę, że negatywne przekonania kluczowe i negatywne schematy nie zawsze są aktywowane pomimo pojawienia się negatywnych wydarzeń życiowych. Uważa się, że mogą się one przyczynić do rozwoju podatności poznawczej, która w interakcji z negatywnymi wydarzeniami żywymi może prowadzić do wystąpienia różnych zaburzeń emocjonalnych.

Podsumowując, można powiedzieć, że model *stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem* zakłada wpływ cech indywidualnych na ocenę pierwotną, ocenę wtórną i radzenie sobie. Z kolei ocena pierwotna, ocena wtórna i radzenie sobie przez pacjenta z bólem przewlekłym i jego konsekwencjami wpływają na jego przystosowanie i odwrotne. Między wymienionymi elementami modelu zachodzą cyrkularne powiązania.

Poznawczo-behawioralny model bólu przewlekłego i związanego z nim strachu Vlaeyen i Linton

Autorzy modelu poznawczo-behawioralnego bólu przewlekłego i związanego z nim strachu Vlaeyen i Linton [19, 20] wyjaśniają rolę strachu i unikania w rozwoju oraz podtrzymywaniu bólu przewlekłego. Wskazują, że niektórzy pacjenci doświadczający bólu mogą interpretować go jako zbyt zagrażający. Powody takiej interpretacji są bardzo różne (np. niezgodność między oczekiwaniami pacjenta wobec czasu ustąpienia bólu – powinien ustąpić szybko – a rzeczywistą sytuacją), ale istotne jest, że błędna interpretacja może prowadzić do katastrofizacji, czyli wyolbrzymiania negatywnych aspektów sytuacji. W efekcie pacjent może odczuwać strach przed bólem, a dokładniej przed aktywnością fizyczną, która w jego ocenie zagraża uszkodzeniem ciała. Pacjent w tej sytuacji będzie unikać aktywności, aby nie wzmacniać bólu, może także nadmiernie koncentrować się na doznaniach somatycznych. W dalszej konsekwencji unikanie może prowadzić do braku aktywności fizycznej, niesprawności i wystąpienia objawów depresyjnych, które same w sobie prowadzą do mniejszej aktywności.

Możemy zatem mówić o błędnym kole, które podtrzymuje problem bólu: ból → myśli katastroficzne → strach → unikanie → niesprawność → ból.

Unikanie stanowi mechanizm podtrzymujący lub nasilający strach podobnie jak w przypadku fobii. Przeciwstawną do unikania reakcją jest konfrontacja. Badacze twierdzą, że konfrontacja jest reakcją adaptacyjną powodującą zmniejszenie strachu, prawdopodobne ustąpienie bólu i przywrócenie funkcji [20].

Badania wskazują, że reakcje pacjentów z bólem przewlekłym podczas przeprowadzania konfrontacji są podobne do reakcji pacjentów z fobią w zakresie zmiennych poznawczych (zamartwianie się), psychofizjologicznych (reaktywność mięśni) i behawioralnych (ucieczka i unikanie). Różnice dotyczą rozumienia strachu – pacjenci z fobią są świadomi, że ich strach jest nadmierny i irracjonalny, a pacjen-

ci zgłaszający strach przed bólem w większości są przekonani, że unikanie pełni funkcję ochronną.

Praktyczną konsekwencją przyjętego modelu w tworzeniu konceptualizacji problemu pacjenta z bólem przewlekłym, gdzie kluczowym pojęciem jest strach przed bólem, będzie wybór odpowiednich technik terapeutycznych. Punktem wyjścia jest przeprowadzenie diagnozy i ocena bólu pacjenta. Podstawowa technika terapeutyczna to ekspozycja *in vivo*, nie zaś jak w terapii behawioralnej planowanie czynności lub trening radzenia sobie z bólem (trening relaksacji, odwracanie uwagi) [20].

Protokoły terapeutyczne

Poniżej zostanie przedstawiony zarys wybranych protokołów terapeutycznych stosowanych u pacjentów z bólem przewlekłym (pełny opis przekracza ramy artykułu i znajduje się we wskazanej literaturze).

Protokoły terapeutyczne to zbiory zasad postępowania w ramach danej formy terapii. Obejmują one plan leczenia, sekwencje technik terapeutycznych oraz warunki ich zastosowania. Często wydawane są w formie podręczników [7].

Protokół terapii poznawczej pacjentów z bólem przewlekłym Winterowd, Becka i Gruenera

Terapia Winterowd, Becka i Gruenera [13] poprzedzona jest zebraniem dokładnego wywiadu z pacjentem oraz oceną bólu. Przed rozpoczęciem sesji terapeutycznych określa się cele i przedstawia pacjentowi model poznawczy bólu przewlekłego.

Zgodnie z opisanym modelem sesje terapeutyczne mają na celu pomóc pacjentowi nabyć umiejętności w zakresie:

- poznawczej restrukturyzacji – w rozpoznawaniu, ocenie i modyfikowaniu negatywnych myśli i przekonań odnoszących się do bólu oraz emocji,
- technik relaksacyjnych pozwalających na radzenie sobie z bólem i stresem,
- rozwiązywania problemów związanych z radzeniem sobie z bólem i stresem psychospołecznym.

Typowa terapia składa się z 12 sesji oraz pracy osobistej pacjenta, która ustalana jest po każdej sesji i wykonywana przez pacjenta między sesjami, a następnie omawiana na kolejnej sesji.

Autorzy podkreślają, że czas trwania terapii zależy od liczby i natury problemów u pacjenta, przede wszystkim współwystępujących zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowości. W przypadku tych ostatnich terapia może trwać na przykład rok lub dwa lata. Niektórzy pacjenci z bólem przewle-

kłym mogą wymagać tylko wybranych składowych protokołu terapeutycznego, ale zaleca się typowy przebieg sesji, aby pacjent mógł odnieść jak największe korzyści i uniknąć nawrotów.

Sesja 1.: Techniki relaksacyjne, wprowadzenie do obserwowania (monitorowania) bólu i aktywności.

Sesja 2.: Techniki relaksacyjne, określenie tempa aktywności na podstawie przerw czasowych.

Sesja 3.: Identyfikacja myśli automatycznych.

Sesja 4.: Ocena myśli automatycznych.

Sesja 5.: Poznawcza restrukturyzacja.

Sesja 6.: Poznawcza restrukturyzacja obrazów związanych z bólem.

Sesja 7.: Przekonania pośredniczące i kluczowe odnoszące się do bólu.

Sesja 8.: Przekonania pośredniczące i kluczowe odnoszące się do bólu.

Sesja 9.: Przekonania kluczowe odnoszące się do bólu, trening rozwiązywania problemów.

Sesja 10.: Asertywna komunikacja.

Sesja 11.: Radzenie sobie ze stresem psychospołecznym.

Sesja 12.: Sesja końcowa.

Terapia rozpoczyna się zwykle od sesji poświęconych opanowywaniu bólu, aby w miarę możliwości przynieść pacjentowi ulgę. Służą temu sesja 1. i 2., podczas których pacjent uczy się ćwiczeń relaksacyjnych (np. ćwiczeń oddechowych, relaksacji progresywnej, wizualizacji) oraz nabywa umiejętności obserwowania (monitorowania) bólu i własnej aktywności. Podczas sesji 2. przy współpracy z innymi specjalistami (lekarzem, fizjoterapeutą) wypracowuje się wraz z pacjentem tempo aktywności na podstawie przerw czasowych.

Sesje 3., 4. i 5. poświęcone są kolejno rozpoznawaniu myśli automatycznych oraz związkom między bólem, stanem emocjonalnym a myślami i zachowaniem, ocenie myśli automatycznych (sesja 4.) oraz modyfikacji negatywnych myśli automatycznych (sesja 5.), a także obrazów związanych z bólem (sesja 6.). Praca nad przekonaniami pośredniczącymi i kluczowymi leżącymi u podłoża negatywnych myśli automatycznych odbywa się na sesjach 7., 8., 9. Podczas sesji 9. pacjent nabywa także umiejętności rozwiązywania problemów, uczy się rozpoznawania kluczowych problemów, znajdowania rozwiązań oraz ich praktycznego zastosowania. Trening asertywności stanowi cel sesji 10., terapeuta uczy pacjenta otwartego i bezpośredniego komunikowania się z innymi bez obrażania ich. Praca nad radzeniem sobie ze stresem psychospołecznym (np. związanym z pracą, finansami, wsparciem społecznym) stanowi przedmiot sesji 11. Ostatnia, 12. sesja poświęcona jest podsumowaniu terapii, wzmocnieniu umiejętności pacjenta oraz możliwości wykorzystania ich poza terapią.

Protokół terapii poznawczej bólu przewlekłego Thorn

Na podstawie modelu *stres – ocena poznawcza – radzenie sobie z bólem* Thorn [15] zaproponowała program terapeutyczny. Autorka sugeruje możliwość zastosowania protokołu terapeutycznego w połączeniu z całościowym leczeniem pacjenta z bólem przewlekłym i dołączenie innych technik w zależności od potrzeb, szczególnie technik behawioralnych oraz metod fizykalnych, aby zwiększyć aktywność pacjenta i zmniejszyć poleganie na lekach w radzeniu sobie z bólem. Protokół może być zastosowany u pacjentów indywidualnych oraz w terapii grupowej (optymalna liczba uczestników grupy – ok. 5) dla pacjentów z bólem przewlekłym od 18. roku życia.

Pacjent kontynuuje terapię między sesjami, wykonując pracę osobistą.

Sesja 1.: Związek między stresem, bólem i oceną.

Sesja 2.: Identyfikacja myśli automatycznych.

Sesja 3.: Ocena myśli automatycznych.

Sesja 4.: Poznawcza restrukturyzacja.

Sesja 5.: Przekonania pośredniczące i kluczowe.

Sesja 6.: Przekonania pośredniczące i kluczowe odnoszące się do bólu.

Sesja 7.: Zdania kierowane do siebie, które pomagają radzić sobie z bólem.

Sesja 8.: Pisanie mające na celu uzewnętrznienie emocji i myśli dotyczących bólu (choroby, straty, traumy).

Sesja 9.: Asertywna komunikacja.

Sesja 10.: Sesja końcowa.

Sesja 1. ma charakter psychoedukacyjny, jej celem jest zapoznanie pacjenta z terapią poznawczą oraz związkiem między stresem a bólem. Sesje od 2. do 6. stanowią sedno klasycznej terapii poznawczej i służą poznawczej restrukturyzacji. Sesja 7. poświęcona jest uczeniu pacjenta poznawczych sposobów radzenia sobie z bólem. Sesje 8. i 9. koncentrują się nadal na technikach radzenia sobie, opierając się na poznawczej konceptualizacji związku między czynnikami poznawczymi a emocjami (sesja 8.) i czynnikami poznawczymi a zachowaniem (sesja 9.). Ostatnia, 10. sesja podsumowuje wcześniejsze sesje i uczy pacjenta, w jaki sposób zapobiegać nawrotom.

Protokół terapii poznawczo-behawioralnej w opanowaniu bólu przewlekłego Otisa

Otis [16] odwołuje się do założeń terapii poznawczo-behawioralnej oraz kluczowych elementów terapii w tym podejściu, takich jak poznawcza restrukturyzacja, ćwiczenia relaksacyjne, określanie tempa aktywności na podstawie przerw czasowych,

planowanie czynności. Tworząc protokół terapeutyczny dla osób z bólem przewlekłym, położył nacisk na behawioralne aktywizowanie pacjentów i pracę nad zmianą negatywnych myśli i przekonań związanych z bólem.

Podobnie jak poprzedni protokół, może być stosowany w prowadzeniu pacjentów indywidualnych oraz w terapii grupowej.

Protokół ma formę podręcznika dla terapeuty [16] i osobno dla pacjenta, w którym zawarte są materiały psychoedukacyjne oraz do pracy osobistej [24], którą pacjent wykonuje pomiędzy sesjami.

Sesja 1.: Edukacja na temat bólu przewlekłego.

Sesja 2.: Teorie bólu, nauka oddychania przeponowego.

Sesja 3.: Relaksacja progresywna i wizualizacja.

Sesja 4.: Myśli automatyczne a ból.

Sesja 5.: Poznawcza restrukturyzacja.

Sesja 6.: Radzenie sobie ze stresem/opanowywanie stresu.

Sesja 7.: Określenie tempa aktywności na podstawie przerw czasowych.

Sesja 8.: Planowanie przyjemności.

Sesja 9.: Opanowywanie złości.

Sesja 10.: Higiena snu.

Sesja 11.: Zapobieganie nawrotom oraz silnym objawom bólowym.

Sesja 1. poświęcona jest edukacji na temat bólu przewlekłego – omówieniu wpływu bólu oraz wyjaśnieniu cyklu bólu, czyli przedstawieniu zależności między bólem, dystresem (myśli, uczucia) a zachowaniem. Ponadto obejmuje omówienie celów terapii, w tym ustalenie celów behawioralnych (mierzalnych i realistycznych).

Na sesji 2. terapeuta przedstawia teorię bramki bólu Melzacka i Walla [1], szczegółowo omawia czynniki, które otwierają i zamykają bramkę bólu (czynniki fizyczne, poznawcze, emocjonalne, związane z aktywnością, społeczne) oraz wprowadza techniki relaksacyjne – ćwiczenia oddychania przeponowego. Sesja 3. stanowi kontynuację technik relaksacyjnych – obejmuje ćwiczenia relaksacji progresywnej i wizualizacji. Sesje 4. i 5. poświęcone są pracy nad poznawczą restrukturyzacją. Na sesji 6. terapeuta z pacjentem pracują nad możliwością opanowywania stresu. Sesja ta obejmuje zdefiniowanie, czym jest stres, przegląd typowych źródeł stresu, wyjaśnienie reakcji „walka – ucieczka”, omówienie relacji między stresem a bólem. Sesja 7. służy określeniu tempa aktywności na podstawie przerw czasowych. Ustalenie i planowanie przyjemnych aktywności dla pacjenta przewidziane jest na sesji 8. Opanowywanie złości stanowi przedmiot sesji 9., a ważnymi punktami podczas sesji są: omówienie zależności między złością a bólem, nabywanie umiejętności opanowywania złości, omówienie

stylu reagowania i próba zmiany stylu na asertywny. Praca nad higieną snu na sesji 10. służy wyjaśnieniu potrzeby snu oraz omówieniu sposobów poprawy snu. Ostatnia, 11. sesja, będąca zakończeniem terapii, ma na celu omówienie zapobiegania nawrotom i silnym objawom bólowym, możliwości zapanowania nad silnymi objawami bólowymi oraz postępów w terapii.

Zakres zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów z bólem przewlekłym

Jak każda forma leczenia, terapia poznawczo-behawioralna ma swoje ograniczenia dotyczące możliwości zastosowania.

Terapia poznawcza zalecana jest u pacjentów doświadczających bólu w przypadku:

- bólu o charakterze przewlekłym,
- bólu, którego nie można opanować,
- bólu, który wpływa na funkcjonowanie psychologiczne lub stan emocjonalny, co powoduje nasilenie bólu,
- trudności z leczeniem medycznym (np. ze względu na bolesne badania lub sposoby leczenia),
- istotnych stresów psychospołecznych (np. problemy rodzinne, utrata pracy).

Terapia tego typu nie jest zalecana u pacjentów:

- ze znacznym obniżeniem funkcji poznawczych (należy rozważyć terapię behawioralną lub podtrzymującą),
- z ostrym stanem psychotycznym (terapię poznawczą można prowadzić po uzyskaniu stabilizacji stanu psychicznego u pacjentów chorych na schizofrenię lub inne zaburzenia psychotyczne),
- którzy nie akceptują modelu poznawczo-behawioralnego i metod terapii,
- niezmotywowanych,

oraz w przypadku braku wystarczających dowodów empirycznych skuteczności w leczeniu zaburzenia [13, 15].

W leczeniu pacjentów z bólem przewlekłym ważnym aspektem jest uwzględnienie ryzyka wystąpienia problemów emocjonalnych. Turk [2] wskazuje, że w odróżnieniu od bólu ostrego, ból przewlekły konfrontuje ludzi ze stresem spowodowanym nie tylko przez obecność bólu, lecz także przez liczne problemy, które dotyczą wszystkich aspektów życia człowieka.

W podejściu poznawczym wystąpienie trudności emocjonalnych można tłumaczyć jako wynik negatywnych, nierealistycznych myśli i przekonań na temat bólu i jego konsekwencji. Myśli te mogą ulec nadmiernemu uogólnieniu i odnosić się już nie tylko do bólu, lecz także do innych aspektów życia człowieka [13].

Wyniki badań wskazują, że występowanie zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów z bólem przewlekłym jest częstsze niż w populacji ogólnej. W tej grupie występują także zaburzenia lękowe, w tym zaburzenie lękowe uogólnione, napady paniki, lęk o zdrowie, zaburzenie stresowe pourazowe. Ponadto można stwierdzić, że pacjenci z bólem przewlekłym w większym stopniu tłumią złość. Z badań wynika, że pacjenci, którzy zgłaszali większe natężenie bólu, charakteryzowali się też wyższym poziomem depresji, lęku i złości w porównaniu z pacjentami o mniejszym natężeniu bólu. U pacjentów z problemami emocjonalnymi może się rozwinąć cyrkularna zależność między bólem a stresem. Oznacza ona, że ból powoduje stres, a stres przyczynia się do wzrostu natężenia bólu. Zależność ta związana jest z przejawianą przez pacjentów z bólem przewlekłym tendencją do koncentrowania się w większym stopniu na negatywnych wydarzeniach i stresach, włączając w to ból. Nadmierne skupianie się na negatywnych aspektach życia powoduje, że pacjenci doświadczają większego natężenia bólu. Leczenie pacjentów z bólem przewlekłym mogą komplikować wcześniejsze problemy – do najtrudniejszych w terapii należą współwystępujące zaburzenia osobowości [13, 15, 17, 25, 26].

Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej

Jednym z najczęściej cytowanych w literaturze przedmiotu podsumowań metaanaliz dotyczących efektów terapii poznawczo-behawioralnej bólu przewlekłego u dorosłych są wyniki analiz 25 badań z randomizacją z uwzględnieniem warunków kontrolnych przeprowadzonych przez Morley, Eccleston i Williams [27]. Autorzy stwierdzili, że terapia poznawczo-behawioralna okazała się bardziej skuteczna w zakresie zmiany w doświadczaniu bólu, poznawczych sposobów radzenia sobie i ich oceny oraz zmniejszaniu zachowań wyrażających ból w porównaniu z innymi formami terapii.

W innym podsumowaniu metaanaliz dotyczącym efektów terapii poznawczo-behawioralnej bólu przewlekłego u dorosłych, w którym Hoffman, Papas, Chatkoff i Kerns [28] ocenili 22 badania z randomizacją z uwzględnieniem warunków kontrolnych, terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczna.

Turner, Mancl i Aaron [29] ocenili skuteczność krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej (4 sesje) po 3, 6 i 12 miesiącach od zakończenia terapii w grupie pacjentów z bólem przewlekłym w przebiegu schorzenia stawu skroniowo-żuchwowego. Było to badanie z randomizacją, z grupą kontrolną, w którym przeprowadzono oddziaływania

psychoedukacyjne. W grupie, w której zastosowano terapię poznawczo-behawioralną, w porównaniu z grupą kontrolną stwierdzono znaczące zmniejszenie natężenia bólu, poprawę czynności żucia i zmniejszenie depresji.

Van de Wetering, Lemmens, Nieboer i Huijsman [30] dokonali przeglądu 14 badań dotyczących skuteczności technik poznawczych i behawioralnych u pacjentów z bólem neuropatycznym. Autorzy stwierdzili, że ze względu na ograniczenia metodologiczne analizowanych badań nie mogą wyciągnąć jednoznacznych wniosków.

Badacze wskazują na potrzebę większej liczby badań nad efektywnością terapii poznawczo-behawioralnej [13, 30]. Nie potrafimy określić, u których pacjentów z bólem przewlekłym ta metoda leczenia będzie pomocna, a u których nie. Nieznane pozostają specyficzne mechanizmy leczące, a zatem nie wiemy, które oddziaływania są najbardziej skuteczne. Ponadto określenie „terapia poznawczo-behawioralna” nie oznacza spójnego teoretycznego modelu terapii. Analizowane badania różnią się pod względem przyjętego modelu teoretycznego oraz zastosowanych interwencji terapeutycznych.

Należy także podkreślić, że terapia poznawczo-behawioralna może stanowić jeden z elementów całościowego leczenia pacjenta z bólem przewlekłym. Ważny byłby zatem moment zastosowania tego rodzaju interwencji.

Zakończenie

Terapia poznawczo-behawioralna ma na celu przyniesienie ulgi osobom doświadczającym bólu. Metoda ta cechuje się pewnymi ograniczeniami – dobór odpowiedniej metody zależy od diagnozy i akceptacji przez pacjenta danego sposobu leczenia. Pomimo krytyki protokołów terapeutycznych jako spłyconych form pomocy, które mogą pomijać złożoność problemu pacjenta oraz relacji terapeuta–pacjent [31], protokoły te są próbą weryfikacji skuteczności danej metody leczenia [7]. Autorzy wymienionych w artykule protokołów terapeutycznych stosowanych u pacjentów z bólem przewlekłym przedstawiają określoną liczbę sesji i zakres tematyczny przy jednoczesnym zastrzeżeniu, że należy go dostosować do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Bardzo ważnym aspektem pomocy osobom z bólem przewlekłym jest stosunek pacjentów do korzystania z pomocy psychologicznej. Mogą ją oni traktować jako umniejszanie ich problemu i brak zrozumienia (np. jako sugestię, że ból nie jest realny). Jedną z przyczyn może być niewystarczająca wiedza na temat fizjologii i patofizjologii bólu oraz leczenia. Informacje, które otrzymuje pacjent, mogą

nie zawierać wyjaśnienia wpływu czynników psychologicznych i szeroko rozumianych środowiskowych na natężenie bólu oraz możliwości zastosowania metod nefarmakologicznych w leczeniu bólu [32]. Inny możliwy powód to postrzeganie przez pacjenta lub jego otoczenie skierowania na konsultację psychologiczną jako przypisanie zaburzenia psychicznego. Rozpoznanie współwystępujących problemów psychologicznych lub zaburzeń, np. zaburzeń depresyjnych czy lękowych, i podjęcie odpowiedniej terapii jest ważne, niemniej tego rodzaju problemy i zaburzenia nie występują u każdego pacjenta z bólem przewlekłym [17].

Kolejną ważną sprawą byłaby możliwość finansowania pomocy terapeutycznej i psychoterapeutycznej w ramach ubezpieczenia. Dla przykładu, w Stanach Zjednoczonych w 2002 r. wprowadzono procedury (*Health and Behavior Codes*) pozwalające na realizację pomocy terapeutycznej u pacjentów, którzy mają problemy ze zdrowiem somatycznym, co nie oznacza, że występują u nich zaburzenia psychiczne [15]. W Polsce ta sprawa nie jest uregulowana.

Piśmiennictwo

- Melzack R, Wall PD. Tajemnica bólu. Wydawnictwo WAM, Kraków 2006.
- Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. W: Turk DC, Gatchel RJ (red.). Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. Guilford Press, New York 2002; 138-158.
- Fordyce WE, Fowler R, DeLateur B. An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. Behav Res Ther 1968; 6: 105-107.
- Fordyce WE. Behavioural methods for chronic pain and illness. C.V. Mosby, St. Louis 1976.
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective. The Guilford Press, New York 1983.
- Turk DC. A cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patient. W: Turk DC, Gatchel RJ (red.). Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. Guilford Press, New York 2002; 3-29.
- Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
- McCracken LM. Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. IASP Press, Seattle 2005.
- Popiel A, Pragłowska E. Podstawowe założenia psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Wiadomości Psychiatryczne 2004; 1: 71-74.
- Kendall PC. Childhood disorders. Psychology Press, London 2000.
- Beck JS. Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
- Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. W: Dobson KS (red.). Handbook of cognitive-behavioral therapies. The Guilford Press, New York 2001; 3-39.
- Winterowd C, Beck A, Gruener D. Cognitive therapy with chronic pain patients. Springer Publishing Company, New York 2003.
- Padesky ChA, Greenberger D. Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.

15. Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain. A step-by-step guide. Guilford Press, New York 2004.
16. Otis JD. Managing chronic pain. A cognitive-behavioral therapy approach. Therapist guide. Oxford University Press, New York 2007.
17. Golden BA, Gatchel RJ, Glassman S. Acute and chronic pain in primary care settings. W: DiTomasso RA, Golden BA, Morris HJ (red.). Handbook of cognitive-behavioral approaches in primary care. Springer Publishing Company, New York 2010; 631-653.
18. Turk DC, Melzack R (red.). Handbook of pain assessment. The Guilford Press, New York 2011.
19. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000; 85: 317-332.
20. Vlaeyen JWS, de Jong J, Sieben J, Crombez G. Graded exposure in vivo for pain-related fear. W: Turk DC, Gatchel RJ (red.). Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. Guilford Press, New York 2002; 210-233.
21. Leahy RL. Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
22. Strong J, Unruh AM. Psychologiczne metody leczenia bólu. W: Strong J, Unruh AM, Wright A, Barter GD (red.). Ból: podręcznik dla terapeutów. DB PUBLISHING, Warszawa 2008; 175-192.
23. Sullivan MJL, Neish N. The effects of disclosure on pain during dental hygiene treatment: the moderating role of catastrophizing. Pain 1999; 79: 155-163.
24. Otis JD. Managing chronic pain. A cognitive-behavioral therapy approach. Workbook. Oxford University Press, New York 2007.
25. Robinson ME, Riley III JL. The role of emotion in pain. W: Gatchel R, Turk RC (red.). Psychological factors in pain. Critical perspective. Guilford Press, New York 1999; 74-88.
26. Gathel RJ, Dersh J. Psychological disorders and chronic pain: are there cause-and-effect relationships? W: Turk DC, Gatchel RJ (red.). Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. Guilford Press, New York 2002; 30-51.
27. Morley S, Eccleston Ch, Williams A. Systemic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain 1999; 80: 1-13.
28. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. Health Psychology 2007; 26: 1-9.
29. Turner JA, Mancl L, Aaron LA. Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized, controlled trial. Pain 2006; 121: 181-194.
30. van de Wetering EJ, Lemmens KMM, Nieboer AP, Huijsman R. Cognitive and behavioral interventions for the management of chronic neuropathic pain in adults – a systemic review. Eur J Pain 2010; 14: 670-681.
31. Ollendick TH, King NJ, Chorpita BF. Empirycznie potwierdzone metody terapii dzieci i młodzieży. W: Kendall PhC (red.). Terapia dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010; 470-497.
32. McGrath PA, Hillier LM. A practical cognitive-behavioral approach for treating children's pain. W: Turk DC, Gatchel RJ (red.). Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. Guilford Press, New York 2002; 534-552.