

## Pomoc psychologiczna pacjentom z chorobami reumatycznymi na przykładzie reumatoidalnego zapalenia stawów

*Psychological help for patients with rheumatoid diseases in the example of rheumatoid arthritis*

Ewa Mojs<sup>1</sup>, Beata Warchulska<sup>2</sup>, Włodzimierz Samborski<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii Klinicznej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Zakładu dr n. biol. Ewa Mojs

<sup>2</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup>Katedra Fizjoterapii, Reumatologii i Rehabilitacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, kierownik Katedry prof. dr hab. med. Włodzimierz Samborski

**Słowa kluczowe:** choroby reumatyczne, zaburzenia emocjonalne, psychoterapia.

**Key words:** Rheumatic diseases, emotional disturbances, psychotherapy.

### Streszczenie

W koncepcjach chorób psychosomatycznych czynniki psychologiczne odgrywają istotną rolę zarówno w powstawaniu, jak i w znoszeniu choroby oraz powstawaniu niepełnosprawności. Charakter choroby oraz sposób jej leczenia wpływają niekorzystnie na stan emocjonalny pacjentów, którzy często są przygnębieni, apatyczni, zniechęceni, nie radzą sobie ze stresem związanym z lękiem o przyszłość. W reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS) wśród czynników bezpośrednio związanych z chorobą, które mają istotny wpływ na rozwój zaburzeń emocjonalnych oraz rozwój niepełnosprawności, wskazuje się: ból, aktywność choroby, uszkodzenie stawów i tkanek okołostawowych, zmiany pozastawowe i powikłania układowe. Dodatkowo podaje się czynniki niezależne od choroby, w tym czynniki demograficzne i psychospołeczne, takie jak: wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne, stan socjalno-ekonomiczny, poziom wykształcenia, choroby współistniejące i środowisko. W artykule przedstawiono formy i techniki psychologiczne pracy z pacjentem, której celem jest obniżenie poziomu bólu i jego dekatastrofizacja, przestrzeganie zaleceń lekarskich, najdłuższe utrzymywanie sprawności fizycznej, podejmowanie codziennych aktywności życiowych i przeciwdziałanie powstawaniu zaburzeń sfery emocjonalnej, w tym depresji.

### Summary

In concepts of psychosomatic diseases psychological factors play a vital role not only in the aetiology and treatment of the illness but also in the development of disability. The characteristics and treatment of the disease (rheumatoid arthritis) adversely influence the emotional well-being of patients, who become gloomy, spiritless and disaffected, and cannot manage stress connected with fear of the future. In rheumatoid arthritis, the factors directly connected with the disease which affect the development of emotional disturbances include: pain, advancing illness, lesions of joints and joint tissue, synovial lesions and systemic disturbances. Also included are factors independent of the illness, such as age, gender, genetic determinants, socio-economic status of the patient, coexisting diseases and environment. The article presents psychological methods used to reduce and decatastrophize pain, to prevent emotional disorders such as depression, and to make patients compliant so that they remain fit and active as long as possible.

---

### Adres do korespondencji:

dr n. biol. Ewa Mojs, Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań, tel. +48 61 854 72 73, faks +48 61 854 72 74, e-mail: psychologia@ump.edu.pl

**Praca wpłynęła:** 19.01.2010 r.

## Czynniki psychologiczne w powstawaniu i znoszeniu chorób przewlekłych

Czynniki psychologiczne mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia objawów choroby. Do czynników tych zalicza się wzory zachowania A i C, predysponujące do wystąpienia chorób układu krążenia i choroby nowotworowej, opisywany od niedawna wzór zachowania D, zwany także typem osobowości stresowej, a także style radzenia sobie ze stresem [1, 2]. Wyniki badań psychoneuroimmunologicznych wskazują na istnienie związków między cechami osobowości a pojawieniem się danego schorzenia. Zgodnie z podstawowym założeniem psychoneuroimmunologii, stres warunkuje wystąpienie wielu chorób, także tych, które są modulowane immunologicznie [3, 4]. Coraz lepiej poznawana jest neurobiologia tego zjawiska. Liczne dane kliniczne potwierdzają, że stres, a także doświadczanie emocji negatywnych, stanowią ważne ogniwo między uwarunkowaniami biologicznymi i psychospołecznymi a funkcjonowaniem układu immunologicznego [3, 5]. Czynniki psychologiczne odgrywają również istotną rolę w znoszeniu choroby oraz powstawaniu niepełnosprawności.

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekły, postępujący proces zapalny rozpoczynający się w błonie maziowej stawów, prowadzący do niszczenia tkanek stawowych, zniekształceń i upośledzenia czynności stawów. W przebiegu choroby może dojść do zmian w wielu układach i stawach [6]. Częstość zachorowań na RZS zależy od rasy i grupy etnicznej. Rocznie u 1 na 100 osób rasy białej rozpoznaje się RZS. W Polsce na RZS cierpi około 400 tys. osób. Kobiety chorują 3–4 razy częściej niż mężczyźni. Najwięcej zachorowań odnotowuje się u kobiet po 40. roku życia. U 1/3 chorych wskutek zmian dochodzi do inwalidztwa [6].

Wśród czynników bezpośrednio związanych z chorobą, które mają istotny wpływ na rozwój niepełnosprawności w RZS, wskazuje się: ból, aktywność choroby, uszkodzenie stawów i tkanek okostawowych, zmiany pozastawowe i powikłania układowe. Dodatkowo podaje się czynniki niezależne od choroby, które wpływają na proces niepełnosprawności, oraz znoszenie sytuacji choroby, znoszenie emocji związanych z zaostrzaniem się choroby, a także oczekiwanie wystąpienia zaostrzeń po remisji. Zaliczamy do nich czynniki demograficzne i psychospołeczne, takie jak wiek, płeć, uwarunkowania genetyczne, stan socjalno-ekonomiczny, poziom wykształcenia, choroby współistniejące, środowisko oraz czynniki psychiczne. Na stopień niepełnosprawności istotnie wpływa praca zawodowa, która jest czynnikiem motywującym do utrzymania sprawności oraz podjęcia systematycznego leczenia. W chorobie tej dużą rolę odgrywa stres, który pogłębia depresję, co nasila

poziom niepełnosprawności i wpływa na zaostrzenie choroby.

Ważna w procesie leczenia jest wiedza na temat choroby, odpowiednia edukacja i zainteresowanie pacjenta własną chorobą, zapoznanie go ze sposobami radzenia sobie oraz możliwościami pomocy. Wiedza na temat choroby jest czynnikiem motywującym do określonych działań, walki z chorobą i bólem. Umiejętność radzenia sobie z chorobą korzystnie oddziałuje na przystosowanie do życia w społeczeństwie ludzi zdrowych. Ważne jest środowisko, w którym przebywa chory na RZS, wpływa ono zarówno na zdolność wykonywania pracy, jak i inne aspekty związane z niepełnosprawnością [7, 8].

Charakter choroby oraz niewłaściwy sposób jej leczenia wpływają niekorzystnie na stan emocjonalny pacjentów, którzy często są przygnębieni, apatyczni, zniechęceni, nie radzą sobie ze stresem związanym z lękiem o przyszłość. Chorzy potrzebują wsparcia osób bliskich oraz fachowej opieki personelu medycznego. Umiejętność radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą przy współudziale otoczenia oraz zespołu leczniczego ma korzystny wpływ na poprawę jakości życia chorych [9]. Badania wykazują, że częstość występowania zaburzeń depresyjnych i lękowych wśród chorych reumatycznych jest wyższa niż w populacji ogólnej, a rolą psychoterapii jest nie tylko uzyskanie zaufania chorego, przekonanie go o potrzebie postępowania rehabilitacyjnego oraz zachęcenie do współpracy z zespołem leczącym, ale również uczynienie go zdolnym do znoszenia cierpienia [6, 10, 11].

Pomocy psychologicznej pacjentom powinno udzielić się jak najwcześniej. Powinna być ona realizowana zarówno przez psychologa – psychoterapię – jak i przez innych członków zespołu terapeutycznego (lekarz, rehabilitant, pielęgniarka) – wsparcie psychologiczne, edukacja. Prawidłowe relacje między chorym a członkami zespołu rehabilitacyjnego dają większe szanse na zwalczanie bólu i zaburzeń czynności narządu ruchu.

Schorzenia z grupy chorób reumatycznych rozpoczynają się najczęściej w okresie życia, w którym człowiek jest najaktywniejszy społecznie i zawodowo, dlatego sytuacja choroby jest trudniejsza do zaakceptowania. Należy zachęcać chorego do aktywnego współdziałania w leczeniu, zwłaszcza w zakresie regularnego wykonywania ćwiczeń i innych zaleceń w domu, gdyż jedynie aktywny współdziałanie w leczeniu stwarza szansę zmniejszenia dysfunkcji ruchowych. W okresie tym należy przygotować chorego do akceptacji faktu, że proces chorobowy może narzucić zmianę dotychczasowego trybu życia. Ważne jest dostosowanie potrzeb fizycznych chorego do jego aktualnych możliwości. Należy uświadamiać osobie chorej, że nawet w sytuacji ograniczonej

sprawności narządu ruchu może pozostać nadal aktywną i samodzielną [12].

Chorzy powinni mieć możliwość skorzystania z poradnictwa zawodowego, którego zadaniem jest pomoc w wyborze zatrudnienia lub odpowiedniego szkolenia. Przekwalifikowanie zawodowe i znalezienie odpowiedniego zatrudnienia jest podstawą do wykształcenia aktywnej postawy życiowej – ważnej, aby pozytywnie spojrzeć na życie – oraz przywrócenia niezależności w późniejszych okresach choroby. Możliwość wykonywania pracy zarobkowej pozwala chorym na akceptację własnej niepełnosprawności oraz daje poczucie przydatności w społeczeństwie [12]. Ważną rolę w tym względzie odgrywa rodzina i najbliższe otoczenie. Stopień akceptacji niepełnosprawności u osoby bliskiej, chęć niesienia pomocy mogą przyczynić się do zwiększenia aktywności oraz zapobiec wystąpieniu depresji [6].

### Ból jako zjawisko psychologiczne

Ból sygnalizuje, że dzieje się coś nieprawidłowego w organizmie i jak żaden inny objaw – wskutek swojej dokuczliwości – skłania do poszukiwania pomocy medycznej, a dla lekarza jest ważną informacją diagnostyczną. Zależność między uszkodzeniem tkanek a bólem jest jednak wielowymiarowa. W wielu chorobach, np. nowotworowych, proces patologiczny rozwija się w organizmie bezobjawowo, aż do osiągnięcia stadium, kiedy nie jest już możliwa skuteczna terapia. Zdarza się też tak, że ból niezwiązany z uszkodzeniem tkanek, nie służący nawet adaptacji, powodujący tylko cierpienie, nasila lęki i pogarsza ogólny stan psychiczny pacjenta

[12]. W związku z tym można stwierdzić, że nie ma prostej zależności między stanem organizmu a bólem.

Współczesne koncepcje traktują ból nie tylko jako zjawisko biologiczne, ale uwzględniają także aspekty psychologiczne i społeczne powstawania reakcji bólowej, jej rozwoju i przebiegu w czasie. Najważniejszą współczesną teorią bólu jest teoria kontroli bramki Melzacka i Walla. Uwzględnili oni rolę ośrodkowego układu nerwowego, rdzenia kręgowego i mózgu, a także szybko przewodzących włókien A- $\beta$  i A- $\delta$ , które są grubsze i zaopatrzone w otoczkę mielinową. Przepływające tymi włóknami impulsy są szybciej przekazywane i mogą zahamować impulsy bólowe. Procesy te reguluje mechanizm bramki, wzbudzany w substancji galaretowatej w tylnym rogu rdzenia, różnicujący przepływ impulsów z cienkich i grubych włókien nerwowych. Mechanizm ten przepuszcza lub zatrzymuje informacje znajdujące się w drodze z rdzenia kręgowego do wzgórza i kory mózgu [11, 12].

Czynniki psychologiczne, takie jak niepokój i lęk, mogą otworzyć bramkę, co prowadzi do powstania reakcji bólowej i jej rozwoju. Odwracanie uwagi od źródła bólu może natomiast spowodować zamknięcie bramki i uniemożliwić percepcję bólu, jak to się dzieje podczas walki czy uczestnictwa w zawodach sportowych. Teoria bramki znacznie lepiej tłumaczy mechanizm bólu ostrego niż bólu przewlekłego, który stanowi poważny problem kliniczny. Podstawowe różnice między bólem ostrym i przewlekłym [10, 12, 13] ujęto w tabeli I.

Z uwagi na istniejące zasadnicze różnice pomiędzy bólem ostrym i przewlekłym pomaganie osobom z bólem ostrym i przewlekłym jest sztuką, i jak każda inna sztuka wymaga pewnych umiejętności. Postuluje

**Tabela I.** Różnice pomiędzy bólem przewlekłym a ostrym [10]

*Table I. Differences between chronic and acute pain [10]*

Kryterium	Ból ostry	Ból przewlekły
uwarunkowania psychologiczne	mniej udokumentowane związki z cechami osobowościowymi	udokumentowane związki z cechami osobowościowymi i stanami emocjonalnymi
etiologia	wyjaśniona, przeważnie jednoprzyczynowa	często wieloprzyczynowa
leczenie farmakologiczne	najczęściej możliwe, szybkie i skuteczne	często mało skuteczne, niewystarczające
leczenie nefarmakologiczne	uzupełniające	pierwszoplanowe, najczęściej długotrwałe
symptomatyka	czytelne, przewidywalne wzorce objawów	najczęściej nakładanie się objawów, nieregularność występowania
funkcje	ostrzegawcza, diagnostyczna	utrata funkcji ostrzegawczej
korelaty emocjonalne	częściej lęk	częściej depresja
czas trwania	krótszy, przewidywalne granice czasowe	wydłużający się, trudny do określenia

się korzystanie z technik psychologicznych w przewlekłej opiece nad pacjentem z RZS.

Zwalczanie bólu jest również zdolnością okazywania empatii osobie potrzebującej pomocy. Wczuwanie się umożliwia poznanie sytuacji drugiej osoby i dostrzeżenie zarówno jej ograniczeń, jak i tego, co umożliwia jej wyjście poza nie. W sytuacji doświadczenia bólu pacjenci są pod każdym względem zdani na pomoc innych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek.

Dzięki udzielanej pomocy pacjenci mogą lepiej znośić chorobę, podejmować inne aktywności życiowe, ale zysk z udzielania pomocy jest obopólny. Specjaliści, rozwijając swoje umiejętności empatii, uczą się skuteczniej pomagać innym. Pomaganie służy zatem zarówno innym, jak i nam samym – specjalistom w leczeniu. Losy ludzkie często wydają się trudne i dlatego osoby udzielające pomocy próbują je zmienić.

## Formy i techniki redukowania bólu

Poniższa propozycja pracy z osobą cierpiącą może nie być łatwa dla lekarza, ponieważ zakłada przeniesienie znacznej odpowiedzialności za leczenie na pacjenta. Kolejną trudnością jest przekonanie pacjenta, który przez wiele lat podchodził do leczenia w sposób pasywny, polegający na braniu lekarstw i korzystaniu z medycznej pomocy, do przejęcia odpowiedzialności za własny ból. Ból jest osobistym doświadczeniem każdego pacjenta i mimo prób oceny bólu w formie zobiektywizowanej (także oceny ilościowej) pacjenci w zupełnie inny sposób potrafią swój ból opisywać, wizualizować czy symbolizować [10, 11].

Ostry ból jest ogromnym wyzwaniem dla pacjenta, a także dla zajmującego się nim lekarza. W przeważającej większości przypadków pacjent z bólem przewlekłym nie reaguje na konwencjonalne metody leczenia. Dlatego zasadne wydaje się stwierdzenie, że leczymy zbolatego pacjenta, a nie jedynie jego fizyczne dolegliwości. Bólowi towarzyszą silne reakcje emocjonalne i zmiany w zachowaniu osoby cierpiącej. W pracy z pacjentem kładziemy nacisk na konieczność przejęcia przez pacjenta odpowiedzialności za własne leczenie. Odpowiedzialność ta polegałaby na ustanowieniu realnych celów i nauczaniu określonych metod kontroli bólu. Określenie celu terapii jest wspólną decyzją pacjenta i lekarza. Ważne, aby pacjent akceptował cel leczenia, ponieważ to on będzie musiał podjąć wysiłek realizacji zaplanowanych działań prowadzących do jego osiągnięcia [12–14].

Do najczęściej stosowanych technik redukowania bólu należą:

### 1. Skupienie się na terażniejszości.

W codziennym funkcjonowaniu człowieka ogniskuje się jego przeszłość, sposób wychowania, doświadczenia

i sposób ich organizacji, odzwierciedlony w sposobie myślenia o bólu i historii, jaką pacjent opowiada o sobie. Istotna jest poprawa aktualnego i przyszłego funkcjonowania. Mechanizmem zmiany w funkcjonowaniu jest modyfikacja obecnego sposobu myślenia lub bieżących zachowań, co z kolei umożliwia wpływanie na negatywnie doświadczane stany emocjonalne. Każdy problem musi być przeanalizowany i rozważony, zanim dojdzie do jego rozwiązania. Gruntowna analiza pozwala znaleźć najskuteczniejsze sposoby radzenia sobie z bólem. Wyobrażenia pacjenta dotyczące istoty bólu są ważne, decydują bowiem, jakie będą jego emocje i fizyczne reakcje na ból. Wyobrażenia mogą zwiększyć lub zmniejszyć odczuwany ból [12, 13].

Psychoedukacja stosowana w tej technice koncentracji na terażniejszości opiera się na założeniu, że podstawą zmiany jest informacja o stanie obecnym. Edukacja pacjenta obejmuje dostarczenie mu przystępnym językiem wiedzy dotyczącej diagnozy, natury zaburzenia, wpływu czynników biologicznych, stresorów i typowych objawów [14].

Terapia może być traktowana jako uruchomienie procesu zmian, które zachodzą w życiu pacjenta. Ważny jest też entuzjazm i zaangażowanie chorego w sposób leczenia. Skuteczną walkę z bólem będzie prowadził tylko taki pacjent, który będzie patrzył na problem w sposób całościowy. Osoba, która stosuje wyłącznie metody relaksacyjne, nie odniesie takich rezultatów, jakie uzyskałaby, gdyby zajęła się także swoim zaburzonym snem, brakiem fizycznej kondycji, negatywnym myśleniem i innymi wydarzeniami w swoim życiu, w równym stopniu przyczyniającymi się do bólu. W tej konwencji stosuje się także dialog sokratejski: technika ta ma prowadzić do zrozumienia powiązań między charakterystycznymi dla pacjenta myślami i wyobrażeniami a emocjami i zachowaniem, a także uwypuklić istotne dysfunkcyjne cechy myślenia pacjenta. Elementy dialogu sokratejskiego to pytania mające na celu uzyskanie informacji, empatyczne słuchanie, częste podsumowania oraz pytania o syntezę i odniesienie wniosków do sytuacji pacjenta [14–17].

Ponadto proponuje się:

2. Skalowanie: określanie miary intensywności emocji, przekonania, poczucia dyskomfortu.
3. Poszukiwanie dowodów prawdziwości sądu: aby zweryfikować dysfunkcyjną myśl czy przekonanie, zachęca się pacjenta do sprawdzania dowodów ich słuszności.
4. Badanie konsekwencji, przewidywań, wyobrażeń: sprawdzanie, na jakim sposobie rozwiązania problemu chory koncentruje uwagę, czego najbardziej się boi; zwykle osoby skupione na najbardziej zagrażającym rozwiązaniu reagują tak, jakby takie rozwiązanie

- było jedynym możliwym. Wspólne przewidywanie konsekwencji, szukanie alternatywnych rozwiązań.
5. Dekatastrofizacja: często pacjenci z bólem przewlekłym reagują i postępują tak, jakby nie mieli żadnego wpływu na jakość swojego życia. Lekarz może pomóc pacjentowi podważyć katastroficzną ocenę sytuacji.
  6. Modelowanie zachowań asertywnych i określanie granic osobistych.
  7. Użycie paradoksu lub przesady: podstawą zastosowania tej techniki jest dobra relacja terapeutyczna oraz poczucie humoru pacjenta i lekarza.
  8. Rozpraszenie i odwracanie uwagi: szczególnie, gdy myśli automatyczne działają jak lawina i powodują większy ból. Pokazanie pacjentowi prostych technik, takich jak kolejne odejmowanie w myślach 7 od 100, nazywanie wszystkich przedmiotów mających określony kolor, przerywanie potoku myśli nagłym – wyobrażonym lub realnym – bodźcem, np. kłaśnięciem [10, 12, 16–18].

## Umiejętności dla pacjenta

**Akceptacja własnego bólu i odpowiedzialności za jego występowanie.** Pacjent, odczuwając ból, może uważać, że zawiedli go lekarze, bo nie potrafili zlikwidować bólu; bliscy, bo niewystarczająco pomagają albo okazują za mało współczucia itd. Taki pacjent będzie zły, rozgoryczony i sfrustrowany z powodu wszystkich negatywnych zmian, jakie zachodzą w jego życiu na skutek cierpienia. Tego typu emocje łatwo prowadzą do negocjowania własnej odpowiedzialności za ból i przyjęcie postawy oczekiwania, że to inni powinni pomóc uwolnić się od bólu [17, 18].

Ból może nigdy nie ustąpić całkowicie; jeśli pacjent nie chce wziąć odpowiedzialności za swoje dolegliwości, to przedłuży wyłącznie poczucie odczuwanej bezsilności i braku kontroli nad nim. Lekarze, rodzina, znajomi i społeczeństwo mogą jedynie dać pacjentowi wsparcie i służyć potrzebną wiedzą [12, 13].

**Zapis bólu.** Następnym krokiem jest analiza czynników, które powodują, że pomimo usilnych starań lekarzy i jego własnych, ból się przedłuża. Tylko pacjent wie, co nasila jego dolegliwości [12, 16, 17].

Skala pomiaru bólu VAS ma za zadanie uchwycenie zmiennego natężenia bólu w ciągu dnia. Pomaga w notowaniu zmian w natężeniu bólu, co pozwala przekonać się, jak różne czynniki, takie jak stopień aktywności, stany emocjonalne, napięcie i zażywanie środków przeciwbólowych, wpływają na jego nasilenie się lub zmniejszenie. Stymuluje samoobserwację i analizę konsekwencji wynikających z dotychczasowego sposobu myślenia pacjenta.

Zapis powinien być prowadzony co godzinę, minimum przez tydzień, tak aby można było zaobserwować

pojawiające się prawidłowości. Lekarz analizowałby z pacjentem w sposób obiektywny poszczególne zależności, dzięki czemu można by było eliminować zdarzenia, które ból nasilają [16, 17].

**Ustalanie celów.** Bardzo często pacjenci w miarę postępowania bólu stają się roztargnieni, zdezorientowani i mają trudności ze skoncentrowaniem się na wykonywanym zadaniu. Często jest to rezultat niespełnionych oczekiwań, ponieważ ból utrudnia funkcjonowanie i dezorganizuje aktywność zmierzającą do określonego celu [17, 18].

Realizacja zamierzeń i angażowanie się w działania, które oceniamy jako ważne, nadają naszemu życiu wartość i znaczenie. Ustawiczne zmaganie się z bólem pozostawia niewiele energii na celowe, przynoszące satysfakcję funkcjonowanie.

Prowadzenie codziennego zapisu wykonywanych czynności i obserwacja ich związku z poziomem bólu jest pierwszą rzeczą pomagającą pacjentowi w skoncentrowaniu się i wykonywaniu celowej działalności. Dalszym krokiem pozwalającym pacjentowi na stopniowe przywrócenie życia porządku i wykorzystanie czasu na coś pożytecznego jest ustanawianie celów.

Najważniejsze to pamiętać, że liczy się nawet najmniejszy sukces. Drobne osiągnięcie, pozornie nieistotne, jest początkiem czegoś większego, a zdobyte przeświadczenie o własnych możliwościach pozwoli pacjentowi na sięganie po coś, co jeszcze niedawno wydawało mu się nie do zdobycia.

Kryteria ustalania osiągalnych celów:

1. Cel powinien być wymierny.
2. Czy jest na tyle określony, że pacjent będzie wiedział, kiedy go zrealizował?  
Czy może osiągnąć go w zaplanowanym czasie?
3. Cel powinien być realistyczny.
4. Cel powinien dotyczyć działania. Jakiego określonego działania musi podjąć pacjent, aby go osiągnąć?
5. Cel powinien dokładnie określać, kto będzie jego realizatorem.
6. Cel powinien wyznaczać coś, czego pacjent naprawdę chce [18, 19].

**Kontrolowanie czynności jako sposób na udany dzień.** Metoda wykonywania czynności według ustalonego z góry planu pozwoli pacjentowi na większą niezależność od bólu i rozszerzy zakres jego możliwości. Polega ona na nabraniu nawyku planowania wszystkich codziennych czynności, od momentu obudzenia się. Ustalając taki plan, pacjent będzie się kierował tym, co chce osiągnąć, a nie poziomem swojego bólu [20]. Program:

1. Przed udaniem się na nocny odpoczynek pacjent sporządza realistyczny plan zajęć na następnym dniu. Nie planuje zajęć, których nie będzie w stanie zrealizować. Kiedy jednak coś już zaplanuje, musi dać z siebie wszystko, aby to zrobić.

2. Ważnym punktem programu są przerwy na odpoczynek i spędzanie ich wyłącznie na nicnierobieniu. Czas ten potrzebny jest na regenerację.
3. Ważne jest to, aby każda minuta dnia była zaplanowana, pomoże to skoncentrować się pacjentowi na upływie czasu i aktywności, a nie na bólu [12–14, 17].

### Ćwiczenia relaksujące

Należy zalecać pacjentom z bólem takie ćwiczenia, jak pływanie, bieganie, marsz, jazda na rowerze, joga, tai chi. Wiadomo, że utrzymujący się niepokój powoduje zwiększenie napięcia i sztywność mięśni, co z kolei prowadzi do nasilenia się dolegliwości. Ćwiczenia mają działanie relaksujące i mogą skutecznie rozładować napięcie mięśni:

- mięśnie poddawane regularnym ćwiczeniom w mniejszym stopniu kumulują napięcia prowadzące do przykurczów niż mięśnie bardzo rzadko używane,
- regularnie wykonywane ćwiczenia fizyczne prowadzą do aktywacji systemu odpowiedzialnego za produkcję endorfin, co może zmniejszać poczucie bólu [20].

### Relaksacja

Relaksacja jest specyficzną techniką, która likwidując napięcie mięśni i wpływając kojąco na układ nerwo-

wy, może także zmniejszyć albo zlikwidować ból. Relaksacja jest stanem medytacyjnego spokoju, wyciszenia umysłu i przywrócenia ciała do stanu równowagi. Nie pojawia się ona jednak automatycznie. Aby móc taki stan osiągnąć, trzeba regularnie praktykować techniki relaksacyjne z zachowaniem odpowiedniej umysłowej postawy.

Relaksacja może pomóc przezwyciężyć ból na trzy sposoby:

1. Może obniżyć napięcie mięśni.
2. Wywiera łagodzący wpływ na układ nerwowy poprzez obniżenie poziomu pobudzenia. Badania wykazały, że w stanie głębokiej relaksacji nasze ciało uczy się nowego sposobu reagowania na adrenalinę. Obniża się poziom lęku, poprawia samopoczucie.
3. Stan głębokiej relaksacji uwalnia w organizmie endorfiny, które są naturalnymi środkami przeciwbólowymi.

Do często stosowanych technik relaksacyjnych dla pacjentów z bólem należą także:

1. Głębokie oddychanie, zwane również oddychaniem przeponowym.
2. Trening autogenny.
3. Metody wizualizacyjno-wyobrażeniowe [23].

**Tabela II.** Detekcja przekonań nasilających ból  
*Table II. Detection of attitudes intensifying pain*

Rozpoznawanie automatycznych myśli		
Data i godzina	Emocje	Automatyczne myśli, które się pojawiły
Sytuacja	Co czułem/czułam (np. lęk, gniew,	w tym momencie.
Gdzie, kiedy, w jakich okolicznościach pojawił się ból?	niepokój, strach, złość, smutek)?	Jak silnie wierzyłem/am w każdą z nich (0–100)?
	Jaką miały one siłę (0–100)?	
Przykład		
12.02.2010, godz. 9.00, przed wizytą u reumatologa	Lęk, gniew 60	Nikt nie jest w stanie mi pomóc. 60

**Tabela III.** Tygodniowy zapis emocji  
*Table III. Weekly record of emotions*

Tygodniowy zapis odczuwanych emocji						
Określ codziennie wieczorem, przed położeniem się spać, średnie nasilenie odczuwanych w ciągu dnia emocji – lęku, smutku, złości, przyjemności oraz radości w skali 0–10.						
dni tygodnia	lęk	smutek	złość	przyjemność	radość	pobierane leki
poniedziałek						
wtorek						
środa itd.						

## Techniki behawioralno-poznawcze w redukowaniu bólu

Wykorzystanie umysłu do kontroli przewlekłego bólu jest kluczowym i nieodzownym elementem każdego skutecznego podejścia do walki z bólem. Umysł funkcjonuje jako pewnego rodzaju filtr, przez który musi przejść informacja o bólu. Jest zdolny do zmiany intensywności dochodzącej do niego informacji, a niekiedy może całkowicie zaprzeczyć jej istnieniu [21, 22].

Praca z pacjentem z bólem opiera się na trzech założeniach:

1. Na procesy poznawcze pacjenta, to, jak postrzega ból, wpływa bardzo wiele czynników, m.in. przekonania dotyczące bólu dominujące w kulturze, podejście rodziców do spraw cierpienia, znaczenie, jakie pacjent nadaje bólowi, okoliczności, poprzednie z nim doświadczenia itp.
2. Od tego, jak pacjent postrzega ból, zależy to, jak silnie będzie go odczuwał.
3. Modyfikując procesy poznawcze, możemy skutecznie kontrolować natężenie bólu (tab. II).

## Przewlekły ból i emocje

Konsekwencją bólu są negatywne stany emocjonalne. W przypadku ostrego bólu najczęściej doznawaną emocją jest lęk, który z czasem może zamienić się w strach, a nawet w panikę. W bólu przewlekłym znaczącym problemem jest depresja. Inne emocje ujawniające się u ludzi cierpiących na przewlekły ból to gniew, frustracja oraz utrata nadziei. Proponuje się zatem prowadzenie przez pacjenta zapisu emocji w cyklach tygodniowych, a następnie korelowanie ich z występowaniem i nasilaniem się bólu. Pacjenci uczą się poszukiwać zależności między emocjami a bólem oraz modyfikować stany emocjonalne, aby zmniejszać doświadczenie bólu (tab. III) [18–20].

## Podsumowanie

Zaprezentowane techniki mają przykładowy charakter, jednak z uwagi na ich prostą strukturę oraz procedury wprowadzania możliwe są do zastosowania przez lekarzy zarówno w ramach opieki szpitalnej, jak i ambulatoryjnej. Warto podkreślić, iż podstawowym warunkiem skuteczności oddziaływań terapeutycznych jest nawiązanie prawidłowej relacji terapeutycznej z pacjentem opartej na zaufaniu, systematyczne wdrażanie procedur oraz dbałość o uzyskiwanie informacji zwrotnych na każdym z etapów pracy.

### Piśmiennictwo

1. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2001.
2. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D. *Psychoonkologia* 2008; 12: 7-13.
3. Mausch K. Main issues of psychoneuroimmunology, Part I. *Psychiatria Polska* 2000; 34: 373-380.
4. Ader R, Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Ann Rev Psychol* 1993; 44: 53-85.
5. Ogińska-Bulik N. Rola stresu w etiopatogenezie chorób nowotworowych. *Zeszyty Naukowe WSHE, Stres* 2001; 2: 27-38.
6. Krzezińska-Dąbrowska I, Sudoł K, Moskalewicz B. Problemy zdrowia psychicznego chorych na reumatyzm. *Reumatologia* 2007; 45: 215-218.
7. Filipowicz-Sosnowska A, Rupiński R. Złożoność procesu niepełnosprawności u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* 2005; 43: 138-146.
8. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000; 25: 2940-2953.
9. Sierakowska M, Matys A, Kosior A i wsp. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Reumatologia* 2006; 44: 299-303.
10. Ortenburger D. Psychofizjologiczne uwarunkowania bólu i jego leczenie. Wyd. Wyższej Szkoły Pedagogicznej. Częstochowa 2004.
11. Szewczyk L, Skowrońska M. Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka. „Emu”, Warszawa 2003.
12. Dega W. Ortopedia i rehabilitacja. PZWL, Warszawa 1984; 670-678.
13. Wordliczek J, Dobrogowski J. Leczenie bólu. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 15-35.
14. Sim J, Waterfield J. Validity, reliability and responsiveness in the assessment of pain. *Physiother Theory Pract* 1997; 13: 23-37.
15. Kulik A, Szewczyk L (red.). Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Psychospołeczne następstwa choroby somatycznej u dzieci i młodzieży, TN KUL, Lublin 2001, 123-140.
16. Kozłowski A. Przewyciężyć ból. Prószyński i S-ka, Warszawa 2000.
17. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Paradygmat, Warszawa 2008.
18. Walden-Gatuszko K, Majkowicz M, Janiszewska J i wsp. Uwarunkowania psychologiczne percepcji bólu przewlekłego. Badanie porównawcze chorych z różnym patomechanizmem bólu. *Psychoonkologia* 2008; 12: 1-7.
19. Hellinger B. Porządki pomagania. Wyd. Jacek Santorski, Warszawa 2003.
20. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia w wybranych dziedzinach medycyny. W: Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007; 330-349.
21. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Ann Rev Psychol* 1993; 44: 1-21.
22. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25: 3130-3139.
23. Paterson C. Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey. *BMJ* 1996; 312: 1016-1020.