

Ali so ljudje s kronično razširjeno nerakavo bolečino sočutni do sebe?

BARBARA HORVAT RAUTER

Povzetek Skozi prispevek želimo bralcem predstaviti težave, s katerimi se soočajo pacienti s kronično razširjeno nerakavo bolečino. Posebej se osredotočimo na koncept sočutja do sebe, ki je v tujini predmet mnogih raziskav. Predpostavili smo, da je sočutje do sebe pri ljudeh s kronično bolečino pomembno nižje od stopnje sočutja do sebe o kateri poročajo posamezniki brez kroničnih težav. V raziskavo smo vključili smo 28 udeležencev s kronično razširjeno bolečino, ki so bili vključeni v 4-tedenski program rehabilitacijske obravnave. Ugotavljamo, da se po programu pomembno okrepi skupna človeška izkušnja, ki nakazuje več primerjav lastnih težav s težavami drugih. Njihove rezultate pa smo primerjali tudi z normativnim vzorcem. Ugotavljamo, da je stopnja sočutja do sebe pri vzorcu oseb, ki se soočajo s kronično razširjeno bolečino pomembno nižja tako pred pričetkom terapevtske obravnave kot po njej.

Ključne besede: • kronična razširjena nerakava bolečina • psihološke značilnosti • sočutje do sebe • Lestvica sočutja do sebe •

NASLOV AVTORJA: dr. Barbara Horvat Rauter, specializantka klinične psihologije, Univerza v Ljubljani, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-SOČA, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-pošta: barbara.rauter@ir-rs.si.

DOI 10.18690/2463-8005.3.2.17-27(2017)

ISSN 2386-0219 tiskana izdaja / 2463-8005 spletna izdaja © 2017 ANALI PAZU^{HD} (Murska Sobota)

Dostopno na <http://hd.anali-pazu.si>

Are people with chronic widespread non-malignant pain self-compassionate?

BARBARA HORVAT RAUTER

Abstract The aim of this contribution is to introduce to the readers the problems people with widespread nonmalignant pain are dealing with. Especially we focus on the concept of self-compassion, which is the subject of many studies abroad. We assumed that self-compassion in people with chronic pain is significantly lower in comparison to people without chronic problems. 28 participants with chronic widespread pain were included into the research. They took part in the 4-week program of rehabilitation treatment. The results show that the common human experience significantly increased through the program. We also compared the results from our, with the normative sample. We note that the level of self-compassion in the sample of people facing chronic widespread pain was significantly lower before therapy and after the treatment.

Keywords: • chronic widespread non-malignant pain • psychological aspects • self-compassion • Self-Compassion Scale •

CORRESPONDENCE ADDRESS: Barbara Horvat Rauter, Ph.D., bachelor of clinical psychology, University of Ljubljana, University Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia-SOČA, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Slovenia, e-mail: barbara.rauter@ir-rs.si.

DOI 10.18690/2463-8005.3.2.17-27(2017)

ISSN 2386-0219 Print / 2463-8005 On-line © 2017 ANALI PAZU^{HD} (Murska Sobota)

Available at: <http://hd.anali-pazu.si>

1. Uvod

Akutna bolečina, ki se pojavi in v razmeroma kratkem času izgine, nam je ljudem dobro poznana, manj poučeni pa smo o bolečini, ki postane kronična. S tovrstno bolečino se sooča med 3-5% Slovencev (Jamnik in Klopčič Spevak, 2011). Sindrom kronične razširjene nerakave bolečine (v nadaljevanju: kronična bolečina) (SKRB ali v angleščini CWP – chronic widespread pain) je pojavna oblika kronične bolečine, ki ni rakavega izvora, in je po kriterijih American College of Rheumatology (ACR) opredeljena kot vsaj 3 mesece trajajoča bolečina v vsaj dveh kvadrantih na nasprotnih straneh telesa, na levi in desni strani, nad pasom in pod njim ter v področju hrbtenice (Wolfe et al., 1990; ACPA, 2016). Težja oblika SKRB je sindrom fibromialgije, ki ga potrdimo, če poleg razširjenosti bolečine ugotovimo še 11 od 18 bolečih fibromialgičnih (prožilnih točk) (Jamnik in Klopčič Spevak, 2011; ACPA, 2016; Coster et al., 2008).

Kronična razširjena bolečina se razvije postopoma iz lokalizirane. Razvoj lokalizirane bolečine v kronično razširjeno je rezultat vpliva tako bioloških dejavnikov kot tudi bolnikovih osebnostnih dejavnikov ter kulturnega in socialnega okolja (Jamnik in Klopčič Spevak, 2011; Dymon & Pharm, 2015). Lahko rečemo, da je kronična bolečina posledica sočasnega neugodnega delovanja različnih dejavnikov. Med biološkimi dejavniki, ki predstavljajo tveganje za razvoj kronične bolečine literatura izpostavlja značilnosti imunskega sistema (Torres, 2010), glede osebnostnih značilnosti so k razvoju te bolezni bolj nagnjeni nevrotični, perfekcionistični ljudje, ki pridobivajo potrditve preko storilnostne naravnosti ter tisti, ki potlačujejo svoje čustveno doživljanje (Torres, 2010; Flor, 2014). Zelo izkušnje so tudi psihosocialni dejavniki, ki jih bomo nekoliko podrobneje predstavili. Skozi izkušnje s pacienti s kronično bolečino in preko podatkov iz literature, bomo navedli nekatere pogoste skupne izkušnje ljudi, ki se soočajo s kronično razširjeno nerakavo bolečino (Torres, 2010; Gonzalez et al., 2015; Oliveira & Costa, 2009; Oliveira & Costa, 2012; Van Houdenhove et al., 2005). Poročajo o obremenilni klimi v primarni družini. Pogosto navajajo izkušnjo zlorabe alkohola s strani staršev (pogosteje očeta) v času otroštva in z njim povezanim psihičnim in fizičnim nasiljem (Oliveira & Costa, 2009). Omenjajo pretirano vključevanje v težke delovne obveznosti, pogosto kaznovanje, klimo s pomanjkljivimi pohvalami ali pa odraščanje brez njih, zanemarjanje in spregledanost s strani staršev, nemalokrat poročajo o izkušnji spolne zlorabe, zaznamujejo jih tudi izgube bližnjih (skrbnikov, sorojencev) v času njihovih otroških let (Gonzalez et al., 2015; Oliveira & Costa, 2012). Izkazujejo značilnosti nevarne navezanosti.

Kronična bolečina zajema dinamične interakcije med mišljenjem, čustvovanjem, telesnimi procesi ter vedenjem in okolijskimi dejavniki. Skopaj s kronično bolečino prične teči proces žalovanja za sabo, kakršnega so bili navajeni desetletja. Nastopijo občutki izgube (žalost, jeza, razvrednotenje, obup, ...). Cilj psihološke obravnave teh pacientov predstavlja prepoznavanje teh občutkov z namenom krepitev sprejemanja stanja ter prepoznavanje, razumevanje in spreminjanje vzorcev delovanja, ki v kronični situaciji, spremembi postanejo manj, ali celo neučinkoviti. Izsledki študij kažejo, da je

jeza s svojimi posamičnimi vidiki pomembno povezana z jakostjo bolečine (Neff, 2003). Pristopi iz tujine vse bolj izpostavljajo pomen vključevanja sočutja do sebe, ki naslavlja tako ravnanje z jezo, kot tudi bolečinske odzive. Sočutje do sebe predstavlja namreč izkušnjo zaznavanja trpljenja ter željo po njegovi ublažitvi (Neff, 2003; Neff, 2009). Sočutje do sebe je opredeljeno kot učinkovita strategija čustvene regulacije, pri čemer se posameznik bolečim vsebinam ne izogiba, ampak se jih zaveda in jih razume ter je do teh vsebin prijazen, torej ne obsojajoč (Neff, 2003). Sočutje do sebe omogoča preoblikovanje neprijetnih čustev v prijetnejše ter način doživljanja sebe in/ali okolja na učinkovitejši način (Neff, 2003). V literaturi je koncept sočutja do sebe opredeljen na različne načine (Neff, 2003; Neff, 2009; Gilbert & Procter, 2006). Gilbert (Gilbert & Procter, 2006) piše o evolucijskem modelu teorije socialne mentalitete, po kateri so kapacitete za vzpostavitev sočutja do sebe pogojene z negujočim delom teorije navezanosti in zavzema zmožnosti motivacije, čustvovanja in kognicije. Gilbert (Gilbert, 2005) piše, da sočutje do sebe vzpodbuja psihološko blagostanje, saj posamezniku pomaga, da čuti negujočo skrb, povezanost in čustveno pomirjenost. Po teoriji socialne mentalitete (Gilbert, 1989), ki temelji na principih evolucijske biologije, nevrobiologije in teorije navezanosti, naj bi sočutje do sebe deaktiviralo sistem ogroženosti (povezan z doživljanjem ogroženosti, obrambe in limbičnega sistema) in aktiviral sistem samopomiritve (povezan s čustvi varne navezanosti, varnosti in oksitocinski ter opiatni sistem) (Gilbert, 1989). Sočutje do sebe naj bi tako vplivalo tudi na posameznikove telesne občutke na ravni avtonomnega živčnega sistema – občutek umirjenosti, srčni utrip, spremenjeno dihanje (Gilbert, 1989). Iz vidika socialne psihologije in budističnega pristopa opredeljuje Neff (2003) sočutje do sebe kot koncept z naslednjimi komponentami: nežnost, prijaznost do sebe nasproti samokritike, skupna človeška izkušnja nasproti izolaciji ter čuječnost nasproti preokupaciji. Nežnost do sebe pomeni tendenco k razumevanju in skrbi zase ter ne samokritičnega ter obsojajočega odnosa. Področje skupnosti zagovarja dejstvo, da smo ljudje nepopolni, da vsi delamo napake ter izkazujejo »nezdrave« načine vedenja. Zadnja komponenta čuječnost pa pomeni zavedanje sedanjega trenutka brez ruminacij in preplavljanja z vsebinami posameznikovega življenja (Neff, 2003; Neff, 2009).

Pomen krepitve sočutja do sebe in njegov vpliv na kronično bolečino so že raziskovali. V zadnjem desetletju so na tem področju najbolj poznane raziskave Neff, ki je 2003 (Neff, 2003) oblikovala Lestvico sočutja do sebe. Vključila je 6 dimenzij: prijaznost do sebe, obsojanje, skupna človeška izkušnja, izolacija, čuječnost in pretirana identifikacija. Izsledki študij kažejo, da predstavlja sočutje do sebe učinkovit način čustvene regulacije in nevtralizira neprijetno čustvovanje (Neff et al., 2005; Neff et al., 2007). Costa in Pinto-Goveia (2011) v svoji študiji ugotavljata, da posamezniki z višjo stopnjo sočutja do sebe učinkoviteje sprejemajo bolečino. Izkazujejo višjo stopnjo prijaznosti do sebe, več skupne človeške izkušnje in čuječnosti, hkrati pa je stopnja obsojanja nižja, manj je pretirane identifikacije z bolečino ter izolacije. Dokazali so tudi pomen obravnave posameznikovega samokritičnega dela. Neff in sodelavci (2007) so namreč preko tehnike dveh stolov dokazali, da tovrstna obravnava pomaga posamezniku, da pride v stik s svojim kritičnim delom in da okrepi negujoči del ter s tem sočutje do sebe. Ugotavljajo, da okrepljeno sočutje do sebe pomaga pri sprejemanju sprememb, ki jih prinese kronično

stanje in s tem doprinese h kakovosti življenja. Obstaja tudi več programov, preko katerih skušajo načrtno krepiti sočutje do sebe. To skušajo doseči z obravnavanjem jeze in pristopi čuječnosti. Krepitev sočutja do sebe zviša posameznikovo psihološko blagostanje in izboljša medosebne odnose (Neff et al., 2005). Pacienti s kronično bolečino, ki okrepijo sočutje do sebe zmanjšajo delovanje kroničnega stresa ter doprinesejo k znižanju negativnega čustvovanja. Anksiozna in depresivna simptomatika se zmanjšata (Neff, 2003; Neff, 2009; Neff et al., 2005, Neff et al., 2007, Neff et al., 2007; Neff et al., 2008). Rezultati kažejo, da bolje sprejemajo sebe in spremenjeno situacijo, v kateri so.

Namen naše študije je na podlagi teoretičnih dejstev, ki jih podajamo v uvodu, preveriti spreminjanje sočutja do sebe in njegovih posamičnih dimenzij pri pacientih s kronično razširjeno nerakavo bolečino, ki so vključeni v 4-tedenski program za obravnavo bolečine, ki se od leta 2013 izvaja na URI-Soča (Horvat in drugi, 2014). Prav tako bomo primerjali rezultate Lestvice sočutja do sebe in njenih poddimenzij z normativnim vzorcem (Neff, 2003).

2. Metodologija

2.1 Udeleženci

V raziskavo smo vključili 28 oseb s kronično razširjeno bolečino, ki so bili vključeni 4-tedenski interdisciplinarni rehabilitacijski program na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu RS - Soča. Od tega je bilo 25 (89,3%) žensk in 3 (10,7%) moških. Udeleženci in udeleženke so bili državljani Republike Slovenije.

Vsi udeleženci in udeleženke, ki so bili vključeni v študijo, so bili seznanjeni z njenim namenom in so s podpisom obveščenega soglasja privolili v sodelovanje.

Pri naboru vzorca smo upoštevali nekatere dodatne (vključitvene in izključitvene) kriterije. Sodelujoči posamezniki so imeli diagnozo kronične razširjene nerakave bolečine in so bili vključeni v 4-tedenski interdisciplinarni rehabilitacijski program. Iz raziskave smo izključili 2 posameznika, ki sta bila vključena v program rehabilitacije, a sta imela pridruženo diagnozo, ki bi lahko pomembno vplivala na posameznikovo stopnjo sočutja do sebe. Podatke, ki smo jih pridobili od teh udeležencev, smo izločili.

2.2 Pripomočki

Udeleženci so izpolnili Lestvico sočutja do sebe.

Lestvica sočutja do sebe (Self-Compassion Scale; 12)

slovenska priredba: Bujišić, A., Kocjančič, D., Uršič, N. in Žvelc, G. (2016).

Lestvica omogoča oceno sočutja do samega sebe in prisotnost šestih pomembnih elementov sočutja do sebe: prijaznost do sebe (postavke: 5, 12, 19, 23, 26), obsojanje (1, 8, 11, 16, 21), humanitarnost (3, 7, 10, 15), izolacija (4, 13, 18, 25), čuječnost (9, 14, 17, 22) in pretirana identifikacija (2, 6, 20, 24). Rezultat na posamezni lestvici je povprečje lestvice (torej rezultat, deljen s številom postavk lestvice). Za izračun skupnega rezultata je potrebno obratno vrednotiti lestvice Obsojanje, Izolacija in Pretirana identifikacija ($1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1$). Skupni rezultat je lahko povprečje ali seštevek lestvic.

3. Postopek

Vsi udeleženci, ki so bili vključeni v raziskavo, so bili predhodno vključeni v ocenjevalni triažni pregled (OTP), ki je vseboval pregled pri zdravniku (specialistu fizioterapevta), razgovor s psihologom, s socialno delavko in testiranje pri fizioterapevtu. Tovrstno poglobljeno ocenjevanje omogoči prepoznavanje morebitnih pridruženih ali drugih diagnoz, ki bi utegnile vplivati na stanje pacienta in povzročati kronične bolečine. Postopek omogoča ugotavljanje nadaljnjega rehabilitacijskega potenciala, na podlagi katerega izberemo obliko terapije. V raziskavo smo zajeli tiste posameznike, ki so bili vključeni v 4-tedenski interdisciplinarni rehabilitacijski program (PIRP). PIRP poteka v skupini. Vključenih je 7-8 pacientov. Srečanj s psihologom je 8 in trajajo uro in pol. Pri tem je eno srečanje družinski dan, eno je uvodno in namenjeno predvsem organizaciji. Zbiranje podatkov je potekalo med oktobrom 2016 in marcem 2017.

Izvedbo študije je potrdila Komisija za etiko na URI-Soča. Vsi udeleženci, ki so bili pripravljani sodelovati v raziskavi, so podpisali obveščeno soglasje. Seznanili smo jih z namenom raziskave. Vsi so vprašalnike izpolnili pred prvim srečanjem in pred zaključnim. V času izpolnjevanja je bil prisoten psiholog.

Podatke smo obdelali s programom SPSS.

4. Rezultati

S Kolmogorov-Smirnovim z testom smo preverili normalnost porazdelitve rezultatov na posameznih lestvicah. Glede na rezultate, ki so se po večini prilegali normalni porazdelitvi, smo za analizo izbrali kombinacijo parametričnih in neparametričnih testov.

Najprej smo z Wilcoxonovim testom rangov za ponovljene meritve preverili pomembnost spremembe rezultata na Lestvici sočutja do sebe pred začetkom terapevtskega programa in po njem. Rezultate prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Rezultati Wilcoxonovega testa in opisna statistika za posamezne teste ob prvi in ponovljeni meritvi

| | I. ocenjevanje | | II. ocenjevanje | | z | p |
|--------------------------|----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|------------|
| | M | SD | M | SD | | |
| skupaj | 80,18 | 13,19 | 82,32 | 15,40 | - 1,706 | 0,08 8 |
| prijaznost do sebe | 2,85 | 0,69 | 2,99 | 0,78 | - 0,396 | 0,69 2 |
| obsojanje | 2,62 | 0,83 | 2,59 | 0,84 | - 0,708 | 0,47 9 |
| skupna človeška izkušnja | 3,13 | 0,70 | 3,35 | 0,81 | - 20,24 4 | 0,02 5* |
| izolacija | 3,11 | 0,74 | 2,97 | 0,78 | - 10,28 6 | 0,19 8 |
| čuječnost | 3,26 | 0,72 | 3,33 | 0,76 | - 0,665 | 0,50 6 |
| pretirana identifikacija | 3,03 | 0,74 | 3,12 | 0,81 | - 0,478 | 0,63 3 |

Opombe: N = 28.

Povprečne vrednosti drugega ocenjevanja kažejo na ugodnejše rezultate. Statistično značilna razlika med obema merjenjema pa je prisotna na podlestvici skupna človeška izkušnja, kjer udeleženci ob drugem merjenju poročajo, da v večji meri kot prej doživljajo normalizacijo svojega stanja in se spomnijo tudi na to, da so drugi kdaj v podobni izkušnji. Skupni rezultat ob drugem ocenjevanju je v povprečju višji, kar nakazuje na to, da so udeleženci okrepili sočutje do sebe, a ta razlika ni statistično značilna.

V nadaljevanju smo z Enosmernim t-testom izvedli tudi primerjavo stopnje sočutja do sebe pri našem vzorcu udeležencev s kronično razširjeno nerakavo bolečino in normativnimi podatki, ki zajemajo vzorec zdravih posameznikov (Tabela 2).

Tabela 2: Primerjava rezultatov z normativnimi podatki (12)

| | skupaj | prijazno st do sebe | obsojanj e | skupna človeška izkušnja | izolacij a | čuječno st | pretirana identifikaci ja |
|----|---------|---------------------------|---------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------------------------|
| Mn | 109,5 | 3,05 | 3,14 | 2,99 | 3,01 | 3,39 | 3,05 |
| M1 | 80,18 | 2,85 | 2,62 | 3,13 | 3,11 | 3,26 | 3,03 |
| t | -11,76 | -1,525 | -3,314 | 1,095 | 0,697 | -0,961 | -0,165 |
| p | 0,000** | 0,139 | 0,003** | 0,283 | 0,492 | 0,345 | 0,870 |
| M2 | 82,32 | 2,99 | 2,59 | 3,35 | 2,97 | 3,33 | 3,12 |
| t | -9,338 | -0,439 | -0,444 | 2,327 | -0,25 | -0,416 | 0,432 |
| p | 0,000** | 0,664 | 0,002** | 0,028* | 0,805 | 0,680 | 0,669 |

Opombe: Mn – normativna povprečna vrednost (12), M1 – povprečna vrednost prvega ocenjevanja, M2 – povprečna vrednost drugega ocenjevanja.

Iz tabele razberemo, da poročajo udeleženci iz normativnega vzorca v povprečju o značilno višji stopnji sočutja do sebe, saj je njihov skupni rezultat na Lestvici sočutja do sebe v primerjavi z povprečnim rezultatov naših udeležencev, pomembno višji. Tudi rezultat po zaključku programa, ko naši udeleženci poročajo o okrepljenem sočutju do sebe, kaže, da udeleženci iz našega vzorca pomembno manjkrat prisluhnejo sebi in poskrbijo za svoje potrebe, kot je to značilno za udeležence v zdravem vzorcu. Značilna razlika je po obeh ocenjevanjih prisotna tudi na podlestvici obsojanje. Udeleženci s kronično bolečino poročajo, da so v težkih situacijah do sebe pomembno manj obsojajoči in kaznovalni kot udeleženci iz normativnega vzorca. Ob ponovnem ocenjevanju, ki je potekalo po programu rehabilitacije, so udeleženci navajali, da svoje stanje pogosteje normalizirajo in ga primerjajo s stanjem drugih. Slednje je pri primerjalnem vzorcu prisotno v pomembno nižji stopnji.

5. Interpretacija

Skozi pričujočo raziskavo smo želeli preveriti, ali se pri udeležencih s kronično razširjeno nerakavo bolečino skozi proces rehabilitacije spremeni stopnja sočutja do sebe. Prav tako nas je glede na izkušnje z ljudmi s kronično bolečino ter na podlagi teoretičnih spoznanj o njihovem celostnem doživljanju zanimalo, ali je njihova stopnja sočutja do sebe nižja od sočutja, ki si ga izkazujejo ljudje brez kroničnih zdravstvenih sprememb.

V tujini je bilo narejenih več raziskav (Neff, 2003; Neff, 2009; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2005; Gilbert, 1989), ki izpostavljajo pomen koncepta sočutja do sebe. Krepitev negujočega dela sebe, naj bi krepilo željo po ublažitvi trpljenja, ki ga povzroča doživljanje bolečine ter predstavljalo učinkovito strategijo čustvene regulacije (Neff, 2003). Temeljni namen obravnave pacientov s kronično bolečino na URI-Soča predstavlja učinkovitejše spoprijemanje z bolečino (Horvat in drugi, 2014), kar pomeni

kvalitetnejše življenje z manj omejitvami. Iz tega razloga smo predpostavili, da bodo udeleženci s kronično bolečino skozi obravnave okrepili sočutje do sebe, kar bi se kazalo v ugodnejših rezultatih skupnega seštevka Lestvice sočutja do sebe (Bujišić in drugi, 2016) ter na podlestvicah prijaznost do sebe, humanitarnost in čuječnost. Rezultati na lestvicah obsojanje, izolacija in pretirana identifikacija se bodo znižali. Rezultati Wilcoxonovega testa v tabeli 1 kažejo statistično značilno spremembo zgolj na lestvici skupna človeška izkušnja. Spremembe na vseh ostalih lestvicah potekajo v smeri višje stopnje zavedanja, a niso značilne. Pri interpretaciji si bomo pomagali z vsebino postavk lestvice Skupna človeška izkušnja. Na primer postavka 3 pravi: Kadar se stvari zame slabo odvijajo, vidim težave kot del življenja, skozi katerega gredo vsi. Postavka 7: Kadar se počutim slabo in potrto, se opomnim, da je na svetu še veliko drugih ljudi, ki se počutijo tako kot jaz. Iz vsebine teh postavk prepoznavamo normalizacijo – sprejemanje dejstva kot normalnega, pričakovanega. V uvodu pišemo, da je pri ljudeh s kronično bolečino trikrat pogosteje kot sicer v populaciji prisotno doživljanje anksioznosti (Flor, 2014), zaradi pogostih težjih obremenilnih predhodnih situacij tudi nevarnosti (Flor, 2014; Gonzalez et al., 2015; Oliveira & Costa, 2009; Van Houdenhove et al., 2005). Ker je funkcija bolečine opozarjanje na nevarnost, predstavlja normalizacija temeljno terapevtsko intervenco in menimo, da je iz tega razloga sprememba na tej lestvici statistično značilna.

Primerjava s podatki udeležencev iz normativnega vzorca (Neff, 2003), ki smo jih zbrali v tabeli 2, kažejo na značilno nižjo stopnjo sočutja do sebe pri pacientih s kronično bolečino. Menimo, da so tovrstni rezultati odraz znižanega psihološkega blagostanja (Gonzalez et al., 2015; Oliveira & Costa, 2009; Oliveira & Costa, 2012) s katerim se soočajo pacienti s kronično bolečino in ki je povezano s stopnjo sočutja do sebe (Gilbert, 2005). Po zaključku terapevtskega programa je rezultat sočutja do sebe pri pacientih s kronično bolečino sicer nekoliko višji, a še zmeraj pomembno nižji od primerjalnega vzorca (12). Menimo, da k temu doprinaša dolgoročnost spoprijemanja z bolečinami, katerega učinka in posledic za posameznikovo psihološko blagostanje se ne da odpraviti v enem mesecu terapevtskih obravnav, prav tako je primerjalna skupina iz Ameriške populacije in dopuščamo možnost, da so razlike prisotne tudi zaradi vpliva kulture. Značilna razlika je po obeh ocenjevanjih prisotna tudi na podlestvici obsojanje, kjer udeleženci s kronično bolečino poročajo, da so v težkih situacijah do sebe pomembno manj obsojajoči in kaznovalni kot udeleženci iz normativnega vzorca. Slednje se ne sklada s teorijo (Torres, 2010; Flor, 2014) in praktičnimi izkušnjami, po katerih so ljudje s kronično bolečino zelo kritični do sebe, pogosto kaznovalni. Menimo, da je lahko nizka stopnja obsojanja sebe ob zaključku programa rezultat terapevtskega dela, ki vključuje čuječnost in s tem sprejemanje sebe brez obsojanja.

Menimo, da je naša raziskava pomembna predvsem z vidika prepoznavanja terapevtskih učinkov obravnave pacientov s kronično bolečino. V pomembno izboljšanem rezultatu na lestvici skupna človeška izkušnja prepoznavamo pomen normalizacije, ki jo vključujemo v obravnave. Iz tega razloga menimo, da bi bilo potrebno pomen

normalizacije v obravnavi pacientov s kronično bolečino še dodatno raziskati in razširiti tudi na druge terapevtske intervence (npr.: validacija, uglasenost, udeleženos).

Pomanjkljivosti, ki bi jih bilo ob morebitnih ponovitvah študije pomembno odpraviti, ali izboljšati, prepoznavamo v majhnem vzorcu. Rezultate smo primerjali z normami iz tujine. V naši raziskavi nismo upoštevali spremembe jakosti zaznane bolečine, kar predlagamo kot možnost nadgradnje študije, prav tako bi lahko rezultate primerjali glede na demografske spremenljivke.

6. Literatura

- American Chronic Pain Association. (2016). ACPA Resource Guide to Chronic Pain Treatment. Dostopno na: https://www.theacpa.org/uploads/documents/ACPA_Resource_Guide_2016.pdf
- Bujišić, A., Kocjančič, D., Uršič, N., Žvelc, G. (2016). Priredba Lestvice sočutja do sebe. Povzetki – Psihološka obzorja, Konferenca v Kranjski Gori 22–24. 9. 2016.
- Costa, J., Pinto-Gouveira, J. (2011). Acceptance of Pain, Self-Compassion and Psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to Identify Patients' Subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18: 292–302.
- Coster, L., Kendall, S., Gerdtle, B., Henriksson, C., Henriksson, K. G., Bengtsson, A. (2008). Chronic widespread musculoskeletal pain: a comparison of those who meet criteria for fibromyalgia and those who do not. *Eur J Pain* 12: 600–610.
- Dymon, T. E.; Pharm, D. (2015). Fibromyalgia. *ASCP 2015: Neurologic and Psychiatric Care I* 1, 5–18.
- Flor, H. (2014). Psychological Pain Interventions and Neurophysiology: Implications for a Mechanism-Based Approach. *American Psychological Association* 69: 188–196.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.
- Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 13: 353–379.
- Gonzalez, B., Baptista, T. M., Branco, J. C. (2015). Life History of Women with Fibromyalgia: Beyond the Illness. *The Qualitative Report* 20: 526–540.
- Horvat, B., Vidmar, J., Zabukovec, I., Klar, N., Žalik, T., Perme Sušnik, K., Jamnik, H. (2014). Predstavitev interdisciplinarne obravnave pacientov s kronično razširjeno nerakavo bolečino na URI Soča. *Vodenje in rehabilitacija bolnikov s kronično bolečino: Izbrane teme s področja vodenja in rehabilitacije bolnikov s kronično nerakavo bolečino: redna letna učna delavnica: zbornik predavanj*: 91–105.
- Jamnik, H., Klopčič Spevak, M. (2011). Sindrom kronične razširjene bolečine in sindrom fibromialgije: pregled literature in predstavitev naših izkušenj. *Rehabilitacija* 1: 526–540.
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure Self Compassion Scale. *Self and Identity* 2: 223–250.
- Neff, K., Hsieh, Y., Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity* 4: 263–287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality* 41: 139–154.

- Neff, K., Rude, S., Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality* 41: 908–916.
- Neff, K., Pistsungkagam, K., Hseih, Y. (2008). Self-compassion and selfconstrual in the United States, Thailand and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*: 267–285.
- Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 561–573). New York: Guilford Press.
- Oliveira, P., Costa, M. E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health Status and worrying among fibromyalgia patients. *J Health Psychol* 14: 1184–95.
- Oliveira, P. J., Costa, M. E. (2012). Psychosocial Factors in Fibromyalgia: A Qualitative Study on Life Stories and Meanings of Living with Fibromyalgia, New Insights into Fibromyalgia, Dr. William S. Wilke (ur.), InTech, dostopno na: <http://www.intechopen.com/books/new-insights-into-fibromyalgia/psychosocial-factors-in-fibromyalgia-a-qualitative-study-on-life-stories-and-meanings-of-living-with>.
- Torres, M. (2010). Fibromyalgia: The Physiological and Psychological Parameters. New York University. Dostopno na: <http://www.nyu.edu/classes/keefe/EvergreenEnergy/torresm.pdf>
- Van Houdenhove, B.; Egle, U., Luyten, P. (2005). The Role of Life Stress in Fibromyalgia. *Rheumatic Manifestations of Other Diseases*: 365–370. http://www.uppitysciencechick.com/van_houden_hove_curr-rheum-fm.pdf.
- Wolfe F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennett, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L. et al. (1990). The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33: 160–172