



УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНА РОБОТА

КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ

Виконавець: Тарабейн Віктор

Київ-2021

Зміст

Визначення. Біопсихосоціальна модель у розумінні хронічного болю	3
Класифікація болю	4
Емпірична обґрунтованість використання когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні хронічного болю	5
Фактори впливу у переживанні болю	8
Представлення клінічного випадку	13
Структура сесій і перебіг терапії	14
Обстеження (перші 1-2 сесії)	14
Опис I частини терапії, спрямованої на подолання і менеджмент хронічного болю	17
Психоедукація болю. Розгляд техніки «прийняття недосконалості доступних рішень» (сесія 3)	17
Теорії болю, діафрагмальне дихання (сесія 4)	20
Прогресивна м'язева релаксація. Візуалізація (сеанс 5)	23
Автоматичні думки і біль (сеанс 6)	24
Когнітивна реструктуризація (сеанс 7)	26
Вирішення поточних проблем. Гігієна сну (сеанс 8)	28
Дозоване навантаження. (сеанс 9)	31
Менеджмент злості. (сеанс 10)	35
Планування ресурсних активностей. (сеанс 11)	40
Профілактика рецидиву і планування запобігання загострень. (сеанс 12)	44
Висновки	48
Список використаної літератури	49

Визначення.

Міжнародна асоціація з вивчення 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 особистості. З цієї причини іншим популярним визначенням болю є те, що біль «є таким, яким характеризує його людина, та існує всякий раз, коли вона про це каже» (McCaffrey & Pasero, 1999).

Біопсихосоціальна модель у розумінні хронічного болю.

Біопсихосоціальна модель загально визнана як найбільш ефективний підхід для розуміння відповідних клінічних факторів, пов'язаних із переживанням хронічного болю (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Взаємозв'язок між фізичним (біль), психологічним (когніції та афект), поведінковим та соціальним впливами допомагає пояснити відмінність між людьми та їх сприйняттям болю.

Біопсихосоціальна модель була запропонована Джорджем Енгелем (1977), який висловив занепокоєння вузькістю біомедичної моделі на основі свого досвіду з пацієнтами. Він висловив думку про необхідність розширити контекст, в якому розуміли лише медичні проблеми. З'явилося більше розуміння щодо впливу таких психосоціальних факторів, як емоційний дистрес, який впливає на сприйняття медичних симптомів та реакцію на лікування. Модель, яка сьогодні значною мірою визнана найкращою концептуалізацією та розумінням хронічного болю, визнає, що кожна людина відчуває біль унікальним чином, на який впливають фізіологічні, психологічні та соціальні фактори. Ці фактори можуть зіграти вирішальну роль у подальшому розвитку та підтримці хронічного стану. Доповнюючи цю ідею, Лоссер (1982) припустив, що, хоча ноцицепція та біль виступають як сигнали до центральної нервової системи, страждання та поведінка є реакціями, на які впливають індивідуальні відмінності.

Біопсихосоціальна модель передбачає необхідність більш широкого фокусу втручання, який виходить за рамки лікування хвороби і охоплює фактори, що

сприяють захворюванню (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007). Це призводить до іншого погляду на такі стани, як хронічний біль, оскільки сама людина та стан захворювання можуть змінюватися з часом. Біологічні фактори можуть ініціювати, підтримувати та модулювати фізичні симптоми, але уявлення людей про свою хворобу визначають, як вони справляються із хворобою та переживають її.

Три різні, але взаємопов'язані, фактори в межах біопсихосоціальної теорії



Класифікація болю.

Одна з найважливіших відмінностей в розумінні та лікуванні болю – це гострий та хронічний біль.

Гострий біль	Хронічний біль
Менше 3-х місяців	Більше 3-х місяців
Є симптомом	Є станом
Виявлене джерело, тіло реагує на пошкодження	Виникає після інциденту, може мати відому або невідому причину
Зменшується в процесі відновлення, реагує на лікування	Зберігається попри очікуваний час відновлення, не зважаючи на лікування

Хронічний біль зберігається понад очікуваний час. Орієнтовний момент загоєння, як правило, визначається тривалістю більше 3-х місяців. Він може бути присутнім у багатьох контекстах і мати невідому або відому причину. Більш пізні уявлення про хронічний біль свідчать про те, що коли біль триває за відсутності постійного пошкодження тканин, нервова система не відповідає сигналам болю. Отже, хронічний біль найкраще розуміти як хронічну хворобу, яку потрібно лікувати, а не гострий симптом, який потрібно вилікувати.

Біль поділяють на ноцицептивний і нейропатичний:

Ноцицептивний біль

- Біль, спричинений пошкодженням тканин, що виникає під впливом первинних аферентних (сенсорних) нейронів, які називаються ноцицепторами
- Ноцицептори відчують небезпеку до м'яких тканин, таких як м'язи, кістки, зв'язки та сухожилля

Більша частина ноцицептивного болю пов'язана з опорно-руховим апаратом і часто описується як ниючий або глибокий.

Нейропатичний біль

- Задіює периферичні або центральні нерви

Часто описується як пекучий, стріляючий, поколюючий.

Емпірична обґрунтованість використання когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні хронічного болю.

Мета-аналітичні дослідження.

Систематичний огляд та метааналіз рандомізованих контрольованих досліджень КПТ у лікуванні хронічного болю у дорослих (за винятком головного болю) був завершений Морлі, Вільямсом та Екклстоном (1999). В огляді було 25 досліджень, метою яких було відповісти на два запитання:

- 1) чи є КПТ (включаючи поведінкову терапію та біологічний зворотній зв'язок) ефективними засобами лікування хронічного болю (у порівнянні з відсутністю лікування)?;
- 2) чи є КПТ кращим від альтернативних активних методів лікування?

Автори намагалися відповісти на вищезазначені питання, порівнюючи ефекти від лікування в різних дослідженнях та різні умови лікування в рамках досліджень. Автори дійшли висновку, що психологічні втручання, засновані на принципах КПТ, є ефективними, викликають значні та корисні зміни в досвіді болю, настрої / афекті, когнітивному опорі, поведінці, рівнях активності та функціонуванні. Розглянуті дослідження забезпечили вагомими доказами ефективності втручання КПТ у лікуванні хронічного болю.

Більш свіже мета-аналітичне дослідження КПТ осіб з хронічним болем у нижній частині спини (CLBP) було проведено Хоффманом, Папасом, Чаткоффом та Кернсом (2007). Метою цього огляду було оцінити відносну ефективність амбулаторних психологічних втручань для дорослих з нераковим хронічним болем у нижній частині спини. Розглянуті психологічні втручання включали КПТ, методи саморегуляції (біологічний зворотній зв'язок, релаксацію, гіпноз), поведінкову терапію та підтримуюче консультування. Для порівняння було використано 22 дослідження, які включали дослідження психологічних втручань при хронічному болю, у комплексі з мультидисциплінарним лікуванням або як самостійні втручання. Огляд підтвердив важливість психологічних втручань, включаючи КПТ, при використанні у поєднанні з мультидисциплінарним лікуванням або при використанні як самостійного втручання. Позитивні наслідки психологічних втручань, коли їх протиставляли контрольним групам, визначалися за наступними критеріями: інтенсивність болю, хвилювання,

пов'язані з болем, якість життя, пов'язана зі здоров'ям, і депресія. Підходи, що використовували техніки КПТ та саморегуляцію, були особливо ефективними.

Лемб та його колеги (2010) оцінили ефективність групового когнітивно-поведінкового втручання у людей з болем у попереку (LBP) у первинній медичній допомозі. У дослідженні взяли участь 701 дорослий з 56 окремих практик первинної медичної допомоги в Англії. Усі учасники отримали консультацію з фізіотерапевтом із рекомендаціями щодо фізичних вправ. Потім учасники були рандомізовано розподілені, щоб отримати або до 6 сеансів групового КПТ, або подальшого втручання. Втручання в рамках КПТ передбачало виявлення та протидію негативним автоматичним думкам, дозування/вимірювання кроків, градуїовану активність, розслаблення та інші навички КПТ. Під час 12-місячного спостереження ті, хто був залучений у практики КПТ, повідомили про значно нижчий рівень інвалідизації та болю та більший рівень задоволеності від лікування.

У нових рекомендаціях NICE (National Institute for Health and Care Excellence, Великобританія, 2016 р.) з лікування люмбалгії і люмбоішіалгії у дорослих пацієнтів, рекомендовано використання КПТ при цій патології в рамках комплексних мультимодальних програм. На ранніх стадіях захворювання пропонується проводити оцінку ризику несприятливого результату для вибору подальшої тактики лікування. Підкреслюється важливість використання комплексного підходу, що включає фізичну і психологічну реабілітацію із застосуванням КПТ, якщо існують реальні психосоціальні аспекти, що перешкоджають відновленню, наприклад, хибні переконання щодо причини свого захворювання, що формуються при неефективності лікування. При прийнятті рішення про хірургічне втручання у пацієнтів з люмбоішіалгією слід враховувати, що наявність психологічних труднощів, погіршує прогноз оперативного лікування.

Також важливе значення мають дослідження, які виявляють вплив методів КПТ на різні чинники процесу переживання хронічного болю.

Одне з таких досліджень проводили Смітс, Влаєн, Кестер і Кнотерус (2006). Вони досліджували, чи змінюють методи лікування, засновані на різних теоріях, катастрофізацію та внутрішній контроль болю, та чи ці зміни опосередковують результати лікування. Учасники цього дослідження включали 211 пацієнтів з хронічним болем у попереку, які були рандомізовано розподілені для отримання активного фізичного лікування (АФЛ), когнітивно-поведінкового лікування (КПТ), комбінації АФЛ та КПТ або входили до списку очікування. Оцінювався потенційний посередницький ефект на катастрофізацію і на «внутрішній контроль болю». Втручання АФЛ передбачало аеробні тренування на велосипеді та досить складні тренування сили та витривалості, які контролював фізіотерапевт. Втручання КПТ передбачало набуття навичок з вирішення проблем, зосередженість на управлінні болем та стимуляції, відомій як градуйована активність. Дослідження показало, що рівень катастрофізації болю знизився у всіх трьох активних групах лікування (АФЛ, КПТ, комбінація АФЛ і КПТ), і відмінностей у внутрішньому контролі болю не було. Три групи активного лікування також повідомили про зміну сприйняття інвалідності та інтенсивності болю. Зміна катастрофізації болю зумовлювала зменшення інвалідизації та інтенсивності болю. Таким чином, не тільки когнітивно-поведінкові методи лікування, а й фізичні навантаження спричинили зміни в катастрофізації болю, що також спричинило загальне поліпшення стану серед пацієнтів.

Отже, можна зробити висновок, що на сьогоднішній день когнітивно-поведінкова терапія є емпірично підтвердженим методом у лікуванні хронічного болю. Результати досліджень вказують на те, що з однієї сторони КПТ є ефективним як самостійний підхід, так і добре поєднується з іншими методами. Дослідження висвітлюють вплив КПТ на окремі фактори, які підтримують і регулюють сприйняття болю, таким чином надаючи підставу визначати ефективні мішені у терапії.

Фактори впливу у переживанні болю.

Психологічні фактори.

Когніції. Негативні автоматичні думки та переконання щодо болю можуть призвести до неефективного подолання, загострення болю, збільшення страждань та більшої інвалідності. Думки про біль є одним із найбільш прямих показників сприйняття хвороби пацієнтом. Не дивно, що значна кількість досліджень хронічного болю зосереджується на ролі когніцій у переживанні хронічного болю та результатах лікування.

Біль як шкода. Коли біль трактується як доказ подальшого пошкодження тканин, а не як стабільний проблематичний стан, який може покращитися, особи з хронічним болем повідомляють про вищу інтенсивність болю незалежно від того, чи відбувається пошкодження (Smith, Gracely, & Safer, 1998). Це переконання, одне з найважливіших серед хворих на хронічний біль, і може призвести до зниження активності або бездіяльності.

Катастрофізація. Думки про найгірші наслідки є одними з найбільш проблематичних з точки зору думок, пов'язаних із болем, що сприяє посиленню інтенсивності болю, надмірному хвилюванню та відсутності використання адаптивних методів подолання болю. Приклади таких думок: «мій біль ніколи не припиниться» або «нічого не можна зробити, щоб полегшити мій біль», можуть заважати лікуванню. Однак хороша новина в тому, що катастрофізація зменшується у відповідь на поведінкові та когнітивно-поведінкові втручання (Hansen, Daykin, & Lamb, 2010; Turner, Mancl, & Aaron, 2006).

Негативний афект. Взаємозв'язок між болем та негативним афектом є складним і двонаправленим, оскільки особи з хронічним болем частіше страждають від депресивних та тривожних розладів (Bair et al., 2013; Kroenke et al., 2011). Проживання негативних емоцій може збільшити інтенсивність болю. Таким чином, поєднання негативного афекту з болем (або навпаки) діє за механізмом взаємного потенціювання.

Пошук відповідей. Неприйняття виявлених причин болю або небажання визнати, що джерело болю неможливо визначити, може перешкоджати

ефективному менеджменту. Віра в те, що біль є «таємницею», може призвести до посилення стресу та інтенсивності болю, а також може бути пов'язана з неодноразовими обстеженнями або проведенням інвазивних втручань (Williams & Thorn, 1989).

Самоефективність. Це ще одне важливе, більш адаптивне, переконання про біль. Це стосується людини, яка досягає рівня впевненості в тому, що певний ступінь контролю може бути здійснений над своїм болем. Появу цього фактору, як правило, відстежують паралельно з покращенням у ряді важливих наслідків болю (Turner, Mancl, & Aaron, 2006; Weitlauf, Cervone, Smith, & Wright, 2001).

Поведінкові фактори. Це спектр різних видів активності або пасивної поведінки, в які залучається пацієнт з метою полегшення або подолання фізичних страждань.

Пасивне подолання болю.

Охоронна поведінка. Визначається як будь-який із набору захисних способів поведінки, таких як кульгання, огортання або захист частини тіла іншим чином. Захист, подібно до інших видів больової поведінки, продовжується і після того, як відбулося загоєння, і посилює самосвідомість інвалідності (Пркачин, 2007). Охоронна поведінка може призвести до вторинних проблем з іншими частинами тіла, де компенсація вплинула на вирівнювання.

Відпочинок / Недостатня активність. Надмірна залежність від відпочинку як стратегії подолання може призвести до декондиціонування м'язів та загальної атрофії. Чергування періодів відпочинку з активністю, також відомою як стимуляція, є більш здоровим способом відновлення.

Активне подолання болю.

Вправи та фізичні навантаження. Відповідні фізичні вправи та розтяжка можуть мати численні переваги для людей з хронічним болем. Це може змінити наслідки декондиціонування, підняти рівень сили м'язів, зменшити ризики,

пов'язані з ожирінням, і зменшити самосвідомість інвалідності. Вправи також можуть призвести до підвищення витривалості та збільшення залученості до корисних і приємних занять.

Надмірна активність. Для деяких людей надмірна активність може бути такою ж проблематичною, як і уникнення активності (Andrews, Strong, & Meredith, 2012). Люди, які зазвичай повністю ігнорують біль, фізично навантажуючи себе, можуть зіштовхнутися з негативними наслідками. Надмірна активність може призвести до посилення болю та призвести до неможливості функціонування протягом певного періоду часу; тому натомість рекомендується дозована стимуляція.

Інші види подолання болю.

Дозована стимуляція. Дозована стимуляція – це практика залучення пацієнта до відповідного рівня фізичної активності без істотного посилення болю (Gill & Brown, 2009). Використовуючи розраховане збільшення активності, стимуляція може призвести до більшої витривалості та зменшення частоти інтенсивних епізодів болю.

Навчання релаксації. Методи релаксації призводять до зменшення сприйняття болю (Henschke et al., 2010) і можуть сприяти стану самоефективності в управлінні болем (Laevsky, Pabst, Barrett, & Stanos, 2011; Persson, Veenhuizen, Zachrison, & Gard, 2008).

Соціальні фактори.

Турботливий значущий інший. Той, хто дуже чуйно реагує на біль людини або на поведінку, що свідчить про біль (МакКракен, 2005). Така соціальна взаємодія призводить до посилення повідомлень про біль, на відміну від соціальних взаємодій, які переключають увагу людини від болю на різні теми чи види діяльності. Це може призвести до посилення болю або збільшення повідомлень про інвалідність (Fillingim, Doleys, Edwards & Lowery, 2003).

Караючі відповіді на біль. Якщо «турботливий» знаходиться в одному кінці соціального континууму, то «караючий» – в іншому. Караючі реакції включають гнів або ігноруючі реакції, кожна з яких спрямована на обмеження вираження болю (McCracken, 2005). Деякі потенційні наслідки реагування на покарання включають драматичні (гучні) вираження свого болю в спробі бути «почутими» або, навпаки, неможливість висловити емоції щодо болю може призвести до стоїцизму та змирення.

Представлення клінічного випадку.

Марія - 52 роки, працює економістом, проживає сама, має дорослого сина. Була скерована на психотерапію неврологом з болем у нижній частині спини, який віддає у ліву ногу (люмбоішалгія). Скарги на біль почалися 3 роки тому, після того як вона, поспішаючи на роботу взимку, невдало впала на копчик. Також відмічає, що періодично відчувала біль меншої тривалості та інтенсивності в ділянці попереку раніше. Після ретельного обстеження виявили декілька гриж міжхребцевих дисків. З тих пір Марія почала ставати більш дратівливою, підвищився загальний рівень тривоги, погіршилась якість життя. Зі слів пацієнтки, були дні, коли вона не ходила на роботу спочатку через загострення болю і скутість у м'язах попереку, а потім і через страх того, що біль буде посилюватися при рухах.

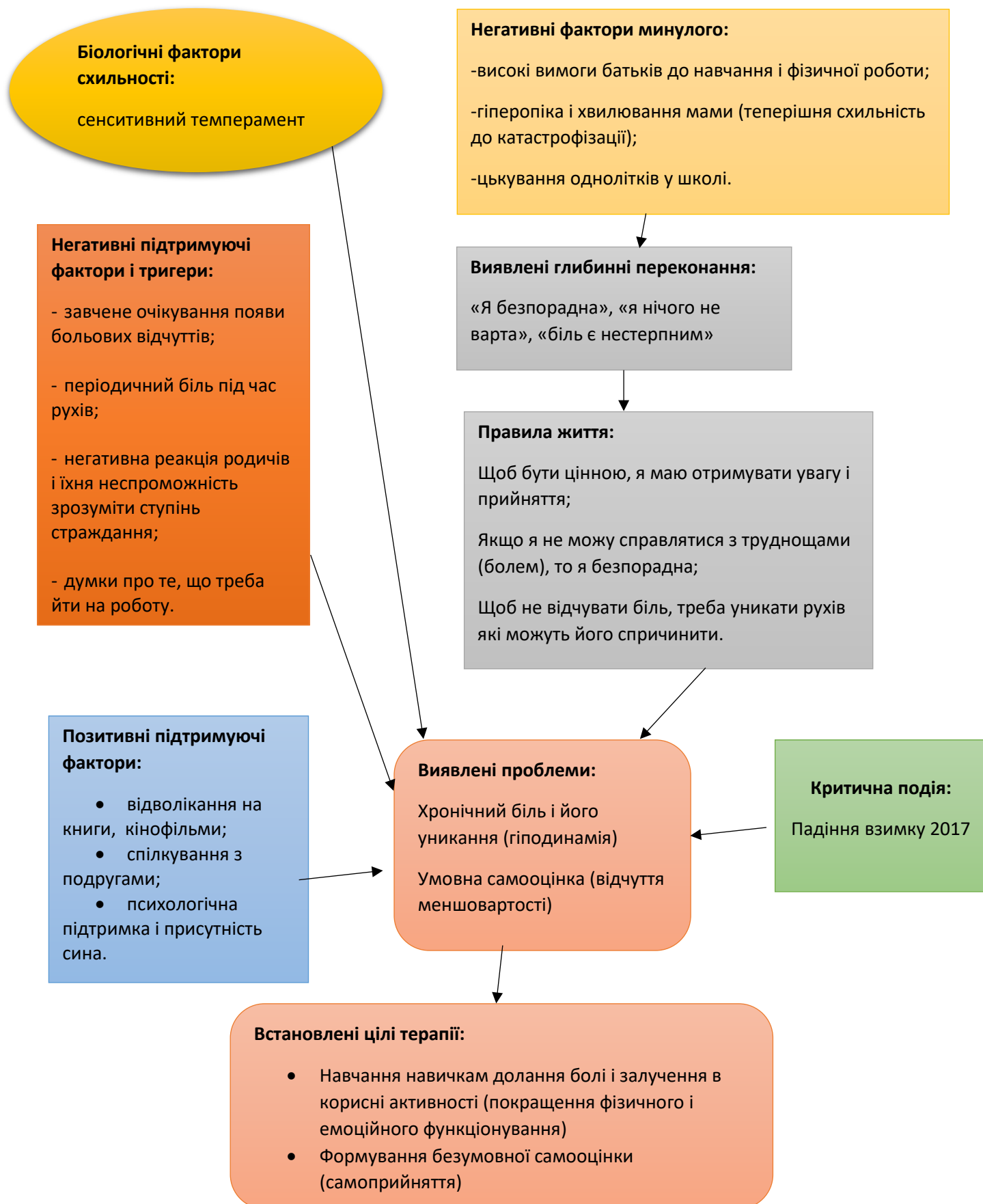
З часом збільшилася вага тіла через відмову від фізичної активності, зараз має I ступінь ожиріння, як відомо, раніше Марія відвідувала зал. Їй було запропоноване хірургічне втручання, але після консультації з декількома лікарями вона прийняла рішення відтермінувати операцію через високу ймовірність післяопераційних ускладнень, і розпочала консервативне лікування у вигляді прийому знеболюючих препаратів і процедур масажу. На даний момент пацієнтка обмежується в пересуванні і фізичних навантаженнях, не їздить в село допомагати мамі (оскільки там треба працювати), що не підтримується її рідними, часто має пригнічений настрій. Думає, що краще вже не стане, що вона стала безпорадною і неповносправною, вважає свій біль нестерпним і надмірно фокусується на ньому. Син, на відміну від інших родичів, допомагає фізично і часто її заспокоює, це надає їй віру у краще майбутнє. Хоча в моменти, коли вона сама залишається з болем, злиться на сина за те, що його немає поряд. Відмічає, що такі емоції як пригніченість, тривога і роздратування стали її супутниками впродовж останнього часу.

Зовні пацієнтка виглядає скутою, малорухливою, під час обстеження поводить себе дещо роздратовано, м'язи обличчя напружені, експресія відображає стан фізичного страждання, періодично завмирає.

Структура сесій і перебіг терапії.

Обстеження (перші 1-2 сесії).

Формулювання випадку.



Підтримуючі цикли болю



Для моніторингу хронічного болю були запропоновані наступні шкали:

Subjective Units of Distress Scale (SUDS; Wolpe, 1969) – шкала для клінічного використання, що оцінює рівень загального дистресу, від 0-10.

Числова шкала оцінки болю (NRS; Jensen & Karoly, 2001) оцінює інтенсивність болю за шкалою від 0 до 10, при цьому 0 – «відсутність болю», а 10 – «найбільший біль, який можна собі уявити». Отримані оцінки середнього, найбільшого та найменшого болю за останній тиждень.

Шкала катастрофізації болю (PCS; Салліван, Бішоп та Півік, 1995) Оцінює схильність до румінацій, перебільшення та відчуття безпорадності щодо болю (тобто катастрофізації). Рівень катастрофізації є основним предиктором рівня інвалідності.

Для оцінки і моніторингу самооцінки тест Розенберга.

Результати впродовж терапії.

	6. 11.2020	13.11.20	20.11.20	27.11.20	4.12.20	11.12.20	18.12.20	26.12.20
SUDS	10	10	9	8	8	7	6	7
NRS	9	8-9	9	8	8	7	8	7
PCS	42		37		33		29	
тест Розенберга	14				18			

	31.12.20	8.01.21	15.01.21					
SUDS	5	4	4					
NRS	6	7	6					
PCS	25		21					
тест Розенберга			22					

Опис I частини терапії, спрямованої на подолання і менеджмент хронічного болю.

Психоедукація болю. Розгляд техніки «прийняття недосконалості доступних рішень» (сесія 3).

Метою даної сесії було:

- перегляд початкових результатів тестування.
- пояснення впливу хронічного болю на якість життя пацієнтки,
- висвітлення підтримуючих факторів болю,
- соціалізація в метод когнітивно-поведінкової терапії,
- пояснення техніки «прийняття недосконалості доступних рішень».

Хід сесії: Марія демонструє на початку високі показники по всіх трьох шкалах (що відображено в таблиці).

Відмічає, що біль впливає на її життя на рівні повсякденних активностей, думок і емоцій:

Зміни у активностях: зменшився рівень соціальної взаємодії, припинилася фізична активність (від звичайних прогулянок до занять у залі), стала більш обережною і стриманою у рухах, більшість часу лежить на спині.

Зміни у думках: з'явилися думки про безпорадність: «якщо я не можу справлятися з труднощами (болем), то я безпорадна»; про меншовартість в очах інших через неспроможність бути фізично активною «я нічого тепер не варта». Також активізувалися думки, які відображають відношення до самого болю: «біль є нестерпним» і катастрофізацію «все стає тільки гірше», «біль руйнує моє життя».

На емоційному рівні з'явилося більше тривоги, страху, фонова пригніченість і збудливість (дратівливість).

Терапевт пропонує розглянути, які фактори посилюють і які послаблюють відчуття болю. Пацієнтка відмічає, що біль часто посилюється на фоні загальної втоми, скороченого часу сну. На запитання, що відбувається з болем, коли пацієнтка очікує на біль і фокусується на ньому, на відміну від перебування уваги в інших процесах, визнає, що біль здається інтенсивнішим при зосередженості на ньому, але не розуміє як можна про це не думати. Водночас біль послаблюється від достатнього сну, після прийому анальгетиків (частіше нестероїдні протизапальні), в моменти, коли вдається розслабитись від приємної музики, фільму. Терапевт дає домашнє завдання продовжити спостерігати за тим, що впливає на інтенсивність болю і записувати ці фактори.

Терапевт пропонує розглянути підтримуючий цикл хронічного болю, щоб дати нагоду пацієнтці дистанціюватися і більш масштабно оцінити ситуацію.

Коли біль триває з часом, у вас можуть скластися негативні переконання щодо свого болю (наприклад, «це ніколи не покращиться», «я не можу впоратися зі своїм болем») або негативні думки про себе (наприклад, «я для сім'ї нічого не варта, бо я не можу працювати», «я ніколи не одужаю»). В міру того, як біль триває, ви можете уникати діяльності (наприклад, роботи, соціальної активності чи хобі), боячись подальшої травматизації або збільшення болю. Коли ви стаєте менш активними, ваші м'язи слабшають, ви можете почати набирати вагу, а загальна фізична підготовка може знизитися. Це, в свою чергу, призводить до інвалідації і часто до посилення вже існуючого болю через ще більшу компресію нервового корінця. Діаграма больового циклу показує, як дистрес та інвалідація співвідносяться до болю і роблять його гіршим:

Хронічний біль > зниження активності і мобільності > негативні емоції і думки > капітуляція перед труднощами, уникаюча поведінка > дистрес і інвалідація (зміни у м'язах) > повернення до хронічного болю

Терапевт дає пояснення, що сприйняття болю є комплексним і багатофакторним, і досяжними цілями в терапії є не усунення болю, а:

- Зменшення впливу болю на повсякденне життя

- Опанування навичок, які допоможуть краще справлятися з болем
- Поліпшення фізичного та емоційного функціонування
- Зменшення інтенсивності болю та залежності від знеболюючих препаратів

Також пояснюється важливість повернення собі більш повноцінного і змістовного життя, а, отже, потреба перегляду моделі унікаючої поведінки, яка призводить до інвалідизації. Навичка планувати активність, яка сприяє кращому настрою і фізичній мобілізації.

Пояснення важливості моніторингу своїх повсякденних активностей (подивитися з чим пацієнтка справляється попри біль). Розгляд техніки «прийняття недосконалості доступних рішень». Перегляд переваг і недоліків недосконалих рішень (активностей, які не виконуються через біль і страх його відчути), і складання списку щоденних дій, які відповідають «недосконалим рішенням» з опорою на усвідомлення їхньої користі.

Недосконалі рішення	Недоліки	Переваги
Прогулянки біля дому	<ul style="list-style-type: none"> - докладання зусиль - нестача витривалості - ймовірність виникнення болю - неспроможність впоратися з болем 	<ul style="list-style-type: none"> - профілактика інвалідизації - сприяння більшій вірі в свої сили - підтримка хорошого настрою - відволікання від негативних думок
Зустрічі з друзями	<ul style="list-style-type: none"> - інші можуть стати свідками моїх страждань - не зможу зосередитися на спілкуванні 	<ul style="list-style-type: none"> - є шанс отримати підтримку - джерело позитивних емоцій - відволікання від болю
Відвідування занять з реабілітологом	<ul style="list-style-type: none"> - можу частіше відчувати біль - реабілітація може бути неефективною - докладання зусиль 	<ul style="list-style-type: none"> - укріплення м'язів спини - зниження ваги тіла - набуття навичок додання болі за допомогою підтримуючих вправ

Які дії можна впровадити для реалізації недосконалих рішень впродовж наступного тижня?

- Прогулюватися біля дому до 500 метрів на день
- 2 раз на тиждень зустрічатися з друзями
- Запланувати 1 заняття/обстеження з реабілітологом

Теорії болю, діафрагмальне дихання (сесія 4).

Метою даної сесії було:

- психоедукація щодо теорій болю
- навчання діафрагмальному диханню

Перед початком сесії було переглянуте виконання домашнього завдання. Марія зазначила, що в порівнянні з минулими часами, намагалася залучитися в дозовану фізичну активність, а саме: проходила до пів кілометра відстані біля будинку через день; намагалася слухати релаксаційну музику, що відволікало від неприємних відчуттів; вставала раніше і приходила вчасно на роботу без пропусків і запізньєнь; 1 раз зустрілася з подругою; запланувала зустріч з реабілітологом. Це дещо покращувало настрій. Відмітила, що деякі активності залишаються доступними попри біль, і від них можна не відмовлятися. Щодо того, що впливало на біль, відмічає що під час думок про невиконану роботу і обов'язки біль здавався сильнішим, а також при думках про нерозуміння членів сім'ї. У дні, коли краще відсипалася і більше спілкувалася з подружкою відчуття болю були менш інтенсивними.

Пояснення теорій болю.

Щоб зрозуміти свій біль, корисно знати про сучасні теорії болю. Зосередимось на дискусії щодо лінійної моделі болю та теорії управління воротами болю.

Лінійна модель болю передбачає, що біль, який відчуває людина, має пряму кореляцію з ураженими тканинами і пропорційний ступеню цього пошкодження.

Але ця теорія має свої недоліки:

- Багато людей продовжують відчувати біль після загоєння травмованих тканин. Наприклад, пацієнти, які перенесли ампутацію кінцівки, можуть відчувати фантомний біль.
- Бувають випадки, коли люди з меншим ураженням тканин відчують сильніший біль, у порівнянні з людьми з більшим ураженням тих же тканин.
- Люди з однаковою кількістю пошкоджень тканин відчують різний ступінь болю. Це говорить про те, що в кожній людині є щось унікальне, що впливає на інтенсивність болю, що відчувається нею..
- Біль може виникати без медичної причини.

Альтернативна теорія контролю воріт болю.

Теорія контролю воріт була введена на початку 1960-х Рональдом Мельзаком та Патріком Уоллом. Метою було пояснення важливості ролі свідомості та мозку у сприйнятті болю. Під час травмування тканин сигнал надходить від місця пошкодження через нервові волокна до спинного мозку, а потім до головного мозку. Мозок інтерпретує/обробляє сигнал про пошкодження тканин, і ви сприймаєте біль. Теорія управління воротами припускає, що в спинному мозку є тип «воріт», які можуть відкриватися і закриватися. Відкриття та закриття воріт залежить від інформації про біль, яка надходить до мозку. Негативні думки відкривають ворота, що пропускає більше інформації про біль, тоді як позитивні думки закривають ворота і обмежують повідомлення про біль.

Також можна розглянути фактори, які змінюють прохідність воріт болю:

Фактори, які сприяють відкриттю воріт	Фактори, які сприяють закриттю воріт
Фізичні: дегенеративні зміни, напруга м'язів	Фізичні: м'язева релаксація, анальгетики
Когнітивні: зосередженість на болю, очікування болю, думки про неконтрольованість болю, її руйнівний вплив	Когнітивні: відволікання і «серфінгування» по болю, думки про власну спроможність справлятися з болем, про передбачуваність болю
Емоційні: депресія, тривога/страх, гнів	Емоційні: емоційна стабільність, позитивний настрій, емоційне розпруження
Активність: замало або забагато фізичної активності	Активність: дозована фізична активність, корисні звички, достатній сон
Соціальні: відсутність розуміння близьких, коли інші зосереджені на твоєму болю, надмірна підтримка і захист від неприємних відчуттів	Соціальні: підтримка оточуючих, віра оточуючих в твою здатність впоратись з болем

Діафрагмальне дихання.

Дається пояснення про те, що для кращої регуляції болю важливо навчитися досягати ефекту розслаблення і допомогти тілу отримувати більше кисню. Цих ефектів можна досягти за допомогою діафрагмального дихання, яке вимагає використання м'язів діафрагми та живота. Діафрагма – це куполоподібний м'яз, розташований прямо під грудною клітиною, між грудною порожниною та очеревиною. Під час правильного діафрагмального дихання діафрагма підтягується і тягне нижню частину легенів вниз, щоб можна було вдихнути більше повітря. Під час вдиху живіт надувається, грудна клітка розширюється. Це нагадує дихання немовлят під час сну.

Пацієнтці було проведено сеанс діафрагмального дихання з записом аудіо для кращого засвоєння кроків.

Домашнє завдання:

1. «Спробуйте використовувати цю техніку в постійний час і в місці, де вас не потурбують. Після того, як ви вправлятиметесь достатньо і навчитесь використовувати дихання, щоб розслабитися, ви можете почати використовувати техніку в інший час протягом дня. Після продовження практики вам буде потрібно менше часу, щоб розслабитися.»

Дата	Стан розслаблення до (0-10)	Стан розслаблення після (0-10)	Час релаксації

2. Продовжити планування активностей, які відповідають прийняттю «недосконалих рішень».

Прогресивна м'язева релаксація. Візуалізація (сеанс 5).

Мета: навчитися досягати стану розслаблення і спокою за допомогою свідомого розпруження м'язів і створення позитивних візуальних образів в уяві.

Перегляд тижня: Марія почала застосовувати діафрагмальне дихання двічі на день, відмічає, що це допомагає на деякий час зняти емоційну напругу. Продовжує виконувати повсякденні справи попри біль. Відмічає, що коли біль досягає позначки 9-10/10 відмовляється від активності і просто лежить в ліжку. Відвідала реабілітолога, був призначений комплекс вправ на витягування і укріплення м'язів спини.

Пояснення доцільності і корисності виконання ПМР. Найбільш поширеною реакцією на гостру травму є напруга м'язів. На початку це має захисну функцію – обмежити від рухів і подальшої травматизації тканин. Коли біль стає хронічним, ця реакція може спричинити ускладнення, збільшуючи напругу м'язів протягом тривалого періоду часу. Такі емоції як злість, тривога, розчарування в собі також можуть збільшити напругу м'язів. Підвищена напруга

м'язів може посилити хронічний біль, а також призвести до виснаження і неспокою.

Мета прогресивного розслаблення м'язів (ПМР) – допомогти вам розвинути усвідомлення напруженості м'язів, і навчитися їх розслабляти. Ця техніка не тільки зменшує м'язову напругу, але й викликає загальний стан душевного спокою та глибокої фізичної релаксації.

Був проведений сеанс ПМР, в якому поетапно напружувались на вдиху і розпружувались на видиху окремі групи м'язів. У результаті пацієнтка досягла стану більшого фізичного і емоційного спокою.

Пояснення техніки візуалізації. За допомогою створення позитивних і приємних образів можна також досягти ефекту емоційного і фізичного розслаблення. Наше тіло реагує на ці образи так, ніби ми і справді перебуваємо в контакті з цим образом, наприклад, лежимо на березі океану, або на галявині в лісі, або смакуємо якусь особливу страву у дружній компанії. Все, що потрібно для активації цих образів – це включення нашої уяви.

Був проведений сеанс візуалізації місця спокою, під час якого пацієнтка задіювала свої сенсорні відчуття (описувала що бачить, чує, відчуває на дотик, на смак). Це допомогло закріпити релаксаційний ефект після ПМР.

В якості домашнього завдання було запропоновано практикувати ці дві техніки вдома і записувати зміни у фізичному стані. Також продовжувати виконувати корисні і ресурсні активності в межах прийняття недосконалих рішень.

Автоматичні думки і біль (сеанс 6).

Мета: психоедукація про негативні автоматичні думки, пояснення ролі НАД і емоцій у зміні сприйняття болю, виявлення когнітивних викривлень, які впливають на інтенсивність фізичного дискомфорту і больових відчуттів.

Перегляд тижня: Марія використовувала техніку ПМР у більшій мірі в порівнянні з візуалізацією, практикувала діафрагмальне дихання в моменти, коли біль загострювався. Почала виконувати фізичні вправи рекомендовані реабілітологом. Відмічає, що в інтенсивність загального дискомфорту дещо знизився.

Психоедукація про НАД. Автоматичні думки – це думки, що виникають миттєво після виникнення ситуації. Часто їх не помічають без звернення на них довільної уваги і саморефлексії. На типи автоматичних думок, які у вас виникають, впливає досвід набутий у минулому. Було наведено декілька прикладів НАД пацієнтки, які виникали у відповідь на життєві ситуації і виникнення болю. Нагадування когнітивного принципу і можливості альтернативно реагувати на реальність.

Пояснення взаємозв'язку між НАД, емоціями і відчуттями в тілі. Пацієнтка отримала пояснення як НАД можуть впливати на якість емоцій, а емоції в свою чергу призводять до змін у фізичних відчуттях. Згідно теорії воріт болю, негативні думки про біль відкривають ворота і посилюють його інтенсивність. Так пацієнтка визнала, що під час надмірного роздумування про ймовірність виникнення болю, відчуває страх, який, у свою чергу, призводить до напруги м'язів, що посилює больові відчуття. Натомість, коли думає про виконану за день роботу, то відчуває спокій і задоволеність, що дещо відволікає і розмиває неприємні відчуття.

Виявлення когнітивних викривлень. Терапевт пояснює, що НАД не є беззаперечними фактами. Розглядаються випадки, коли припущення пацієнтки виявлялися хибними. Отже, інколи своїм помилковим мисленням ми можемо змінювати сприйняття інтенсивності болю.

Спільно з терапевтом Марія виявила ряд думок, які відповідали наступним типам когнітивного викривлення:

- Катастрофізація: «якщо я відчую біль, я можу з нею не впоратись і стане гірше»

- Узагальнювання: «цей біль нескінченний і нестерпний»
- Знецінювання позитивного: «могла впоратись краще, колись я була більш працездатною»

Надається список когнітивних викривлень для ознайомлення і спостереження за тим, які будуть виникати впродовж найближчого часу у пацієнтки.

Домашнє завдання: продовжувати використання технік релаксації, виконання реабілітаційних вправ, ведення запису НАД.

Когнітивна реструктуризація (сеанс 7).

Мета: пояснення взаємозв'язку між негативними автоматичними думками та інтенсивністю болю; навчання когнітивній реструктуризації на користь гнучкого протибольового мислення.

Перегляд тижня і домашнього завдання: Марія продовжила практикувати діафрагмальне дихання, ПМР і візуалізацію, з'єднала діафрагмальне дихання з візуалізацією і відчула, що це сприяє відчуттю внутрішнього комфорту і відволікає від думок і відчуттів, пов'язаних з болем.

Було декілька епізодів, коли відмовлялася виконувати релаксацію і відволікатися на активності через відчуття відчаю і безпорадності:

Дата	Ситуація	Думка	Емоції	Фізичні відчуття
20.12.2020	Намагалася встати зранку і не змогла через біль в спині	«Нічого не змінюється, я знову відчуваю цей нестерпний біль» – 95%	Пригніченість 95%	Відчуття напруження м'язів, біль стає більш помітним

23.12.2020	Посилення болю під час намагання підняти пакет з продуктами	«Я безпорадна» – 95%	Відчай 80% Злість 100%	Відчуття напруги, біль посилюється
------------	---	----------------------	---------------------------	------------------------------------

Психоедукація щодо специфічних до болю думок. На прикладі останніх ситуацій розглядається вплив НАД на тілесні відчуття і поведінку пацієнтки. Пацієнтка з однієї сторони відмічає, що біль існує сам по собі і думки просто констатують його, з іншої частково приймає те, що негативні думки можуть робити вже існуючий біль більш помітним. Терапевт запитує, що відбувається з болем за інших обставин: у атмосфері підтримки, у стані розслабленості, при переживанні досягнень, у стані після доброго сну. Марія погоджується, що це полегшує, хоч і не прибирає відчуття болю. Отже дві дороги: ускладнення вже існуючого болю своїми НАД, або пошук і зміна специфічних до болю думок з метою покращення якості життя. Наводяться приклади з життя пацієнтки та інші від терапевта таких ускладнюючих досвід болю думок:

- Я не витримаю цей біль
- Цей біль не завершується і повертається
- Болю забагато в моєму житті
- Я не справляюся з болем

Реструктуризація негативних автоматичних думок. Пацієнтка отримує пояснення, що думки це когніції, які можна піддавати сумнівам і що модифікація цих думок може впливати на досвід переживання болю. Марія піддає сумнівам цю техніку, опираючись на аргумент, що біль – це беззаперечний факт і з ним не сперечаєшся. Терапевт вертається до теорії воріт болю і пояснює комплексну природу сприйняття болю, пропонує пройти тижневий експеримент на оспорювання думок і помічання змін у емоціях і фізичних відчуттях.

Когнітивна реструктуризація на сесії:

Дата	Ситуація	Емоція	НАД	Докази за	Докази проти	Нова думка	Емоція і віра в НАД після
23.12	Посилення болю під час намагання підняти пакет з продуктами	Відчай 80% Злість 100%	“Я не справляюся з болем, я безпорадна” 95%	-Біль повертається і його забагато -Не можу навіть донести пакет додому	-Бувають моменти коли я толерую біль і справляюся доволі непогано -Я можу брати менше продуктів і доручати це сину	“Частину болю я все ж толерую, і можу користуватися підтримкою – це також спосіб справлятися” 100%	Відчай 40% Злість 60% Віра-50%
20.12	Намагалася встати зранку і не змогла через біль в спині	Пригніченість 95%	“Нічого не змінюється, я знову відчуваю цей нестерпний біль” 95%	-Біль повертається -Так і не встала з ліжка -Біль продовжував я якийсь час	-Насправді зміни є, я навчилася розслаблятися -Я ще не завершила терапію і курс реабілітації, тому рано робити висновки -Біль завжди закінчується	“Зміни все ж є, біль приходить і відходить і його можна пережити”	Е-60% Віра - 45%

Домашнє завдання: вести бланк когнітивної реструктуризації, продовжувати практики релаксації, виконувати реабілітаційні вправи і приймати недосконалі рішення.

Вирішення поточних проблем. Гігієна сну. (сеанс 8).

Мета: виявлення і складання плану дій щодо поточних проблем, які ускладнюють досвід відчуття болю.

Перегляд тижня: Марія виявила, що відстежування і реструктуризація НАД знизило рівень загального дискомфорту за шкалою SUDS, за допомогою терапевта переглянула і вдосконалила свої навички в когнітивній реструктуризації.

Пояснення впливу поточних проблем і негативних модифікуючих факторів на сприйняття болю. Пацієнтка характеризує свої поточні проблеми як фактори які ускладнюють її спроможність справлятися з болем:

- незбалансоване харчування і вечірні переїдання
- гіподинамія
- періодичні проблеми зі сном (не може довго заснути)

Терапевт пропонує розглянути способи виробити інший стосунок з їжею, досліджує денний раціон, частоту, кількість і час споживання їжі. Було прийнято рішення впровадити наступні зміни в харчові звички:

- Зменшити кількість вуглеводів і збільшити частку тваринних білків і овочів/салатів;
- Встановлювати час для повільного споживання їжі;
- Останній час споживання їжі до 19:00;
- Рівні інтервали між їжею;
- Більша кількість випитої води;
- Фастфуд не частіше ніж раз на тиждень у невеликій кількості (одна страва);
- Відстежувати, які НАД і переживання спонукають до імпульсів заїдання і спробувати тестувати ці думки, пошук альтернативного способу задовільнити цю потребу.

Гіподинамія. Терапевт підтримав більшу фізичну активність пацієнтки у порівнянні з початком терапії. За допомогою техніки вирішення проблем були виявлені наступні додаткові кроки боротьби з гіподинамією:

- Регулярне виконання вправ на зміцнення м'язів спини (20-30 хвилин на день);
- Прогулянки біля дому кожного дня (1000 кроків);
- Лежання в ліжку обмежується часом 45 хв. на день.

Труднощі з засинанням. Терапевт пояснює важливість ролі сну у фізичному і психічному відновленні, і на зворотньому зв'язку встановлює, що в дні, коли пацієнтка гірше спить, больовий поріг знижується. Пропонується розглянути наступні рекомендації здорової гігієни сну:

- Намагайтеся лягати і вставати в один і той самий час;
- Уникайте денного сну;
- Підготовчі ритуали: розслаблюючі дії (ванна, релаксаційна музика);
- Використання ліжка лише для сну і занять сексом;
- Якщо не можете заснути більш ніж 15-20 хвилин, покиньте своє ліжко і переключіться на якусь заспокоюючу активність. Коли відчуєте сонливість – повертайтеся до сну;
- Обмежте час проведений у ліжку до часу, який ви витрачаєте на сон;
- Провітріть кімнату і переконайтеся, що повітря трохи прохолодне;
- Вимкніть джерела світла;
- За 3-4 години до сну уникайте стимуляторів нервової системи (алкоголь, кофеїн, нікотин);
- Уникайте ментальної стимуляції;
- Виконайте техніку релаксації перед сном (діафрагмальне дихання + візуалізація позитивних образів).

Рекомендації, які застосовувались пацієнткою впродовж тижня:

Корисні звички для сну:	Д-1	Д-2	Д-3	Д-4	Д-5	Д-6	Д-7
Намагайтеся лягати і вставати в один і той самий час	+		+	+	+	+	+

Уникайте денного сну	+	+		+	+	+	+
Підготовчі ритуали: розслаблюючі дії (ванна, релаксаційна музика)	+	+		+		+	+
Використання ліжка лише для сну і занять сексом		+		+		+	+
Якщо не можете заснути більш ніж 15-20 хвилин, покиньте своє ліжко і переключіться		+		+	+		
Обмежте час проведений у ліжку до часу який ви витрачаєте на сон		+		+		+	+
Провітріть кімнату і переконайтеся що повітря трохи прохолодне	+	+	+	+	+	+	+
Вимкніть джерела світла	+	+	+	+	+	+	+
За 3-4 години до сну уникайте стимулятори нервової системи		+	+		+	+	+
Уникайте ментальної стимуляції			+		+	+	+
Виконайте техніку релаксації перед сном			+	+		+	+

Домашнє завдання: продовжувати пошук корисних думок за допомогою техніки когнітивної реструктуризації, планувати кроки з вирішення поточних проблем і записувати їх, самопідтримка за допомогою технік релаксації.

Дозоване навантаження. (сеанс 9).

Мета: психоедукація щодо дозованого навантаження, впровадження дозованих активностей, навчання технікам і рекомендаціям дозованого навантаження.

Перегляд тижня: пацієнтка відмічає більшу фізичну активність, хоч і далеку від попередньої норми, врегулювався сон (зменшилась тривалість

засинання), почала більше контролювати своє харчування. Продовжує працювати з НАД. Займається з фізичним терапевтом.

Психоедукація дозованого навантаження. Інколи, коли ви починаєте роботу, вам дуже важко зупинитися до її завершення. Ви працюєте без пауз, незважаючи на появу болю. В результаті роботи через біль, рівень вашого болю стає вищим. Іноді це може призвести до сильного болю, який вимагає досить тривалого відпочинку, перш ніж ви зможете продовжити працювати. Як тільки біль зменшиться, ви можете відчувати, що вам треба посилено попрацювати, щоб наздогнати втрачений час. У цей день ви робите всю недопрацьовану роботу, а потім через деякий час знову відчуваєте сильний біль. Це є однією крайністю. Інша крайність – це коли ви уникаєте активностей і роботи, щоб не відчути біль і уникнути фізичного дискомфорту. В короткотривалій перспективі це призводить до полегшення. В довготривалій перспективі це призводить до зниження тону м'язів, надмірної ваги тіла, що в свою чергу теж посилює біль і призводить до інвалідизації.

Дозоване навантаження – це процес, в якому перерви в діяльності базуються на інтервалах часу. Деякі люди не хочуть дозувати навантаження, бо вважають, що можуть не встигнути завершити роботу. Насправді, роблячи перерви до того, як біль починається, а не після того, як він посилюється, ви зможете швидше повернутися до активного стану і фактично зробите більше роботи. Використовуючи час, а не біль як індикатор, вам не знадобляться тривалі періоди відпочинку, щоб відновитись від болю, оскільки біль не розвиватиметься.

Приклад дозованого навантаження: професійні спортсмени використовують цей метод для відновлювання, якщо гравці будуть триматися в грі/змаганні без перерв, то вони будуть виступати гірше.

Кроки дозованого навантаження:

1. Визначте завдання/активність, котрі ви зазвичай виконуєте щодня, які посилюють ваш біль. Або придумайте те, що ви плануєте зробити цього тижня, що, як ви вважаєте, може спричинити посилений біль.
2. Оцініть, як довго ви можете безпечно виконувати завдання, не викликаючи больові відчуття – це буде ваш цільовий час “активності”. Кількість часу має бути на декілька хвилин менша від початку появи болю.
3. Розрахуйте, скільки часу вам потрібно буде відпочити, перш ніж знову активізуватися, для уникнення нападів болю – це буде називатися вашим цільовим часом "відпочинку".
4. Коли ви виконуєте дозоване навантаження, записуйте кількість часу "активного" і того що витрачається на "відпочинок" кожного дня.

Приклад заповнення:

Активність	Ціль	День 1	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7
Прогулянки	Час	Час акт.-	Час акт.-	Час акт.-	Час акт.-	Час акт.-	Час акт.-	Час
	акт.-10	5 хв.	7 хв.	8 хв.	10 хв.	10 хв.	10 хв.	акт.-10
	хв.	Час від.-	Час від.-	Час від.-	Час від.-	Час від.-	Час від.-	Час
	Час від.-	20 хв.	18 хв.	16 хв.	15 хв.	14 хв.	12 хв.	від.-12
	12 хв.							

Техніки дозованого навантаження:

- Різні види діяльності вимагають різного співвідношення активності / відпочинку.
- Оцінки часу не завжди одразу точні. Налаштовуйте час, коли залучаєтесь в активність.
- Якщо трапляються напади болю, спочатку зменшіть рівень активності наполовину, і впродовж трьох днів відновлюйте попередній рівень активності.
- Не припиняйте практику дозованого навантаження, навіть коли ви відчуваєте добре чи безболісно.

- Дозоване навантаження повинно бути систематичним і послідовним, це запорука ефективності цього підходу.

- Коли ви вдосконалите свої навички, спробуйте додати до графіку активності/відпочинку інші задачі у ваш день і повільно нарощуйте час «активності».

- Можливо, ви захочете включити міні-сеанси прогресивної м'язевої релаксації, діафрагмального дихання або візуалізації у заплановані фази відпочинку.

Інші рекомендації:

- Усвідомлюйте своє дозоване навантаження і як ви його виконуєте.
- Уникайте поспіху та переповненого графіка.
- План: складіть тижневий календар і розподіляйте заходи рівномірно протягом тижня.

- Складіть гнучкий щоденний графік.
- Розставте пріоритети активностей.
- Використовуйте релаксацію та інші стратегії подолання болю.

Пацієнтка склала наступний список завдань, які вона планує інтегрувати в систему «дозованого навантаження»:

- щоденні прогулянки (час активності – 15 хв., час відпочинку 10 хв.)
- виконання фізичних вправ (час активності 30 хв., час відпочинку 40 хв.)
- прибирання в квартирі (час активності 60 хв., час відпочинку 20 хв.)
- офісна сидяча робота (час активності 4 години, час відпочинку 2 години)
- легка фізична робота в селі в період відпустки (час активності 60 хв., час відпочинку 20 хв.)

Домашнє завдання: впроваджувати дозоване навантаження в щоденну практику; продовжити тестування НАД, раз на день одну з технік релаксації на вибір.

Менеджмент злості. (сеанс 10).

Мета: розкрити механізм гніву, взаємозв'язок між гнівом і болем, навчитися справлятися з гнівом.

Перегляд тижня: Марія пробує впроваджувати дозоване навантаження, збільшила відстань прогулянок до 1200 м з перервами до 10 хвилин, робить вправи з інтервалами за принципом дозованого навантаження, продовжує помічати і оспорювати НАД. Відмічає, що часто відчуває злість через наступні фактори: нерозуміння родичів, відсутність зовнішньої підтримки під час нападу болю, коли не справляється з робочими обов'язками.

Валідизація гніву – це природна емоційна реакція. Це емоція, яка знаходиться в континуумі від роздратування до люті. Гнів може вплинути на фізіологічні реакції: викликати тахікардію, підвищення артеріального тиску, сприяти викиду адреналіну, посилюється напруга м'язів, червоніє обличчя. Гнів впливає на нашу поведінку: виникає крик, погрози, фізичні дії руйнівного характеру. Переживання гніву пов'язане з тим, як ми думаємо про те, що відбувається. Коли ми відчуваємо загрозу, гнів є адаптивною реакцією, оскільки він готує нас до нападу або захисту. Але за інших обставин, коли гніву дозволяється не зупинятись, він насправді може почати підживлювати сам себе і викликати більше гніву. Крім того, гнів, який триває з часом, може стати джерелом стресу і негативно вплинути на організм, включаючи відчуття болю.

Взаємозв'язок між гнівом і сприйняттям болю. Біль здається сильнішим, коли ви відчуваєте злість. По-перше, гнів часто пов'язаний з підвищеним напруженням м'язів, що може спричинити посилення болю, особливо, якщо напруга м'язів знаходиться в зоні, на яку впливає біль. По-друге, коли ви відчуваєте негативні думки та емоції, які викликаються зовнішніми або внутрішніми тригерами, це може змусити вас зосередитись на негативі в цілому, включаючи біль. З точки зору теорії контролю воріт, гнів може призвести до відкриття воріт болю, що сприяє надходженню більшого потоку інформації про

біль до мозку. Є і зворотній зв'язок, коли сам біль як тригер змушує відчувати біль. Це доволі часта ситуація.

Управління гнівом.

1) Усвідомлювання гніву.

Будьте в курсі причин, що викликають гнів у вашому оточенні, включаючи:

- Вербальні провокації / фізичне насильство
- Надокучання та зовнішні подразники (надмірний шум, ремонти)
- Звичні перешкоди (наприклад, вам заважають в досягненні мети, блокують або розчаровують)
 - Несправедливість (наприклад, ви відчуваєте несправедливе ставлення до вас)

Усвідомлювання фізичних факторів:

Пам'ятайте про те, що фізичні зміни у вашому тілі теж можуть бути предикторами появи гніву як внутрішні тригери.

Усвідомлювання поведінки:

Слід пам'ятати про зміни поведінки, такі як нахили тіла вперед і назад, застигання в позі готовності і напруги. А також усвідомлювання того, що ми проговорюємо, як наш гнів затухає або наростає.

2) Модифікація внутрішніх реакцій.

На фізичному рівні:

- Використовуйте такі навички розслаблення, як діафрагмальне дихання, прогресивне розслаблення м'язів або образи, коли відчуваєте, що злитесь. Ці методи корисні для протидії фізичним змінам (тахікардії, підвищеному артеріальному тиску, перерозподілу крові), які виникають, коли ви злитесь. Спробуйте всі ці техніки та використовуйте ту, яка найкраще вам підходить.

На рівні когніцій:

- Враховуйте почуття інших людей. Ви можете робити помилкові припущення про те, що інші думають або відчують і це в свою чергу активізує ваш гнів. Насправді це є когнітивним викривленням по типу читання думок. Ніхто не знає, що відбувається в свідомості іншого на 100%.

- Прислухайтесь до власних емоцій і спробуйте відчутти чи гнів є основною емоцією, чи насправді приховує інші важливі потреби і емоції.

- Спробуйте робити те, що суперечить інструкції гніву, наприклад спробуйте пожартувати або сказати щось приємне розширюючи погляд на ситуацію.

- Використовуйте техніку когнітивної реструктуризації для модифікації думок і припущень пов'язаних з гнівом:

А) Ідентифікуйте негативні автоматичні думки які приховуються за завісою вашого гніву: «він це зробив навмисно», «вони не хочуть мене розуміти», «як мене дістав цей нестерпний біль», «я ні з чим не справляюся сама»;

Б) Уникайте пасток ваших внутрішніх переконань і правил, які посилюють гнів і дають йому паливо для розгоряння: «вони мають ставитись до мене по особливому», «якщо про мене не турбуються, то я їм байдужа»;

В) Оспорюйте ваші когніції, переглядайте докази, які їх підтримують з погляду стороннього спостерігача, спробуйте давати альтернативні пояснення замість категоричних;

Г) Міняйте старі думки і припущення на нові, які допомагають вам справлятися, а не загострюють ситуацію.

3) *Асертивна відповідь.*

На рівні поведінки можна завжди використати альтернативні стратегії відповіді у ситуаціях, які викликають гнів. Попередньо розглянемо неадаптивні реакції:

- Капітуляція і уникання. Це призводить до тимчасового полегшення, однак зберігає незавершеність і невирішеність ситуації, а отже негативні емоції лише накопичуються всередині. З іншої сторони, непроговореність

відкриває простір для внутрішнього діалогу, в якому ви можете робити помилкові висновки, які в свою чергу підтримують гнів.

- Агресія, антагонізм і ворожість. Цей тип реакції може змусити оточуючих відчувати себе обережними або різкими по відношенню до вас у відповідь на вашу агресію. Інша людина також може стати ворожою, якщо відчуває, що на неї нападають. Ви можете усвідомити з часом, що вас провають на гнів не так часто як вам здається, але як наслідок ніхто не захоче бути поруч з вами.

Отже, розглянемо які стратегії поведінки є більш гнучкими у таких ситуаціях. Асертивна відповідь – це найкращий спосіб відповісти, коли ви відчуваєте гнів. Це означає відстоювати свої права та висловлювати те, у що ви вірите, що відчуваєте та чого бажаєте, прямим, чесним та належним чином, поважаючи права інших. Перевага такого підходу полягає в тому, що ви часто можете отримати бажане, як правило, не відштовхуючи інших. Ви можете діяти у власних інтересах і не почуватись винним. Людина, яка вміє бути асертивною, може спонтанно висловлювати свої вподобання та інтереси, може вільно говорити про себе, може приймати компліменти без дискомфорту, може відкрито не погоджуватися з кимось, може просити пояснень і може відмовити. Це шлях до спокою у міжособистісних стосунках у різних сферах життя.

Способи відповісти асертивно:

- Вибирайте той час і місце для конфронтації, коли ваші емоції більш контрольовані і ви внутрішньо не нагріваєтесь;
- Висловлюйте готовність зрозуміти точку зору іншої людини, ставтеся з повагою до чужих потреб і бажань;
- Звертаючись від власного імені «Я», прямо скажіть людині, чому ви злитесь і що саме призвело до того, що ви розсердились. Наприклад «Я» відчуваю злість, коли мене не помічають в стані страждання, мені потрібна підтримка".

Пацієнтка отримує на ознайомлення список корисних рекомендацій для розуміння як себе поводити у конфліктних і ситуаціях, які викликають гнів:

1. Зберігайте зоровий контакт і розташуйте своє тіло прямо по відношенню до інших. Більшу частину часу дивіться в очі іншій людині, але не надто пильно, нехай ваш погляд випромінює твердий спокій. Нахиліться вперед і використовуйте жести рук, щоб утримати увагу співрозмовника.

2. Говоріть чітко, позитивно та досить гучно, щоб вас почули. Уникайте бурмотіння, ниття, пронизливої мови чи крику. Уникайте зниження голосу в кінці речення.

3. Використовуйте чітку мову і короткі фрази. Скажіть про те, що ви хочете, або чітко скажіть, чого ви не хочете. Уникайте численних повторень та таких слів як «можливо» чи «я припускаю».

4. Переконайтесь, що ваша невербальна поведінка відповідає змісту ваших висловлювань. Не посміхайтесь, коли відмовляєте або не погоджуєтесь. Не викручуйте руки під час розмови. Уникайте жорсткого виразу обличчя, коли висловлюєте теплоту чи похвалу.

5. Слухайте співрозмовника. Повторіть точку зору іншого, уточнійте або кажіть щось, що свідчить про те, що ви слухаєте.

6. Дотримуйтесь стану рівності з іншим. Уникайте зайвих вибачень і слів, які принижують вас або ваші ідеї. Уникайте звинувачувальних висловлювань, грубості і сарказму. Ставтеся з повагою до себе та інших.

7. Виявляйте ініціативу. Не дозволяйте іншим вибирати за вас. Візьміть на себе ініціативу, сказавши: «У мене є пропозиція...» або «На мій погляд...»

Терапевт пропонує також спробувати відпрацювати засвоєний матеріал на сеансі за допомогою рольової гри, в якій спочатку терапевт з позиції пацієнтки відповідає одному з родичів на звинувачування у відстороненості (родича грає сама пацієнтка), а потім міняються місцями. Гра програється декілька разів з корективами із спостережень терапевта.

Домашнє завдання: клієнтці пропонується спостерігати за своїм гнівом і застосовувати менеджмент гніву на практиці з акцентом на усвідомлювання

гніву, модифікації внутрішніх реакцій, асертивній поведінці; продовжувати дозоване навантаження.

Планування ресурсних активностей (сеанс 11).

Мета: пошук і планування ресурсних активностей.

Сеанс присвячується темі створення позитивного фону для відновлення з метою знизити інтенсивність хронічного болю і зменшення внутрішніх реакцій на цей біль.

Перегляд тижня: пацієнтка описує ситуацію в розмові з співробітницею, в якій вона асертивно пояснила свої перерви в роботі і відстояла свою позицію і право на відпочинок, краще усвідомлює свій гнів і використовує техніки релаксації для його контролю.

Важливість планування ресурсних активностей. Хронічний біль прямим чином впливає на якість життя: знижується соціальна, інтелектуальна, фізична активність. За відсутності цих активностей змінюється емоційний фон в сторону негативізму. Поява або посилення болю змушує відмовитися від ряду активностей, які мали місце у минулому, і захоплює разом з цим активності, які могли б продовжуватися, але не виконуються через страх очікування болю. Збідніння соціального життя пов'язане з тим, що уникаються ситуації, в яких люди можуть не зрозуміти, осудливо поставитися, або пожаліти і це змусить відчувати свою вразливість. Або банально через те, що можуть не надати належну підтримку і допомогу, або спрацюють фізичні обмежувачі. Коли ми залишаємося без соціальної взаємодії, приємних активностей, відкриваються двері для депресивного настрою, тривоги, і водночас більше уваги фокусується на досвіді хронічного болю. Терапія стає більш ефективною, коли в життя пацієнта вертаються його ресурсні активності. Виходячи з припущення, що не всі активності виправдано заблоковані, і є ті, які можуть відродитися у житті пацієнта, подарувати йому віру у власні сили, вивести з стану пригніченості

через відмову від цих же активностей, пропонується розглянути і навчитися планувати ці активності в повсякденному житті.

Вибір ресурсних активностей. Для початку подумайте про заняття, які вам подобаються. Це може бути складніше, ніж здається, особливо якщо у вас тривалий час був біль і ви не маєте звички робити для себе приємні речі. Важливо пам'ятати, що існують речі, які ви хотіли б зробити, але не можете зробити через фізичні обмеження, пов'язані з болем. Хоча ви можете бути не в змозі виконувати ці дії, часто існують альтернативні способи залучення до діяльності. Наприклад, ви не можете пробігти відстань у 2 км, але ви можете пройти прискореним кроком 1000 метрів, ви не можете приготувати їжу з трьох страв, але можете приготувати одну або залучити когось у приготування. Зосередьтеся на встановленні досяжних і реалістичних цілей. Це може бути те, що ви робили в минулому і хотіли б продовжити це робити зараз, або те що ви ніколи не робили, але завжди мали намір робити. Можливо є звички які ви хотіли б впровадити в корисну рутину.

Список активностей, які були запропоновані Марії для ознайомлення:

1. Проведення часу з друзями
2. Використання технік релаксації
3. Участь у іграх
4. Виконання фізичних вправ
5. Відвідати басейн
6. Прибирання
7. Читання
8. Піти на побачення
9. Поїхати на екскурсію або відвідати виставку
10. Відвідати інше місто
11. Слухання музики
12. Пошук позитивних думок
13. Перебування на природі
14. Спробувати смачну страву

15. Відновити або поремонтувати щось в квартирі
16. Організація сімейних зборів або зборів друзів
17. Написання листа вдячності
18. Відвідування курсів з якоїсь майстерності
19. Вивчення чогось нового
20. Зробити собі подарунок
21. Взаємодія з тваринами
22. Розмова по телефону
23. Колекціонування речей
24. Гуляти з друзями або самій по гарним місцям
25. Пригадувати приємні спогади
26. Спостерігати за грою дітей на дитячих майданчиках
27. Співати
28. Організовувати приємні заходи
29. Піти на вечірку чи інший розважальний захід
30. Планування на майбутнє
31. Вступ до клубу по інтересам
32. Мріяти про світле майбутнє
33. Фотографування або перегляд фотографій
34. Заняття декоративно-прикладним мистецтвом
35. Розв'язування задач, головоломок чи кросворду
36. Волонтерська діяльність

Список активностей, які вибрала для себе пацієнтка:

1. Проведення часу з друзями
2. Використання технік релаксації
3. Виконання фізичних вправ
4. Відвідати басейн
5. Прибирання
6. Читання
7. Поїхати на екскурсію або відвідати виставку

8. Відвідати інше місто
9. Слухання музики
10. Пошук позитивних думок
11. Перебування на природі
12. Спробувати смачну страву
13. Відновити або поремонтувати щось в квартирі
14. Організація сімейних зборів або зборів друзів
15. Написання листа вдячності
16. Вивчення чогось нового
17. Зробити собі подарунок
18. Взаємодія з тваринами
19. Гуляти з друзями або самій гарними місцями
20. Пригадувати приємні спогади
21. Спостерігати за грою дітей на дитячих майданчиках
22. Організовувати приємні заходи
23. Піти на вечірку чи інший розважальний захід
24. Планування на майбутнє
25. Фотографування або перегляд фотографій

Планування ресурсних активностей. Для впровадження ресурсних і корисних активностей необхідно навчитися їх планувати, оскільки дуже легко проігнорувати цю необхідність і увійти в стан прокрастинації. Планування створює ефект запов'язання перед собою, набагато легше впровадити зміни у життя, коли перед тобою є прописані заплановані заходи. Це також має перевагу в тому, що у вас буде час підготуватися до кожної активності при необхідності. Наприклад, щоб зробити собі подарунок, треба обрати магазин, де можна цей подарунок підібрати. В бланку планування активностей можна зазначати як виконана вами активність впливає на ваш настрій і на відчуття досягнення. Це дасть вам розуміння впливу цих дій на ваш емоційний фон і дасть відчуття спроможності справлятися з певними задачами.

Домашнє завдання: планування приємних активностей (вибрати 3-5 активностей, які будуть виконуватися систематично впродовж тижня), при необхідності додати ще, продовжувати дозовані навантаження, застосовувати техніки релаксації.

Профілактика рецидиву і планування запобігання загострень (сеанс 12).

Мета: розглянути досягнення за період терапії, переглянути план запобігання загострень, планування майбутнього.

Перегляд тижня і домашнього завдання: пацієнтка зауважує, що змогла повернути в своє життя ряд приємних активностей (почала відвідувати басейн під керівництвом тренера, почала читати книжки, відвідала виставку), що позначилося на її загальному стані, був напад болю в спині, який переждала і змогла на когнітивному рівні протистояти, намагається дотримуватись принципу дозованого навантаження.

Ймовірно, що у вас у якийсь момент у майбутньому може трапитись напад болю або тимчасове посилення болю. Це, в свою чергу, може призвести до негативних автоматичних думок, які впливатимуть на ваш настрій та рівень активності. Першим поштовхом може стати прийом анальгетиків. Цей крок може бути виправданим, однак варто також тримати в полі зору методи протибольових технік когнітивно-поведінкової терапії. Біль може залишатися, але його інтенсивність і сприйняття залежатимуть від систематичного використання засвоєних на терапії технік і навичок.

Розглянемо типові компоненти ситуації рецидиву:

Ситуація. Загострення вже існуючого або виникнення нового нападу болю.

Думки. Очікування: «Я гадала що навчилася контролювати і зменшувати свій біль». Відчуття втрати контролю: «Я не керую ситуацією і не справляюся з цим». Катастрофізація: «Це нестерпно, стає тільки гірше».

Настрій і емоції. Емоції набувають негативного забарвлення (пригніченість, відчай, тривога).

Наслідки. Зменшення рівня активності.

А тепер розглянемо план запобігання рецидивів у майбутньому.

1) Підготовчий етап:

- Будьте готові до загострень, перш ніж вони з'являться
- Усвідомлюйте емоційні і фізичні зміни під час посилення болю
- Нагадайте собі про свою здатність справлятися з болем
- Зупиніть негативні думки і переспрямуйте свою увагу на думки, які допомагають вам поратися з болем

Список підтримуючих тверджень, які пацієнтка може проговорювати:

- Напади болю минають з часом
- Я можу з цим впоратись, треба просто пережити цей момент
- Я долав це раніше, здолаю і зараз
- Мені не потрібно страждати. В мене є навички, які я можу використати
- Що б я сказав другу, який відчуває біль?
- Як я можу показати дітям приклад долання життєвих труднощів?
- Немає ідеальних ліків, життя продовжується і через біль я не хочу його пропускати
- Замість того, щоб фокусуватися на тому що я не можу я сфокусуюсь на тому що можу

2) Конфронтація:

Для конфронтації використовуйте техніки, набуті в терапії: когнітивну реструктуризацію, техніки релаксації (діафрагмальне дихання, прогресивна м'язева релаксація, візуалізація) і комбінуйте їх використання

Думки, які можуть приходити і адаптивні відповіді на них, спільний перегляд з пацієнткою:

Думка: «Цей біль нестерпний, я не можу його контролювати»

Адаптивна відповідь після збору доказів: «Біль можна толерувати, з часом він стихає, я контролюю його більше, ніж мені здається, бо володію необхідними техніками»

Думка: «Я безпорадна, ніхто не розуміє, наскільки мені важко»

Адаптивна відповідь після збору доказів: «Я справляюся наскільки можу, є люди, які мені співчують»

Думка: «Все було добре, але біль повернувся, він ніколи мене не покине»

Адаптивна відповідь після збору доказів: «Можливо, я повністю не позбудуся болю, але вмію з ним справлятися, я можу розслабити своє тіло, відпустити негативні думки і емоції які посилюють його»

3) Зворотній зв'язок:

Дайте собі відчути, що ви подолали ситуацію загострення і впоралися з болем. Проговоріть або запишіть ці винагороджуючі твердження:

«Я змогла стишити свій біль за допомогою діафрагмального дихання і переосмислення негативних думок. Так, він нікуди не зник, але його важливість та інтенсивність зменшились, і це вже є моєю маленькою перемогою»

«Я не використала анальгетики і упередила свій біль, дозволивши собі відпочити в проміжках між роботою. Це свідчить про моє вміння розумно розподіляти свою увагу і вчасно зупинятися»

4) Планування:

Зверніть увагу на те, які техніки виявилися для вас найбільш ефективними, і підготуйте список цих технік відповідно до ситуацій потенційного ризику.

Ситуація: виконання роботи або залучення в активність. Техніка: дозованого навантаження з урахуванням цільового часу на активність і на відпочинок.

Ситуація: виникнення нападу болі. Техніка: когнітивна реструктуризація + діафрагмальне дихання з візуалізацією.

Ситуація: гнів під час нападу або посилення болю. Техніка: використання кроків менеджменту гніву.

Підведення підсумків. Марія по завершенню роботи над менеджментом хронічного болю відмітила наступні зміни:

Що змінилося	Що залишилося на попередньому рівні
Зниження рівня загального дискомфорту	Біль залишився і не зник повністю
Поява більшого внутрішнього спокою	Інколи все ж потрібні анальгетики
Відчуття більшого контролю над болем	
Більша соціальна взаємодія	
Зменшилася частота і інтенсивність больових нападів	
Краще усвідомлювання свого тіла і предикторів болю	
Більша фізична витривалість	
Повернення приємних активностей	
Рефлексія над негативними думками	
Вирівнявся рівень самооцінки	

Висновки.

Отже, хронічний біль є комплексною проблемою, яка вимагає мультидисциплінарного підходу. Психотерапія, як ми бачимо, відбувається з залученням лікаря, який призначає анальгетики і проводить консервативну терапію і фізичного терапевта, який допомагає у відновленні м'язевого тонусу і опорно-рухової системи.

Мета-аналітичні дослідження освітлюють ефективність когнітивно-поведінкової терапії і дають підставу використовувати її у практиці, не применшуючи ролі інших видів втручань, а також показують, на які чинники сприйняття і проживання хронічного болю терапія має вплив.

Клінічний випадок показує нам, що на початку пацієнту вкрай важливо зрозуміти як формується його сприйняття болю, і що на відкриття воріт болю впливає не лише біологічний фактор, як може здатися на перший погляд, а і комплекс інших біопсихосоціальних факторів. Так з'являється розуміння і прийняття шляху не повної нейтралізації болю, а формування більш гнучкого і адаптивного стосунку з болем. Цікавим відкриттям в ході терапії було те, що пацієнтка відмітила незначне зниження інтенсивності болю. Очевидно, що це було досягнуто зміною ставлення до свого болю, сприймання його не як наростаючої катастрофи, а як неприємного і все ж контрольованого явища, яке можна переживати продовжуючи творення свого життя.

Список використаної літератури:

1. Jennifer L. Murphy, Ph.D. (2014). Cognitive behavioral therapy for chronic pain among veterans: Therapist manual. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs
2. Otis J. (2007). Managing chronic pain: A cognitive-behavioral therapy approach: Therapist guide. Oxford: Oxford University Press
3. Кассинов Г., Тафрейт Р. (2020). Управление гневом. Руководство для практикующих специалистов. Весь СПб.
4. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж (2014). Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо
5. Майкл Л. Перлис, Карла Бенсон-Юнгквист (2021). Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы. Пошаговое руководство. Диалектика