

# NAČINI IN MERE SPOPRIJEMANJA S KRONIČNO BOLEČINO

## CHRONIC PAIN COPING STRATEGIES AND ASSESSMENT TOOLS

dr. Dare S. Kovačič, univ. dipl. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

### Povzetek

Spoprijemanje je proces spoznavnih, čustvenih in vedenjskih poskusov zmanjšati, vzdržati, braniti se, obvladati, urediti notranje ali zunanje zahteve, ki morda presegajo posameznikove zmožnosti, in znova vzpostaviti ravnotežje. Ena izmed takih neredkih okoliščin je kronična bolečina, ki traja mesece ali leta in torej ni ozdravljena. To stanje sproži intenzivne psihične odzive, ki so pogosto neugodni za zmanjšanje težave, zato je psihološka obravnava takih bolnikov zelo zahtevna. Sorazmerno najbolje so se pri tem izkazale vedenjsko-kognitivne terapevtske tehnike, pri katerih sta pomemben del čim boljša ocena naravnosti in prepričanj o svoji bolečini ter ocena načinov spoprijemanja. Ta namen dobro izpolnjujeta predstavljena vprašalnika CPCI (Chronic pain coping inventory) in SOPA (Survey of pain attitudes). Ti dve in druge podobne mere nam pomagajo tudi pri določitvi izhodiščnega stanja, spremljanju (zaželenega) napredka in motiviranju, poleg tega nam dajejo možnost za opazovanje bolnikovega vedenja in omogočajo podatke za raziskave. Nadaljnja psihološka obravnava kronične bolečine ne more neposredno odpraviti bolečine, kot je niso mogli odpraviti medicinski ukrepi, veliko pa je dokazov, da jo lahko zmanjša in izboljša splošno funkcioniranje ter razpoloženje – navsezadnje gre ne le za fiziološko, temveč predvsem psihološko stanje.

### Ključne besede:

spoprijemanje, kronična bolečina, mere spoprijemanja, vprašalnik CPCI, vprašalnik SOPA

### Abstract

*Coping is the process of cognitive, emotional and behavioural efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as exceeding the resources of the person and restore balance. Chronic pain is one of such events, which lasts for months or years and evokes spontaneous responses that are often maladaptive. Its treatment is therefore very demanding. An important part of the cognitive behavioural therapy techniques is determining beliefs related to pain and assessment of coping responses. Two measures of those beliefs are presented: the Chronic Pain Coping Inventory (CPCI) and the Survey of Pain Attitudes (SOPA). These two questionnaires and other similar measures also help to determine the baseline starting point, observe behaviour, record eventual progress and provide research data. Psychological treatment cannot eliminate the chronic pain as neither medical interventions could, but there is evidence that it can reduce it and improve functioning and mood – after all, pain is not only physiological but above all a psychological state.*

### Key words:

*coping, chronic pain, coping measures, CPCI questionnaire, SOPA questionnaire*

## SPOPRIJEMANJE

Vsaka življenjska situacija, ki jo zaznavamo in ocenimo kot stresno, izzove spoprijemanje, to je proces spoznavnih, čustvenih in vedenjskih poskusov zmanjšati, vzdržati, braniti se, obvladati, urediti notranje ali zunanje zahteve, ki morda presegajo posameznikove zmožnosti, in znova

vzpostaviti ravnotežje v interakciji oseba – okolje (1, 2). Spoprijemanje je smiselno uporabljati kot splošni nadredni pojem za osebno odzivanje na notranje in zunanje probleme, ki obsega na eni strani tako imenovane obrambne mehanizme iz psihodinamične tradicije in na drugi vedenjske in spoznavne načine odzivanja iz kognitivno-vedenjske smeri (1, 3). Temelj večine današnjih pristopov, raziskav in instrumentov je bolj fenomenološko kognitivna smer in v njenem okviru nastali transakcijski model stresa (2), po katerem je bistven subjektivni pomen ali ocena dogodka oziroma situacije za osebo glede na lastne vire in zmožnosti, na pri-

Prispelo/Received: 20. 4. 2013

Sprejeto/Accepted: 22. 10. 2013

E-naslov za dopisovanje/E-mail for correspondence: dare.

kovacic@ir-rs.si

mer ustrezne večšine spoprijemanja, in ne toliko fiziološki odziv organizma. Ocena kot transakcija med dogodkom in osebo vpliva na kakovost in stopnjo stresnega odziva ter izbor načina spoprijemanja. Dogodek najprej sproži prvo oceno, ali je pomemben ali ne. Če je pomemben, je lahko pozitiven oziroma ugoden in je tako priložnost in izziv ali pa negativen oziroma neugoden in tako pomeni grožnjo ali izgubo. Temu sledijo naslednje ocene in različni miselni, čustveni in vedenjski načini spoprijemanja. Spoprijemanje torej vključuje zaznavo stresorja, ocenjevanje stresorja in lastnih zmožnosti, čustvovanje, mišljenje in vedenje ter ponovno ocenjevanje in drugo odzivanje, kar vse je odvisno od osebnostnih lastnosti, sposobnosti, izkušenj, znanja, stališč, prepričanj in povratnih informacij.

Negativni stresorji (distresorji) s posebnim psihičnim in socialnim pomenom so dogodki, ki pomenijo velike življenjske spremembe na slabše in so razmeroma redki v življenju večine ljudi, pa tudi dogodki, ki so manj pomembni, a vsakdanji in pogosti. Med prvimi so naravne katastrofe (potresi, povodnji, požari); hujša bolezen, poškodba in/ali trajna nezmožnost; smrt, hujša bolezen, poškodba in/ali trajna nezmožnost bližnje osebe (partner, otroci, starši); kritični odnosi med zakoncema ali partnerjema (ločitev); druge velike težave doma v družini; velike spremembe v prijateljskem krogu; obremenitve na delovnem mestu (delovne in odnosne) ter ekonomske, finančne težave. Med drugimi dogodki so lahko na videz majhne sitnosti, toda ker so pogoste, skoraj vsakdanje, je njihov skupni negativni učinek velik. To so na primer izgubljeni ključ, pokvarjen računalnik, zamuda na sestanek, preštevilni opravki in časovna stiska. Kronična bolečina in tudi trajna zmanjšana zmožnost gibanja ter opravljanja vsakdanjih dejavnosti imata značilnosti obeh vrst stresorjev: pomenita veliko življenjsko spremembo na slabše in hkrati pogosto, vsakdanje občutenje vseh njenih neprijetnosti in posledičnih omejitev. Njen stresni vpliv je tako skrajne, katastrofične stopnje, zato je zelo pomembno, da je zdravljenje čimprej in vsestransko, pri čemer je treba osebno spoprijemanje podpreti in dopolniti s psihološkimi ukrepi.

Število različnih načinov ali strategij (drugi izraz naj velja za bolj izdelane, načrtne načine ali pa za njihove kategorije oziroma dimenzije) spoprijemanja je skoraj neomejeno, seveda odvisno od tega, na kakšni stopnji abstrakcije oziroma konkretnosti in specifičnosti opredelimo odzive. Navadno jih razvrstimo v manjše število možnih kategorij ali dimenzij. Največkrat so to spoznavno (kognitivno) – vedenjsko, usmerjeno na čustva – usmerjeno na problem, izogibanje – približevanje (osredotočanje, pozornost), aktivno – pasivno (1, 4). Pri prvi dimenziji je poudarek na temeljni metodi spoprijemanja, ali je bolj spoznavna, miselna, kognitivna ali je bolj prisotna v zunanjem vedenju. Pri drugi in tretji dimenziji delitev temelji na tem, kaj se kaže kot glavni cilj spoprijemanja ter kakšni sta usmerjenost in aktivnost pri odzivanju na stresor (4). Če je spoprijemanje usmerjeno na problem (1), gre za poskuse rešiti, drugače interpretirati in pristopiti k reševanju ter čim bolj zmanjšati učinke stresne situacije. Če je usmerjeno na

čustva, pa gre za spreminjanje in uravnavanje čustev, to je njihove moči, polarnosti in objekta (tudi s ponovno oceno), v čemer so blizu obrambnim mehanizmom. Podobna, toda nekoliko širša, je dimenzija približevanje ali osredotočenost, ki vključuje spoznavne in vedenjske poskuse razumeti, se miselno pripraviti in se neposredno lotiti problema; nasprotni pol tega sta izogibanje in odvrčanje od problema na drugo opravilo (nadomestno delo) in/ali osebo (iskanje družbe drugih ljudi, socialni in čustveni obvoz). Eden bolj znanih vprašalnikov splošnega spoprijemanja, uporaben tudi za bolečino, je seznam načinov spoprijemanja CRI (Coping response inventory, Moos 1993) (5). Je dober primer izbora in razvrstitve načinov spoprijemanja, in sicer v osem skupin: strategije približevanja so spoznavne (logična analiza in pozitivna ponovna ocena) in vedenjske (iskanje vodenja in podpore, neposredno reševanje problema), prav tako so tudi strategije izogibanja razdeljene na spoznavne (miselno izogibanje, sprejemanje ali predaja) in vedenjske (iskanje drugačnih nagrad, čustvena razbremenitev).

## SPOPRIJEMANJE Z BOLEČINO

Vsi (razen skrajno redkih izjem prirojene nebolečnosti) imamo izkušnjo bolečine, medtem ko kronično bolečino, ki traja dlje, kot je normalni čas celjenja rane ali zdravljenja boleznin oziroma dlje kot pol leta (6), doživljata okoli petina prebivalstva v Sloveniji (7) in podoben delež v Evropi (8). Deleži so še višji pri bolnikih z različnimi boleznimi in poškodbami v rehabilitaciji. V raziskavi psiholoških in socialnih vidikov multiple skleroze je 63 odstotkov bolnikov (od 341) poročalo o trajni zmerni ali hudi bolečini, med bolniki z okvaro hrbtenjače je bilo takih 72 odstotkov (od 162) (9), podobno (10), na splošno se pri teh delež giblje okoli 60 odstotkov (več raziskav, ki so skupaj zajele več kot 3400 oseb, po (10)). Med osebami po amputaciji spodnjega uda se odstotki tistih z bolečino v krnu, drugi nogi in hrbtu v prvem obdobju po operaciji gibljejo celo okoli 95 odstotkov, o fantomskih bolečinah pa poroča od 60 do 90 odstotkov bolnikov (11).

Na doživljanje bolečine vplivajo številni psihični in socialni dejavniki. Ta vpliv je še pomembnejši pri dolgotrajni bolečini. Tedaj so negativne situacijske, čutne, čustvene, spoznavne in vedenjske sestavine bolečine še večkrat v interakciji in se utrjujejo. Vzpostavijo se začarani krogi poslabšanega telesnega energetskega stanja, negativnega čustvovanja in nižjega splošnega funkcioniranja, ki sestavljajo pozitivne povratne zanke: bolečina jemlje energijo, aktivnost je manjša zaradi strahu pred bolečino, premalo aktivnosti in gibanja poslabša odpornost, moteno je spanje, kar dodatno znižuje energetsko raven, prihaja do depresije, tesnobe, jeze, tudi krivde, kar vse skupaj poslabša in vzdržuje bolečino ter otežuje spoprijemanje z njo. Vse to ima lahko za posledico zmanjšane zmožnosti za vsakdanje dejavnosti in delovna opravila, partnerske in družinske težave, zasvojitve z zdravili ali drogami, brezposelnost, denarne težave, upad socialnega in obnovitvenega (rekreacijskega) udejstvovanja ter splošno zmanjšanje samostojnosti (12-14).

Pomembno vlogo pri vsem tem imajo prepričanja, pričakovanja in stališča o naravi bolečine, njeni škodljivosti, možnosti nadzora in zdravljenja, ki so osebno izkustveno in kulturno pogojena ter so pogosto tako trdna, stanovitna in samoumevna, da so skoraj del osebnosti. Po kognitivno-vedenjskem pristopu (14) je spoprijemanje z bolečino dinamičen proces, v katerem prav bolnikova prepričanja in razmišljanje določajo čustvene in vedenjske odzive, zato je ugotavljanje teh prepričanj in širšega razumevanja sveta pomemben začetni del terapije. Kadar so negativna, na primer, da je bolečina uničevalna, neobvladljiva in neozdravljiva, onemogočajo razumevanje, sodelovanje in uspeh obravnave. Do skrajnosti se v povezanosti s čustvi strahu in tesnobe kažejo kot katastrofično razmišljanje, pretirano negativna usmerjenost na bolečinski dražljaj in doživljanje, ocena bolečine kot grozne in neznosne, negativna ocena lastnih sposobnosti za soočanje (nemoč, neobvladljivost), skrajno negativne misli in izjave o najslabšem mogočem izidu (»Grozno je in nikoli ne bo bolje. Tako nima smisla živeti. Vse sem preskusil in nič ne pomaga!«), vse to je povezano z depresijo, psihosocialnimi težavami, večjo jakostjo bolečine ali anatomsko nemožno kronično bolečino. Taka katastrofična naravnost v nekaterih raziskavah pojasnjuje od 7 do 31 odstotkov variance ocene bolečine (12, 13). Povezana je z višjo oceno jakosti bolečin, več bolečinskega vedenja, večjo nezmožnostjo, večjo uporabo zdravstvenih storitev, jemanjem več zdravil, daljšim časom okrevanja in rehabilitacije po operaciji in s slabšim splošnim funkcioniranjem (14, 15). Celo več, vnaprej lahko napoveduje (ob kontrolirani starosti, spolu in jakosti bolečine) zmanjšane telesne zmožnosti in depresivnost (16) ter verjetnost prehoda iz akutne bolečine v kronično (17). Vse to pomeni, da je v obravnavo bolečine treba vključiti preverjanje in neredko tudi spreminjanje prepričanj, kar je standardni del kognitivno-vedenjske terapije. Dejansko so bile spremembe takih prepričanj v več raziskavah (18, 19) povezane z zmanjšano bolečino in večjo telesno zmožnostjo.

Ali je neki način spoprijemanja funkcionalen, konstruktiven in učinkovit, je odvisno od narave bolečine, pričakovane stopnje zmanjšanja bolečine ter drugih osebnostnih lastnosti in okoliščin. Toda raziskave in klinična praksa kažejo, da so nekateri načini ali kategorije načinov oziroma strategije večkrat povezane z ublažitvijo bolečine, izboljšanimi funkcijami in boljšo psihosocialno prilagojenostjo. Pokazalo se je, da je uporaba izključno pasivnih strategij, kot so molitev, upanje in pobožne želje, povezana z višjo oceno jakosti bolečine, s stisko, depresijo, telesno prizadetostjo in slabšo psihosocialno prilagojenostjo. Nasprotno so aktivne strategije iskanja informacij in reševanja težave negativno povezane z depresijo in stopnjo telesne nezmožnosti (20, 21). Strategije izogibanja in pasivnosti, kot so mirovanje in počitek, so v prvem obdobju po poškodbi ustrezne, ker zmanjšajo bolečino, zmanjšajo tveganje poslabšanja s ponovno poškodbo in tako prispevajo k zdravljenju. Ko je prvo zdravljenje končano, so koristne le v omejeni meri, ker lahko vodijo v pasivnost, socialno izolacijo, slabše psihosocialno

funkcioniranje, večjo bolečino, zmanjšane telesne zmožnosti in nezaposlenost. Tedaj so ustreznejše aktivne strategije, najpreprostejša in najučinkovitejša je miselno in vedenjsko odvratanje pozornosti od bolečine na druge aktivnosti, teme ali dogodke, ki vključuje tehnike sproščanja, predstavljanje (vizualizacijo), nadzor procesa ocenjevanja, branje, slikanje, ustvarjanje (likovna in druga umetniška ustvarjalna terapija) in družabne aktivnosti. Strategije približevanja so učinkovitejše, če in ko pride do kroničnih bolečin, bolniki, ki jih uporabljajo, so aktivnejši, bolj družabni, manj depresivni in anksiozni. A tudi te so lahko funkcionalne (obisk zdravnika, pregledi, aktivna fizioterapija, opazovanje učinkov) ali pa tudi ne (katastrofično razmišljanje, skrbi). Kombinirane spoznavne, približevalne, aktivne in pasivne značilnosti ima strategija sprejemanja v posebnem pomenu kot zavestna izključitev kontrole nad doživljanjem, voljno zavedanje, a hkrati kolikor je mogoče polno življenjsko delovanje kljub bolečini (22) – tako spada v pojem spoprijemanja v najširšem smislu. V naštetih načinih in strategijah je veliko odvisno od najožjega socialnega kroga bolnika, socialne opore in socialnega instrumentalnega pogojevanja bolečinskega vedenja, katerega vzorci so lahko pozitivno ali negativno ojačeni s količino pozornosti, podpore, oskrbe in pomoči ali pa nesprejemanja in zavračanja.

Nekateri spoznavni in vedenjski načini spoprijemanja z bolečino glede na približevanje ali izogibanje težavam, povezanim z bolečino, zbrani iz več virov, so v tabeli 1. Merila, po katerih so razvrščeni, so bolj zvezne dimenzije kot strogo ločene kategorije; imajo tudi več ali manj čustvenih prvin ter so v različni meri spontani osebni odzivi, prav tako so v različni meri konstruktivni ali funkcionalni, odvisno od narave bolečine in konteksta (1–5, 12–16, 20–27).

**Tabela 1:** Nekateri spoznavni in vedenjski načini spoprijemanja z bolečino glede na približevanje ali izogibanje težavam, povezanim z bolečino (izbrano, dopolnjeno po 1–5, 12–15, 19–21, 23–25).

	Spoznavni	Vedenjski
Približevanje	Osredotočanje na bolečino	Instrumentalno pogojevanje
	Skrbi, katastrofično razmišljanje	Posnemanje modela
	Obtoževanje sebe	Vzdrževanje čistosti – telovadba
	Racionalizacija	Iskanje informacij, nasveta, pomoči
	Sprejemanje	Iskanje socialne/čustvene podpore
	Hrabrenje	Iskanje pozornosti
	Ponovna ocena	Iskanje drugačnih nagrad
	Humor	Čustveno izražanje – sproščanje
	Reševanje težave, načrtovanje	Povečano izražanje bolečine
Izogibanje	Molitve, upanje	Omejitev dejavnosti
	Sproščanje, meditiranje	Počitek, sprostitvev
	Odvračanje pozornosti	Branje
	Ignoriranje bolečinskih občutkov	Umetniško ustvarjanje
	Distanciranje	Prostočasne dejavnosti
	Zanikanje	Povečanje drugih dejavnosti
	Idealne želje	Zavzetost z delom
	Zmanjševanje ogroženosti	Izolacija
	Disociacija	Jemanje zdravil
Začasno zadržanje odziva	Jemanje drog	

Nekoliko drugačen, preprostejši seznam načinov kot veččin spoprijemanja podaja Ameriško združenje proti kronični bolečini (American Chronic Pain Association, ACPA) (22). Navaja jih sedem: neukvarjanje in nerazmišljanje o simptomih telesne bolečine, poudarjanje zmožnosti nasproti nezmožnostim, priznavanje lastnih občutij o bolečini in razpravljanje o njih, vaje sproščanja za olajšanje čustvene napetosti in za odvracanje pozornosti od bolečine in trpljenja, blage vsakdanje vaje raztezanja (po odobritvi zdravnika), postavljanje postopnih realnih ciljev izboljšanja in tedenska ocena doseženega ter zavedanje lastnih osnovnih pravic (postavljanje zase in pravica do zavračanja, napak ter postavljanja vprašanj). Te in druge navedene načine in strategije spoprijemanja z bolečino imamo lahko za precej splošne, saj so raznolikost, dinamika ter kontekst spoprijemanja podobni tudi pri drugih vrstah zdravstvenih težav in pri drugih življenjskih problemih.

## VPRAŠALNIKI SPOPRIJEMANJA Z BOLEČINO

### Nekateri priznani vprašalniki spoprijemanja z bolečino

Prvi vprašalniki o spoprijemanju so bili splošni in so vključevali bolečino le kot enega izmed različnih stresorjev (tak je tudi v začetku omenjeni vprašalnik Seznam načinov spoprijemanja – CRI), pozneje pa so razvili tudi posebne, usmerjene na bolečino. Bolniki s kronično bolečino imajo lahko na obeh vrstah vprašalnikov podobne rezultate, vendar se tisti, za katere je bolečina največja težava ali primarni stresor, razlikujejo od tistih, za katere je najtežji neki drug stresor (25). Če so pomembno prisotne še druge težave oziroma želimo ugotoviti posameznikov splošni slog spoprijemanja, je bolje uporabiti splošne vprašalnike. Pri obravnavi, usmerjeni na bolečino, pa je ustrezneje uporabljati posebne vprašalnike o spoprijemanju z bolečino. Take dileme v Sloveniji pravzaprav ni, žal ne zato, ker bi bila rešena, temveč preprosto zato, ker nimamo še nobenega prirejenega in standardiziranega vprašalnika s tega področja. Stanje pa je podobno tudi na drugih področjih, ki vključujejo psihološke spremenljivke in s tem jezikovno-kulturno-ekonomski kontekst majhne govorne skupnosti. Za interno rabo je preveden (z dovoljenjem založbe PAR) seznam načinov spoprijemanja CRI (Coping responses inventory, (5)), podobno je predvideno za vprašalnik seznam spoprijemanja s kronično bolečino (Chronic pain coping inventory, CPCI) (26) in pregled prepričanj o bolečini (Survey of pain attitudes, SOPA) (27), ki bosta opisana v nadaljevanju. Priznanih in uporabnih vprašalnikov spoprijemanja ali prvin spoprijemanja (zaznave, prepričanja, mesto nadzora, naravnost, pripravljenost itn.) z bolečino je sicer še nekaj (28-39).

Te ali druge mere za oceno bolečine in z njo povezanih spoznavnih, čustvenih, vedenjskih spremenljivk so psihodi-

agnostična sredstva za objektivnejše, veljavno, zanesljivo in bolj primerljivo ovrednotenje bolnika in njegovih simptomov. Služijo nam tudi za določitev izhodiščnega, začetnega stanja, spremljanje (zaželenega) napredka, motiviranje (zlasti, če pride do izboljšanja ali zaustavitve poslabšanja), omogočajo nam opazovanje bolnikovega vedenja, preverjanje in supervizijo (prim. 40), pomenijo pa tudi podatke za raziskave. Pomanjkljivosti so lahko neprimerna izbira mere oziroma vprašalnika, neustrezen prevod, priredba in odsotnosti norm, preveliko zanašanje na izide, neupoštevanje trenutnega bolnikovega stanja in nepreverjanje, kako sam bolnik vidi take postopke (na primer, da se mu zdi večina vprašanj oziroma postavk nesmiselnih oziroma neuporabnih za njegov posebni položaj). Vsekakor je najboljša razumna kombinacija izkušenj in veččin klinika, podatkov iz dokumentacije, intervjuja in opazovanja na eni strani ter rezultatov psihodiagnostičnih preizkušenj na drugi strani.

### Vprašalnik seznam načinov spoprijemanja s kronično bolečino – CPCI

Seznam načinov spoprijemanja s kronično bolečino – Chronic pain coping inventory (CPCI) (26) je vprašalnik, namenjen ugotavljanju in ocenjevanju, kako se bolniki prilagajajo bolečini. Temelji na spoznavno-vedenjskih modelih bolečine, ki kot pomembno prvino vključujejo vedenjske, čustvene in spoznavne načine spoprijemanja. Spada v skupino psiholoških instrumentov, ki poskušajo meriti sestavljene vidike doživljanja in vedenja ob kronični bolečini. Razvili so ga Jensen, Turner, Romano in Nielson, skupina štirih raziskovalcev in klinikov z Univerze Washington v Seattlu. Načrtovan je bil posebej za to, da meri prav tiste načine spoprijemanja, ki jih poskušajo spremeniti multidisciplinarni programi obravnave bolečine, zato je uporaben za sprotno spremljanje učinkovitosti terapije in hkrati pomožno orodje – vir povratnih informacij pri njej. Prva različica je izšla leta 1995, zadnja pa leta 2008.

CPCI sestavlja 70 postavk, vsebinsko preprostih trditev o vzorcih dejavnosti, vedenja ali mišljenja, za katere bolniki odgovorijo, kolikokrat v zadnjem tednu so jih uporabili, da bi vplivali na bolečino. Na voljo je torej osem možnih odgovorov, od 0 (nobenkoli v tednu) do 7 (vsak dan), na vsako izmed postavk. Te so razvrščene v devet lestvic, te pa v dve kategoriji ali področji. To sta spoprijemanje, usmerjeno na bolezen (Illness focused coping), in spoprijemanje usmerjeno na blagostanje (Wellness focused coping). V prvi so lestvice varovanje, počivanje in prošnje za pomoč, v drugi pa telovadba/raztezanje, sproščanje, vztrajanje pri nalogi, spoprijemalne samopotrditve, prilagajanje zmožnostim in iskanje socialne podpore. Poznejša factorska analiza (26) je odkrila osem glavnih faktorjev, ki se skoraj povsem skladajo z navedenimi skupinami. Kategoriji, lestvice, opisi in primeri postavk so prikazani v tabeli 2.

**Tabela 2:** Vprašalnik Seznam načinov spoprijemanja s kronično bolečino CPCI: področji, lestvice in opisi s primeri postavk (dopolnjeno po 24).

Področji	Opis	Število postavk
<b>Lestvice</b>	<b>Primeri postavk</b>	<b>70</b>
<b>Spoprijemanje, usmerjeno na bolezen</b>		<b>20</b>
Varovanje	Omejevanje uporabe ali gibanja dela telesa <i>Držal sem del telesa (npr. roko) v posebnem položaju.</i>	9
Počivanje	Ležanje, sedenje, upočasnitev, mirovanje, kadar boli <i>Ulegel sem se na kavč.</i>	7
Zaprošanje za pomoč	Zaprošanje za pomoč pri dejavnosti, kot so domača opravila, kadar boli <i>Prosil sem za pomoč pri nošenju in dvigovanju.</i>	4
<b>Spoprijemanje, usmerjeno na blagor</b>		<b>50</b>
Telovadba/ raztezanje	Vaje krepitev mišičja ali raztezanja. Raztezanje vsaj 10 s. Ena od vaj krepitev mišičja ali aerobnega urjenja <i>Delal sem vaje za krepitev mišic rok vsaj eno minuto.</i>	12
Sproščanje	Meditiranje, poslušanje glasbe <i>Izvajal sem globoko, počasno dihanje za sprostitvev.</i>	7
Vztrajanje pri nalogi	Težnja k nadaljevanju dejavnosti kljub bolečini <i>Nisem se oziral na bolečino.</i>	6
Spoprijemalne samopotrditve	Namenske pozitivne misli o težavah z bolečinami. Te misli lahko vključujejo: (a) zmorem se spoprijeti ali uravnati bolečino, (b) bolečina bo sčasoma minila, (c) kako je nekako bolje zaradi bolečine, (d) kako sem v prednosti v primerjavi z drugimi, (e) kako sem (bi lahko bil) podoben drugim, ki obvladajo svoje težave, (f) mislim na tiste, ki so mi upanje in navdih. <i>Opomnil sem se, da bi bilo lahko še slabše.</i>	11
Prilagajanje zmognostim	Primerno prilagajanje dejavnosti s počasnejšo hojo, jemanjem odmorov, umerjenim tempom <i>Opravila sem razdelil na manjše dele in tako kljub bolečini zmagel veliko narediti.</i>	6
Iskanje socialne podpore	Stik in pogovor z bližnjim neposredno ali po telefonu <i>Poklical sem prijatelja, da mi pomaga, da se bolje počutim.</i>	8

Rezultati so izraženi v surovih točkah, percentilih in T-vrednostih, skupno pa v profilu zbirov točk na posameznih lestvicah. Za spremljanje učinka obravnave so posebno koristni podatki o velikosti razlik v dobljenih T-vrednostih pred terapijo in po njej, ki so zahtevane za statistično pomembnost na različnih ravneh verjetnosti. Izvirni vprašalnik je bil standardiziran na vzorcih oseb z multiplo sklerozo, okvaro hrbtenjače, fibromialgijo in primarno kronično bolečino. Zanesljivost, preverjena z notranjo doslednostjo in stabilnostjo ponovljenega testiranja, je primerna. Prav tako je ustrezna veljavnost, preverjena z interkorelacijami lestvic, z drugimi priznanimi merami spoprijemanja, duševnega in telesnega funkcioniranja ter telesne nezmožnosti, preverjena je tudi z drugimi bolečinskimi vprašalniki in primerjavo rezultata pred terapijo in po njej. V raziskavi Jensena in sodelavcev (2001 v (26)) je 141 bolnikov sodelovalo v ambulantnem multidisciplinarnem programu in štirikrat izpolnilo CPCI pred programom, takoj po njem, pol leta in leto po izvede-

nem programu. Na vseh lestvicah je prišlo do sprememb s povečanjem v kategoriji spoprijemanja, usmerjenega na blagostanje, in zmanjšanjem v kategoriji spoprijemanje, usmerjeno na bolezen.

### Vprašalnik Pregled prepričanj o bolečini – SOPA

V zadnjih dvajsetih letih je torej veliko raziskav pokazalo, da so različne kognicije – razmišljanja, predstave, prepričanja, stališča, pričakovanja, ocene – o zdravju in boleznih tesno povezane z bolnikovim spoprijemanjem in odzivom na obravnavo kronične bolečine. Veljavne in zanesljive mere so zato teoretično in klinično pomembne. Avtorja Jensen (ki je tudi prvi avtor vprašalnika CPCI) in Karoly sta nameravala izdelati pripomoček za oceno tistih miselnih naravnosti, ki so najbolj povezane z izidom kognitivno-vedenjske obrav-

nave bolečine (27). Obsega 57 postavk, preprostih trditev, za katere bolniki na petih stopnjah označijo, v kolikšni meri veljajo oziroma ne veljajo zanje. Te postavke sestavljajo sedem lestvic v dveh kategorijah ali področjih: prilagojena, aktivna, pozitivna prepričanja in neprilagojena, pasivna, negativna prepričanja. Prva kategorija obsega lestvici nadzora in čustev, druga pa lestvice nezmožnost, škoda, zdravila, skrb drugih in ozdravitev v okviru medicine. Vse to je prikazano v tabeli 3.

Rezultati so izraženi tako kot pri CPCI v profilu zbirov točk na posameznih lestvicah, sicer pa v surovih točkah, percentilih in T-vrednostih. Za spremljanje učinka obravnave so posebno koristni podatki o statistični pomembnosti razlik v dobljenih T-vrednostih pred terapijo in po njej. Vprašalnik je bil standardiziran na vzorcih oseb z multiplo sklerozo, okvaro hrbtenjače in kronično bolečino. Zanesljivost, preverjena z notranjo doslednostjo in stabilnostjo ponovljenega testiranja, je primerna. Prav tako je ustrezna veljavnost, ki je preverjena z interkorelacijami lestvic, in kot konstruktna veljavnost z drugimi priznanimi merami duševnega in telesnega funkcioniranja, telesne nezmožnosti in uporabe zdravstvenih storitev. V isti raziskavi Jensena in sodelavcev (2001, v (27)), kot je omenjena v opisu CPCI, so bolniki sodelovali v ambulantnem multidisciplinarnem programu in štirikrat izpolnili tudi vprašalnik SOPA pred programom, takoj po njem, pol leta in leto po izvedenem

programu. Na vseh sedmih lestvicah je prišlo do sprememb s povečanjem v kategoriji prilagojena aktivna prepričanja in z zmanjšanjem v kategoriji neprilagojena pasivna prepričanja. Zmanjšanja na lestvicah nezmožnost in škoda ter povečanja na lestvici nadzora so bila povezana z drugimi izboljšanja na spremenljivkah depresija, jakost bolečine in samoocenjena telesna nezmožnost.

### Uporaba vprašalnikov SOPA in CPCI

Vprašalnika SOPA in CPCI je vsekakor smiselno uporabiti pri zahtevnejših primerih. Po pregledu zdravstvene dokumentacije in splošnem psihodiagnostičnem intervjuju, usmerjenem tudi na prvo oceno bolečine, so v naslednjem koraku na vrsti splošne (če je potrebno) in posebne psihološke mere bolečine in spoprijemanja. Smiselno je uporabiti približno tak vrstni red ocenjevanja različnih vidikov bolečine in tako dopolniti podatke iz prejšnjih virov: 1) neposredne doživljajske, čutne značilnosti – jakost, kraj (del telesa), časovna obeležja (trajanje, pogostost, prekinitve, potek, nihanja), kakovost (ostra, topa, pekoča, trgajoča, zbadajoča, vroča itn.) – s pomočjo vidno-analognih, številskih (0–10, 0–100) besednih ali slikovnih, obraznih lestvic; 2) povezave z drugimi stanji in dogodki, na primer, kako vpliva na bolnikovo opravljanje različnih dejavnosti, na razpoloženje in odnose; 3) prepričanja, stališča, pričakovanja, na primer, ali bolnik

**Tabela 3:** Pregled prepričanj o bolečini – SOPA: Področji, lestvice in opisi s primeri postavk (dopolnjeno po 25).

Področji	Opis	Število postavk
<b>Lestvice</b>	<b>Primeri postavk</b>	<b>57</b>
<b>Prilagojena aktivna prepričanja</b>		
Nadzor	V kolikšni meri bolnik verjame, da lahko nadzira bolečino  <i>Včasih lahko vplivam na to, koliko me boli.</i>	10
Čustva	V kolikšni meri bolnik verjame, da čustva vplivajo na doživljanje bolečine  <i>Patrtost poveča mojo bolečino.</i>	8
<b>Neprilagojena pasivna prepričanja</b>		
Zmanjšana zmožnost	V kolikšni meri bolnik verjame, da ga bolečina onespoblja  <i>Če bo bolečina tako močna, kot je zdaj, ne bom več mogel delati.</i>	10
Škoda	V kolikšni meri bolnik verjame, da bolečina kaže, da si škoduje in da se mora izogibati vadbi.  <i>Bolečina je znak, da se dela škoda.</i>	8
Zdravila (protibolečinske učinkovine)	V kolikšni meri bolnik verjame, da so zdravila primerna terapija za kronično bolečino.  <i>Verjetno bom moral vedno jemati protibolečinske tablete.</i>	6
Skrb drugih	V kolikšni meri bolnik verjame, da morajo biti drugi, zlasti družinski člani, zaskrbljeni zaradi bolečin, ki jih doživlja.  <i>Pričakujem, da se bodo do mene vedli skrbno in pozorno.</i>	6
Ozdravitev v okviru medicine	V kolikšni meri bolnik verjame, da ga bodo zdravniki (in zdravstvo) pozdravili, in odgovornost za to pripisuje njim, ne sebi  <i>Naloga zdravnika je, da najde učinkovito terapijo.</i>	9

meni, da ima kaj nadzora nad bolečino ali kaj meni, da je vzrok bolečine – vprašalnik SOPA; 4) načini odzivanja in spoprijemanja, predvsem, kaj (lahko) bolnik naredi, da zmanjša bolečino – vprašalnik CPCI. Temu sledijo sklepna ocena bolečine, delovna diagnoza bolnika, razlaga možnih ukrepov in po klinični presoji pretežno terapevtski del obravnave.

## ZAKLJUČEK

Osebnostno spontano spoprijemanje z bolečino ali s katerim koli stresnim stanjem, posebno, ko gre za pomembno zmanjšanje telesnih in duševnih zmoglosti, ima izhodiščno in pravzaprav osrednje mesto v rehabilitaciji. Psihoterapevtski in rehabilitacijski ukrepi poskušajo nekonstruktivne načine spoprijemanja preusmeriti in spremeniti, bolj konstruktivne pa podpreti, dopolniti in razširiti z novimi v okviru multidisciplinarnih obravnave – to je morda najbolj vidno ravno pri vedenjskih in kognitivnih tehnikah – v bolj sistematično, trajno in učinkovito reševanje težav. Zato so nam različne mere v obliki samoocenjevalnih vprašalnikov, ki s primerno objektivnostjo, veljavnostjo in zanesljivostjo merijo težko dostopne vidike doživljanja (in vedenja), v veliko pomoč pri diagnostiki in terapiji. Večinoma so na voljo v klasični obliki izvedbe »papir in svinčnik« med obravnavo, kar ima svoje prednosti, pa tudi pomanjkljivosti. Eni izmed pomanjkljivosti, vprašljivi veljavnosti ocen za nazaj, se da izogniti z izpolnjevanjem dnevnika bolečin. To je mogoče z elektronsko tehnologijo na daljavo, na primer z dlančnimi računalniki ali prenosnimi telefoni, v katere lahko bolniki dnevno vpisujejo te podatke, kar bolje ustreza dinamični naravi bolečinskih težav (prim. 41). Je pa pri tem in tudi pri uveljavljenih dnevnikih bolečine pomanjkljivost bolnikova prevelika vsakdanja, tako rekoč predpisana, usmeritev na bolečino. Taka obravnava bi morala biti na daljavo (e- ali telerehabilitacija) združena z rednim neposrednim terapevtskim spremljanjem.

Vedenjsko-kognitivna in sploh psihološka terapija ne more neposredno odpraviti kronične bolečine, kot je pred tem niso mogli odpraviti medicinski ukrepi, veliko pa je dokazov, da jo lahko zmanjša, prav tako zmanjša bolečinsko vedenje in telesno nezmožnost, izboljša splošno funkcioniranje in razpoloženje (42), je torej učinkovita in smiselna. To pa je še en vzrok več, da je (kronična) bolečina utemeljeno pojmovana in razumljena ne le kot nevrofiziološko, temveč predvsem kot psihološko stanje.

## Literatura:

1. Parker JDA, Endler NS. Coping and defence: a historical overview. V: Zeidner M, Endler NS, eds. Handbook of coping. New York: Wiley; 1996. p. 3–23.
2. Lazarus R, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
3. Lamovec T. Načini spoprijemanja s stresom. *Anthropos* 1990; 22: 217–230.
4. Holahan CJ, Moos RH, Schaefer JA. Coping, stress, resistance and growth: conceptualizing adaptive functioning. V: Zeidner M, Endler NS, eds. Handbook of coping. New York: Wiley; 1996. p. 24–43.
5. Moos R. Coping responses inventory – CRI: professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1993.
6. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association; 1994, 2000.
7. Krčevski-Skvarč N. Kronična bolečina – bolezen. V: Kernik J, ed. Kronična bolečina, hiperlipidemije, menopauza, hipertenzija, podporno zdravljenje rakavih bolnikov, erektilne motnje. 7. Fajdigovi dnevi: zbornik predavanj, Ljubljana, 14. – 15. 10. 2005. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005: 3–5.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
9. Kovačič D. Psihološki in socialni vidiki multiple skleroze in okvare hrbtenjače (neobjavljena raziskava).
10. Kovačič D. Psihološki vidik bolečine v rehabilitaciji. V: Shmerz und Inkontinenz. Wien: Allgemeine Unfallversicherunganstalt; 2000. p. 58–62.
11. Rybarczyk B, Behel J, Szymanski L. Limb amputation. V: Frank RG, Rosenthal M, Caplan B. Handbook of rehabilitation psychology. Washington: American Psychological Association; 2010. p. 29–42.
12. Geisser ME, Robinson ME, Keefe FJ, Weiner ML. Catastrophizing, depression and the sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain. *Pain* 1994; 59: 79–83.
13. Sullivan MJL. PCS: the pain catastrophizing scale. Montreal: McGill University; 2009. Dostopno na [http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSManual\\_English.pdf](http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSManual_English.pdf)
14. Boothby JL, Thorn BE, Strud MW, Jensen MP. Coping with pain. V: Turk DC, Melzack R, eds. Handbook of pain assessment. New York: Guilford Press; 2001. p. 343–65.
15. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 2004; 5: 195–211.

16. Turner JA, Jensen MP, Romano JM. Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 2000; 85: 115–25.
17. Young C, Greenberg MA, Nicassio PM, Harpin RE, Hubbard D. Transition from acute to chronic pain and disability: a model including cognitive, affective, and trauma factors. *Pain* 2008; 134: 69–79.
18. Turner JA, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2007; 127: 276–86.
19. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain* 2002; 97: 23–31.
20. Robinson ME, O'Brien EM. Chronic pain. V: Frank RG, Rosenthal M, Caplan B. *Handbook of rehabilitation psychology*. Washington: American Psychological Association; 2010: 119–32.
21. Gatchel RJ, Turk DC. *Psychosocial factors in pain: critical perspectives*. New York: Guilford Press; 1999.
22. McCracken L. Contemporary contextual psychological approaches to assessment and treatment of chronic pain. *Rehabilitacija* 2006; 5: 27–30.
23. Symonds T. Pain: psychological aspects. V: Pitts M, Phillips K, eds. *The psychology of health: an introduction*. London: Routledge; 1998. p. 109–27.
24. Coping skills. Rocklin: American Chronic Pain Association. Dostopno na <http://www.theacpa.org/22/CopingSkills.aspx>
25. Katz J, Ritvo P, Irvine MJ, Jackson M. Coping with chronic pain. V: Zeidner M, Endler NS. *Handbook of coping*. New York: Wiley; 1996: 252–78.
26. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Nielson WR. CPCI: chronic pain coping inventory: professional manual. Lutz: PAR Psychological Assessment Resources; 2008.
27. Jensen MP, Karoly P. SOPA: survey of pain attitudes: professional manual. Lutz: PAR Psychological Assessment Resources; 2007.
28. Schwartz DP, DeGood DE, Shetty MS. Direct assessment of beliefs and attitudes of chronic pain patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 806–9.
29. Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain* 1987; 31: 53–64.
30. Riley JF, Ahern DK, Follick MJ. Chronic pain and functional impairment. *Arch Phys Med Rehabil* 1988; 69: 579–82.
31. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain* 1989; 36: 351–8.
32. Flor H, Behle DJ, Birbaumer N. Assessment of pain-related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther* 1993; 31: 63–73.
33. Wallston KA, Stein MJ, Smith CA. Form C of the MHLC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J Pers Assess* 1994; 63: 534–53.
34. Wallston KA. *Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales*. Nashville: Vanderbilt University School of Nursing; 2007. Dostopno na <http://www.nursing.vanderbilt.edu/faculty/kwallston/mhlcscscales.htm>
35. Crisson JE, Keefe FJ. The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain* 1988; 35: 147–54.
36. Reid GJ, Gilbert CA, McGrath PJ. The Pain Coping Questionnaire: preliminary validation. *Pain* 1998; 76: 83–96.
37. Ruhlman LS, Karoly P, Newton C, Aiken LS. The development and preliminary validation of the Profile of Chronic Pain: Extended Assessment Battery. *Pain* 2005; 118: 380–9.
38. Sandborgh M, Lindberg P, Denison E. The Pain Belief Screening Instrument (PBSI): predictive validity for disability status in persistent musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil* 2008; 30: 1123–30.
39. Nielson WR, Jensen MP, Ehde DM, Kerns RD, Molton IR. Further development of the multidimensional pain readiness to change questionnaire: the MPRCQ2. *Pain* 2008; 9: 552–65.
40. McDonald H. Cognitive-behavioural psychotherapy for chronic pain. Workshop, Ljubljana, 5. – 6. 4. 2013.
41. Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM. Coping with pain. *Pain clinical updates* 2009; 17 (5). Dostopno na <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&SECTION=HOME&CONTENTID=15082>
42. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1–13.