

Psihološki pristup križbolji

Vuković, Danijela; Vlašić-Cicvarić, Inge; Šverko, Linda

Source / Izvornik: **Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, 2012, 48, 454 - 462**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:218489>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-27**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Psihološki pristup križbolji

Psychological approach to chronic low back pain

Danijela Vuković*, Inge Vlašić-Cicvarić, Linda Šverko

Centar za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju, KBC Rijeka, Rijeka

Prispjelo: 15. 7. 2012.

Prihvaćeno: 21. 10. 2012.

Adresa za dopisivanje:

Danijela Vuković, dipl. psiholog-profesor

Centar za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju, KBC Rijeka
Krešimirova 42, 51 000 Rijeka
e-mail: d_vukovic@hotmail.com

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

Sažetak. Kronična križbolja jedan je od najčešćih oblika kroničnog bola, među najčešćim je povodima onesposobljenosti i izostanaka s posla i među najčešćim razlozima traženja liječničke pomoći. Usprkos brojnim suvremenim metodama liječenja, oko 30 % bolesnika s akutnom križboljom prelazi u kategoriju kroničnog bolnog sindroma, pri čemu bol preuzima dominaciju nad životom bolesnika, njegove obitelji i bliže socijalne okoline, te oštećuje kvalitetu života. U skladu s biopsihosocijalnim modelom aktualno je stajalište da psihološke čimbenike treba sagledati kao važne odrednice u doživljaju bola i ponašanja. Psihološki procesi nisu samo reakcija na bol, nego i integralni dio doživljavanja bola. U članku se razmatra djelovanje psiholoških čimbenika koji uključuju crte ličnosti, emocionalna stanja, kognitivne i ponašajne obrasce, stresore i mehanizme suočavanja, te daje kratak prikaz postavki pojedinih psiholoških modela razvoja kroničnog bola. Budući da neprepoznate i neliječene psihološke poteškoće mogu značajno negativno interferirati s uspješnošću rehabilitacije bolesnika s križboljom, predlažu se načini probira koji mogu poslužiti kao smjernice u identificiranju bolesnika kojima je potrebna stručna psihološka pomoć. Evaluacije psiholoških tretmana pokazuju najveću učinkovitost kognitivno-bihevioralnog i samoregulirajućih tretmana (*biofeedback*, relaksacija i hipnoza) u unapređivanju emocionalnog i fizičkog funkcioniranja, reduciranju specifične onesposobljenosti povezane s bolom, smanjenju depresije, poboljšanju kvalitete života, smanjenju broja posjeta liječniku i upotrebe lijekova za suzbijanje bola, kao i trajanja bolovanja. Prema suvremenom imperativu interdisciplinarnog programa rehabilitacije bola u svakodnevnoj bi praksi trebalo težiti ka ostvarivanju uvjeta za simultane intervencije fizijatra, fizioterapeuta i psihologa. Takav način rada pokazao se najučinkovitijim pristupom u liječenju križbolja.

Cljučne riječi: križbolja, modeli razvoja kroničnog bola, multidisciplinarni tim, psihološki čimbenici, psihološki tretmani

Abstract. Chronic low back pain is the most common form of chronic pain, one of the most common causes of disability and work absence, and the most common reason for requiring medical help. Despite of numerous contemporary methods of medical treatment, about 30 % of acute low back patients make a transition to chronic pain syndrome which makes pain dominant over patient's life, his/her family and close social surroundings and also impairs the quality of life. A recent scientific view, in accordance with biopsychosocial model, is that psychological factors are important determinants of pain perception and behaviour. Psychological processes are not only a reaction to pain but also a part of integral pain perception. This article considers the effects of psychological factors which include personality traits, emotional states, cognitive and behavioural patterns, stressors and coping strategies, and it also gives a short overview of certain psychological models of chronic pain development. Whereas unrecognized and untreated psychological difficulties may have a significantly negative influence on efficacy of low back patient's rehabilitation, there are several proposed guidelines for the identification of patients that need professional psychological help. Evaluations of different psychological treatments emphasize the results of cognitive behavioural treatment and self-regulation treatments (*biofeedback*, relaxation and hypnosis) as the most efficient in the improvement of emotional and physical functioning, pain and disability reduction, decrease of depression, enhancement of the quality of life, reduction of the number of visits to physician and the intake of pain relief pharmacotherapy, as well as in cutting down the period of work absence. According to the contemporary imperative of interdisciplinary pain rehabilitation programs, simultaneously implemented interventions of multidisciplinary teams which include a physician, a physical therapist and a psychologist, are emphasized as the most efficient approach to the treatment of low back pain patients.

Key words: low back pain, models of chronic pain development, multidisciplinary team, psychological factors, psychological treatments

UVOD

Bolovi leđa, osobito križa, tisućljetni su zdravstveni problem čovječanstva, što dokazuje i osvrt na tu temu iz Hipokratovih zapisa (460. – 380. godine prije Krista)¹. U proteklih nekoliko desetljeća križobolja slovi kao jedan od najučestalijih razloga traženja liječničke pomoći i odlaska na bolovanje, zbog čega je postala rastući socioekonomski problem modernog doba². Ova bolna tegoba narušava sve segmente svakodnevnog funkcioniranja pojedinca tijekom najproduktivnije dobi: istraživanja pokazuju da 60 – 80 % odraslih u nekom trenutku svog života doživi bol u križima. Ako bismo taj podatak promatrali u sadašnjem trenutku, moglo bi se reći da 30 % opće populacije ovog trenutka pati od križobolje, ali ne traži pomoć liječnika, 5 % ljudi ima križobolju koju liječi, 40 % ljudi u svojoj je prošlosti doživjelo ili će tek doživjeti križobolju, a samo 25 % ljudi nikada neće iskusiti takve zdravstvene probleme³. Jedno od mogućih objašnjenja opsega ovog problema jest još uvijek nepotpuna prilagodba kralježnice na uspravni stav tijela te nedovoljna tjelesna aktivnost modernog čovjeka, koja pogoduje razvoju problema s leđima⁴.

Križobolja je odavno priznata kao biopsihosocijalni problem⁵, na čije se različite čimbenike, osobito psihosocijalne, ipak može utjecati. Prema nekim istraživanjima samo 40 % ukupne varijance križobolje odnosi se na faktore koje nije moguće mijenjati (npr. genetske predispozicije)⁶. Ostatak se odnosi na različite faktore čijim je modificiranjem moguće učiniti pozitivne pomake u smjeru smanjenja bola i poboljšanja zdravstvenih ishoda. Psihološki čimbenici mogu djelovati na doživljaj bola na tri osnovna načina: kao uzrok bola (psihogeni bolovi), kao “ublaživači” (smanjuju intenzitet) ili “pojačivači” (pojačavaju intenzitet) doživljaja bola. Ti se čimbenici odnose na različita psihološka stanja i procese, a uključuju crte ličnosti, emocionalna stanja, kognitivne i ponašajne obrasce, te okolišne stresore i mehanizme suočavanja, prijašnja iskustva i različita psihofiziološka stanja organizma⁷.

Kada se govori o križoboljama važno je naglasiti razliku između onih koje su prouzročene isključivo psihološkim ili psiho-fizičkim čimbenicima (nespecifične) te onih koje su primarno uzrokovane

ne tjelesnim problemom koji može potaknuti pojavu emocionalnih teškoća⁸. Nespecifične križobolje mogu biti psihogene ili psihosomatske. Psihogene križobolje mogu se javiti kao jedan od simptoma nekog psihičkog poremećaja, npr. somatoformnog bolnog poremećaja, hipohondrije, depresije ili psihotičnog poremećaja. Psihosomatske križobolje uzrokovane su međudjelovanjem psiholoških i tjelesnih čimbenika⁸.

S druge strane, iako specifične križobolje imaju jasnu organsku etiologiju, upravo kronične bolne

Istraživanja pokazuju da 60 – 80 % odraslih u nekom trenutku svog života doživi bol u križima. Bez obzira na uzrok nastanka križobolje, psihosocijalni čimbenici smatraju se važnim faktorom u održavanju i pogoršanju simptoma, percepciji doživljenog bola, razini tjelesne aktivnosti pojedinca i tranziciji akutnog prema kroničnom bolu.

tegobe mogu uzrokovati sekundarne emocionalne i psihičke smetnje⁸. Stoga je najtočnije reći da, bez obzira na primarni uzrok, svaka križobolja ima specifičnu psihološku priču u kojoj psihosocijalni čimbenici imaju neizostavnu ulogu u održavanju i pogoršanju simptoma, percepciji doživljenog bola, razini tjelesne aktivnosti i tranziciji akutnog prema kroničnom bolu^{2,9}. Upravo ćemo tim čimbenicima posvetiti više pažnje.

PSIHOLOŠKI ČIMBENICI KAO ODREDNICE DOŽIVLJAJA BOLA I PONAŠANJA KOD KRIŽOBOLJE

Tijek oboljenja, liječenje i rehabilitacija bolesnika s križoboljama djelomično su određeni i psihološkim čimbenicima. Među njima važno je istaknuti crte ličnosti, emocionalna stanja ili raspoloženja pojedinca, različite kognitivne faktore, odnosno misli i vjerovanja, te načine na koje se pojedinac suočava s problemima. Naposljetku, važno je i ponašanje osobe i njezine okoline te njihov stav prema bolu, koji je često uvjetovan prethodno naučenim, doživljenim ili usađenim mjerilima. U ovom poglavlju ukratko ćemo opisati kako se utjecaj psiholoških čimbenika odražava na zdravstveni ishod bolesnika.

Crte ličnosti

Pojedine crte ličnosti čine pojedinca ranjivijim u situacijama psihološkog stresa te manje tolerantim na bol. Tako će osobe sklone pretjeranoj napetosti i zabrinutosti (povišen neuroticizam) verbalizirati višu razinu psihološkog stresa i veći intenzitet bola, za razliku od pozitivnih, opuštenih i društvenih osoba¹⁰. Takve će osobe u stresnim situacijama biti sklonije psihosomatskim reakcijama i pojačanoj usmjerenosti na somatske simptome (npr. pojačan doživljaj bola uslijed uzrujanosti)¹¹. Na sličan način, tj. u smjeru pojačavanja bolnih senzacija, reagirat će i osobe koje su sklone život kreirati tako da su kontinuirano izložene stresu, a bez adekvatnih mehanizama opuštanja, kao i hipersenzibilni pojedinci koji svakodnevne događaje doživljavaju na intenzivniji način¹². Ljuttinja, kao osobina ličnosti, povezana je s povišenom percepcijom bola i izraženijim bolnim ponašanjima¹³. Čak se i ekstraverzija može promatrati kao rizičan faktor za razvoj ponašanja bola. Ekstravertirani pojedinci pozitivnije reagiraju na utjecaj okoline, što znači da će bolje slijediti savjete liječnika i time imati veće šanse za bolje buduće ishode. S druge strane, oni najčešće imaju visoke standarde i snažnu potrebu za odobravanjem okoline, što za posljedicu može imati negiranje problema i daljnji pretjerani angažman u tjelesnim aktivnostima koje mogu pojačati križobolju¹⁴.

Crte ličnosti koje su najviše povezane s učestalošću pojavom bola i s jačim doživljajem njegova intenziteta su sklonost histeriji i hipohondriji. Pojedinci skloni histeriji imaju tendenciju pretjerivati u doživljavanju i iskazivanju bola, dok su osobe sklone hipohondriji preokupirane svojim zdravljem i pretjerano usmjerene na somatske simptome, pa i najmanje tjelesne senzacije doživljavaju bolnima. Postoji i skupina ljudi sklonih tjeskobi i potištenosti za koje se smatra da su zapravo trajne crte ličnosti koje igraju važnu ulogu u pojačavanju doživljaja bola⁷.

Kroz različita istraživanja utvrđene su četiri skupine "zdravih" ljudi koji su skloni razvoju križobolje. Prvoj skupini pripadaju osobe s izraženim osjećajem odgovornosti, visokih zahtjeva na sebe i druge, istaknutih moralnih uvjerenja i naglašenih socijalno poželjnih obrazaca ponašanja. Zatim su tu

pojačano aktivni pojedinci, s perfekcionističkim tendencijama i uvijek napeti, koji se otežano opušaju. Treću skupinu čine osobe koje ne znaju izaći na kraj s osjećajem ljuttnje i frustriranosti, a četvrtu skupinu čine emocionalno nezreli pojedinci s izraženom ovisnošću o drugima i potrebom da se drugi o njima brinu^{12,15}.

Među bolesnicima s križoboljom nalazi se i posebna skupina koju čine pojedinci skloni simulaciji tjelesnih simptoma, a u svrhu ostvarivanja sekundarne dobiti i prava koja im ne pripadaju (financijskih naknada, odšteta na sudu itd.)¹².

Osim utjecaja koji crte ličnosti imaju na doživljaj bola i ponašanje pojedinca, istraživanja često spominju i specifičan interpersonalni stil koji bolesnici s kroničnim križoboljama tijekom vremena razvijuju. Takve pojedince opisuju kao ljuttite, hostile, sumnjičave spram liječenja i pomoći zdravstvenih djelatnika, s istaknutim somatskim preokupacijama i/ili depresivnim simptomima te pretjeranim prihvaćanjem i uživljavanjem u ulogu bolesnika^{10,16}.

Istraživanja međuodnosa crta ličnosti i križobolje kontinuirano nailaze na praktičan problem – retrospektivnim ispitivanjem nije moguće doći do nedvojbene zaključka o tome jesu li specifične crte ličnosti prethodile križobolji ili ozljedama koje su do križobolje dovele, ili je iskustvo bola dovelo do razvoja određenih promjena u crtama ličnosti¹⁷.

Emocionalna stanja

Čak i najuobičajenije dnevne promjene raspoloženja mogu utjecati na učestalost i intenzitet bola u križima, s obzirom na stav tijela i način kretanja koji su za svako naše raspoloženje drugačiji. Kod sniženog raspoloženja položaj tijela je pogubljeniji, kod ljuttnje i razdražljivosti izvode se energičniji i neoprezniji pokreti koji mogu dovesti do ozljeda. Ako smo napeti, pokreti su nam nespretniji. Bolesti u leđima rjeđe su prisutni kada se osoba osjeća poletno, veselo i zadovoljno³.

Emocionalna stanja najčešće su reakcija na nelađodu izazvanu bolnim podražajem, a ne sam uzrok bola⁷. Tipična emocionalna reakcija na bol uključuje osjećaje poput tjeskobe, straha, ljuttnje, frustracije, krivnje i potištenosti. Unutarnji kapaciteti pojedinca za reguliranje tih emocija različiti

su i o njima ovisi individualno iskustvo bola. Doživljaj bola bit će manji ako su načini reguliranja emocija efikasni. Ako nisu, bol će biti intenzivniji. Rezultati istraživanja ukazuju da su negativna emocionalna stanja snažno povezana s lošim ishodom tretmana križbolje i razvojem nesposobnosti¹⁸, kao i da značajno utječu na individualnu percepciju bola⁷.

Osobe koje pate od kroničnog bola imaju veću učestalost anksioznih smetnji. U tu skupinu smetnji uključena je intrapsihička napetost, osjećaj straha koji značajno ograničava i ometa svakodnevno funkcioniranje te perzistirajuća pojačana zabrinutost koja nepovoljno utječe na ponašanje, pažnju i misaone procese osobe¹⁸. Dugotrajna pretjerana zabrinutost može rezultirati i kontinuiranom pojačanom napetošću mišića, koja dodatno djeluje na povećanje intenziteta bola^{3,8}.

Također uobičajeno emocionalno stanje povezano s kroničnim bolom je depresivno raspoloženje s pratećim osjećajem beznađa i bespomoćnosti. Osobe s depresivnim simptomima prijavljuju veći intenzitet bola, u većem su riziku za tjelesnu nesposobnost, dulje izostaju s posla. Veća razina depresije prije tretmana povezana je s lošijim ishodima rehabilitacije¹⁸.

Ljutnja je važna komponenta emocionalnog svijeta osoba koje pate od kronične križbolje. Istraživanja pokazuju da osjećaj ljutnje ima veze s pojačanom percepcijom i doživljajem intenziteta bola te s ponašajnim reakcijama na bolni podražaj¹³.

Osobe koje pate od kronične križbolje u pravilu ističu značajno veću razinu emocionalnog stresa, te povišenu prisutnost depresivnih i anksioznih simptoma. Dokazano je da emocionalni stres čini sindrom bola ometajućim za fizičku aktivnost i svakodnevno psihosocijalno funkcioniranje¹⁰.

Kognitivni faktori i strategije suočavanja

Ljudi imaju različita vjerovanja o svom bolu koja su temeljena na prijašnjem učenju i socijalnim utjecajima. Stupanj do kojeg osoba vjeruje da je bol onesposobljava ima moćan utjecaj na razinu njezinog funkcioniranja i na razvoj kroničnog bola. To uključuje vjerovanja pojedinca da bol čovjeka čini nesposobnim, da je opasan i signalizira ozljedu, zahtijeva prekid rada, da je odmor jedini lijek, da ne postoji način kontrole bola i da će bol ostati sastavni dio budućeg života¹⁹.

Vjerovanja o bolu utječu na razinu sposobnosti direktno ili putem strategija suočavanja. Direktni utjecaj vjerovanja o bolu može se uočiti kroz bolesnikovo izbjegavanje tjelesne aktivnosti i smanjenje razine svakodnevnog funkcioniranja^{19,20}. Pojedinci koji imaju realnije i "korisnije" misli o bolu pokazuju ponašanja suočavanja koja vode k oporavku²¹.

Dokazano je da je vjerovanje kako se uslijed bola mora smanjiti tjelesna aktivnost značajan prediktor razvoja kroničnog bola i nesposobnosti, te da je vjerovanje da je bol stabilan i nepromjenjiv povezano s lošijom suradljivošću u fizikalnim i psihološkim tretmanima¹⁸. Osoba koja ima ideju da može modificirati vlastito bolno iskustvo, te da njezin bol nije trajan i misteriozan, lakše će usvojiti aktivne strategije suočavanja i doživljavat će pozitivniji učinak rehabilitacijskog programa. Koristenje pasivnijih strategija suočavanja, kao što su distrakcija i molitva, predviđa lošiju prilagodbu funkcioniranja, a usvajanje pozicije bespomoćnosti predviđa lošije emocionalne ishode²².

Vjerovanja o bolu očituju se i u očekivanjima osobe. Tako će neispunjena očekivanja o poboljšanju zdravstvenog stanja nakon tretmana rezultirati generiranjem negativnih misli i pasivnih, za zdravlje nekorisnih ponašanja¹⁸. Bolje suočavanje s problemima, stabilan i samouvjeren stav o vlastitim mogućnostima i kontroli bola smanjuju rizik od razvoja dugoročne onesposobljenosti²³.

Strah od bola i pretjerano negativna interpretacija bolnog podražaja (tzv. katastrofiziranje) važni su faktori onesposobljenosti²¹. Strah od bola ometa fizičku izvedbu², a katastrofiziranje povećava intenzitet bola. Oboje vodi k izbjegavanju aktivnosti, što nadalje potiče razvoj osjećaja depresivnosti i nesposobnosti te pridonosi intenzivnijem doživljaju bola. Na taj se način održava opstanak kroničnog bola²¹.

Upoznavanje psiholoških faktora, kao što su percepcije i kognicije koje bolesnik ima o svojoj križbolji, mogu pomoći u identificiranju osoba koje su u većem riziku za lošiji ishod i koje bi mogle imati koristi od uključivanja u psihološke tretmane²³. Istraživanje Fostera i sur. pokazalo je da su ispitanici koji nemaju doživljaj kontrole nad križboljom imali 40 % veći rizik za lošiji ishod, oni s negativnim vjerovanjem o posljedicama bolova u

križima imali su 50 % veći rizik, dok je grupa ispitanika s očekivanjem da će se križbolja javljati u budućnosti imala 200 % veći rizik za lošije zdravstvene ishode²³.

Ponašanja povezana s bolom

Naše je ponašanje pod snažnim utjecajem učenja te socijalnih i okolinskih čimbenika. Kada osoba pati od kroničnog bola nužno je mijenjanje navika, prilagođavanje okolnih uvjeta, modificiranje vlastitih tjelesnih aktivnosti u okvirima realnih mogućnosti, kako bi se u što većoj mjeri udovoljilo zahtjevima svakodnevne te izbjegla potpuna tjelesna/radna neaktivnost i socijalna izolacija. Utvrđeno je da se ponašanja koja rezultiraju kratkoročnim smanjenjem bola mogu pokazati štetnima u budućnosti. Tako je mirovanje u početnoj fazi križbolje najčešće najbolji način suočavanja s bolom. No, trajnije mirovanje može dugoročno olakšati razvoj intenzivnijih problema, pa je kronične bolesnike važno pravodobno usmjeriti na postupno povećavanje tjelesne aktivnosti¹⁸.

Način na koji se okolina ponaša prema osobi koja pati od križbolje ima utjecaj na razinu i kvalitetu njezine tjelesne aktivnosti. Kažnjavajuće ponašanje okoline prema bolesniku, kao i pretjerana briga i pažnja i pretjerana zaštita, rezultat će kod bolesnika smanjenom sposobnosti i kretanjem, pojačanim psihološkim stresom i snižavanjem praga tolerancije na bol. Ako je ponašanje okoline poticajno i usmjereno na distrakciju pažnje bolesnika s bolnog doživljaja, razina sposobnosti i uključivanja u svrhovite svakodnevne aktivnosti bit će veća, a oporavak brži. U tretmanima bolesnika s kroničnim križboljama pokazuje se korisnim uključiti i bolesnika i obitelj u edukaciju o važnosti podržavanja i poticanja adaptivnih i funkcionalnih ponašanja²⁴.

PSIHOLOŠKI MODELI RAZVOJA KRONIČNOG BOLA

U literaturi se nalaze brojne psihološke teorije o razvoju kroničnog bola i percepciji bolnih senzacija, koje su većinom usmjerene na uzročno-posljedičnu povezanost misli, ponašanja i emocija. U najnovijim istraživanjima najčešće se spominje pet teorija koje danas imaju vodeću ulogu u objašnjavanju ranije spomenutih fenome-

na^{18,21,24,25}. Od toga su *model izbjegavanja straha*, *model prihvaćanja i uključivanja* te *model pogrešno usmjerenog rješavanja problema* fokusirani na specifično iskustvo i razvoj kroničnog bola, a *model samoefikasnosti* i *dijateza-stres model* usmjereni su na ponašanje pojedinca uslijed bolnog iskustva¹⁸. Kroz nekoliko kratkih crta nastojat ćemo približiti glavne postavke pojedinih modela koje mogu poslužiti kao smjernice u identificiranju bolesnika kojima je potrebna stručna psihološka pomoć.

Model izbjegavanja straha objašnjava kako bolesnici s akutnim bolnim stanjem tijekom vremena mogu prijeći u kronično bolno stanje praćeno depresijom, nesposobnošću i neaktivnošću. Osobe sklone katastrofiziranju, koje bol doživljavaju kao prijetnju, svoju pažnju pojačano usmjeravaju na bolne senzacije i razvijaju strah da će tjelesna aktivnost uzrokovati bol ili ozljedu što vodi k izbjegavanju aktivnosti. Navedeno za posljedicu ima narušenu sposobnost i psihosocijalno funkcioniranje. Pri tome strah od bola i ozljede ponekad više onesposobljuje od bola samog^{18,21,24,25}.

Model prihvaćanja i uključivanja usmjeren je na osobe koje pate od kroničnog bola i nemaju kapacitet mijenjati obrasce vlastitog ponašanja. Umjesto opetovanih pokušaja neuspješnog smanjenja bola, potrebno je bol prihvatiti te se usmjeriti na prilagođavanje svakodnevnih aktivnosti zdravstvenim mogućnostima, a u svrhu postizanja važnih osobnih ciljeva. Prihvaćanje bola vodi k manjem emocionalnom stresu i većoj tjelesnoj funkcionalnosti¹⁸.

Model pogrešno usmjerenog rješavanja problema objašnjava zašto kronični bol kontinuirano ometa pažnju, producira pojačanu usmjerenost na bolne senzacije i potiče ustrajnost u pokušajima smanjenja bola, čak i kada objektivno ne postoji "čarobno" rješenje. Kada su stalni pokušaji smanjenja bola neuspješni, zabrinutost se pojačava i bolesnici su zatočeni u beskrajnoj petlji preplavljujućih briga i propalih pokušaja smanjenja bola. Sagledavanje problema na nov način, usmjeren na funkcionalnije ciljeve, a odmaknut od bola, moglo bi pomoći u pronalaženju efikasnijeg rješenja problema¹⁸.

Model samoefikasnosti govori o važnosti prilagođavanja navika i životnog stila ograničenjima kro-

ničnog bola, uz stalno održavanje bazične tjelesne, socijalne i radne aktivnosti. Ovaj model zahtijeva da osoba razumije prirodu svog problema bola, planira strategiju brige o sebi pri suočavanju s pogoršanjima, uči nadvladati teškoće u funkcioniranju i iskoristiti dostupne izvore podrške. Aktivno suočavanje s bolom promovira osjećaj samopouzdanja i samoefikasnosti, što je povezano s povećanom funkcionalnošću i osobnom dobrobiti¹⁸.

Dijateza-stres model usmjeren je na pojedince koji su i prije križobolje imali značajnu razinu psihološkog stresa ili čiji su kapaciteti suočavanja vrlo niski i slabi, što tijekom pojave bola može rezultirati značajnim funkcionalnim ograničenjima i generirati još veću razinu emocionalnog stresa. Pokazuje se da su pojedinci s psihijatrijskom anamnezom ili oni s depresivnim raspoloženjem, kao i oni s većom razinom stresa, u pojačanom riziku od promjene akutne prema kroničnoj križobolji¹⁸. Aktualna istraživanja i dalje traže odgovor na pitanje kako što ranije među bolesnicima s akutnom križoboljom otkriti i prepoznati one koji će razviti kroničan bol.

Prisutnost neorganskih znakova, povišena razina maladaptivnih ponašanja u suočavanju s bolom, povišeno bazično funkcionalno oštećenje, prisutnost psihičkih poremećaja i nisko opće zdravstveno stanje navode se kao prediktori slabijih ishoda, a niska razina izbjegavanja zbog straha i nisko bazično funkcionalno oštećenje prediktori su oporavka nakon 3 mjeseca, 6 mjeseci i godine dana²⁶.

OTKRIVANJE BOLESNIKA S KRIŽOBOLJOM KOJIMA TREBA OMOGUĆITI PSIHOLOŠKI TRETMAN

Nalazi istraživanja pokazuju da neprepoznate i neliječene psihološke poteškoće mogu značajno negativno interferirati s uspješnom rehabilitacijom bolesnika s križoboljom. No nemaju svi bolesnici s križoboljom psihološke faktore rizika i smatra se da samo dio bolesnika treba detaljnu psihologijsku procjenu.

U tu svrhu razvijeni su različiti kratki upitnici probira s namjenom razvrstavanja bolesnika s križoboljom s obzirom na psihološke čimbenike. U najčešćoj su uporabi "STarT Back" upitnik koji diferencira

bolesnike s niskom, srednjom ili visokom razinom psiholoških rizičnih faktora²⁷ i "Distres i rizik" upitnik koji kategorizira bolesnike u normalnu, rizičnu, distres – depresivnu i distres – tjelesnu skupinu²⁸. Valjanost i pouzdanost ovih trijažnih instrumenata potvrđena je u nizu istraživanja²⁷⁻²⁹, ali njihova primjena zahtijeva utrošak dodatnog vremena u ionako zgušnjutom rasporedu pregleda u prepunim fizijatrijskim ambulancama.

Stoga su istraživanja usmjerena i na ispitivanje valjanosti probira na temelju znakova i simptoma

Pravovremene psihološke intervencije mogu pomoći i bolesniku i medicinskom osoblju u različitim fazama liječenja i rehabilitacije, a njihov krajnji cilj je naučiti pojedinca samostalno upravljati vlastitim stanjem s minimalnim oslanjanjem na zdravstveni sustav. Simultane intervencije različitih stručnjaka (fizijatra, fizioterapeuta, psihologa) preporučuju se kao najučinkovitiji način liječenja bolesnika s križoboljama.

koje je moguće uočiti kod samog kliničkog pregleda bolesnika, a s ciljem otkrivanja onih bolesnika koji trebaju dodatnu psihologijsku procjenu i psihološku pomoć.

Najnovije istraživanje preporučuje korištenje trijažnog postupka koji uključuje ispitivanje Wadeovih znakova, crtež bola, pregled za procjenu preference smjera bola i podatke o dnevnoj upotrebi medikamenata. Predlaže se ljestvica bodovanja ovih varijabli kojom dobiveni zbroj pokazuje vjerojatnost prisutnosti psihičkih poteškoća. Ovisno o pokazanoj veličini vjerojatnosti donosi se odluka o upućivanju bolesnika na psihologijsku procjenu³⁰.

PSIHOLOGIJSKA PROCJENA I PSIHOLOŠKI TRETMANI

Provedba psihologijske procjene nužan je korak prije psihološkog tretmana. Psihologijska procjena usmjerena je na identifikaciju psihosocijalnih čimbenika koji mogu biti povezani s pojavom bola ili njegovim pojačavanjem. Provedbom kliničkog intervjua i psihologijskim testiranjem nizom testova i upitnika dobiva se uvid u individualne razlike u stilu življenja, zahtjeve profesionalne uloge, socijalnu podršku, zdravstvene navike, crte

ličnosti, osobni stil suočavanja, emocionalno stanje i prisutnost simptoma anksioznosti, depresivnosti itd. Dobiveni podaci o razini funkcioniranja bolesnika prije pojave bolnih tegoba uspoređuju se s aktualnim sposobnostima regulacije emocija i vjerovanjima o bolu, njegovom očekivanju pomoći i emocionalne podrške od drugih i njegovom osjećaju kontrole nad bolom.

Ističe se da tri vjerovanja o bolu: katastrofiziranje bola (ekstremno negativna interpretacija bola), izbjegavanje zbog straha (uvjerenje da treba izbjegavati svaku aktivnost da bi se izbjegao bol) i nevjerovanje u mogućnost oporavka, stavljaju bolesnika u skupinu pojačanog rizika slabe prognoze rehabilitacije¹⁸. Nalazi istraživanja pokazuju da otprilike polovica bolesnika s križboljom pokazuje psihološke poteškoće, te se za njih preporučuje uključivanje u psihološki tretman paralelno s rehabilitacijskim tretmanima^{30,31}.

Ovisno o nalazima psihologijske procjene preporučuje se psihološki tretman. Psihološki tretmani imaju za cilj unapređivanje psihosocijalnog funkcioniranja osobe koja ima bolne tegobe. Psihološke tehnike usmjerene su na poboljšanje funkcioniranja putem smanjenja percepcije bola i psihološkog stresa, razvijanja i korištenja dugoročno konstruktivnijih strategija suočavanja, smanjenja korištenja lijekova i posjeta liječniku. Krajnji cilj psihološkog pristupa je naučiti primjerene tehnike koje omogućavaju osobi samostalno rukovođenje stanjem bez oslanjanja na zdravstveni sustav¹⁸.

Detaljna metaanaliza kojom su obuhvaćene dvadeset i dvije randomizirane studije pokazala je učinkovitost psiholoških tretmana u bolesnika s križboljom. Evaluacija različitih oblika psiholoških tretmana pokazuje najveću učinkovitost kognitivno-bihevioralnog tretmana i samoregulirajućih tretmana (*biofeedback*, relaksacija i hipnoza) u unapređivanju emocionalnog i fizičkog funkcioniranja, reduciranju specifične onesposobljenosti povezane s bolom, smanjenju depresije, poboljšanju kvalitete života u odnosu na zdravlje, smanjenju broja posjeta liječniku i upotrebe lijekova za suzbijanje bola, kao i dužine trajanja bolovanja³².

Kognitivno-bihevioralni pristup temelji se na pretpostavci da očekivanja, stavovi i uvjerenja

utječu na način na koji se osoba suočava s bolom. Stoga modifikacija negativnih kognicija može rezultirati poboljšanom kontrolom bola. Neprimjereni mehanizmi suočavanja koji se mogu susresti kod bolesnika s kroničnim bolovima povezani su s pogreškama u kognicijama ili misaonim procesima. Istraživanja konzistentno pokazuju da su osobe koje imaju sklonost krivim interpretacijama doživljaja bola teže ometene u funkcioniranju. Kognitivno-bihevioralni tretmani pomažu bolesniku da identificira, procijeni i korigira maladaptivne konceptualizacije i disfunkcionalna uvjerenja o sebi i svom stanju. Bolesnika se vodi u otkrivanju i prepoznavanju povezanosti između kognicija, emocija i ponašanja kao i njihovih posljedica^{33,34}.

Psihološke intervencije samoregulirajućih tretmana usmjerene su na različite komponente bola: fiziološku, subjektivnu ili ponašajnu. Glede navedenog koriste se različite tehnike.

Biolška povratna sprega (*biofeedback*) i tehnike relaksacije usmjerene su na fiziološki aspekt bola. *Biofeedback* je u zapadnim zemljama široko prihvaćen pristup u tretmanu kroničnog bola. Ova neinvazivna procedura kombinira psihološki i fiziološki pristup, a uključuje korištenje elektronske opreme koja omogućava vizualizaciju fizioloških procesa kojih osoba nije svjesna, čime se omogućava i postizanje svjesne kontrole. Najčešće se koristi elektromiografski (EMG) *biofeedback* kojim se uči smanjiti napetost određenih mišića što za uzvrat rezultira smanjenjem osjećaja bola³⁴.

Tehnike relaksacije temelje se na pretpostavci da smanjenje emocionalne uzbuđenosti smanjuje bol. Fiziološke promjene konzistentne sa smanjenjem aktivnosti simpatičkog živčanog sustava prate relaksaciju, a uključuju smanjenje potrošnje kisika, smanjenje broja otkucaja srca i smanjenje koncentracije laktata u arterijskoj krvi. Opuštanje omogućava lakše i učinkovitije korištenje sugestije i imaginacije za smanjenje bola. Fokusiranje pažnje na ugodne sadržaje sprečava/umanjuje daljnju preokupiranost ometajućim mislima o bolu, a kroz opetovana iskustva smanjenja tegoba pojedinac se uči kako kontrolirati vlastiti bolni podražaj. Relaksacija se pri tome koristi i za učenje tjelesne svjesnosti. Naime, osobe koje imaju bolove ne reagiraju pojačavanjem napetosti miši-

ća samo na bol, nego i na anticipaciju bola, što rezultira povećanjem bola. Osveštavanjem senzacija u tijelu omogućava se registracija napetosti i svjesno i namjerno opuštanje mišića³⁴.

Najveću empirijsku podršku ima kognitivno-bihevioralna terapija u kontekstu interdisciplinarnog programa rehabilitacije bola³⁵.

ZAKLJUČAK

Danas se u liječenju križbolje preporučuje multidisciplinarni pristup usmjeren na osobu koja trpi bol. U skladu s biopsihosocijalnim pristupom liječenje podrazumijeva obuhvaćanje cjelokupne osobe, kako s njenim fizičkim, tako i psihičkim obilježjima. Kroz više od 2 desetljeća studije potvrđuju vrijednost psiholoških intervencija u smanjenju samoiskaza bola i depresije, poboljšanju ometene sposobnosti, te unapređenju zdravstvene kvalitete života. S obzirom na to da se najučinkovitiji pristup u liječenju bolesnika s križboljom očituje upravo u simultanom provođenju intervencija različitih stručnjaka, važno je usmjeriti se prema ostvarivanju uvjeta za djelovanje multidisciplinarnih timova koji uključuju fizijatra, fizioterapeuta i psihologa.

LITERATURA

- Rutonić T. Vježbe za kralježnicu. Zagreb: Planetopija d. o. o., 2008;8-10.
- Swinkels-Meewisse IEJ, Roelofs J, Oostendorp RAB, Verbeek ALM, Vlaeyen JWS. Acute low back pain: pain-related fear and pain catastrophizing influence physical performance and perceived disability. *Pain* 2006;120:36-43.
- Tanner J. Zdravija leđa. Zagreb: Makronova, 2005;24-26.
- Keros P, Ćurković B. Križbolja. Zagreb: Naklada Ljevak, 2002;7-18.
- Waddell G. The Back Pain Revolution. 2nd Edition. London: Churchill Livingstone, 2004;267-74. Available at: http://www.amazon.co.uk/Back-Pain-Revolution-Gordon-Waddell/dp/0443072272#reader_0443072272. Accessed May 3rd, 2012.
- Mitchell T, O'Sullivan PB, Smith A, Burnett AF, Straker L, Thornton J et al. Biopsychosocial factors are associated with low back pain in female nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46:678-88.
- Havelka M. Psihološke odrednice boli. In: Havelka M (ed). Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998;185-88.
- Buljan D. Psihijatrijski čimbenici križbolje. In: Grazio S, Buljan D (ed). Križbolja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2009;245-254.
- Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain. *Spine* 2002;27:E109-20.
- BenDebba M, Torgerson WS, Long DM. Personality traits, pain duration and severity, functional impairment, and psychological distress in patients with persistent low back pain. *Pain* 1997;72:115-25.
- Tavallai A, Kargar Kh, Farzanegan Gh, Saeidi SY, Radfar S. Personality characteristics of patients with chronic low back pain. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010;5:372-6.
- Mirković M, Matulić Karađole V. Psihološki aspekti križbolje. In: Grazio S, Buljan D (eds). Križbolja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2009;255-64.
- Quinlan-Colwell A. Chronic low back pain and anger: influencing effect of rumination and gender. Greensboro: Faculty of the graduate school at The university of North Carolina, 2010;118. PhD thesis.
- Vendrig AA, De Mey HR, Van Akkerveeken PF. Assessment of chronic back pain patient characteristics using factor analysis of the MMPI-2: which dimensions are actually assessed? *Pain* 1998;76:179-88.
- Bru E, Mykletun RJ, Svebak S. Neuroticism, extraversion, anxiety and type A behaviour as mediators of neck, shoulder and lower back pain in female hospital staff. *Personality and Individual Differences* 1993;15:485-92.
- Fernandez E, Turk DC. The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain* 1995;61:165-75.
- Feuerstein M, Papciak AS, Hoon PE. Biobehavioral mechanisms of chronic low back pain. *Clinical Psychology Review* 1987;7:243-73.
- Linton SJ, Shaw WS. Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain. *Physical Therapy* 2011;91:700-11.
- Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain* 2002;97:23-31.
- Bergbom S, Boersma K, Overmeer T, Linton SJ. Relationship Among Pain Catastrophizing, Depressed Mood, and Outcomes Across Physical Therapy Treatments. *Physical Therapy* 2011;91:754-64.
- Dawson AP, Schluter PJ, Hodges PW, Stewart S, Turner C. Fear of movement, passive coping, manual handling, and severe or radiating pain increase the likelihood of sick leave due to low back pain. *Pain* 2011;152:1517-24.
- Keeley P, Creed F, Tomenson B, Todd C, Borglin G, Dickens C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. *Pain* 2008;135:142-50.
- Foster NE, Bishop A, Thomas E, Main C, Horne R, Weinman J et al. Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome? *Pain* 2008;136:177-87.
- Alschuler KN, Hoodin F, Murphy SL, Rice J, Geisser ME. Factors contributing to physical activity in a chronic low back pain clinical sample: A comprehensive analysis using continuous ambulatory monitoring. *Pain* 2011;152:2521-7.

25. Hasenbring MI, Hallner D, Klasen B, Streitlein-Böhme I, Willburger R, Rusche H. Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: Psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain* 2012;153:211-7.
26. Chou R, Shekelle P. Will This Patient Develop Persistent Disabling Low Back Pain? *JAMA* 2010;303:1295-302.
27. Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheumatism* 2008;59:632-41.
28. Main CJ, Wood PL, Hollis S, Spanswick CC, Waddell G. The distress and risk assessment method: a simple patient classification to identify distress and evaluate the risk of poor outcome. *Spine* 1992;17:42-52.
29. Main CJ, Sowden G, Hill JC, Watson PJ, Hay EM. Integrating physical and psychological approaches to treatment in low back pain: the development and content of the StarT Back trial's "high-risk" intervention (StarT Back; ISRCTN 37113406). *Physiotherapy* 2012;98:110-6.
30. Apeldoorn AT, Bosselaar H, Ostelo RW, Blom-Luberti T, van der Ploeg T, Fritz JM et al. Identification of patients with chronic low back pain who might benefit from additional psychological assessment. *The Clinical journal of pain* 2012;28:23-31.
31. Manchikanti L, Fellows B, Singh V. Understanding psychological aspects of chronic pain in interventional pain management. *Pain Physician* 2002;5:57-82.
32. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health psychology* 2007;26:1-9.
33. Nicholas MK, George SZ. Psychologically informed interventions for low back pain: An update for physical therapists. *Physical therapy* 2011;91:765-76.
34. Turk DC. Cognitive-behavioral perspective on treatment of chronic pain patients. *In: Turk DC, Gatchel RJ (eds). Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook.* New York: Guilford press, 2002;138-58.
35. Turk DC, Swanson KS, Thunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients – when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian journal of psychiatry* 2008;53:213-23.