

LĒTINIS SKAUSMAS KAIP KANKINIMO PASEKMĖ: VALDYMAS

Tarptautinė skausmo studijų asociacija

Kankinimas yra susijęs su daugybe su sveikata susijusių padarinių, tarp kurių esminės savybės yra nuolatinis skausmas ir su juo susijusi negalia [4,8,11]. Gydant kankinimus išgyvenusius asmenis, reikia atkreipti dėmesį į skausmą ir jo pasekmes.

Todėl būtina, kad sveikatos priežiūros specialistai, atsakingi už išgyvenusių kankinimų priežiūrą, būtų susipažinę su skausmo mechanizmų fiziologija, su biopsichosocialiniais skausmo modeliais ir su geriausiai įrodymais pagrįsta patirtimi, kaip valdyti ūmų ir nuolatinį skausmą.

Nuolatinis skausmas sukelia ne tik negalią ir ribotą funkcionavimą, bet sukelia ir psichologinius sutrikimus, sustiprindamas poveikį bendram asmeniniam ir socialiniam funkcionavimui. Vis dėlto tiriamojoje literatūroje apie kankinamų asmenų reabilitaciją daugiausia kalbama tik apie psichinės sveikatos problemas, neminint savaime skausmo kaip reikšmingos kančios ir negalios priežasties [9,15].

Gydant kankinimus išgyvenusius asmenis, reikia tų pačių intervencijos metodų, kaip ir kitoms skausmo būsenoms. Labai svarbu, kad sveikatos priežiūros specialistai mokytųsi iš įvairių kankinimo būdų ir jų fizinių padarinių. Reabilitacijos literatūros apžvalgoje pažymima, kad trūksta griežtų daugiakomponenčių intervencijų ir mokslinių tyrimų, skirtų išgyvenantiems kankinimus, [6,10]. Nedaug tyrimų įvertina skausmo gydymo rezultatus, o įrodymų kokybė yra žema [2,5], todėl jie pateikia mažai rekomendacijų. Gydant rekomenduojama, kad geroji klinikinė praktika būtų taikoma jautriai pacientams, kurie gali būti sunkiai traumuoti [1,2].

Platesnis susirūpinimas yra tas, kad skausmas nėra pripažįstamas, vertinamas ir valdomas kaip savaime problema. Nuolatinis skausmas gali pakenkti bandymams gydyti kitas įprastas problemas, tokias kaip kančia ir miego sutrikimas, ir trukdyti įgyti būtinų savitvarkos įgūdžių. Svarbu, kad geriausia patirtis, susijusi su skausmo malšinimu, būtų taikoma ir išgyvenusiems kankinimus, taip pat svarbu, kad skausmas nebūtų klaidingai laikomas potrauminio streso simptomu, nepaisant skausmo gydymo [1]. Pvz., Labai svarbu, kad neuropatinis skausmas, kuris gali atsirasti pečių suspaudus rankomis ar po pėdų padų sumušimo, būtų tinkamai įvertinti ir mediciniškai gydomi. Skausmo reabilitacija pagal biopsichosocialinį modelį yra susijusi su ribotu funkcionavimu ir negalia, kilusia dėl skausmo, ir su sudėtinga sąveika tarp asmeninių ir aplinkos veiksnių, t.y. veiksniais, kurie gali įtakoti skausmo patirtį ir atsaką į jį [14].

Reikėtų pripažinti, kad kankinimus išgyvenę asmenys be skausmo gali turėti rimtų psichologinių ir socialinių problemų ir kitų sveikatos problemų, kas apsunkina skausmo nupasakojimą, vertinimą ir gydymą. Tai netikrumas dėl civilinės būklės; nestabilus apgyvendinimas; izoliacija nuo šeimos, draugų, kultūros; ir įprastos mintys dėl paramos ir siekio grįžti į darbą [3; 13].

Kas visumoje esant esant lėtiniam skausmui rekomenduojama – tai daugiadalykis, daugiaryšis požiūris į skausmą, kas kankinimus išgyvenusių asmenų valdyme yra optimalu, o daugiausia dėmesio būtina skirti tokiems tikslams, kaip geresnis supratimas, funkcionavimas, dalyvavimas.

Reabilitacija gali būti individualių užsiėmimų mišinys kartu su psichoedukacija grupėje su arba be vertėjo.

Svarbu skatinti savivaldą bei grįžimą prie norimos veiklos ir įprasto gyvenimo būdo, kankinimus išgyvenusių asmenų skausmo malšinimas turėtų integruoti mokymą apie nuolatinio skausmo pobūdį, psichologines intervencijas, skirtas kognityviniams ir elgesio prisitaikymo prie skausmo aspektams, kineziterapija turėtų pagerinti bendrą fizinį funkcionavimą, sumažinti kankinimų sukeltus raumenų ir kaulų sistemos pažeidimus, svarbus ir farmakologinis skausmo gydymas.

Kankinimus išgyvenusiems žmonėms gali būti sunku susitaikyti su kankinimo sukeltu nuolatinio skausmu, atsisakyti minties dėl visiško palengvėjimo ir susitaikyti su skausmo mažinimu bei aktyvumo ir socialinės veiklos pagerėjimu, kas yra realistiškesni tikslai, atsižvelgiant į fizinių, praktinių ir psichologinių įgūdžių ugdymą. Taigi, reabilitacijos pradžioje reikia atsižvelgti į išgyvenusiųjų lūkesčius. Nuolatinio skausmo mechanizmų išaiškinimas yra svarbus ir tai leidžia pakeisti pesimistinius įsitikinimus apie geresnės funkcijos galimybę, o diskusija apie elgesio pokyčius skatina reabilitaciją. Visiems kankinimus išgyvenusiems žmonėms labai svarbu suprasti skausmo ir psichologinių problemų sąveiką [7].

Nėra sistemingų farmakologinio lėtinio skausmo po kankinimo gydymo apžvalgų, siūlančių geriausią praktiką. Farmakologinis skausmo gydymas, kaip ir esant kitiems lėtinio skausmo atvejams, turėtų būti pagrįstas kruopščiu skausmo vertinimu ir pagrindinių skausmo mechanizmų identifikavimu. Skausmo medicininio gydymo režimo laikymasis dažnai yra blogas, todėl tiksli informacija, ypač apie šalutinį poveikį, yra esminė. Neuropatinis skausmas turėtų būti gydomas pagal rekomendacijas, minėtas anksčiau.

Daugiadalykio skausmo gydymo nauda turėtų būti įvertinta ne tik pagal skausmo numalšinimą, bet turėtų apimti ir matavimą kaip gerėja su sveikata susijusi gyvenimo kokybė, įskaitant aktyvumą ir socialinį funkcionavimą [12]. Tai turėtų būti papildyta tarp išeičių, kuriuos patyrė kankinimus išgyvenę asmenys, vertinime.

Literatūra

- [1] Amris K, Williams A. Pain Clinical Update: Chronic pain in survivors of torture. IASP Press, 2007.
- [2] Baird E, Williams ACC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD012051.
- [3] Berliner P, Mikkelsen E, Bovbjerg A, Wiking M. Psychotherapy treatment of torture survivors. Journal of Psychosocial Rehabilitation 2004;8:85-96.
- [4] Burnett A, Peel M. Asylum seekers and refugees in Britain. The health of survivors of torture and organised violence. BMJ 2001;322:606-609.
- [5] Jansen G, Nordemar R, Larsson L, Blyhammar C. Pain rehabilitation for torture survivors. European Journal of Pain Supplements 2011;5:284.
- [6] Jaranson J, Quiroga J. Evaluating the series of torture rehabilitation programmes: history and recommendations. Torture 2011;21:98-140.

- [7] Morasco BJ, Lovejoy TI, Lu M, Turk DC, Lewis L, Dobscha SK. The relationship between PTSD and chronic pain: mediating role of coping strategies and depression. *Pain* 2013;154:609-616.
- [8] Olsen D, Montgomery E, Carlsson J, Foldspang S. Prevalent pain and pain level among torture survivors. *Dan Med Bull* 2006;53:210-214.
- [9] Patel N, Kellezi B, Williams AC. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;CD009317.
- [10] Quiroga J, Jarason J. Politically-motivated torture and its survivors: a desk study of the literature. *Torture* 2005;16.
- [11] Rasmussen O. Medical aspects of torture. *Dan Med Bull* 1990;37:1-88.
- [12] Taylor AM, Phillips K, Patel KV, Turk DC, Dworkin RH, Beaton D, Clauw DJ, Gignac MA, Markman JD, Williams DA, Bujanover S, Burke LB, Carr DB, Choy EH, Conaghan PG, Cowan P, Farrar JT, Freeman R, Gewandter J, Gilron I, Goli V, Gover TD, Haddox JD, Kerns RD, Kopecky EA, Lee DA, Malamut R, Mease P, Rappaport BA, Simon LS, Singh JA, Smith SM, Strand V, Tugwell P, Vanhove GF, Veasley C, Walco GA, Wasan AD, Witter J. Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials: IMMPACT/OMERACT recommendations. *Pain* 2016;157:1836-1850.
- [13] Teodorescu DS, Heir T, Siqveland J, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Chronic pain in multi-traumatized outpatients with a refugee background resettled in Norway: a cross-sectional study. *BMC Psychol* 2015;3:7.
- [14] Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:678-690.
- [15] Williams ACC, Amris K. Treatment of persistent pain from torture: review and commentary. *Med Confl Surviv* 2017;33:60- 81.

Autoria

Kirstine Amris, MD
The Parker Institute
Frederiksberg Hospita
Copenhagen, Denmark

Gunilla Brodda Jansen, MD
Department of Clinical Sciences
Karolinska Institutet
Stockholm, Sweden