



Zasady stosowania interwencji opartych na zmianie zachowania w bólu przewlekłym

- **Jordi Miro, PhD**, Department of Psychology, Chair of Pediatric Pain, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.
- **Romy Parker, PhD**, Department of Anaesthesia and Perioperative Medicine, Pain Team, Faculty of Health Science, Groote Schuur Hospital and University of Cape Town, South Africa.
- **Jerry Draper-Rodi, PhD**, National Council for Osteopathic Research, University College of Osteopathy, London, UK.
- **Anne Soderlund, PhD**, Section of Physiotherapy, School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University, Västerås, Sweden.
- **Michele Sterling, PhD, MPhty, BPhty, FACP**, RECOVER Injury Research Centre, The University of Queensland, Brisbane, Australia.

U osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego często stwierdza się związane z bólem zachowania i treści poznawcze, które zazwyczaj są nieadaptacyjne, niepomocne oraz prowokacyjne, szczególnie w przypadkach, w których problem bólu występuje przewlekłe oraz w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie (np. wolniejsze, ostrożniejsze ruchy, przeciążenie bólem lub katastroficzne myślenie na temat bólu) [10, 12]. W celu wpłynięcia na nie oraz dążenia do poprawy funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego oraz poprawy jakości życia, specjaliści medyczni mogą wykorzystywać różne interwencje [9]. Interwencje behawioralne mogą być krótkie (np. program Making Every Contact Count) lub dłuższe i bardziej ustrukturyzowane (np. terapia poznawczo-behawioralna, Cognitive Behavioral Therapy, CBT), ale wszystkie są niewycyfrowalne (tj. ich działanie trwa nawet po zakończeniu spotkania terapeutycznego) [2].

Dowody przemawiające za interwencjami opartymi na zmianie zachowania w leczeniu bólu przewlekłego

Mając na uwadze osoby cierpiące na ból przewlekły, opracowano liczne interwencje oparte na zmianie zachowania. Mimo że mają one własne uzasadnienia i reguły, dają porównywalne (pozytywne) wyniki, prawdopodobnie poprzez wpływ na to, co ludzie myślą, jak myślą i co robią [8]. Te czynniki wpływają na siebie nawzajem, tak więc nawet jeśli jedna interwencja jest ukierunkowana na jeden konkretny czynnik, wpływ na ten czynnik prawdopodobnie spowoduje zmiany również w pozostałych. Zmiany w tych trzech zmiennych mogłyby następnie wpłynąć na wyniki leczenia związane z bólem oraz tłumaczyć podobieństwo wyników uzyskiwanych przy użyciu nieco odmiennych interwencji.

Interwencje oparte na zmianie zachowania można stosować w terapii indywidualnej lub grupowej, do której można włączyć modele rówieśnicze, zastępcze uczenie się oraz perswazję społeczną.

Dane naukowe dotyczące interwencji na podstawie zmiany zachowania są niejednoznaczne, a porównanie badań może być trudne z uwagi na stosowanie różnych wskaźników oceny wyników (np. zmniejszenia nasilenia bólu, poprawa aktywności). Niemniej, w opublikowanej przez Cochrane pracy przeglądowej, dotyczącej interwencji opartych na zmianie zachowania u dorosłych cierpiących na ból przewlekły [14], opisywano mały lub bardzo mały wpływ CBT na ból, niepełnosprawność, oraz cierpienie; oraz brak dowodów na wpływ terapii behawioralnej oraz terapii akceptacji i zaangażowania, w porównaniu do aktywnej grupy kontrolnej lub standardowego postępowania.

Dane są jeszcze bardziej nieliczne u dzieci i młodzieży. W niedawnej aktualizacji opublikowanej przez Cochrane systematycznej pracy przeglądowej [5] opisywano, że niektóre interwencje oparte na zmianie zachowania, takie jak terapia psychologiczna, wydają się skuteczne w zmniejszaniu nasilenia bólu w przypadku bólu głowy oraz różnych bólów przewlekłych tuż po leczeniu, w zmniejszaniu niepełnosprawności w różnych bólach przewlekłych tuż po leczeniu oraz w okresie obserwacji, a także w bólach głowy w okresie obserwacji.

Zasady interwencji opartych na zmianie zachowania dla klinicystów

Dla klinicystów, stosujących interwencje oparte na zmianie zachowania u osób z bólem przewlekłym, przydatną podstawę stanowią teorie Bandury, dotyczące społecznego uczenia się oraz własnej skuteczności [1]. Zwiększanie poczucia samo-skuteczności stanowi kluczowy składnik zmiany zachowania, który opiera się na czterech filarach: osobistych doświadczeniach mistrzostwa, obserwowanych zastępczych doświadczeniach mistrzostwa, perswazji społecznej pod postacią zachęcających komentarzy oraz fizjologicznej informacji zwrotnej pod postacią pozytywnych emocji [1]. Przydatny punkt wyjścia dla klinicysty, mający na celu nawiązanie relacji terapeutycznej, stanowi korzystanie z umiejętności komunikacyjnych, włącznie z zasadami dialogu motywacyjnego.

Krok 1. stanowi identyfikacja istotnych ról życiowych oraz aktywności powiązanych z tymi rolami, w których osoba z bólem przewlekłym chciałaby uczestniczyć. **Krok 2.** stanowi wyznaczenie celu związanego z aktywnością lub zachowaniem przy użyciu zasad facylitacji, takich jak metoda wyznaczania celów SMART (cel skonkretyzowany, mierzalny, osiągalny, realistyczny/odpowiedni, określony w czasie – *specific, measurable, achievable, realistic/relevant, time-bound*). W tym kroku klinicysta korzysta z pomocnych strategii zaangażowania, które pozwalają osobie doświadczającej bólu wnieść do rozmowy własną wiedzę i doświadczenie, przy użyciu zasad uczenia się dorosłych w powiązaniu z doświadczeniem życiowym i zainteresowaniami. **Krok 3.** stanowi uczenie się nowych aktywności lub zachowań przez doświadczenie, na początku pod nadzorem, a następnie zastosowanie nowych umiejętności oraz zachowań w odpowiednim kontekście. W **kroku 4.** klinicysta wyraża opinię na temat przeprowadzonych działań, a przy omawianiu celów zachęca do dalszych starań lub nagradza. Kluczowym krokiem w kierunku zwiększenia poczucia własnej skuteczności jest nie tylko nagroda w momencie osiągnięcia celu, lecz także, kiedy cele nie zostały osiągnięte, podejście do problemów nakierowane na ich rozwiązywanie. **Krok 4.** może nie stanowić nagrody, a informację zwrotną dla osoby doświadczającej bólu oraz współpracującego z nią klinicysty, umożliwiającą ustalenie przyczyn braku osiągnięcia celu. Być może klinicysta będzie musiał zapewnić dodatkowe wsparcie poznawcze, wyjaśniając, dlaczego cel jest bezpieczny oraz osiągalny, zanim osoba doświadczająca bólu wyznaczy nowy cel. Po każdym osiągniętym celu osoba doświadczająca bólu zachęcana jest do wyznaczenia nowego celu, przybliżającego ją do uczestniczenia w istotnych rolach życiowych oraz związanych z nimi aktywnościach pomimo utrzymywania się bólu.

Zmiana zachowania klinicystów

Wiele osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego nie otrzymuje optymalnego leczenia, zgodnego z medycyną opartą

na faktach, co może doprowadzić do opieki zdrowotnej o niskiej wartości [7], np. nieodpowiedniego rutynowego obrazowania w przypadku bólu krzyża, co może zainicjować dodatkową, niepotrzebne postępowanie lecznicze oraz zwiększyć ryzyko złych wyników leczenia [6]. Zmiana zachowania klinicystów stanowi wyzwanie, ale jest istotna, aby zapewnić osobom cierpiącym na ból przewlekły wysokiej jakości opiekę zdrowotną, zgodną z medycyną opartą na faktach. Interwencje multimodalne obejmujące różne strategie, takie jak edukacja, *mentoring*, lokalni eksperci lub audyt, wykazały pewną skuteczność w zmienianiu zachowania klinicystów [4].

Wspieranie przestrzegania zaleceń oraz utrzymania zmian zachowania

Przestrzeganie zaleceń w przypadku opieki integracyjnej jest warunkiem wstępnym osiągnięcia jakichkolwiek pozytywnych wyników w kontekście bólu przewlekłego. Utrzymanie pozytywnych efektów leczenia opiera się na utrzymaniu zmian zachowania związanych z interwencją po jej zakończeniu (np. kontynuacji ćwiczeń i aktywności fizycznej czy praktykowaniu technik opartych na uważności itd.). W meta-analizach (np. [3, 11]) wykazano, że interwencje obejmujące ćwiczenia u pacjentów z przewlekłym, niespecyficznym bólem odcinka szyjnego kręgosłupa [3] oraz CBT i techniki oparte na uważności jako część zintegrowanej opieki u pacjentów z przewlekłym bólem krzyża [11] dawały umiarkowane efekty krótkoterminowe, ale brak długoterminowego (12–15 miesięcy) utrzymywania się zmniejszenia nasilenia bólu oraz poprawy jakości życia. Brak utrzymywania się efektów leczenia jest prawdopodobnie częściowo związany z brakiem przestrzegania zaleceń dotyczących interwencji oraz częściowo z brakiem utrzymywania zmian zachowania związanych z interwencją po jej zakończeniu. Rzadko badano techniki zmiany zachowania, mające na celu wspieranie przestrzegania zaleceń oraz utrzymanie ich przestrzegania. Istnieją nieliczne badania u osób dorosłych. W przeglądzie literatury analizowano wspieranie przestrzegania zaleceń oraz utrzymywania zachowania samozarządzającego u osób starszych z bólem mięśniowo-szkieletowym [13]. Techniki wspierające zmianę skategoryzowano jako związane ze zdolnościami, motywacją, oraz możliwościami [9]. Zdolności to psychologiczne oraz fizyczne umiejętności oraz wiedza potrzebna do wytworzenia docelowego zachowania. Techniki związane ze zdolnościami obejmowały techniki takie, jak edukacja na temat bólu, stopniowane ćwiczenia przeprowadzane pod nadzorem, identyfikacja sytuacji związanych z ryzykiem nawrotu choroby oraz umiejętności

rozwiązywania problemów. Motywacja łączy kognitywne i emocjonalne podejmowanie decyzji w proces wspierania docelowego zachowania poprzez techniki takie, jak wykrycie gotowości do zmiany, wyznaczanie celów, samokontrola oraz umiejętności samoregulacji. Możliwości obejmują czynniki zewnętrzne, które skłaniają do docelowego zachowania poprzez techniki, takie jak informacja zwrotna, wsparcie społeczne oraz identyfikacja związanych z kontekstem czynników, wyzwalających powrót do wcześniejszych zachowań. Dane dotyczące tego, które techniki są najbardziej skuteczne we wspieraniu przestrzegania oraz utrzymywania zaleceń opieki integracyjnej, nakierowanej na jakąkolwiek zmianę zachowania w kontekście bólu, są jednak nieliczne i wymagają dalszych badań. Mimo to można zalecić stosowanie wyżej wymienionych technik w ramach wspierania przestrzegania zaleceń oraz utrzymywania zmian zachowania w postępowaniu z pacjentami z bólem przewlekłym.

Wiadomość do zapamiętania

Technik opartych na zmianie zachowania można nauczyć się w trakcie interakcji grupowych lub indywidualnych, mogą one obejmować także samodzielne działania, podczas których osoby zmagające się z bólem muszą wdrożyć zalecenia poza gabinetem, ale samodzielne działania to nie samodzielna opieka zdrowotna. Przestrzeganie zaleceń oraz utrzymanie zmian zachowania (np. zachowań samozarządzających w chorobach przebiegających z bólem przewlekłym) powinno być szczególnie wspierane poprzez interwencje oparte na zmianie zachowania.

Piśmiennictwo

- [1] Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977;84:191-215.
- [2] Canero JP, Smith A, Linton SJ, Moseley GL, O'Sullivan P. How does change unfold? an evaluation of the process of change in four people with chronic low back pain and high pain-related fear managed with Cognitive Functional Therapy: A replicated single-case experimental design study. *Behav Res Ther* 2019;117:28-39.
- [3] Castellini G, Pillastri P, Vanti C, Barger S, Giagio S, Bordignon E, Fasciani F, Marzoni F, Innocenti T, Chiarotto A, Gianola S, Bertozzi L. Some conservative interventions are more effective than others for people with chronic non-specific neck pain: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Physiotherapy* 2022;68(4):244-254.
- [4] Cunningham BP, Bakker CJ, Parikh HR, Johal H, Swiontkowski MF. Physician Behavior Change: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic Trauma* 2019;33.
- [5] Fisher E, Law E, Dudeney J, Palermo TM, Stewart G, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;9(9):Cd003968.
- [6] Foster NE, Anema JR, Cherklin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG, Buchbinder R, Hartvigsen J, Cherklin D, Foster NE, Maher CG, Underwood M, van Tulder M, Anema JR, Chou R, Cohen SP, Menezes Costa L, Croft P, Ferreira M, Ferreira PH, Fritz JM, Genevay S, Gross DP, Hancock MJ, Hoy D, Karpainen J, Koes BW, Kongsted A, Louw Q, Öberg B, Peul WC, Pransky G, Schoene M, Sieper J, Smets RJ, Turner JA, Woolf A. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *The Lancet* 2018;391(10137):2368-2383.
- [7] Hartvigsen J, Kamper SJ, French SD. Low-value care in musculoskeletal health care: Is there a way forward? *Pain Pract* 2022;22(Suppl 2(Suppl 2)):65-70.
- [8] Jensen MP. Psychosocial approaches to pain management: an organizational framework. *Pain* 2011;152(4):717-725.

- [9] Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 2011;6(1):42.
- [10] Miró J, Roman-Juan J, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP. Chronic Pain and High Impact Chronic Pain in Children and Adolescents: A Cross-Sectional Study. *J Pain* 2022.
- [11] Petrucci G, Papalia GF, Russo F, Vadalà G, Piredda M, De Marinis MG, Papalia R, Denaro V. Psychological Approaches for the Integrative Care of Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Metanalysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;19(1).
- [12] Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. *J Pain* 2019;20(2):146-160.
- [13] Söderlund A, von Heideken Wägert P. Adherence to and the Maintenance of Self-Management Behaviour in Older People with Musculoskeletal Pain—A Scoping Review and Theoretical Models. *Journal of Clinical Medicine* 2021;10(2):303.
- [14] Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;8(8):Cd007407.