

TEORETIČNA PODLAGA DOLOČANJA CILJEV V REHABILITACIJI *THEORETICAL FOUNDATION OF REHABILITATION GOAL SETTING*

Nika Bolle, univ. dipl. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Izhodišča:

Če hoče biti rehabilitacijska medicina konkurenčna ostalim klinično-znanstvenim disciplinam, morajo biti cilji, ki se določajo v klinični praksi, osnovani na veljavni teoretični podlagi. Cilji so v praksi pogosto določeni na osnovi dosedanje prakse in ne teorije. V članku predstavljamo jasno strokovno terminologijo postavljanja ciljev v rehabilitaciji ter navajamo več veljavnih psiholoških teorij, ki so pri postavljanju ciljev uporabne transdisciplinarno. Namen članka je predstaviti proces postavljanja ciljev preko primera teoretične podlage klinično-psihološke obravnave pacientov s kronično nerakavo bolečino znotraj interdisciplinarnega programa.

Metoda:

V podatkovni bazi EBSCO smo s ključnimi besedami »chronic pain« AND »goal setting« AND (»clinical psychology« OR »CBT or cognitive-behavioral therapy«) iskali članke, ki se nanašajo na teoretično podlago postavljanja ciljev pri obravnavi pacientov s kronično nerakavo bolečino v okviru klinične psihologije.

Rezultati:

V podatkovni bazi smo našli le dva članka, ki opredeljujeta proces opredelitve teoretične podlage postavljanja ciljev pri obravnavi pacientov s kronično nerakavo bolečino v okviru klinične psihologije. Iskanje smo zato naknadno razširili tudi na literaturo, ki teoretično podlago določanja ciljev pri tovrstni obravnavi obravnava bolj implicitno. Paradigmatski model klinično-psihološke obravnave pacientov s kronično nerakavo bolečino je biopsihosocialni model kronične bolečine; v okviru klinično-psihološke obravnave pa je ustrezna uporaba psihoterapevtske modalitete vedenjsko-kognitivne terapije. V interdisciplinarnem okolju pa je bolj smiselna uporaba za kronično bolečino prirejenega in bolj sofisticiranega modela

Abstract

Background:

If rehabilitation medicine is to parallel other clinical scientific disciplines, goal setting in rehabilitation must be grounded in theory. In clinical rehabilitation practice, goals are often set based on previous practice rather than theory. We present clear professional terminology in rehabilitation goal setting and list several valid psychological theories that can be used in a transdisciplinary way. The aim of the article is to present rehabilitation goal setting through an example of theoretical basis for clinical psychological counselling with chronic non-cancerous pain patients in an interdisciplinary programme.

Method:

We searched the EBSCO database using the keywords »chronic pain« AND »goal setting« AND (»clinical psychology« OR »cognitive-behavioral therapy«) for journal articles explicitly naming goal setting and its theoretical underpinnings for chronic pain treatment in the field of clinical psychology.

Results:

The EBSCO database search returned two journal articles explicating the theoretical basis for chronic non-cancerous pain treatment in the field of clinical psychology. Because of this scarcity of literature, we broadened our search post hoc, searching for literature that only implicitly addresses our topic of interest. The biopsychosocial model of chronic pain is paradigmatic in clinical psychology and is tied to cognitive-behavioural therapy. However, in an interdisciplinary environment it is recommended to use the more sophisticated pain model of stress-appraisal-coping. At the University Rehabilitation Institute in Ljubljana, we are using this model to shape a cognitive-behavioural therapy programme for patients with chronic non-cancerous pain and its goals.

kronične bolečine stres-ocena-spoprijemanje. Na URI – Soča smo s pomočjo tega modela priredili program vedenjsko-kognitivne terapije za kronično nerakavo bolečino z določenimi cilji, ki so vezani na veljavne teorije.

Zaključki:

Raziskovanje na področju teoretske podlage določanja ciljev znotraj klinično-psihološke obravnave pacientov s kronično nerakavo bolečino v interdisciplinarnem okolju je razmeroma nerazvito. Klinično delo, ki je informirano z veljavnim teoretskim ozadjem, lahko stoji na trdnih temeljih, na podlagi katerih lahko zdravstveni (so)delavec in pacient gradita operativno, smiselno in predvsem učinkovito rehabilitacijo.

Ključne besede:

rehabilitacija; cilji rehabilitacije; kronična bolečina; klinična psihologija; kognitivno-vedenjska terapija

Conclusions:

Research on the theoretical basis for goal setting in chronic pain treatment in the field of clinical psychology is relatively undeveloped. Clinical practice, informed by a valid theoretical background, is a sound basis for the health professionals and the patient to build a tangible, sensible and efficient rehabilitation program.

Key words:

rehabilitation; rehabilitation goals, chronic pain; clinical psychology; cognitive behavioural therapy

IZHODIŠČA

Angleži uporabljajo besedno frazo »cart before the wheel«, ki bi jo v slovenščino lahko prevedli kot »kočija pred konjem«. Fraza odraža nemogoč odnos oziroma odnos, ki poteka v neustreznem vrstnem redu. Je analogija za lotevanje zadev na napačnem koncu. Tako kot si težko predstavljamo, da bi kočija vlekla konja, tako tudi v rehabilitaciji klinična praksa ne more biti pred teorijo, temveč je lahko le obratno. Določanje ciljev v rehabilitaciji naj bi torej izhajalo iz teoretične podlage. Vendar Levack in Siegert (1) sporočata, da je »cesar pravzaprav nag«. Ta literarna metafora sporoča, da zdravstveni (so)delavci pogosto slepo verjamejo v ustaljene in navidezno samoumevne klinične prakse, saj bi nasprotno delovanje pomenilo upor proti nečemu, kar večina sprejema kot resnično in ustrezno. Kljub temu, da je v interdisciplinarnih timih postavljanje rehabilitacijskih ciljev ustaljena in samoumevna praksa, pa so ti cilji pogosto postavljeni brez teoretičnih temeljev, ugotavljata avtorja (po poklicu klinični nevropsiholog in fizioterapevt). Če želi biti rehabilitacija konkurenčna drugim klinično-znanstvenim disciplinam, mora imeti jasno teoretično podlago in rigorozno, z dokazi podprto prakso. Le tako lahko govorimo o disciplini, ki je znanstveno utemeljena.

Začetki moderne rehabilitacije segajo v začetke 20. stoletja, ko se je pojavila potreba po oskrbi poškodovanih vojni veterani, delavcev in otrok z razvojnimi motnjami (2). A pregled zgodovine kaže, da postavljanje ciljev v znanstvenih virih več desetletij še ni bilo relativno prepoznano kot vredno raziskovanja. Zdi se, kot da je kočija v tistih časih vlekla konja. Ob koncu 60-ih let prejšnjega stoletja so se v znanstveni literaturi o rehabilitaciji šele začeli pojavljati viri na temo procesa postavljanja ciljev, tema pa je razcvet začela doživljati v 80-ih letih prejšnjega stoletja (1). Eden prvih pomembnejših virov s tega področja je bil Kiresukova in

Shermanova (3) lestvica postavljanja ciljev (*angl.* goal attainment scaling – GAS), ki se je sprva uporabljala na področju ocenjevanja zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja. V 70-ih prejšnjega stoletja so se začeli pojavljati koncept vključevanja pacientov v postavljanje ciljev v rehabilitaciji, kar naj bi izboljšalo sodelovanje pacientov (4) in prve randomizirane kontrolirane raziskave s tega področja, ki so podpirale tovrstno zastavljeno prakso postavljanja ciljev (5, 6). Zdravstveni (so)delavci se danes lahko odločajo med številnimi pristopi k postavljanju ciljev. Poleg že omenjenega pristopa GAS so med najpogostejšimi: Kanadski test za oceno izvedbe dejavnosti (Canadian Occupational Performance Measure – COPM), SMART načrtovanje ciljev, RUMBA načrtovanje ciljev, Samo-prepoznano ocenjevanje ciljev (Self-identified goal assessment – SIGA), Trening ciljnega managementa (Goal management training – GMT), Rivermeadov vprašalnik življenjskih ciljev (The Rivermead life goals questionnaire – RLGQ), Pristop k načrtovanju ciljev nevrorehabilitacijskega centra Wolfson (Approaches to goal planning from the Wolfson Neurorehabilitation Centre), Pogodbeno organizirano postavljanje ciljev (Contractually organized goals), Sodelovalna ciljna tehnologija (Collaborative goal technology), Progresivni program doseganja ciljev (Progressive Goal Attainment Programme), Na pacienta usmerjeno načrtovanje funkcijskih ciljev (Patient-centred functional goal planning) in drugi (pregled in viri v 1).

V sodobnejši literaturi se pojavlja več trendov postavljanja ciljev v rehabilitaciji. Prepoznava se, da je postavljanje ciljev odvisno od kliničnega okolja, v katerem se odvija (7). Pacientovo sodelovanje pri postavljanju ciljev je pogosto idealizirana želja zdravstvenih (so)delavcev in ga ni mogoče implementirati zaradi kompleksnih organizacijskih in socioloških razlogov (8). Za namen aktualnega članka pa je pomemben predvsem trend povečanega zanimanja za postavljanje ciljev v rehabilitaciji, ki sloni na teoriji (9).

Eden od izzivov v rehabilitaciji je pomanjkanje konsistentnega in splošno sprejetega izrazoslovja (10). Ker na področju rehabilitacije delujejo strokovnjaki različnih znanstvenih disciplin, v okviru katerih ima že beseda »cilj« lahko različen pomen, je koristno poenotenje strokovnih izrazov, kadar jih uporabljamo v kontekstu rehabilitacijskih ciljev. Ključni termini so za potrebe Cochranove pregledne študije (11) opredeljeni sledeče:

- **Rehabilitacijski cilj:** »Željeno stanje v prihodnosti, ki ga bo dosegla oseba z oviranostjo kot rezultat rehabilitacijskih aktivnosti. Rehabilitacijski cilji so aktivno izbrani, namerno ustvarjeni, imajo namen in si jih (če je le mogoče) delijo ljudje, ki sodelujejo v aktivnostih in ukrepih, ki so zastavljeni z namenom naslavljanja posledic pridobljene oviranosti.«
- **Postavljanje ciljev ali načrtovanje ciljev:** »Vzpostavitev rehabilitacijskih ciljev ali pogajanje o njih.«
- **Sledenje ciljem:** »Aktivnosti, ki sledijo izboru rehabilitacijskih ciljev in se izvajajo z namenom povečanja stopnje doseganja ciljev ali za maksimiziranje verjetnosti osebe, da doseže določen rehabilitacijski cilj. Te aktivnosti vsebujejo (a niso omejene le na to): razvoj načrta ali strategije, kako doseči rehabilitacijske cilje, posredovanje eksplicitne povratne informacije (ustne ali pisne) o napredovanju osebe proti rehabilitacijskemu cilju in uporaba strategij za vzdrževanje ali povečevanje zavezanosti postavljenim ciljem (kot so npr. pogovorna skupina s pacientov na temo napredovanja k individualnim rehabilitacijskim ciljem, uporaba plakatov ali elektronskih naprav, ki paciente spodbujajo k njihovim ciljem).«

Postavljanje ciljev je dejavnost, ki naj bi sledila kliničnemu ocenjevanju pacienta (npr. zdravstvenega statusa, funkcionalnih zmogljivosti in omejitev, tudi psiholoških) ter informacijam o njegovem življenjskem kontekstu (kje in kako živi, kje in kako dela, kakšni so njegovi interesi, pričakovanja in motivacija). S temi informacijami zdravstveni (so)delavci pridobijo pomembne informacije o tem, kakšne zdravstvene izide je možno pričakovati in se s pacientom pogovorijo, kakšen način obravnave bi bil zanj smiseln.

Vsi rehabilitacijski cilji bi morali vsebovati informacije o tem, kdo bo cilj dosegel, kaj bo naredil za to, pod kakšnimi pogoji, kako dobro in do kdaj (12). »Kdo« naj bi bil vedno pacient. Rehabilitacijski cilj torej nikoli ni naloga, ki jo opravlja zdravstveni (so)delavec, temveč stanje, ki ga bo pacient s pomočjo zdravstvenega (so)delavca dosegel. Rehabilitacijski cilji so interdisciplinarni, saj so relevantni za delo vseh sodelavcev rehabilitacijskega tima (1).

Enotna teorija rehabilitacije ne obstaja in tudi ni pričakovati, da bi jo bilo mogoče razviti (13). Zato je pomembno, da razumemo teoretične vidike fenomenov, ki jih kot zdravstveni (so)delavci v rehabilitaciji srečujemo. To pa ne pomeni, da je določanje ciljev koncept, ki je zlahka transdisciplinaren. Ena od posledic dolgotrajnega zanemarjanja raziskovanja teoretične podlage določanja rehabilitacijskih ciljev je tudi dejstvo, da so se v rehabilitaciji pogosto uporabljali koncepti določanja ciljev, ki so izhajali iz drugih, ne-kliničnih disciplin. Ena od najpopularnejših teorij za določanje ciljev v rehabilitaciji je bila Locke in Lathamova

teorija določanja ciljev (angl. goal setting theory – GST) (14). Glede na količino raziskav, ki podpirajo veljavnost te teorije, to ni presenetljivo, a dejstvo je, da sta avtorja psihologa s področja industrijske-organizacijske psihologije in da je bila teorija osnovana z namenom izboljšanja učinkovitosti delovnega procesa pri zaposlenih, kjer cilje navadno narekuje organizacija, ne zaposleni. Locke in Latham sta predlagala, da so zaposleni najbolj učinkoviti, ko se jim postavi specifične in zahtevne cilje – to pa je cilj, ki je primernejši za neklinično populacijo in je v konfliktu z rehabilitacijsko prakso, da naj bodo pacientovi cilji predvsem dosegljivi (15, 16).

Sledi pregled nekaterih psiholoških teorij, ki so veljavne pri določanju ciljev v rehabilitaciji za specifične populacije pacientov:

- **Model nadzora aktivnosti** (angl. Model of action control): Norman in Shallice (17) sta model razvila z namenom pojasnjevanja vedenja pacientov z okvarami čelnega možganskega režnja. Model pojasnjuje, da možgani informacije procesirajo hierarhično in dajejo prednost avtomatiziranim vedenjem pred hotenim vedenjem. Če je vožnja domov rutinsko, avtomatizirano vedenje, bodo možgani s poškodbo prefrontalnega režnja dali prednost temu vedenju pred nalogo iti na poti domov še v trgovino in kupiti hrano (kar za našega pacienta ni avtomatizirano vedenje, temveč potrebuje načrtovanje in organizacijo aktivnosti). Tak pacient se bo torej uspešno pripeljal domov, vendar praznih rok. Trening upravljanja s cilji (angl. Goal management training - GMT) je ukrep (18), razvit za paciente z nezgodno možgansko poškodbo predvsem čelnega režnja in se teoretično navezuje na model nadzora aktivnosti, lahko pa jo povežemo tudi s konceptom čuječnosti (angl. Mindfulness) (19). Ključen obema teorijama je namreč razvoj metakognitivnega zavedanja preko procesa opazovanja lastnih misli z drugačne perspektive. Tovrstna, s teorijo močno podprta ukrepa, lahko tudi združena s čuječnostno meditacijo, sta učinkovita pri pacientih z oškodovanimi izvršilnimi funkcijami, predvsem pri načrtovanju, organiziranju in izvrševanju aktivnosti (20).
- **Teorija samo-regulacije** (angl. Self-Regulation Theory): Koncept samo-regulacije avtorjev Carverja in Scheierja (21) ni povsem enoznačen koncept; samo-regulacijo se definira tudi kot samo-odločenost, samo-kontrola, samo-obravnava in samo-usmerjanje (22). Interes za teorijo samo-regulacije v rehabilitaciji izhaja tudi iz potrebe zdravstvenega sistema po skrajševanju obravnave, čimprejšnjega osamosvajanja pacientov in manjše uporabe zdravstvenih storitev v prihodnje (23). Samo-regulacija je eksplicitno povezana z določanjem ciljev. Predpostavke te teorije so naslednje (24): da je človeško vedenje ciljno usmerjeno; da si ljudje vedno prizadevajo napredovati k več ciljem hkrati; tako napredek k ciljem kot odmik od njih ima posledice v pacientovem čustvovanju; doseganje ciljev, motivacija in čustvovanje so med seboj vzajemno povezani; uspeh pri doseganju pomembnih osebnih ciljev je močno odvisen od pacientove zmožnosti reguliranja lastnih misli, čustev in vedenja. Carver in Scheier (25) pri tem poudarjata, da je zdravo vedenje tudi vedeti, kdaj je treba nek cilj opustiti, ker ni dosegljiv ali pa ker so sredstva za

dosego cilja preveč potratna. Tako pri samo-regulaciji kot odrekanju nekaterim ciljem je v rehabilitaciji pomembna vloga zdravstvenih (so)delavcev in svojcev. Teorija samo-regulacije se primarno ukvarja s tem, *kako* se ljudje lotevajo ciljev, manj pa s tem, *kako* se odločijo, *kateri* cilji so zanje pomembni in *zakaj* nekatere cilje izberejo pred drugimi.

- **Teorija samo-učinkovitosti** (*angl.* Self-efficacy theory): samo-učinkovitost je ključni del Bandurove socialno kognitivne teorije (26). Pomeni prepričanost v svojo zmožnost opraviti določeno nalogo, doseči postavljeni cilj in prepričanje v posedovanje zmožnosti, da lahko premagamo vse izzive, ki nam pri tem pridejo naproti. Samo-učinkovitost je ena najpogostejše uporabljenih teorij v rehabilitacijskem raziskovanju, še posebej na področju določanja ciljev (9); eden od razlogov je, da lahko koncept samo-učinkovitosti razumemo kot ključnega za ugodnejše zdravstvene izide preko izboljševanja motivacije za določanje in doseganje ciljev ter povečevanje odpornosti na prepreke, ki se na poti pojavljajo. Še posebej aktualna je ta teorija na področju rehabilitacije kroničnih bolezni (27, 28). Bandura meni, da smo ljudje bitja, ki delujemo zavestno in namerno ter tako oblikujemo svoje življenje. Trdi, da je »*zmožnost nadzorovati svojo naravo ter kakovost svojega življenja ključna sestavina človeškosti.*« (26). Informacije, ki jih ljudje uporabljajo, da presojujejo in kalibrirajo svojo samo-učinkovitost, prihajajo iz štirih virov:

1. **Izkušnja mojstrstva:** neposredna izkušnja aktivnosti in samo-zaznani uspeh ali neuspeh v tej aktivnosti. Zaznani uspehi samo-učinkovitost zvišujejo, zaznani neuspehi pa znižujejo.
2. **Namestniška izkušnja:** opazovanje uspešnih ali neuspešnih aktivnosti drugih ljudi in socialno posnemanje specifičnih vedenj.
3. **Besedno prepričevanje:** neposredno spodbujanje s strani drugih, npr. vrstnikov, svojcev ali zdravstvenih (so)delavcev.
4. **Fiziološka povratna informacija:** interpretacija fizičnih in čustvenih občutkov, kot je npr. povišan srčni utrip, utrujenost ali povečanje tesnobe.

Primer uporabe teorije samo-učinkovitosti je npr. pacient, ki okreva po srčnem infarktu in je njegov občutek samo-učinkovitosti vezan na nadaljevanje s fizično aktivnostjo (29). Rehabilitacijski proces bo najprej najverjetneje vseboval previdno stopnjevano aktivnost na tekalni stezi, da bo pacient imel neposredno izkušnjo fizičnega napora v kontroliranem okolju (izkušnja mojstrstva). Pacient bo sčasoma spoznal tudi druge paciente, ki okrevajo po podobnem dogodku ali pa so se že rehabilitirali in jih bo lahko posnemal (namestniška izkušnja). Zdravniki in medicinske sestre ga bodo pri okrevanju spodbujali, dodatno pa se bo informiral še preko zloženek o življenju po srčnem infarktu in preko internetnih virov (besedno prepričevanje). Pacient si bo tudi interpretiral fiziološke znake: če bo zadihanost interpretiral kot odpoved srca, se bo njegova samo-učinkovitost zmanjšala, če pa jo bo razumel kot vlaganje ustrezne ravni napora v svoje fizično okrevanje, se bo samo-učinkovitost povečala.

Vse navedene teorije pravzaprav zanemarjajo vidik razumevanja ciljev, ki v psihologiji celo prevladuje. Austin in Vancouver (30) cilj definirata kot notranjo reprezentacijo zelenega stanja – drugače povedano, cilj je najprej in predvsem kognitivni in psihološki

fenomen in ne nekaj, kar je dogovorjeno med pacientom in zdravstvenim (so)delavcem, kar je pravzaprav interpretacija cilja v rehabilitaciji. Zagotovo je vsak zdravstveni (so)delavec že imel več pacientov, katerih vedenje je spodkopavalo cilje, za katere so se besedno sicer dogovorili in se z njimi strinjali, kar kaže na to, da implicitni – neizgovorjeni in marsikdaj nezavedni – cilji niso zanemarljivi; o tem priča vedno več raziskav (31). Npr. pacient, ki zase ne poskrbi dobro, čeprav ocenjujemo, da pri tem ni oviran, ima morda implicitni cilj, da zanj skrbijo drugi. Tega cilja seveda ne želi razkriti ali pa se ga niti ne zaveda. Zato je v rehabilitaciji nujno vključevanje kliničnega psihologa, ki ima edini kompetence za oceno osebnostne strukture in čustvovanja, ki so pomembni dejavniki vedenja pacientov med rehabilitacijo in po njej.

Če želimo, da je konj tisti, ki vleče kočijo in ne obratno, mora vsak zdravstveni (so)delavec pred odločitvijo o ciljnih obravnave razumeti teoretsko podlago, ki jih določa. Vse prepogosto se na področju klinične psihologije dogaja, da se klinični psiholog ne odloča za uporabo psihoterapevtskih ukrepov, ki so dokazano učinkoviti za klinično populacijo, ki jo obravnava. Kot menijo Lilienfeld in sod. (32), slednje namreč pomeni potencialno boleče sprejetje tega, da znanstveni izsledki vseh psihoterapevtskih pristopov ne podpirajo enako. Psihoterapevtski pristop ne sme biti izbran ideološko (npr. ker je klinični psiholog obiskoval določeno izobraževanje ali ker je doslej delal le po določenem pristopu), temveč glede na njegovo znanstveno podprtost pri obravnavi specifične motnje. To pomeni, da pri izboru psihoterapevtskega pristopa ter specifičnih ukrepov v okviru tega ne izhajamo iz kliničnega psihologa, ki psihoterapijo izvaja, temveč iz motnje, ki jo bo obravnaval (33).

Kako torej v okviru stroke klinične psihologije obravnavati paciente s kronično nerakavo bolečino (KNB) na način, ki upošteva veljavno teorijo?

METODE

V podatkovni bazi EBSCO smo s ključnimi besedami »chronic pain« AND »goal setting« AND (»clinical psychology« OR »CBT or cognitive-behavioral therapy«) iskali članke, ki se nanašajo na teoretično podlago postavljanja ciljev pri obravnavi pacientov s kronično nerakavo bolečino (KNB) v okviru klinične psihologije. Poleg tega smo pregledali tudi dodatno literaturo (tudi knjižno), ki se nanaša na širši pogled teoretskega ozadja klinično-psihološke obravnave pacientov s KNB v interdisciplinarnem timu.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Iskanje v podatkovni bazi EBSCO je vrnilo 2 članka, ki se eksplisitno ukvarjata z določanjem ciljev rehabilitacije pri obravnavi pacientov s KNB. Eden od njiju pri tem upošteva klinično-psihološko obravnavo znotraj multidisciplinarnega tima (34), drugi pa z od pacienta določenimi cilji v okviru kognitivno-vedenjske terapije za KNB (35).

Pregled smo zato razširili tudi na literaturo, v kateri je teoretična podlaga postavljanja ciljev bolj implicitna. Kateri je danes veljavni model KNB? Sprva je treba ugotoviti, katera je ustrezna medicinska paradigma za razumevanje te motnje. Biomedicinski (bolečina je odvisna od poškodbe tkiva), psihogeni (če ni dokazane poškodbe tkiva, gre za psihični konflikt) in motivacijski (pacientova bolečinska pritožba izvira iz primarnih ali sekundarnih koristi bolezni) modeli KNB so že dolga desetletja neveljavni (36), vendar tudi med zdravstvenimi (so)delavci najmanj implicitno še močno zakoreninjeni, čemur so pacienti pogosto izpostavljeni in zato znotraj zdravstvene sistema na podlagi svoje diagnoze tudi stigmatizirani (35 - 42). Vedenjske konceptualizacije KNB (preko klasičnega in operantnega pogojevanja ter socialnega učenja) sicer niso povsem neveljavne, vendar so pomanjkljive, saj zanemarjajo etiologijo bolečine in se osredotočajo le na določene vidike vzdrževanja nefunkcionalnih vedenj (36). Našteti modeli so enodimenzionalni in tako kompleksnega fenomena, kot je KNB, ne morejo pojasniti zadovoljivo. Prvi poskus multidimenzionalnega modela je bila teorija vrat Melzacka in Walla (43), ki je pojasnjeval KNB kot skupek več procesov nociceptivne stimulacije: senzornega, čustvenega in kognitivnega. Model je močno vplival na razvoj danes veljavnega biopsihosocialnega modela bolečine. Ta razlaga KNB kot dinamično in vzajemno interakcijo med biološkimi, psihološkimi in socio-kulturnimi dejavniki, ki oblikujejo pacientovo odzivanje na bolečino. (44). Biopsihosocialni model bolečine je tudi ključna teoretična podlaga klinično-psihološke obravnave KNB, vključno s klinično-psihološko oceno in ukrepi v obliki kognitivno-vedenjske terapije (36).

Že sama klinično-psihološka ocena pacienta s KNB torej sloni na biopsihosocialnem modelu; klinični psiholog v njej išče informacije, ki bodo v pomoč pri razvoju ustreznih ciljev za pacienta, koristnejših odzivov na bolečino in ukrepov, ki bodo te odzive krepili. Okvirne podrobnosti področij, ki jih naslovi klinični psiholog v svoji oceni, prikazuje Slika 1.

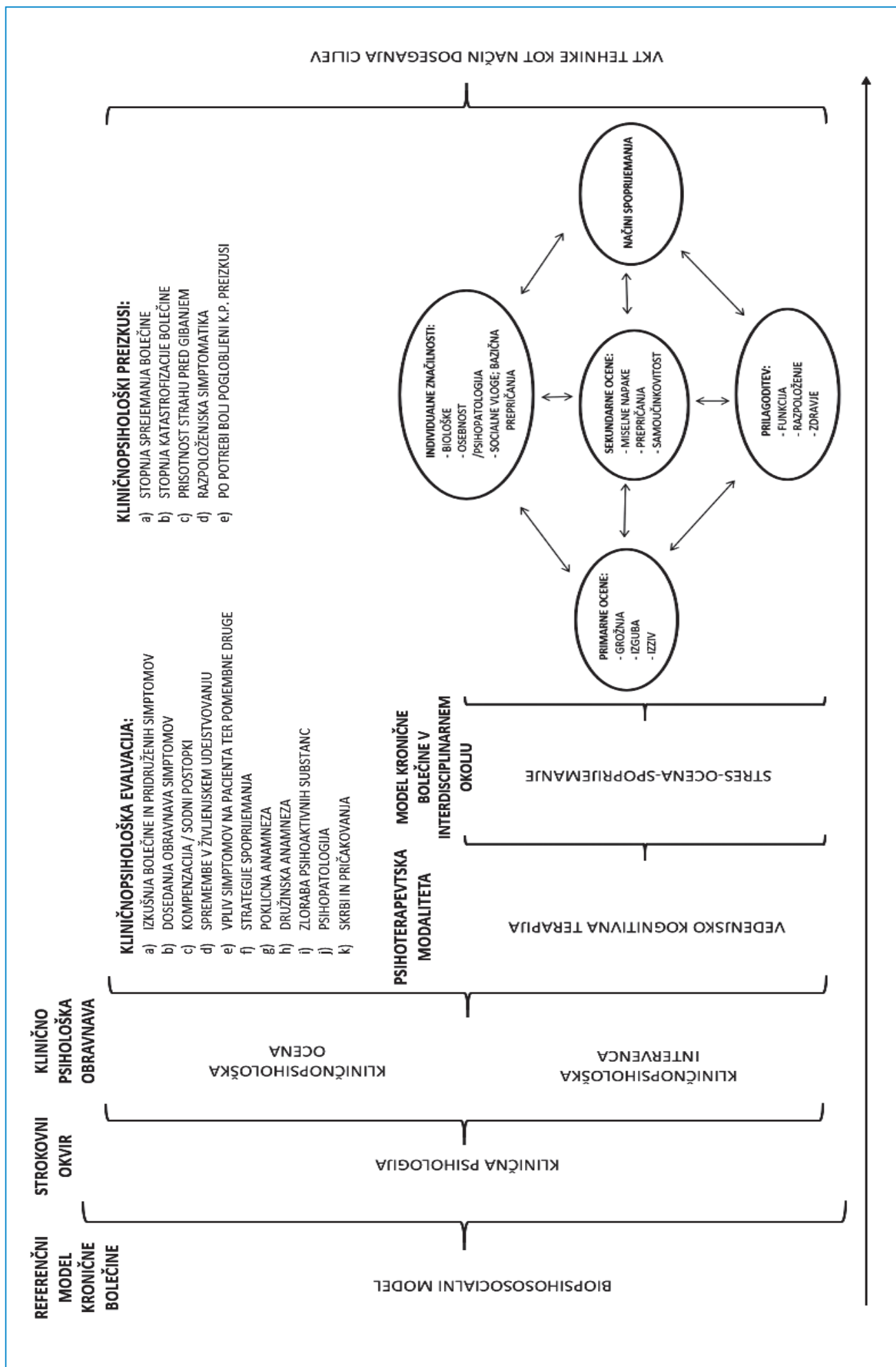
Kognitivno-vedenjski model je najbolj sprejeti model klinično-psihološke obravnave KNB (45, 46). Sloni na predpostavkah, da vsi ljudje aktivno procesiramo informacije in nismo le njihovi pasivni prejemniki. Kognicije (misli, ocene, atribucije, pričakovanja) lahko sprožijo ali modulirajo čustveno in fiziološko stanje, oboje pa nato vpliva na vedenje. Na vedenje vpliva okolje, obenem pa z vedenjem svoje okolje oblikujemo. Odnos je torej vzajemni. Nefunkcionalni načini mišljenja, čustvovanja in vedenja so naučeni, zato vedenje lahko spremenimo s spremembo nefunkcionalnih misli, občutkov in fiziologije. Ljudje so aktivni nosilci sprememb svojih nefunkcionalnih vzorcev vedenja. Iz tega izhaja, da pacient ni nemočen ujetnik bolečine in je njegova aktivnost instrumentalna za učenje bolj učinkovitih načinov spoprijemanja z bolečino.

Ker je določanje ciljev obravnave odvisno tudi od kliničnega okolja, v katerem obravnava poteka, smo pri načrtovanju

klinično-psihološke obravnave in zastavljanja njenih ciljev upoštevali tudi dejstvo, da delujemo v sklopu interdisciplinarnega tima. Zato smo se pri iskanju specifičnih ukrepov v okviru kognitivno-vedenjske terapije naslonili na tip ukrepa, ki je primeren za tovrstno klinično okolje. Primeren model smo našli v priločniku Beverly E. Thorn: Cognitive Therapy for Chronic Pain (47). Ta biopsihosocialni model uporablja kot referenčno točko, a ker ta model vloge kognicij pri KNB ne razlaga dovolj podrobno, je Thornova konstruirala model bolečine, t.i. stres-ocena-spoprijemanje, ki sloni na transakcijskem modelu stresa Lazarusa in Folkmanove (48). Da je KNB na stres vezana motnja, se je predvidevalo že dlje časa, a je bila Thornova prva, ki je na podlagi tega ustvarila model razumevanja bolečine (49). Model je multidimenzionalen, vključuje dejavnike osebnosti, biološke dejavnike, socialne okoliščine, kognicije in vedenje. Kognicije so razumljene na več ravneh tako kot takojšnje reakcije na spremembe okolja (primarne ocene: stresni dražljaj, tudi bolečino, lahko zaznavamo kot grožnjo, izgubo ali izziv), miselne procese, ki urejajo in izbirajo možnosti spoprijemanja (sekundarne ocene: bolečino lahko sprejmemo, kakršna je in se posvečamo življenjskemu udejstvovanju ali pa jo katastrofiziramo in redno obiskujemo urgenco ali protibolečinsko ambulanto) in prepričanja, ki se oblikujejo skozi čas (npr. kakšen pomen daje bolečina življenju in kakšno sposobnost imamo, da vplivamo na bolečino). Model nam omogoča razvoj kognitivno usmerjene obravnave in se ujema z interdisciplinarnim pristopom – oblikovanje funkcionalnejših vedenjskih vzorcev v odziv na bolečino torej nikakor ni strogo vezano le na kognitivno-vedenjsko terapijo, temveč pomemben del k njej prispeva edukacija zdravnika specialista, telesna aktivacija pod nadzorom fizioterapevta, načrtovanje aktivnosti pri delovnem terapevtu in svetovanje s strani socialnega delavca. Nazornejši prikaz teoretskega ozadja klinično-psihološke obravnave KNB prikazuje Slika 1, v Tabeli 1 pa je prikazan program vedenjsko-kognitivne terapije, kot ga izvajamo na URI-Soča in povezanost programa s cilji kliničnega psihologa ter pacienta.

ZAKLJUČEK

Namen članka ni izčrpno naštevanje in razlaga veljavnih in znanih teorij, ki lahko pridejo v poštev pri delu zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju rehabilitacije, temveč je poziv k seznanjanju s teoretičnim ozadjem, ki je podlaga za dobro premišljeno določanje ciljev v rehabilitaciji. Kot primer smo prikazali primer na teoriji slonečega klinično-psihološkega dela pri obravnavi pacientov s kronično nerakavo bolečino. Le klinično delo, ki je informirano z veljavnim teoretskim ozadjem, lahko stoji na trdnih temeljih, na podlagi katerih lahko zdravstveni (so)delavec in pacient gradita oprijemljivo, smiselno in predvsem učinkovito rehabilitacijo.



Slika 1. Teoretična podlaga klinično-psihoške obravnave pacientov s kronično nerakavo bolečino na URI – Soča.

Figure 1. Theoretical basis of clinical psychology treatment for patients with chronic non-cancerous pain at University Rehabilitation Institute – Republic of Slovenia.

Tabela 1. Vedenjsko-kognitivni program za kronično nerakavo bolečino na URI – Soča in določeni cilji rehabilitacije.

Table 1. Behavioral-cognitive therapy outline for chronic non-cancerous pain at University Rehabilitation Institute – Republic of Slovenia and its rehabilitation goals.

VKT PROGRAM ZA KRONIČNO BOLEČINO NA URI-SOČA					
MODEL KRONIČNE BOLEČINE V INTERDISCIPLINARNEM OKOLJU	VKT TEHNIKE		CILJI		
S-O-S MODEL	AVTOR: THORN (45)	PRIREDBA ZA URI-SOČA: BOLLE (interno gradivo)	KLINIČNI PSIHOLOG	PACIENT	
				Specifični	Splošni
Primarne ocene	Stres – ocena – bolečina	Stres – ocena – bolečina	Povezanost stresa z bolečino	Prepoznavanje notranjih dejavnikov bolečine	Izboljšanje počutja
Sekundarne ocene	Identifikacija NAM*	Identifikacija NAM	Prepoznavanje avtomatskih misli	Ovladovanje stresa	
	Evalvacija NAM	Evalvacija NAM	Prepoznavanje miselnih izkrivljanj		
	Preoblikovanje NAM	Preoblikovanje NAM	Oblikovanje realnih in koristnih misli		
	Prepričanja	Prepričanja	Izbor funkcionalnejšega vedenjskega vzorca	Sprememba odnosa do sebe in drugih	
	Prepričanja o bolečini	Prepričanja o bolečini	Vedenjska sprememba v odzivu na bolečino	Manjša obremenjenost z bolečino	
Individualne značilnosti	Temeljna prepričanja	Temeljna prepričanja	Ozaveščanje nefunkcionalnih temeljnih prepričanj v ozadju avtomatskih misli in preoblikovanje v koristnejša	Razumevanje odnosa do sebe in drugih	
	Temeljna prepričanja (bolečinska)	Temeljna prepričanja (bolečinska)	Ozaveščanje temeljnih prepričanj o bolečini	Razumevanje odnosa do bolečine	
Spoprijemanje	Asertivnost	Asertivnost	Funkcionalnejše izražanje lastnih potreb	Funkcionalnejše izražanje lastnih potreb	
	Izrazno pisanje, kartice za spoprijemanje	/			
	/	Družinsko srečanje (interaktivna delavnica s pacienti in svojci)	Umestitev sprememb pri pacientu v družinski sistem	Komunikacija s svojci o spremembah v družinskem sistemu	
	/	Individualno srečanje	Priprava na vzdrževanje učinkov VKT	Priprava na vzdrževanje učinkov VKT	
	/	ruminacije, higiena spanja, načrtovanje aktivnosti, uporaba metafor	Spoznavanje dodatnih tehnik za spoprijemanje s simptomi kronične bolečine	Spoznavanje dodatnih tehnik za spoprijemanje s simptomi kronične bolečine	
/	/	Štiri ojačitvena srečanja v šestih mesecih po zaključku strnjene ambulante programa (tehnika reševanja problemov, recept za zabavo, vrednote, uporaba metafor)	Vzdrževanje učinkov programa in preprečevanje relapsa	Vzdrževanje učinkov programa in preprečevanje relapsa	

Literatura

1. Levack, WMM, Siegert, RJ. Challenges in theory, practice and evidence. In: Siegert RJ, Levack WMM, eds. *Rehabilitation goal setting: theory, practice and evidence*. Boca Raton: Taylor and Francis; 2015: 3-20.
2. Kessler HH. Rehabilitation: prospect and retrospect. *Rehabil Lit.* 1965; 26(6): 162-8.
3. Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: a general method for evaluating community health programs. *Community Ment Health J.* 1968; 4(6): 443-53.
4. Becker MC, Abrams KS, Onder J. Goal setting: joint patient-staff method. *Arch Phys Med Rehabil.* 1974; 55(2): 87-9.
5. Hart RR. Therapeutic effectiveness of setting and monitoring goals. *J Consult Clin Psychol.* 1978; 46(6): 1242-5.
6. LaFerriere L, Calsyn R. Goal attainment scaling: an effective treatment technique in short-term therapy. *Am J Community Psychol.* 1978; 6(3): 271-82.
7. Playford ED, Dawson L, Limbert V, Smith M, Ward CD, Wells R. Goal setting in rehabilitation: report of a workshop to explore professionals' perceptions of goal-setting. *Clin Rehabil.* 2000; 14(5): 491-6.
8. Levack WMM, Dean SG, Siegert RJ, McPherson KM. Navigating patient-centred goal setting in inpatient stroke rehabilitation: how clinicians control the process to meet perceived professional responsibilities. *Patient Educ Couns.* 2011; 85(2): 206-13.
9. Scobbie L, Wyke S, Dixon D. Identifying and applying psychological theory to setting and achieving rehabilitation goals. *Clin Rehabil.* 2009; 23(4): 321-33.
10. Wade DT. Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clin Rehabil.* 1998; 12(4): 273-5.
11. Levack WMM, Siegert RJ, Dean SG, McPherson K, Hay-Smith EJC., Weatherall M. Goal setting and activities to enhance goal pursuit for adults with acquired disabilities participating in rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 4: CD009727.
12. Randall KE, McEwen IR. Writing patient-centred functional goals. *Phys Ther.* 2000; 80(12): 1197-203.
13. Siegert RJ, O'Connell C, Levack, WMM. Psychology, goals and rehabilitation: providing a theoretical foundation. In: Siegert RJ, Levack WMM, eds. *Rehabilitation goal setting: theory, practice and evidence*. Boca Raton: Taylor and Francis; 2015: 45-65.
14. Locke EA, Latham GP. Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: a 35-year odyssey. *Am Psychol.* 2002; 57(9): 705-17.
15. Barnes MP, Ward AB. *Textbook of rehabilitation medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
16. Playford ED, Siegert, RJ, Levack WMM, Freeman J. Areas of consensus and controversy about goal-setting in rehabilitation: a conference report. *Clin Rehabil.* 2009; 23(4): 334-44
17. Norman DA, Shallice T. Attention to action: willed and automatic control of behavior. In: Davidson RJ, Schwartz GE., Shapiro D, eds. *Consciousness and self-regulation*. Boston: Springer; 1986: 1-18.
18. Robertson IH. *Goal management training: a clinical manual*. Cambridge: PsyConsult; 1996.
19. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: science and practice.* 2003; 10(2): 144-56.
20. Alfonso JP, Caracuel A, Delgado-Pastor LC, Verdejo-Garcia A. Combined goal management training and mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent polysubstance abusers. *Drug Alcohol Depen.* 2011; 117(1): 78-81.
21. Carver CS, Scheier MF. Origins and functions of positive and negative affect: a control-process view. *Psychol Rev.* 1990; 97(1): 19-35.
22. Ylvisaker M, Feeney T. Executive functions, self-regulation, and learned optimism in paediatric rehabilitation: a review and implications for intervention. *Pediatr Rehabil.* 2002; 5(2): 51-70.
23. Maes S, Karoly P. Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: a review. *Appl Psychol.* 2005; 54(2): 267-99.
24. Siegert RJ, McPherson KM, Taylor W. Toward a cognitive-affective model of goal-setting in rehabilitation: is self-regulation theory a key step? *Disabil Rehabil.* 2004; 26(20): 1175-83.
25. Wrosch C, Scheier MF, Miller GE, Schulz R, Carver CS. Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003; 29(12): 1494-508.
26. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 1-26.
27. Bentsen SB, Wentzel-Larsen T, Henriksen AH, Rokne B, Wahl AK. Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation – an exploratory study. *Patient Educ Couns.* 2010; 81(1): 5-13.
28. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (Part II). *Health Promot Pract.* 2005; 6(2): 148-56.
29. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol.* 1982; 37(2): 122-47.
30. Austin JT, Vancouver JB. Goal constructs in psychology: structure, process and content. *Psychol Bull.* 1996; 120(3): 338-75.
31. Custers R, Aarts H. The unconscious will: how the pursuit of goals operates outside of conscious awareness. *Science.* 2010; 329(5987): 47-50.
32. Lilienfeld SO, Ritschel LA, Lynn SJ, Cautin RL, Lutzman RD. Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33(7): 883-900.
33. APA presidential task force on evidence-based practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol.* 2006; 61(4): 271-85.
34. Fisher K, Hardie RJ. Goal attainment scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme. *Clin Rehabil.* 2002; 16(8): 871-7.

35. Heapy AA, Waunder L, Driscoll MA, LaChappelle K, Czapinski R, Fenton BT, et al. Developing a typology of patient-generated behavioral goals for cognitive behavioral therapy for chronic pain (CBT-CP): classification and predicting outcomes. *J Behav Med.* 2017 [v tisku]. Doi: 10.1007/s10865-017-9885-4.
36. Turk DC, Burwinkle TM. Coping with chronic pain. In: Carr A, McNulty M, eds. *The handbook of adult clinical psychology: an evidence based practice approach.* London, New York: Routledge; 2006: 627-88.
37. Cohen M, Quintner J, Buchanan D, Nielsen M, Guy L. Stigmatization of patients with chronic pain: the extinction of empathy. *Pain Med.* 2011; 12(11): 1637-43.
38. Jackson JE. Stigma, liminality, and chronic pain: mind-body borderlands. *Am Ethnol.* 2005; 32(3): 332-53.
39. Monsivais DB. Decreasing the stigma burden of chronic pain. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2013; 25(10): 551-6.
40. Bendelow G. Chronic pain patients and the biomedical model of pain. *Virtual Mentor.* 2013; 15(5): 455-9.
41. Richardson JC. Establishing the (extra)ordinary in chronic widespread pain. *Health.* 2005; 9(1): 31-48.
42. Chibnall JT, Tan RC. Social and medical influences on attributions and evaluations of chronic pain. *Psychol Health.* 1999; 14(4): 719-29.
43. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science.* 1965; 150(3699): 971-9.
44. Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Turk DC, Gatchel RJ, eds. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook.* New York: Guilford Press; 1996: 3-30.
45. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain.* 1999; 80(1-2): 1-13
46. Hoffman SG, Asnaani A., Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012; 36(5): 427-40.
47. Thorn BE. *Cognitive therapy for chronic pain.* New York: Guilford Press; 2004.
48. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers.* 1987; 1(3): 141-69.