

Ból w SM

10 numer angielskojęzycznego magazynu „MS in focus” z 2007 roku w całości poświęcony został jednemu zagadnieniu-zagadnieniu bólu w stwardnieniu rozsianym.

Poniżej prezentujemy streszczenia większości z zamieszczonych tam artykułów.

Wszystkie osoby zainteresowane problemem bólu w chorobie SM mogą w sprawie szczegółów publikacji zwracać się do Pani dr. Marii Kassur poprzez pocztę internetową (m.kassur@ptsr.orgpl) lub telefonicznie (0228398710).

Tłumaczenie i opracowanie artykułów M.Kassur i R.Buchowiecki.

Wstęp do zagadnienia bólu w stwardnieniu rozsianym.

Dr.H.W.Maloni, Centrum Medyczne Kombatantów, Centrum MS Excellence East w Waszyngtonie.

Pomimo faktu, iż bólu nie uważa się za powszechnie występujący, charakterystyczny objaw SM to z doniesień wielu badań wynika, że jest on kluczowym czynnikiem w tej chorobie, niezmiernie istotnym dla samych chorych, ich bliskich oraz personelu medycznego.

Wyniki najnowszych studiów pokazują, że około 2/3 osób z SM odczuwa ból w trakcie choroby. Ból może być objawem wczesnym i charakterystycznym, może też być objawem bardzo dokuczliwym, istotnie ograniczającym funkcjonowanie. Ból musi być leczony, towarzyszy mu depresja, lęk i zmęczenie.

Świadomość związku bólu z SM istnieje od blisko 200 lat. Już wówczas obserwowano, iż ból towarzyszy tej neurologicznej chorobie. W 1853 roku neurolog francuski Trousseau stwierdził, że bóle takie są podobne do bólów padaczkowych. Zaczęto więc stosować leki przeciwdrgawkowe do ich leczenia. Leki te stosowano aż do lat 80-tych. W tym czasie zarówno rozmiar jak i powszechność i charakter bólu w SM doczekały się licznych opracowań badawczych zarówno w Europie jak i w USA. Był to punkt wyjścia do poszukiwań drogi opanowania tego problemu.

Ból w SM jest związany z dwoma zjawiskami: uszkodzeniem mieliny centralnego układu nerwowego oraz ze skutkami niesprawności. Mielina przyspiesza przewodzenie nerwowe wspomagając płynną aktywność motoryczną, integrację i interpretację bodźców czuciowych oraz bierną percepcję. Gdy ból jest rezultatem uszkodzenia lub zmian przewodzenia nerwowego nazywany jest neurogennym lub mającym swoje korzenie w centralnym układzie nerwowym. Używane jest również określenie: ból neuropatyczny.

Ból, który jest reakcją na bodziec wywołujący uraz ma miejsce wówczas gdy kości, mięśnie lub receptory ciała emitują sygnał ostrzegawczy będący rezultatem niesprawności. Może to być rezultatem zmian w układzie kostno-mięśniowym wywołanych przez SM na skutek zmęczenia lub niewłaściwej postawy. Jeśli osoba chora porusza się w sposób odmienny od normalnego wywołuje to stan napięć i doprowadza do bólu.

Ubocznym skutkiem stosowania steroidów jest utrata gęstości kości ale zazwyczaj przy SM większe znaczenie w tym zakresie ma brak ruchu. Sam w sobie proces zmian gęstości kości jest bezbolesny chyba, że dochodzi do ich złamań.

Bóle reaktywne mogą się zdarzyć również na skutek odleżyn na skórze wywołanych długotrwałym miejscowym naciskiem.

Ból neurogeny opisywany jest jako ból intensywny i przewlekły lub jako sporadyczny i nagły i oceniany jest różnie z punktu widzenia stopnia ostrości. Z badań amerykańskich wynika, iż połowa oceniających określa ból jako przewlekły i ostry. Sporadyczny, nagły ból charakteryzowany jest jako przeszywający, podobny do rażenia prądem elektrycznym lub przypalania i często jest wywołany bodźcami, które normalnie nie są źródłem bólu np. dotknięcie kołdry, przeżuwanie czy chłodny powiew.

Neurogenne bóle opisywane jako bóle przewlekłe określane są jako palenie, mrowienie, ściskanie, sprawiające wrażenie ucisku obręczy, bolesne i pulsujące. Zjawisko bólu jest czymś na tyle indywidualnym, że opisać go może tylko osoba, która go rzeczywiście doznaje.

Sen, nastrój, zdolność do pracy, zabawy i cieszenia się życiem są wskazówkami uwidaczniającymi oddziaływanie bólu na życie osoby, która go doświadcza

Ocena rodzaju i przyczyny bólu jest ważna dla doboru sposobu jego leczenia. Są to najogólniej rzecz biorąc sposoby medyczne, behawiorystyczne, fizyczne oraz – w pewnych określonych przypadkach – chirurgiczne.

Najbardziej rozpowszechnione zespoły bólowe u osób z SM dotyczą : bólu głowy, przewlekłych, palących bólów kończyn, bólu pleców, stałych skurczy o charakterze ciągnięcia i drętwienia.

Leki przepisywane w celu łagodzenia bólu neurogennego u chorych na SM zawierają antydepresanty oraz opium ponieważ zwiększenie neurotransmiterów minimalizuje odczuwanie bólu. Ból w SM można również modulować lekami przeciwdrgawkowymi i przeciwdziałającymi arytmii ponieważ leki te działają łagodząco w stanach zapalnych układu nerwowego.

Bolesne skurcze czy spastyczność są dodatkową przyczyną bólu w SM, bólu który bardziej jest symptomem niż bólem neurogennym. Jeśli ból pozostaje w ścisłym związku z niesprawnością, ma źródło w systemie kostno-mięśniowym lub jest wynikiem uszkodzeń skóry wymaga leczenia powszechnie stosowanymi w takich przypadkach lekami uśmierzającymi ból, przeciwskurczowymi lub antybiotykami.

Behawiorystyczne sposoby walki z bólem polegają na łagodzeniu napięć, medytacji, myśleniu obrazowym, hipnozie, odwracaniu uwagi, i tzw. biosprężeniu zwrotnym (biofeedback).

Aktywność społeczna, udział w grupach wsparcia oraz dysponowanie zdolnością do zachowania dobrego nastroju są udowodnionym sposobem minimalizowania bólu. Osoby z SM niepracujące i przebywające stale w domu zazwyczaj bardziej uskarżają się na ból.

Do **czynników fizycznych** zmniejszających ból możemy zaliczyć działanie ciepła, zimna nacisku, fizykoterapię, ćwiczenia fizyczne, masaż, akupunkturę, jogę i taichi oraz tzw. metodę TENS (Transcutaneous Nerve Stimulation-stymulacja nerwowa poprzez skórę).

Interwencja chirurgiczna w leczeniu bólu jest zazwyczaj ostatecznością stosowaną wtedy, gdy wszystkie inne wymienione metody zawiodą. Procedury te polegają na miejscowym blokowaniu nerwów, są bezpieczne i odwracalne.

Powszechność występowania, klasyfikacja i pomiar bólu.

Dr Brenda Stoelb, dr Dawn M.Ehde, Centrum Medycyny Rehabilitacyjnej Badań i Treningu SM, Departament Medycyny Rehabilitacyjnej, Uniwersytet Waszyngtońskiej Szkoły Medycznej, Seattle, Waszyngton, USA.

Niegdyś dość powszechne, nawet wśród specjalistów, było przekonanie, że stwardnienie rozsiane przebiega bezboleśnie. Ostatnie dziesięciolecie badań tego problemu wykazało niezbitie, że było to przekonanie błędne. W większości przeprowadzonych badań od 43 do 80 procent badanych osób z SM skarżyło się na bóle będące wynikiem choroby. Ta spora rozpiętość wyników wynika z faktu badań różnych populacji chorych, o różnym zaawansowaniu choroby i niepełnosprawności. Zarówno europejskie jak i amerykańskie badania potwierdzają jednak, że populacja osób z SM częściej odczuwa ból niż populacje osób, których ta choroba nie dotknęła.

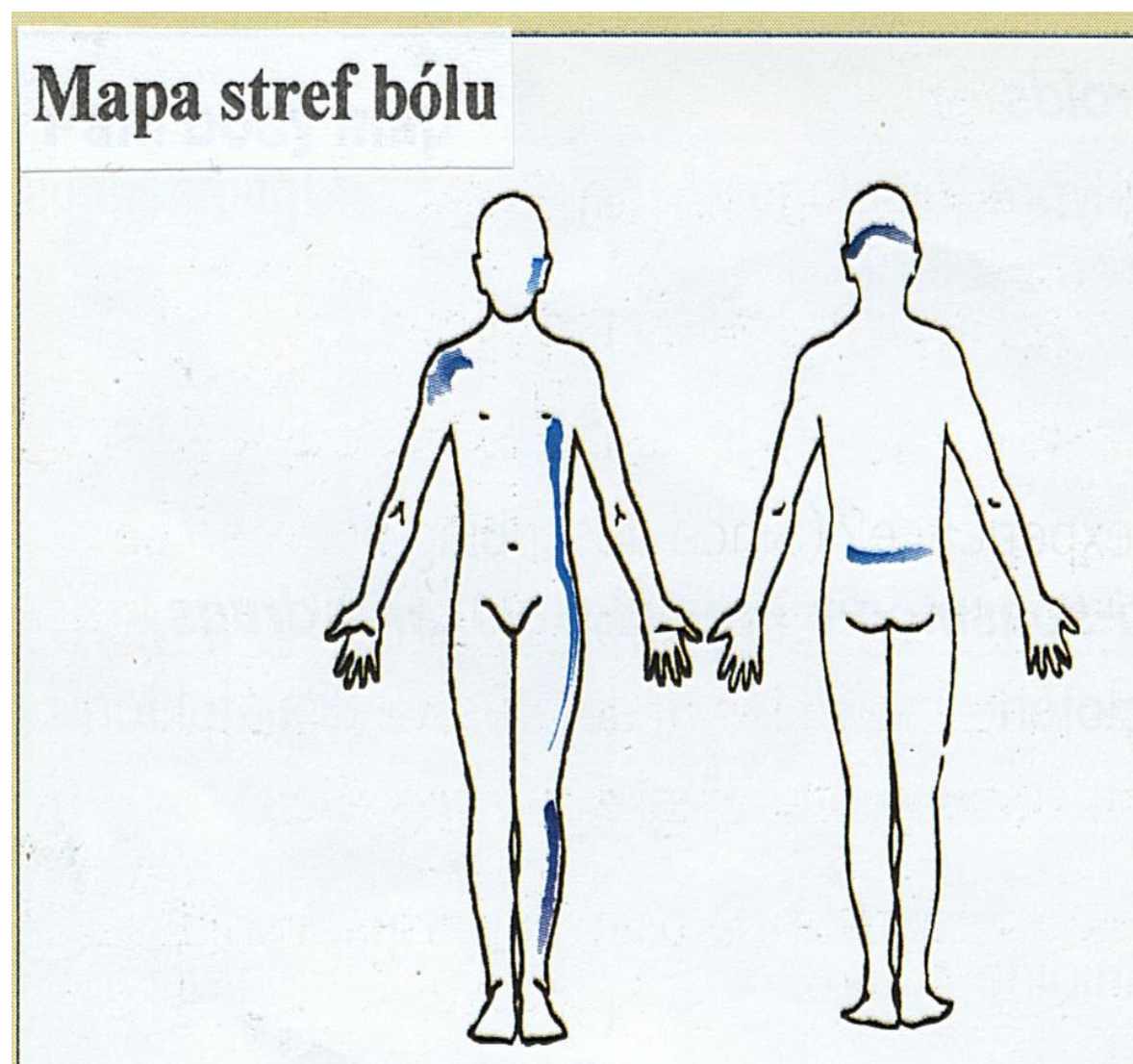
Ból w SM ma charakter neurogenny, inicjowany przez uszkodzenie i dysfunkcję układu nerwowego, centralnego lub peryferyjnego. Ból ten wywołuje cierpienie i stres. Jego charakter przypomina ból od oparzenia. Może trwać długo lub być ostry i krótkotrwały. Wielu chorych doznaje zróżnicowanych postaci bólu.

Lekarze i badający zjawisko bólu w SM stosują dla celów praktycznych swoistą, dziesięciostopniową skalę intensywności bólu. „0” w tej skali oznacza brak bólu, „10”- ból niemożliwy do zniesienia. Chorzy skarżący się na ból proszeni są o samodzielne wskazanie wartości skali, odpowiadającej poziomowi bólu, jaki odczuwają i jakim określeniem nazwali by jego intensywność. Ważne jest nie tylko zidentyfikowanie miejsca odczuwania bólu ale

również opisanie jak fizycznie ból jest odczuwany. Np. jedna z osób podaje, że odczuwa ból w nogach jako stały i męczący a inna osoba ból twarzy opisuje jako ostry i przeszywający. *Atak bólu* to odczuwanie na ile ból jest nieprzyjemny i natrętny. Swój wpływ ma tu czynnik emocjonalny. Np. kontroler ruchu powietrznego ma ból głowy, którego intensywność wynosi 3 ale ze względu na wykonywane zajęcie odczuwa jego intensywność jako 8. *Zakłócenie bólowe* określa w jakim stopniu ból wpływa na codzienną aktywność chorego. Wiąże się zazwyczaj z rodzajem codziennej aktywności (praca, sen, spędzanie czasu wolnego). Daje się to również wyrazić w dziesięciostopniowej skali, na której „0” to brak wpływu a „10” – niemożność realizowania danej aktywności.

Kontynuacja badań nad bólem w SM powinna dostarczyć lekarzom i terapeutom niezbędnych narzędzi umożliwiających pomoc osobom z SM w zwalczaniu bólu, którego źródłem jest ich choroba.

Poniżej przedstawiono mapę typowych miejsc występowania bólu w ciele osoby chorej na SM.



Leki używane do zwalczania bólu występującego w SM

LEK	ZASTOSOWANIE	DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE
Leki przeciwdrgawkowe		
Karbamazepina	Neuralgia nerwu trójdzielnego	Senność Zawroty głowy Trudności z koordynacją
Gabapentyna	Uczucie pieczenia	Zawroty głowy Trudności z koordynacją Zmęczenie
Klonazepam	Uczucie pieczenia	Uspokojenie Zawroty głowy
Lamotrygina	Bolesne skurcze toniczne Neuralgia nerwu trójdzielnego	Zawroty głowy Podwójne widzenie Trudności z koordynacją Bezsenna
Fenytoina	Uczucie pieczenia Bolesne skurcze toniczne Neuralgia nerwu trójdzielnego	Zawroty głowy Nudności Bezsenna Niekontrolowane ruchy gałek ocznych Trudności z koordynacją Zamazana mowa Uczucie dezorientacji
Pregabalina	Ból neuropatyczny	Senność Zawroty głowy
Leki antydepresyjne		
Amitryptylina	Uczucie pieczenia	Suchość w ustach Zamazane widzenie Uspokojenie Zatrzymanie moczu
Sterydy		
Metylprednizolon i prednizolon	Zapalenie nerwu wzrokowego	Metaliczny smak w ustach Przyspieszona akcja serca Uderzenia gorąca Wahania nastroju Trudności ze spaniem
Leki przeciwskurczowe (rozluźniające)		
Baklofen	Bolesne skurcze toniczne	Oslabienie Senność Zawroty głowy
Tizanidyna	Bolesne skurcze toniczne	Senność Suchość w ustach

Bóle neuropochodne w SM

Dr Claudio Solaro, Oddział Neurologii, szpital ASL 3, Genua, Włochy

Ból możemy najprościej zdefiniować jako nieprzyjemne doświadczenie czuciowe, związane z dokonaniem albo potencjalnie możliwym uszkodzeniem tkanek. Chociaż dla lekarzy zajmujących się SM ból jest ważnym symptomem rozpoznawczym odzwierciedlenie tego faktu w literaturze poświęconej problemom bólu jest niedostateczne.

Bóle neuropochodne, powszechne w przypadku SM obejmują nękające bóle piekące, zapalenie nerwu trójdzielnego, bolesne skurcze toniczne i tzw. objaw Lhermitte'a Co do metod leczenia bólu opierają się one jak dotychczas na eksperymentach z użyciem niewielkich populacji badanych, przy czym skuteczność określonego leku porównywana jest z działaniem placebo.

Nękające, piekące bóle są najbardziej powszechnym rodzajem bólu jakiego doznają osoby z SM. Opisywane są jako obustronne lub jednostronne odczucie pieczenia, zazwyczaj występujące w bardziej oddalonych częściach ciała, np. w kończynach dolnych, częściej w stopach niż w ich górnych partiach. Stopień utraty czucia jaki temu towarzyszy daje się określić na drodze badań neurologicznych.

Podstawowymi medykamentami stosowanymi przy leczeniu tego typu bólów są antydepresanty w rodzaju amitriptyliny, nortriptyliny i clomipraminy. Przeciwdrgawkowe leki takie jak carbamazepina, lamotrigina i gabapentin są również stosowane w leczeniu wymienionej postaci bólu u chorych na SM. Wymienione leki różnią się rodzajem i natężeniem niepożądanych skutków ubocznych. Osoby chore w różny sposób tolerują te leki i czasami stwarza to trudności co do stosowania danego leku w pożądanej dawce. Czasami dobranie właściwego leku w odpowiedniej dawce wymaga wysiłku ze strony lekarza i pacjenta.

W chwili obecnej niestety nie dysponujemy jeszcze dostatecznie dużą liczbą informacji co do skuteczności terapii z zastosowaniem wymienionych grup leków.

Zapalenie nerwu trójdzielnego jest przypuszczalnie najbardziej rozpoznawalnym objawem bólu neuropochodnego w chorobie SM. Nerw trójdzielny, jeden z największych jakie mieszczą się w obrębie głowy ma za zadanie przekazywanie do mózgu impulsów dotyku, bólu, ucisku lub temperatury z twarzy, szczęk, dziąseł czoła i okolic oczu. Wg. badań od 1,9 % do 4,4% osób chorych na SM odczuwa ten rodzaj bólu. Atak bólu jest nagły, pojawia się najczęściej na twarzy w obszarze piątego nerwu czaszkowego lub nerwu trójdzielnego a wywołać go może dotknięcie, żucie, golenie a nawet lekki powiew wiatru. Uważa się, że mechanizmy wywołujące bóle ze strony nerwu trójdzielnego u osób z SM i u osób, które na SM nie chorują są różne.

W zwalczaniu bólu spowodowanego zapaleniem nerwu trójdzielnego stosuje się głównie leki przeciwdrgawkowe. Niektóre leki przeciwdepresyjne mogą również być przydatne w walce z tego typu bólami.

W przypadku gdy leki okazują się mało efektywne lub dają niekorzystne efekty uboczne można uciec się do metod neurochirurgicznych, zmniejszających ucisk na nerw, redukujących jego wrażliwość lub powodujących przerywanie przewodzenia ścieżki nerwowej. Nie są to techniki stosowane powszechnie i brak jest odpowiednich doświadczeń z ich stosowania. Ponadto istnieje zawsze możliwość uszkodzenia nerwu co może prowadzić do zwiększonej wrażliwości lub drętwienia w obszarze uszkodzenia, do zmniejszenia tzw. odruchu rogówkowego, trudności przeżuwania lub do utraty słuchu.

Bolesne skurcze toniczne opisywane są jako bóle ciągnące i wywołujące skurcze, mogące obejmować obie kończyny dolne lub górne, choć częściej występujące w kończynach dolnych. Skurcze wywoływane są ruchem lub bodźcami zmysłowymi i najczęściej występują w nocy. Odczuwa te bóle około 11% chorych na SM.

Opisane skurcze pośrednio są wynikiem uszkodzeń w centralnym układzie nerwowym. Leki antyepileptyczne jak baclofen, benzodiazepina, gabapentin i tiagabina są szeroko stosowane dla ich zwalczania.

Objaw Lhermitte'a jest to krótkotrwały, nagły ból promieniujący wzdłuż kręgosłupa aż do kończyn dolnych wywołany zgięciem szyi i mający ścisły związek z SM. Doświadczą go około 40% osób z SM w podobnym okresie przebiegu choroby. Przy uporczywym występowaniu zaleca się stosowanie niewielkich dawek carbamazepiny, najczęściej jednak osoby, których ten symptom dotyczy nie wymagają leczenia farmakologicznego.

Bolesne **zapalenie nerwu wzrokowego** nie jest objawem neuropochodnym i przypuszczalnie jest nietypowym rodzajem bólu. Stan zapalny nerwu wzrokowego powoduje ból lokalizujący się za gałkami ocznymi, który nasila się przy ruchach gałek.

Niezależnie od bólu zapaleniu nerwu wzrokowego może towarzyszyć niewyraźne widzenie i całkowita lub częściowa utrata wzroku.

Kortykosteroidy mogą znacząco wpłynąć na wyniki leczenia przy wystąpieniu zapalenia nerwu wzrokowego.

Kanabis jako środek przeciwbólowy w SM ; fakt czy fikcja ?

Dr. Claude Vaney, Dyrektor Medyczny Centrum Rehabilitacji Neurologicznej i SM. Montana, Szwajcaria.

Stwierdzono, iż 15% osób z SM używa regularnie konopi indyjskich (pod postacią kanabisu lub marihuany). Chociaż te substancje nie wpływają na samą chorobę ludzie wierzą, iż mogą przynosić ulgę łagodząc niektóre jej symptomy takie jak stres, zaburzenia snu, skurcze mięśni oraz ból i czyniąc to bardziej efektywnie niż tradycyjne środki medycyny konwencjonalnej. Stąd naciski by środki te zostały prawnie dopuszczone do stosowania. Czyżby miał rację żyjący w XIX wieku lekarz dr. J.Russell Reynolds mówiąc o kanabisie, że to „najbardziej cenny lek jaki posiadamy” ?

A może ci, którzy go przyjmują są tylko ofiarami mistyfikacji ?

Konopie indyjskie znane były jako czynnik uśmierzający ból od 4.000 lat i zaliczane są do grupy roślin o własnościach narkotycznych jak coca czy opium będących stale w użyciu. Roślina ta zawędrowała do Europy z Indii w 1842 roku jako środek przeciwbólowy oraz łagodzący skurcze mięśni i drgawki, w celu stosowania w leczeniu tężca, reumatyzmu i padaczki. Lek występował do XX wieku w medycynie pod łacińską nazwą *tinctura cannabis*. Został wyeliminowany z nowoczesnej farmakologii zachodniej pod wpływem nacisków wywołanych zaniepokojeniem rosnącą popularnością narkotyków. W 1961 roku specjalna konwencja ONZ przyjęła ustalenie, iż haszysz nie przedstawia żadnej wartości ani z medycznego ani z naukowego punktu widzenia. W tym czasie nikt nie zdawał sobie jeszcze sprawy z faktu, iż **organizm ludzki posiada własny układ tzw. endokannabinoidowy o działaniu przeciwbólowym.**

Czynnikiem odpowiedzialnym za farmakologiczne właściwości kanabisu i fizyczne skutki jego stosowania jest tetrahydrocannabinol (THC). Zainteresowanie co do terapeutycznego stosowania kannabinodów (komponenty terpenofenolowe występujące w haszyszu-przyp.tłum) wzrasta od chwili odkrycia, że w organizmie człowieka występuje receptor kannabinoidu (CB1) – anandamid. Występujący m.in. w mózgu receptor pełni rolę neurotransmitera, mającego podobną strukturę do THC obecnego w kanabisie. Neurotransmitery stanowią chemiczne nośniki informacji przesyłanych w mózgu. Pracują na zasadzie przekazywania sygnałów elektrycznych pomiędzy komórkami nerwowymi. Sygnały takie są źródłem przeżywanych doznań i emocji jakich doświadczamy. Ponadto receptory CB1 tworzą ścieżki bólowe w mózgu, rdzeniu kręgowym a także na zewnątrz układu

nerwowego wywołując znaczną redukcję bólu przy udziale kannabinoidu. Precyzyjny mechanizm zjawisk, w wyniku których kannabinoidy wykazują działanie przeciwbólowo nie jest jak na razie jasny.

Najświeższe doniesienia mówią o leku stosowanym w postaci spreju, który zawiera równe ilości THC i kannabidiolu (kannabinoid występujący w konopiach indyjskich). Lek ten dopuszczono w roku 2005 do stosowania w Kanadzie w celu przeciwdziałania bólowi neuropochodnym u osób z SM.

Lek z wykorzystaniem substancji zawartych w kanabisie testowano na 66 osobach z SM, które doświadczały bolesnych skurczy oraz nękających bólów o charakterze klucia, pieczenia, drętwienia i ściskania. Część badanych osób otrzymywała lek wytworzony na bazie kanabisu a pozostała część placebo. Poziom bólu i poziom zakłóceń snu określano przy pomocy specjalnej skali. Badanie wykazało, że osoby przyjmujące lek doznawały prawie dwukrotnie większej redukcji bólu niż osoby przyjmujące placebo.

Również w Danii w roku 2004 przebadano 24 pacjentów z SM, którym podawano THC obserwując poprawę ich życia i redukcję bólu. Podobne wnioski można wyciągnąć z badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii. Te rezultaty, uzyskane jak na razie na niewielkich populacjach badanych, wskazują na fakt, że leki zawierające kannabinoidy są efektywne w zwalczaniu bólu neuropochodnego towarzyszącego SM.

Niezależnie od pozytywnych efektów odnoszących się do zwalczania symptomów bólu nie może ująć uwagi fakt, iż stosowanie kanabisu pociąga za sobą określone skutki uboczne, szczególnie gdy dawki leku są wysokie. Są to objawy takie jak osłabienie, suchość w ustach, zawroty głowy, zaćmienie umysłu, krótkotrwałe zaniki pamięci czy zaburzenia orientacji przestrzennej. W badanych grupach duży udział miały osoby, które nie ukończyły szkoły. Niedawne eksperymenty wykazały, że powszechne przyjmowanie przez młodzież marihuany jest źródłem problemów ich zdrowia psychicznego. Reasumując, podwójnie ślepy charakter prowadzonych badań był kwestionowany, jako że marihuana jest substancją psychoaktywną i działa narkotyzująco. Sytuacja, wyniku której osoby otrzymują aktywny narkotyk w trakcie leczenia klinicznego zazwyczaj postrzegana jest jako „zdekonspirowanie” badań a ich efekt jako rezultat sugestii. Ten szczególny aspekt może prowadzić do wniosku, że rezultaty badań są wyimaginowane. Wielu lekarzy praktyków wierzy jednak, że w przypadku osób dobrze tolerujących narkotyki, kannabinoidy są pożądaną alternatywą, gdy inne środki nie pomagają w walce z bólem.

W przyszłości nowa terapia koncentrująca się na receptorach CB1 musi zważyć ryzyko i korzyści leczenia, ponieważ zależność pomiędzy zdolnością do łagodzenia symptomów a psychoaktywnością haszyszu nie jest zbilansowana. Stosowanie kanabisu pozostaje więc kontrowersyjną terapią w stwardnieniu rozsianym i jest nielegalne w wielu krajach.

Obiecująca psychospołeczna terapia bólu w SM.

Dr. Dawn M. Ehde i dr. Brenda Stoelb. Departament Medycyny Rehabilitacyjnej, Szkoła Medyczna Uniwersytetu Waszyngtońskiego. Seattle, USA.

Wielu osobom chorym na SM lekarstwa skutecznie pomagają w walce z bólem. Jednakże nie zawsze środki farmakologiczne okazują się skuteczne. Na szczęście w takich przypadkach można uciekać się do pomocy szeregu metod nefarmakologicznych.

Biopsychospołeczny model bólu. Ból jest zjawiskiem bardzo złożonym i ma związek zarówno z ciałem jak i z umysłem człowieka.

Uważa się obecnie, że chroniczny ból najlepiej jest rozpatrywać z biopsychospołecznego punktu widzenia. Taki punkt widzenia uwzględnia biologiczne podstawy bólu

(np. uszkodzenie nerwów) przy jednoczesnym braniu pod uwagę faktu, iż czynniki psychospołeczne mogą mieć znaczny wpływ na doświadczanie bólu i jego wpływ na życie. Niektóre z tych czynników to rodzaj indywidualnej reakcji emocjonalnej na ból oraz sposób myślenia o nim i radzenia sobie z nim. Taki model pojmowania bólu prowadzi do efektywnych terapii zmniejszających jego natężenie i negatywny wpływ na chorego. Osoby cierpiące czasami dręczy niepokój, że inni nie postrzegają ich bólu jako „coś realnego”, że jest on wyolbrzymiany lub że wskazuje na chorobę umysłową. Tymczasem chroniczny ból jest poważnym stanem zlokalizowanym „w głowie” tylko dlatego, że sygnały bólowe przetwarzane są w mózgu. Postępy nauki o mózgu człowieka umożliwiły potwierdzenie faktu, iż czynniki psychologiczne takie jak czyjeś emocje lub stres mogą wpływać na jego zdrowie psychiczne a tym samym na odczuwanie bólu. Życie z SM i towarzyszącym tej chorobie bólem może być powodem ustawicznego stresu. Jesteśmy na początku procesów wyjaśniania jak ciało i umysł człowieka mogą wzajemnie na siebie wpływać.

Ćwiczenia relaksacyjne. Ból i inne czynniki stresogenne często powodują powtarzalne i przedłużające się napięcia mięśni skutkujące pogorszeniem się bólu. Badania wykazały, że jednym ze skuteczniejszych sposobów przeciwdziałania skutkom takich napięć wywołanych bólem i stresem jest stosowanie różnych form relaksacji : głębokiego oddychania, kąpieli, słuchania muzyki, medytacji czy modlitwy. Szereg technik relaksacyjnych nie wymaga żadnych specjalnych instrukcji, do stosowania innych przydatne mogą być wskazówki specjalistów.

Ludzie różnią się zdolnością do relaksu i próbując różnych technik relaksacyjnych powinny dobrać najskuteczniejszą. Najlepiej stosować relaksacje razem z innymi terapiami.

Głęboki oddech jest podstawą wielu technik relaksacyjnych i należy się go nauczyć jak najwcześniej. Wykonuje się go zazwyczaj leżąc lub siedząc w wygodnym fotelu. Zasadnicza metoda polega na wykonaniu głębokiego wdechu przez nos, tak jakby powietrze miało wypełnić żołądek a następnie po krótkim wytrzymaniu wydech ustami. Aby wzmocnić efekt relaksacji niektóre osoby wypowiadają cicho sami do siebie słowa w rodzaju „relaks”, „spokój” przy każdym oddechu.

Dla zapewnienia maksimum korzyści głębokie oddechy należy stosować co najmniej przez 5 minut kilka razy dziennie.

Ćwiczenie autosugestii. Wyniki badań publikowane w ostatnim dziesięcioleciu potwierdzają korzyści płynące ze stosowania ćwiczeń autosugestii, pomagających w radzeniu sobie z ostrym i przewlekłym bólem. Podobnie jak relaksacja, autosugestia jest drogą do wykorzystania siły umysłu do radzenia sobie z bólem poprzez modyfikowanie jego odczuwania. To może polegać na oderwaniu uwagi od bólu, koncentrowanie się na bardziej przyjemnych doznaniach lub na próbie odczuwaniu bólu jako czegoś co się zmniejsza i odchodzi. Ludzie stosujący autosugestię przez cały czas zachowują kontrolę nad sobą co odróżnia autosugestię od hipnozy.

Ćwiczenie autosugestii powinno być wykonywane przy udziale specjalistów mających doświadczenie w użyciu tej metody dla zwalczania bólu. Nauczyć się tego można na kilku sesjach a sama metoda –jeśli ma przynieść korzyści- powinna być regularnie stosowana. Trudno oczekiwać by metody autosugestii, podobnie jak leki, mogły całkowicie wyeliminować ból i przynosić korzyści każdemu kto je stosuje. Jednak jest określona grupa osób, w tym osób z SM, która odczuwa zmniejszenie intensywności bólu przez dłuższy czas. Ponadto w przeciwieństwie do leków uboczne efekty stosowania autosugestii są pozytywne. W badaniach, w których uczestniczyły osoby z SM stwierdzono 40 różnych, pozytywnych skutków stosowania autosugestii niezależnie od złagodzenia bólu. Negatywnych skutków nie stwierdzono.

Poznawcza terapia behawioralna. Liczne badania wykazują, że sposób myślenia ma istotny wpływ na to jak silnie odczuwany jest ból, jak można sobie z nim radzić i w jakim stopniu wpływa na życie i funkcjonowanie. Rzeczy, które ludzie robią odczuwając ból mogą być pomocne (np. techniki relaksacyjne) lub mogą być szkodliwe (np. używanie w nadmiarze alkoholu). Poznawcza terapia behawioralna obejmuje nauczanie ludzi jak należy zmieniać sposób myślenia o bólu i sposób zachowania się aby sprzyjało to redukcji bólu i złagodzeniu cierpienia, które mu towarzyszy. W tej terapii osoby są szkolone aby programować swoje myślenie o bólu w taki sposób, by eliminować myśli nie pomagające w zwalczaniu bólu na rzecz tych, które są w tym pomocne i działają uspakajająco.

Terapia behawioralna często jest łączona z nauczaniem innych terapii przeciwbólowych jak trening relaksacyjny, umiejętność odwracania uwagi od bólu i planowanie własnej aktywności. Terapia indywidualna lub grupowa prowadzona jest przez specjalistów.

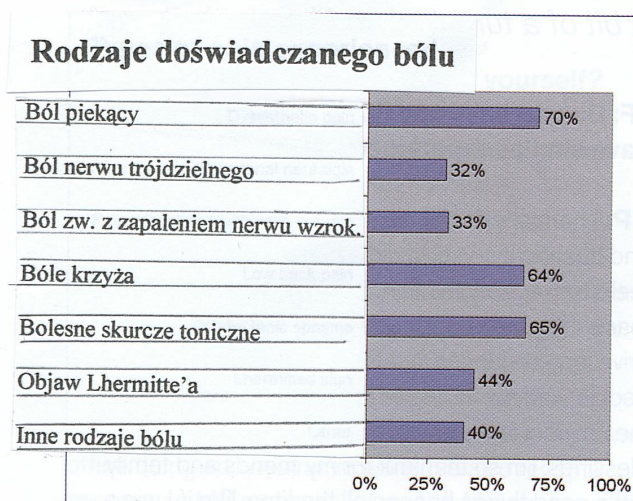
Inne interwencje psychologiczne. Można użyć innych terapii psychologicznych zwalczających ból i jego ataki; mogą to być grupy wsparcia, nauczanie o bólu i psychoterapia. W przypadku wystąpienia depresji zalecane jest jej leczenie, ponieważ depresja i ból stymulują się nawzajem. Ćwiczenia fizyczne (np. spacer, pływanie albo joga) często przynoszą korzystne efekty nie tylko dla kondycji psychicznej ale również w łagodzeniu bólu i stresu.

Jak szukać pomocy. Niestety dla wielu osób odczuwających ból związany z SM omówione wyżej terapie stosuje się dopiero wówczas, gdy wszystkie możliwości farmakologiczne zostaną wyczerpane. Interwencja psychologiczna powinna być brana pod uwagę wcześniej, bezpośrednio po wystąpieniu bólu, równoległe z odpowiednimi i efektywnymi terapiami farmakologicznymi i rehabilitacją. Im wcześniej ma to miejsce tym większy przynosi efekt

Ból w SM i skuteczność jego leczenia w świetle badań ankietowych.

Na 763 osobach chorych na stwardnienie rozsiane przeprowadzono badania ankietowe związane z bólem towarzyszącym tej chorobie.

Jeśli chodzi o rodzaj odczuwanego bólu to najczęściej ankietowanych osób odczuwało piekący ból. Niewiele mniejsza liczba osób skarżyła się na bolesne skurcze toniczne i bóle krzyża. Diagram obrazujący częstość występowania różnych rodzajów bólu wśród ankietowanych ilustruje poniższy diagram.



Ponad 300 ankietowanych osób zaliło się na inne rodzaje bólu, których nie ma na przedstawionym diagramie. Były to bóle zębów, narządów rodnych, nóg. Występowało również uczucie mrowienia albo klucia, a także ostry, strzelający ból obejmujący ciało i promieniujący do kończyn dolnych lub krzyża. Występowało również uczucie bólu skóry głowy, podobne do tego jaki towarzyszy czesaniu głowy szczotką. Skarżono się ponadto na bóle głowy i wskazywano również na bóle mięśniowe, odczuwanie wewnętrznego ucisku, marznięcia jakiejś części ciała czy wreszcie bóle obejmujące całe ciało.

Prawie połowa ankietowanych określiła natężenie bólu na 7 w 10-cio punktowej skali, stwierdzając, że odczuwany ból w istotny sposób negatywnie wpływał na jakość ich życia. Zdecydowana większość badanych osób (77%) jak terapię przeciwbólową preferowała leki. 39% wykonywało ćwiczenia, fizykoterapię stosowało 28% a złożone terapie w rodzaju hydroterapii, akupunktury, masażu, reiki czy medytacji były udziałem 24% ankietowanych. Jeśli chodzi o skuteczność zastosowanych metod terapeutycznych to ocenę tej skuteczności wyrażoną przez ankietowanych ilustruje poniższy wykres.



Jak widać jedynie 10% ankietowanych uznało terapię przeciwbólowe za w pełni skuteczne. Jednocześnie 20% uznało je za całkowicie nieskuteczne.

W zasadzie wszyscy uznali, że ból jest nieodłącznym symptodem SM a jego obecność w chorobie znacząco determinuje jakość życia osób dotkniętych tą chorobą.