

Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю серед ветеранів

Практичний посібник



Jennifer L. Murphy, д-р філософії та
John D. McKellar, д-р філософії • Susan D. Raffa, д-р філософії • Michael E. Clark, д-р філософії
Robert D. Kerns, д-р філософії • Bradley E. Karlin, д-р філософії

Рекомендуємо використовувати наступне цитування:
Murphy, J.L., McKellar, J.D., Raffa, S.D., Clark, M.E., Kerns, R.D., & Karlin, B.E. *Cognitive behavioral therapy for chronic pain among veterans: Therapist manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.

Зміст

Титульна сторінка	1
Перелік рисунків	2
Подяка	3
Передмова	4
Частина 1: Теоретичні основи та концептуалізація випадку	5
Вступ	5
Що таке когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю?	5
Структура посібника	5
Хронічний біль: основна інформація	6
Визначення	7
Види та локалізація болю	7
Варіанти лікування хронічного болю	10
Історія, складові й обґрунтування	16
Хронічний біль: історичний огляд	16
КПТ у лікуванні хронічного болю: теоретичні складові	16
КПТ у лікуванні хронічного болю: психотерапія	22
Концептуалізація випадку	26
Представлення клінічних випадків	26
Розгляд клінічного випадку	27
Аналіз клінічного випадку психотерапевтом	28
Досвід хронічного болю	28
Специфічні теми	28
Частина 2: Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю	34
Структура терапії	34
Сесії КПТ-ХрБ	37
Сесія 1: Клінічне опитування та оцінка	40
Сесія 2: Спрямування лікування	44
Сесія 3: Зворотній зв'язок оцінювання та встановлення цілей	49
Сесія 4: Вправи та чергування періодів праці та відпочинку	54
Сесія 5: Техніки релаксації	61
Сесія 6: Приємні заняття 1	67
Сесія 7: Приємні заняття 2	71
Сесія 8: Копінг-поведінка 1	74
Сесія 9: Копінг-поведінка 2	78
Сесія 10: Сон	81
Сесія 11: Завершення терапії	86
Сесія 12: Бустерна сесія	90
Висновки	92
Список літератури	93
Додатки	99
Перелік малюнків	
Рисунок 1. Лікарські засоби для знеболення (беззаспокійливі препарати)	12
Рисунок 2. Когнітивна концептуалізація	17
Рисунок 3. Біопсихосоціальна модель	19
Рисунок 4. Цикл хронічного болю	21
Рисунок 5. Модель КПТ-ХрБ	22
Рисунок 6. Структура сесії КПТ-ХрБ	37
Рисунок 7. Терміни для управління заходами оцінки	42
Рисунок 8. Цикл гіперактивності	58

Подяка

Цей посібник було створено за підтримки Служби охорони психічного здоров'я Міністерства у справах ветеранів США.

Автори висловлюють щиру вдячність наступним фахівцям за їхній внесок у створення практичного посібника: Michael O. Stewart, д-р. філософії та Sarah A. Miller, д-р. філософії, які допомогли у розгляді та наданні зворотного зв'язку під час розробки посібника. Kathleen Darchuk, д-р. філософії, яка допомогла з матеріалами сесії для когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні хронічного болю (надалі КПТ-ХрБ). Samantha Outcalt, д-р. філософії, яка допомагала в укладенні кількох сесій в першій редакції посібника. Kristin M. Phillip, д-р. філософії, яка надала більшу частину матеріалу для прикладів клінічних випадків, використаних у посібнику. Крім того, за її згодою також було використано два робочі аркуші з її протоколу пропозицій щодо надання гранту Active Managing Pain ("Активне управління болем"). John Otis, д-р. філософії, розглянув першу редакцію посібника та надав відгук та рекомендації щодо його подальшого вдосконалення. Evangelia Vanou, д-р. філософії, і Nicolle Angeli, д-р. філософії, запропонували свій огляд і зробили внесок до редагування супровідних матеріалів, що використовуються під час сесій. Julia R. Gimeno суттєво допомогла з оформленням остаточного списку використаних джерел. Samantha Rafie, д-р. філософії, допомогла з роздатковим матеріалом для моделі КПТ-ХрБ і завершила ретельний остаточний перегляд та редагування посібника.

Josephine DeMarce, д-р. філософії, провідний автор практичного посібника "Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин" (DeMarce, Gnys, Raffa, & Karlin, 2014), надала рекомендації щодо організації та структури посібника. Частина матеріалу була запозичена із практичного посібника "Когнітивно-поведінкова терапія з використанням системи інтерактивної голосової відповіді у лікуванні хронічного болю в попереку", розробленого як протокол дослідження доктором філософії Alicia Heary та її колегами за фінансової підтримки Служби досліджень і розробок у сфері медичного обслуговування Міністерства у справах ветеранів США (id: SHP 08-147, грант IIR009-058). Інформація щодо сесії гігієни сну була взята з практичного посібника "Когнітивно-поведінкова терапія при безсонні" (Manber et al., на етапі друку).

Крім того, під час пошуку матеріалів для посібника були використані наступні джерела:

Caudill, M.A. (2002). *Managing pain before it manages you: Revised edition*. New York: Guilford Press.

Eimer, B.N. & Freeman, A. (1998). *Pain management psychotherapy: A practical guide*. New York: Wiley & Sons.

Gatchel, R.J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC: American Psychological Association.

Otis, J. (2007). *Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.

Rome, J. (2002). *Mayo Clinic on chronic pain: Practical advice for leading a more active life*. New York: Mayo Clinic Health Information.

Передмова

З метою сприяння доступності ефективних методів психотерапевтичної допомоги, Міністерство у справах ветеранів США реалізувало національні ініціативи щодо поширення науково обґрунтованих методів психотерапії для різних станів та розладів психічного здоров'я, таких як депресія, посттравматичний стресовий розлад, безсоння, хронічний біль, розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та тяжкі психічні захворювання (Karlin & Cross, 2014). Задля цього Міністерство запровадило національні навчальні програми підготовки кваліфікованих спеціалістів з кожного напрямку. Результати оцінки програми показують, що навчання та впровадження цих методів психотерапії значно покращили навички психотерапевтів та результати лікування серед ветеранів (наприклад, Eftekhari et al., 2013; Karlin et al., 2012; Karlin, Trockel, Taylor, Gimeno, & Manber, 2013; Trockel, Karlin, Taylor, & Manber, 2014; Walser, Karlin, Trockel, Mazina, & Taylor, 2013).

Цей практичний посібник для психотерапевтів був розроблений з метою підтримки програми навчання когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні хронічного болю (КПТ-ХрБ), започаткованої Управлінням охорони здоров'я ветеранів США. Навчальна програма впроваджує модель навчання, засновану на врахуванні професійних якостей, і фокусується як на теорії, так і на застосуванні КПТ-ХрБ на практиці. Результати початкової оцінки програми свідчать про покращення як професійних навичок психотерапевтів, так і результатів лікування серед ветеранів, завдяки застосуванню когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні хронічного болю, що узгоджується з іншими методами лікування Міністерства у справах ветеранів США в даній моделі (Stewart et al., на етапі друку).

Практичний посібник призначений для використання в якості навчального ресурсу для психотерапевтів, які беруть участь у програмі навчання, а також для інших фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, які зацікавлені в подальшому розвитку своїх навичок в сфері когнітивно-поведінкової терапії для лікування ветеранів з хронічним болем.

На основі досвіду авторів було запропоновано три комплексні клінічні випадки для представлення ветеранів, які проходять когнітивно-поведінкову терапію у лікуванні хронічного болю. Ці приклади використовуються у всьому посібнику для ілюстрації процесу концептуалізації випадку та впровадження стратегій КПТ-ХрБ. Роздаткові матеріали і робочі аркуші для психотерапевтів і ветеранів описані в тексті посібника та надані в Додатках.

Частина 1:

Теоретичні основи та концептуалізація випадку

Вступ. Що таке когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю?

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з провідних, науково обґрунтованих короткотривалих методів психотерапії, який показав свою ефективність при низці психічних і поведінкових розладів. КПТ включає структурований підхід, який зосереджується на взаємозв'язку між когніціями (або думками), емоціями (або почуттями) і поведінкою. Терапія, що базується на когнітивно-поведінковій теорії, успішно застосовується у лікуванні хронічного болю, як окремо, так і в якості компоненту інтегрованої, комплексної та міждисциплінарної програми лікування болю. Дані свідчать про те, що когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю покращує спроможність займатись повсякденною діяльністю та загальну якість життя при різноманітних видах хронічного болю (Hoffman, Papas, Chatkoff, & Kerns, 2007; Morley, Williams, & Eccleston, 1999; Turner, Mancl, & Aaron, 2006).

Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю (КПТ-ХрБ) – терапія, що ґрунтується на встановленні міцних терапевтичних відносин, що заохочує пацієнтів застосовувати активний підхід до вирішення проблем на шляху до подолання багатьох труднощів, пов'язаних з хронічним болем (Burns et al., на етапі друку). Ключові складові КПТ-ХрБ включають:

Фізичне навантаження

програма ходьби для підвищення рівня залученості до корисної та значущої діяльності

Чергування періодів праці та відпочинку

шлях до уважного та вдумливого виконання завдань

Навчання релаксаційним технікам

прийоми для зниження стресу та м'язового напруження

Когнітивна реструктуризація

техніка виявлення непотрібних думок і покращення збалансованого мислення

Поведінкова активація

підвищення рівня залучення до корисної та значущої діяльності

Структура посібника

Посібник складається з двох частин. Перша частина зосереджена на основній інформації про біль, особливо хронічний, включаючи його загальні види та методи лікування. Вона містить інформацію про когнітивно-поведінкову терапію та її застосування у лікуванні хронічного болю, а також вступ до концептуалізації випадку та методів встановлення терапевтичного альянсу. Друга частина посібника зосереджена на розумінні та виконанні конкретних терапевтичних сесій КПТ-ХрБ.

Практичний посібник був створений спеціально для впровадження КПТ до процесу лікування хронічного болю серед ветеранів, тому його зміст і конкретні питання представлені з урахуванням даної цільової групи. Хоча, слід зазначити, що цей протокол КПТ-ХрБ може використовуватись й під час роботи з військовими, які проходять дійсну військову службу, та, ймовірно, буде корисним для будь-кого, хто бажає ефективніше боротись з хронічним болем.

Хронічний біль: основна інформація

Біль є одним із симптомів, про які найчастіше повідомляють люди, які отримують медичну допомогу в установах Управління охорони здоров'я ветеранів США, при цьому ветерани відчувають біль із більшою частотою, ніж інші групи населення (Kazis et al., 1999). Серед ветеранів в установах первинної медичної допомоги близько 50% чоловіків і 75% жінок повідомляють про біль (Haskell Heapy, Reid, Papas, & Kerns, 2006; Kerns, Otis, Rosenber, & Reid, 2003). Серед тих, хто повернувся з Іраку та Афганістану, не менше 45% підтвердили наявність клінічно значущої інтенсивності болю (Gironda, Clark, Massengale, & Walker, 2006). Крім того, в багатьох випадках хронічний біль і розлади психічного здоров'я виникають одночасно (Gatchel, 2004). Це відображено в зростаючій кількості літератури, що документує часті випадки коморбідності хронічного болю та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (Asmundson & Katz, 2009; Villano et al., 2007).

Ветерани з хронічним болем, що проходять лікування в закладах охорони психічного здоров'я, повідомляють про різноманітні скарги на біль та, у багатьох випадках, мають в анамнезі численні медичні втручання, пов'язані з лікуванням болю. Хоча деякі установи, підконтрольні Управлінню охорони здоров'я ветеранів США, мають досвід роботи з ветеранами, які страждають від болю, у більшості такий досвід відсутній. Саме тому у наступному розділі наведено основну інформацію щодо поширених больових станів та методів їх лікування. Метою цього розділу є ознайомлення фахівців у сфері охорони здоров'я з основною інформацією про біль для кращого розуміння досвіду своїх пацієнтів. Крім того, володіння знаннями про біль може допомогти у розумінні стану та анамнезу пацієнта, концептуалізації найкращого підходу до лікування та встановлення довірливих відносин з ветераном для формування міцного терапевтичного альянсу.

Визначення

Міжнародна асоціація дослідження болю (IASP) визначає біль як "неприємний сенсорний та емоційний досвід, пов'язаний із фактичним або потенційним пошкодженням тканин, або описаний з точки зору такого пошкодження" (IASP, 1994). Біль — це суб'єктивний досвід, який залежить від сприйняття пацієнта. З цієї причини іншим популярним визначенням болю є те, що біль "є таким, яким описує його людина, що його відчуває, та існує кожного разу, коли вона про це каже" (McCaffrey & Pasero, 1999).

Однією з найважливіших відмінностей у розумінні та лікуванні болю є поняття гострого та хронічного болю. Нижче наведено деякі з найважливіших відмінностей:

Гострий біль	Хронічний біль
<ul style="list-style-type: none">Триває менше ніж 3 місяці	<ul style="list-style-type: none">Триває більше ніж 3 місяці
<ul style="list-style-type: none">Є симптомом	<ul style="list-style-type: none">Є станом
<ul style="list-style-type: none">Має встановлену причину; реакція організму на травму	<ul style="list-style-type: none">Може розвиватися після інциденту; може мати відому чи невідому причину
<ul style="list-style-type: none">Зменшується в процесі відновлення та реагує на лікування	<ul style="list-style-type: none">Зберігається попри очікуваний час відновлення та / або не реагує на лікування

Гострий біль зазвичай виникає після визначеного інциденту при отриманні травми, наприклад, переломі руки або розтягненні зв'язок гомілковостопного суглоба. Він є адаптивним, оскільки призводить до концентрації уваги на загрозовій ситуації. Гострий біль обмежений у часі, послаблюється в процесі лікування, й зазвичай має відому причину. *Хронічний біль*, з іншого боку, триває понад очікуваний час і зазначену точку відновлення, і зазвичай визначається тривалістю більше 3-х місяців. Він може мати кілька проявів, маючи як невідому, так і відому причину (наприклад, виявлена травма, остеоартрит). Хоча хронічний біль за відчуттями може здаватись ідентичним гострому, ці відчуття мають різне значення. Останні уявлення про хронічний біль свідчать про те, що коли біль триває за відсутності постійного пошкодження тканин, нервова

система не відповідає на сигнали болю. Таким чином, хронічний біль найкраще розуміти як хронічне захворювання, яке слід лікувати, а не гострий симптом, який потрібно усунути.

Види та локалізація болю

Хронічний біль може вражати будь-яку частину тіла. Через складність хронічного болю часто важко виокремити больові стани на чіткі та спрощені категорії. Однак найчастіше біль поділяють на ноцицептивний і нейропатичний:

Ноцицептивний біль

- Біль, спричинений пошкодженням тканин, що виникає в результаті стимуляції нервових закінчень, так званих ноцицепторів, розміщених в м'яких тканинах (таких як м'язи, кістки, зв'язки та сухожилля), які реагують на пошкодження
- Більшість випадків ноцицептивного болю пов'язані з опорно-руховим апаратом і часто описуються як ниючий або глибокий біль

Нейропатичний біль

- Біль, який виникає при пошкодженні нервів (зазвичай периферичних або центральних)
- Часто описується як пекучий, стріляючий, колючий та / або порівнюється з ударом електричного струму

Головний біль не відноситься до жодного з вищеперерахованих класів, але є ще однією великою категорією больових станів:

Головний біль

- Біль, що включає порушення чутливих структур навколо мозку
- Відчуття зазвичай виникають в області чола, очей або верхньої частини спини / шиї
- Часто описується як тупий, пульсуючий, ниючий та / або порівнюється з відчуттям тугого обруча навколо голови

Оцінка пацієнта з хронічним болем може бути складним процесом, під час якого необхідно враховувати різноманітні фактори. По-перше, багато ветеранів мають більше ніж один тип і локалізацію болю. Нерідко у когось виникає біль у попереку, пов'язаний з дегенеративним захворюванням диска (ноцицептивний), а також діабетична нейропатія, яка спричиняє біль і оніміння стопи (нейропатичний). Ця ж людина також може страждати від головного болю напруги кілька разів на тиждень. Крім того, багато ветеранів, які лікуються в системі Міністерства у справах ветеранів США, мають численні медичні та психіатричні супутні захворювання, що можуть призводити до різнопланового прояву болю. Поза тим, етіологія конкретної скарги на біль може бути невідомою; деякі ветерани мають встановлену травмуючу подію, що визначає початок їх проблем з болем, в той час як інші — ні. Також існує ймовірність відсутності чітко поставленого діагнозу, що може негативно позначатися на емоційному стані ветерана. Хоча з цих причин клінічні випадки можуть бути складними, багато пацієнтів із хронічним болем підходять для КПТ-ХрБ та можуть мати позитивні результати від її застосування.

Больові стани

Повний огляд усіх локалізацій та діагнозів болю виходить за рамки цього посібника. Через вищезгадані труднощі в процесі стислої й чіткої класифікації болю, нижченаведений список містить основну інформацію про велику кількість больових станів, що зустрічаються у практиці Управління охорони здоров'я ветеранів США.

Біль у спині

Біль в попереку. Біль у попереку (люмбаго) є найпоширенішою формою болю у світі, який пов'язаний зі значними фінансовими затратами через відвідування лікаря та втрати продуктивності праці (Deyo & Weinstein, 2001). Більшість людей з гострим болем у попереку одужують за кілька тижнів, однак у близько 10% біль стає хронічним (Costa et al., 2012). Багато людей, які страждають від хронічного болю в попереку, повідомляють про високий рівень страху перед рухом і, як наслідок, схильні до послаблення тону м'язів, що призводить до ще більшої втрати працездатності. Біль у попереку може бути спричинений такими факторами, як грижа міжхребцевих дисків, дегенеративне захворювання диска, стеноз хребта або артрит, однак в більшості випадків біль у спині пов'язаний з розтягненням м'язів (Deyo & Weinstein, 2001).

Біль у середній і верхній частині спини. Біль у середній і верхній частині спини зустрічається рідше, ніж біль в попереку, оскільки хребці в цих областях рухаються з меншою частотою. Як і біль в попереку, він найчастіше пов'язаний з розтягненням або надмірним навантаженням м'язів, грижами міжхребцевих дисків або артритом.

Біль у шиї. Біль у шиї (цервікалгія) є поширеною проблемою, з якою зіштовхуються близько 65% людей в певний момент свого життя. Зазвичай біль спричинений діяльністю, яка призводить до напруження м'язів шиї, наприклад через погану поставу або положення під час сну, напруженість м'язів або травму від раптового різкого руху голови та шиї внаслідок ДТП. Біль у шиї також може бути пов'язаний з головним болем.

Артрит

Остеоартрит. Остеоартрит (ОА) є найпоширенішою формою артриту (Prieto-Alhambra & Judge, 2013), що викликає руйнування різних тканин суглоба, насамперед хрящової та кісткової, розташованої безпосередньо під хрящем. Через це ОА часто називають хворобою “зношування” і він поширений серед ветеранів, які залучені до військових і невійськових видів діяльності, що часто включають фізичну працю (Morgenroth, Gellhorn, & Suri, 2012). Найчастіше уражені ділянки тіла включають руки, ноги, шию, попереки, коліна та кульшові суглоби.

Ревматоїдний артрит. Ревматоїдний артрит (РА) — це хронічне системне запальне захворювання, яке переважно пов'язане з ураженням суглобів. Білі кров'яні клітини накопичуються в суглобах, викликаючи набряк і біль. Прогресування захворювання може призвести до руйнування хрящів, зв'язок і сухожилів. РА зазвичай впливає на функціональний стан більшою мірою, ніж ОА, і вдвічі частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків.

Тендиніт / бурсит. Тендиніт і бурсит включають запалення тканини сухожилля, що поєднується із запаленням сухожильної сумки. Сухожилля — це товсті канатики, які з'єднують м'язи з кістками, тож запалення викликає біль і підвищення чутливості суглобів. Тендиніт зазвичай асоціюється з видами спорту, що включають повторювані рухи, такі як плавання або метання м'яча, але може бути результатом будь-якого повторюваного руху, що зачіпає суглоби. Сухожильні сумки — це заповнені рідиною мішечки в суглобах, які оточують ділянки, де пересікаються сухожилля, шкіра та м'язова тканина. Сухожильні сумки відповідають за необхідне змащування кульшових, колінних, ліктьових та гомілково-ступневих суглобів. Пошкодження може викликати біль, набряк і почервоніння.

Дисфункція тазового дна. Розлади тазового дна виникають при пошкодженні або послабленні області, яка підтримує органи малого тазу. Це може призвести до нетримання сечі або калу, а також до постійного болю в стінках таза. Деякі з поширених причин — ендометріоз, міалгія тазового дна, запальні захворювання органів малого таза, міома, операції та синдром подразненого кишечника. Тазовий біль набагато частіше зустрічається серед жінок, причому кожна сьома жінка страждає від тої чи іншої форми цього хронічного захворювання.

Подагра. Подагра — різновид артриту, який характеризується запаленням, підвищенням чутливості та скутості суглобів. Подагра частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок, і часто вражає великий палець ноги. Симптоми є епізодичними, а спалахи хвороби, як правило, пов'язані

з підвищенням рівня сечової кислоти. На рівень сечової кислоти впливають генетичні фактори, а також харчування та спосіб життя (Gheita, El-Fishwawy, Nasrallah, & Hussein 2012).

Периферичний нейропатичний біль. Периферична нейропатія зазвичай вражає кінцівки. Вона включає ураження дрібних кровоносних судин, і її розвиток часто пов'язаний з високим рівнем цукру в крові через цукровий діабет. Біль зазвичай, однак не завжди, асоціюється з периферичною нейропатією. Периферичну нейропатію частіше описують не як просто "біль", а радше оніміння і поколювання, відчуття електричного струму або печіння.

Радикуліт. Радикуліт найчастіше асоціюється з болем у попереку або шиї, який також називають поперековою / шийною радикулопатією. Він починається з нерва внаслідок запалення або подразнення нервового корінця і поширюється від спинного мозку до таких областей, як сідниці, та вниз по ногах (у разі болю в спині), або вниз по руках (у разі болю в шиї). Раптова поява корінцевого болю, м'язової слабкості або виявлення корінцевого болю, раніше не поміченого медичними фахівцями, є причиною для негайного медичного обстеження (Gilron, Watson, Cahill, & Moulin, 2006). Радикуліт зазвичай описується як пекучий, прострілюючий або шокоподібний біль (Atlas et al., 1996).

Фантомний біль у кінцівках. Фантомна кінцівка — явище яке описують як помилкове відчуття присутності втраченої частини тіла. Від 60 % до 80 % людей з ампутацією відчують фантомні відчуття в кінцівках, і більшість цих відчуттів є болючими (Sherman, Sherman, & Parker, 1984). Крім того, часто зустрічається біль у місці ампутації або кукси, спричинений пошкодженням нерва в області кукси. Біль варіюється від тупого до прострілюючого і сильного.

Фіброміалгія. Фіброміалгія (ФМ) — розлад невідомої етіології, пов'язаний із поширеним болем, порушенням сну, втомою, психологічним розладом та іншими симптомами. Біль при ФМ зазвичай включає чутливі "тригерні" точки, що знаходяться в м'яких тканинах задньої частини шиї, плечей, попереку, стегон, гомілок і колін, й часто описується як глибокий біль або печіння. Фіброміалгія приблизно в 7 разів частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків (Haviland, Banta, & Prezekor, 2011), а люди з ФМ в 3 рази частіше мають супутні діагнози великого депресивного розладу, ніж особи без ФМ.

Комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС). КРБС, раніше відомий як синдром рефлекторної симпатичної дистрофії або РСД, є погано вивченим больовим станом, який часто виникає після незначної травми, зазвичай кінцівок, або її ускладнення, і часто поширюється на інші частини тіла. Найчастіше зустрічається КРБС 1-го типу, який не має видимих уражень нервів, на відміну від 2-го типу. Біль описується як сильний, і часто відзначаються помітні зміни зовнішнього вигляду та текстури шкіри.

Види головного болю

Нижче наведено найпоширеніші типи головного болю. Однак важливо пам'ятати, що у пацієнтів може бути кілька видів головного болю (наприклад, головний біль напруги кілька разів на тиждень і мігрень кілька разів на місяць). Крім того, подібно до того, як інші локалізації болю важко класифікувати, у ветеранів можуть бути змішані симптоми, які не можна віднести до єдиної категорії.

Головний біль напруги. Головний біль напруги (ГБН) є найпоширенішим типом, який зустрічається більш ніж у 50 % випадків головного болю (ICHD, 2-ге видання, 2004). Основне відчуття, пов'язане з ГБН, — це відчуття тугого обруча навколо голови. Він варіюється за інтенсивністю від легкого до помірного, а також за частотою від епізодичного до хронічного. Під критерій хронічного ГБН підпадають випадки, коли людина відчуває головний біль протягом 15 днів на місяць протягом щонайменше 6 місяців (ICHD, 2-ге видання, 2004).

Мігрень. Від мігрені страждають приблизно 10 % населення світу у певний момент життя (Rasmussen, Jensen, Schroll, & Olesen, 1991). Мігрень класифікується як стан, що передуює епілептичному нападу, або без нього (т.зв. аура), та визначається такими симптомами, як сенсорні або рухові порушення, які супроводжують головний біль або передують йому. Напади

мігрени, як правило, повторюються і пов'язані з низкою симптомів вегетативної нервової системи. Типова мігрень носить односторонній і пульсуючий характер, напад триває від 2 до 72 годин і може супроводжуватися нудотою, блювотою, чутливістю до світла та звуку та посилюватися при фізичному навантаженні. Мігрень у жінок зустрічається в 2-3 рази частіше, ніж у чоловіків (ICHD, 2-ге видання, 2004).

Кластерний головний біль. Кластерний головний біль включає сильний односторонній біль орбітального, супраорбітального або скроневого характеру, який триває від 15 до 180 хвилин і з'являється з періодичністю від одного разу на кілька днів до 8 разів на день (ICHD, 2-ге видання, 2004). Больові епізоди можуть супроводжуватися сльозотечею, закладеністю носа, пітливістю, опущенням верхньої повіки або скороченням зіниці. Все це відбувається на ураженій стороні обличчя. Інтенсивний кластерний головний біль виникає через розширення кровоносних судин, що створює тиск на трійчастий нерв, однак основна причина такого розширення не з'ясована. Цей тип головного болю зустрічається набагато рідше, вражаючи 1% населення, і зустрічається у чоловіків в 3-4 рази частіше, ніж у жінок (ICHD, 2-ге видання, 2004).

Посттравматичний головний біль. Головний біль, пов'язаний з черепно-мозковою травмою (від легкої до важкої черепно-мозкової травми), який часто виникає відразу після травми, у близько 90% випадків. До 44% пацієнтів повідомляють про тривалий головний біль через 6 місяців після травми (Nicholson & Martelli, 2004). Три найпоширеніші форми – головний біль напруги, мігрень або цервікогенний головний біль (Gironda et al., 2009). Травмування внаслідок вибухів та струс мозку, що часто отримують військові в місці постійної дислокації, роблять цей тип головного болю поширеним здебільшого серед ветеранів та військовослужбовців.

Головний біль від надмірного вживання ліків. Головний біль від надмірного вживання ліків, відомий також як "рикошетний", є другорядною причиною хронічного щоденного головного болю й спричинений надмірним вживанням анальгетиків для лікування гострого головного болю. Надмірне вживання визначається кількістю днів прийому на місяць і залежить від медпрепарату. Воно часто мотивується бажанням вилікувати головний біль або страхом перед майбутнім головним болем, але незважаючи на це може зробити головний біль резистентним до профілактичних препаратів (Silberstein, Lipton, & Saper, 2007).

Варіанти лікування хронічного болю

У наступному розділі представлено вступ до методів лікування болю, які можуть отримати ветерани. Метою цього розділу є ознайомлення фахівців, що не належать до групи надавачів медичних послуг, із загальними методами лікування шляхом представлення основної інформації, яка не містить даних про ефективність такого лікування.

Знеболюючі препарати

У наступному розділі описані болезаспокійливі або знеболювальні препарати. Розділ не має на меті призначення ліків, натомість він може допомогти надавачам послуг зрозуміти характеристики медпрепаратів, які приймають ветерани з хронічним болем. Також додається таблиця лікарських засобів, що включає як загальні назви, так і торгові марки (Рис. 1).

Неопіодні анальгетики. Аспірин та інші споріднені сполуки становлять клас лікарських засобів, відомих як нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). НПЗП поєднують три важливих ефекти: протизапальний, знеболювальний та жарознижувальний. Найчастіше використовуються такі НПЗП, як аспірин, ібупрофен, напроксен, етолодак, мелоксикам і піроксикам. У більшості випадків побічні ефекти через прийом НПЗП виникають з боку ШКТ та нирок. Ацетаминофен також є неопіодним анальгетиком, але не належить до НПЗП, оскільки навіть за наявності знеболюючих та жарознижувальних властивостей він не має протизапального ефекту.

Опіодні анальгетики. Опіодні анальгетики (або наркотичні анальгетики) відносяться до сполук, які діють шляхом зв'язування з опіодними рецепторами в мозку. Хоча як синонім часто використовується термін опіат, термін "опіоїди" є точнішим визначенням класу, оскільки опіоїди включають також синтетичні речовини на відміну від опіатів, що відноситься лише до природної смоли в опійному маку. Цей клас препаратів може мати як коротку, так і тривалу дію. Найчастіше

використовуються наступні опіоїди: морфін, гідрокодон, оксикодон, кодеїн, метадон і гідроморфон. Знеболюючий ефект опіоїдів обумовлений послабленням сприйняття болю, зниженням реакції на біль і підвищенням його переносимості. Найпоширенішими побічними ефектами опіоїдів (у порядку їх частоти) є нудота, закріп, сонливість, запаморочення та блювання (Eisenberg, McNicol, & Carr 2006). Опіоїди можуть бути пов'язані з ризиком зловживання (Comptom & Volkow, 2006) і фізіологічною залежністю. Вимірювання співвідношення ризику та користі прийому опіоїдів для пацієнтів із хронічним болем є складним, і установам та медичним фахівцям, які призначають ліки, рекомендується дотримуватися клінічної настанови 2010 року Міністерства у справах ветеранів США / Міністерства оборони США щодо опіоїдної терапії у лікуванні хронічного болю. (див. http://www.healthquality.va.gov/Chronic_Opioid_Therapy_COT.asp). Одночасний прийом опіоїдів та заспокійливих / снодійних засобів (наприклад, бензодіазепінів) слід призначати з особливою обережністю, оскільки є докази ризику випадкових смертей, пов'язаних із передозуванням (Jones, Mack, & Paulozzi, 2010).

Трамадол. Трамадол не належить до однієї категорії, оскільки має подвійну дію. Він перешкоджає передачі больових сигналів, як опіоїд, але також вивільняє норадреналін і серотонін, як антидепресант. Він використовується для лікування помірного та сильного хронічного болю. Найпоширенішими побічними ефектами є запаморочення, седація, закріп, нудота та головний біль. Оскільки трамадол не є чистим опіоїдом, ризик фізіологічної залежності нижчий, але все ще присутній.

Місцеві знеболювальні засоби (анестетики). Місцеві знеболювальні засоби наносяться на шкіру для цільової доставки ліків до больових ділянок. Вони блокують генерацію та передачу нервових сигналів у мозок за допомогою місцевого ефекту оніміння. Актуальні препарати доступні у вигляді різних кремів, гелів, лосьйонів, патчів і пластирів. Оскільки вони наносяться на зовнішню локалізовану область, місцеві анальгетики мають менший ризик системних побічних явищ і побічних ефектів. Вони часто використовуються в медичних закладах Міністерства у справах ветеранів США, і найчастіше призначаються місцеві засоби — капсаїцин, лідокаїн, диклофенак і ментол + метилсаліцилат.

Міорелаксанти. Міорелаксанти (або спазмолітики, протиспазматичні засоби) найчастіше призначаються при болю у попереку / шиї, фіброміалгії та головному болю напруги в ситуаціях, коли м'язові скорочення є вагомим компонентом болю. Міорелаксанти, які найчастіше використовуються в медичних закладах Міністерства у справах ветеранів США, включають циклобензаприн, тизанідин, баклофен і метокарбамол. Міорелаксанти діють шляхом пригнічення центральної нервової системи, однак це сприяє поширенню побічного ефекту седації, тож при прийомі не рекомендується керування автотранспортом або робота зі складними механізмами. Інші поширені побічні ефекти включають запаморочення, головний біль, нудоту, дратівливість і нервозність. Міорелаксанти також створюють ризик виникнення фізіологічної залежності.

Ад'ювантні анальгетики. Ад'ювантні анальгетики або коанальгетики — група препаратів, що окрім основної дії мають ефекти, за рахунок яких вони можуть зменшувати біль. Двома найпоширенішими класами ліків, які потрапляють до цієї категорії, є окремі типи антидепресантів і протисудомних засобів. Антидепресанти, які зазвичай використовуються для знеболюючих цілей, включають дулоксетин, венлафаксин і нортриптилін. Протисудомні засоби, які в основному використовуються для полегшення невропатичного болю, включають габапентин, прегаблін, топірамат і ламотриджин. Поширеними побічними ефектами антидепресантів є нудота, блювання, безсоння, зниження статевого потягу та закріп. Поширені побічні ефекти протисудомних препаратів включають запаморочення, втому, збільшення ваги та сонливість.

Препарати від головного болю. Анальгетики, які використовуються для лікування головного болю, є різноманітними і не належать до єдиного класу. Лікарські препарати від мігрені, як правило, поділяються на препарати для профілактики (наприклад, пропранолол, топірамат або Топамакс), абортивної терапії (наприклад, суматриптан або Максальт) та невідкладної допомоги (бутальбітал / ацетамінофен / кофеїн або Фіоріцет). Слід зазначити, що при надмірному вживанні анальгетиків може виникати рикошетний головний біль, що призводить до хронічного щоденного головного болю іншого типу.

Рисунок 1. Болезаспокійливі препарати

Категорія	Загальна генерична назва (-и) <i>Пишеться з малої літери</i>	Торгова марка (-и) <i>Пишеться з великої літери</i>
Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)	аспірин, ацетилсаліцилова кислота (АСК)	Аспірин Bayer
	целекоксиб	Целебрекс
	етодолак	Lodine
	ібупрофен	Advil Motrin
	мелоксикам	Mobic
	напроксен	Aleve
	піроксикам	Feldene
	сальсалат	
Знеболюючі та жарознижуючі препарати	ацетамінофен (АПАП)	Тайленол (Tylenol)
Опіоїдні анальгетики	кодеїн	Tylenol #3
	кодеїн + ацетамінофен	
	фентаніл	Fentanyl пластрин трансдермальний
	гідрокодон + ацетамінофен	Vicodin Norco Lortab Lorcet
	гідроморфон	Dilaudid
	метадон	
	морфін	MS Contin
	оксикодон	Oxycontin
	оксикодон + ацетамінофен	Percocet
	оксиморфон	Opana
	Опіоїди та антидепресанти	трамадол
баклофен		
циклобензаприн		Flexeril
метокарбамол		Robaxin
тизанідин		Zanaflex
Місцеві знеболюючі (анестетики)	капсаїциновий крем / пластрин	
	диклофенак гель	Вольтарен (Voltaren)
	лідокаїн гель/крем/мазь/пластрин	Lidoderm
	ментол-метилсаліцилатний крем	
	Допоміжні анальгетики: протисудомні препарати	карбамазепін
габапентин		Нейронтин (Neurontin)
прегаблін		Лірика (Lyrica)
топірамат		Топамакс (Topamax)
ламотриджин		Ламіктал (Lamictal)
Допоміжні анальгетики: антидепресанти	амітриптилін	Elavil
	дулоксетин	Сімбалта (Cymbalta)
	нортриптилін	Pamelor
	венлафаксин	Effexor
Препарати від головного болю	бутальбітал + ацетамінофен + кофеїн	Fioricet
	різатриптан	Maxalt
	суматриптан	Imitrex
	золмітриптан	Зоміг (Zomig)

Інвазивні методи лікування хронічного болю

Епідуральні стероїдні ін'єкції. Епідуральні стероїдні ін'єкції використовуються при скаргах на біль у спині, пов'язаних із такими станами, як спінальний стеноз або грижа міжхребцевого диску. Епідуральні стероїдні ін'єкції включають комбінацію кортикостероїдів з місцевим анестетиком, яка вводиться в епідуральний простір навколо спинномозкових нервів. Процедуру можна проводити за допомогою флюороскопії або рентгена. Ефект від ін'єкції триває від тижня до півроку.

Лікувальна блокада. Лікувальні блокади (блокади нервів) застосовується при болях у шиї, спині, стопах або навіть голові. Під час процедури препарат, який може включати місцевий анестетик і адреналін з кортикостероїдами та / або опіоїдами, вводиться безпосередньо в групу нервів, пов'язаних з повідомленим болем. Лікувальні блокади можна використовувати для лікування больових станів, для визначення джерел болю або для оцінки переваг методів лікування, що приносять більш довготривалі результати, таких як хірургічне втручання.

Ін'єкційна терапія тригерних зон. Ін'єкційна терапія тригерних зон використовуються для усунення тригерних точок, в яких утворюються ущільнення при гіпертонусі м'язів. Терапія застосовується для багатьох груп м'язів, починаючи від м'язів рук, ніг, попереку та шиї, і найчастіше використовується для лікування фіброміалгії та головного болю напруги. Ін'єкція містить місцевий анестетик, який може комбінуватись з кортикостероїдами.

Ін'єкції (блокади) міжхребцевих фасеткових суглобів. Такі ін'єкції використовуються у випадках, коли хронічний біль у шиї або спині викликаний запаленням міжхребцевих фасеткових суглобів, які розташовані вздовж хребта від шиї до куприка. Суміш місцевого анестетика та кортикостероїдів вводять у фасетковий суглоб для зменшення набряку та запалення навколо нього.

Радіочастотна абляція. Радіочастотна абляція (РЧА) використовується для лікування гострого хронічного болю в попереку. Радіочастотні хвилі генерують тепло на конкретно визначених ділянках нервів, що оточують фасеткові суглоби в поперековому відділі хребта, піддаючи нерви абляції та руйнуючи їх здатність передавати сигнали болю. РЧА є амбулаторною процедурою з використанням місцевої анестезії. Хоча процедура може полегшити біль, у більшості пацієнтів нерви відновлюються.

Ін'єкції ботулотоксину (торгова марка: Botox). Ін'єкції ботулотоксину зазвичай використовуються для полегшення частого головного болю при мігрені. У 2010 році ботокс отримав схвалення Управління контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів США (FDA) як засіб для лікування хронічної мігрені.

Метод електростимуляції задніх стовпів спинного мозку. Електростимуляція задніх стовпів спинного мозку найчастіше застосовується для пацієнтів з діагнозом "синдром невдало оперованого хребта" (див. визначення в розділі "Хірургія" нижче). Метод електростимуляції відбувається за використанням електростимуляторів, які включають електроди, імплантовані в епідуральний простір, генератор електричних імпульсів, імплантований в нижню задню частину черевної порожнини, з'єднувальні дроти з генератором і пульт дистанційного керування електрогенератором.

Інtrateкальний насос. Інtrateкальний насос — імплантований пристрій, який доставляє знеболюючі препарати безпосередньо в спинномозкову рідину. З інtrateкальними насосами часто використовуються такі препарати, як баклофен або морфін. Насоси здатні доставляти лікарські засоби у більших дозах, ніж це можливо при пероральному прийомі.

Хірургічне втручання. Хірургічне втручання може бути запропоноване для різних локалізацій болю, таких як біль у спині, шиї, коліні, плечі або гоміліці. Хірургічне втручання при

хронічному болю зазвичай розглядається лише після невдачі консервативних методів лікування або у разі його необхідності з медичної точки зору.

Особи, які перенесли одну або кілька невдалих операцій на спині, можуть отримати діагноз "синдром невдало оперованого хребта". Причини невдалої операції можуть бути різними, однак її результати можуть призвести до розчарування та недовіри до медичних працівників, посилення депресії та посилення суб'єктивного сприйняття недієздатності (Onesti, 2004).

Неінвазивні методи лікування хронічного болю

Фізіотерапія та лікувальна фізкультура. При хронічному болю звичайним явищем є зменшення рухів тіла, що може бути пов'язано зі страхом болю або повторного ушкодження, яке часто призводить до фізичної дезадаптації і, згодом, посилення болю. Фізіотерапія та лікувальна фізкультура (ЛФК) є невід'ємною частиною боротьби з хронічним болем, оскільки вони допомагають покращити фізичний стан та життєдіяльність. Фізіотерапія та ЛФК включають в себе набір технік, таких як вправи на розтяжку, вправи на зміцнення та техніки поетапних вправ, наприклад, заняття в лікувальному басейні або на велотренажері, на додаток до ряду паліативних методів лікування, таких як маніпуляції на хребті та ультразвук.

Тепло-холод терапія. Застосування холоду і тепла часто використовується у лікуванні хронічного болю. Холод і тепло можуть знижувати чутливість до болю і забезпечувати конкуруючу сенсорну дію центральної нервової системи, що може призвести до зменшення больових відчуттів.

Транскутанна (черезшкірна) електрична стимуляція нервів (TENS). Пристрої TENS стимулюють нерви за допомогою слабого електричного струму. Електричний струм недостатньо сильний, щоб викликати скорочення м'язів, однак вважається, що він перешкоджає передачі больових сигналів до мозку. На шкіру накладають електроди, а на пацієнті фіксують пристрій, що працює від батарейок. При використанні апарату TENS хірургічні процедури не проводяться.

Додаткові та альтернативні методи лікування

Хіропрактика. Цей метод лікування в першу чергу зосереджений на корекції хребців або інших ділянок суглобів. Маніпуляції зі хребтом або суглобами включають динамічний поштовх, який викликає відчутне розслаблення м'язів і збільшує діапазон їх руху. Хіропрактика може також включати масаж м'яких тканин, силові тренування, "сухе" голковколювання, функціональну електричну стимуляцію, витягування (тракцію) хребта та рекомендації щодо харчування.

Акупунктура. Акупунктура — лікувальний метод, який передбачає введення голок в акупунктурні точки на шкірі з метою полегшення болю. Акупунктура дає фізіологічні ефекти, які мають відношення до знеболювання; однак даних щодо механізму впливу акупунктури на хронічний біль бракує (Vickers, Cronin, et al., 2012).

Йога / Тай-Чі. Йога і Тай-Чі можуть стати джерелом поетапних фізичних вправ у поєднанні з розслабленням для зменшення хронічного болю.

Біологічний зворотний зв'язок. Біологічний зворотний зв'язок (Biofeedback) передбачає отримання більшої обізнаності про фізіологічні функції або процеси, такі як м'язовий тонус, провідність шкіри, частота серцевих скорочень або мозкові хвилі. Поінформованість про різні фізіологічні процеси досягається завдяки використанню різноманітних пристроїв моніторингу, специфічних для конкретного процесу моніторингу, таких як електроміографія (ЕМГ) для вимірювання м'язової активності або електродермограф для реєстрації провідності або опору шкіри. Інформація про конкретний процес збирається, посилюється та відображається (подається назад) пацієнту, який потім використовує візуальний або слуховий зворотний зв'язок, щоб отримати контроль над цільовою поведінкою. Біологічний зворотний зв'язок використовується для лікування різноманітних видів хронічного болю, але найчастіше використовується для лікування головного болю.

Техніки релаксації. Тренування розслаблення, яке можна проводити в рамках біологічного зворотного зв'язку, зосереджується на виявленні напруги в тілі та застосуванні систематичних прийомів для її зниження. Найпоширеніші техніки, які будуть детально описані далі в цьому посібнику, включають діафрагмальне (або глибоке) дихання, прогресуючу м'язову релаксацію та техніку візуалізації.

Обрані психологічні підходи

Оперантне обумовлення. Фордайс (Fordyce, 1976) ввів концепцію *больової поведінки*, що відзначило значний розвиток у розумінні та лікуванні хронічного болю, розглядаючи його з боку оперантного обумовлення, яке також називається інструментальним обумовленням. Больова поведінка стосується форм комунікації, які є видимими проявами болю та страждання, таких як стогін, стискання (кулаків / зубів), гримаси, зітхання або кульгання. Модель припускає, що підкріплення такої поведінки, часто тими, хто перебуває в соціальному оточенні, може призвести до утримування суб'єктивних повідомлень про біль і посилення суб'єктивного сприйняття неідеальності.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). КПТ допомагає людям вирішувати проблеми, пов'язані з неадаптивними емоціями, поведінкою та думками, за допомогою цілеспрямованого, систематичного процесу. Хоча спершу вона використовувалась для лікування людей з депресією та тривожними розладами, терапію застосовують при ряді інших розладів, від безсоння до зловживання психоактивними речовинами. Оскільки цей посібник зосереджено на когнітивно-поведінковій терапії у лікуванні хронічного болю (КПТ-ХрБ), більш детальний огляд наведено в наступному розділі (Історія, складові й обґрунтування).

Терапія прийняття та прихильності (ACT = acceptance and commitment therapy). Терапія прийняття та прихильності (ACT: Hayes et al., 1999) — форма терапії, заснована на прийнятті та усвідомленні, що вчить пацієнтів спостерігати та приймати думки та почуття без оцінки та намагання їх змінити. Вона зосереджена на визначенні основних цінностей і корегуванні поведінки відповідно до них. При лікуванні хронічного болю ACT підкреслює, що хоча фізичні відчуття можуть бути болючими, спроби пацієнта боротись з болем є причиною страждань і розладів емоційного стану (Dahl & Lundgren, 2006). Таким чином, мета терапії — розвинути більшу психологічну гнучкість при наявності думок, почуттів і поведінки, пов'язаних з болем.

Гіпнотерапія. При гіпнотерапії психотерапевт використовує сугестивні висловлювання для корегування уваги пацієнта і його абстрагування від болю. З метою зміни суб'єктивного відчуття болю часто використовується техніка глибокого дихання, однак існують значні відмінності в окремих техніках.

Медитація усвідомленості ("mindfulness"). Медитація усвідомленості — це ще один підхід, що поєднує елементи релаксації та гіпнотерапії, спрямований на підвищення концентрації уваги та полегшення розслаблення. Заснований на буддизмі Тхераваді, він прагне посилити саморегуляцію відносно того, що відбувається на даний момент, не надаючи значення негативним асоціаціям. У лікуванні болю головна мета медитації усвідомленості — відокремити відчуття болю від непотрібних думок.

Історія, складові й обґрунтування

Хронічний біль: історичний огляд

Тривалий час люди намагались зрозуміти та лікувати біль. Так у 17 столітті Рене Декарт припустив, що розум не здатний безпосередньо впливати на тіло. Його ідеї посприяли закріпленню одновимірного та спрощеного погляду на медицину, що зберігався протягом 19 століття. Хоча такий біомедичний підхід значно сприяв розвитку науки, він запропонував занадто спрощену концепцію болю. У 1894 році Максиміліан фон Фрей на основі ідей Декарта запропонував *теорію специфічності болю*, яка припускала, що за конкретні види болю відповідають специфічні сенсорні рецептори. Концепція теорії специфічності, яка є широко популярною навіть сьогодні, полягала в прямолінійності твердження, що фізична патологія та відчуття болю пов'язані між собою. Однак подальші досягнення у дослідженні взаємодії між фізіологічними та психологічними процесами у сприйнятті болю призвели до розвитку складніших теорій.

Можливо, найбільш новаторською була *теорія "контролю воріт"*, запропонована Патріком Воллом та Ронном Мелзаком 1965 році. Вона стверджувала, що спинний мозок містить неврологічні "ворота", які контролюють й пропускають сигнали болю до мозку. "Ворота" в мозку мають здатність як відкриватись, так і закриватись, що дозволяє звести до мінімуму або посилити відчуття болю шляхом впливу на певні подразники. Це підкреслило роль психосоціальних факторів у сприйнятті болю. Ця модель припускає, що біль є суб'єктивним переживанням, на яке впливають безліч факторів, таких як думки, почуття та поведінка. У 1999 році Мелзак сформулював *теорію нейроматриці*, об'єднавши теорію "контролю воріт" з моделями стресу (Selye, 1950; Selye, 1976). Ця теорія стверджує, що біль є багатовимірним досвідом, пов'язаним із початковою комбінацією нервових імпульсів, або *нейроматрицею*, на який згодом впливають такі фактори, як чуттєвий досвід та навчання. Хронічний біль порушує функціонування системи та може згодом стати хронічним стресором, потенційно вступаючи в непродуктивний цикл. Підкреслено важливий зв'язок між болем і стресом, а також необхідність зменшення напруги за допомогою різних технік, таких як релаксація, для подолання інтенсивності болю та розірвання циклу біль-стрес. Відповідно до цієї теорії, нейроматриця людини визначає її відчуття болю. Концепція *нейропластичності*, здатності нервової системи змінювати свою структуру та функції, може аналогічно стосуватися болю. Зміни, що відбуваються в мозку, можуть впливати на сенсибілізацію та модуляцію болю, що ймовірно частково пояснює постійний біль після об'єктивного зникнення стимулів.

Біопсихосоціальна модель на даний момент вважається найкращим методом концептуалізації, розуміння та лікування болю, попри розвиток інших теорій та моделей, які б включали як фізичні, так і психологічні аспекти хронічного болю (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Вона розглядає біль та інші хронічні захворювання через багатовимірну систему, що об'єднує взаємозв'язки між фізичними, психологічними та соціальними факторами, які можуть вплинути на розвиток та підтримку клінічної картини. При оцінці та виборі найбільш відповідного методу лікування болю слід враховувати безліч факторів, серед яких взаємозв'язок між анамнезом, емоційними факторами, сімейним статусом тощо.

КПТ у лікуванні хронічного болю: теоретичні складові

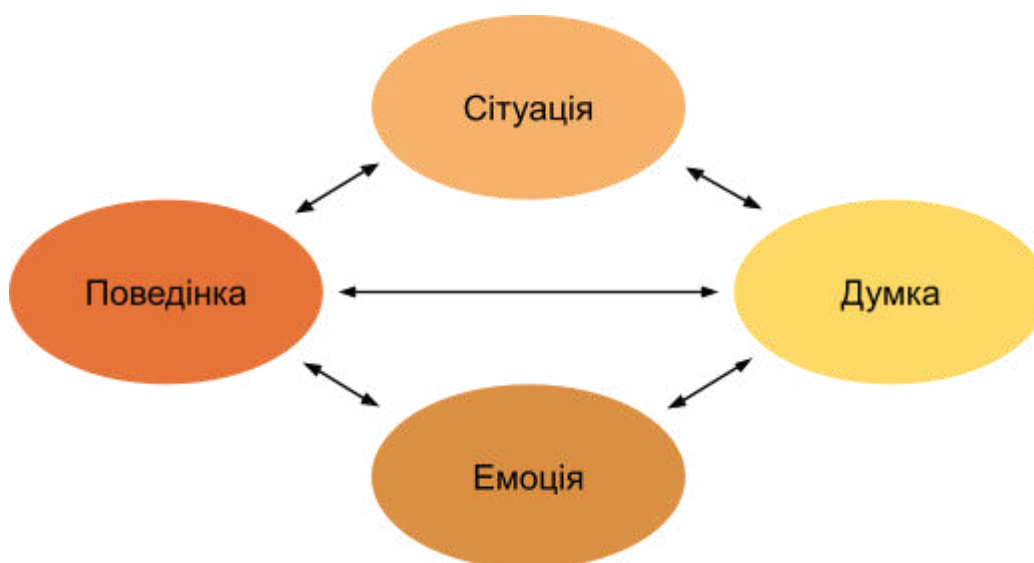
Для успішного застосування КПТ у лікуванні хронічного болю надзвичайно важливим є розуміння теорії, яка лежить в її основі або тісно пов'язана з нею. Зокрема, оцінка цієї структури допоможе психотерапевтам надати чітке обґрунтування кожної сесії, вирішити питання, що турбують ветерана та сформулювати терапевтичний альянс. У розділі представлено короткий опис КПТ, а також додаткову інформацію про біопсихосоціальну модель як найкращий евристичний підхід для концептуалізації хронічного болю.

Когнітивно-поведінкова терапія

Когнітивно-поведінкова терапія — один з провідних, науково обґрунтованих короткотривалих методів психотерапії, що передбачає використання систематичного підходу, спрямованого на досягнення мети. КПТ, яка спершу була розроблена для лікування депресії (Beck, 1967), успішно використовується для лікування різноманітних психічних і поведінкових розладів, включаючи тривожні розлади (Beck, Emery, & Greenberg, 1985), розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993) і біполярний розлад (Basco & Rush, 1996). Когнітивна поведінкова модель підкреслює нерозривний зв'язок між когнітивними процесами, емоціями та поведінкою. Оскільки всі ці фактори взаємодіють між собою, дезадаптивні реакції можуть стати причиною небажаних відчуттів для ветерана.

Нижче наведено візуальне представлення когнітивної поведінкової концептуалізації, адаптоване з Wenzel, Brown, & Karlin (2011):

Рисунок 2. Когнітивно-поведінкова концептуалізація



Як ілюструє діаграма, всі наведені фактори взаємодіють в обох напрямках. Зокрема, поведінка може впливати на думки і почуття людини, в той час як думки можуть визначати реакцію на певні ситуації та подальшу поведінку. Наприклад, людина встає з-за столу та відчуває біль в нозі (ситуація), одночасно з цим вона може відчувати зневіру і розчарування (емоції) та розмірковувати наступним чином: "Якщо я намагатимусь зробити будь-що сьогодні, біль буде посилюватись" (думки), що може призвести до того, що вона так і залишиться в кріслі-реклайнері та уникатиме руху до кінця дня (поведінка).

КПТ і хронічний біль

Модель КПТ-ХрБ розвинулася завдяки об'єднанню досягнень у сфері болю та психічного здоров'я. У 1970-х роках при лікуванні депресії та тривожних розладів приділяли значну увагу КПТ завдяки раннім та вагомим емпіричним результатам. Основний принцип полягав у тому, що людей засмучує не стільки те, що саме з ними відбувається, скільки їхня інтерпретація цих подій (Beck, 1976). З іншого боку, використання багатовимірних моделей болю впливало не лише на його вивчення, а й на роздуми про методи його лікування. Багатовимірні моделі болю підкреслили значну роль поведінки, пізнання та емоцій як важливих клінічних факторів впливу на людей з хронічним болем. Також у 1970-х роках з'явилася модель оперантного обумовлення хронічного болю Фордайса, яка укріпила роль психотерапевтичних втручань у сфері лікування хронічного болю. У книзі *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*, Turk et al. (1983), представлено вичерпний огляд літератури на теми КПТ у лікуванні болю. Також у праці надано терапевтичну модель КПТ-ХрБ, що пропонує емпірично підкріплену навчальну програму для людей, які страждають від болю. Програма стала значною практичною допомогою у сфері лікування хронічного болю завдяки навчанню корисним навичкам копінг-поведінки шляхом використання структурованого, обмеженого у часі методу, спрямованого на досягнення

поставлених цілей. Таким чином, когнітивно-поведінкова модель хронічного болю включала методи як когнітивно-поведінкових підходів до депресії та тривожних розладів, так і оперантно-поведінкової моделі хронічного болю для вирішення багатьох клінічних факторів за допомогою біопсихосоціальної моделі.

Біопсихосоціальна модель

Біопсихосоціальна модель, як правило, вважається найефективнішим підходом для розуміння відповідних клінічних факторів, пов'язаних із переживанням хронічного болю (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Взаємозв'язок між фізичними (біль), психологічними (когніції та афект), поведінковими та соціальними факторами впливу допомагає пояснити відмінність між людьми та їхнім сприйняттям болю.

Біопсихосоціальна модель була запропонована Джорджем Енгелем (George Engel, 1977), який висловив занепокоєння щодо обмеженості біомедичної моделі на основі свого досвіду роботи з пацієнтами. Саме тому він наголосив на необхідності розширення контексту, у якому розглядались медичні проблеми. Такі моделі, як теорія "контролю воріт", призвели до розширення розуміння впливу психосоціальних факторів, включаючи емоційний дистрес, які впливають на сприйняття медичних симптомів та реакцію на лікування. Модель, яка на сьогодні визнається найкращим способом концептуалізації та розуміння хронічного болю, визнає, що досвід болю кожної людини є унікальним через вплив різних фізіологічних, психологічних та соціальних факторів. Ці фактори можуть відігравати вирішальну роль у подальшому розвитку та підтримці хронічного захворювання. В доповнення цієї ідеї Loesser (1982) припустив, що, хоча *ноцицепція* та *біль* відіграють роль сигналів для центральної нервової системи, *страждання* та *больова поведінка* є реакціями, на які впливають індивідуальні відмінності.

У 2002 році Turk і Monarch визначили важливу відмінність у хронічному болевій між *захворюванням ("disease")* і *хворобою ("illness")*. Захворювання є окремою біологічною подією, тоді як хвороба залежить від суб'єктивного досвіду і, по суті, є відповіддю на захворювання. Оскільки хронічний біль, як правило, не можна вилікувати, а лише контролювати, його слід розглядати як хворобу. Біопсихосоціальний підхід добре взаємодіє з цією концептуалізацією, оскільки навіть за наявності ідентичних біологічних факторів психосоціальні фактори можуть вплинути на досвід і рекомендовані методи лікування болю.

Біопсихосоціальна модель передбачає необхідність більш обширного фокусу втручання, який виходить за рамки лікування захворювання й охоплює фактори, які сприяють розвитку хвороби (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Це призводить до іншого погляду на такі стани, як хронічний біль, оскільки стан людини та перебіг захворювання можуть змінюватися з часом. Біологічні фактори можуть спричиняти, підтримувати та модулювати фізичні симптоми, однак суб'єктивні уявлення людей про хворобу визначають те, як вони з нею справляються.

На малюнку нижче показано три різні, однак взаємопов'язані, фактори в межах біопсихосоціальної моделі.

Рисунок 3. Біопсихосоціальна модель здоров'я



Фактори, що впливають на відчуття болю

Наступний розділ підсумовує деякі з найважливіших психологічних, поведінкових і соціальних факторів, що впливають на хронічний біль. Хоча біологічні фактори є необхідними для розуміння фізичної основи болю, для цілей КПТ-ХрБ фокус буде зосереджено на думках, переконаннях, поведінці та соціальному середовищі пацієнта. Це дозволяє зосередитися на потенційно нездорових поведінкових тенденціях.

Психологічні фактори

Когніції. Негативні думки та переконання про біль можуть призвести до неефективного подолання, загострення болю, посилення страждань та неієздатності. Думки про біль є одним з найбільш прямих показників сприйняття хвороби пацієнтом, і тому не дивно, що значна кількість досліджень хронічного болю зосереджується на ролі пізнання у процесі та результатах його лікування.

Катастрофізація. Катастрофічні думки або роздуми про найгірші наслідки є одними з найбільш проблематичних моделей мислення, пов'язаних з болем, що сприяють підвищенню інтенсивності болю, психологічного стресу та нездатності використовувати адаптивні копінг-стратегії. Думки на кшталт: "Мій біль ніколи не зникне" або "Немає нічого, що б полегшило мій біль", можуть значно заважати лікуванню. Однак хороша новина полягає в тому, що при використанні методів КПТ катастрофізація послаблюється (Hansen, Daykin, & Lamb, 2010; Turner, Mancl, & Aaron, 2006) і може бути одним з найбільш вагомих індикаторів результатів лікування.

Біль проти шкоди. Коли біль трактується як доказ подальшого пошкодження тканин, а не як постійна стабільна проблема, яка може покращитися, люди з хронічним болем повідомляють про вищу інтенсивність болю, незалежно від наявності фактичного пошкодження (Smith, Gracely, & Safer, 1998). Це переконання, одне з найважливіших серед пацієнтів з хронічним болем, також може призвести до зниження активності або бездіяльності.

Негативний афект. Зв'язок між болем і негативним афектом є складним і двонаправленим, оскільки люди з хронічним болем частіше страждають від депресивних і тривожних розладів (Baig et al., 2013; Kroenke et al., 2011). Проживання негативних емоцій може збільшити інтенсивність болю. Таким чином, комбінація негативного афекту з болем (або навпаки) може призвести до взаємного потенціювання їхніх ефектів.

Пошук відповідей. Неприйняття виявленої причини болю або неможливості її визначення може негативно вплинути на лікування. Віра в "загадковість" природи болю може призвести до

посилення дистресу та інтенсивності болю, що також може бути пов'язано з неодноразовими обстеженнями або проведенням інвазивних втручань (Williams & Thorn, 1989).

Самоефективність. Самоефективність належить до ще одного важливого та більш адаптивного переконання про біль. Вона відзначається у осіб, які переконані у можливості певного самоконтролю над болем. Поява цього фактору, як правило, спостерігається паралельно з покращенням ряду важливих наслідків болю (Turner, Mancl, & Aaron, 2006; Weitlauf, Cervone, Smith, & Wright, 2001).

Поведінкові фактори

Це спектр різних видів діяльності або пасивної поведінки, які пацієнт виконує з метою полегшення або подолання хронічного болю.

Пасивне подолання болю

Охоронна поведінка. Включає різноманітні види захисної поведінки, такі як кульгання або захист частини тіла в будь-який спосіб. Охоронна поведінка, подібно до інших видів больової поведінки, продовжується і після завершення загоєння та посилює суб'єктивне почуття недієздатності (Prkachin, 2007). Охоронна поведінка може призвести до вторинних проблем з іншими частинами тіла, де така компенсація вплинула на надання їм правильного положення.

Бездіяльність / Недостатня активність. Надмірна залежність від бездіяльності як стратегії подолання болю може призвести до зниження сили м'язів та загальної атрофії. Одним зі способів вирішення даної проблеми є чергування періодів праці та відпочинку, також відоме як *чергування навантаження*, яке детальніше описане в матеріалах четвертої сесії.

Активне подолання болю

Вправи та фізичне навантаження. Відповідні фізичні вправи та розтяжка можуть мати ряд переваг для людей з хронічним болем: скасувати наслідки втрати сили м'язів, підвищити їх тонус, зменшити ризики, пов'язані з ожирінням, і зменшити суб'єктивне сприйняття недієздатності. Вправи також можуть призвести до підвищення рівня витривалості та залученості до корисних і приємних занять.

Надмірна активність. Для деяких людей надмірна активність може бути такою ж проблемою, як і її уникнення (Andrews, Strong, & Meredith, 2012). Такі люди зазвичай повністю ігнорують біль, й виконують роботу, що передбачає надмірне для них фізичне навантаження, таку як стрижка газону або фарбування будинку. Гіперактивність може призвести до таких негативних наслідків, як посилення болю та обмеження дієздатності протягом певного періоду часу. З цієї причини для подолання болю рекомендується чергування навантаження.

Інші методи подолання болю

Дозована стимуляція. Дозована стимуляція — це практика залучення пацієнта до відповідного рівня фізичної активності без істотного посилення болю (Gill & Brown, 2009). За умови використання розрахованого рівня збільшення активності, стимуляція може призвести до збільшення витривалості та зменшення частоти інтенсивних епізодів болю. Дозована стимуляція детальніше розглянута у протоколі 4-тої сесії КПТ-ХрБ.

Навчання релаксації. Методи релаксації мають на меті послаблення сприйняття болю (Henschke et al., 2010) і можуть покращити самоконтроль над болем (Laevsky, Pabst, Barrett, & Stanos, 2011; Persson, Veenhuizen, Zachrisson, & Gard, 2008). Техніки релаксації детальніше розглянуті у матеріалах 5 та 6 сесії.

Соціальні фактори

Турботлива близька людина. Це особа, яка дуже уважно реагує на біль або больову поведінку пацієнта (McCracken, 2005). Соціальна взаємодія з такою особою призводить до збільшення частоти повідомлень про біль, на відміну від іншої соціальної взаємодії, яка переключають увагу людини від болю на інші теми чи види діяльності й яка може призвести до посилення болю або збільшення кількості повідомлень про недієздатність (Fillingim, Doleys, Edwards & Lowery, 2003).

Караючі реакції на біль. Караючі реакції включають гнів або ігнорування скарг пацієнта з боку іншої людини й спрямовані на обмеження вираження ним болю (McCracken, 2005). Деякі потенційні наслідки таких реакцій включають драматичні (гучні) вираження свого болю в намаганні “бути почутими” або, навпаки, неможливість висловлювати свої емоції щодо цього, що може призвести до стоїчного чи покірного ставлення до нього.

Цикл хронічного болю

Оскільки хронічний біль впливає на різні аспекти повсякденної діяльності та сфери життя, цикл хронічного болю допомагає зрозуміти процес і етапи в їх розвитку у часі. Як показано на схемі нижче, поява хронічного болю часто призводить до зниження активності, що в свою чергу призводить до порушень фізичного здоров'я, таких як атрофія м'язів. Під час боротьби з хронічним болем також можуть виникати негативні думки (“Я не в змозі нічого робити, коли в мене такий біль”) і емоції (розчарування та депресія). Ці фактори посилюють спроби уникнення соціальної взаємодії з членами сім'ї та друзями, а також усього, що пов'язано з рухом, оскільки під час цього людина відчуває біль. Комбінація цих факторів призводить до посилення стресових переживань і обмеження дієздатності, що в свою чергу призводить до посилення болю. Дана схема використовується під час 2-гої сесії КПТ-ХрБ для обговорення впливу хронічного болю на життя ветеранів, більшість з яких легко розпізнають даний цикл, опираючись на власний досвід. КПТ-ХрБ допомагає ветеранам вийти з замкненого кола хронічного болю.

Рисунок 4. Цикл хронічного болю

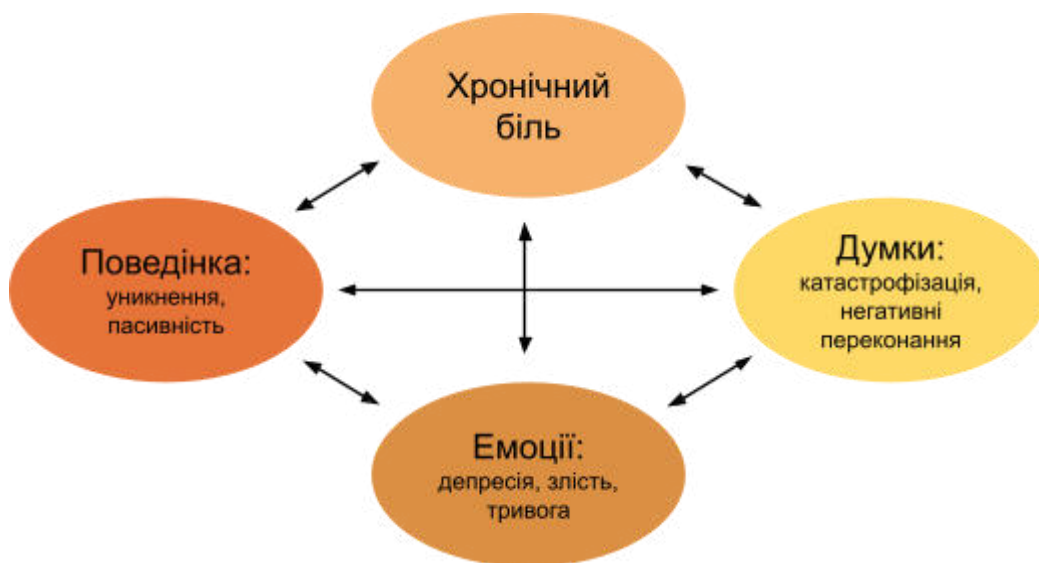


КПТ у лікуванні хронічного болю: психотерапія

Основною метою КПТ-ХрБ є покращення дієздатності та якості життя людини. Це відрізняє КПТ-ХрБ від традиційної психотерапії, спрямованої на зменшення психологічних симптомів, що виникають внаслідок конкретних розладів. Спільним для всіх ветеранів, які беруть участь у психотерапії, буде наявність хронічного болю та його негативного впливу на їхнє життя. Вирішальне значення має увага до психологічних і психосоціальних факторів, які впливають на біль, оскільки це може допомогти модулювати переживання і тяжкість самого болю, а також максимізувати користь від усіх видів лікування, включаючи КПТ-ХрБ.

Наступний рисунок представляє когнітивно-поведінкову модель та взаємодію між клінічними факторами в контексті біопсихосоціального розуміння болю. Зображені нижче взаємозв'язки між думками, емоціями та поведінкою містяться в більшості когнітивно-поведінкових моделей, тоді як модель, наведена в Рис. 5, додатково включає й хронічний біль. Розміщення болю вгорі схеми відображає його основну, але й двонаправлену, роль щодо всіх інших зазначених факторів.

Рисунок 5. Модель КПТ-ХрБ



Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю зосереджується на тому, щоб допомогти ветеранам змінити свої думки та поведінку, пов'язані з хронічним болем, шляхом розвитку різноманітних адаптивних навичок подолання болю для формування сильного відчуття самоконтролю над болем і його впливом на їхнє життя. Поведінковий досвід допомагає показати пацієнтам, що вони здатні на більше у фізичному плані, ніж вважали раніше, і що такі досягнення можуть призвести до повернення приємних відчуттів. Усунення негативних моделей мислення, таких як катастрофізація, може допомогти пацієнтам розглядати свої переживання більш збалансовано, що в свою чергу позитивно вплине на настрій. КПТ-ХрБ спрямована на покращення реакції ветеранів на переживання хронічного болю, мінімізуючи таким чином негативний вплив на їхнє життя. Хоча результатом терапії, в ідеалі, є зниження інтенсивності болю, основна увага приділяється послабленню негативних переживань, пов'язаних з ним.

КПТ-ХрБ: Емпіричне обґрунтування

У цьому розділі детально розглядається емпіричне обґрунтування КПТ у лікуванні хронічного болю. Зокрема, увагу зосереджено на останніх і більш віддалених результатах метааналізу, які використовуються для подальшого обґрунтування чималих успіхів застосування даного виду психотерапії за останні 30 років, нещодавньому обґрунтуванні використання КПТ у лікуванні хронічного болю під час великих рандомізованих досліджень та аналізу медіації, які висвітлюють важливі клінічні цілі КПТ.

Результати метааналізу

Morley, Williams та Eccleston (1999) завершили систематичний огляд та мета-аналіз рандомізованих контрольованих досліджень КПТ у лікуванні хронічного болю у дорослих (за винятком головного болю). У огляді було визначено 25 клінічних випробувань, що мали на меті дати відповідь на два основні запитання: (а) Чи є КПТ (включаючи поведінкову терапію та біологічний зворотний зв'язок) ефективним методом лікування хронічного болю (кращим за відсутність лікування)? (б) Чи є КПТ кращим методом, ніж альтернативні інтенсивні методи лікування? Автори оцінили вищезазначені питання шляхом порівняння середніх показників лікування (розмірів ефекту) різних досліджень та різні умови лікування в межах цих досліджень. Автори дійшли висновку, що інтенсивні методи психотерапії, засновані на принципах КПТ, є ефективними щодо контрольних умов за списком очікування, й призвели до значних та ефективних змін в переживанні болю, настрої/ афекту, когнітивному подоланні, больовій поведінці, рівнях активності та ролевому функціонуванні. Коли методи КПТ порівнювали з активними контрольними умовами, розмір ефектів був меншим і обмежувався результатами, пов'язаними з переживанням болю, подоланням і ролевим соціальним функціонуванням. Загалом, автори дійшли висновку, що розглянуті дослідження надали хороші докази ефективності КПТ у лікуванні хронічного болю.

Hoffman, Papas, Chatkoff і Kerns (2007) нещодавно провели метааналіз КПТ для осіб з хронічним болем у попереку. Метою аналізу була оцінка відносної ефективності амбулаторної психотерапії у дорослих із хронічним болем, не пов'язаним з онкологічними захворюваннями. Розглянуті види психотерапії включали КПТ, способи саморегуляції (біологічний зворотний зв'язок, релаксацію або гіпноз), поведінкову терапію та підтримуюче психологічне консультування. Всього було обрано 22 дослідження для порівняння, які включали дослідження психотерапії у лікуванні хронічного болю, яка застосовується як при комплексному лікуванні, так і як окремо. В обох випадках аналіз обґрунтував застосування психотерапії, включаючи КПТ. Позитивні ефекти психотерапії визначались для інтенсивності болю, порушень, пов'язаних з болем, якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, та депресії. Особливу ефективність показали КПТ та методи саморегуляції.

Останні великі рандомізовані контрольовані дослідження

Turner, Mancl та Aaron (2006) оцінили короткострокові та довгострокові ефекти КПТ у лікуванні хронічних розладів скронево-нижньощелепних суглобів. У дослідженні пацієнтів розподілили випадковим чином на контрольну групу, що проходила 4 сесії КПТ (n = 78) та групу, що мала 4 сесії з навчання щодо лікування таких розладів. Розлади скронево-нижньощелепних суглобів включають порушення функціонування скронево-нижньощелепних суглобів, жувальних м'язів та пов'язаних з ними структур, загальними симптомами яких є біль, обмеження рухомості щелепи та так звані "клацання" скронево-нижньощелепних суглобів (Mimitroulis, 1998). Пацієнти з розладами скронево-нижньощелепних суглобів схожі на більшість пацієнтів з хронічним болем з точки зору часових рамок проблеми, наявності психосоціальної дисфункції та слабкими реакціями на лікування (Dworkin, 1995). Особи, рандомізовані для КПТ, проходили 4 індивідуальні сесії психотерапії раз на два тижні протягом 8 тижнів, зосереджуючись на психологічних аспектах болю, подоланні негативних думок про біль, релаксації та інших методах КПТ для боротьби із загостренням болю. Особи, рандомізовані для групи з навчання лікування розладів, проходили 4 індивідуальні сесії раз на два тижні, дотримуючись структурованої програми навчання, включаючи інформування про розлади скронево-нижньощелепних суглобів, знеболюючі препарати, консультації з медичними працівниками та прийняття рішень щодо лікування. Під час 12-місячного спостереження пацієнти, які були рандомізовані для проходження КПТ, порівняно з пацієнтами іншої контрольної групи, повідомляли про відсутність болю у 3 рази частіше (35% проти 13%), майже вдвічі частіше (50% проти 29%) про клінічно значуще покращення, а також покращення функціонування суглобів щелепи та прогрес у подоланні депресії.

Lamb та його колеги (2010) оцінили ефективність групової когнітивно-поведінкової терапії у людей з болем у попереку в умовах первинної медичної допомоги. У дослідженні взяли участь

701 дорослих пацієнтів з 56 окремих закладів первинної медичної допомоги в Англії. Усі учасники пройшли консультацію з фізіотерапевтом, що включала рекомендації щодо вправ. Після чого учасники були рандомізовані й розподілені на дві контрольні групи: учасники однієї групи проходили 6 сесій групової КПТ, іншої — не мали подальшого лікування. Сесії КПТ передбачали виявлення та протидію негативним автоматичним думкам, стимуляцію, покрокове навантаження, релаксацію та інші методи КПТ. Під час 12-місячного спостереження пацієнти, рандомізовані для проходження КПТ, повідомляли про значно нижчі рівні обмеження дієздатності та болю та більше задоволення результатами лікування. На додаток до підтвердження клінічної ефективності КПТ, це дослідження показало, що даний метод лікування болю був як ефективним, так і економічним.

Аналіз медіації

Наведені вище дослідження в цілому обґрунтовують ефективність КПТ у лікуванні хронічного болю. Аналіз медіації дозволяє перевірити теоретичні припущення щодо КПТ у процесі лікування та визначити клінічно значущі фактори, які призводять до покращення результатів пацієнтів. Кожне з трьох аналізів процесів у цьому розділі зосереджувався на дослідженні потенційних опосередкованих ефектів КПТ.

Smeets, Vlaeyen, Kester, and Knotterus (2006) досліджували вплив лікування, заснованого на різних теоріях, на катастрофізацію та внутрішній контроль болю, і чи опосередковують такі зміни результат лікування. Учасники цього дослідження включали 211 пацієнтів з хронічним болем у попереку, які були рандомізовані й розподілені на контрольні групи: фізичні методи лікування, КПТ, комбінація фізичних методів лікування та КПТ або список очікування. На додаток до оцінки потенційного опосередкованого ефекту катастрофізації, дослідження також оцінювало "внутрішній контроль болю", подібний до концепції самоконтролю над болем. Фізичні методи лікування включали аеробні тренування на велосипеді та досить складні тренування на розвиток сили та витривалості, які виконувались під контролем фізіотерапевта. Методи КПТ передбачали навчання з вирішення проблем, зосереджене на боротьбі з болем і форму стимулювання, відому як покрокове навантаження. Дослідження показало, що катастрофізація болю зменшилась у всіх трьох групах активного лікування (Фізичні методи лікування, КПТ, комбінована), в той час як у внутрішньому контролі болю відмінностей не було. Три групи інтенсивного лікування також повідомили про послаблення відчуття недієздатності та інтенсивності болю, на що значно вплинуло послаблення катастрофізації. Таким чином, не лише КПТ, але й фізичні методи лікування спричинили зміни у катастрофізації болю, що також сприяло загальному поліпшенню стану пацієнтів.

Turner, Holtzmann та Mancl (2007) досліджували терапевтичні механізми, що лежать в основі покращення стану у пацієнтів із розладами скронево-нижньощелепних суглобів, які проходили КПТ, шляхом проведення вторинного аналізу даних дослідження Turner (2006), описаного вище. Щоб вивчити це питання, у дослідженні було визначено змінні процесу, які покращилися в рамках контрольної групи КПТ, але не умови контролю уваги. Змінні, реакція яких була найбільш специфічною до втручання КПТ, були пізніше перевірені з метою визначення того, які змінні були найбільш прогнозованими для покращення функціонування пацієнтів протягом одного року спостереження. Було виявлено, що низка змінних реагує на КПТ та надає прогноз довгострокових результатів, однак найбільш значущі ефекти були визначені для самоконтролю болю та катастрофізації. Покращення самоконтролю над болем передбачило найбільший рівень покращення усіх результатів дослідження. Послаблення катастрофізації також передбачало ряд результатів, хоча загальний вплив цієї змінної був меншим. Нарешті, автори не виявили, що опосередковані результати залежали від конкретних типів пацієнтів, а натомість, схоже, були послідовними для різних пацієнтів.

У дослідженні Hansen та його колег (2010), описаному вище, також було проведено медіаційний аналіз для допомоги у поясненні сприятливого впливу КПТ на пацієнтів із болем у попереку. Медіаційний аналіз у цьому дослідженні насамперед зосереджувався на концепціях самоефективності подолання болю та страху болю. Медіаційний аналіз у цьому дослідженні був не таким складним, як два інших дослідження, оскільки до критеріїв опосередкування належали лише покращення змінних у контрольній групі КПТ. Послаблення страху болю та підвищення

самоефективності подолання болю були визначені для 3-місячних результатів дослідження при порівнянні КПТ з контрольною групою, і ці відмінності зберігалися протягом 12-місячного спостереження.

Нещодавні дослідження Burns та його колег та Kerns та колег (Burns et al., на етапі друку; Kerns et al., на етапі друку) містять результати рандомізованого контрольованого дослідження КПТ у лікуванні ветеранів з болем в попереку, яке було зосереджено на побажаннях пацієнтів щодо навчання конкретних навичок подолання болю. У ньому використовувалися стратегії мотиваційного інтерв'ювання (MI) для сприяння залучення та участі в лікуванні, а також для посилення дотримання рекомендацій психотерапевта щодо практики розвитку навичок подолання болю. Хоча спеціально розроблений метод лікування не показав більшу ефективність порівняно зі "стандартною КПТ", більший обсяг практики розвитку навичок подолання болю пов'язують з покращенням результатів незалежно від лікування (Kerns et al., на етапі друку). Пацієнти повідомляють про підвищену відданість навчання та прийняття підходу до самостійного контролю над болем на ранніх стадіях лікування, опосередковане суворим дотриманням рекомендацій та покращення результатів (Burns et al., на етапі друку). Цікаво, що повідомлення пацієнтів про міцність терапевтичного альянсу та очікування щодо лікування, які визначаються як загальні чи неспецифічні механізми змін, також були значною мірою пов'язані з суворим дотриманням рекомендацій та результатами. Разом ці результати спонукають психотерапевтів до побудови міцного терапевтичного альянсу та заохочення формування позитивних очікувань від лікування, а також запровадженню підходу до самоконтролю болю на початкових етапах лікування.

Короткий виклад отриманих результатів

Метааналітичний аналіз показує, що КПТ у лікуванні хронічного болю має сталий досвід покращення різноманітних результатів пацієнтів. Останні великі рандомізовані контрольні дослідження доповнюють ці результати. Нещодавні дослідження процесів показують, що КПТ, ймовірно, працює так, як очікувалося, допомагаючи зменшувати негативні відчуття та посилювати віру в покращення контролю над болем. Однак залишається недостатньо зрозумілим ступінь впливу на визначені процеси змін окремих копінг-стратегій, таких як чергування навантаження, боротьба з негативними думками або релаксація. Останні дослідження також підтверджують важливість створення міцного терапевтичного альянсу та позитивних очікувань на початку лікування. З клінічної точки зору, дослідження свідчать про необхідність прислухатися до важливих індикаторів змін. Наприклад, покращення самоконтролю болю може бути очевидним за умови наявності таких повідомлень, як "Я просто відчуваю, що маю більший контроль над болем" або "мені здається, що мій біль можна легше контролювати". Послаблення катастрофізації болю може бути більш очевидним через відсутність або зменшення висловлювань на кшталт: "мій біль ніколи не зникне" або "я просто не можу це більше терпіти". Демонстрація поваги до повідомлень пацієнтів про біль та його вплив, а також проблеми когнітивних і поведінкових змін ймовірно є центральними для встановлення міцних терапевтичних відносин, які є основою ефективною терапії.

Концептуалізація випадку

Концептуалізація випадку – це поступальний процес, який включає в себе інтеграцію інформації, яку психотерапевт отримує під час клінічного інтерв'ю, аналізу історій хвороби, клінічної оцінки, спостереження за поведінкою та інформації, отриманої від членів сім'ї ветерана та / або інших медичних фахівців. Психотерапевт використовує цю інформацію для формулювання гіпотези про проблеми ветерана та фактори, які підтримують ці проблеми. Концептуалізація випадку доповнюється з часом завдяки збору нової інформації.

Представлення клінічних випадків

РЕДЖІ

Реджі – 64-річний афроамериканець, ветеран війни у В'єтнамі, що страждає від двостороннього болю у стопі, спричиненого діабетичною нейропатією. Він також зазнає болю у колінних і над'яtkово-гомілкових суглобах. Лікар первинної медичної допомоги направив його на психотерапію, щоб допомогти краще впоратися з болем. 9 років тому у Реджі був діагностований діабет, але за останні 2 роки болісне поколювання та оніміння в ногах посилювались. Зараз він переважно веде малорухливий спосіб життя і проводить більшу частину дня перед телевізором у своєму кріслі-реклайнері. Хоча на момент встановлення діагнозу у нього вже була зайва вага, наразі Реджі страждає від морбідного ожиріння, набравши за останній рік 30 фунтів (прибл. 13,6 кг). Його лікуючий лікар зазначив, що Реджі не приймав знеболюючі ліки на постійній основі, і припинив фізіотерапію після одного сеансу, оскільки це призвело до посилення болю. Реджі відчуває розчарування та злість через недостатню рухливість і потребу у використанні ходунків під час ходьби на великі відстані. Реджі перебуває у шлюбі 35 років і описує свою дружину як "ангела"; однак він відчуває провину за те, що не може більше допомагати їй по дому та виконувати роботу на подвір'ї, і повідомляє, що "зривається" на неї через свій біль. Він хоче мати можливість грати зі своїми онуками та бути більш активним прихожанином церкви, однак останнім часом він навіть не відвідує службу через труднощі руху.

ШЕЙЛА

Шейла – 47-річна біла жінка, ветеран Національної гвардії США. Психолог Жіночого центру, який працює з нею над лікуванням ПТСР, вважає, що зосередженість Шейли на симптомах фіброміалгії впливає на її прогрес в психотерапії. Вона живе з болем протягом більшої частини останніх 10 років, однак фіброміалгію їй діагностували лише минулого року після багатьох років розчарувань і обстежень. Шейла працює дресирувальницею собак і скорочує кількість своїх клієнтів через труднощі з проведенням зустрічей до обіду та фізичного навантаження під час роботи. У неї є партнер, який підтримує її в лікуванні посттравматичного стресового стресу, але йому важко зрозуміти симптоми фіброміалгії, тож він часто розглядає хронічний біль Шейли як зручний "привід" для того, щоб не працювати або не відвідувати різні заходи. Шейла усвідомлює, що якщо вона не зможе краще контролювати свій біль і супутні симптоми, вона може втратити роботу та стосунки з партнером. Її симптоми болю посилюються при загостренні симптомів ПТСР, однак вона з усіх сил намагається ефективно впоратися з проблемою, і почувається пригніченою та безпорадною.

ХУАН

Хуан – 29-річний білий латиноамериканець, ветеран Корпусу морської піхоти США та операції “Нескорена свобода”, що страждає від болю в попереку. Він був направлений клінічним соціальним працівником, який вважає, що поганий контроль над болем ускладнює його лікування через симптоми депресії. Скарги на біль у Хуана почалися 4 роки тому, коли він впав з вантажівки в Афганістані і пошкодив міжхребцевий диск в поперековому відділі хребта. Травма вимагала негайної операції з метою зменшення тиску на спинний мозок. Через рік після операції він вирішив зробити другу операцію з метою полегшення тривалого болю, однак вона не мала успіху. Відтоді Хуан ставав все більш пригніченим і дратівливим. Він пройшов підготовку та навчання для роботи адміністратором комп’ютерної мережі, однак протягом останніх 2 років не міг працювати більше 6 місяців через проблеми з втомою та болем. Хуан живе зі своїми батьками, які занепокоєні через його настрій і загальний стан. Хуан проводить час з кількома “друзями” зі середньої школи, але ніколи не згадує про хронічний біль у спині чи депресію, і часто не приходять на зустрічі або не відповідає на текстові повідомлення від друзів. З цих причин, лікуючий лікар Хуана висловив стурбованість через збільшення його ваги, яка зараз знаходиться в межах легкого ожиріння.

Розгляд клінічного випадку

Під час концептуалізації випадку КПТ-ХрБ використання біопсихосоціальної структури дозволяє психотерапевту зосередитися на найбільш яскраво виражених аспектах проявів проблеми ветеранів. Для прикладу розглянемо випадок Реджі за допомогою наступної моделі. Слід завжди враховувати необхідність розгляду додаткових питань, а також потенційні наслідки лікування.

Біологічні фактори

- Двосторонній нейропатичний біль у стопі внаслідок цукрового діабету; біль у колінних і над'яtkово-гомiлкових суглобах
- Розгляньте вплив на рухливість
- Ожиріння і нещодавнє збільшення ваги
- Розгляньте призначення дієти на додаток до фізичних вправ
- Непослідовний прийом лікарських засобів
- Проінформуйте про проблему: необхідність належного розгляду питання

Психологічні фактори

- Розчарування і злість через обмеження
- Оцініть інші емоційні прояви та попередній досвід психологічної допомоги

Соціальні фактори

- Підтримка з боку дружини
- Оцініть можливий вплив турботи з боку близької людини
- Соціальна ізоляція і бездіяльність
- Релігійні переконання

Аналіз клінічного випадку психотерапевтом

Хронічний біль може бути надзвичайно стресовим станом, що викликає у пацієнтів труднощі, характерні саме для цієї проблеми. З цієї причини ветерани можуть мати ряд серйозних проблем і супутніх захворювань, які можуть ускладнювати їх клінічну оцінку та лікування. Цей розділ призначений для того, щоб допомогти психотерапевту краще зрозуміти досвід ветеранів, а також почуватися впевненіше у вирішенні складних ситуацій. Буде розглянуто кілька ключових тем, які можуть бути особливо складними для фахівців у сфері психічного здоров'я. Передбачення цих проблем і своєчасна підготовка до них допоможуть налагодити довірливі стосунки з ветераном. Матеріали для оцінки терапевтичного альянсу з пацієнтом, включені до посібника, також допоможуть психотерапевту оцінити стан робочих відносин з його пацієнтами.

Досвід хронічного болю

Ветерани, які борються з хронічним болем і супутніми функціональними розладами, часто звертаються до численних медичних працівників щодо свого стану. Вони можуть відчувати розчарування через те, що так і не отримали бажаної відповіді щодо етіології болю, або полегшення внаслідок лікування. Крім того, деякі ветерани відчують, ніби медпрацівники не "почули" їх належним чином. Ветерани можуть скаржитися на те, що лікарі просто "нав'язали" їм таблетки і не знайшли часу вислухати й зрозуміти їхні почуття. Вони також можуть відчувати, що з ними поводитися, ніби вони "божевільні", і що весь біль знаходиться лише у них в голові. Інші можуть відчувати, що їх несправедливо назвали "шукачами наркотиків", коли вони лише шукають спосіб покращити самопочуття.

Такі фактори можуть викликати у пацієнтів з хронічним болем недовіру щодо консультації з іншим медичним фахівцем. На першій сесії вони можуть висловити сумніви щодо ефективності рекомендацій, оскільки раніше зазнавали лише розчарування. Важливо пам'ятати, що ветеран скоріше за все зазнає як фізичних, так і емоційних страждань. У КПТ-ХрБ налагодження терапевтичного альянсу, як правило, найкраще досягається шляхом досягнення балансу між співчуттям і раціональним консультуванням, висловлення розуміння щодо проблем ветерана та створення безпечного для нього середовища, а завдяки проведенню освітньої роботи та надання чітких вказівок щодо найефективніших методів довгострокового лікування болю.

Специфічні теми

Хоча є багато проблем, які можуть виникнути під час лікування ветеранів із хронічним болем, розглядаються чотири характерні теми, які можуть перешкодити терапевтичному прогресу. У розділі представлені причини і способи їх виникнення під час сесій та пропозиції щодо можливого вирішення. Нижче наведено загальну предметну рубрику, опис основної проблеми та запропонований підхід до її вирішення.

Лікарські засоби

Проблема

Ветерани з хронічним болем можуть сильно зосереджуватись на медикаментозному лікуванні хронічного болю з цілком зрозумілих причин. Хоча це не завжди так, медпрепарати часто стають частиною повсякденного життя ветеранів, оскільки їх прийом часто належать до першочергового лікування. Крім того, біомедична модель, якої дотримуються багато медичних фахівців та пацієнтів, підкреслює роль лікарських засобів як спосіб "вирішення" більшості проблем.

Хоча використання лікарських препаратів виходить за рамки цього посібника, медичні працівники повинні знати, що частою проблемою, пов'язаною з прийомом медпрепаратів під час лікування людей з хронічним болем, є прийом опіоїдних анальгетиків. Опіоїди довгий час були основою фармакологічного лікування гострого больового синдрому та ракового болю, однак

вони стали все частіше використовуватись у лікуванні хронічного болю. Їх прийом пацієнтами із хронічним болем є предметом численних дискусій через можливі побічні ефекти, такі як седація, закреп, і можлива необхідність збільшення дози, пов'язаної з толерантністю, а також важливе питання смертності через передозування. Через ці та ряд інших проблем деякі ветерани, ймовірно, приймають рішення про зменшення або припинення прийому опіоїдних знеболювальних препаратів. Для певної групи людей це може стати причиною розчарування, тож дана потреба повинна перебувати в центрі уваги при лікуванні таких пацієнтів. Ветерани можуть побажати збільшити дозу або відновити використання опіоїдних анальгетиків, і можуть відчувати невдоволення при відмові їх прохання. Іноді вони можуть відчувати, ніби до них невинувато ставляться “як до наркомана”. Ветерани можуть вважати це особливо несправедливим, оскільки вони почали прийом препаратів за призначенням лікаря, і зараз відчувають, що медпрацівники трактують абсолютно інакше.

Акцент ветеранів на прийомі медпрепаратів може бути пов'язаний із більш загальним переконанням, що “повинно існувати щось”, що могло б зменшити їхній біль, і, можливо, вони просто ще не виявили це “щось”. Інші можуть бути більш конкретними і попросити про призначення класів лікарських засобів, доцільних на їхню думку, або навіть конкретний препарат, про який вони “почули” від іншого ветерана або члена сім'ї. Деякі можуть насправді повідомити, що вони спробували медпрепарати, які приймали їх друг або член сім'ї і виявили, що це “насправді допомогло”, тому вони просять призначити саме цей препарат. Деякі запити можуть бути результатом перегляду реклами фармацевтичної продукції.

З іншого боку, іноді ветерани навпаки можуть бути розчаровані через відчуття того, що медичні працівники “намагалися нав'язати їм таблетки”. Багато ветеранів скажуть, що вони “не люблять таблетки”, але відчувають себе дещо безпорадними, намагаючись визначити те, що ще вони могли б зробити для полегшення свого болю. Вони можуть бути відкриті для лікування, окрім прийому медпрепаратів, однак відчувати, що не мали достатньої можливості для вивчення альтернатив. Такі ветерани часто повідомляють медичним фахівцям, що вони не хочуть приймати велику кількість знеболювальних препаратів, щоб відрізнятись від тих колег-ветеранів, які прагнуть приймати знеболюючі препарати для покращення свого стану.

Підхід

Ключем до контролю над зосередженням уваги на медпрепаратах, що буде актуальним і в контексті багатьох інших питань, буде перенаправлення ветерана до інших медичних фахівців. Слід заохочувати ветеранів обговорювати всі проблеми зі своїми лікуючими лікарями, та, у випадку недостатнього вирішення проблеми, їх слід направляти за медичною допомогою. Надзвичайно корисно, коли психотерапевт та фахівець з первинної медичної допомоги надають однакову інформацію про ліки та представляють себе як команду, яка допомагає ветерану краще впоратися з хронічним болем. Спілкуючись із ветеранами, важливо спершу ретельно вислухати та спробувати зрозуміти їхні розчарування. Хоча вони можуть говорити виключно про прийом лікарських засобів, підтекстом часто є більш загальне розчарування неефективним лікуванням і навіть відчай у пошуках “зцілення”. У таких ситуаціях найефективнішим способом допомоги буде проведення психотерапевтом освітньої роботи про складну природу хронічного болю і необхідність комплексного підходу з метою його ефективнішого контролю. Заохочення ветеранів до зосередження на тому, що вони можуть контролювати — на власних реакціях та поведінці — часто приносить позитивні результати, як і нагадування про те, що КПТ-ХрБ зосереджується на різноманітних стратегіях самоконтролю, а не лише на ліках.

Також важливо нагадувати ветеранам, що ліки самі по собі не є рішенням, посилаючись на їх попередні повідомлення про поточну якість життя. Навіть якщо вони повідомляють про зниження інтенсивності болю під час прийому ліків, слід відзначити, що їх життєдіяльність не зазнала значних покращень або що вони перебувають у стані бездіяльності і седації через прийом препаратів. Також слід зазначити, що ліки, які можуть допомогти одній людині, не завжди допомагають іншій, оскільки кожна людина має різну фізіологію і реагує на медпрепарати по-різному. Для тих, хто вважає, що їм “нав'язували таблетки” як єдиний метод лікування, слід надати інформацію про ліки як основний інструмент для лікарів і про часто обмежені ресурси для призначення інших підходів до лікування болю. Однак зміщення уваги на КПТ-ХрБ як один із таких

ресурсів є позитивним переосмисленням ситуації. Врешті, завжди заохочуйте ветеранів говорити зі своїми лікуючими лікарями щодо запитань та проблем, які у них виникають. Висловіть розуміння щодо їх розчарування та запропонуйте КПТ-ХрБ як спосіб навчання навичкам, які вони можуть використовувати для сприяння прямому спілкуванню з лікарями та іншими фахівцями у галузі медицини.

Наступна розмова між Хуаном та його психотерапевтом ілюструє приклад розв'язання такої чутливої проблеми, з якою зіштовхуються ветерани:

Хуан: Я сьогодні дуже злий.

Психотерапевт: Чому?

Хуан: Мій лікар відмовився збільшувати дозу оксикодону, хоча поточна доза наразі просто не допомагає, як це було раніше. Мені потрібно щось, що допомогло б справитись з цим болем.

Психотерапевт: Ви висловлювали свої почуття та занепокоєння своєму лікарю?

Хуан: Так, але він просто каже, що ми вже збільшили дозу і вже не можемо це зробити. Однак я думаю, що підвищення дози могло б мені допомогти. Я не наркоман, але до мене ставляться як до наркомана, і це несправедливо.

Психотерапевт: Схоже, ви дуже розчаровані через це. Давайте спробуємо зосередитись на вашому стані і житті під час прийому медпрепаратів — ви сказали мені, що часто відчуваєте втому і біль, не можете виконувати свою роботу і навіть не зустрічаєтесь зі своїми друзями так часто, як звикли. Тож навіть із застосуванням ліків здається, що ви відчуваєте незадоволення власним життям та становищем.

Хуан: Це правда. Медикаменти знімають біль, але й роблять мене сонним і трохи загальмованим, тому я, як правило, дрімаю і взагалі не напружуюсь більшу частину часу.

Психотерапевт: Пам'ятайте, що ми намагаємось зосередитися на допомозі вам у поверненні до попереднього життя і навчитися навичкам, які допоможуть вам ефективніше керувати своїм болем самостійно, щоб вам не доводилося відчувати залежність від ліків. Ви сказали, що це те, що ви б хотіли досягнути, чи не так?

Хуан: Так. Мене просто дратує, що лікарі, здається, ніколи не слухають й не розуміють мене, коли я говорю їм про ліки.

Психотерапевт: Я розумію, і я закликаю вас продовжувати ділитися зі своїм лікарем своїми відчуттями щодо цього питання. Але біль — це складна проблема, яка торкнулася багатьох сфер вашого життя. Ми повинні бути чесними щодо цього й того факту, що ліки не вирішили ці проблеми за вас, а фактично дозволили вам відсторонитись від них. Ми хочемо зосередитися тут на тому, що ви фактично можете зробити, щоб повернути контроль над своїм життям і покращити його.

Хуан: Я розумію. Я хочу навчитися чомусь, що можна зробити для покращення свого стану і життя.

Медичні втручання / Пасивні методи лікування

Проблема

На додаток до ліків, люди з хронічним болем можуть бути зосереджені на пасивних методах лікування. В даному контексті "пасивний" визначається як те, що проводиться над пацієнтом без його безпосередньої активної участі. Прикладами такого втручання можуть бути хірургічні операції або ін'єкції. Хоча ці процедури можна вважати доцільними та часто ефективними для пацієнтів з хронічним болем, вони є лише одним із пунктів комплексного плану оптимального

лікування. Аналогічно, такі методи, як масаж, мануальна терапія або голковколювання, можуть бути корисними для боротьби з болем, однак за умови того, що вони є щонайбільше лише одним із компонентів лікування. Подібно до того, як медпрепарати іноді розглядаються ветеранами як “зцілення”, подібне ставлення деякі ветерани можуть мати й стосовно конкретної операції чи ін’єкції, розглядаючи їх як вирішення своєї проблеми. Коли люди покладають великі надії лише на конкретний метод лікування чи процедуру, рідко коли результат їх не розчарує. Найкращий план довгострокового лікування хронічного болю вимагає комплексного підходу.

Підхід

Рекомендується наголосити на перевагах активних методах лікування, що передбачають певний самоконтроль. Поясніть ветеранам, що якщо вони хочуть, щоб хтось був постійно присутнім для проведення пасивного медичного втручання для покращення їх стану, то можливості отримання негайної допомоги є обмеженими. Наприклад, якщо вони покладаються виключно на мануального терапевта, він не зможе їм допомогти при загостренні болю о 2 години ночі. Визнайте, що пасивні методи, такі як ін’єкції та голковколювання, можуть допомогти в боротьбі з болем та заохочуйте пацієнтів використовувати інші показані методи лікування; однак, їх застосування має бути збалансованим з використанням якомога більшої кількості інструментів для самоконтролю лікування. В цьому випадку слід використовувати такі фрази, як: “Чим більше інструментів для самоконтролю болю ви маєте, тим краще ви будете підготовлені до боротьби з ним”. Зосередьтеся на наголошенні на перевагах самоконтролю та необхідності використання всіх доступних варіантів для максимального комфорту.

Нестійкі або нечіткі скарги

Проблема

Деяким ветеранам із хронічним болем може бути простіше зосереджуватись на соматичних скаргах, ніж на скаргах щодо емоційного стану. Під час проходження ними КПТ-ХрБ можуть виникнути нові проблеми зі станом здоров’я. Наприклад, якщо спершу вони скаржились лише на біль у попереку, під час проходження терапії можуть почастішати обговорення проблеми головного болю або болю у кульшовому суглобі. Це може статися внаслідок послаблення первинного болю, оскільки більше уваги тепер зосереджено на інших частинах тіла. Можливо, у ветерана завжди був незначний біль у кульшовому суглобі, але оскільки біль у спині ослабився, увага змістилась на дискомфорт в стегновій області. Аналогічно, якщо раніше головний біль виникав нечасто і швидко проходив при прийомі ібупрофену, він може стати більш докучливим при послабленні болю в спині.

Іноді нова скарга не пов’язана з болем, а скоріше зосереджується на інших фізичних відчуттях, які можуть бути нечіткими або які важко визначити. Наприклад, ветерани можуть скаржитися на такі симптоми, як запаморочення, втома, нудота або нездужання, навіть у випадку, коли вони не зацікавлені в подальшій оцінці або розгляді цих проблем під час сесії.

Підхід

Коли фокус на локалізації болю змінюється, особливо після відзначення покращень у місці первинного болю, є кілька підходів, які можуть допомогти у таких ситуаціях. По-перше, може бути достатньо просто перенаправити увагу назад до первинного болю, наприклад, у спині, і відзначити позитивний результат боротьби з ним. Наприклад, якщо біль у попереку зменшився, але фокус перемістився на головний біль, висловіть похвалу за зусилля пацієнта та нагадайте йому про те, наскільки покращився стан спини з початку лікування. Для зміни вектора розмови може бути достатньо простого запитання на кшталт: “Здається, ваш біль у спині значно ослабився, чи не так?”. Інший варіант — нагадати ветеранам, що методи, яких вони навчилися й використовували для боротьби з болем у спині, наприклад, відволікання та релаксація, також корисні й при лікуванні болю, що має іншу локалізацію. Це дозволяє повторно зосередитися на набутих навичках і активних способах, які, як правило, будуть ефективними. Зауважимо, що нова скарга на біль повинна ретельно розглядатись медичним працівником. Також може виникнути

потреба у направленні ветеранів до їх лікуючого лікаря або спеціаліста з болю залежно від повідомлених симптомів та їх тяжкості.

Нечіткі скарги можна розглядати одним із наступних способів. Спершу визначте, чи потребує пацієнт додаткової медичної допомоги. Якщо вона не показана та / або пацієнт не зацікавлений в ній, один з підходів полягає у вислуховуванні скарги та її зникнення під час сесії. Подібно до того, як звернення уваги на больову поведінку може посилити негативне зосередження на болю, надмірна увага до таких скарг може мати зворотній ефект. Під час психотерапії та переході до нової теми, ветерани часто легко змінюють вектор розмови. Переключити їхню увагу можна наступними фразами: “Я знаю, що зараз ви перебуваєте в гармонії з відчуттями у своєму тілі, але іноді ефективніше відволіктися на щось більш позитивне”. З іншого боку, ігнорування нечітких скарг також може відлякати пацієнта. Наприклад, якщо ветеран скаржиться на “запаморочення” або “щось у цьому роді”, запитання щодо конкретних деталей про їх перебіг насправді може стати поштовхом для самостійної роботи над проблемою.

Резистентність

Проблема

Загальна несприятливість пацієнта до лікування хронічного болю може виникнути з кількох причин. Як згадувалось раніше, ветерани можуть відчувати недовіру до медичних фахівців через невдалий досвід лікування або переконання, що до них не прислухались в минулому. Можливо, вони були не згодні з рішенням щодо припинення прийому ліків і відчували обурення чи недовіру до лікарів. Деякі ветерани повідомляють, що вони не відкриті до лікування, тому що “перепробували все, і нічого не допомогло”. Врешті-решт, ветерани також можуть неоднозначно ставитися до змін з різних причин. Вони можуть бути не впевнені щодо активнішої ролі у власному лікуванні та зусиль, які необхідно буде докласти до цього. Також причина може полягати у наявності певної користі від ролі хворого у близької людини. Наприклад, у той час як ветеран міг взяти на себе роль неповносправної особи, дружина в свою чергу могла взяти на себе роль доглядача. Якщо обидва прив'язані до цих ролей у сім'ї, будь-які спроби психотерапевта заохотити пацієнта до змін можуть зазнати невдачі.

Підхід

Перш за все, проявіть емпатію та розуміння щодо попередніх труднощів із медичними працівниками. Знайдіть час, щоб вислухати і висловити щирі вибачення за їх розчарування. Нормалізація того, що багато людей з хронічним болем мають подібний досвід, може принести позитивні результати. У той же час може виникнути потреба у проведенні освітньої роботи щодо лікування болю в контексті минулого медичного втручання. Наприклад, розповісти ветерану про те, що, можливо, лікар використав усі доступні йому інструменти, для лікування болю, або, можливо, вніс зміни щодо прийому медпрепаратів через побоювання щодо небажаних побічних ефектів. Крім того, це ідеальний час для навчання природи хронічного болю шляхом обговорення ймовірного перебігу хвороби протягом усього життя та зосередженості на навчанні ефективних методів боротьби з ним, незважаючи на дискомфорт. Якщо ветерани припускають, що вони “спробували все”, описують низьку якість життя і висловлюють вагання щодо застосування інших методів лікування, “які, ймовірно, не допоможуть”, часто важливо задати питання: “Що ви можете втратити через застосування цих методів лікування? Ви спробували все інше і опинилися тут, тож, можливо, варто хоча б спробувати?” Використання інформації, яку надали ветерани, про свої поточні невдоволення через біль також можна використати для посилення мотивації.

Підхід

При проведенні КПТ-ХрБ ветеранам із хронічним болем важливо знайти терапевтичний баланс між емпатією та директивним спілкуванням. Хоча останнє спершу може викликати певні труднощі, набуття досвіду та розвиток професійних навичок призведе до більшої впевненості щодо рекомендацій КПТ-ХрБ та заохочення ветеранів до активнішої ролі у лікуванні болю. Хоча люди з хронічним болем можуть мати унікальні проблеми, вони є перспективною групою для

лікування. Надання інструментів КПТ-ХрБ для самоконтролю болю може допомогти ветеранам з хронічним болем покращити якість життя та загальне самопочуття.

Частина 2: Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні хронічного болю

Структура терапії

Когнітивно-поведінкова терапія при лікуванні хронічного болю складається з 12 сесій. У посібнику розглянуто загальну структуру, компоненти та цілі психотерапії. Крім того, обговорюються особи, які можуть отримати користь від КПТ-ХрБ, а також конкретна структура кожної окремої сесії.



Кому може допомогти терапія

Перш ніж обговорювати конкретні аспекти лікування, корисно розглянути, які ветерани можуть отримати найбільшу користь від даної програми КПТ-ХрБ.

Багатьом ветеранам із хронічним болем КПТ-ХрБ може допомогти. Як уже було розглянуто, зростає кількість літератури, що базується на досвіді застосування КПТ-ХрБ й надає докази її ефективності для великої кількості захворювань, пов'язаних з переживанням болю. Крім того, дані щодо конкретних протипоказань психотерапії, включаючи коморбідні легкі або помірні когнітивні або психічні розлади, відсутні. Пацієнтам із хронічним болем психологічне втручання зазвичай показано у випадках, коли:

Ветеран може отримати користь від набуття додаткових навичок копінг-поведінки для максимально можливого самоконтролю болю.

Ефективність лікування, призначеного ветерану, недостатня / відсутня.

Ветеран має негативну, перебільшену, емоційну або поведінкову реакцію на біль.

Наступні критерії включають інші рекомендації щодо відбору пацієнтів:

Ветеран має хронічний біль і відчуває пов'язані з ним порушення в різних сферах життя.

Ветеран не повідомляє про поточні та важливі симптоми психозу чи манії, які заважають дотримуватись структурованого змісту КПТ-ХрБ.

Ветеран має можливості займатися певною технікою фізичної реабілітації.

Цілі та завдання КПТ-ХрБ

Цілями КПТ-ХрБ є:

Зменшення негативного впливу болю на повсякденне життя

Поліпшення фізичного та емоційного здоров'я та стану

Підвищення ефективних навичок подолання болю

Зниження інтенсивності болю

КПТ-ХрБ зосереджується на покращенні загального стану та якості життя пацієнта шляхом зменшення інтенсивності болю та пов'язаних з ним розладів. Використання різних підходів до самоконтролю болю, передбачених цим планом психотерапії, допомагає ветеранам досягти найкращого можливого рівня життя, незважаючи на наявність хронічного болю, шляхом коригування думок і поведінки. Також КПТ-ХрБ передбачає визначенням ветераном індивідуальних цілей, які допоможуть мотивувати його після завершення терапії та позитивно впливати на успіх лікування. Детальніша інформація про встановлення індивідуальних цілей, їх обговорення та реалізацію під час лікування, подана в матеріалі 3-ї сесії.

Компоненти

КПТ-ХрБ можна умовно розділити на шість окремих взаємопов'язаних компонентів. Важливо пам'ятати, що хоча окреме застосування КПТ-ХрБ може бути ефективним, емпіричні дані та клінічна практика наполегливо заохочують до комплексного та комбінованого підходу до лікування болю. У рамках програми Управління охорони здоров'я ветеранів США це включає комунікацію з іншими медичними фахівцями, службами психічного здоров'я та реабілітації для координації надання допомоги. Детальніше інформація подана у матеріалах 1-ої сесії КПТ-ХрБ.

Проблема

Оцінка хронічного болю, як правило, включає перегляд анамнезу, клінічне інтерв'ю та проходження заходів клінічного оцінювання. Огляд історії хвороби пацієнта має вирішальне значення для оцінки психотерапевтом різних факторів, які можуть сприяти виникненню болю. Клінічне інтерв'ю дозволяє пацієнту розповісти свою історію болю та надати детальну інформацію про свій досвід, що також сприяє початку встановлення терапевтичного альянсу. Заходи клінічної оцінки можуть допомогти у визначенні конкретних областей, що потребують більшої клінічної уваги. Крім того, вони забезпечують емпіричну оцінку розладів на початку, в середині та в кінці процесу лікування, щоб допомогти спрямувати поточний догляд та оцінити прогрес.

Новий погляд на проблему болю

Реконцептуалізація допомагає пацієнту перейти від уявлення про біль як чисто сенсорного / біомедичного явища до ширшого розуміння болю. Цьому сприяють результати оцінки, які надають можливість переглянути різноманітні сфери життя та діяльності, на які впливає хронічний біль. Навчання триває протягом усього процесу лікування, оскільки ветерани дізнаються, як прийняття активних копінг-стратегій та зміни у фізичному чи емоційному стані впливають на біль.

Набуття навичок

Цей компонент КПТ передбачає навчання когнітивним і поведінковим навичкам, які можуть застосовуватись для зменшення впливу таких факторів, як негативне мислення або погіршення фізичного стану, на переживання хронічного болю. Цей процес починається з обґрунтування та опису навичок, які відпрацьовуються як під час, так і після сесії. Подальший огляд практики відточує навички та закріплює результати навчання.

Самостійне опрацювання

Навряд чи набуття навички призведе до її тривалого застосування, якщо її не опрацьовувати її поза сесіями терапії. Таке опрацювання також дозволяє виявити труднощі та шляхи ефективнішого впровадження набутих навичок. Враховуючи гетерогенність факторів, які сприяють хронічному болю у пацієнта, навички подолання болю, які виявляються найбільш корисними для конкретного пацієнта, часто "відкриваються" під час етапу самостійного опрацювання.

Узагальнення та підтримка

Узагальнення та підтримка навичок копінг-поведінки, отриманих під час КПТ, є результатом поєднання успішного навчання з боку ветерана та ефективного зворотного зв'язку від психотерапевта, що проводив КПТ. Успішне визначення ефективних навичок подолання може допомогти пацієнтам відчути підвищену впевненість у своїх силах під час самостійного контролю хронічного болю. Терапевти можуть посприяти цьому шляхом заохочення до щоденного застосування компонентів лікування та створення "гарних звичок" як основу для ефективного лікування болю.

Подальше спостереження

Багато видів психотерапії припускають, що пацієнти "втратили" нещодавно набуті навички копінг-поведінки і потенційно повертаються до попередніх способів вирішення проблем. Через це заходи КПТ часто включають компонент, який називають профілактикою рецидивів, посиляючись на поширене явище "рецидиву" й повернення до попередніх моделей поведінки. Для вирішення цієї потенційної проблеми, КПТ-ХрБ забезпечує структуру для ретельного планування завершення терапії, щоб передбачити потенційні проблеми, а також використання бустерних сесій. "Бустерна сесія", запланована приблизно через місяць після завершення терапії, може бути корисною для виявлення проблем, що виникають при самостійному використанні КПТ-ХрБ, і для перегляду раніше набутих навичок на основі потреб пацієнта.

Сесії КПТ-ХрБ

Рисунок 6. Структура сесії КПТ-ХрБ

1	Клінічна оцінка та інтерв'ю: клінічна оцінка болю та заходи оцінювання вихідного стану
2	Спрямованість КПТ-ХрБ: інформування про біль та ознайомлення з підходом КПТ-ХрБ до лікування хронічного болю
3	Зворотній зв'язок з оцінкою та встановленням цілей: клінічні прояви оцінки та планування цілей лікування
4	Вправи та чергування періодів праці та відпочинку: важливість руху та продуманого підходу до фізичних навантажень
5	Техніки релаксації: переваги та техніки релаксації
6	Приємні заняття 1: визначення змістовних приємних занять
7	Приємні заняття 2: виконання обраних приємних занять
8	Копінг-поведінка 1: усвідомлення автоматичних негативних думок та їх вплив на відчуття болю
9	Копінг-поведінка 2: відстеження та боротьба з автоматичними думкам
10	Гігієна сну: стратегії покращення сну попри біль
11	Завершення терапії: план на випадок загострення та перегляд навичок, набутих під час КПТ-ХрБ
12	Бустерна сесія: оцінка застосування навичок, набутих під час КПТ-ХрБ

Структура сесії

КПТ-ХрБ орієнтується на різні види поведінки та думок з метою покращення якості життя ветеранів із хронічним болем. Усі матеріали сесії, за винятком заходів оцінювання, включені до Додатках до цього посібника. Кожна сесія структурована таким чином, щоб важливий зміст був представлений пацієнту за умови наявності достатньої кількості часу для вирішення проблем або надання роз'яснень і рекомендацій. Точний зміст кожної сесії буде відрізнятися залежно від теми, одна більшість сесій має наступні завдання:

✓	Проведення оцінки за використанням шкали SUDS*
✓	Встановлення порядку денного
✓	Перегляд попередньої сесії
✓	Представлення змісту поточної сесії
✓	Обговорення домашнього завдання

* SUDS (Subjective Units of Distress Scale) – шкала суб'єктивних одиниць дискомфорту

Використання та обговорення шкали SUDS. Використання та обговорення шкали для оцінки рівня дискомфорту (SUDS) може досить швидко надати дані про настрої і стан ветерана на початку кожної сесії. Психотерапевти часто використовують результати SUDS для обговорення потенційних переваг або проблем, пов'язаних з навичками, представленими під час попередніх сесій психотерапії. Підвищення показників SUDS також може допомогти визначити потенційну необхідність включення додаткового пункту до порядку денного сесії.

Перегляд порядку денного сесії. Перегляд порядку денного сесії допомагає зорієнтувати ветерана щодо тем, які будуть висвітлені на сесії. Під час його обговорення важливо запитати ветерана, чи він має що додати до плану сесії, що дозволяє йому впливати на порядок денний і підкреслює спільний характер проведення КПТ-ХрБ. Незважаючи на те, що КПТ-ХрБ має чітку структуру, важливо розуміти, що можуть відбуватися події, які потребують обговорення, і які можуть призвести до коригування змісту конкретної сесії.

Перегляд питань та завдань попередньої сесії. Надання короткого огляду матеріалу, висвітленого на попередній сесії, допоможе створити відчуття безперервності сесій і дозволить ветерану за потреби задати питання, які його цікавлять. Надання відповідей на такі потенційні питання зміцнюють терапевтичний альянс та зменшують ймовірність неправильного тлумачення важливої інформації. Крім того, посилання на попередню сесію створює ідеальний момент для перегляду відпрацьованих навичок і виконання інших завдань між сесіями. Виконання домашнього завдання є важливим компонентом КПТ-ХрБ і служить для формування компетенцій у використанні адаптивних копінг-стратегій. Це також має підвищити почуття самоефективності ветеранів при контролі хронічного болю шляхом впровадження набутих навичок у "реальному житті".

Зразок запитань для переходу від попередньої до поточної сесії

- Чого ви навчилися з попередньої сесії?
- Який висновок ви зробили з попередньої сесії?
- Чи є у вас питання з попередньої сесії, які нам потрібно розглянути на цій сесії?
- Чи було щось, що турбувало вас з попередньої сесії?

Висвітлення тем сесії. Надайте ветерану чітке обґрунтування центральних тем кожної сесії КПТ-ХрБ. Перевірте розуміння тем шляхом з'ясування реакції ветерана на висвітлений матеріал. Завдяки обговоренню, яке включає активне слухання, підказки та підкріплення нових знань в комфортному середовищі підтримки та співпраці, ветеран здатен набути навички адаптивної копінг-стратегії.

Обговорення домашнього завдання. Після того, як нова тема була розглянута на сесії, важливо, щоб ветеран міг самостійно відпрацювати формування та втілення набутих навичок. Обговоріть з ним корисні напрямки для домашнього опрацювання. Важливо, щоб ветеран розумів потенційні переваги використання копінг-стратегії та її зв'язок з ефективнішою боротьбою з наслідками хронічного болю. Домашнє завдання слід обговорювати разом, щоб переконатися, що ветеран здатен його виконати.

Заключні міркування перед початком психотерапії

Під час початкової фази лікування слід зосередитись на встановленні довірливих стосунків з ветераном, оскільки міцний терапевтичний альянс є основою майбутньої співпраці. Це є особливо важливим для пацієнтів із хронічним болем, оскільки вони можуть відчувати, що медичні працівники їх не розуміють. Дайте ветерану зрозуміти, що його біль вважається саме таким, яким він його описує. Крім того, встановлений терапевтичний альянс допоможе як ветерану, так і психотерапевту працювати разом з метою найефективнішої реалізації стратегії КПТ-ХрБ.

У ветеранів виникне цілий ряд реакцій через направлення до лікаря з приводу їх болю. Хоча деякі можуть позитивно оцінити можливість розмови з фахівцем, інші можуть вважати це доказом того, що їх біль “несправжній” (наприклад, “Я не знаю, чому я тут, я не божевільний”). Оскільки їхня проблема є фізичною, ветерани можуть опиратись терапії або не розуміти причину їх звернення до когось ще, окрім лікаря. Нижче наведено приклад того, як психотерапевт може вирішити це на початковій сесії:

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Психотерапія: навіщо?

Деякі люди не розуміють, як саме психотерапевт може допомогти їм впоратися з болем. По-перше, дозвольте мені запевнити вас: я вірю, що ваше переживання болю є саме таким, яким ви його описуєте, і що він певним чином негативно впливає на ваше життя. Хронічний біль є складною проблемою, яку неможливо повністю вирішити за допомогою лише одного методу, наприклад, медичним втручанням. Моя роль полягає в тому, щоб допомогти вам знайти способи для ефективнішої боротьби з болем та зменшити його негативний вплив на ваше життя. Ми зосереджуємось не на пошуку “вилікування” чи “зцілення”, а на тому, щоб надати вам більше інструментів для контролю болю, що допоможе вам покращити якість життя.

Крім того, деякі ветерани можуть бути стурбовані тим, що консультації з психотерапевтом негативно вплинуть на доступ до послуг інших фахівців сфери охорони здоров'я, що допомагають їм справлятися з хронічним болем. Таких людей слід запевнити в тому, що психотерапія не створить перешкод для комунікації з іншими медпрацівниками. Крім того, поясніть, що терапія може сприяти ефективнішому догляду з боку фахівців інших сфер охорони здоров'я.

Структура терапії: план КПТ-ХрБ

Сесія 1: Клінічна оцінка та інтерв'ю

У центрі уваги першої сесії є первинне клінічне інтерв'ю, заходи оцінки стану пацієнта та контакт з лікуючим лікарем ветерана. Під час інтерв'ю ветерани можуть поділитися своєю історією хронічного болю та обговорити його вплив на їхнє життя. Інструменти оцінки використовуються для отримання даних, які доповнюють інформацію, отриману під час клінічного інтерв'ю. Нарешті, інформування лікуючих лікарів про КПТ-ХрБ та отримання їх підтримки є ключем до успішного процесу лікування. Початкова сесія встановлює перший контакт віч-на-віч з пацієнтом і є надзвичайно важливою для формування характеру на спрямованості подальшого лікування.

Сесія 1 План

✓	Провести клінічну бесіду
✓	Дати ветерану пройти повні заходи оцінки
✓	Обговорити наступну сесію
✓	Встановити контакт з лікуючим лікарем

Сесія 1 Матеріали

- Форма клінічного інтерв'ю КПТ-ХрБ
- Усі заходи оцінювання, окрім опитувальника для оцінки терапевтичного альянсу (WAI-SR)
- Контакти лікуючого лікаря

Клінічне інтерв'ю

Початкове клінічне інтерв'ю при КПТ-ХрБ — це спосіб отримання більшої частини загальної інформації, яка збирається на початку будь-якого курсу психотерапії, наприклад, даних про психосоціальний стан, психічні розлади та історію зловживання психоактивними речовинами. Однак, оскільки даний вид психотерапії є специфічним для пацієнтів з хронічним болем, слід зібрати додаткову інформацію, що стосується болю, наприклад:

- Локалізація, початок та інтенсивність болю
- Поточний прийом лікарських засобів
- Попередні та поточні методи лікування
- Сфери функціональних порушень

Важливо отримати детальну інформацію про історію болю. Почніть із запитання про основну або найбільш значущу локалізацію болю, після чого запитайте про вторинний біль. Необхідно отримати інформацію про час і обставини виникнення болю (наприклад, поодинокі травми, поступовий початок), а також про характер болю (наприклад, різкий, ниючий, поколювання). Крім того, обговорення поточних і попередніх методів лікування болю та їх ефективності, включаючи медпрепарати, допоможе визначити, які з них були ефективними, а яким — ні. Коли ветеран стверджує, що метод лікування не приніс жодної користі, рекомендується запитати про причину цього. Наприклад, якщо ветеран стверджує, що фізіотерапія не допомогла, він може сказати, що вона "просто посилила мій біль". У випадку, коли ветеран через біль став малорухливим і відвідав лише один сеанс фізіотерапії, це можна використати пізніше як особистий приклад для ілюстрації зв'язку між втратою фізичного тону та посиленням болю. З'ясування деталей щодо факторів, які посилюють чи послаблюють біль, та отримання картини звичайного дня ветерана, дозволить отримати більш повне уявлення про негативний вплив болю на його життя.

Мабуть, найважливішою зібраною інформацією про біль є його вплив на функціональний стан ветерана, включаючи його настрій, фізичну та соціальну активність, сон, рухливість, роботу, хобі тощо.

Інформація, зібрана під час клінічного інтерв'ю, допоможе психотерапевту розробити гіпотези про основні переконання та моделі мислення пацієнта. Крім того, це позитивно вплине на формування терапевтичного альянсу між психотерапевтом та пацієнтом, оскільки ветеран діляться своїми суб'єктивними переживаннями та досвідом боротьби з хронічним болем.

Клінічна оцінка

Інша важлива частина початкової фази лікування — проходження клінічних заходів оцінювання пацієнтом. Інструменти оцінки дозволять психотерапевту краще зрозуміти його переживання болю та функціональні можливості, на які впливає біль, а також оцінити успіх поточного лікування болю. Поясніть пацієнтам, що анкети та опитувальники, хоча й можуть здатися обтяжливими, є одним зі способів для терапевта отримати більш чітке уявлення про вплив болю на їхнє життя та здатні покращити адаптацію КПТ-ХрБ до конкретних потреб. Знову ж таки, слід зосередитись на виконанні заходів оцінювання як на засобі кращого розуміння індивідуального досвіду пацієнта. Дані клінічної оцінки також можуть бути використані для демонстрації пацієнтам та іншим особам позитивних змін та ефективності лікування.

Заходи з клінічної оцінки

Нижче подано короткий опис заходів оцінювання, які включені до плану КПТ-ХрБ як спосіб інформування про лікування та контролю прогресу. До деяких заходів можна отримати доступ, звернувшись до фахівця з психічного здоров'я Міністерства у справах ветеранів США через комп'ютеризовану систему обліку пацієнтів (CPRS). Рекомендований час проведення заходів оцінювання відповідає їх опису. Перед проведенням початкової, середньої та заключної сесії, під час яких використовують всі заходи оцінки, краще попросити ветеранів прибути на 15-20 хвилин раніше. Це полегшує виконання заходів, не перешкоджаючи порядку денному сесії.

Деякі пацієнти можуть відчувати відразу до проходження заходів оцінювання або вважати їх марною тратою часу. У таких випадках обговоріть з ветеранами будь-які можливі думки або занепокоєння щодо заходів оцінювання. Іноді ветеран і психотерапевт можуть спільно обговорювати ідеї подолання будь-яких потенційних перешкод для проходження цих заходів. Крім того, заохочується надання обґрунтування їх важливості.

Ось приклад того, як терапевт може обговорити використання заходів самозвіту:

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Заходи оцінювання

Я вдячний за те, що ви приділили час для виконання наданих мною заходів оцінювання. Ця інформація допоможе мені краще персоналізувати терапію, опираючись на ваші потреби. На наступній сесії я також надам вам прямий відгук про виконані завдання з оцінювання та можливі способи їх включення до процесу нашого лікування.

Я знаю, що деякі люди вагаються щодо проходження оцінювання і вважають це марною тратою часу. Але це насправді є подібним до клінічної оцінки, яку зазвичай проводить лікуючий лікар, й є досить важливим аспектом. Наприклад, вона може допомогти у визначенні області, яка потребує детальнішої уваги, що залежить від особливостей вашого випадку. Це також може допомогти нам більш конкретно оцінити і виміряти ваш прогрес, що є корисним для нас обох.

Заходи клінічної оцінки

NRS Pain Numeric Rating Scale – Числова шкала оцінки болю (NRS; Jensen & Karoly, 2001)

Оцінює інтенсивність болю за шкалою від 0 до 10, де 0 означає “відсутність болю”, а 10 – “найгірший біль, який можна уявити”. Дозволяє отримувати оцінки середньої, найвищої та найнижчої інтенсивності болю за останній тиждень.

PCS Pain Catastrophizing Scale – Шкала катастрофізації болю (PCS; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995)

Оцінює схильність до негативних роздумів, перебільшення і відчуття безпорадності через біль (тобто катастрофізації). Рівень катастрофізації є основним прогнозуючим фактором рівня недієздатності. Послаблення катастрофізації пов'язане зі зменшенням симптомів депресії та покращенням результатів, пов'язаних із лікуванням болю (Sullivan & D'Eon, 1990).

WHYMPI/MPI-INT (West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory-Interference Subscale) –

Додаткова шкала багатовимірної оцінки болю та його впливу (WHYMPI/MPI-INT; Kerns, Turk, & Rudy, 1985) Оцінює вплив болю на різні сфери життя, такі як соціалізація, робота, повсякденна діяльність та стосунки з людьми, включаючи сім'ю / подружжя.

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) – Опитувальник для оцінки здоров'я пацієнта

(Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) Оцінює наявність і тяжкість симптомів депресії, які часто супроводжуються болем. Примітка: Пункт 9 містить запитання щодо думок про смерть та самогубство. Під час сесії, на якій використовується опитувальник, його завжди слід перевіряти з подальшим спостереженням за клінічними показаннями.

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-Brief Version) – Скорочена версія

опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF; Murphy, Herrman, Hawthorne, Pinzone, & Evert, 2000) Оцінює сприйняття якості життя за загальними питаннями щодо стану здоров'я та задоволеності від життя й містить серію з чотирьох питань, що охоплюють наступні області: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні стосунки та оточення.

WAI-SR (Working Alliance Inventory-Short Revised) – Скорочена версія опитувальника для

оцінки терапевтичного альянсу (WAI-SR; Hatcher & Gillaspay, 2006) Оцінює якість терапевтичного альянсу, включаючи рівень узгодження цілей терапії та зв'язку між пацієнтом і психотерапевтом. Терапевтичні відносини є значним показником ефективності психотерапії.

SUDS (Subjective Units of Distress Scale) – Шкала суб'єктивних одиниць дискомфорту

(SUDS; Wolpe, 1969) Складається з одного питання, що оцінює рівень загального дистресу за оцінкою від 0 до 10.

Рисунок 7. Терміни проведення заходів оцінювання

Сесія	SUDS	PCS	WAI-SR	NRS	MPI-INT	PHQ-9	WHOQOL-BREF
Сесія 1 (Початкова)	SUDS	PCS		NRS	MPI-INT	PHQ-9	WHOQOL-BREF
Сесія 2	SUDS		WAI-SR				
Сесія 3	SUDS						
Сесія 4	SUDS						
Сесія 5	SUDS		WAI-SR				
Сесія 6	SUDS						
Сесія 7 (Серединна)	SUDS	PCS		NRS	MPI-INT	PHQ-9	WHOQOL-BREF
Сесія 8	SUDS		WAI-SR				
Сесія 9	SUDS						
Сесія 10	SUDS						
Сесія 11 (Завершальна)	SUDS	PCS		NRS	MPI-INT	PHQ-9	WHOQOL-BREF
Сесія 12 (Бустерна)	SUDS						

Підтримка від фахівців у сфері первинної медичної допомоги

Під час роботи з пацієнтами з хронічним болем особливо важливо мати координацію та підтримку з боку їх лікуючого лікаря, а також інших фахівців у сфері охорони здоров'я, які можуть бути залучені до їх догляду та лікування (наприклад, фізіотерапевт, невролог). КПТ-ХрБ, як правило, є лише однією складовою комплексного багатопрофільного плану лікування та догляду, орієнтованого на пацієнта. Підтримка контакту з іншими фахівцями у сфері охорони здоров'я шляхом внесення їх даних до приміток в електронній медичній карті, надсилання електронних листів або особистих обговорень може мати вирішальне значення для розробки узгодженого плану лікування та донесення послідовного повідомлення до пацієнта. Повідомте працівників служб первинної медичної допомоги або клініку, що спеціалізується на лікуванні болю, про послуги, які надаються в рамках КПТ-ХрБ, а також опишіть портрет ветерана, який найбільш підходить для направлення на КПТ-ХрБ. Як правило, представники інших галузей будуть вдячні за допомогу у наданні альтернатив, які допоможуть ветеранам краще боротися з хронічним болем.

Після початкової зустрічі психотерапевт, що проводить КПТ-ХрБ, повинен безпосередньо зв'язатися з лікуючим лікарем ветерана електронною поштою або в якості додаткового підписанта у записці про сесію (шаблон записки див. у Додатку). Лікаря повідомляють про загальний характер втручання та проходження пацієнтом КПТ-ХрБ. По-друге, лікуючий лікар має надати підтвердження того, що ветеран фізично здатний брати участь у легкій, поступовій, спеціально розробленій програмі ходьби. Якщо вказано, що ходьба не є прийнятною, лікар просять запропонувати альтернативний вид фізичного навантаження. Дайте лікарю зрозуміти, що заняття фізичною культурою є важливою частиною процесу КПТ-ХрБ. Спілкування між психотерапевтом та лікуючим лікарем сприятиме оптимальному лікуванню хронічного болю, забезпечуючи послідовне повідомлення, що має акцент на підвищенні активності та покращенні загальної якості життя ветерана.

Підтримка від фахівців у сфері психічного здоров'я

Комунікація з іншими фахівцями у сфері психічного здоров'я також є важливою для ефективного впровадження КПТ-ХрБ. Багато направлень на психотерапію будуть надходити від медичних працівників, які не мають спеціальних навичок для лікування ветеранів з хронічним болем. Однак інші медичні працівники, такі як лікуючий лікар або фізіотерапевт, також можуть направляти пацієнтів на КПТ-ХрБ. Оскільки у багатьох ветеранів вже є лікар, який займається лікуванням інших проблем психічного здоров'я (наприклад, депресії, посттравматичного стресового стресу), його рекомендується попередити про поточний план КПТ-ХрБ. Надайте інформацію про зміст психотерапії, таку як загальна структура та цілі. Крім того, критичним є підтвердження того, що КПТ-ХрБ буде доповнювати і покращувати поточний процес лікування психічних розладів, а не перешкоджати йому. Наприклад, у випадку з ветераном, який лише нещодавно почав лікувати розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, можуть виникнути обґрунтовані занепокоєння щодо часу додаткового лікування, що може відволікти пацієнта від основної мети — тверезості. Коли приймається спільне рішення про супутнє лікування, важливо домовитися про конкретні додаткові цілі та ролі. Плани комунікації, такі як внесення їх даних до приміток в електронній медичній карті, надсилання електронних листів або особисте обговорення, можуть мати вирішальне значення для донесення до пацієнта послідовного та терапевтичного повідомлення.

Сесія 2: Спрямування лікування

Ця сесія буде використана для визначення спрямованості моделі КПТ-ХрБ, а також для навчання про складну природу хронічного болю. Крім того, дана сесія призначена для початку встановлення терапевтичного альянсу, що буде оцінено наприкінці сесії.

Сесія 2 План

✓	Провести оцінку, використовуючи SUDS
✓	Встановити порядок денний
✓	Переконатись у виконанні всіх заходів з попередньої сесії
✓	Зміст поточної сесії 2: модель КПТ-ХрБ; цикл хронічного болю та біопсихологічний підхід
✓	Попросити ветерана заповнити WAI-SR наприкінці сесії

Сесія 2 Матеріали

- Роздатковий матеріал: модель КПТ-ХрБ
- Роздатковий матеріал: цикл хронічного болю
- Фактори, що впливають на біль
- Опитувальник WAI-SR

Спрямованість КПТ-ХрБ

Важливо зорієнтувати ветерана щодо структури та процесу КПТ-ХрБ. Це може включати надання загальної інформації про КПТ та її відмінність від інших видів психотерапії.

Інформування про КПТ-ХрБ передбачає надання психотерапевтом наступних даних:

Спрямованість КПТ-ХрБ	Структура терапії
	Очікування щодо відвідування та участі
	Роль психотерапевта
	Огляд моделі КПТ-ХрБ
	Обґрунтування домашнього завдання
	Відповіді на будь-які запитання ветерана щодо КПТ-ХрБ

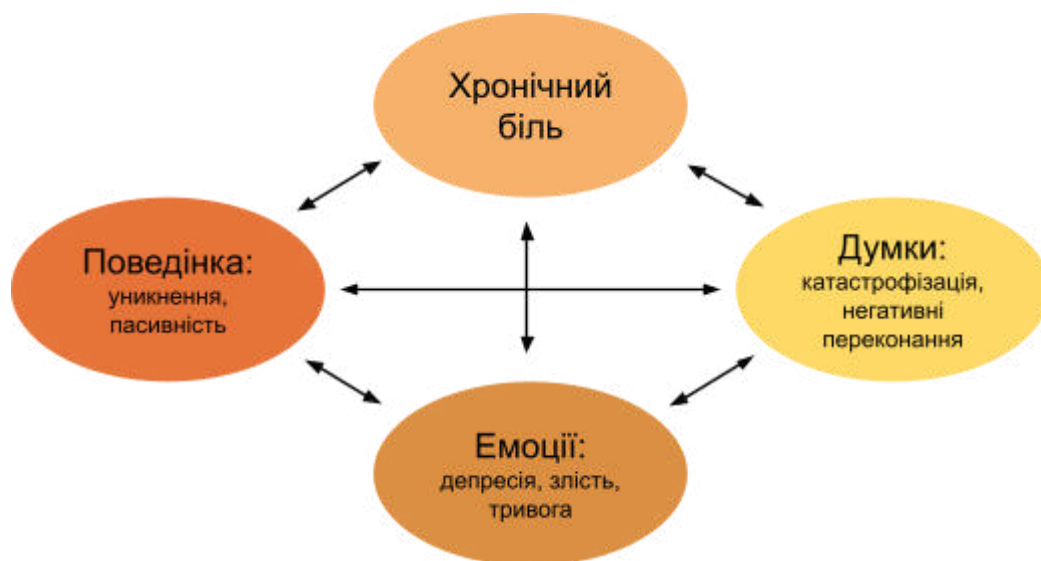
Психотерапевт повинен ознайомити ветерана зі специфікою КПТ-ХрБ. Слід надати ветерану план того, що можна очікувати під час лікування, і визначити чіткі очікування як психотерапевта, так і ветерана від терапії. Нижче наведено просту інформацію, яку можна надати під час сесії, залишаючи час на обговорення запитань, що цікавлять ветерана:

- Структура терапії (див. Рисунок 6)
 - Короткий огляд лікування
 - Тривалість і частота сесій (11 щотижневих індивідуальних сесій і одна бустерна)
 - Огляд формату сесії, приклад наведений нижче:

✓	Обговорити настрій і провести один захід оцінювання.
✓	Встановити порядок денний.
✓	Переглянути матеріал попередньої сесії, включаючи домашнє завдання.
✓	Ознайомити з новим матеріалом та відповісти на запитання.
✓	Обговорити домашнє завдання до наступної сесії.

- Очікування щодо сесій та участі у терапії
 - Регулярне відвідування
 - Наголосити на важливості регулярного відвідування способу оцінювання участі у психотерапії та як важливого аспекту в опануванні навичок КПТ-ХрБ
 - Виконання домашнього завдання
 - Перегляньте важливість активного відпрацювання навичок, отриманих під час сесій, для досягнення високого рівня володіння ними
- Роль психотерапевта
 - Спільний характер лікування
 - Оскільки основна увага зосереджена на вивченні конкретних інструментів для боротьби з болем, поясніть, що психотерапевту, можливо, іноді доводиться перенаправляти розмову з метою продовження виконання завдання, однак він завжди слухає ветерана і є зацікавленим у його активній участі і внеску до проведення КПТ-ХрБ.
- Огляд КПТ-ХрБ
 - КПТ-ХрБ спрямована на покращення реакції ветеранів на переживання хронічного болю, мінімізуючи таким чином негативний вплив на їхнє життя. Підхід КПТ-ХрБ фокусується на вирішенні проблем, який підкреслює особисту відповідальність ветерана [Використовуйте роздатковий матеріал КПТ-ХрБ (Рисунок нижче) для ілюстрації моделі КПТ-ХрБ]
 - Надання інструментів КПТ-ХрБ для самоконтролю болю може допомогти ветеранам з хронічним болем покращити якість життя та загальне самопочуття.
- Питання та відповіді
 - Забезпечити розуміння та отримати зворотній зв'язок від ветерана протягом усього процесу визначення спрямованості КПТ-ХрБ

Рисунок 5. Модель КПТ-ХрБ



Інформування про хронічний біль

Хронічний біль — це стан, що впливає на різні аспекти повсякденного життя та діяльності. Використовуйте роздатковий матеріал “Цикл хронічного болю” (див. Рисунок 4) для обговорення процесу і етапів, які можуть виникнути з часом у тих, хто живе з хронічним болем. Як ілюструє Рисунок 4, поява хронічного болю часто призводить до зниження активності, що призводить до розладів фізичного здоров'я. Боротьба з постійним болем також може призвести до виникнення негативних думок (“Я нічого не можу зробити, коли у мене такий біль”) і таких емоцій, як розчарування та депресія. Ці фактори сприяють униканню членів сім'ї та друзів, а також усього, що пов'язано з рухом, оскільки рух провокує біль. Ця комбінація означає поглиблення відчуття страждання та недієздатності, що в свою чергу призводить до посилення болю. Більшість ветеранів зможуть розпізнати ці процеси, опираючись на власний приклад. Роздатковий матеріал для моделі КПТ-ХрБ також можна використовувати для візуального представлення взаємодії та взаємного впливу болю, думок, емоцій та поведінки.

Рисунок 4. Цикл хронічного болю



Нижче наведено приклад того, як терапевт може обговорити цикл хронічного болю:

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Цикл хронічного болю

Уявіть, що ви машина. Усі механізми працюють злагоджено, щоб підтримувати ваше тіло. Коли ви не відчуваєте біль, життя стає легшим, ви почуваетесь добре, і вам легше виконувати щоденні справи. Мати хронічний біль, це як мати стабільно погано працюючі механізми: вони порушують роботу всіх інших елементів системи й сповільнюють роботу всієї машини, що з часом може призвести до її зупинки.

Хронічний біль торкається багатьох сфер вашого життя, кожна з яких впливає на інші. Після того, як ми детальніше обговоримо сфери вашого життя, на які негативно впливає хронічний біль, ми поговоримо про те, як даний метод лікування зможе допомогти вам впоратися з наслідками болю.

Наслідки болю

Хронічний біль впливає на різні сфери життя. Взаємодія між біологічними / фізичними (біль і медичні проблеми), психологічними (когніції та афекти / емоції) та соціальними факторами допомагає пояснити різницю від відчуттями різних людей та їхнім переживанням про біль. Рисунок 3 ілюструє перетин цих факторів.

Рисунок 3. Біопсихосоціальна модель



Використовуйте роздатковий матеріал “Фактори, які впливають на біль”, щоб переглянути деякі з найважливіших біологічних, психологічних, поведінкових та соціальних факторів, які можуть впливати на хронічний біль. Обговоріть з ветеранами, як біль вплинув на їхнє життя, включаючи наступні аспекти: (а) біологічні чи медичні фактори (наприклад, больовий стан; супутні захворювання); (б) психологічні фактори (наприклад, негативний настрій; занижена самооцінка); і (в) соціальні фактори (наприклад, стосунки; зайнятість). Поясніть, що кожна з цих областей має бути розглянута під час лікування. Так як хронічний біль є складною проблемою, до нього слід підходити комплексно. Хоча деякі фактори, такі як попередні травми, неможливо змінити, наголосіть, що багато факторів, які впливають на біль, можна адаптувати за допомогою КПТ-ХрБ.

Нижче наведено приклад потенційних наслідків болю та шляхи отримання користі від проходження КПТ-ХрБ. Інформування про потенційну ефективність даного методу лікування у різних сферах життя, допоможе мотивувати ветеранів, об’єднавши обговорення КПТ-ХрБ, циклу хронічного болю та біопсихосоціальної моделі.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Наслідки болю і що ви можете зробити!

ПЕРЕКОНАННЯ – Ви можете вірити в те, що обмеження руху послабить біль.

КПТ-ХрБ і ВИ – Ви дізнаєтеся більше про своє тіло і внесете деякі зміни до способу життя, що покажуть ефективність руху і фізичного навантаження

ДІЯЛЬНІСТЬ – Зменшення фізичної активності може призвести втрати тонусу і сили м’язів.

КПТ-ХрБ і ВИ – Ми зосередимося на поступовому введенні заходів для повернення до діяльності, яка вам подобається і якою вам би хотілось займатись.

ФІЗИЧНЕ НАВАНТАЖЕННЯ – Відсутність руху може призвести до збільшення ваги або відчуття втоми та знесилення протягом більшої частини часу.

КПТ-ХрБ і ВИ – Поступове фізичне навантаження та ходьба покращить ваш фізичний стан та додасть енергії.

НАСТРІЙ – Наслідки хронічного болю можуть змусити вас почуватися пригніченими, розчарованими, тривожними, злими тощо.

КПТ-ХрБ і ВИ – Залучення до приємних занять і відновлення виконання звичайних справ допоможе підвищити настрій і самооцінку.

СОЦІАЛЬНЕ ЖИТТЯ – Можливо, ви віддалились від інших людей і відчуваєте роздратування або провину через свій біль і його наслідки.

КПТ-ХрБ і ВИ – Ми зосередимося на відновленні спілкування з іншими людьми та позитивному соціальному досвіді.

ДУМКИ – Ви можете витратити багато часу, переживаючи про свій біль або розмірковуючи негативні думки.

КПТ-ХрБ і ВИ – Ми допоможемо вам навчитися змінити своє мислення, щоб ви могли керувати своїм думками та змінити світогляд.

Оцінка початку терапії

Після проведення клінічної співбесіди, оцінки та загального інформування про хронічний біль, обговоріть з ветеранами їх бажання взяти участь у повному курсі КПТ-ХрБ. Використовуйте наступні запитання, щоб визначити зацікавленість у продовженні лікування після цієї сесії:

- Чи вважаєте ви, що КПТ-ХрБ вам підходить, опираючись на отриману вами інформацію про даний вид терапії?
- Чи є у вас будь-які перестороги чи недовіра до участі у психотерапії? Якщо так, які?
- Чи відчуваєте ви готовність до активнішого підходу до лікування хронічного болю?
- Чи є у вас інші запитання щодо КПТ-ХрБ, на які ви хотіли б отримати відповідь?

Якщо ветерани не бажають продовжувати лікування, слід надати рекомендації щодо подальшого догляду. Якщо вони висловлять бажання продовжувати терапію, продовжіть курс з сесії 3. У випадку продовження терапії не забудьте привітати їх з важливим кроком до навчання ефективнішого контролю над своїм болем і покращення свого життя.

Сесія 3: Зворотній зв'язок оцінювання та встановлення цілей

Під час цієї сесії психотерапевт надає прямий зворотній зв'язок ветерану щодо інформації, зазначеної в заходах оцінювання. Використання звіту ветеранів — це важливий спосіб відображення пов'язаних з болем труднощів в їхньому житті та, можливо, привернення уваги до значного впливу болю на різні сфери життя. Також слід звернути увагу на області, в яких пацієнт використовує адаптивні копінг-стратегії. Наданий зворотній зв'язок допоможе в розробці індивідуальних цілей лікування під час другої половини сесії. Надання зворотного зв'язку з оцінкою визначить конкретні сфери, які можуть потребувати найбільшої уваги, і сприятиме встановленню значущих цілей, орієнтованих на ветеранів.

Сесія 3 План

✓	Провести оцінку, використовуючи шкалу SUDS
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 2
✓	Зміст поточної сесії 3: зворотний зв'язок оцінювання та встановлення цілей
✓	Обговорити домашнє завдання

Сесія 3 Матеріали

- Робочий аркуш Метод SMART для встановлення цілей

Зворотній зв'язок оцінювання

Витратьте час після перших сесій на перегляд результатів проходження ветераном кожного заходу оцінювання, щоб краще зрозуміти його переживання болю. Об'єднання даних інструментів оцінки з інформацією, наданою під час клінічного інтерв'ю, допоможе розробити загальну картину лікування болю у різних сферах життя та покращення загального емоційного стану.

Перегляд результатів заходів самозвіту на сесії може з'ясувати негативні наслідки хронічного болю та допомогти мотивувати ветеранів брати участь у лікуванні. Узагальнення проблем, пов'язаних з болем, може допомогти зрозуміти, як короткострокові зусилля, пов'язані з КПТ-ХрБ, можуть бути ефективними для потенційних довгострокових покращень. Крім того, інформація, отримана під час оцінки, може значно допомогти у визначенні цілей лікування, які будуть встановлені пізніше під час сесії.

Надаючи відгук про оцінювання, надайте короткі, але значущі повідомлення щодо кожного інструменту. Немає необхідності детально розглядати численні конкретні пункти; однак іноді може бути доречним обговорення особливо актуальної, репрезентативної відповіді або результату, що викликає занепокоєння пацієнта. Нижче наведено базову структуру для огляду кожного із заходів, яка включає приклад того, як терапевт може надавати зворотний зв'язок (позначено курсивом). Крім того для ілюстрації зворотного зв'язку з ветераном представлений клінічний випадок.

NRS — Числова шкала оцінки болю (Jensen & Karoly, 2001)

- Підтвердьте повідомлену інтенсивність болю та відзначте збільшення / зниження показників або закономірності (наприклад, постійність у часі).
- *Виходячи з вашого звіту, здається, що інтенсивність вашого болю в більшості випадків залишається приблизно на відмітці 7 без особливих коливань.*

PCS – Шкала катастрофізації болю (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995)

- Зверніть увагу на загальну схильність до катастрофізації або її відсутність; використовуйте конкретні питання як приклади.
- *Ви часто погоджувалися з такими твердженнями, як: “Це жахливо, і я відчуваю, що краще вже не стане”. Судячи з ваших відповідей, ви маєте багато негативних думок, пов’язаних з болем, які можуть призвести до розчарування або засмучення.*

WHUMPI/MPI-INT – Додаткова шкала багатовимірної оцінки болю та його впливу (Kerns, Turk, & Rudy, 1985)

- Перегляньте сфери, в яких наявні специфічні труднощі, пов’язані з болем, фокусуючись на найбільш значущих.
- *Хоча біль впливає на багато сфер вашого життя, він, здається, викликає серйозні проблеми у ваших стосунках. Я пам’ятаю, що ви також згадували про це кілька разів під час співбесіди, тому під час лікування це може стати важливим аспектом, на який слід звернути увагу.*

PHQ-9 – Опитувальник для оцінки здоров’я пацієнта (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)

- Надайте відгук про загальний рівень депресії, відзначаючи конкретні проблеми.
- *Ваш звіт свідчить про те, що ви відчуваєте помірний рівень депресії, і що це впливає на такі речі, як рівень енергії та концентрацію.*

WHOQOL-BREF – Скорочена версія опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL Group, 1995)

- Прокоментуйте загальний рівень зазначеного стану здоров’я.
- *Здається, ви відчуваєте, що стан вашого здоров’я незадовільний, і ви засмучені тим, що не відчуваєте того рівня інтересу до речей, який був раніше.*

WAI-SR – Скорочена версія опитувальника для оцінки терапевтичного альянсу (Hatcher & Gillaspy, 2006)

- Зверніть увагу на будь-які питання, в яких виникли значні розбіжності та / або співпадіння, і визначте, як проблеми можна вирішити або покращити залежно від потреби ветерана.
- *Я знаю, що ми поки що мали лише кілька сесій, однак мені здається, що наразі ви задоволені моїм стилем проведення терапії і ви відчуваєте, що ми з вами на одній хвилі у баченні вашого лікування.*

Дізнайтесь реакцію ветеранів на результати оцінювання та наслідки болю. Попросіть їх визначити переваги зменшення негативного впливу болю. Це ідеальний спосіб переходу до встановлення цілей під час другої частини сесії.

Нижче наведено приклад зворотного зв’язку від психотерапевта, наданого Шейлі:

Психотерапевт: По-перше, дякую за те, що ви заповнили анкети. Ця інформація допомагає мені краще зрозуміти, що ви переживаєте і чого очікуєте від терапії. Я хотів би витратити трохи часу для перегляду їх разом з вами та обговорення вашого досвіду і переживань.

Шейла: Так, звучить непогано. Було багато запитань, тож я навіть не пам'ятаю, що саме відповіла на них!

Психотерапевт: Спробуємо пригадати. Ви вказали, що інтенсивність вашого болю коливається від 9 до 4. Чи можна сказати, що коливання є значним?

Шейла: Так, я ніколи не знаю, чого чекати від цієї фіброміалгії.

Психотерапевт: Розкажіть, як це впливає на ваше щоденне життя.

Шейла: Мене це засмучує. Я завжди відчуваю біль, однак іноді я можу його контролювати і справді можу чимось займатись. Однак коли інтенсивність болю доходить до 8 чи 9, я вимушена проводити день у ліжку.

Психотерапевт: Так, розчарування, яке ви описуєте, спостерігається і в деяких інших відповідях на опитування. Ви цілком погоджуєтесь з твердженнями на кшталт: "Це жахливо, і я відчуваю, що мене це переповнює". З ваших відповідей здається, що ви витрачаєте багато часу на роздуми про свій біль, хвилюючись про погані речі, які можуть статися. Чи не так?

Шейла: Я намагаюся уникати таких думок, але коли ти страждаєш від такого болю, неможливо не зосереджуватись на ньому чи не хвилюватися про те, наскільки тяжким буде наступний приступ. Коли інтенсивність болю висока, мій ПТСР теж погіршується. Тому це ніколи не припиняється.

Психотерапевт: Опираючись на ваші відповіді під час сесій, а також результати оцінювання, здається, що між вашим болем і емоційними переживаннями існує міцний зв'язок. В іншій анкеті ви вказали про значні симптоми депресії, що узгоджується з іншими фактами, про які ви мені повідомили під час сесій.

Шейла: Так, опиняючись між болем і ПТСР, я легко перевантажуюсь і відчуваю пригнічення.

Психотерапевт: Ми будемо працювати разом за допомогою цих інструментів для встановлення деяких конкретних цілей лікування. Ці заходи оцінювання свідчать про те, що ви відчуваєте труднощі, пов'язані з болем, у декількох сферах життя, і що це тягне за собою погане самопочуття. Ця інформація може допомогти сформувати ваші особисті цілі лікування.

Шейла: Добре. Я знаю, що мені треба над цим працювати, і що я не знаю, як краще впоратися зі своїм болем, однак моєму житті є речі, які я хочу змінити.

Психотерапевт: Тому ви тут. Ми будемо працювати над зміною деяких із них разом. Але першим кроком є усвідомлення того, як саме біль впливає на вас, саме тому ми переглядаємо ваші результати опитування.

Встановлення цілей

Цілі КПТ-ХрБ

У центрі уваги КПТ-ХрБ є покращення у багатьох сферах життя ветерана. Слід наголосити на зменшенні негативного впливу болю на повсякденне життя завдяки збільшенню активності, покращення настрою та підвищення навичок подолання болю. Незважаючи на те, що інтенсивність болю може зменшитися, спробуйте допомогти ветеранам переключити фокус уваги з болю на терапію. Важливо чітко і прямо говорити про цілі лікування, щоб очікування пацієнта та психотерапевта були реалістичними.

Загальними цілями КПТ-ХрБ є покращення якості життя шляхом:

Зменшення негативного впливу болю на повсякденне життя

Покращення фізичного та емоційного стану

Підвищення ефективних навичок подолання болю

Зниження інтенсивності болю

Індивідуальні цілі

Для багатьох пацієнтів із КПТ-ХП хронічний біль став центром їхньої уваги та життя. Тому, на додаток до загальних терапевтичних цілей, важливо розвивати персоналізовані цілі, що мають неабияке значення для ветерана. Встановлення цілей допоможе пацієнтам зосередитися на меті лікування і допоможе відвернути увагу від болю. Цілі допоможуть керувати лікуванням, визначаючи сфери, на які ймовірно доведеться звернути додаткову увагу.

Іноколи людям важко самостійно поставити конкретні цілі, тому для полегшення завдання під час обговорення можна задавати додаткові запитання, наприклад:

- *Що конкретно ви б хотіли змінити у своєму житті протягом наступних кількох місяців?*
- *Чим ви б хотіли займатись (робити краще / частіше тощо)?*
- *Чи є люди, стосунки з якими ви б хотіли покращити?*
- *Якби КПТ-ХрБ принесло позитивні результати, як би це вплинуло на ваше життя?*

Щоб допомогти в постановці цілей, можна використати модель SMART, де ціль:

S – Specific Конкретна	Визначає конкретну дію або подію, яка має відбутися
M - Measurable Осяжна	Має бути осяжною (кількісно виміряною), щоб можна було відстежувати прогрес
A - Achievable Досяжна	Повинна бути досяжною та реалістичною за умови використання наявних ресурсів
R - Relevant Значима	Повинна бути значимою для особи
T - Time-Bound Обмежена часом	Повинна мати виділений період часу для її досягнення

Адаптовано з *Doran*, 1981

Під час сесії слід використовувати робочий аркуш Метод SMART для встановлення цілей. Цей робочий аркуш містить як короткострокові цілі, які можна досягти протягом курсу КПТ-ХрБ, так і довгострокові цілі, які можуть охоплювати період протягом наступного року, які слугують мотиваторами. Важливо, щоб вони були орієнтовані на ветеранів і мали для них значення. Хоча участь у КПТ-ХрБ вимагає часу та зусиль, ці цілі повинні допомогти зрозуміти, чому довгострокові наслідки є важливішими ніж короткострокові. Після встановлення індивідуальних цілей лікування їх слід постійно контролювати для отримання позитивного підкріплення та внесення змін у цілі та лікування, якщо виникне потреба. Рекомендується, щоб і ветеран, і психотерапевт зберігали копію робочого аркушу SMART з визначеними цілями протягом курсу лікування, щоб можна було регулярно до нього звертатись.

Розглянемо наступне обговорення щодо визначення цілей між Хуаном та його психотерапевтом:

Психотерапевт: Сьогодні я хотів би обговорити ваші особисті цілі лікування. Я розумію, що ви хотіли б краще справлятися з болем, але я хотів би обговорити конкретні аспекти вашого життя, на які впливає біль, і які ви хотіли б змінити.

Хуан: Ну, для початку, через біль я не можу працювати.

Психотерапевт: Як саме біль впливає на вашу працездатність?

Хуан: Я працюю за комп'ютером цілий день, тож це вимагає тривалого сидіння за столом, яке вже після 15 хвилин посилює мій біль.

Психотерапевт: Отже, якщо я правильно вас розумію, однією з цілей було б мати можливість сидіти протягом тривалішого періоду часу, щоб ви змогли працювати?

Хуан: Так. Якби я міг сидіти хоча б 30 хвилин і відчувати себе комфортно, це було б чудово.

Психотерапевт: Чи маєте ви ще якісь цілі та очікування?

Хуан: Я б не хотів почуватися старим.

Психотерапевт: Ви можете бути більш конкретними? Що змушує вас відчувати себе старим?

Хуан: Я щодня сиджу вдома, спостерігаючи, як моє тіло збільшується в розмірах. Раніше я весь час проводив час на дворі, в спортзалі або в клубах. Я ще молодий хлопець, я повинен тусуватися зі своїми друзями, розважатися, тренуватися.

Психотерапевт: Тож ви б хотіли витратити більше часу на веселі заняття, наприклад, зустрічі з друзями?

Хуан: Так.

Психотерапевт: Як часто ви зараз спілкуєтесь зі своїми друзями?

Хуан: Мої друзі збираються кілька разів на тиждень. Зазвичай вони пишуть мені, але іноді я навіть не відповідаю.

Психотерапевт: Отже, ми можемо розглянути "вихід з друзями" як осяжну мету. Як часто ви б хотіли з ними бачитись, при цьому відчуваючи, що ви "молодий хлопець?"

Хуан: Я хотів би виходити і займатись чимось принаймні раз на тиждень.

Психотерапевт: Добре. Чи є у вас ще якісь цілі?

Хуан: Ну, моя вага. Мій лікар сказав мені, що я маю ожиріння. Це мене дуже засмутило, я ж морський піхотинець і був у чудовій фізичній формі. Через біль у спині я більше не можу піднімати тяжкості, тому набрав вагу. Але я знаю, що мені потрібно займатися спортом.

Психотерапевт: Тож ви занепокоєні своєю вагою. Наскільки ви б хотіли схуднути та за який період часу?

Хуан: Я хотів би схуднути на 40 фунтів. Було б добре, якби я схуд на 20 фунтів до кінця року, я думаю, це був би хороший початок.

Психотерапевт: Добре, отже ми визначили три цілі:

1. покращити спроможність сидіти протягом 30 хвилин і більше, щоб ви могли працювати,
2. гуляти з друзями хоча б раз на тиждень, і
3. втратити 20 фунтів до кінця року.

Домашнє завдання

Попросіть ветеранів продовжувати розмірковування про короткострокові та довгострокові цілі. Підкресліть важливість дотримання формули SMART, розглянутої під час сесії. Нагадайте ветеранам, що загальні цілі КПТ-ХрБ будуть основою для всіх сесій, тоді як індивідуальні цілі допоможуть мотивувати ветеранів брати участь у діяльності, яка покращить якість їхнього життя та зменшить негативні наслідки болю. Робочий аркуш Метод SMART для встановлення цілей слід заповнити вдома до наступної сесії.

Сесія 4: Вправи та чергування періодів праці та відпочинку

Сесія містить кілька важливих питань щодо концептуалізації та ефективного лікування хронічного болю. Пояснення різниці між фізичним відчуттям болю та фізичною шкодою допоможе ветеранам зрозуміти важливі відмінності між лікуванням гострого та хронічного болю. Оскільки біль часто асоціюється з уникненням діяльності, страхом руху та циклом негативних наслідків, з'ясування цієї закономірності підкреслює необхідність фізичної активації. За підтримки медичного працівника ветеранам буде запропоновано розпочати програму ходьби, щоб почати поступово збільшувати рухливість. Нарешті, чергування періодів праці та відпочинку ("pacing") як засобу ефективнішого управління болем за допомогою раціонального підходу до діяльності допоможе визначити параметри для послідовного, помірнього залучення до фізичної, розважальної та соціальної діяльності.

Сесія 4 План

✓	Провести оцінку, використовуючи шкалу SUDS
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 3
✓	Зміст поточної сесії 4: Біль на протипагу шкоді; програма вправ і чергування періодів праці та відпочинку
✓	Обговорити домашнє завдання

Сесія 4 Матеріали

- Роздатковий матеріал: цикл хронічного болю
- Журнал ходьби
- Робочий аркуш: чергування періодів праці та відпочинку

Біль проти шкоди

Часто однією з найбільших проблем для тих, хто страждає від хронічного болю, є переконання, що вони більше не зможуть жити повноцінним життям або робити те, що хочуть. Ветерани з хронічним болем можуть вважати, що активність призведе до посилення болю і завдасть фізичної шкоди. Це переконання, хоча зазвичай вірне для гострого болю, часто є характерним для хронічного.

Гострий біль	Хронічний біль
<ul style="list-style-type: none">▪ Триває менше ніж 3 місяці	<ul style="list-style-type: none">▪ Триває більше ніж 3 місяці
<ul style="list-style-type: none">▪ Є симптомом	<ul style="list-style-type: none">▪ Є станом
<ul style="list-style-type: none">▪ Має встановлену причину; реакція організму на травму	<ul style="list-style-type: none">▪ Може розвиватися після інциденту; може мати відому чи невідому причину
<ul style="list-style-type: none">▪ Зменшується в процесі відновлення та реагує на лікування	<ul style="list-style-type: none">▪ Зберігається попри очікуваний час відновлення та / або не реагує на лікування

У той час як гострий біль є симптомом і вимагає коригування поведінки для лікування, хронічний біль є станом, що триває, який не означає, що травмування або шкода все ще відбуваються. Незважаючи на те, що ці два різних типи болю можуть здаватись людині, що їх

відчуває, дуже схожими, хронічний біль не є надійним індикатором шкоди. Як гострий, так і хронічний біль може змушувати ветеранів уникати ситуацій, які викликають біль; однак, хоча таке показання, як правило, присутнє під час лікування гострого болю, воно не застосовується до хронічного.

При уникненні фізичної активності, хронічний біль з часом посилюється через втрату тону м'язів. Бездіяльність призводить до таких проблем, як зниження гнучкості та витривалості, підвищеної слабкості та стомлюваності і навіть спазмів від напружених м'язів. Проблеми, пов'язані з погіршенням стану м'язів, часто призводять до збільшення ризику травмування і підвищення ваги (додаткове навантаження на тіло), а також до почуття смутку, розчарування чи нудьги, які лише спонукають до ще більшого відсторонення від людей і різних занять.

Ірраціональний страх робити будь-які рухи називають *кінезіофобією* (Miller, Kori, & Todd, 1991), яка може в тій чи іншій мірі розвиватися у тих, хто страждає від хронічного болю. На жаль, це створює замкнений цикл – відсутність руху лише ускладнює та посилює біль під час наступних спроб пацієнтів зайнятися діяльністю, посилюючи цей страх. Негативні наслідки, які часто супроводжують кінезіофобію, ще більше ускладнюють подолання щоденних проблем, пов'язаних з хронічним болем. Для людей з хронічним болем, зменшення страху та збільшення активності є ключовим для покращення їхнього стану.

Іншою поширеною реакцією на хронічний біль є компенсація або переключення навантаження на іншу ділянку тіла, яка не болить. У цих випадках погіршуватись може не лише первинний біль, але й частини тіла, що наразі зазнають додаткового навантаження, в яких може почати розвиватись новий біль. Наприклад, хтось із травмою правого коліна починає надмірно навантажувати ліве коліно. Тепер, коли ліве коліно зазнає додаткового тиску, воно може в результаті травмуватись і ненавмисно стати причиною хронічного болю, що має нову локалізацію. Знову ж таки, хоча ветерани можуть оберегати певні болючі ділянки та навантажувати інші, намагаючись захистити своє тіло та мінімізувати біль, вони з більшою ймовірністю відчують посилення болю і навіть ініціюють нові травми.

Використовуйте роздатковий матеріал про цикл хронічного болю для обговорення негативних наслідків бездіяльності. Зразок того, як ця інформація може бути представлена психотерапевтом, наведений нижче на Рисунку 4.

Рисунок 4. Цикл хронічного болю



Нижче наведено приклад того, як терапевт може обговорити ці важливі поняття з ветераном:

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Біль на противагу шкоді; кінезіофобія і цикл хронічного болю

Між гострим і хронічним болем існує різниця. Гострий біль є сигналом про те, що відбулося травмування або пошкодження, наприклад, перелом руки. Вам потрібно оберегти цю руку, поки травма не згоїться. Хронічний біль триває більше 3 місяців і зберігається після закінчення передбачуваного процесу загоєння. Хоча ви все ще відчуваєте біль, він вже не попереджає вас про додаткове травмування або пошкодження. Гострий біль є симптомом; хронічний біль – станом.

Часто, коли люди мають хронічний біль, вони стають менш активними через біль при русі. Такий страх руху називають терміном кінезіофобія. Хоча здається, що кінезіофобія захищає людину від болю та травм, насправді з часом бездіяльність лише посилює його. Як ви можете бачити на схемі циклу болю, бездіяльність може призвести до того, що ви опинитесь в замкненому колі, яке призведе до таких проблем, як зниження гнучкості та витривалості, підвищена слабкість і втома і навіть судоми від напруження м'язів. Все це може підвищити ризик травмування, збільшення ваги та відчуття смутку, розчарування чи нудьги. На жаль, цей досвід може лише погіршити загальне самопочуття та спонукати вас уникати людей і приємних занять.

Але є хороші новини – ми допоможемо вам знайти способи розірвати цей цикл!

Програма вправ

Щоб розірвати цикл хронічного болю, необхідно почати поступово посилювати фізичну активність. Це часто може викликати страх у ветеранів, які ведуть малорухливий спосіб життя або вважають, що вони не можуть або не повинні займатися фізичною активністю. Важливо наголосити, що початок будь-якої діяльності буде залежати від поточного рівня фізичної підготовки і стану ветерана і буде збільшуватися поступово. Крім того, запевніть пацієнтів, що їхній лікуючий лікар надасть підтримку щодо запланованої діяльності. Також важливим є нагадування пацієнтам про негативні наслідки болю, про які вони раніше повідомляли, і про те, як збільшення активності може позитивно вплинути ситуацію. Запровадження регулярних прогулянок для ветеранів є одним із простих способів включення доцільної та досяжної активності до повсякденного життя.

З віком в суглобах утворюється все менше синовіальної рідини (тобто мастила), що часто ускладнює рух. Через це ортопеди іноді кажуть, що "рух – це бальзам" для суглобів, оскільки він є важливою частиною загального самопочуття та здоров'я. Ходьба – доступна, аеробна форма вправ з низьким рівнем навантаження, яка може принести користь майже кожному, особливо тим, хто страждає від хронічного болю. Це може підвищити гнучкість і силу, зменшити біль і його загострення, а також покращити настрій. Крім того, оскільки ходьба є невід'ємною частиною більшості щоденних занять, вона може покращити загальне самопочуття та полегшити соціальну взаємодію (наприклад, похід до продуктового магазину). Хоча пацієнти можуть відчувати певне посилення болю після початку занять, варто пояснити, що це нормальний процес й він відбувається як у людей з хронічним болем, так і без нього, й з часом може принести позитивні результати.

Перед початком будь-якої програми прогулянок або фізичних вправ кожен психотерапевт повинен подати запит і отримати дозвіл від лікуючого лікаря ветерана. *Не слід розпочинати будь-які вправи до отримання схвалення лікуючого лікаря.* Якщо він відповів і вказав, що це є доцільним, програму ходьби слід узгодити з потребами пацієнтів на основі поточного рівня фізичних здібностей. Крім того, слід наголошувати на правильному виконанні техніки ходьби.

Наприклад слід заохочувати ветеранів ходити по рівній, пологій поверхні та постійно рухатися, навіть якщо темп є повільним. Інші загальні вказівки щодо ходьби включають наступне:

- Підіймайте голову високо
- Фокусуйте зір на відстані 15–20 футів (4-6 метрів) перед собою
- Тримайте підборіддя паралельно землі
- Рухайте плечима та руками природно, вільно
- Ставте ноги на ширині плечей

Для допомоги ветеранам у розробці плану використовуйте журнал ходьби. Якщо пацієнти наразі можуть ходити 6 хвилин без зупинки і планують цього тижня ходити протягом 5 днів, для днів 1 і 2 можна встановити значення в 6 хвилин, і збільшити його до 7 хвилин для днів 3 і 4. Знову ж таки, слід наголошувати на тому, що рух має стати частиною рутини і подолання страхів, пов'язаних з ним. Важливо, щоб ходьба була запланованою частиною дня, а не просто включеною в інші види діяльності. Наприклад, ветерани можуть сказати, що коли вони добираються на сесії психотерапії, вони обов'язково йдуть пішки "понад шість запланованих хвилин".

Хоча це може бути так, в рамках даного етапу терапії під ходьбу необхідно виділяти окремий час. Слід заохочувати ветерана включати ходьбу та фізичні вправи до щоденної рутини. Таким чином, добирання пішки до психотерапевта чи продуктового магазину стануть простішими.

Інші форми фізичних вправ, які також можна обговорити з пацієнтами, включають:

- Йогу або Тай-Чі
 - Вправи, які передбачають повільні цілеспрямовані рухи, які часто можна адаптувати
- Акватерапію
 - Вибір багатьох пацієнтів, оскільки вода зменшує навантаження на суглоби та м'язи, а її опір запобігає раптовим рухам, які можуть спричинити повторне травмування, що позитивно впливає на зміцнення м'язів
- Їзду на велотренажері або велосипеді для їзди лежачи
 - Відсутність тиску на суглоби та хребет робить їзду на велосипеді як у приміщенні, так і на вулиці привабливим варіантом

Переконайтеся, що ветерани проконсультувались зі своїм лікуючим лікарем перед початком будь-якої нової форми вправ, щоб переконатися в їх безпечності.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Фізичне навантаження

****ПРИМІТКА:** Це одна з найважчих ідей для розуміння, оскільки пацієнтам важко усвідомити, що рух здатен полегшити їхній біль. Підкресліть, що рух є основою для покращення їхнього фізичного стану, що ходьба є безпечною (схваленою лікарем), і що збільшення фізичного навантаження буде поступовим і враховуватиме персональні потреби.**

Напруженість м'язів, зниження витривалості, втома і зайва вага можуть погіршити ваш хронічний біль і ускладнити виконання різних видів діяльності. Однак, ми розглянемо введення фізичних вправ і ходьби до повсякденного життя, оскільки це допоможе вашому тілу боротися з хронічним болем і покращить настрій. Фізична активність допомагає:

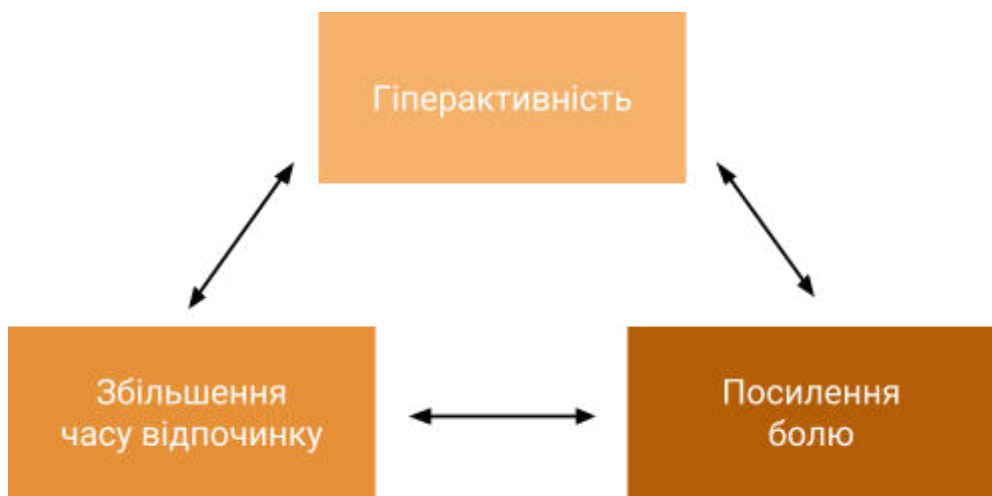
- Підвищити витривалість і силу
- Повернути м'язи до нормального стану і тону
- Відчувати менше болю під час руху

Хоча починати щось нове для всіх нас важко, оскільки ви займаєтесь ходьбою та більшою кількістю видів діяльності, з кожним днем вам стає легше рухатись, оскільки ваші м'язи зміцнюються.

Чергування періодів праці та відпочинку

Деякі люди схильні “переборювати” біль під час виконання завдання і не зупиняться, доки воно не буде завершено, в той час як інші можуть перейматись страхами завдання собі шкоди і взагалі уникати будь-якої діяльності. Часто люди з хронічним болем використовують “гарний день болю”, коли вони почуваються краще, для виконання одного або кількох тяжких завдань, які вони раніше планували виконати. Наприклад, вони чистять гараж або косять траву без зайвого болю, однак наступного дня прокидаються з відчуттям, що не можуть рухатися, і тому “відлежуються” кілька днів поспіль. Цей цикл надмірної активності, посилення болю та підвищеного спокою, що спостерігається на Рисунку 8, часто виникає хаотично. Це може призвести до різних негативних наслідків, таких як підвищений стрес і тривожність, зниження працездатності і самооцінки та уникнення будь-якої діяльності.

Рисунок 8. Цикл гіперактивності



Цей цикл можна розірвати шляхом регулярності заняття та помірним, безпечним рівнем навантаження. Корисною стратегією може бути чергування періодів праці та відпочинку, коли залучення до діяльності визначається часом. Це дозволяє ветеранам постійно брати участь у діяльності без негативних наслідків. Чергування періодів праці та відпочинку часто полягає в тому, щоб збалансувати діяльність і планувати її наперед, або працювати “розумніше, а не тяжче”. Це можна зробити шляхом розбиття завдань на “шматки”, наприклад фарбування кімнати протягом 45 хвилин на день протягом 4 днів замість 3 годин протягом одного дня. Уважніше ставлення до діяльності дозволяє ветеранам працювати більше, однак більш послідовно, що також сприяє покращенню настрою через невеликі досягнення. Без чергування праці і відпочинку цикл малорухливості або гіперактивності зі спалахами болю може мати потенційний успіх.

Під час сесії скористайтеся робочим аркушем “Чергування періодів праці та відпочинку”, щоб дізнатися, як можна узгодити темп діяльності і навантаження з ветераном. Використовуйте приклади для ілюстрації того, як таке чергування може дозволити ветеранам послідовно виконувати дії, мінімізуючи при цьому ймовірність посилення болю. Це допоможе знайти “золоту середину” між бездіяльністю та надмірним навантаженням, що дозволить ветеранам із хронічним болем раціонально підходити до діяльності та покращувати якість життя.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Чергування періодів праці та відпочинку

Чергування періодів праці та відпочинку передбачає планування перерв через регулярні проміжки часу, а не лише після виконання завдання. Регулярно відпочиваючи, в довгостроковій перспективі ви зможете зробити більше і не “розплачуватись” болем за

тривалі періоди діяльності. Темп допомагає підтримувати постійний рівень активності протягом тривалого часу, що корисно для вашого тіла та розуму.

Пам'ятайте:

- Робіть перерви залежно від того, скільки часу ви працювали, а не від того, скільки ви зробили.
- Робіть перерви перед тим, як біль почне посилюватися, а не після.
- Практика — шлях до досконалості: ваше тіло має навчитися реагувати на навантаження.

Мова йде про те, щоб працювати розумніше, а не важче!

Після перегляду концепції чергування періодів праці та відпочинку, важливо обговорити під час сесії те, як ветерани застосовуватимуть її у своєму житті. Попросіть ветерана обрати заняття, наприклад, миття посуду або роботу у дворі, для виконання якого вони можуть запланувати періоди праці та відпочинку протягом наступного тижня. Маючи робочий аркуш і зразок, виконайте наведені нижче кроки, щоб розробити план включення цієї діяльності до розпорядку тижня:

- Попросіть ветеранів визначити одне завдання, яке вони планують або хотіли б зробити цього тижня, особливо те, що згідно їх побоювань може посилити біль.
 - Напишіть це в рядку *Діяльність*
- У співпраці з ветераном оцініть, як довго вони можуть безпечно виконувати завдання, не викликаючи значного загострення болю.
 - Додайте це до рядка *Активна ціль*
- У співпраці з ветераном оцініть обсяг часу відпочинку, який буде необхідний між періодами занять / навантажень.
 - Додайте це до рядка *Відпочинок*
- Попросіть ветерана заповнити цю форму протягом наступного тижня для одного-трьох видів діяльності.

Спершу встановлений часовий період є приблизним, тож, можливо, його доведеться збільшити або зменшити. Нагадайте ветеранам, що чергування періодів праці та відпочинку — це навичка, яку потрібно практикувати для того, щоб вона приносила позитивні результати. Тому вони повинні уникати прийняття рішень щодо виконання щоденної діяльності, в основі яких лежать виключно думки про біль. Хоча це може бути дуже складною концепцією, вона має вирішальне значення для ефективного самостійного контролю болю.

Нижче наведено приклад того, як Реджі та його психотерапевт планують чергування періодів праці та відпочинку під час виконання звичних домашніх обов'язків:

Психотерапевт: Пам'ятаю, ви раніше згадували, що відчуваєте "провину" через те, що не можете більше допомагати своїй дружині по дому. У чому б ви хотіли їй допомагати?

Реджі: Моя дружина була б рада будь-якій допомозі по дому, але я кажу їй, що не можу, тому що навіть таке завдання, як прання, мені дуже боляче виконувати.

Психотерапевт: Чи готові ви скласти план того, як ви можете застосувати навичку чергування періодів праці та відпочинку для допомоги з пранням?

Реджі: Звичайно, я не проти. Вона так багато робить для мене, і я знаю, що це зробить її щасливішою.

Психотерапевт: Що є найбільшою проблемою під час прання?

Реджі: Довго стояти й нахилитись. Особливо при діставанні чистого одягу з сушарки, який треба ще скласти та повісити. Це дуже важко з моїми гомілками і колінами.

Психотерапевт: Добре. Скільки часу ви можете стояти зараз, перш ніж біль посилиться?

Реджі: Не знаю, можливо, 5 хвилин.

Психотерапевт: Тож давайте виділимо вашій активній цілі 5 хвилин. Як ви думаєте, скільки вам знадобиться часу для відпочинку, перш ніж ви зможете знову встати?

Реджі: Лише кілька, можливо, хвилини 3.

Психотерапевт: Чудово. Тоді ми виділимо вашій цілі відпочинку 3 хвилини. Після 3 хвилин ви можете повернутися до прання ще на 5 хвилин і повторювати цей цикл, доки не виконаєте завдання.

Реджі: Звучить непогано, я міг би спробувати.

Психотерапевт: Ідеально. І якщо ви виявите, що можете стояти довше або що вам потрібно довше відпочити, ви можете просто внести зміни на ходу. Головне – пам'ятати про час і не робити занадто багато або занадто мало. Таким чином, ви зможете виконати роботу з найменшим навантаженням.

Домашнє завдання

Попросіть ветерана розпочати реалізацію плану ходьби та відстеження кількості хвилин, які вони проходять щодня, за допомогою журналу ходьби. Це допоможе підтримувати поступове зростання активності та може сприяти обговоренню успіхів чи проблем на наступній сесії. Крім того, він повинен задати темп діяльності протягом дня, використовуючи робочий аркуш планування чергування періодів праці та відпочинку. Знову ж таки, нагадайте йому про необхідність реєструвати те, що він роблять протягом дня, для подальшого обговорення та коригування потреб під час наступної сесії.

Сесія 5: Техніки релаксації

Ця сесія знайомить ветеранів з перевагами релаксації у боротьбі з болем та розглядає три конкретні техніки: діафрагмальне або глибоке дихання, прогресуюче розслаблення м'язів і техніка візуалізації. Можливо, ви вже знайомі з ними, оскільки релаксація використовується для лікування багатьох психічних розладів. Всі техніки повинні виконуватись ветераном між сесіями як домашнє завдання, однак дві з них будуть відпрацьовуватись під час сесії. Наголосіть, що регулярна практика релаксації між сесіями має вирішальне значення для засвоєння технік та їх ефективного застосування.

Сесія 5 План

✓	Провести оцінку, використовуючи шкалу SUDS
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 4
✓	Зміст поточної сесії 4: значення та стратегії релаксації
✓	Обговорити домашнє завдання та попросити ветерана заповнити WAI-SR наприкінці сесії

Сесія 5 Матеріали

- Роздатковий матеріал: переваги та поради щодо релаксації
- Техніка глибокого дихання
- Техніка прогресивного розслаблення м'язів
- Техніка візуалізації
- Робочий аркуш з релаксації
- WAI-SR

Обґрунтування

Техніки релаксації є базовими навичками для лікування хронічного болю. Однак поняття релаксації або розслаблення в якості методу лікування болю є незнайомим для більшості людей з хронічним болем. Обґрунтування використання методів релаксації для зняття болю найлегше можна пояснити, зосередившись на хронічному болевій як сталому стресовому факторі, як фізичному, так і психологічному.

Коли пацієнти відчувають хронічний біль, їх організм реагує за принципом "бий або біжи". Ця стресова реакція, що контролюється симпатичною нервовою системою, має вирішальне значення для виживання, коли люди зіштовхуються з небезпекою або загрозою. У випадку хронічного болю, однак, фізіологічна реакція на стрес є тривалою й менш адаптивною, тож створює додаткове навантаження: оскільки організм відчуває хронічний стрес через постійний біль, у нього немає шансів відновитися (Benson, 1975).

Ветерани можуть триматись за певні ділянки свого тіла, щоб захистити їх від болю. Вони можуть напружувати шию або плечі в очікуванні або у відповідь на біль. Такі реакції лише збільшують рівень напруження та інтенсивності болю, однак часто протікають несвідомо. Крім того, подолання хронічного болю, відчуття відсутності розуміння з боку інших людей, зниження залученості до приємних занять і негативні думки також можуть посилити стрес, пов'язаний з болем. Оскільки стрес і біль мають двосторонній зв'язок — біль впливає на стрес, а стрес впливає на біль — точніший контроль над реакцією на стрес може допомогти краще впоратися з болем.

Хороша новина полягає в тому, що існує протилежний фізіологічний процес, який уповільнює і зупиняє реакцію "бий або біжи". Парасимпатична нервова система відповідає за реакції розслаблення, яке має ефект зворотного фізіологічного збудження і повернення тіла до

стану спокою. Більше того, люди здатні контролювати реакцію розслаблення і використовувати її як засіб управління стресом та / або болем. Завдяки відпрацювання навички розслаблення шляхом виконання технік релаксації можна повернути тіло до розслабленого стану, закриваючи тим самим больові “ворота” та зменшуючи інтенсивність болю.

Клінічні міркування

Хоча багато ветеранів погодяться, що біль є стресовим досвідом, вони все ще можуть сумніватись в користі релаксації. В такому випадку слід надати докази досліджень, що підтверджують ефективність використання технік релаксації та показують, що вона має численні переваги, включаючи зниження м'язової напруги та втоми, покращення сну та підвищення енергії (Laevsky, Pabst, Barrett, S., Stanos, 2011; Persson, Veenhuizen, Zachrisson, & Gard, 2008)). Деякі ветерани можуть хвилюватися, що релаксація означає уповільнення та меншу активність, однак використання цих навичок здатне допомогти покращити ситуацію шляхом підвищення ясності думок, продуктивності і покращенням загального стану. Нарешті, деяким пацієнтам незручно виконувати техніки релаксації, оскільки це може виявити їх вразливі місця. Особливо у тих, хто страждає від ПТСР, релаксація може викликати негативні думки про травмуючі події. Залежно від клінічних потреб ветеранів, запропонуйте способи адаптації техніки, такі як пропозиція тримати очі відкритими під час вправи або використовувати лише одну з важливіших технік, як-от прогресуюче розслаблення м'язів.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Релаксація

Релаксація — це навичка, яка може допомогти вам краще впоратися зі стресом і напругою м'язів, що може посилювати біль. Існує багато технік релаксації, якими легко користуватися, і ми хочемо знайти ті, які підходять саме вам. Важливо, щоб вони були частиною вашого повсякденного життя, і допомагати вам справлятися з посиленням болю.

Мета релаксації — зменшити вплив стресу на ваше здоров'я. Хронічний біль виснажує ваше тіло і підвищує напругу м'язів, тому навіть якщо ви не відчуваєте емоційного стресу, цілком імовірно, що ваше тіло зазнає негативного впливу. Хоча ми не можемо уникнути всіх стресових факторів або болю, ми можемо змінити нашу реакцію на них. Релаксація — це більше, ніж відпочинок чи насолода від хобі, вона передбачає зниження напруги в тілі та розумі.

Допомога у виконанні технік релаксації

Корисно обговорити конкретні переваги технік релаксації та поради, які можуть полегшити їх виконання. Слід підкреслити важливість занять вправами з релаксації хоча б раз на день. Поясніть, що, як і для будь-якої нової навички, для оволодіння релаксацією необхідна практика. Можна провести аналогію, наприклад, із навчанням гри на гітарі: “Хоча спершу може бути важко і незручно, а прогрес буде незначним, регулярні заняття з часом допомагають стати кваліфікованим музикантом. Насправді, пальці можуть почати відтворювати певні пісні на “автопілоті”, оскільки тіло розвиває моторну пам'ять. Це так само стосується й практики та навчання релаксації. Згодом вправи з розслаблення стане легше виконувати, без зайвого обдумування, і вони принесуть більше користі у подоланні стресу та болю. Для розвитку цих навичок потрібна щоденна практика”.

Деякі поради, які можуть бути корисними:

Поєднуйте розслаблення з щоденною діяльністю, як-от прийом їжі

Використовуйте додаток для релаксації на смартфоні

Виберіть фразу або мантру, яка служить сигналом, наприклад, спокою, миру або позитиву

Скористайтеся під час сесії роздатковим матеріалом “Переваги та поради щодо релаксації”, в якому додатково викладено переваги розвитку навичок релаксації та способи їх успішного застосування.

Розглянемо наступне обговорення між Реджі та його психотерапевтом щодо практики релаксації:

Психотерапевт: Що ви думаєте про методи релаксації, які ми обговорювали?

Реджі: Я про них не знав. Я відпочиваю, коли слухаю музику або йду на риболовлю.

Психотерапевт: Такі заняття можуть принести заспокоєння, насправді вони вважаються техніками “відволікання”. Активна релаксація відрізняється тим, що вона спрямована на фізіологічні зміни у вашому тілі, наприклад, шляхом сповільнення дихання або зменшення м’язової напруги.

Реджі: У минулому я пробував техніку візуалізації, однак вона не спрацювала. Я не міг зосередитися, бо мій розум продовжував блукати.

Психотерапевт: Блукання розуму є природним, і це не обов’язково означає, що техніка не працює. Щоразу, коли виникають думки, просто визнайте їх і відпустіть. Уявіть, що думки як припливають, так само легко і відпливають. У такі моменти також можна зосередитися на своєму диханні.

Реджі: Я розумію про що ви говорите, але мені не дуже подобаються ця техніка.

Психотерапевт: Ви можете спробувати кілька різних технік релаксації. Я думаю, щоб знайти ту, яка найкраще вам підходить, варто спробувати хоча б кілька з них. Якщо вам не подобаються вправи на уяву, спробуйте дихальні вправи або поступове розслаблення м’язів.

Реджі: Я б спробував розслаблення м’язів.

Психотерапевт: Чудово. І пам’ятайте, що це навичка, яке вимагає практики. Ви можете виявити, що вам потрібно виконати вправу ще кілька разів, перш ніж навчитися, і це нормально. Практикуйте це вдома хоча б раз на день. Ми можемо обговорити будь-які проблеми, з якими ви можете зіштовхнутись.

Техніки релаксації

В посібнику представлені три техніки релаксації, хоча під час сесії з психотерапевтом будуть відпрацьовуватись лише перші дві.

Усі техніки релаксації мають два основних компонента:

1. Зосередження уваги на чомусь, як-от процес, образ, фраза чи відчуття.
2. Пасивне ігнорування повсякденних думок для повернення фокусу уваги.

Підготовка

- Сядьте в зручне крісло або на килимок.
- Якщо ви виконуєте їх в ліжку, то можете заснути. Тому не рекомендується використовувати цю техніку перед сном.
- Приглушіть світло.
- Зніміть взуття і послабте тісний одяг.
- Закрийте очі.
- Якщо ви хочете тримати очі відкритими, сфокусуйте їх в одній точці.
- Вимкніть телефон, телевізор і радіо.
- Перемістіть домашніх тварин в іншу кімнату.
- Повідомте інших людей у домі, що вам потрібен час на самоті для занять вправами

Техніка глибокого дихання

Першою технікою релаксації є діафрагмальне дихання, яке часто називають “глибоким диханням”, і яке є основою для всіх інших технік релаксації. Глибоке дихання скорочує діафрагму, розширюючи грудну клітину і надаючи легеням більше місця для наповнення повітрям. Це сповільнює дихання, підвищує споживання кисню і підвищує рівень енергії.

Діафрагмальне дихання — це коротка і мобільна техніка, яку можна виконувати в будь-якому місці, в будь-який час і зазвичай без усвідомлення іншими людьми процесу її виконання. При глибокому диханні вдихи є плавнішими, повільнішими та глибшими, ніж зазвичай. Це один з найпростіших і найефективніших способів зняття напруги в організмі.

Нижче докладно описано етапи навчання даної техніки. Психотерапевт може допомогти моделювати ефективну техніку, виконуючи вправу разом із пацієнтом.

КРОКИ

- Попросіть пацієнта випрямити спину.
- Поясніть різницю між поверхневим / неглибоким та глибоким диханням.
- Попросіть пацієнта покласти одну руку на груди, а іншу — на живіт.
- Визначте, чи пацієнт “дихає грудьми” чи “дихає животом”.
- Попросіть повністю закрити очі або подивитись вниз і зафіксувати погляд на одній точці.
- Слідкуйте за руками і переконайтеся, що вони не напружені.
- Попросіть пацієнта тримати одну руку на грудях, а іншу — на животі, тримати очі закритими або сфокусувати зір в одній точці.
- Попросіть повільно вдихнути через ніс (якщо можливо), щоб живіт розширився, подовжуючи вдих до 3-5 секунд.
- Скажіть пацієнту повільно і повністю видихнути через рот, подовжуючи видих до 3-5 секунд. Продовжуйте цю вправу 3-5 хвилин.

Під час виконання вправи психотерапевт може підтримувати ветерана, використовуючи такі фрази, як: “Відчуйте, що ваше тіло все більше розслабляється з кожним видихом” або “Кожен раз, коли ви видихаєте, думайте про слово “розслаблення” або “Вдихніть відчуття розслаблення і видихніть будь-яку напругу”. Зразок сценарію цієї вправи для надання ветерану, див. у роздатковому матеріалі.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: *Міні-сеанси глибокого дихання*

Спробуйте проводити міні-сеанси глибокого дихання протягом дня. Включення таких коротких сеансів допоможе опанувати навичку, а враховуючи, що ця вправа настільки мобільна та проста, вона може допомогти в будь-який час, коли ви “в дорозі”.

Наприклад, коли ви стоїте в черзі в магазині, то можете помітити, що стаєте все більш напруженими або нетерплячими. Замість того, щоб зосередитися на цьому:

- Зробіть глибокий вдих; видихаючи, уявіть, як напруга та негатив залишають ваше тіло.
- На наступному вдиху уявіть, як дихаєте з відчуттям спокою та розслаблення.
- Порахуйте до шести, повільно, глибоко вдихаючи; повільно видихніть, знову рахуючи до шести.

Перш ніж ви це усвідомите, ви відчуєте себе менш напруженим і більш зібраним. Подумайте, у яких інших ситуаціях ви могли б провести міні-сеанс протягом дня?

Прогресивне розслаблення м'язів

Друга методика — прогресивна м'язова релаксація (ПМР). Ця вправа спрямована на систематичне напруження та розслаблення певних груп м'язів. Основне пояснення ефективності цієї техніки полягає в тому, що м'язи не можуть бути одночасно напруженими і розслабленими. Навмисно напружуючи м'язи, а потім розслабляючи їх, пацієнти можуть навчитися спостерігати

за різницею між цими двома станами; це допоможе тілу навчитись помічати напругу в м'язах і самостійно знімати її.

Не слід сильно напружувати м'язи, скорочення повинне бути м'яким (від легкого до помірного напруження). При напруженні м'язів можуть виникати дещо незвичні відчуття, тож під час першої сесії ПМР пацієнт може відчувати дискомфорт. За бажанням, можна повторити ПМР для особливо напружених груп м'язів.

Для ветеранів, які бояться, що скорочення певного м'яза посилить біль у цьому місці, корисно розглянути поняття "болу на противагу шкоді". У рідкісних випадках ветерани повідомляють про м'язовий спазм, який виникає при напруженні групи м'язів. Якщо це сталося, пацієнту рекомендується спершу спробувати відкоригувати техніку, зменшуючи інтенсивність скорочення. Якщо спазм все ще виникає, то можна візуалізувати м'яз і уявити, як напружується ця область, коли "настає її черга". Ветерани повинні продовжувати скорочувати інші м'язи тіла, поки триває вправа ПМР.

Основні групи м'язів

Зразок сценарію вправи дивіться також у роздатковому матеріалі "Прогресивне розслаблення м'язів". Нижче наведено групи м'язів, які слід почергово напружувати та розслабляти:

1. Передпліччя / кисті
2. Гомілки
3. Стегна / сідниці / попереки
4. М'язи живота
5. Грудна клітка
6. Шия / плечі / верхня частина спини
7. Рот / щелепа / горло
8. Очі / верхня частина чола / шкіра голови

КРОКИ

- Почніть з розслабленого глибокого дихання.
- Систематично напружуйте і розслабляйте кожну головну групу м'язів.
 - Фаза напруження має тривати 5-10 секунд, після чого — 10-20 секунд розслаблення.
 - Можна витратити додатковий час на м'язи, які важко розслабити.
- Подумки проскануйте тіло.
 - Подумки проскануйте тіло в систематичному порядку груп м'язів, фокусуючись на залишку напруги.
 - Дозвольте пацієнту зняти залишкову напругу.

Техніка візуалізації

Остання техніка релаксації, яку слід обговорити рід час сесій, — техніка візуалізації. Хоча цей варіант слід згадати та розглянути на рівні теорії, він буде використовуватись на початку наступної сесії. Проте рекомендується, щоб ветерани випробували цю техніку самостійно як домашнє завдання. Як і інші техніки, інструкції щодо виконання представлені в роздатковому матеріалі.

Техніка призначена для того, щоб навчити ветерана створювати ментальні образи, які сприяють розслабленню. Пацієнт обирає місце, яке він відвідує подумки під час виконання техніки; єдине "правило" полягає в тому, воно повинне бути тихим і спокійним. Ключ до створення глибокого занурення, коли ветеран повністю бере участь у вправі, полягає в тому, щоб приділити повну увагу всім деталям сцени. Наведіть приклади, такі як запах свіжоспеченого печива, відчуття теплового піску в руці або шарудіння листя під ногами.

Передбачення перешкод

Обговоріть передбачувані перешкоди на шляху до успішного виконання технік релаксації вдома та разом подумайте про можливі рішення. Нижче наведено деякі труднощі, про які часто повідомляли пацієнти, та стратегії для їх усунення під час сесії. Ці питання можуть виникнути під час обговорення та практики релаксації на сесії 5 або під час перегляду домашнього завдання.

«Я не можу розслабитись, бо мені дуже боляче».

Нагадайте ветеранам про природу взаємозв'язку та циклічності стресу і болю. Обговоріть додаткові переваги технік релаксації (референтний приклад з гітарою) і згадайте, що навчання розслабленню – це процес, який вимагає практики.

«Коли я зупиняюсь, мене наздоганяє біль. Я маю продовжувати рухатися, щоб його стримувати».

Перегляньте важливість ритму та безпеку надмірного навантаження. Чергування періодів праці та відпочинку є важливим інструментом, який допоможе уникнути спалаху болю.

«Я весь час відпочиваю, це частина проблеми!»

Підкресліть, що релаксація та відпочинок чи уникання болю – це різні речі. Запропоновані стратегії релаксації вимагають участі, яка може створити фізіологічний процес, що зменшує напругу м'язів і допомагає боротися з хронічним болем.

«Я намагався розслабитися, але не можу»

Скажіть, що ветерани, які мають найбільше проблем з опануванням навичок релаксації, як правило, потребують цього найбільше. Релаксація вимагає практики. Запевняйте пацієнтів, що хоча тренування організму інакше реагувати на стрес і напругу вимагає часу, це приносить позитивні результати.

«З огляду на все, що відбувається в моєму житті, я занадто зайнятий, щоб розслаблятися».

Підкресліть, що релаксація допомагає краще впоратися зі щоденним стресом. Для тих, хто відчуває психологічний тиск, розвиток навичок релаксації допоможе підвищити продуктивність і концентрацію.

Домашня робота

Заохочуйте ветеранів практикувати прийоми релаксації принаймні раз на день (за можливості частіше) протягом наступного тижня. Надайте інструкції для всіх трьох розглянутих технік релаксації. Крім того, попросіть їх використовувати аркуш практики релаксації для відстеження виконання та прогресу. Попросіть ветерана записати рейтинг напруженості перед початком вправи, після виконання якої повернутись до аркушу, щоб повторно самостійно оцінити напругу та записати результати. Встановіть реалістичні очікування, повідомивши про те, що різниці в нарузі до і після перших кількох виконань вправи може бути відсутньою. Однак нагадайте пацієнтам, що в міру розвитку навичок виконувати техніки стане простіше, а користь від них збільшиться.

- Роздатковий матеріал: Техніки релаксації
- Робочий аркуш для запису практики релаксації

Сесія 6: Приємні заняття 1

Багато ветеранів, які живуть із хронічним болем, як правило, уникають діяльності, у тому числі й приємних занять. Однією з причин може бути їх переконання в тому, що через біль вони більше не зможуть робити те, що колись любили, наприклад, грати в гольф або займатись садівництвом. Оскільки діяльність часто включає взаємодію з іншими, вони, ймовірно, уникатимуть розмов про свій біль або будуть соромитись своїх обмежень. Це може не лише сприяти фізичному знесиленню, але й призвести до зниження самооцінки та підвищення депресивного настрою.

Сесії 6 і 7 призначені для того, щоб допомогти ветеранам збільшити кількість приємних занять у їхньому житті. Переваги включають надання можливостей для здорового відволікання від болю, підвищення соціалізації, покращення концентрації та розвиток почуття мети.

Сесія 6 надасть можливість сформулювати та визначити види діяльності, які ветерани любили раніше, та розглянути нові ідеї на майбутнє. На сесії 7 буде створено план дій для поетапного впровадження приємних занять.

Сесія 6 План

✓	Провести оцінку, використовуючи шкалу SUDS
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 5 та виконати вправи з релаксації
✓	Зміст поточної сесії 6: пошук приємних занять
✓	Обговорити домашнє завдання

Сесія 6 Матеріали

- Роздатковий матеріал: техніка візуалізації
- Список приємних занять

Техніка візуалізації

Після перегляду домашнього завдання із прийомів релаксації почніть сесію з вправи на візуалізацію. Запитайте ветеранів про ідилічне місце, яке вони хотіли б подумки відвідати, нагадуючи їм, що воно має бути тихим і спокійним та викликати позитивні асоціації. Хоча більша частина сесії буде зосереджена на дослідженні приємних занять, початок з техніки візуалізації створить основу для збору цієї інформації.

Вибір ветеранами місця для цієї техніки може сильно відрізнятись – когось розслаблює пляж чи гори, для інших – улюблене місто. Деякі можуть мати конкретне місце / час, наприклад, спогади дитинства про бабусину кухню, коли вона пече печиво або відпочинок за містом з сім'єю. Дозвольте ветерану вільно обрати місце, оскільки ключем до активного виконання вправи є приділення увагу найдрібнішим деталям сцени. Це допоможе відволікти ветерана від стресових думок і фізичної напруги. Важливо задіяти всі п'ять органів чуття й розглянути все, що можна було б побачити, почути, понюхати, відчутти та спробувати в цьому місці (наприклад, доріжка з білого піску під ногами, кисло-солодкий смак холодного лимонаду, яскравий колір листя дерев, м'яка текстура ковдри, запах випічки тощо).

Після того, як деталі ментальної сцени зібрані, проведіть ветеранів через кроки, наведені нижче. Зразок проведення вправи для психотерапевта представлений нижче. Зразок сценарію для ветерана див. у роздатковому матеріалі *Виконання техніки візуалізації*.

КРОКИ

- Почніть зі зручної пози та розслабленого дихання із закритими очима або фіксованим поглядом.
- Уявіть собі "вхід" до місця розташування (наприклад, доріжка, двері, сходи, пристань тощо).
- Увійдіть у місце відпочинку (зосередьтесь на п'яти основних чуттях).
- Проведіть 5-10 хвилин у розслаблюючій сцені.
- Попросіть ветерана "покинути" місце розташування через той самий "вхід".

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: *Техніка візуалізації*

Перш ніж ми почнемо говорити про приємні заняття, які ми можемо включити у своє життя, я хочу, щоб ви подумали про якесь приємне місце. Це може бути приємний спогад або ідеальне місце, при думці про які ви відчуваєте розслаблення. Подумайте про речі, які ви можете там побачити, звуки, які можете почути та запахи, які можна відчути. Закрийте очі і уявіть себе перед цим місцем.

Уявіть, що ви повільно йдете гарною стежкою до цього місця, відчуваючи спокій та радість. Уявіть, що під час ходьби всі ваші стреси, занепокоєння і напруга покидають вас. Насолоджуйтесь мандрівкою до вашого місця відпочинку.

Протягніть руку і торкніться чогось у цьому місці... Зверніть увагу на його текстуру та на те, як воно відчувається на вашій шкірі. Зверніть увагу на різні предмети навколо вас...їхні форми, текстури та кольори. Зверніть увагу на світло й тіні та як світло відбивається від різних об'єктів...

Пошук приємних занять

Як обговорювалося раніше, хронічний біль може по-різному впливати на життя ветеранів, зокрема знижувати залучення до приємних занять. Багато ветеранів, ймовірно, перестали займатись хобі, проводити час з друзями або займатись спортом. Вони можуть відчувати, що не здатні робити те, що хочуть через біль або страх його загострення, що може перешкодити планам. Незалежно від причини, відсутність приємних занять знижує якість життя і часто підвищує негативний настрій. Метою цієї сесії є вивчення того, що подобається пацієнтам, і визначення способів регулярного включення цих заходів до повсякденного життя.

Визначення приємних видів діяльності для тих, хто страждає хронічним болем, може бути складним з кількох причин. Негативний настрій, пов'язаний з болем, як-от депресія та дратівливість, поганий сон, втома чи інші психосоціальні проблеми можуть зменшити здатність визначити такі заняття або зменшити мотивацію до їхнього виконання. Однак, більшість ветеранів можуть назвати речі, які вони хотіли б робити, але "не можуть" через біль. Наприклад, колишні військовослужбовці можуть вважати, що більше не зможуть займатися спортом та іншими фізичними навантаженнями, як колись. Хоча це може бути правдою, метою цієї сесії є пояснення переваг приємних занять та вивчення творчих та адаптивних способів участі в них, незважаючи на біль.

Потенційні переваги приємних занять:

Позитивне відволікання від болю

Покращення настрою та самооцінки

Підвищена соціалізація

Покращені навички уваги та концентрації

Посилене відчуття мети та напрямку руху

Використовуйте додатковий матеріал зі списком приємних заходів, щоб переглянути можливі варіанти. Почніть з того, що запитайте ветеранів про те, як вони займались в минулому, як займаються зараз та які труднощі мають, та про те, що вони завжди хотіли спробувати. Ця дискусія має на меті вивчення альтернативних способів занять раніше улюбленими хобі. Ветерани, особливо схильні до дихотомічного мислення, можливо, не думали про більш креативні рішення щодо можливого залучення до приємних занять. Наприклад, якщо вони повідомляють, що раніше любили грати в боулінг, але тепер не можуть, запитайте, чи готові вони навчати боулінгу дітей або підлітків. Нагадайте ветеранам, що роль тренера – це шлях обміну знаннями та досвідом, незважаючи на біль, оскільки більшість спортсменів з віком вже не можуть займатись спортом, як раніше. Крім того, ветеранам може сподобатися ідея можливості “ділитись досвідом” та допомагати молоді. Якщо вони не зацікавлені в тренерстві, запропонуйте варіант використання відеоігор та VR-технологій. Багато ігрових компаній на ринку (наприклад, Nintendo Wii) мають боулінг та інші спортивні ігри, які передбачають обмежену кількість фізичної активності з реалістичним досвідом заняття спортом.

Крім того, у багатьох медичних закладах є відділення рекреаційної терапії (РТ). РТ може запропонувати безліч ресурсів для приємних занять та хобі, наприклад, виготовлення виробів з дерева та шкіри, фарбування або складання моделей, різні набори для рукоділля тощо. Крім того, деякі центри з допомоги ветеранам пропонують консультації щодо адаптивних видів спорту, таких як гольф, каякінг або верхова їзда. Ця послуга надає ветеранам оцінку та рекомендації про те, як вони можуть змінити механіку свого тіла під час заняття спортом або як використовувати адаптивне обладнання. Нарешті, можна порекомендувати про потенційні можливості волонтерства. Багато ветеранів з хронічним болем на даний момент не працюють і відчувають відсутність мети у своєму житті. Обговорення варіантів залучення волонтерів, які можуть допомагати ветерану в той чи інший спосіб, може приносити позитивні результати. Такі заходи не тільки допомагають структурувати тиждень, але й допомагають пацієнтам мати відчуття мети та приносити їм задоволення.

Оскільки, можливо, минуло багато часу з тих пір, як ветеран займався чимось, що приносить йому задоволення, список приємних занять може допомогти створити сфери, які варто розглянути.

Нижче наведено приклад обміну інформацією між Шейлою та її психотерапевтом щодо визначення приємних занять:

Шейла: Я знаю, що мені треба частіше розважатись з Тімом і займатись якимись хобі, але здається, що мені завжди або занадто боляче, або я просто занадто втомлена.

Психотерапевт: Я помітив, що ви сказали, що *треба* займатись чимось. А як щодо того, чи би ви *хотіли* займатись?

Шейла: Я не знаю. Я думаю, що я сказала “треба”, бо що це дійсно впливає на мої стосунки. Ми постійно зустрічались з друзями. Колись я була веселою, а тепер Тім каже, що я використовую біль як “привід” нікуди не виходити.

Психотерапевт: Розкажіть мені більше про використання болю як виправдання.

Шейла: Ну, іноді у нас є якісь плани, і я їх скасовую лише тому, що мені погано. Тім засмучується і каже: “Ти ніколи не почувашся добре!” Я знаю, що йому вже набридло, що я постійно погано почувуюсь.

Психотерапевт: Що ви маєте на увазі?

Шейла: Раніше він залишався зі мною вдома, але тепер виходить без мене. Щоразу, коли я кажу йому, що не можу щось зробити, тому що мені дуже боляче, він просто злиться і йде.

Психотерапевт: Що ви робите в такому випадку?

Шейла: Залишаюсь вдома сама. Я дивлюся телевизор, потім лягаю спати. Зазвичай я відчуваю себе ще більш пригніченою і засинаю до того, як він повертається додому.

Психотерапевт: Ви згадали про “якісь хобі”. Чим саме ви б хотіли займатись?

Шейла: Чесно кажучи, я не знаю, що можу зробити такого, що б не посилювало біль і не виснажувало мене настільки, що я не змогла наступного дня працювати.

Психотерапевт: Якщо я правильно розумію, ви стурбовані тим, що ваші стосунки постраждали, тому що ви не “веселі”, як раніше, але в той же час ви більше не знаєте, як розважатися і навіть те, чи можете це робити. Вірно?

Шейла: Саме так.

Психотерапевт: Щоб підштовхнути вас до роздумів, ось список можливих приємних занять. Я попрошу вас переглянути його під час виконання домашнього завдання. Оберіть принаймні три види діяльності зі списку або додайте свої. Ми обговоримо їх під час наступної сесії і придумаємо план, як включити їх у ваше життя.

Домашнє завдання

Перед наступною сесією ветерани повинні обміркувати приємні заняття, які можна включити у своє життя. В якості домашнього завдання попросіть їх визначити щонайменше три види діяльності за допомогою списку приємних занять. Хоча наступна сесія буде зосереджена на їх виконанні, запропонуйте їм спробувати зайнятися принаймні одним із обраних заходів до наступної сесії. Це полегшить обговорення потенційних перешкод.

Сесія 7: Приємні заняття 2

Сесія 6 була зосереджена на визначенні приємних видів діяльності, тож під час цієї сесії ветерани закріплюють визначення завдань, які вони хочуть виконувати, та розроблять конкретний план для їх реалізації. У будь-якому плануванні діяльності слід використовувати чергування періодів праці та відпочинку, щоб підтримувати збалансований підхід до діяльності.

Сесія 7 План

✓	Ветеран виконує заходи оцінювання
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 6
✓	Зміст поточної сесії 7: визначення та планування приємних заходів
✓	Обговорити домашнє завдання

Сесія 7 Матеріали

- Усі заходи оцінки, крім WAI-SR
- Список приємних занять
- Розклад приємних занять

Реалізація приємних завдань

Перегляньте домашню практику та обговоріть участь у будь-яких приємних заходах після останньої сесії. Якщо ветерани все ще не впевнені щодо того, чим вони б хотіли займатись, слід приділити більше часу обговоренню переліку можливих занять та будь-яким іншим питанням, пов'язаних з цим. Такі види діяльності, як просто перегляд телевізора або сидіння за комп'ютером, не рекомендується через їх пасивний або часто ізолюючий характер.

Як тільки буде визначено два-три заняття, їх потижневе планування збільшить ймовірність того, що ветерани будуть їх виконувати. Нагадайте пацієнтам про переваги цього, такі як покращення настрою та підвищення соціалізації, а також здорове відволікання від болю. Важливо, щоб обрані заняття, а також розроблений графік були досяжними для ветеранів. Створення нереалістичного плану лише створює основу для незавершеності та супутніх негативних емоцій. Крім того, вирішальне значення має чергування періодів праці та відпочинку, про що слід нагадати і детально обговорити те, як це можна застосувати до обраної діяльності.

Використовуйте розклад приємних занять для планування реалізації обраних занять протягом наступного тижня. Попросіть ветеранів додати свої варіанти в стовпчик *Діяльність*. У той час як для гри в баскетбол потрібно чергувати періоди праці і відпочинку, для гри в карти – ні. Заохочуйте ветеранів починати з легко досяжних видів діяльності, щоб розвинути відчуття розвитку майстерності, і переходити до більш складних завдань після того, як вони досягнуть певного рівня навички. Ветерани можуть відчувати мотивацію доповнити графік діяльності після того, як перші успіхи позитивно вплинули їх настрій і самооцінку. Слід нагадати, що на початку задоволення від занять може зростати поступово, як у випадку з прикладом з останньої сесії про гру на гітарі.

Обговоріть деталі плану і будьте максимально конкретними. Переглядайте не лише день чи дні тижня, які будуть найкращими для діяльності, але й час доби, місце, періодичність й іншу пов'язану з цим інформацію. Точність і конкретність мають допомогти ветеранам уявити реалізацію плану. По-перше, це зверне увагу на перешкоди, з якими можна зіткнутися і які можна буде обговорити й вирішити під час сесії. Наприклад, якщо ветеран хоче грати в баскетбол, що робити, якщо йде дощ і відкритий майданчик не вихід? Чи є критий корт, де можна пограти? Обговорення й опрацювання з ветеранами таких життєвих обставин й конкретних деталей

спонукатиме до дотримання плану. Після сесії ветерани повинні мати чітку картину того, що вони будуть робити і чого очікувати, що допоможе реалізовувати план так, як обговорювалось.

Планування занять допомагає покращити повсякденне життя, тому заохочуйте пацієнтів складати плани на день, балансуєчи фізичну активність з відпочинком та розважальною діяльністю. Розгляньте наступну розмову між Реджі та його психотерапевтом щодо створення плану залучення до приємних занять.

Психотерапевт: Під час наших розмов ви сказали, що останнім часом проводите більшу частину часу, сидячи в кріслі-рестейнері. Проте, схоже, ви маєте багато інтересів, наприклад, слухати музику, ходити на риболовлю, проводити час з онуками, відвідувати церковні заходи. Що вас найбільше радує?

Реджі: Раніше я обожнював грати в баскетбол. Але я більше не можу.

Психотерапевт: У контексті баскетболу давайте поговоримо про те, що ви **МОЖЕТЕ** робити. Багато людей не грають у баскетбол, але беруть участь іншим способом. Які способи ви можете придумати?

Реджі: Я дивлюся баскетбол по телевізору. Крім того, моя внучка входить до шкільної баскетбольної команди. Раніше я спостерігав за її грою, але цього року не ходив на матчі.

Психотерапевт: Ви навчали її грати?

Реджі: Це було досить давно. Хоча я знаю, що ще є деякі рухи, яким я міг би її навчити.

Психотерапевт: З яких причин ви не ходили на ігри своєї онуки чи не "тренували" її вдома?

Реджі: Останнім часом я просто не виходив з дому.

Психотерапевт: Що ви думаєте про створення плану залучення до цих занять?

Реджі: Я можу відвідувати її ігри, у неї якраз буде матч на цих вихідних. Також моя родина збирається на вечері після відвідування церкви по неділях. Я планую знову почати ходити на служби. Я вже спланував піти на цих вихідних й сказав про це дружині. Вона в свою чергу сказала дітям, тому всі чекають на мене. Після вечері онуки зазвичай граються з м'ячем надворі, тож я міг би долучитись. Я все одно хотів би проводити більше часу з онуками.

Психотерапевт: Це чудовий план. Пам'ятайте також, що ви завжди можете проконсультуватись з рекреаційним терапевтом щодо можливостей адаптивних видів спорту.

Передбачення перешкод

Обговоріть очікувані перешкоди участі у запланованих заняттях та спільно визначте можливі рішення або резервні плани. Нижче наведено деякі перешкоди, про які повідомляли ветерани з хронічним болем, та стратегії для їх опрацювання на сесії. Ці питання можуть виникнути на сесії 6 під час перегляду варіантів приємних занять або на сесії 7 під час планування їх реалізації ветеранами.

«З усім цим болем я не можу думати ні про що інше»

Наголосіть, що головна мета терапії — допомогти урізноманітнити та покращити життя, незважаючи на наявність болю. Нагадайте ветеранам, що позитивне відволікання може допомогти не концентруватись на болю, навіть якщо й тимчасово.

«У мене занадто багато інших справ, щоб спланувати виконання ще й приємних занять»

Більш структуроване планування може фактично покращити навички управління часом і створити можливості для цієї додаткової діяльності. Обговоріть важливість приємних занять для

покращення самопочуття та підвищення ефективності в інших сферах. Підкресліть роль балансу для загального здоров'я.

«Я не можу займатися будь-якою діяльністю, незалежно від того, який темп я задаю»

Нагадайте ветеранам про прогрес, який вони вже досягли з виконанням інших фізичних навантажень, таких як ходьба. Заохочуйте їх спробувати, щоб перевірити негативні очікування, і почніть із комфортної діяльності. Підкріплюйте додаткові досягнення на цьому шляху.

«Я подумаю про хобі, коли мій біль зменшиться».

Наголошуйте на важливості того, щоб не дозволяти болю диктувати, що робити, а що ні. Нагадайте ветеранам про біопсихосоціальну модель, а також про вплив активності та настрою на відчуття болю.

«Я не можу знайти мотивацію для цього. Мені важко навіть просто вставати щодня».

Перегляньте переваги приємних занять як для настрою, так і для послаблення болю. Скажіть ветеранам, що підштовхування себе до такої поведінки, навіть якщо вони зараз цього не відчувають, покращить їхній настрій і загальну мотивацію спробувати ще раз.

Домашнє завдання

Попросіть ветеранів скласти розклад приємних занять. Після складання плану попросіть їх стежити за прогресом та зазначати не лише випадки, коли вони брали участь у запланованій діяльності, але й коли вони цього не робили. Нагадайте пацієнтам, що неодноразові спроби є нормальним явищем, і запевніть, що завдяки співпраці з психотерапевтом вони складуть графік діяльності, який буде реалістичним і зможе покращити їхнє життя.

Сесія 8: Копінг-поведінка 1

Сесії 8 і 9 фокусуються на когнітивному компоненті моделі КПТ-ХрБ, допомагаючи ветеранам розвивати когнітивні навички подолання. Сесія 8 зосереджена на розумінні динамічної взаємодії між думками і болем, а також на розпізнаванні поширених когнітивних викривлень. Це допоможе ветеранам зрозуміти, як їхні думки пов'язані з болем чи негативним настроєм. Сесія 9 допомагає ветеранам активно боротися з негативними думками за допомогою запису думок і плану подолання.

Сесія 8 План

✓	Ветеран виконує заходи оцінювання
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 7
✓	Зміст поточної сесії 8: розпізнавання та моніторинг негативних думок
✓	Обговорити домашнє завдання та попросити ветерана заповнити WAI-SR наприкінці сесії

Сесія 8 Матеріали

- Роздатковий матеріал: Думки про біль.
- Робочий аркуш: Розпізнавання НАД.
- Опитувальник WAI-SR

Взаємозв'язок між думками і болем

Для тих, хто страждає від хронічного болю, роль негативних думок може бути значною. Оскільки біль з часом не зменшується, думки ветеранів можуть ставати все більш негативними і сильніше впливати на біль. Дослідження показують, що негативні думки безпосередньо пов'язані зі сприйняттям болю (Lawrence, Hoefl, Sheau, & Mackey, 2011). Часто негативні думки є автоматичними і не усвідомлюються людиною, однак все одно можуть суттєво впливати на їх емоції та поведінку.

Використовуйте попередньо розглянуту модель КПТ-ХрБ і циклу хронічного болю, щоб обговорити взаємозв'язки між думками, болем, настроєм і поведінкою. Ветерани часто усвідомлюють, що при підвищеному стресі або негативних емоціях вони помічають й збільшення інтенсивності болю.

Хоча пацієнти можуть легко розпізнати такі емоції, як гнів або розчарування, обговоріть, що такі емоції часто супроводжують *негативні думки*, які часто можуть бути їх передвісниками. Наприклад, очікування під час візиту до лікаря може підвищити дратівливість, при цьому негативні думки, пов'язані з ситуацією, впливають на емоційну реакцію (наприклад, "Я ненавиджу чекати", "Лікар завжди запізнюється", "Чим довше я сиджу тут, тим більше посилюється біль"). Поясніть ветеранам, що всі люди мають автоматичні думки, які можуть бути як негативними, так і позитивними. Однак наявність болю посилює спотворене негативне мислення через наявність подразників. Важливо наголосити на тому, що не думки *спричинили* біль, а те, що вони можуть прямо або опосередковано негативно впливати на нього. Варто змістити фокус на те, що більш адаптивні думки можуть позитивно вплинути на біль.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: *Негативні думки*

Поки що ми зосередились на речах, які ви можете фізично зробити, щоб впоратися зі своїм болем, як-от ходьба та заняття тим, що вам подобається. Сьогодні ми поговоримо про

інше – як ваші думки можуть вплинути на біль і як їх зміна може допомогти посилити ваше задоволення від життя.

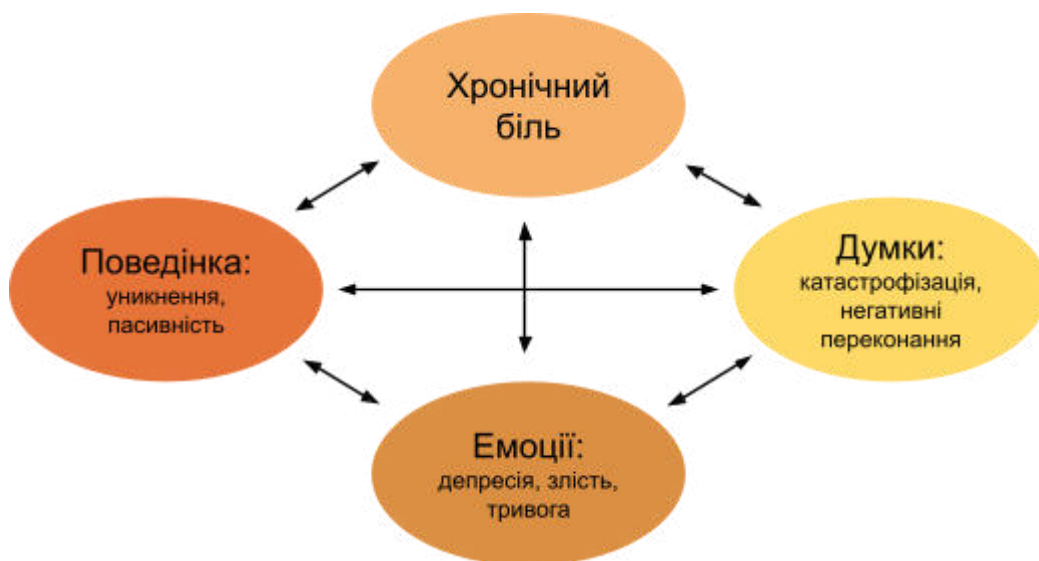
Коли вам боляче, які думки крутяться в голові? Загалом при посиленні болю думки стають негативнішими. Навіть дослідження показують, що негативні думки насправді посилюють біль. Вони також заважають робити те, що допомогло б полегшити біль. Нездорові думки призводять до нездорового вибору.

У кожного є негативні думки! Часто вони є автоматичними. Наприклад, ви могли мати думки на кшталт: “Мій біль ніколи не послабиться” або “Я нічого не можу вдіяти з болем”. Прийняття цих думок може призвести до уникання діяльності чи людей і зменшить ймовірність використання навичок боротьби з болем, які у вас уже є.

Ця ланцюгова реакція негативного, нездорового мислення, почуття засмучення, уникнення інших і невикористання активних навичок подолання – це коло, яке ми намагаємося розірвати!

Введіть термін *негативні автоматичні думки*, або НАД, оскільки ця абревіатура буде часто використовуватись під час сесій і домашнього завдання. Попросіть ветеранів назвати одну-дві негативні думки, які вони мають у відповідь на біль. Використовуйте їхні приклади, щоб переглянути зв'язок між думками, почуттями та поведінкою, використовуючи модель КПТ-ХрБ із сесії 2 (Рис.5 подано нижче). Обговоріть низхідну спіраль, яка може сприяти підвищенню тривоги, напруги та болю з подальшою ізоляцією та уникненням. Знову ж таки, попросіть ветеранів навести приклади з їхнього власного життя, де НАД, можливо, спричинили біль або виникли у відповідь на посилення болю.

Рисунок 5. Модель КПТ-ХрБ



Когнітивні спотворення

Іншим методом обговорення негативних думок та їх потенційно автоматичної природи є обговорення поширених когнітивних спотворень або помилкових процесів мислення. На цій сесії вони будуть представлені за допомогою роздаткового матеріалу “Біль та думки”, який включає модель мислення “все або нічого”, твердження “треба” та емоційне мислення. Хоча немає необхідності переглядати весь цей список з ветеранами, слід прокоментувати приклади, зазначені у роздатковому матеріалі, та персональні приклади пацієнтів. Особливу увагу слід приділити такому когнітивному спотворенню, як *катастрофізація*. На додаток до типів когнітивних спотворень, роздатковий матеріал про біль також містить приклади негативного мислення, а також більш збалансованих та здорових альтернатив. Хоча методи боротьби з НАД будуть повністю розглянуті на наступній сесії, розгляд когнітивних спотворень є пасивним способом представлення іншого способу мислення.

Самоконтроль думок

Вивчивши роль НАД в моделі КПТ-ХрБ, ветерани повинні почати процес відстеження частоти негативних думок, пов'язаних з болем або поганим настроєм. Поясніть ветеранам, що оскільки багато з цих думок виникають неусвідомлено, цей процес вимагає певних зусиль. Знання того, як розпізнавати НАД, є важливою частиною цього процесу. Хоча НАД можуть виникнути в будь-який момент, вони переважно виникають під час стресових ситуацій, загострення болю або їх поєднання. Наведені нижче запитання також можуть допомогти визначити НАД у ситуаціях, коли ветерани помітили більш високий рівень негативного настрою, стресу чи болю.

- *Про що я думав незадовго до чи відразу після того, як я почав відчувати подібні відчуття?*
- *Чого я найбільше боюся?*
- *Що може статися найгірше?*
- *Які спогади це змушує мене переживати?*
- *Як це стосується мого майбутнього, життя та здоров'я?*

Розглянемо наступний діалог між Реджі та його психотерапевтом щодо копінг-поведінки:

Психотерапевт: Що ви думаєте про розпізнавання НАД?

Реджі: Я розумію про що ви. Але це звучить складно, тому що в мене так багато думок. Як знати, на яких з них варто зосереджуватись?

Психотерапевт: Коли ви помічаєте, що відчуваєте негативні емоції – ви відчуваєте злість, депресію, тривогу чи роздратування, це знак того, що потрібно звернути увагу на свої думки. Чи можете ви пригадати ситуацію, коли у вас виникали негативні відчуття?

Реджі: Так, коли я був на сеансі ЛФК, я засмутився, тому що лікар просив мене робити вправи, які мені було боляче виконувати.

Психотерапевт: Які емоції ви відчували?

Реджі: Я був злий.

Психотерапевт: А які у вас були думки?

Реджі: Що мій біль посилювався, а не покращувався, і що мене не розуміли.

Психотерапевт: І що ви зробили?

Реджі: Я перестав ходити на ЛФК.

Психотерапевт: На цьому прикладі ми можемо побачити негативну автоматичну думку ("Мій біль посилювався, а не покращувався"), яка була пов'язана з негативною емоцією (злістю) та поведінкою, яка за цим йшла (не повертатись до ЛФК). Наступного разу, коли ви відчуєте гнів, прийміть це як сигнал, щоб звернути увагу на свої думки. Пізніше ми попрацюємо над тим, як інакше ви могли б поглянути на цю ситуацію.

Поясніть ветеранам, що першим кроком до покращення думок є підвищення рівня розпізнавання тих, які є нездоровими або неточними. Щоб "зловити" НАД, їх слід спершу розпізнати. Як тільки вони зможуть це зробити, пацієнти навчаться замінювати їх на більш збалансовані, реалістичні думки (Сесія 9). Ознайомтеся з робочим аркушем *Розпізнавання НАД* і перегляньте стовпці для запису думки. Для практики цього тижня ветерани зосередяться лише на "полюванні" або розпізнаванні негативних думок і визначать, чи є вони корисними чи шкідливими для болю та / або настрою; Остання колонка про те, як боротись з цими думками, буде пояснена на наступній сесії. Під час сесії слід переглянути разом із ветеранами принаймні

один приклад з робочого аркушу, щоб переконатись, що вони розрізняють типи думок, і розуміють як його заповнювати.

Домашнє завдання

Заохочуйте ветеранів самостійно переглянути роздатковий матеріал про біль, щоб полегшити розуміння та ідентифікацію їхніх власних НАД. Підкресліть важливість заповнення якомога більше прикладів в робочому аркуші *Розпізнавання НАД*. Мета цього полягає в підвищенні обізнаності ветеранів про їхні власні думки та розпізнавання якомога більшої кількості НАД. Після того, як вони визначать думки, слід обвести варіант, що відзначає їх корисний / позитивний чи шкідливий / негативний вплив на їхній біль та / або настрій, що допоможе визначити важливу роль думок у боротьбі з болем. Пацієнти повинні почати відзначати систематичність й закономірність думок, що призводять до негативних емоцій або посилення болю.

Сесія 9: Копінг-поведінка 2

Після того, як ветеранів попросили стежити за своїми негативними думками та збільшили їхню обізнаність про їх значення і вплив, під час сесії 9 слід оглянути методи адаптації до нездорових, неточних думок. Оскільки ця сесія зосереджена на способах протидії НАД, на початку сесії може бути корисним нагадати ветеранам, що оскільки вони можуть *обирати* спосіб мислення та реагування на переживання, вони здатні визначати хід кожного дня.

Сесія 9 План

✓	Ветеран виконує заходи оцінювання
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 8
✓	Зміст поточної сесії 9: розпізнавання та моніторинг негативних думок
✓	Обговорити домашнє завдання

Сесія 9 Матеріали

- Робочий аркуш: Розпізнавання НАД
- Перелік підтримуючих тверджень

Боротьба з негативними думками

Коротко обговоріть сесію 8 з ветеранами та дізнайтеся про процес виявлення та оцінки НАД. Запитайте про типи думок, які вони помітили, і про те, чи були вони здивовані частотою їх виникнення. Крім того, обговоріть будь-який вплив негативних думок на біль або настрій, а також будь-які перешкоди, які зустрічаються в процесі. Якщо вони прийшли на сесію з невиконаним домашнім завданням запитайте про причину. Оскільки для ветеранів важливо мати певний досвід у розпізнаванні НАД та врахуванні їх впливу, заповніть ретроспективно два приклади на сесії разом. Ця важлива сесія зосереджена на подоланні НАД і допомоги ветеранам у мінімізації їх виникнення та впливу у майбутньому.

Використовуючи той самий аркуш *Розпізнавання НАД*, представлений у сесії 8, дослідіть методи подолання цих негативних думок. Ідея полягає не в тому, щоб формувати радісні, нереалістичні думки, а в тому, щоб створити більш збалансований, точний погляд на переживання. Після визначення НАД, ветеранам рекомендується зважити докази, які підтримують і не підтримують такі роздуми. Це сприяє більш реалістичному та здоровому погляду на світ.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Боротьба з негативними думками

Як тільки ви помітили НАД, зробіть паузу, щоб поглянути на ваші роздуми. Киньте виклик негативній думці, намагаючись зібрати факти.

Поставте собі такі запитання, як:

- *Це 100% правда?*
- *Чи можна по-іншому поглянути на це питання?*
- *Що б я сказав близькому другові, якби у нього виникла така думка?*
- *Чи ця думка є корисною для мене?*
- *Чи є докази правдивості думки, які я не беру до уваги?*

Відповідаючи на ці запитання, ви отримуєте більш виважений і реалістичний погляд на ситуацію. Заміна нездорових думок точнішими допоможе вам краще впоратися з негативними думками і дозволить вам ефективніше боротися з болем.

Під час сесії використовуйте принаймні два приклади, надані ветераном, щоб заповнити колонку *Боротьба з НАД* на робочому аркуші. Перегляньте повний запис і визначте, чи розуміють учасники процес і його значення. Можливо, буде корисно нагадати їм, що хоча мати пов'язані з болем НАД це нормально, саме такі думки часто призводять до посилення болю та погіршують дезадаптивний цикл КПТ-ХрБ, який допомагає ветеранам змінити свій стан.

Нижче наведено приклад обговорення між Хуаном та його психотерапевтом розпізнавання та боротьби з НАД:

Психотерапевт: Щоб зрозуміти концепцію заміни негативних думок на більш позитивні, давайте розглянемо приклад із вашого життя. Давайте розберемо ситуацію, яку ви обговорювали раніше, коли ви міняли шину разом із батьком і відчули сильний біль. Які думки крутилися у вас в голові?

Хуан: Пам'ятаю, я подумав: "Я зламав спину. Я не можу впоратися з болем".

Психотерапевт: А які емоції ви відчували?

Хуан: Спершу я відчув страх, коли подумав, що зламав спину. Коли я зрозумів, що цього не сталося, я подумав, що я занадто молодий, щоб відчувати такий біль, і я не можу з ним впоратися. Я почувався депресивно.

Психотерапевт: Тож ви можете сказати, що ці думки були негативними і шкідливими та погіршували ваш настрій?

Хуан: Безумовно. Я почувався пригніченим цілий день і не виходив з кімнати. Те, що я нічого не робив, ймовірно, теж посилювало мій біль.

Психотерапевт: Чи можете ви зараз назвати більш *зважену думку* або *спосіб справитись із ситуацією*, яка б замінила НАД "Я не можу впоратися з цим"?

Хуан: Я вважаю, що більш точним було б твердження: "Я вже відчував подібне посилення болю, мені просто потрібно зосередитися на чомусь іншому, доки він не пройде".

Психотерапевт: Це дуже хороший спосіб сформулювати свою думку точніше та позитивніше. На прикладі, який ви надали, ми бачимо, як заміна некорисної думки могла б допомогти уникнути частого посилення болю та депресивного настрою, які ви відчували.

Підтримуючі твердження

Завершення процесу виявлення та боротьби з НАД є корисним для розуміння когнітивних процесів, які впливають на настрій і біль. Інша техніка, яка також може бути корисною в боротьбі зі спалахами болю або негативним настроєм, – використання позитивних підтримуючих тверджень. Дані свідчать про те, що ті, хто використовує підтримуючі твердження замість катастрофічних, переносять біль краще (Roditi, Robinson, & Litwins, 2009). Це допомагає пацієнтам зберігати спокій під час стресових ситуацій. Підтримуючі твердження – це фрази, які можуть замінити нездорові думки або допомогти ветеранам впоратися з конкретними складними ситуаціями, особливо з непередбачуваними. Ключовим елементом успіху твердження є пошук фраз, які сильно перегукуються з окремим ветераном. Контрольний перелік підтримуючих тверджень допомагає ветеранам обирати ті, що будуть ефективними саме для них. Пацієнти можуть мати власні фрази або вислови, які вони використовували в минулому і які їм допомагали. Заохочуйте їх додати ці твердження до наданого списку.

Однією з переваг формулювання ефективних тверджень є те, що їх можна носити та зберігати під рукою для використання в будь-який час. Їх можна написати на невеликому аркуші паперу, наприклад, на картці, яку можна тримати в гаманці. Для тих, хто користується

смартфоном, можна створити примітку з цими фразами. Подібний аркуш можна зберігати в щоденнику або на комп'ютері / планшеті для використання вдома, однак ідеально мати підтримуючі твердження під рукою.

Розгляньте наступну дискусію щодо заміни негативних думок підтримуючими твердженнями:

Шейла: Я довгий час лікувалася від депресії та посттравматичного стресового розладу. Тоді я дізналась про КПТ і заміну негативних думок. Але мені важко позбутись думок про біль. Вони правдиві. Мені ДІЙСНО болить. І біль жахливий.

Психотерапевт: Ці думки можуть бути правдивими, однак думки про рівень ваших страждань або зосередженість на тому, наскільки жахливий ваш біль, допомагають вам справитись з болем?

Шейла: Ні.

Психотерапевт: Мета полягає в тому, щоб розпізнати *некорисні* думки і замінити їх на *корисні*. Ось список прикладів підтримуючих тверджень. Прочитайте цей список і скажіть мені, які з них ви б виділили.

Шейла: Мені подобається "Я просто маю пережити цей момент". Бувають дні, коли я прокидаюся і відчуваю себе пригніченою, думаючи про те, як я переживу цей день, тому мені важко навіть встати з ліжка. Якщо я зосереджусь на тому, щоб пережити конкретний момент, а не цілий день, я думаю, мені б було легше.

Психотерапевт: Чудово. Що ви думаєте про використання підтримуючих тверджень як одного зі способів допомогти вам пережити важкі дні болю?

Шейла: Я думаю, що коли я лежу в ліжку через біль, мені важко думати про щось інше.

Психотерапевт: Ось чому у нас є цей список, щоб посилались на нього та нагадувати про ці твердження. Деяким людям корисно тримати фрази під рукою, наприклад на холодильнику або в телефоні. Де, на вашу думку, ви б могли їх зберігати для зручного використання?

Шейла: Я сплю з телефоном поблизу ліжка. Я могла б встановити сповіщення на ранок, щоб, прокинувшись, отримувати нагадування: "Я просто маю пережити цей момент".

Домашнє завдання

Ветерани повинні продовжувати додавати особисті приклади до робочого аркуша *Розпізнавання НАД*, включаючи позитивні / збалансовані твердження для боротьби з НАД. Крім того, використовуючи контрольний список підтримуючих тверджень, попросіть їх визначити кілька з них, які вони вважають заспокійливими та переконливими, які можна використати перед наступною сесією.

Сесія 10: Сон

Проблеми зі сном є однією з найпоширеніших скарг, які висловлюють люди з хронічним болем (Turk et al., 2008), і зв'язок між сном і болем є складним. Наявність болю може ускладнити засинання, а брак сну – посилити біль наступного дня. Крім того, хронічний біль може “послабити” сон і погіршити засинання після раптового пробудження (Harman et al., 2002). Сесія 10 розглядає взаємозв'язок між болем і сном і досліджує підходи до покращення сну серед тих, хто страждає від хронічного болю. Індекс тяжкості безсоння (ISI) буде введений для визначення наявності клінічного безсоння (тобто балів більше 14), що вказує на необхідність додаткового направлення на лікування.

Сесія 10 План

✓	Провести оцінку, використовуючи шкалу SUDS та індекс ISI
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 9
✓	Зміст поточної сесії 10: хронічний біль та гігієна сну
✓	Обговорити домашнє завдання

Сесія 10 Матеріали

- Індекс тяжкості безсоння
- Контрольний список гігієни сну
- Журнал змін режиму сну

Взаємодія біль-сон

Сон дає можливість організму відновитися фізично і розумово. Безсоння може підвищити чутливість організму до болю (Affleck, Urrows, Tennen, Higgins, & Abeles, 1996) і знизити ефективність нормальних процесів його відновлення. Здоровий сон, з іншого боку, може зменшити чутливість до болю та сприяти відновленню і зростанню тканин (Onen, Alloui, Gross, Eschallier, & Dubray, 2001). На жаль, люди з хронічним болем часто мають труднощі з якісним сном з кількох причин. По-перше, загострення болю, які виникають протягом дня і тривають до ночі, можуть спричинити труднощі із засинанням, тоді як різке загострення болю вночі, пов'язане із м'язовими спазмами, може спричинити раптові пробудження. Однак помірний хронічний біль зазвичай не викликає пробудження (Kelly, Blake, Power, O'Keefe, & Fullen, 2012). Поганий сон може призвести до таких наслідків, як:

Низький рівень енергії / підвищена стомлюваність
Слабкість м'язів
Дратівливість
Зниження денної активності та працездатності
Труднощі з концентрацією уваги

Деякі ветерани мають недостатньо інформації про поведінку, пов'язану з хронічним болем, що перешкоджає сну. У наступному розділі визначено ряд факторів і типів поведінки, які є загальними для людей з хронічним болем і які впливають на сон. Допомога пацієнтам мінімізувати її вплив може покращити їхнє розуміння гігієни сну і мати позитивні наслідки. Крім того, обговорюються кілька важливих форм поведінки, менш пов'язаних з болем, які можуть покращити сон, включаючи використання контролю стимулів.

Фактори, які слід враховувати

Є безліч речей, які можуть вплинути на якість сну. Хоча деякі з них легше змінити, ніж інші, важливо знати й розглянути найважливіші фактори, які можуть мати значення при оцінці проблем зі сном, зокрема ті, які за думкою ветеранів найбільше впливають на їхній сон. Контрольний список гігієни сну містить пункти, що позитивно та негативно впливають на сон, в той час як журнал змін режиму сну буде призначений для визначення поведінки, яку слід відкоригувати після сесії.

Безпосередній вплив на сон

Синдром обструктивного апное сну (СОАС). СОАС дещо частіше зустрічається у пацієнтів із хронічним болем (Menefee et al., 1998), що, ймовірно, виникає з двох причин. По-перше, чим довше у ветеранів є хронічний біль, тим більша ймовірність того, що вони стануть малорухомими та матимуть зайву вагу, що збільшує ризик розвитку СОАС. По-друге, деякі знеболювальні препарати, такі як міорелаксанти, можуть посилити СОАС. Все більше доказів також вказують на зв'язок з тривалим вживанням опіоїдів і підвищеним ризиком апное сну (Yue & Guilleminault, 2010).

Лікарські засоби. Пацієнти з хронічним болем часто приймають ліки, які впливають на сон. До них відносяться знеболювальні, антидепресанти, снодійні та протисудомні засоби. Деякі з цих препаратів можуть порушувати сон, посилюючи безсоння або потенційно сприяючи СОАС (Lu, Budhiraja, & Parthasarathy, 2005). При оцінці плану лікування ветеранів із хронічним болем слід уважно враховувати можливість впливу лікарських засобів.

Ліжко та подушки. Скелетно-м'язовий біль може посилюватися в певних положеннях під час сну, тому тим, хто страждає від болю, особливо важливо використовувати зручний матрац, правильну подушку під голову та додаткові подушки для правильної підтримки тіла. Хоча це навряд чи повністю вирішить проблеми зі сном, воно може зменшити їх.

Черепно-мозкова травма (ЧМТ). Хронічний біль, пов'язаний з ЧМТ, часто супроводжується супутніми розладами сну, такими як СОАС і нарколепсія (Verma, Anand, & Verma, 2007). Через притаманні ЧМТ труднощі зі сном часто рекомендується повна оцінка фахівцями, що лікують розлади сну.

Непрямий вплив на сон

Користування ліжком вдень. Використання ліжка протягом дня є звичайним явищем для пацієнтів із хронічним болем і може негативно вплинути на сон кількома способами. Використання ліжка як місця для відпочинку під час переживання епізоду загострення може створити асоціацію між ліжком і стражданням. Відпочинок у ліжку протягом дня збільшує шанси заснути. Дрімота протягом дня ускладнює засинання ввечері.

Денна діяльність. Підвищення активності протягом дня може допомогти заснути, посилюючи втому ввечері. Проте не рекомендується виконувати інтенсивні фізичні вправи за чотири години до сну, оскільки це може негативно вплинути на сон через підвищення температури тіла. Крім того, дуже важливо чергувати періоди праці та відпочинку. Це може допомогти уникнути загострення болю, однієї з найчастіших труднощів зі сном людей, які живуть з хронічним болем.

Опіоїдні препарати. Опіоїди можуть викликати сонливість, полегшуючи засинання, але також можуть негативно впливати на цикли сну (Shaw, Lavigne, Mayer, & Choiniere, 2005), що ускладнює досягнення глибокого, здорового сну.

Алкогольні напої. Прийом алкогольних напоїв перед сном може викликати сонливість і відчуття розслаблення, але через певний проміжок його метаболізм призводить до неспокою і порушення сну.

Кофеїн. Кофеїн є стимулятором тривалої дії, який залишається в організмі до 10 годин після прийому. Людям, що мають труднощі зі сном рекомендується уникати вживання будь-якого кофеїну (наприклад, кави, енергетичних напоїв, безалкогольних напоїв) після обіду.

Нікотин. Нікотин залишається в організмі приблизно 2 години, після чого люди відчувають синдром відміни та потенційне збудження. Хоча куріння може розслабляти, нікотин лише знімає симптоми відміни. Рекомендується уникати прийому нікотину протягом 2 годин перед сном. Також не рекомендується палити, коли важко заснути або під час пробудження вночі.

Їжа та напої. Важка їжа перед сном може викликати розлад травлення або кислотний рефлюкс, що підвищує активність і погіршує сон. Крім того, процес засинання уповільнює травлення, тому за кілька годин до сну рекомендується лише легкий перекус. Крім того, якщо пацієнта турбує проблема нічного сечовипускання, рекомендується зменшити споживання рідини ввечері.

Графік сну. Встановлення послідовного часу сну / неспання може бути корисним для надання сигналів організму для сну. Пробудження в певний час, незалежно від якості сну або інтенсивності болю, є однією з найважливіших поведінкових рекомендацій для покращення сну (Krystal & Edinger, 2010).

Оточення. Фактори навколишнього середовища, такі як кімнатна температура, шум, світло та запахи, також можуть впливати на сон. Рекомендується, щоб спальня була прохолодною, темною, тихим місцем, вільним від сенсорних подразників, таких як миготіння комп'ютера і цокання годинника. Для тих, хто не може уникнути шуму під час сну або відчуває спеку, рекомендується ввімкнути вентилятор для захисту від навколишнього шуму та покращення циркуляції повітря.

Емоційні проблеми. Деякі люди з хронічним болем можуть вважати, що сон не покращиться, доки не зменшиться біль, що призводить до пасивності та відчуття безнадійності. Вирішіть ці проблеми за допомогою плану дій щодо корекції режиму сну і підкресліть, що оптимальне управління сном схоже на лікування болю. Мотивуйте ветерана та заохочуйте його використовувати набуті навички та вносити корективи, що можуть мати позитивні наслідки.

Контроль стимулів

Контроль стимулів є важливим компонентом КПТ для лікування безсоння. Він заснований на висновку, що люди, які проводять надмірний час у ліжку без сну, створюють негативні асоціації навколо ритуалів перед сном або середовища, що призводить до його розладів. Наприклад, ветерани можуть повідомити, що вони можуть легко заснути в кріслі-рестейнері перед телевізором, але "крутяться в ліжку" перед сном. Деякі можуть навіть повідомити, що краще сплять в готельному ліжку. Метою контролю стимулів є створення нової, більш позитивної асоціації, де ліжко прирівнюється до відчуття сонливості.

Нижче наведено рекомендації щодо контролю стимулів, які розроблені для створення асоціацій між часом та середовищем сну і швидким засинанням та встановлення регулярного графіку сну, який узгоджується з циркадним циклом:

Лягайте спати лише тоді, коли відчуваєте сонливість (не просто в'ялість або втому)

Використовуйте ліжко лише для сну та сексу

Якщо не можете заснути через 20 хвилин, встаньте з ліжка і поверніться лише тоді, коли відчуєте сонливість

Прокидайтесь щодня в один і той же час

Не дрімайте вдень

Нижче наведено обговорення Шейли та її психотерапевта щодо контролю стимулів:

Психотерапевт: Чи вам знайома техніка контролю стимулів?

Шейла: Так, так. Насправді вона може принести мені користь, тому що я зможу використати її при розмові з хлопцем про те, чому я часто встаю вночі і чому мені легше засинати на дивані, ніж у нашому ліжку. Він завжди думає, що я встаю, бо злюсь на нього чи щось таке. Навіть якщо я зла на нього, це не має нічого спільного з тим, чому я прокидаюсь.

Психотерапевт: Що ви думаєте про ідею вставати з ліжка, якщо не можете заснути протягом 20 хвилин? Як ви думаєте, це може бути проблемно для вас?

Шейла: Як я вже сказала, я іноді прокидаюсь, але в основному я просто залишаюся в ліжку і кручусь з боку на бік, засмучена через те, що не сплю. Здається, легше залишатися в ліжку, навіть після того, як я почула від вас, що це може лише погіршити мої проблеми.

Психотерапевт: Я розумію. Думка встати з теплого ліжка нікому з нас не подобається. Але подумайте про ціну того, що ви залишаєтесь в ліжку після пробудження. Ви використовуєте одну і ту ж поведінку сну протягом багатьох років – як вона працює?

Шейла: Мій сон жахливий, і я дуже засмучена. І я відчуваю, що стаю більш дратівливою, коли не висипаюсь, тому це цикл! Я розумію про що ви.

Психотерапевт: Чому б нам не скласти план: якщо ви прокинулись вночі, тому що не можете заснути, що б ви зробили?

Шейла: Я б пішла на диван і взяла книгу. Читання вночі зазвичай викликає у мене сонливість. Від цього в мене починають злипатись очі.

Психотерапевт: Звучить чудово. Мені подобається, що ви згадали про втому очей. Іноді буває важко зрозуміти, коли ми готові лягати спати, але втома очей є хорошим й конкретним сигналом. Тож це звучить як план! Ви хочете поділитися ним з кимось іншим?

Шейла: Так, мені потрібно поговорити з Тімом і підготувати його до того, що я буду частіше вставати. Пояснення, чому саме я люблю спати на дивані, а не на нашому ліжку, може допомогти йому відчути себе краще.

Гігієна сну

Основні принципи гігієни сну також слід переглянути разом із ветеранами, використовуючи контрольний список. Ідеальним є поєднання цих порад із принципами контролю стимулів.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Гігієна сну

Багато ветеранів із хронічним болем також мають проблеми зі сном. Деякі з основних речей, пов'язаних із збільшенням ваших шансів на максимально можливий якісний сон, наведено в цьому роздатковому матеріалі про гігієну сну. Я збираюся виділити кілька з цих областей:

- Оточення
 - Мінімальний шум, відповідне освітлення (темно вночі, світло вранці) і температура (не надто жарко), як правило, які слід контролювати.
- Спостереження за часом
 - Уникайте дивитися на годинник або відлік часу.
 - Не забувайте вставати з ліжка, якщо ви не можете заснути.
- Стрес
 - Коли в будинку тихо й темно, може виникнути занепокоєння, але зараз не найкращий час для вирішення проблеми.
 - Виділіть час на початку дня, щоб зосередитися на вирішенні проблем.
- Розслаблення

- Використовуйте техніку розслаблення, яку ви вивчили, щоб зменшити напругу та заснути – це ідеальне використання однієї з ваших нових навичок!

Домашнє завдання

Переконайтеся, що ветерани розуміють концепції щодо контролю стимулів, і рекомендації, описані в контрольному списку гігієни сну. Заохочуйте їх регулярно переглядати інформацію та посылатися на неї, щоб нагадувати про хороші звички сну. Надайте журнал змін режиму сну, який можна використовувати для визначення конкретних елементів поведінки, які вони хотіли б змінити. Ветерани визначають поведінку для покращення сну та записують в журналі її реалізацію. Врешті, якщо Індекс тяжкості безсоння (ISI) ветерана вище 14, обговоріть направлення на КПТ для лікування безсоння, якщо є така можливість.

Сесія 11: Завершення терапії

Це остання сесія курсу терапії. Незважаючи на те, що ветерани засвоїли багато навичок та почали використовувати їх в своєму житті, успішний перехід до самоуправління після лікування має вирішальне значення. Хоча загальний стан, настрої та інтенсивність болю, ймовірно, покращилися, хронічний біль залишається частиною повсякденного життя, і в майбутньому слід очікувати його загострення. Ця сесія зосереджена на розробці плану виписки, який включає в себе передбачення перешкод, які можуть виникнути, включаючи посилення болю. Врешті, оскільки всі клінічні заходи слід провести знову, рекомендується, щоб ветерани прийшли трохи раніше або ненадовго затримались після неї, щоб повністю пройти їх.

Сесія 11 План

✓	Ветеран виконує заходи оцінювання
✓	Встановити порядок денний
✓	Переглянути сесію 10
✓	Зміст поточної сесії 11: передбачення перешкод і завершення терапії
✓	Переглянути загальні цілі

Сесія 11 Матеріали

- Усі заходи оцінки, крім WAI-SR
- Робочий лист із передбаченням перешкод
- Тижневий розклад занять

Огляд прогресу

Почніть сеанс з нагадування ветеранам про те, яким був їх стан на початку терапії, і яким є їх прогрес. Будьте конкретні в наданих відгуках, оскільки пацієнти, можливо, не звертали увагу на абсолютно всі досягнення протягом останніх кількох місяців. Наприклад, може бути корисно підкреслити, що ветеран майже не використовує допоміжний засіб для пересування (інвалідне крісло, милиці тощо) або що хтось, хто заледве виходив з дому, тепер спілкується з друзями щотижня. Оскільки зміни відбувалися поступово, пацієнти можуть легко втратити з поля зору або звести до мінімуму переваги, які їм дала участь у КПТ-ХрБ. Отримайте відгуки від ветеранів щодо тих областей, в яких, на їхню думку, вони досягли найбільшого прогресу, і що для них спрацювало найкраще. Запитання про реакцію друзів і сім'ї також можуть підкріплювати прогрес: "Коли я останнім часом розмовляю з мамою по телефону, вона каже, що я став набагато оптимістичнішим".

Поставлення наступних питань може сприяти обговоренню та допомогти ветеранам визначити свій власний прогрес:

- *Ви стали активнішими?*
- *Ваш настрої покращився?*
- *Чи відчуваєте ви, що ваше життя стає повнішим, навіть якщо ви все ще відчуваєте біль?*
- *Чи ви частіше досягаєте поставлених цілей?*
- *Ви помітили різницю в інтенсивності болю?*
- *Як ви реагуєте на свій біль?*

Перш ніж розглянути речі, які можуть завадити подоланню болю в майбутньому, важливо подумати про те, чого ветеран вже досяг, і що є засобом для подальшої мотивації пацієнта.

Боротьба із загостреннями

Загострення – це відносно коротке посилення зазвичай стабільної інтенсивності болю, яке може тривати від кількох хвилин до кількох тижнів. Продовження застосування принципів КПТ-ХрБ, залишаючись активним, займаючись приємними видами діяльності та маючи здоровий сон, є найкращим способом мінімізувати спалахи болю; однак їх варто очікувати. Хоча загострення частково можна знімати за допомогою ліків, ветеранів слід заохочувати готуватися до таких випадків і застосовувати нещодавно набуті навички для найефективнішої боротьби зі спалахами болю. Визнайте, що часто важко використовувати ці інструменти, коли біль посилюється, але підкресліть, що це також й найдоречніший час для впровадження навичок КПТ-ХрБ.

Найкращий спосіб запобігти повторному поганому самопочуттю – це бути готовим до загострень болю і важких днів. Завчасне планування полегшить впоратися зі складними періодами. Обговоріть очікувані перешкоди, які можуть виникнути в майбутньому, а також те, як можна вирішити ці проблеми.

ПОРАДИ ЩОДО ОБГОВОРЕННЯ: Передбачення труднощів

Ви чудово попрацювали над вивченням та впровадженням навичок КПТ-ХрБ. Оскільки це наша остання планова сесія, і ми більше не будемо зустрічатися щотижня, корисно передбачити будь-які перешкоди, які, на вашу думку, можуть завадити продовженню використання і розвитку здобутих навичок.

- Що, на вашу думку, може завадити залученню ваших навичок, як заплановано?
- Які речі вже відволікали вас від цілей під час терапії?
- Як ви справлялися зі складними проблемами в минулому, і як ви могли б впоратися з ними в майбутньому?

Для нас важливо відкрито обговорити ваші страхи, щоб ви були готові – пам'ятайте, що найкраща атака – це хороший захист!

Використовуйте робочий аркуш *Прогнозування перешкод* для визначення тригерів посилення болю.

Поширені тригери:

- Емоційне напруження
- Зміни погоди
- Нестача сну

Заповнюючи роздатковий матеріал, заохочуйте ветеранів бути якомога точнішими. Наприклад, замість того, щоб перераховувати “стрес”, визначте його джерело, наприклад, “діти сваряться один з одним”. Так само, якщо є певна погода, яка посилює біль, визначте “температура повітря нижче +10°C”. Хоча визначення тригерів може бути складним, збільшення уваги до будь-яких емоційних і фізичних ознак, які можуть свідчити про неминучий спалах болю, може мати позитивні результати.

Як тільки особисті тригери будуть визначені, визначте найкращі підходи для вирішення проблеми. Це чудова можливість переглянути всі способи боротьби з болем, які були вивчені протягом останніх 10 сесій. Візьміть участь в обговоренні всіх методів КПТ-ХрБ, від ролі дозованого навантаження до того, як релаксацію можна використовувати для усунення підвищеної дратівливості. Перегляд варіантів управління кожним конкретним фактором стресу може допомогти зробити вправу більш реалістичною та легшою до виконання.

Завершення терапії

Тепер ветерани готові розробити конкретний щоденний план. Наявність чіткого графіка допомагає пацієнтам відчувати себе більш підготовленими з кількох причин. По-перше, це може допомогти пом'якшити складні ситуації та мінімізувати тригери, про які йшлося раніше. По-друге, він показує ветеранам, як включити різні позитивні методи подолання ситуації у своє

повсякденне життя. По-третє, створення плану допомагає впровадити у повсякденне життя відчуття структури та мети, що є надзвичайно важливим. Спільна робота над планом допоможе виявити, як усі частини поєднуються між собою, і підвищить впевненість у позитивному прогресі.

Використовуйте щотижневий розклад занять, щоб сформулювати приклад типового тижня для ветеранів. Додайте такі активності, як прогулянки, відпочинок, хобі та інші стандартні види діяльності. Заохочуйте пацієнтів думати про кожну частину плану як про “призначення”, яке слід неухильно виконувати. Без такої визначеної та чіткої структури ветерани, швидше за все, повернуться до малорухливого способу життя, коли один день важко відрізнити від наступного. Крім того, конкретний графік може допомогти забезпечити виконання і посилити відчуття досягнення цілей. Ветеранам можна рекомендувати повісити вдома велику дошку, на якій можна розмістити тижневий календар і в якому протягом дня можна робити позначки (наприклад, “виконано”). Заохочення і нагородження себе за участь у всіх запланованих заходах протягом одного тижня може стати ще одним стимулом чітко дотримуватись запланованого курсу.

Співпрацюйте з ветеранами, щоб розробити план, виходячи з їх слів. Запитайте про конкретні речі, які вони хочуть уникати під час обговорення чи виконання, і використовуйте це, щоб розробити пункти для розкладу, як боротися з негативними звичками. Наприклад, якщо хтось хоче уникнути соціальної ізоляції, можна запропонувати “Зустріч з другом Джоном у кав'ярні” як пункт розкладу вранці щовівторка. Відзначення конкретних відволікаючих факторів, які допомагають ветеранам бути завжди зайнятими, як-от “сад (якщо гарна погода) / головоломки (якщо погана погода)” або “погратись з собакою” допоможе створити конкретний план на майбутнє. Важливо, щоб графік був реалістичним, оскільки створення нереалістичних планів лише збільшує ймовірність розчарування в собі, якщо цілі не будуть досягнуті.

Цілі

Після завершення розкладу перегляньте цілі на майбутнє. Дослідіть цілі, які були досягнуті протягом курсу психотерапії, і як можна їх доповнити. Наприклад, якщо ветеран почав зустрічатися з друзями раз на тиждень, щоб покращити соціалізацію, запитайте, як ця ціль може змінитися протягом наступних 6-12 місяців. Ветерани, можливо, захочуть збільшити частоту виїздів до двох разів на тиждень або приєднатися до якоїсь організації / клубу. Це також надасть їм можливість визначити нові цілі. Можливо, тепер, коли ветеран значною мірою подолав страх перед пересуванням, можна рекомендувати регулярне катання на велосипеді. Якщо негативні думки заважали ветеранам розмірковувати про побачення, тепер вони можуть відчувати себе достатньо впевнено, щоб почати думати про нові знайомства. Обговоріть мотивацію ветерана щодо майбутніх досягнень, і адаптуйте цілі відповідно до його конкретних інтересів і потреб.

Ось приклад, як Хуан обговорює завершення терапії зі своїм психотерапевтом:

Психотерапевт: На початку лікування ви розробили три індивідуальні цілі:

1. збільшити вашу здатність сидіти протягом 30 хвилин або більше, щоб ви могли працювати,
2. гуляти з друзями хоча б раз на тиждень, і
3. втратити 20 фунтів до кінця року.

Я хотів би обговорити ваш прогрес у кожному з них. Почнемо з першого.

Хуан: Пристрій TENS приніс результати при тривалому сидінні. Я також планую стежити за годинником і вставати раз на годину, ходити і робити кілька розтяжок, щоб краще рухатися. Наступна ціль — пройти співбесіду, тому я збираюся поговорити з фахівцем із професійної реабілітації про те, як я міг би ефективно виконувати роботу.

Психотерапевт: Чудово. Тож чи відчуваєте ви, що досягли першої цілі?

Хуан: Так, мені все ще важко сидіти тривалий час, але я відчуваю, що працюю “розумніше, а не важче”, як ви й говорили під час сесій.

Психотерапевт: Як щодо вашої зустрічей з друзями хоча б раз на тиждень?

Хуан: У мене з цим вже краще. Я просто кажу собі, що навіть якщо я не хочу йти, я знаю, що після зустрічі відчуватиму себе краще. Більшість з них працюють протягом тижня, тому я подумав, що ідеальним варіантом є зустрічатись вдень по суботах. Я навіть додав це до плану в календарі!

Психотерапевт: Чудово! І як щодо останньої цілі — схуднути на 20 фунтів до кінця року?

Хуан: Ну, я не зовсім там, де хотів би бути, але я займаюсь ходьбою та роблю розтяжку і вже схуд приблизно на 6 фунтів. Я планую продовжувати в тому ж темпі.

Психотерапевт: Я дійсно пишаюся вами, Хуане. Ви щойно згадали, що спілкування з друзями є у вашому графіку. Чи можете ви розповісти мені більше про свої плани щодо продовження застосування навичок, які ми вивчили протягом сесій? Що ще є у вашому календарі?

Хуан: У мене запланований час, коли я встаю і лягаю спати, приймаю ліки, гуляю та роблю вправи, навіть пошук роботи за комп'ютером.

Психотерапевт: Це чудово. Наявність конкретного плану важлива для того, щоб ви постійно могли керувати болем і настроєм. Я помітив, що під час обговорення вашого графіку ви не згадали про зустрічі зі своїм соцпрацівником. Що ви думаєте про продовження лікування депресії?

Хуан: Я планую побачитися з нею.

Психотерапевт: Я думаю, що це важливо. Тепер, коли ви можете краще контролювати біль, ви ймовірно, зможете краще зосередитися на боротьбі з депресією.

Домашнє завдання

Надайте позитивний зворотній зв'язок щодо всіх досягнень, щоб ветерани відчували підтримку та впевненість в своїх силах. Запевніть їх, що навіть якщо зустрічаються перешкоди або невдачі, вони тепер мають усі інструменти, необхідні для самоконтролю хронічного болю. Нагадайте їм, що вони мають робочий аркуш передбачуваних перешкод, а також щотижневий розклад занять, і вони повинні заповнити їх, якщо це не було зроблено під час сесії. Наголошуйте на важливості щотижневого планування, щоб забезпечити постійну користь від того, чого вони навчилися. Нарешті, обговоріть планування додаткової (бустерної) сесії через чотири-шість тижнів, щоб відстежувати прогрес і проблеми, які виникли з моменту останньої планової сесії. Важливо переконатися, що ветеран також знає, що робити у разі будь-яких значних криз, які можуть виникнути до бустерної сесії.

Сесія 12: Бустерна сесія

На цій сесії основна увага буде зосереджена на застосуванні ветеранами навичок КПТ-ХрБ після останньої планової сесії КПТ-ХрБ. Слід оцінити загальний настрій, важливі події в житті після останнього контакту та поточне життя і стан, пов'язані з болем. Зібрана інформація допоможе адаптувати фокус сесії відповідно до індивідуальних потреб ветерана. У зв'язку з цим, хоча кожна бустерна сесія має певну структуру, особливості залежать від проблем, про які повідомляють ветерани. Через це психотерапевту рекомендується переглянути всі попередні сесії, щоб отримати доступ до найбільш актуальних тем на основі відгуків ветерана.

Сесія 12 План

✓	Провести оцінку, використовуючи шкалу SUDS.
✓	Обговорити поточний стан та прогрес.
✓	Переглянути модель КПТ-ХрБ.
✓	Подолання труднощів: надайте відповідну інформацію.
✓	Обговоріть плани на майбутнє.

Сесія 12 Матеріали

- Роздатковий матеріал: модель КПТ-ХрБ
- Використовуйте інші необхідні матеріали під час сесії, якщо необхідно

Поточний прогрес та використання набутих навичок

Почніть з того, що запитайте ветеранів про їхній настрій після останньої сесії терапії, яка відбулася від чотирьох до шести тижнів тому. Спробуйте отримати загальне уявлення про настрій та емоційний стан за відсутності щотижневого контакту. Якщо настрій у пацієнта був поганий, слід витратити додатковий час на визначення першопричини проблем. Якщо призначається додаткове спостереження від психіатра, але воно не було проведено, слід вжити відповідних заходів для його подальшої реалізації (наприклад, переконайтеся, що прийом у психіатра запланований, призначте нову консультацію). Якщо повідомляється про значні негативні події в житті, слід приділити відповідний час і увагу на вирішення виявлених проблем.

Хоча важливо отримати розуміння загального самопочуття ветерана, у центрі уваги сесії має бути те як інструменти КПТ-ХрБ використовуються після завершення терапії. Для полегшення цієї дискусії можна задати наступні питання:

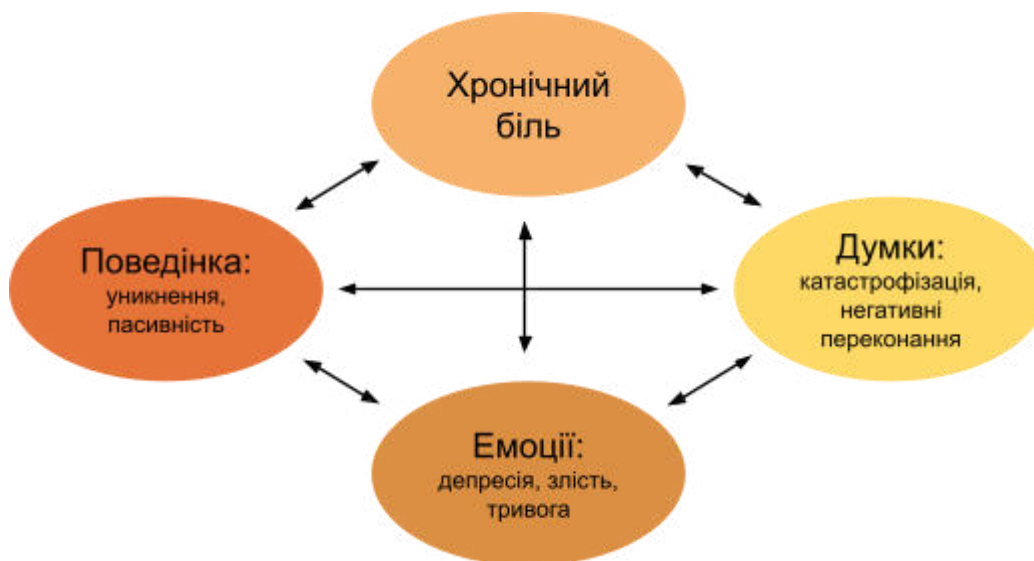
- *Що вам добре вдалось?*
- *Чому це спрацювало?*
- *Що не вдалось?*
- *Якими були конкретні проблеми?*
- *Які були найбільші перешкоди у втіленні навичок, яких ви навчилися?*
- *Чому ви досягли успіху в саме в цих областях?*

На основі наданої інформації вивчіть навички КПТ-ХрБ, які можна застосувати, та усуньте перешкоди для ефективного впровадження набутих навичок. Закликайте ветеранів бути чесними щодо перешкод, з якими вони зіткнулися, щоб можна було розробити альтернативний план.

Повторення моделі КПТ-ХрБ

Перегляд моделі КПТ-ХрБ та зв'язку між думками, почуттями та поведінкою може дати можливість визначити проблеми, які виникають у ветеранів, і підкріпити будь-які позитивні зміни. Використовуйте роздатковий матеріал з моделлю КПТ-ХрБ (нижче) та інші ресурси з сесії 2 (Цикл хронічного болю та фактори, що впливають на біль), щоб переглянути важливі фактори та закономірності. Зосередьтеся на найважливіших областях, виявлених під час збору даних під час сесії. Використовуйте власні приклади ветеранів для ілюстрації позитивних та негативних змін після першої сесії. Наприклад, якщо ветеран кілька разів пропустив відвідини сімейних заходів через біль, було б доречно обговорити небезпеку уникання родини, а також потенційні переваги від спілкування з близькими.

Рисунок 5. Модель КПТ-ХрБ



Крім того, перегляньте поведінкові та позитивні стратегії подолання, такі як фізичні вправи, чергування періодів праці та відпочинку та релаксація, порівнюючи їх з такими альтернативними видами поведінки, як захисна поведінка, бездіяльність та гіперактивність. Якщо можливо, використовуйте особисті приклади ветеранів як адаптивної, так і дезадаптивної реакції на біль. Якщо пацієнти повернулися до низького рівня активності протягом більшої частини дня, обговоріть небезпеку поведінки уникання соціалізації, а також переваги застосування чергування навантаження та регулярної помірної активності. Якщо одна з технік релаксації застосовувалася регулярно, дізнайтеся про заняття ними та отримані позитивні результати. Не забувайте, що слід схвалювати та заохочувати всі прийняті адаптивні методики.

Поширеною проблемою, яка виникає під час подальшого спостереження, є повернення до негативних автоматичних думок на рутинній основі. Прикладом є наступний діалог із Шейлою:

Психотерапевт: Як йшли справи з впровадженням навичок КПТ-ХрБ з останньої нашої зустрічі?

Шейла: Справи йшли чудово під час наших сесій, і я думала, що впораюся з цим, але тепер все знову погано.

Психотерапевт: Що сталося?

Шейла: Я частіше сварюсь з хлопцем, і він тисне на мене. Мій біль посилюється і тепер майже нестерпний.

Психотерапевт: Чи продовжували ви робити щось із того, що навчилися на наших сесіях, щоб позбутися болю?

Шейла: Я регулярно гуляла і плавала, але тепер я повернулася до того, що проводжу більшу частину часу на дивані. Я все ще використовую техніку релаксаційного дихання, щоб іноді впоратись з емоційною напругою, і вона, здається, полегшує мій біль. Але я витрачаю багато часу на роздуми про те, наскільки погане моє життя і що я не бачу, щоб воно покращувалося.

Психотерапевт: Схоже, подібні негативні автоматичні думки є серйозним фактором вашого поганого настрою та уникнення ефективних засобів боротьби з болем. Давайте розглянемо, як ми можемо відстежувати ці НАД і кинути їм виклик, щоб вони мали на вас менше впливу.

Якщо ветеран наводить приклад того, як НАД завадило реалізації набутих навичок, скористайтеся робочим аркушем *Розпізнавання НАД*, щоб дослідити та оцінити когнітивні функції та способи формування більш збалансованих та точних думок.

Плани на майбутнє

Оскільки під час бустерної сесії кожен пацієнт матиме різні результати, психотерапевт повинен вміло обрати матеріали та відгуки, які будуть найбільш корисними. Оцінка стану ветеранів під час зустрічі та визначення найбільш відповідних матеріалів можуть бути складними, особливо враховуючи те, що можуть виникнути численні питання, на яких слід сконцентруватись найбільше.

Під кінець зустрічі визначте, чи потрібна ще одна бустерна сесія. Деякі ветерани можуть почуватись добре і не потребують повторного спостереження, в той час як інші можуть мати більше труднощів і отримати користь від ще однієї сесії. Вирішіть, що буде найбільш корисним для ветерана, виходячи з його потреб. Якщо це остання сесія, терапевтичні стосунки припиняються. Якщо планується додаткова сесія, не забудьте про домашнє завдання. У будь-якому випадку, мета терапії полягає в застосуванні ветеранами набутих інструментів КПТ-ХрБ і продовженні процесу самоконтролю хронічного болю.

Висновок

Це перший посібник для психотерапевтів, присвячений використанню когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні хронічного болю серед конкретної групи, до якої входять ветерани військової служби. Він був розроблений з метою підтримки програми навчання КПТ-ХрБ, започаткованої Управлінням охорони здоров'я ветеранів США. Посібник призначений для використання в якості навчального ресурсу для психотерапевтів, які беруть участь у програмі навчання, а також для інших фахівців у сфері охорони психічного здоров'я, які зацікавлені в подальшому розвитку своїх навичок в сфері когнітивно-поведінкової терапії для лікування ветеранів з хронічним болем. Цей протокол розроблений на основі структурованого формату сесії, який полегшує проведення КПТ-ХрБ із застосуванням спільного підходу для досягнення індивідуальних цілей лікування.

Сподіваємося, що цей посібник буде корисним як для фахівців у сфері захисту психічного здоров'я, які тільки починають лікувати ветеранів з хронічним болем, так і для досвідчених психотерапевтів, що прагнуть покращити свої навички або отримати доступ до додаткових матеріалів сесій. Використання КПТ-ХрБ дозволяє ефективно та дієво лікувати ветеранів з хронічним болем — саме їм й присвячений цей посібник.

Список літератури

- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., Higgins, P., & Abeles, M. (1996). Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Journal of Pain, 68*(2-3), 363-368. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(96\)03226-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(96)03226-5)
- Andrews, N. E., Strong, J., & Meredith, P. J. (2012). Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 93*(11), 2109-2121 e2107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.05.029>
- Asmundson, G. J.G., & Katz J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State of the art. *Depression and Anxiety, 26*(10), 888-901. doi: 10.1002/da.20600
- Atlas, S. J., Deyo, R. A., Patrick, D. L., Convery, K., Keller, R. B., & Singer, D. E. (1996). The Quebec Task Force classification for Spinal Disorders and the severity, treatment, and outcomes of sciatica and lumbar spinal stenosis. *Spine, 21*(24), 2885-2892.
- Bahouq, H., Allali, F., Rkain, H., Hmamouchi, I., & Hajjaj-Hassouni, N. (2013). Prevalence and severity of insomnia in chronic low back pain patients. *Rheumatology International, 33*(5), 1277-1281. doi: 10.1007/s00296-012-2550-x
- Bair, M. J., Poleshuck, E. L., Wu, J., Krebs, E. K., Damush, T. M., Tu, W., & Kroenke, K. (2012). Anxiety but not social stressors predict 12-month depression and pain severity. *Clinical Journal of Pain, 29*(2), 95-101. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182652ee9
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Meridian
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Beck, A.K., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1994). Cognitive therapy of substance abuse. *Journal of Applied Psychology, 14*(6), 457. doi: 10.1002/jat.2550140613
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment, (67)*3, 588-597. doi: 10.1207/s15327752jpa6703_13
- Benson, H., & Klipper, M.Z. (1975). *The relaxation response*. US: HarperCollins.
- Burns, J.W., Nielson, W.R., Jensen, M.P., Heapy, A., Czlapiński, R., & Kerns, R.D. (2014). Specific and general therapeutic mechanisms in cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Caudill, M.A. (2002). *Managing pain before it manages you: Revised edition*. New York: Guilford Press.
- Chekuri, V., Gerber, D., Brodie, A., & Krishnadas, R. (2012). Premature ejaculation and other sexual dysfunctions in opiate dependent men receiving methadone substitution treatment. *Addictive Behaviors, 37*(1), 124-126. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.08.005>
- Chen, A. C., Dworkin, S. F., Haug, J., & Gehrig, J. (1989). Topographic brain measures of human pain and pain responsivity. *Pain, 37*(2), 129-141. [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90125-5](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(89)90125-5)
- Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2006). Major increases in opioid analgesic abuse in the United States: Concerns and strategies. *Drug and Alcohol Dependence, 81*(2), 103-107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.05.009>
- Costa, L. C. M, Maher, C. G., Hancock, M. J., McAuley, J. H., Herbert, R. D., & Costa, L. O. P. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 184*(11), 613-624. doi: 10.1503/cmaj.111271
- Dahl, J. C., & Lundgren, T. L. (2006). *Living beyond your pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to ease chronic pain*. Oakland, CA: New Harbinger.
- DeMarce, J. M., Gnys, M., Raffa, S. D., & Karlin, B. E. (2014). *Cognitive behavioral therapy for substance use disorders among veterans: Therapist manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Deyo, R. A., & Weinstein, J. N. (2001). Low back pain. *New England Journal of Medicine, 344*(5), 363-370. doi: 10.1056/NEJM200102013440508

- Harman, K., Pivik, R.T., D'Eon, J.L., Wilson, K.G., Swenson, J.R., Matsunaga, L. (2002). Sleep in depressed and nondepressed participants with chronic low back pain: Electroencephalographic and behaviour findings. *Sleep*, 25(7), 775-783.
- Haskell, S.G., Heapy, A., Reid, M.C., Papas, R.K., Kerns, R.D. (2006). The prevalence and age-related characteristics of pain in a sample of women veterans receiving primary care. *Journal of Womens Health*, 15(7), 862-869. doi: 10.1089/jwh.2006.15.862
- Hatcher, R.L., Gillasp, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. doi: 10.1080/10503300500352500
- Haviland, M. G., Banta, J. E., & Przekop, P. (2011). Fibromyalgia: Prevalence, course, and co-morbidities in hospitalized patients in the United States, 1999-2007. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 29(6 Suppl 69), 79-87.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Henschke, N., Ostelo, R.W., van Tulder, M.W., Vlaeyen, J.W., Morley, S., Assendelft, W.J., Main, C.J. (2010). Behavioural treatment for chronic low-back pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (7). doi: 10.1002/14651858.CD002014.pub3
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K., & Kerns, R.D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low-back pain. *Health Psychology*, 26(1), 1-9. doi: 10.1037/0278-6133.26.1.1
- International Association for the Study of Pain. (1994). Part III: Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. (pp209-214) Classification of Chronic Pain, Second Edition. IASP Task Force on Taxonomy Eds H. Merskey & N. Bogduk. IASP Press: Seattle.
- International Headache Society Classification Subcommittee. (2004). International classification of headache disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*, 24(Suppl 1), 1–160.
- Jensen, M.C., Brant-Zawadzki, M.N., Obuchowski, N., Modic, M.T., Malkasian, D., & Ross, J.S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *New England Journal of Medicine*, 331(2), 69-73. doi: 10.1056/NEJM199407143310201
- Jones, C.M., Mack, K.A., & Paulozzi, L.J. (2013). Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. *Journal of the American Medical Association*, 309(7), 657-659. doi: 10.1001/jama.2013.272
- Karlin, B. E., Brown, G. B., Trockel, M., Cunning, D., Zeiss, A. M., & Taylor, C. B. (2012). National dissemination of cognitive behavioral therapy for depression in the department of Veterans Affairs health care system: Therapist and patient-level outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 707-718. doi: 10.1037/a0029328
- Karlin, B. E., Trockel, M. Taylor, C. B., Gimeno, J., & Manber, R. (2013). National dissemination of cognitive behavioral therapy for insomnia in veterans: Clinician and patient-level outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 912-917. doi: 10.1037/a0032554
- Karlin, B. E., & Cross, G. (2014). From the laboratory to the therapy room: National dissemination and implementation of evidence-based psychotherapies in the U.S. Department of Veterans Affairs health care system. *American Psychologist*, 69(1), 19-33. doi: 10.1037/a0033888
- Kazis, L.E., Miller, D.R., Clark, J., Skinner, K., Lee, A., Rogers, W., Spiro, A., Fincke, G., Selim, A., Linzer, M. (1999). Health-related quality of life in patients served by the Department of Veterans Affairs: Results from the Veterans Health study. *Archives of Internal Medicine*, 158(6), 626-632.
- Kelly, G.A., Blake, C., Power, C.K., O'Keefe, D., & Fullen, B.M. (2012). The impact of spinal cord stimulation on physical function and sleep quality in individuals with failed back surgery syndrome: A systematic review. *European Journal of Pain*, 16(6), 793-802. doi: 10.1002/j.1532-2149.2011.00092
- Kerns, R.D., Turk, D.C., & Rudy, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23(4), 345-356.
- Kerns R.D., Otis, J., Rosenberg, R., Reid, M.C. (2003). Veterans' reports of pain and associations with ratings of health, health-risk behaviors, affective distress, and use of the healthcare system. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 40(5), 371-379.

- Kerns, R.D., Burns, J.W., Shulman, M., Jensen, M.P., Nielson, W.R., Czapinski, R., ... Rosenberger, P. (2013). Can we improve cognitive-behavioral therapy for chronic back pain engagement and adherence? A controlled trial of tailored versus standard therapy. *Health Psychology*.
- Kori, S.H., Miller, R.P., Todd, D.D. (1990). Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Management*, 3, 35-43.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.
- Kroenke, K., Wu, J., Bair, M.J., Krebs, E.E., Damush, T.M., & Tu, W. (2011). Reciprocal relationship between pain and depression: A 12-month longitudinal analysis in primary care. *The Journal of Pain*, 12(9), 964-973. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2011.03.003>
- Krystal, A.D., & Edinger, J.D. (2010). Sleep EEG predictors and correlates of the response to cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep*, 33(5), 669-677.
- Laevsky, F., Pabst, E., Barrett, S., Stanos, S., & Gagnon, C. (2011). Impact of self-efficacy in biofeedback and relaxation training within an interdisciplinary pain management program. *The Journal of Pain*, 12(4), 79. doi: 10.1016/j.jpain.2011.02.321
- Lawrence J., Hoeft F., Sheau K., Mackey S. (2011). Strategy-dependent dissociation of the neural correlates involved in pain modulation. *Anesthesiology*, 115(4), 844-851. doi: 10.1097/ALN.0b013e31822b79ea.
- Lee, M., Silverman, S.M., Hansen, H., Patel, V.B., & Manchikanti, L. (2011). A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Physician*, 14(2), 145-161.
- Lethem, J., Slade, P.D., Troup, J.D., & Bentley, G. (1983). Outline of a Fear-Avoidance Model of exaggerated pain perception – I. *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 401-408. doi:10.1016/0005-7967(83)90009-8
- Logan, J., Liu, Y., Paulozzi, L., Zhang, K., & Jones, C. (2013). Opioid prescribing in emergency departments: The prevalence of potentially inappropriate prescribing and misuse. *Medical Care*, 51(8), 646-653. doi: 10.1097/MLR.0b013e318293c2c0
- Lu, B., Budhiraja, R., & Parthasarathy, S. (2005). Sedating medications and undiagnosed obstructive sleep apnea: Physician determinants and patient consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 1(4): 367-371.
- Manber, R., Friedman, L., Carney, C., Edinger, J., Epstein, D., Haynes, P., Pigeon, W., Siebern, A., & Karlin, B. E. (in press). Cognitive behavioral therapy for insomnia in veterans: Therapist manual. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Manber R., Carney C., Edinger J., Epstein D., Friedman L., Haynes P. L., Karlin B. E., Pigeon W., Siebern A. T., Trockel M. (2012). Dissemination of CBTI to the non-sleep specialist: protocol development and training issues. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 8(2), 209-218. doi: 10.5664/jcsm.1786
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical Manual (2nd edition)*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Teri, L., & Vitiello, M.V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18-27. doi: 10.1037/0882-7974.22.1.18
- McCracken, L.M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118(1-2), 164-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2005.08.015>
- Melzack, R., & Wall, P.D. (1967). Pain mechanisms: A new theory. *Physiology*, 11(2), 89-90.
- Melzack, R. (1973). *The puzzle of pain*. New York, NY: Basic Books.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain, Suppl 6*, 121-126.
- Menefee, L.A., Cohen, M.J.M., Anderson, W.R., Doghramji, K., Frank, E.D., Lee, H. (2000). Sleep disturbance and nonmalignant chronic pain: a comprehensive review of the literature. *Pain Medicine*, 1, 156-172. doi: 10.1046/j.1526-4637.2000.00022.x
- Miller, R.P., Kori, S., Todd, D. (1991). The Tampa Scale: A measure of kinesiophobia. *Clinical Journal of Pain*, 7(1), 51-52.
- Morgenroth, D.C., Gellhorn, A.C., & Suri, P. (2012). Osteoarthritis in the disabled population: A mechanical perspective. *Osteoarthritis*, 4(5 Suppl), 20-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.01.003>

- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959\(98\)00255-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-3959(98)00255-3)
- Moseley, G.L., Nicholas, M.K., & Hodges, P.W. (2004). Does anticipation of back pain predispose to back trouble? *Brain: A Journal of Neurology*, 127(Pt 10), 2339-2347. doi: 10.1093/brain/awh248
- Murphy, B., Herman, H., Hawthorne, G., Pinzone, T. & Evert H. (2000). Australian WHOQOL instruments: User's manual and interpretation guide. Australian WHOS Field Study Centre, Melbourne, Australia
- Nicholson, K., & Martelli, M F. (2004). The problem of pain. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 19(1), 2-9.
- Onen, S.H., Alloui, A., Gross, A., Eschallier, A., & Dubray, C. (2001). The effects of total sleep deprivation, selective sleep interruption and sleep recovery on pain tolerance thresholds in healthy subjects. *Journal of Sleep Research*, 10(1), 35-42. doi: 10.1046/j.1365-2869.2001.00240.x
- Onesti, S. T. (2004). Failed back syndrome. *The Neurologist*, 10(5), 259-264. doi: 10.1097/01.nrl.0000138733.09406.39
- Otis, J. (2007). *Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach – Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Persson, A.L., Veenhuizen, H., Zachrisson, L., & Gard, G. (2008). Relaxation as treatment for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of randomised controlled studies. *Physical Therapy Reviews*, 13(5), 355-365.
- Prieto-Alhambra, D., Judge, A., Javaid, M.K., Cooper, C., Diez-Perez, A., & Arden, N.K. (2013). Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. *Annals of the Rheumatic Diseases*.
- Prkachin, K.M. (2007). The coming of age of pain expression. *Pain*, 133(1-3), 3-4. doi:10.1016/j.pain.2007.10.015
- Rasmussen, B.K., Jensen, R., Schroll, M., & Olesen, J. (1991). Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(11), 1147-1157. doi: 10.1016/0895-4356(91)90147-2
- Richards, B.L., Whittle, S.L., & Buchbinder, R. (2012). Muscle relaxants for pain management in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(CD008922), doi: 10.1002/14651858.CD008922.pub2
- Roditi, D., Robinson, M.E., & Litwins, N. (2009). Effects of coping statements on experimental pain in chronic pain patients. *Journal of Pain Research*, 2, 109-116. doi: 10.2147/JPR.S6357
- Rome, J. (2002). *Mayo Clinic on chronic pain: Practical advice for leading a more active life*. Rutherford, NJ: Kensington Publishing Corp.
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Shaw, I.R., Lavigne, G., Mayer, P., & Choiniere, M. (2005). Acute intravenous administration of morphine perturbs sleep architecture in healthy pain-free young adults: A preliminary study. *Sleep*, 28(6), 677-682.
- Sherman, R.A., Sherman, C.J., & Parker, L. (1984). Chronic phantom and stump pain among American veterans: Results of a survey. *Pain*, 18(1), 83-95. doi:10.1016/0304-3959(84)90128-3
- Silberstein S.D., Lipton R.B., & Saper J.R. (2007). Chronic daily headache including transformed migraine, chronic tension-type headache, and medication overuse headache. In: Silberstein ,S.D., Lipton, R.B., & Dodick, D.W. (Eds). *Wolff's Headache and Other Head Pain*. (pp. 315-178). New York, NY: Oxford University Press.
- Smeets, R.J., Vlaeyen, J.W., Kester, A.D., & Knottnerus, J.A. (2006). Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 7(4), 261-271. doi:10.1016/j.jpain.2005.10.011
- Smith, W.B., Gracely, R.H., & Safir, M.A. (1998). The meaning of pain: Cancer patients' rating and recall of pain intensity and affect. *Pain*, 78(2), 123-129.

- Stewart, M.O., Karlin, B.E., Murphy, J.L., Raffa, S.D., Miller, S.A., McKellar, J.D., & Kerns, R.D. (in press). National dissemination of cognitive behavioral therapy for chronic pain in veterans: Therapist- and patient-level outcomes. *Clinical Journal of Pain*.
- Sullivan, M.J., & D'Eon, J.L. (1990). Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(3), 260-263. doi:10.1037/0021-843X.99.3.260
- Sullivan, M.J., Bishop, S.R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524-532. doi: 10.1007/BF00846540
- Trockel, M., Karlin, B. E., Taylor, C. B., & Manber, R. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia with veterans: Evaluation of effectiveness and correlates of treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 53*, 41-46. doi: 10.1016/j.brat.2013.11.006
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine : A cognitive-behavioral perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Turk, D. C., & Monarch, E. S. (2002). Biopsychosocial perspective on chronic pain. In D. C.
- Turk & R. J. Gatchel (Ed.), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2nd ed., pp. 3–30). New York, NY: Guilford Press.
- Turk D.C., Dworkin R.H., Revicki D., Harding G., Burke L.B., Cella D., ... & Rappaport, B.A. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: An IMMPACT survey of people with pain. *Pain, 137*(2), 276-85. doi:10.1016/j.pain.2007.09.002.
- Turner, J.A., Mancl, L., & Aaron, L.A. (2006). Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. *Pain, 121*(3), 181-194.
- Turner, J.A., Holtzman, S., & Mancl, L. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive- behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 127*(3), 276-286. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.09.005>
- VA/Department of Defense (DoD). (2010). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Opioid Therapy for Chronic Pain*. The Department of Veterans Affairs (VA) and The Department of Defense (DoD) Version 2.0-2010.
- Verma, A., Anand, V., & Verma, N.P. (2007). Sleep disorders in chronic traumatic brain injury. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 3*(4):357-362.
- Vickers, A.J., Cronin, A.M., Maschino, A.C., Lewith, G., MacPherson, H., Foster, N.E., ... & Linde, K. (2012). Acupuncture for chronic pain: Individual patient data meta-analysis. *Archives of Internal Medicine, 172*(19), 1444-1453. doi:10.1001/archinternmed.2012.3654
- Villano, C.L., Rosenblum, A., Magura, S., Fong, C., Cleland, C., Betzler, T.F. (2007). Prevalence and correlates of posttraumatic stress disorder and chronic severe pain in psychiatric outpatients. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 44*(2), 167-178. <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2006.05.0052>
- Von Korff, M., Jensen, M.P., Karoly, P. (2000). Assessing global pain severity by self-report in clinical and health services research. *Spine, 25*(24), 3140-3151. doi:10.1097/00007632-200012150-00009
- Walker, J.M., Farney, R.J., Rhondeau, S.M., Boyle, K.M., Valentine, K., Cloward, T.V, Shilling, K.C. (2007). Chronic opioid use is a risk factor for the development of central sleep apnea and ataxic breathing. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 3*(5), 455-461.
- Walser, R.D., Karlin, B.E., Trockel, M., Mazina, B., & Barr Taylor, C. (2013). Training in and implementation of Acceptance and Commitment Therapy for depression in the Veterans Health Administration: Therapist and patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 555-563. doi:10.1016/j.brat.2013.05.009
- Wenzel, A., Brown, G.K., & Karlin, B.E. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans and Military Servicemembers: Therapist Manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Weitlauf, J.C., Cervone, D., Smith, R., & Wright, P.M. (2001). Assessing generalization in perceived self-efficacy: Multidomain and global assessments of the effects of self-defense training for women. *Personality & Social Psychology Bulletin, 27*, 1683-1691.
- Wetherell, J.L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J.T., Stoddard, J.A., Petkus, A.J., ... Atkinson, H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain, 152*(9), 2098-2107. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.05.016>

Williams, D.A., & Thorn, B.E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36(3), 351-358. doi: 10.1016/0304-3959(89)90095-X

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York, NY: Pergamon Press.

Yue, H.J., & Guilleminault, C. (2010). Opioid medication and sleep-disordered breathing. *The Medical clinics of North America*, 94(3), 435-446. doi: 10.1016/j.mcna.2010.02.007

Zhao, Y., Liu, J., Zhao, Y., Thethi, T., Fonseca, V., & Shi, L. (2012). Predictors of duloxetine versus other treatments among veterans with diabetic peripheral neuropathic pain: A retrospective study. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*, 12(5), 366-373. doi: 10.1111/j.1533-2500.2011.00494.x

Додатки

КПТ-ХрБ клінічне інтерв'ю	100
Передача даних надавачу первинної медичної допомоги	104
Модель КПТ-ХрБ	105
Цикл хронічного болю	106
Фактори, що впливають на біль	107
Метод smart для встановлення цілей	108
Журнал ходьби	109
Чергування періодів праці та відпочинку	111
Релаксація	112
Техніка глибокого дихання	114
Техніка прогресивного розслаблення м'язів	115
Техніка візуалізації	117
Звіт про виконання технік релаксації	118
Список приємних занять	119
Розклад приємних занять	120
Розпізнавання над	121
Думки про біль	122
Підтримуючі позитивні твердження	123
Гігієна сну	124
Журнал змін поведінки сну	125
Передбачення перешкод	126
Тижневий розклад занять	127

КЛІНІЧНЕ ІНТЕРВ'Ю КПТ-ХрБ

Перегляньте медичну карту ветерана перед першою сесією, щоб ознайомитися з усією важливою інформацією, що міститься в цій формі. Перевірте точність інформації під час інтерв'ю з ветераном.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

Сімейний стан (обвести):

Неодружений / незаміжня
Одружений / заміжня
Кіл-ть років: _____
У партнерстві
Кіл-ть місяців / років: _____

Вдівець / вдова
Розлучений / розлучена
Кіл-ть разів: _____
Роздільне проживання
Кіл-ть місяців / років: _____

Діти

ТАК НІ
Кіл-ть: _____
Вік: _____

Проживання

Окремо
Подружжя / партнер
Діти

Батьки
Співмешканець
Інше: _____

ІНФОРМАЦІЯ ПРО БІЛЬ

Виміряйте біль за шкалою від 0 до 10, при цьому "0" означає відсутність болю, а "10" – найгірший біль, який можна собі уявити

Поточна інтенсивність болю: _____

Найгірша інтенсивність болю
(за минулий тиждень): _____

Звичайна інтенсивність болю
(у середньому за останній тиждень): _____

Найменша інтенсивність болю
(за останній тиждень): _____

Основна локалізація болю (обведіть лише один варіант):

М'язи Суглоби	Коліно (П /Л / Обидва)	Сідниці
Голова / головний біль	Лікоть	Спина – у середній частині
Гомілка (П /Л / Обидві)	Обличчя	у верхній частині у нижній частині
Живіт	Пах	Стегно (П /Л / Обидва)
Зап'ясток (П /Л / Обидва)	Плече (П /Л / Обидва)	Стопа (П /Л / Обидві)
Кисть (П /Л / Обидві)	Рука (П /Л / Обидві)	Шия

Інше: _____

Тривалість первинного болю: дата / рік (якщо відомо) _____ роки _____ місяці

Подія, яка спровокувала біль: _____

Основні характеристики болю (обведіть всі, які підходять):

Ниючий	Різкий	Поколювання
Інтенсивний	Стискаючий	Біль при пальпації
Гострий	Стріляючий	Судоми
Пекучий	Поціпування	Відчуття тугого обруча
Пульсуючий	Запалення	Відчуття холоду
Тупий	Оніміння	Відчуття удару струмом

Інше: _____

Інші локалізації болю (обведіть лише один варіант):

М'язи Суглоби	Коліно (П /Л / Обидва)	Сідниці
Голова / головний біль	Лікоть	Спина – у середній частині
Гомілка (П /Л / Обидві)	Обличчя	у верхній частині у нижній частині
Живіт	Пах	Стегно (П /Л / Обидва)
Зап'ясток (П /Л / Обидва)	Плече (П /Л / Обидва)	Стопа (П /Л / Обидві)
Кисть (П /Л / Обидві)	Рука (П /Л / Обидві)	Шия

Інше: _____

Що посилює біль? _____

Що полегшує біль? _____

Як ви справляєтесь з болем? _____

Як біль впливає на ваше життя? (обведіть все, що підходить; надайте деталі / приклади):

Рухливість - Як саме? _____	Відпочинок - Як саме? _____	Сон - Як саме? _____
--------------------------------	--------------------------------	-------------------------

Настрій - Як саме? _____	Стосунки - Як саме? _____	Соціалізація - Як саме? _____
-----------------------------	------------------------------	----------------------------------

Фізична активність - Як саме? _____	Сексуальне життя - Як саме? _____	Робота / навчання - Як саме? _____
--	--------------------------------------	---------------------------------------

Інше: _____

Надайте інформацію про поточний прийом знеболюючих препаратів

Препарат	Доза	Препарат	Доза

Надайте інформацію про поточне або попереднє лікування болю

Заходи попереднього лікування болю	Так	Ні	Покращення	Ще застосовується
Операція				
Ін'єкції (напр. епідуральні стероїдні ін'єкції, блокади)				
Імплантований пристрій (напр. стимулятор спинного мозку)				
Фізіотерапія				
Транскутанна електрична стимуляція нервів (TENS)				
Акваерапія / лікувальне плавання				
Лікування головного болю (напр. ін'єкції ботоксу)				
Біологічний зворотний зв'язок				
Психотерапія, орієнтована на біль				
Техніки релаксації				
Мануальна терапія				
Акупунктура				
Інше:				

Чи використовуєте ви допоміжні засоби для пересування

(наприклад, тростину, ходунки, інвалідні візки, електроколяску / електроскутер):

Опишіть свій типовий день: _____

МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Гострі проблеми зі здоров'ям (наприклад, біль у грудній клітині, падіння):

Загальний анамнез (наприклад, ХОЗЛ, цукровий діабет, гіпертензія, ожиріння, апное, тощо):

ПСИХІАТРИЧНА ІНФОРМАЦІЯ

Настрій: _____

Психічні симптоми: _____

Діагнози: _____

Лікування: _____

Госпіталізації до психіатричного закладу: _____

Минулі / наявні гоміцидальні / суїцидальні ідеї / спроби? _____

Препарати для лікування розладів психічного здоров'я	Доза	Препарати для лікування розладів психічного здоров'я	Доза

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

	Зараз		В минулому		Тип / Кількість
	Так	Ні	Так	Ні	
Тютюн					
Алкоголь					
Заборонені наркотичні препарати					

Історія лікування зловживань / залежності від психоактивних речовин:

ПСИХІЧНИЙ СТАН

Зовнішній вигляд: _____

Настрій: _____

Емоційний стан / афект: _____

Больова поведінка: _____

Зоровий контакт: _____

Мовлення: _____

Процес / зміст думок: _____

Уявлення: _____

Орієнтація / когніції: _____

Судження / критика: _____

КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ / КОМЕНТАРІ

ПЕРЕДАЧА ДАНИХ НАДАВАЧУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Ваш пацієнт подав запит на участь в когнітивно-поведінковій терапії у лікуванні хронічного болю (КПТ-ХрБ). Мета КПТ-ХрБ – допомогти ветеранам краще впоратися з хронічним болем, вивчаючи ефективніші стратегії подолання болю та пов'язаних із ним проблем.

КПТ-ХрБ – це заснована на доказах, обмежена в часі терапія що навчає пацієнтів методів ефективнішого контролю над хронічним болем і покращення загальної якості життя. КПТ-ХрБ заохочує пацієнтів застосовувати активний підхід до вирішення проблем, щоб впоратися з багатьма труднощами, пов'язаними з хронічним болем. Центральні компоненти терапії включають підвищення активності та покращення фізичного стану, впровадження рутинного використання технік релаксації та методів подолання негативних думок, які посилюють біль і порушують нормальну життєдіяльність.

Терапія включає 12 сесій з наступною структурою:

1. Клінічне інтерв'ю та оцінка
2. Спрямування терапії та консультування
3. Постановка цілей
4. Збільшення фізичної активності та чергування періодів праці та відпочинку
5. Техніки релаксації
6. Планування приємних активностей 1
7. Планування приємних активностей 2
8. Копінг-поведінка 1
9. Копінг-поведінка 2
10. Біль і сон
11. Завершення терапії та боротьба із загостреннями
12. Бустерна сесія

Одним із компонентів нашої психотерапії є збільшення фізичної активності. Ми просимо вас про допомогу у визначенні фізичної активності, яка найбільше підходить ветерану. Стандартною запланованою фізичною діяльністю є програма ходьби з покроковим збільшенням навантаження. На основі знань про пацієнта, будь ласка, вкажіть ваші рекомендації:

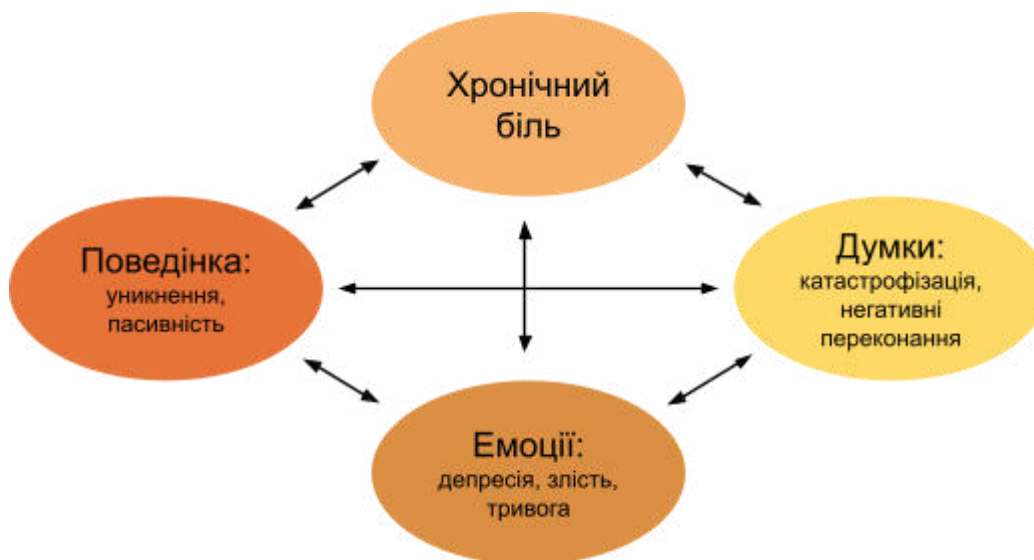
1. Програма ходьби: програма ходьби має низьку інтенсивність, і ветеран ставить розумні цілі з поступовим збільшенням навантаження.
 - a. Якщо обрали програму ходьби, будь ласка, вкажіть будь-які обмеження.
2. Якщо ви не вважаєте, що програма ходьби безпечна або підходить для ветерана, будь ласка, порекомендуйте альтернативні види діяльності, такі як використання велотренажера, лікувальне плавання, фізіотерапія тощо.
 - a. Якщо рекомендована діяльність вимагає консультації, будь ласка, вкажіть це.

Ми дуже цінуємо вашу співпрацю в допомозі ветерану з навчанням його / її кращого самоконтролю над хронічним болем. Після завершення психотерапії я передам вам інформацію про прогрес пацієнта.

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ

Хронічний біль може призвести до негативних думок, почуттів і поведінки, що, у свою чергу, може погіршити інтенсивність болю. Метою КПТ-ХрБ є боротьба з такими дезадаптивними моделями мислення та поведінки й навчання альтернативним, більш адаптивним навичкам подолання болю. КПТ-ХрБ дає можливість людям, які борються з хронічним болем, застосовувати активний підхід до покращення свого стану та подолання негативного впливу хронічного болю на їхнє життя.

МОДЕЛЬ КПТ-ХРБ



Пам'ятайте:

- Хронічний біль може впливати на будь-яку сферу життя
- КПТ-ХрБ дозволяє внести необхідні зміни, щоб повернутись до нормального життя

ЦИКЛ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ

Багато людей з хронічним болем побоюються, що рух посилить біль або спричинить фізичні пошкодження / травми. Це часто призводить до зниження активності та погіршення фізичного стану (наприклад, зниження сили та витривалості, збільшення ваги). Боротьба з постійним болем також може призвести до появи негативних думок і емоцій, таких як розчарування та депресія. Всі ці фактори сприяють підвищеному униканню людей та різної діяльності пацієнтом.

Хоча цей цикл зрозумілий для тих, хто страждає на хронічний біль, *він не приносить користь!* Насправді він з часом лише посилює біль і його наслідки. Тепер, коли ми знаємо про цикл хронічного болю, ми повинні навчитись його розірвати.

Ціна зниження активності

- Посилення болю
- Погана фізична підготовка
- Менше часу з сім'єю і друзями
- Пригнічений настрій або підвищена дратівливість
- Знижена самооцінка
- Підвищена напруга у стосунках



Пам'ятайте: **НАДІЯ Є!**

Якщо ми розуміємо цикл болю, ми здатні його розірвати!

ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА БІЛЬ

Хронічний біль торкається багатьох сфер вашого життя, кожна з яких впливає на інші. Взаємодія між факторами на схемі визначає їх вплив на ваше самопочуття:

- Біологічні
 - Біль, проблеми зі здоров'ям
- Психологічні
 - Емоції, увага, думки
- Соціальні
 - Стосунки, робота, хобі

Хороша новина полягає в тому, що деякі фактори можуть посилити біль, в той час як інші – послабити його. І ви можете вирішити, як саме керувати більшістю з цих факторів.



Приклади факторів, які можуть впливати на біль:

Фактори, які можуть посилити біль	Фактори, які можуть зменшити біль
Фізичні фактори	
Дегенеративні зміни	Фізіотерапія
Напружування м'язів	Техніки релаксації
Думки	
Катастрофізація	Збалансовані думки
Зосередження на болеві	Відволікання
Емоції	
Депресія або гнів	Боротьба з негативними думками
Стрес / занепокоєння / тривога	Вправи та техніки релаксації
Поведінка	
Недостатня або надмірна активність	Чергування періодів праці та відпочинку
Відсутність залучення до хобі	Збільшення приємних занять
Соціальна взаємодія	
Соціальна ізоляція	Приємне проведення часу з родиною та/або друзями
Відсутність або надмірна підтримка з боку інших	Волонтерство / участь в житті громади

МЕТОД SMART ДЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ЦІЛЕЙ

Для допомоги в постановці цілей, можна використати модель SMART, де ціль:

S – Specific Конкретна	Визначає конкретну дію або подію, яка має відбутися
M - Measurable Осяжна	Має бути осяжною (кількісно вимірною), щоб можна було відстежувати прогрес
A - Achievable Досяжна	Повинна бути досяжною та реалістичною за умови використання наявних ресурсів
R - Relevant Значима	Повинна бути значимою для особи
T - Time-Bound Обмежена часом	Повинна мати виділений період часу для її досягнення

Адаптовано з Doran, 1981

Під час сеансів КПТ-ХрБ можна досягти короткострокових цілей. Коли цілі визначені, відстежуйте їх щотижня, щоб переконатися в прогресі. Якщо прогресу немає, за потреби внесіть корективи. Переконайтеся, що кожна ціль відповідає вищезазначеним критеріям SMART. Цілі повинні мати значення саме для вас і мотивувати на успішне завершення терапії та покращення своїх навичок боротьби з болем.

Короткострокові цілі

1. _____
2. _____
3. _____

Довгострокові цілі – цілі на наступні 6-12 місяців або навіть довше. Хоча їх не вдасться повністю досягнути під час курсу КПТ-ХрБ, над ними слід працювати. Довгострокові цілі часто є найважливішими мотиваторами на майбутнє.

Довгострокові цілі

1. _____
2. _____
3. _____

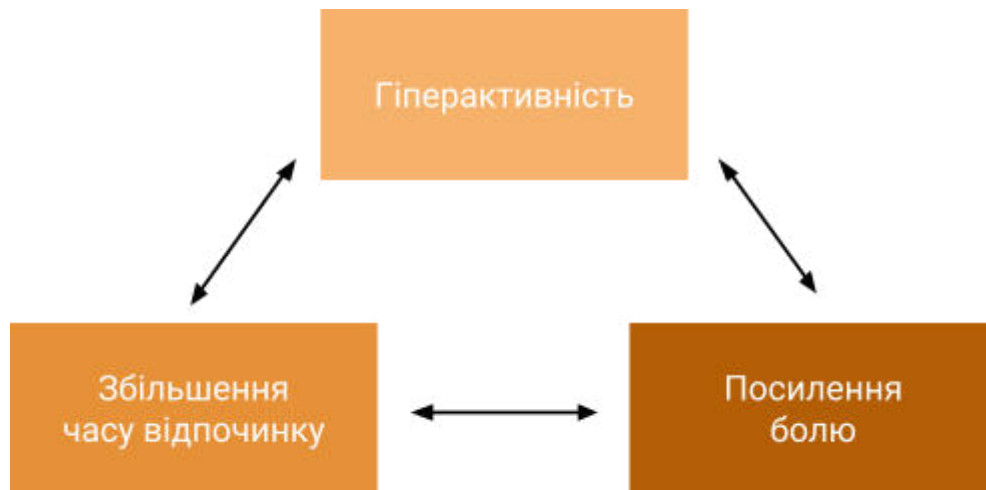
ЖУРНАЛ ХОДЬБИ

За консультації лікуючого лікаря скористайтеся розкладом, щоб встановити реалістичні цілі ходьби на тиждень, і запишіть фактичний час ходьби. Поступово збільшуйте хвилини і переконайтесь в належній біомеханіці тіла. Ходьба є важливою частиною повсякденного життя і її мета – збільшити легкість і частоту фізичної активності. Пам'ятайте: рух – це бальзам для ваших суглобів.

ДЕНЬ	ПРИКЛАД	ТИЖДЕНЬ 1	ТИЖДЕНЬ 2	ТИЖДЕНЬ 3	ТИЖДЕНЬ 4	ТИЖДЕНЬ 5	ТИЖДЕНЬ 6
ПОНЕДІЛОК	Ціль: 6 хв Пройдено: 6 хв	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:
ВІВТОРОК	Ціль: 6 хв Пройдено: 7 хв	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:
СЕРЕДА	Ціль: 7 хв Пройдено: 7 хв	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:
ЧЕТВЕР	Ціль: – Пройдено: –	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:
П'ЯТНИЦЯ	Ціль: 7 хв Пройдено: 7 хв	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:
СУБОТА	Ціль: 8 хв Пройдено: 9 хв	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:
НЕДІЛЯ	Ціль: – Пройдено: –	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:	Ціль: Пройдено:

ЦИКЛ ГІПЕРАКТИВНОСТІ

Деякі люди схильні “переборювати” біль під час виконання завдання і не зупиняться, доки воно не буде завершено, в той час як інші можуть перейматись страхами завдати собі шкоди і взагалі уникають будь-якої діяльності. Часто люди з хронічним болем використовують “гарний день болю”, коли вони почуваються краще, для виконання одного або кількох тяжчих завдань, які вони раніше планували виконати. Однак наступного дня прокидаються з відчуттям, що не можуть рухатися, і тому “відлежуються” кілька днів поспіль, щоб відновитися. Цей цикл надмірної активності, посилення болю та підвищеного спокою часто виникає хаотично. Це може призвести до різних негативних наслідків, таких як підвищений стрес і тривожність, зниження працездатності і самооцінки та уникнення будь-якої діяльності.



Цикл гіперактивності можна розірвати шляхом регулярності заняття та помірним, безпечним рівнем навантаження. Корисною стратегією може бути чергування періодів праці та відпочинку, коли залучення до діяльності визначається часом її виконання. Це дозволяє ветеранам постійно бути залученими до діяльності без негативних наслідків. Чергування періодів праці та відпочинку часто полягає в тому, щоб збалансувати діяльність і планувати її наперед, або працювати “розумніше, а не тяжче”.

ЧЕРГУВАННЯ ПЕРІОДІВ ПРАЦІ ТА ВІДПОЧИНКУ

Оцініть, як довго ви можете безпечно виконувати одне зі звичайних занять (наприклад, роботу на подвір'ї, миття посуду) без сильного посилення болю, і встановіть цей час мінус одну хвилину як ваш "активний" цільовий час для виконання діяльності. Після чого визначіть приблизну кількість часу "для відпочинку", після якого ви зможете безпечно повернутись до виконання діяльності або звичного розпорядку дня.

Пам'ятайте:

- Після початку виконання діяльності, ймовірно, знадобитися відкоригувати вказаний час.
- Дотримуйтесь заданого темпу, незалежно від того, який у вас день: "хорошого" чи "поганого" болю, щоб уникнути циклу надмірної втоми / надмірної активності або циклу уникання / бездіяльності. Пам'ятайте: головне – помірність.
- Розподіліть заходи протягом тижня і дотримуйтесь графіка для найкращих результатів.

Використовуйте нижченаведену таблицю, щоб записати свій темп діяльності протягом тижня. Орієнтуйтеся на зразок, де кожен період активності та відпочинку дорівнює одному циклу. Наприклад, **10 : 15**

(1) означає виконання завдання протягом 10 хвилин і відпочинок протягом 15 хвилин для одного циклу праці та відпочинку.

	Зразок	Діяльність 1	Діяльність 1	Діяльність 1
Діяльність	Згрібати листя			
Активна ціль	10 хвилин			
Відпочинок	15 хвилин			
День 1	10 / 15 (1)			
День 2	10 / 15 (2)			
День 3	10 / 15 (3)			
День 4	15 / 15 (1)			
День 5	15 / 15 (2)			
День 6	15 / 15 (3)			
День 7	15 / 15 (2)			

РЕЛАКСАЦІЯ:

Переваги та поради

Мета релаксації – зменшити вплив стресу на ваше здоров'я. Оскільки хронічний біль викликає хронічний стрес для організму, важливо регулярно практикувати техніки релаксації, які можуть допомогти вашому розуму і тілу відновитися. Релаксація – це більше, ніж відпочинок або насолода від хобі – вона передбачає використання певних технік для зниження напруги.

Переваги релаксації

Релаксація дуже важлива для здоров'я. Коли ви розслаблені, в м'язах відсутня напруга, серцебиття нормальне, дихання повільне і глибоке. Навчання релаксації зможе допомогти покращити ваш стан, особливо при відчутті болю. Релаксація змушує ваше тіло вивільняти хімічні речовини, які зменшують біль і покращують самопочуття.

Релаксація не зцілить біль або інші хронічні симптоми, однак навички розслаблення тіла і розуму можуть допомогти зменшити м'язову напругу, запобігти м'язовим спазмам і зняти стрес, який може посилювати біль та інші симптоми.

Релаксація може мати такі переваги, як:

- Поліпшення настрою
- Підвищення енергії та продуктивності
- Покращення концентрації та уваги
- Покращення контролю над стресом і щоденною діяльністю
- Покращення сну
- Підвищення впевненості у собі
- Покращення здатності справлятися з проблемами
- Зменшення тривоги та інших негативних емоцій, таких як гнів і розчарування
- Збільшення припливу крові до м'язів і зниження м'язового напруження
- Зниження артеріального тиску, частоти дихання та серцевого ритму
- Зменшення болю, наприклад головного та спинного болю

Поради щодо виконання технік релаксації

Релаксація – це навичка, яка вимагає практики. Ви можете не відразу відчути покращення, тому не опускайте руки! Будьте терплячими та цілеспрямованими, тоді з часом ви зможете зменшити негативний вплив стресу. І пам'ятайте: якщо релаксація здається вам чужою або неприродною, це, швидше за все, означає, що ви найбільше потребуєте її.

Встановіть розпорядок дня:

- Виділіть час для виконання технік релаксації хоча б один-два рази на день.
- Поєднання релаксації із звичайною діяльністю може допомогти вам не забувати про практику (наприклад, 10 розслаблених вдихів перед сном або кожного разу, коли ви сідаєте їсти).
- Практикуйте релаксацію в різний час протягом дня, доки вона не стане природною, і ви зможете використовувати її кожного разу, як відчуваєте стрес. Ви можете поставити собі "нагадування" для розслаблення (наприклад, наклейки на дзеркало у ванній, холодильнику чи приладову панель автомобіля зі словами "розслабся" або "дихай").

Подбайте про комфорт:

- Займайтесь на зручному кріслі, дивані, килимку або ліжку. Приглушіть світло.
- Зніміть тісний одяг і взуття, ремінь, окуляри або контактні лінзи, якщо хочете.

Сконцентруйтесь:

- Усуньте відволікаючі фактори: вимкніть телевізор, радіо чи телефон. Практикуйте в тихій, спокійній обстановці.
- Закрийте очі, щоб краще сконцентруватись та покращити концентрацію. Якщо хочете, тримайте очі відкритими і сфокусуйте зір в одній точці.
- Робіть якомога менше рухів, змінюючи положення тіла лише для комфорту.
- Не хвилюйтеся, якщо у вас є якісь відволікаючі думки — це трапляється з кожним. Просто відзначте, що ваші думки блукають, а потім обережно, без засудження, поверніть увагу на своє дихання.

Розслабтеся:

- Починайте і закінчуйте практику релаксації технікою розслабленого дихання.
- Використовуйте музику під час релаксації, якщо це вам допомагає. Поступово навчіться розслаблятися без музики, щоб можна було використовувати техніки релаксації де завгодно.
- Нехай розслаблення протікає природним шляхом і поширюється по всьому тілу. Не намагайтеся протистояти цьому.

Будьте терплячими:

- Дайте собі час, щоб навчитися навичкам релаксації. Щоб ці техніки стали автоматичними, потрібна практика.
- Намагайтеся не засмучуватися, якщо вам важко зосередитися. Блукаючі думки — це нормально і очікувано. Продовжуйте звертати увагу на своє дихання.
- Не хвилюйтеся про те, наскільки добре ви виконуєте техніки.
- Через кілька тижнів оберіть слово, яке ви б могли озвучувати під час практики релаксації, наприклад “розслаблення”, “спокій” або “терпіння”. Зрештою, просто повторення цього слова може допомогти вам розслабитися.

Включіть розслаблення до повсякденного життя:

- З часом перенесіть виконання технік релаксації з комфортного тихого оточення до “реального життя”. Мета – мати можливість заспокоїтися, коли це необхідно, незалежно від того, де ви знаходитесь.
- Використовуйте техніки релаксації, коли ви помічаєте, що відчуваєте стрес або занепокоєння, наприклад, стоїте в черзі, перед прийомом у лікаря або серйозною зустріччю.

ТЕХНІКА ГЛИБОКОГО ДИХАННЯ

Почніть з усвідомлення свого дихання... Покладіть одну руку на живіт на лінії талії, а іншу – на центр грудної клітки. Не намагайтесь нічого змінити, просто звертайте увагу на своє дихання. Зверніть увагу, звідки йде ваш подих... чи піднімаються і опускаються ваші плечі, чи піднімаються і опускаються ваші груди, чи, можливо, піднімається і опускається живіт. Зверніть увагу, як ваші руки рухаються під час дихання... (ПАУЗА)

Тепер зверніть увагу на швидкість дихання. Ви дихаєте швидко чи повільно? Глибоко чи поверхнево? (ПАУЗА)

Тепер, коли ви повільно вдихаєте, уявіть, як повітря тече глибше у ваш живіт. Відчуйте, як ваш живіт наповнюється повітрям під час того, як піднімається ваша рука. Зробіть паузу на піку вдиху, після чого повністю видихніть... Повільно вдихніть... 2, 3, 4... і повільно видихніть... 2, 3, 4. Нехай будь-яка напруга розтає з кожним вдихом... (ПАУЗА)

Зверніть увагу на відчуття, коли прохолодне свіже повітря проникає у ваш ніс, проходить крізь нього, досягає задньої частини горла й опускається глибоко в легені. Зверніть увагу, що відбувається, коли ковток свіжого повітря потрапляє у легені. Зверніть увагу на те, що відбувається під час видиху. Відчуйте температуру кожного вдиху, холод на вдиху і тепло на видиху. Порахуйте свої вдихи і видихи.

Зверніть увагу, що ваше дихання стає плавним і повільним. Відчуйте, як ваш живіт і грудна клітка розширюються з кожним вдихом... і відчуйте, як ви стаєте більш розслабленими з кожним видихом. Дозвольте вашим плечам ставати важчими з кожним видихом... (ПАУЗА 15 сек.)

Продовжуйте дихати повільно і плавно... (ПАУЗА 15 сек.)

Коли ви дихаєте, зверніть увагу на холодок під час вдиху. Зверніть увагу на те, як повітря стає теплішим при видиху.

Продовжуйте дихати повільно і плавно... (ПАУЗА 15 сек.)

Знову повільно вдихніть... 2, 3, 4... і повільно видихніть... 2, 3, 4. Відчуйте, що з кожним видихом стаєте все більш розслабленим... (ПАУЗА 15 сек.)

(Пропустіть, якщо переходите до інших технік розслаблення)

Тепер, коли я рахую від 5 до 1, відчуйте, як стаєте більш сконцентрованим... 5, зверніть увагу на кімнату, що вас оточує... 4, ви відчуваєтеся спокійно та розслаблено... 3, почніть ворушити пальцями рук і ніг... 2, почніть повільно потягувати м'язи... 1, відкрийте очі, відчуйте себе оновленими та розслабленим.

ТЕХНІКА ПРОГРЕСИВНОГО РОЗСЛАБЛЕННЯ М'ЯЗІВ

Спершу напружте м'язи в **нижній частині рук**, стискаючи кулаки і підтягуючи кулаки вгору, згинаючи зап'ястя. Відчуйте напругу в нижній частині рук, зап'ясть, долонь і пальців. Зосередьтеся на напрузі... (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер зніміть напругу. Нехай ваші долоні і нижня частина рук розслабляться й вільно лежать на стільці або ліжку поруч з вами. Зосередьте свою увагу на розслаблюючих відчуттях в руках і долонях. Відчуйте звільнення від напруги при повному розслабленні м'язів, відчуйте, як по них проходить тепло... (ПАУЗА 10 сек.)

Тепер збільште напругу у **верхній частині рук**, потягнувши руки назад і в бік. Відчуйте напругу в задній частині рук, що поширюється в напрямку плечей і спини. Зосередьтеся на напрузі. Утримуйте цю напругу... (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер відпустіть руки і дайте їм розслабитися – майже відчуваючи важкість у боках. Зверніть увагу на різницю між попередніми відчуттями напруги та новими відчуттями розслаблення. Ваші руки можуть бути важкими, теплими та розслабленими... (ПАУЗА 10 сек.)

Тепер зверніть увагу на **гомилки**. Збільште напругу, згинаючи ноги і підтягуючи пальці ніг вгору. Відчуйте, як напруга поширюється на стопи, щиколотки, гомилки та ікри. Утримуйте цю напругу... (ПАУЗА 5 сек.)

Зніміть всю напругу в гомілках. Нехай ваші ноги розслабляться на стільці або ліжку. Відчуйте різницю в стані м'язів, коли вони розслабляються. Відчуйте звільнення від напруги, комфорт, важкість розслаблення... (ПАУЗА 10 сек.)

Напружте **верхню частину ніг і сідниць**, стиснувши коліна разом і трохи піднявши ноги від ліжка або стільця. Зосередьтеся на напрузі через передню частину ваших стегон і сідниць. Утримуйте цю напругу... (ПАУЗА 5 сек.)

Відпустіть всю напругу. Нехай ваші ноги важко опускаються в крісло або ліжко. Нехай вся напруга зникне, коли ваші ноги доторкнуться до крісла або ліжка. Зосередьтеся на відчутті розслаблення та комфорту... (ПАУЗА 10 сек.)

Збільште напругу в м'язах живота, сильно втягуючи живіт до хребта. Відчуйте напругу і зосередьтеся на ньому... (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер зніміть напругу в животі... Зверніть увагу, наскільки плавним і спокійним стало ваше дихання. Відчуйте комфорт розслаблення... (ПАУЗА 10 сек.)

Зробіть глибокий вдих і затримайте напругу в **грудях**. Ваша грудна клітка розширюється, а м'язи навколо грудей розтягуються. Відчуйте напругу спереду та зі спини... (ПАУЗА 3-5 сек.)

Тепер повільно дозвольте повітрю вийти і відновіть нормальне дихання, дозволяючи повітрю легко надходити і виходити з легень. Відчуйте різницю у відчуттях, коли м'язи розслабляються, порівняно з напругою... (ПАУЗА 10 сек.)

Збільште напругу в **ший і плечах**, потягнувши лопатки назад і вгору до вух. Відчуйте напругу м'язів навколо плечей, що поширюються на шию та вздовж хребта. Утримуйте цю напругу... (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер зніміть напругу. Нехай ваші плечі опускаються вниз, все нижче і нижче, поки вони повністю не розслабляться. Зверніть увагу на різницю між попередніми відчуттями напруги та новими відчуттями розслаблення. Насолоджуйтесь цими відчуттями... (ПАУЗА 10 сек.)

Збільште напругу у **роті, щелепі та горлі**, зціпивши зуби та повернувши куточки рота у вимушену посмішку. Затримайте положення. Відчуйте скутість та напругу... (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер зніміть напругу. Нехай ваша щелепа опуститься, а м'язи навколо горла та щелепи розслабляться. Зверніть увагу на різницю між відчуттям напруги та відчуттям розслаблення... (ПАУЗА 10 сек.)

Тепер збільшіть напругу навколо **очей і нижньої частини чола**, щільно стиснувши повіки і опустивши брови вниз... утримуйте цю напругу (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер зніміть всю напругу в очах і опустіть лоб. Нехай напруга навколо очей зникне. Відчуйте, як розпрямляються лоб і шкіра навколо очей. Відчуйте різницю, коли м'язи розслабляються... (ПАУЗА 10 сек.)

Збільште напругу **у верхній частині чола та шкіри голови**, піднявши брови якомога вище. Відчуйте, як зморщуються і розтягується шкіра на лобі та маківці. Утримуйте цю напругу... (ПАУЗА 5 сек.)

Тепер зніміть всю напругу на лобі, розслабивши брови. Зосередьтеся на відчуттях розслаблення... (ПАУЗА 10 сек.)

Все ваше тіло відчуває себе розслабленим і спокійним. Перегляньте своє тіло на наявність останніх частинок напруги, і якщо ви помітили їх, звільніть це напруження. Насолоджуйтесь відчуттям розслаблення...

Коли я рахую від 1 до 5, відчуйте, як ви стаєте все більш і більш розслабленим... 1 ... нехай вся напруга покине ваше тіло... 2 ... ви все більше і більше занурюєтесь у розслаблення... 3 ... ви відчуваєте ще більше розслаблення... 4 ... ви стаєте дуже розслабленим... 5 ... ви досягаєте максимального розслаблення... (ПАУЗА 30 сек.)

Проводячи кілька хвилин у цьому розслабленому стані, подумайте про дихання. Відчуйте прохолодне повітря під час вдиху і тепле повітря під час видиху. Ваше дихання рівне і спокійне. Кожного разу, коли ви видихаєте, думайте: "я розслабляюсь... я розслабляюсь ... я розслабляюсь"... ви відчуваєтеся комфортно і розслаблено... (ПАУЗА 1-3 хв)

(Пропустіть, якщо переходите до інших вправ з релаксації)

Тепер, коли я рахую від 5 до 1, відчуйте, як стаєте більш сконцентрованим... 5, зверніть увагу на кімнату, що вас оточує... 4, ви відчуваєтеся спокійно та розслаблено... 3, почніть ворухити пальцями рук і ніг... 2, почніть повільно потягувати м'язи... 1, відкрийте очі, відчуйте себе оновленими та розслабленим.

ТЕХНІКА ВІЗУАЛІЗАЦІЇ

Уявіть, що ви повільно йдете стежкою до свого особливого місця. Ваш шлях приємний і спокійний. Коли ви йдете ним, уявіть, що весь ваш стрес, занепокоєння та напруга залишають вас. Насолоджуйтесь мандрівкою до вашого особливого місця.

Коли ви йдете стежкою, зверніть увагу на землю під ногами... що ви відчуваєте, коли ступаєте. Зверніть увагу на звуки... комфортну температуру повітря. Зробіть вдих, відчуваючи, що вся напруга покидає вас на видиху. Зверніть увагу на будь-які запахи довкола. Зверніть увагу на краєвид навколо вас. Протягніть руку і торкніться чогось. Відчуйте його текстуру...

Ви відчуваєте себе спокійно і безпечно. Усі ваші турботи та тривоги залишаються позаду, коли ви рухаєтеся до свого особливого місця... (ПАУЗА 30 сек.)

Ідіть стежкою, поки не дійдете до свого особливого місця... і увійдіть до нього... (ПАУЗА 10 сек.)

Тепер ви знаходитесь в цьому затишному і спокійному місці. Зверніть увагу на землю під ногами... вона тверда чи м'яка. Зверніть увагу на відчуття землі під ногами. Прислухайтесь до звуків довкола, як поблизу, так і далеко. Зробіть вдих, відчуйте аромати. Зверніть увагу на температуру повітря.

Підніміть очі вгору... Зверніть увагу на кольори та краєвид над собою. Подивіться в далечінь... Роздивіться те, що знаходиться на горизонті... Зверніть увагу на всі предмети, ароматами та звуки довкола вас.

Простягніть руку і торкніться чогось у цьому місці... Зверніть увагу на текстуру та як вона відчувається на вашій шкірі. Подивіться на різні предмети навколо вас... їх форми, текстури та кольори. Зверніть увагу на світло й тіні та як промені відбивається від предметів.

Ось зручне місце, де можна присісти чи прилягти, відчуваючи всі запахи, звуки, насолоджуючись краєвидами та текстурами... Перебуваючи в цьому місці, подалі від усього, ви відчуваєте себе легким і захищеним, оновленим і розслабленим, сильним і спокійним. Насолоджуючись цим місцем протягом кількох хвилин, не забувайте, що ви можете прийти сюди, коли захочете, і що це місце завжди чекатиме на вас... (ПАУЗА 3-5 хв.)

Тепер настав час повертатися... виходьте тим же шляхом, яким ви прийшли, насолоджуючись стежкою... при поверненні нею ви починаєте помічати кімнату, в якій сидите... починаєте ворухити пальцями рук і ніг... і коли ви будете готові, повільно відкрийте очі і потягніть м'язи.

ЗАПИС ВИКОНАННЯ ПРАКТИКИ РЕЛАКСАЦІЇ

Використовуйте цей аркуш для запису виконання технік релаксації. Скористайтеся шкалою нижче, щоб оцінити свій рівень напруги до та після виконання вправи. Зверніть увагу на будь-які відмінності. Пам'ятайте, що може знадобитися кілька сеансів, перш ніж ви помітите покращення.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Повністю розслаблений		Дуже розслаблений		Трохи розслаблений		Трохи напружений		Помірно напружений		Дуже напружений

Дата	Скільки часу ви займалися? (хвилини)	Рівень напруги перед вправою (0-10)	Рівень напруги після вправи (0-10)

СПИСОК ПРИЄМНИХ ЗАНЯТЬ

Спробуйте різні види діяльності, щоб відволіктися від болю та покращити свій настрій.

- Риболовля
- Смс / дзвінки друзями / родичам
- Прогулянка, зарядка або розтяжка
- Робота у дворі чи садівництво
- Читання книг / журналів
- Огляд або заняття спортом
- Відеочат з друзями
- Прогулянка в парку
- Організація чогось
- Вироби з дерева
- Сидіння в інтернеті
- Курси, які ви хотіли б відвідати
- Планування подорожі
- Малювання або розфарбовування
- Ігри з домашнім улюбленцем
- Прослуховування музики
- Перегляд фільмів / серіалів
- Фотографія
- Ремонт або моделювання

- Похід у басейн / на пляж
- Планування чогось для інших
- Катання на машині
- Декорування / облаштування дому
- Шиття / в'язання / вишивка
- Гра на музичному інструменті / спів
- Хобі (напр. моделізм тощо)
- Зустрічі з друзями / родичами
- Сонячні ванни
- Гарячий душ / ванна
- Розмови з сусідами / співмешканцями
- Письмо або ведення щоденника
- Ігри або головоломки
- Шопінг
- Пазли / кросворди Медитація / молитви
- Інше:

Адаптовано з дозволу д-ра К.М. Phillips

РОЗКЛАД ПРИЄМНИХ ЗАНЯТЬ

Інструкції:

1. Оберіть щонайменше два приємних заняття, які можна запланувати протягом тижня.
2. Поставте «Х» біля виконаного завдання у полі відповідного дня.
3. Не забувайте про чергування періодів праці та відпочинку під час планування занять.

Діяльність	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота	Неділя
Садівництво	Х		Х		Х		

РОЗПІЗНАВАННЯ НАД

Як розпізнавати, перевіряти й боротись з Негативним Автоматичним Думкам

Коли ви засмучуетесь, у вас часто з'являються негативні думки. Ці думки можуть виникати автоматично і посилювати ваш біль і негативний настрій. Розпізнавання НАД, емоцій і почуттів, які вони у вас викликають.

День / Ситуація	Визначена НАД	Вплив на біль / настрій	Позитивне твердження про подолання
Вівторок / Прибирання гаража та заострення болю	Цей біль мене вбиває. Я більше нічого не можу зробити.	Корисна Шкідлива	Мені зараз боляче, тому що я перестарався, але я знаю, що скоро стане краще. Тоді я задам собі темп, щоб виконати роботу
		Корисна Шкідлива	
		Корисна Шкідлива	
		Корисна Шкідлива	
		Корисна Шкідлива	
		Корисна Шкідлива	
		Корисна Шкідлива	

Адаптовано з дозволу д-ра S. Palyo та д-ра J. McQuaid.

ДУМКИ ПРО БІЛЬ:

Визначення та заміна думок, які вам шкодять

Думка про те, наскільки сильно ви відчуваєте біль, не допомагає вам впоратися з ним. Коли біль посилюється, думки можуть стати більш негативними; оскільки думки стають більш негативними, біль в свою чергу посилюється.

Негативні думки можуть призвести до:

- Погіршення настрою
- Уникання діяльності
- Ізоляція / уникання інших людей

Хоча думки про біль можуть бути автоматичними, ви можете навчитись підходити до них більш усвідомлено щоразу, як вони у вас з'являються. Тоді ви можете замінити непотрібні думки на більш корисні.

Ось кілька прикладів шкідливих думок про біль і деякі позитивні твердження, які можна використовувати, щоб їх замінити:

Типові думки про біль

Типи непотрібних думок	Приклади непотрібних думок	Приклади корисних думок
Катастрофізація: віра в найгірше, що може статись.	Коли у мене сильний біль, я нічого не можу зробити.	Навіть коли мій біль сильний, я все ще можу робити деякі речі.
Правила: мислення з точки зору того, як все має бути.	Мій лікар повинен знати, як вилікувати мій біль.	Зцілення від хронічного болю неможливе, але я можу використовувати навички, щоб його полегшити.
"Все або нічого": розгляд речей як "або / або", або "правильно / неправильно", без напівтонів.	Я можу бути щасливим лише тоді, коли у мене немає болю.	Навіть якщо мені боляче, я все одно можу бути щасливим. Я завжди можу щось зробити, щоб покращити якість життя.
Надмірне узагальнення: розгляд однієї чи двох поганих подій як нескінченної черги й закономірності невдач.	Раніше я пробував робити вправи від болю в спині, і це не допомогло. Отже, зараз це не допоможе.	Хоча раніше фізіотерапія не дуже допомагала, можливо, цього разу вона допоможе. Я міг би спробувати.
Поспільні висновки: робити негативні висновки про події, які не ґрунтуються на фактах.	Коли я рухаюся, у мене болить спина, тому мені, мабуть, не варто рухатись.	Біль не означає шкоду.
Емоційні міркування: переконавання, що відчуття відображають те, як все є насправді.	Я відчуваю себе нікому непотрібним, тому я нікому не потрібний.	Хоча я не можу робити все те, що робив раніше, це не означає, що я нічого не можу.
Заперечення позитиву: зосередження лише на поганому і відкидання хорошого.	Яка користь з того, що я роблю більше, я все ще відчуваю біль.	Для мене важливо робити більше, щоб жити тим життям, яким хочу.

Використовується з дозволу д-ра К.М. Phillips.

ПОЗИТИВНІ ТВЕРДЖЕННЯ

Ось кілька позитивних тверджень, якими можна замінити непотрібні думки. Поставте "X" біля тих, які, на вашу думку, можуть бути корисними для вас. Що ви казали собі в минулому, щоб впоратись із загостренням болю чи важкою ситуацією? Додайте свої фрази до списку.

X	Перелік позитивних тверджень
	Загострення болю незабаром пройде.
	Я можу з цим впоратися. Я просто маю пережити цей момент.
	Я проходив через це раніше, і я зможу пройти через це знову. Я просто повинен продовжувати зосереджуватись на позитиві.
	Я не зобов'язаний страждати. У мене є навички, які я можу використовувати, щоб впоратися з цим.
	Що б я сказав другу, якому було боляче?
	Як я можу показати своїм дітям гарний приклад щодо того, як вирішувати життєві проблеми?
	Як би впоралася з цим людина, якою я захоплююсь?
	Я просто маю зосередитися на чомусь іншому.
	Можливо, зцілення немає, але я все ще можу жити своїм життям.
	Я збираюся зосередитися на тому, що я можу зробити, а не на тому, що не можу.

Використовується з дозволу д-ра К.М. Phillips

Пам'ятайте:

Легко думати про позитивні твердження, коли ви почуваетесь добре. Але якщо у вас поганий настрій або ви відчуваєте загострення болю, це важче. Зберігайте список цих чи інших корисних фраз поблизу себе (наприклад, у гаманці, телефоні, на холодильнику), коли вони вам найбільше потрібні.

ГІГІЄНА СНУ

Як краще спати?

На хороший сон впливає багато факторів. Нижче наведено огляд речей, які можуть погіршити або покращити сон. Подумайте про те, що ви можете зробити для покращення сну.

Речі, які погіршують сон

- Дрімання протягом дня
- Вживання кофеїну, наприклад, кави, чаю, газованих або енергетичні напоїв та навіть шоколаду
- Скільки напоїв з кофеїном ви випиваєте щодня і якого об'єму?
- Коли ви п'єте напої, що містять кофеїн? Найкраще не вживати їх після 14:00.
- Пам'ятайте, що деякі ліки від головного болю містять кофеїн
- Вживання алкоголю або нікотину за 2 години до сну
- Перегляд телевізора або користування ноутбуком / планшетом у ліжку / перед сном
- Вживання важкої їжі за 3 години до сну
- Якщо відчуваєте голод, можна з'їсти легкий перекус
- Перебування в ліжку, навіть при безсонні
- Якщо ви не засинаєте протягом 20-30 хвилин, встаньте з ліжка і займіться чимось розслаблюючим, поки не відчуєте сонливість (наприклад, читання, заспокійлива музика)

Речі, які покращують сон

- Регулярні заняття фізичними вправами
- Найкраще не займатися спортом за 3 години до сну
- Мати чіткий розпорядок дня
- Лягайте спати та прокидайтесь приблизно в один і той же час щодня
- Використовуйте техніки релаксації (наприклад, глибоке дихання, візуалізація)
- Прийміть теплу ванну або душ за 2-3 години до сну
- Щодня виділяйте запланований час для "турбот".
- Записуйте всі проблеми, які вас турбують або потребують вирішення, принаймні за 2 години до сну
- Якщо ви починаєте думати про ці речі в ліжку, пам'ятайте, що ви вже витратили на них час і залишите їх на завтра
- Облаштування комфортної спальні
- Тримайте кімнату темною та прохолодною
- Потурбуйтеся про додаткові подушки та / або заспокійливі запахи
- Використання ліжка лише для сну та сексу

Зміна звичок та графіку сну може мати позитивний вплив на його якість.

Пам'ятайте:

Навіть невеликі зміни можуть мати велике значення!

ЖУРНАЛ ЗМІН ЗВИЧОК СНУ

Інструкції:

1. Оберіть від 1 до 4 звичок сну, які потрібно змінити, і вкажіть у стовпці "Звичка сну".
2. Кожної ночі, коли вам вдається успішно змінити поведінку сну, поставте «X» у квадраті
3. Зверніть увагу, як ця зміна(-и) впливають на ваш сон.

Звичка сну	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота	Неділя
Лягати спати о 22:00		X		X	X		X
# 1							
# 2							
# 3							
# 4							
# 5							
# 6							
# 7							
Вплив на сон: ⬆ = Покращило — = Без змін ⬇ = Погіршило		—		⬆	⬆		⬇

ПРЕДБАЧЕННЯ ПЕРЕШКОД

План подолання

У житті буває багато складних ситуацій та певних труднощів. Важкий день може включати стресові фактори та посилення симптомів болю. Найкраще планувати те, як ви будете справлятися з болем протягом одного з таких днів, *заздалегідь*.

Нижче опишіть *конкретні* речі у вашому житті, які можуть стати причиною загострення болю, а також те, як ви можете впоратися з труднощами, використовуючи засвоєні навички.

Потенційні перешкоди / тригери / стресори: (наприклад: сварка, холодна погода тощо)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Шляхи подолання: (наприклад: ходьба, глибоке дихання, приємне заняття)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Пам'ятайте:

- БУДЬТЕ ГОТОВІ! Найкращий захист – це хороша атака.
- Подумайте про всі інструменти, яких ви навчилися, не недооцінюйте себе і не дозволяйте негативним автоматичним думкам (НАД) заважати вам.
- Зв'яжіться з друзями, сім'єю та фахівцями у сфері охорони здоров'я, які готові надати підтримку й допомогу у разі потреби.
- Підходьте до труднощів з гумором і пам'ятайте: завтра буде новий день!

ТИЖНЕВИЙ РОЗКЛАД ЗАНЯТЬ

Використовуйте наданий розклад, щоб спланувати свою діяльність на майбутній тиждень. Будьте якомога точнішими і включайте такі пункти, як миття посуду, а також стратегії боротьби з болем, які ви будете регулярно використовувати, наприклад, використання технік релаксації. *Будьте реалістичними* у своїх планах, щоб ви могли легко дотримуватися розкладу. **Пам'ятайте:** Відсутність плану – це план поразки!

Час	Понеділок	Вівторок	Середа	Четвер	П'ятниця	Субота	Неділя
07:00							
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
Вечір							