

21. Poole H. et al. The utility of the Beck Depression Inventory Fast Screen (BDI-FS) in a pain clinic population. // *European Journal of Pain*, September 2009, Vol. 13, № 8, p. 865-869.
22. Strand L.I. et al. Back Performance Scale for the assessment of mobility-related activities in people with back pain. // *Physical Therapy*, December 1, 2002, Vol. 82, p. 1213-1223.
23. Summers JD et al.. Psychosocial factors in chronic spinal cord injury pain. *Pain* 1991;58:280–2.
24. Verbunt J.A. et al. A new episode of low back pain: Who relies on bed rest? // *European Journal of Pain*, 2008, Vol. 12, p. 508–516.
25. Viane, I.E. Acceptance of pain is an independent predictor of mentalwell-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. // *Pain*, 2003, Vol. 106, p. 65–72.

## **STRATEGIILE COPING (DE CONFRUNTARE) ȘI EFICIENȚA TRATAMENTULUI DURERII CRONICE MIGRENOASE ȘI LOMBARE**

**Valeria Sajin<sup>1</sup>, Stela Odobescu<sup>2</sup>, Ion Moldovanu<sup>1,2</sup>**

USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>1</sup>, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie<sup>2</sup>

### **Summary**

#### ***Pain coping strategies and treatment efficiency in chronic migraine and chronic low back pain***

Pain-oriented coping strategies are affective, cognitive and behavioural changes, which are used by the patients with pain with the purpose to decrease the pain and to control it. It is considered that coping strategies could have influence on chronic pain treatment efficiency. 40 patients with chronic migraine and 50 patients with chronic low back pain were examined. The group of coping strategies, which seems to have positive influence on the treatment efficiency, was Task persistence ( $p < 0,05$ ) (in both groups of patients). In group of patients with chronic migraine, the treatment efficiency was lower in those, who experimented more Resting  $p < 0,05$ ).

### **Rezumat**

Strategiile coping (de confruntare) orientate contra durerii reprezintă modificările afective, cognitive și comportamentale apărute la persoanele cu durere, care au drept scop diminuarea sau controlul apariției durerii. Se consideră că copingul poate influența eficiența tratamentului durerii cronice. În cadrul studiului dat au fost investigați 40 pacienți cu migrenă cronică și 50 pacienți cu durere lombară cronică. S-a constatat, că la ambele grupuri de pacienți strategiile coping ce par a contribui la o eficiență mai mare a tratamentului sunt din grupul Persistenței în efectuarea sarcinii ( $p < 0,05$ ). Din persoanele cu migrenă cronică eficiența tratamentului a fost mai scăzută la cei ce practicau frecvent Odihna ( $p < 0,05$ ).

### **Actualitatea temei**

Durerea este un fenomen extrem de frecvent, fiind una din cele mai răspândite senzații. Ea afectează orice individ în decursul vieții sale, fiind indispensabilă existenței ființei umane.

Durerea cronică reprezintă un sindrom cu o multitudine de factori determinanți: organici, psihologici și sociali. <sup>[3, 15]</sup> O specificitate a durerii cronice este faptul, că substratul ei organic poate fi slab evidențiat sau chiar absent, cu predominarea dimensiunii psihologice (menținute de către modificări neuronale și a neurotransmițătorilor), care menține și modulează intensitatea durerii.

Tratamentul durerii cronice a devenit la moment o problemă prioritară a medicinei. Deși permanent apare o multitudine de metode terapeutice și chirurgicale noi, orientate spre combaterea senzației algice, deseori durerea cronică este refractară la utilizarea diverselor medicamente și tehnici de tratament sau efectul lor este temporar. Actualmente se studiază

utilizarea metodelor psihologice în tratamentul durerii. De exemplu, revista medicală "Pain" a publicat în ultimii 20 de ani diverse articole cu rezultatele a mai mult de 70 studii importante a utilizării strategiilor coping orientate contra durerii și un număr mare de sinteze bibliografice <sup>[18]</sup>. Însă, cu toate acestea, conceptul "coping" rămâne pentru mulți specialiști în domeniul medical un termen vag definit și cu semnificație practică nedeterminată.

Fenomenul *coping*, adică de confruntare reprezintă o strategie pe care subiectul o utilizează pentru a menaja evenimentele vieții de natură stresantă (Lazarus and Folkman, 1984) <sup>[12]</sup>. Coping-ul include modificările de gândire și comportament, reacțiile emoționale, atitudinea vizavi de factorul stresant.

În Republica Moldova pacienții deseori preferă adresării la medic tolerarea durerii ușoare sau celei de intensitate medie <sup>[14]</sup>. Această "tolerare", fiind o reacție la prezența durerii, de asemenea este o metodă de coping, influența căreia asupra eficienței tratamentului încă nu este pe deplin elucidată.

Durerea cronică fiind un factor stresogen, care interferă cu activitățile zilnice ale pacientului, astfel apar și modificări afective, cognitive și comportamentale orientate spre managementul durerii cronice - strategiile coping (SC), care pot fi *active* (persoana tinde singură să găsească metode de a înlătura durerea) sau *pasive* (persoana insistă ca alte persoane să-i caute metode de înlăturare a durerii, în timp ce ea își suspendează majoritatea activităților cotidiene până la însănătoșirea totală). Strategiile coping pasive sunt considerate dizadaptive, contribuind la cronicizarea durerii și persistența ei. <sup>[6, 8, 9, 17, 20]</sup>

Cu toate că strategiile coping sunt întotdeauna individuale, ele ar putea fi asemănătoare pentru o anumită maladie. Există cercetări, ce tind să detecteze aceste trăsături comune ale strategiilor coping eficiente în cazul fiecărei maladii cu sindrom algic, pentru a introduce strategii date în tratamentul complex al durerii. În același timp, sunt multiple publicații internaționale, ce susțin că strategiile inadecvate de confruntare a durerii pot juca un rol în procesul cronicizării durerii. <sup>[2, 3, 4]</sup> Așadar, cunoașterea și evitarea strategiilor malefice ar putea micșora numărul pacienților cu durere cronică.

Deoarece durerea lombară este una din cele mai frecvente cauze de adresare la medic, iar durerea migrenoasă este extrem de intensă și dizabilitantă pentru pacienți <sup>[15, 16]</sup>, fiind posibilă transformarea ambelor afecțiuni în forme cronice (durerea devenind uneori practic permanentă), iar tratamentul antalgic deseori nu aduce rezultate satisfăcătoare, multiple studii științifice sunt orientate spre cercetarea implicării factorilor psihologici în patogeneza acestor dureri, inclusiv cercetarea metodelor psihologice și comportamentale de tratament.

### **Sarcinile studiului**

Determinarea *strategiilor coping* utilizate spontan de pacienții cu migrena cronică și durere lombară cronică și determinarea acceptării durerii și a activizării la aceste persoane, cu aprecierea eficienței tratamentului în dependență de metodele de confruntare a durerii utilizate de pacient.

### **Obiectivele studiului**

1. Determinarea celor mai frecvente metode coping utilizate de pacienții cu migrenă cronică și cu durerea lombară cronică
2. Elucidarea stadiului utilizării strategiilor coping
3. Depistarea corelațiilor dintre caracteristicile durerii cronice și strategiile coping la pacienții examinați

### **Materiale și metode**

Au fost examinați 90 de pacienți (50 – cu durere lombară cronică și 40 – cu migrenă cronică), spitalizați în Clinica de Neurologie din cadrul Institutului de Neurologie și Neurochirurgie (Chișinău, Republica Moldova), secțiile de Cefalee și Tulburări Vegetative și de Vertebroneurologie în perioada aprilie 2008 – martie 2010. La toți pacienții diagnosticul era deja

confirmat. Durata prezenței durerii în ambele grupuri de pacienți era mai mare de 6 luni. Selectarea pacienților a fost nespecifică, fără a ține cont de careva particularități ale maladiei.

Diagnosticul de durere lombară cronică (DLC) a fost stabilit conform criteriilor Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ediția a 4-a (DSM-IV) <sup>[1]</sup>, ce atribuie orice durere la cea cronică în cazul persistenței ei mai mult de 6 luni (conform criteriilor Asociației Internaționale pentru Studiul Durerii (International Association for the Study of Pain, IASP) <sup>[13]</sup> durerea, inclusiv cea lombară, se consideră cronică dacă durează mai mult de 3 luni); de asemenea, durerea la acești pacienți corespundea definiției durerii lombare, adoptate la al 5-lea Congres Mondial Interdisciplinar consacrat Durerii Lombare și Pelviene (5th Interdisciplinary World Congress on Low back and pelvic pain, Melbourne, Australia, 2004), ce o descrie drept o durere și disconfort localizate între marginea rebordului costal și mușchii gluteali, cu sau fără iradiere în picior);

Diagnosticul de migrenă cronică (MC) <sup>[7, 15]</sup> a fost stabilit conform criteriilor Clasificării Internaționale a Tulburărilor Cefalgice a Societății Internaționale de Cefalee, ediția a II-a, 2004 (International Classification of Headache Disorders of International Headache Society, 2nd edition, IHS Classification ICD-II <sup>[7]</sup>, care definesc migrena (cefalee recidivantă, pulsatilă, neatribuită altor afecțiuni, manifestată prin atacuri cu durata de 4-72 de ore, cu localizare unilaterală, de intensitate moderată sau severă, agravată de activitatea fizică de rutină și asociată cu greață și/sau cu fotofobie și fonofobie). La pacienții examinați au fost prezente și criteriile de cronicizare a migrenei (cefalee migrenoasă  $\geq 15$  zile pentru  $\geq 3$  luni în absența abuzului medicamentos).

Vârsta medie a pacienților cu *DLC* a constituit  $49,24 \pm 10,87$  ani (de la 27 până la 68 ani), 31 persoane (62%) de sexul feminin, 19 persoane (38%) – de sexul masculin; durata medie a durerii fiind  $8,84 \pm 8,87$  ani (de la un an până la 40 ani), intensitatea medie a acceselor dureroase fiind de  $7,94 \pm 2,09$  puncte (din 10 puncte maximal posibile conform scalei numerice analogice), frecvența medie a acceselor dureroase  $25,44 \pm 7,23$  zile/lună. La 64% din pacienți (32 persoane) cauza durerii lombare a fost Radiculopatie de origine mixtă (vertebrogenă și discogenă), la 30% (15 persoane) – Radiculopatia asociată cu hernia de disc și la 3 persoane (6%) apariția *DLC* a fost precedată de un traumatism al coloanei vertebrale.

Vârsta medie a pacienților cu *MC* era  $42,83 \pm 10,88$  ani (de la 16 până la 61 de ani), 37 persoane (92,5%) au fost de sexul feminin și 3 persoane (7,5%) – de sexul masculin; durata medie a durerii constituind  $14,33 \pm 9,9$  ani (de la 6 luni până la 40 de ani); intensitatea medie a acceselor dureroase a fost de  $8,85 \pm 1,63$  puncte (din 10 puncte maximal posibile conform scalei numerice analogice), frecvența medie a acceselor dureroase  $25,3 \pm 7,34$  zile/lună.

### Metode de cercetare

6. Examinarea clinică a pacienților (anamneza, examenul obiectiv, statusul neurologic);
7. Evaluarea intensității durerii prin intermediul scalei numerice analogice (SNA) – se utilizează pentru a măsura intensitatea durerii, scorul maximal - 10 puncte (0 puncte – absența totală a durerii, 10 puncte – cea mai puternică durere pe care pacientul și-o poate închipui);
8. Evaluarea strategiilor coping (metodelor de confruntare a durerii) (SC) cu ajutorul următoarelor chestionare:
  - a) Chestionarul Confruntării cu Durerea Cronică cu 42 puncte (CPCI-42) <sup>[10, 19]</sup> (Chronic Pain Coping Inventory) – evaluează strategiile de adaptare la durere utilizate de către pacientul dat. Conform rezultatelor chestionarului, există 7 grupe de strategii coping utilizate de către pacienții cu durere cronică: Protecția, Odihnă, Cererea ajutorului, Relaxarea, Persistența în efectuarea sarcinii, Exerciții fizice/Extinderea mușchilor, Căutarea suportului social și Autosugestia de confruntare. Un pacient poate utiliza concomitent diverse metode din diferite grupuri de strategii coping.
    - Protecția – cuprinde totalitatea metodelor utilizate pentru a proteja partea corpului ce doare și organismul întreg de acțiunea factorilor mediului ambiant (cuprinde evitarea mișcărilor părții

afectate și a deplasării greutateilor, evitarea situațiilor în care anterior durerea a apărut sau s-a exacerbat, etc.);

- Odihna – cuprinde regimul la pat, evitarea oricărui lucru sau îndeplinirea doar a muncii ușoare, ce nu necesită efort semnificativ;

- Cererea ajutorului – reflectă frecvența apelării la ajutorul altor persoane în situații, când pacientul consideră, că efortul fizic îi va mări sau îi va provoca durerea;

- Relaxarea – reflectă capacitatea persoanei de a crea condiții pentru a se debarasa pe un anumit timp de problemele psihologice (ascultarea muzicii calme, meditația, imaginarea unor scene plăcute, etc.);

- Persistența în efectuarea sarcinii – se referă la promptitudinea persoanei de a continua acțiunea planificată, deși durerea este prezentă;

- Exerciții fizice/Extinderea mușchilor – descrie exercițiile fizice utilizate de către pacientul dat în scopuri curative;

- Căutarea suportului social – cuprinde totalitatea interacțiunilor la nivel social (cu familia, prietenii, cunoscuții, etc.) destinate diminuării tensiunii psihologice cauzate de persistența durerii (discuții, sfaturi, susținere psihologică);

- Autosugestii de adaptare – utilizarea autosugestiilor și autohipnozei cu scopul de a diminua durerea;

Protecția, Odihna, Cererea ajutorului sunt considerate drept strategii coping pasive (ce nu presupun efortul pacientului în confruntarea durerii), iar Relaxarea, Persistența în efectuarea sarcinii, Exerciții fizice/Extinderea mușchilor, Autosugestii de adaptare sunt considerate strategii coping active. Căutarea suportului social poate fi o strategie coping atât activă (presupune implicarea pacientului în căutarea persoanelor cu care ar putea discuta despre maladia sa, despre noi senzații și emoții, despre metode de tratament, modificarea modului de viață, cu implementarea unor sfaturi adecvate în viața cotidiană), cât și pasivă (căutarea permanentă a compătimirii, acuze exagerate referitoare la maladia sa, adresate oricăror persoane întâlnite, etc.).

b) Chestionarul Modificării Stadiilor Durerii (Pain Stages of Change Questionnaire) (PSOCQ) <sup>[5, 11]</sup> – caracterizează frecvența utilizării de către pacient a strategiilor coping, precum și dorința pacientului de a face cunoștință cu aceste metode și de a le utiliza în practică. Chestionarul plasează pacientul în una din cele 4 stadii : contemplare pasivă (Precontemplation) (pacientul nu simte necesitatea de a-și modifica comportamentul pentru a se adapta la durere), contemplare activă (Contemplation) (aparitia interesului față de metodele non-medicamentoase, psihologice de tratament ale durerii), acțiune (Action) (schimbarea comportamentului) și menținere (Maintenance) (utilizarea permanentă a tipurilor însușite de strategii coping în viața cotidiană);

### **Metodele statistice**

Pentru o comparabilitate mai bună a studiului dat cu cele asemănătoare efectuate de alți autori, pentru aprecierea diferenței dintre scorurile chestionarelor la diferite grupuri de pacienți, a fost aleasă metoda statistică ANOVA (Analiza variației, Analysis of variance, cu corecția Bonferroni), precum și metoda proporțiilor independente. Pentru aprecierea corelațiilor existente dintre valorile obținute, a fost utilizată metoda Corelației șirurilor Kendall (Kendall's rank correlation). Pentru toate metodele coeficientul de confidență a fost ales 95%.

### **Rezultate**

Toate tipurile de strategii coping (SC) utilizate (Protecția, Odihna, Cererea ajutorului, Relaxarea, Persistența în efectuarea sarcinii, Exerciții/Extinderea mușchilor, Căutarea suportului social și Autosugestiile de adaptare) au fost evaluate utilizând Chestionarul Confruntării cu Durerea Cronică care conține 42 itemi (Chronic Pain Coping Inventory – 42 items, CPCI-42). A fost apreciată frecvența utilizării fiecărui grup de SC (minimum – 0 puncte (pacientul nu utilizează niciodată SC dată), maximum – 7 puncte (pacientul utilizează strategia coping apreciată în fiecare zi din săptămână).

Chestionarul dat au îndeplinit 50 de pacienți cu durere lombară cronică (DLC) și 40 cu migrenă cronică (MC) (Tab. Nr.1). Un pacient poate utiliza concomitent mai multe strategii coping.

**Tabelul Nr. 1.** Compararea diverselor strategii de coping utilizate de către pacienții cu durere lombară cronică și migrenă cronică, evaluate conform chestionarului Chronic Pain Coping Inventory.

Strategiile coping utilizate	Gr. 1 DLC, N=50	Gr. 2 MC, N=40	P1-2
Protecția	3,99±1,34	3,96±1,29	0,8937
Odihna	2,92±1,33	3,76±1,68	0,0102*
Cererea ajutorului	3,65±1,61	3,27±1,99	0,3207
Relaxarea	2,9±1,77	2,97±1,75	0,8575
Persistența în efectuarea sarcinii	4,8±1,64	3,30±1,81	< 0,0001***
Exerciții/Extinderea mușchilor	3,16±2,197	1,47±1,39	< 0,0001***
Căutarea suportului social	4,25±2,14	4,35±2,71	0,856
Autosugestii de adaptare	5,74±1,20	4,84±2,17	0,0144*

\*p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001

Cele mai frecvent utilizate grupuri de SC de ambele grupuri de pacienți cu durere cronică sunt: *Autosugestii de adaptare* (scorul mediu la pacienții cu DLC 5,74 ± 1,20; MC 4,84± 2,17, p<0,05), *Căutarea suportului social* (DLC 4,25 ± 2,14; MC 4,35 ± 2,71), *Protecția* (DLC 3,99 ± 1,34; MC 3,96 ± 1,29 ) și *Cererea ajutorului* (DLC 3,65 ± 1,61; MC 3,27± 1,99 ); ultimele trei fiind considerate strategii pasive, deși *Căutarea suportului social* presupune un anumit grad de implicare a pacientului însăși, fiind uneori o SC activă.

Pacienții cu DLC utilizează mai frecvent decât cei cu MC strategiile din grupul *Persistenței în efectuarea sarcinii* (DLC 4,8 ± 1,64 vs. MC 3,30 ± 1,81, F =16,83, p< 0,0001), *Exercițiilor fizice/Extinderii mușchilor* (DLC 3,16 ± 2,197 vs. MC 1,47 ± 1,39, F =17,97, p<0,0001).

Pacienții cu MC mai frecvent decât cei cu DLC utilizează strategiile din grupul *Odihna* (DLC 2,92 ± 1,33 vs. MC 3,76 ± 1,68, F = 6,89, p < 0,05).

Cel mai puțin utilizată SC de către ambele grupuri de pacienți este *Relaxarea* (DLC - 2,9 ± 1,77, MC - 2,97 ± 1,75).

A fost realizată determinarea corelației dintre SC utilizate și intensitatea durerii (prin metoda corelației șirurilor lui Kendall, Kendall's rank correlation). Metoda dată apreciază prezența corelației între două valori. Corelația poate fi pozitivă (ambele șiruri de valori comparate variază proporțional unul cu altul – cu cât se măresc sau se micșorează valorile unui șir, cu atât se măresc sau se micșorează valorile corespunzătoare ale altui șir) sau corelația negativă (cu cât se măresc valorile unui șir – cu atât se micșorează valorile altui șir).

Nu s-a depistat *nici o interdependență dintre SC și intensitatea durerii până la tratament în staționar* nici la pacienții cu DLC, nici la cei cu MC.

La pacienții cu DLC *diferența dintre intensitatea durerii până și după tratament era în concordanță cu Persistența în efectuarea sarcinii* (p<0,05). Această corelație a fost mai pronunțată la persoanele cu DLC fără hernie de disc și fără traumatisme în antecedente (la persoanele din grupul dat intensitatea durerii după tratament de asemenea era mai mică în cazul utilizării mai frecvente a *Autosugestiilor de adaptare* (p<0,05).

La pacienții cu MC a fost prezentă concordanța dintre nivelul durerii după tratament în staționar și frecvența utilizării SC din grupul *Odihnei*: cu cât mai frecvent era practică Odihna, cu atât mai mult intensitatea durerii rămânea mai mare (p<0,05). Relația inversă era dintre *intensitatea durerii post-tratament și Persistența în efectuarea sarcinii* (p<0,05) – cu cât mai frecvent acest grup de SC era practicat, cu atât mai redusă a fost intensitatea durerii după tratament.

Compararea structurii pacienților cu DLC ce afirmă că *după cura de tratament durerea scade semnificativ* (scade cu 50% din intensitate sau, în cazul intensității inițiale <5 puncte conform Scalei Numerice Analogice devine mai joasă de 3 puncte) (scăderea semnificativă a durerii) a fost efectuată ținând cont de stadiul utilizării SC la care ei se află, conform Chestionarul Schimbării Stadiilor Durerii - Pain Stages of Change Questionnaire.

Chestionarul dat apreciază regularitatea utilizării SC de către pacienți, clasificându-i în 4 stadii – Contemplare pasivă (utilizare rară a SC, considerarea că tratamentul durerii este exclusiv prerogativa medicului), Contemplare activă (începerea utilizării SC, manifestarea interesului față de metodele psihologice de tratament, înțelegerea recentă, că tratamentul durerii depinde și de atitudinea și comportamentul pacientului față de ea), stadiul de Acțiune (utilizare regulată și de lungă durată a SC) și de Menținere (includerea SC în stilul de viață al pacientului).

Au fost investigați 40 pacienți cu DLC. Din pacienții cu DLC ce afirmă că cura de tratament duce la diminuarea temporară a senzației dureroase, 77,42% au depășit stadiul de Contemplare pasivă. Din aceste persoane, la stadiul de Contemplare activă se află 51,61% (16 persoane), la stadiul de Acțiune –19,35% (6 persoane) și la cel de Menținere – 6,46% (2 persoane). Iar în grupul pacienților cărora tratamentul nu aduce nici o diminuare a senzației dureroase 77,78% se află la stadiul de Contemplare activă și 22,22% - de Contemplare pasivă (au transferat practic sarcina de a trata durerea complet pe personalul medical, reducând rolul său (al comportamentului, al modificărilor cognitive și psihologice la minim). Nici un pacient nu este la stadiul de Acțiune sau Menținere.

Chestionarul Schimbării Stadiilor Durerii Acceptării Durerii Cronice (Pain Stages of Change Questionnaire) a fost îndeplinit și de 30 de pacienți cu MC. Din pacienții cu MC care afirmă, că durerea diminuează semnificativ după cura de tratament, 72,22% au depășit stadiul de Contemplare pasivă, dintre care 11,11% se află la stadiul de Acțiune, pe când din cei, la care durerea nu diminuează sau scade ne semnificativ după tratament, stadiul de Contemplare pasivă au depășit doar 63,33% și nici unul nu a atins stadiul de Acțiune.

## Discuții

Strategiile coping utilizate cel mai frecvent de către pacienții cu durere cronică migrenoasă și lombară sunt *Autosugestii de adaptare* (scorul mediu la pacienții cu DLC  $5,74 \pm 1,20$ ; MC  $4,84 \pm 2,17$ ,  $p < 0,05$ ), *Căutarea suportului social* (DLC  $4,25 \pm 2,14$ ; MC  $4,35 \pm 2,71$ ), *Protecția* (DLC  $3,99 \pm 1,34$ ; MC  $3,96 \pm 1,29$ ) și *Cererea ajutorului* (DLC  $3,65 \pm 1,61$ ; MC  $3,27 \pm 1,99$ ); ultimele trei fiind considerate strategii pasive, deși Căutarea suportului social presupune un anumit grad de implicare a pacientului însăși, fiind uneori o SC activă.

La pacienții cu *DLC*, comparativ cu cei cu *MC*, predomină strategiile coping *active*: ei mai frecvent utilizează *Exerciții fizice/Extinderea mușchilor*, *Persistența în efectuarea sarcinii*, apelează la *Cererea ajutorului* doar în cazurile necesității îndeplinirii unui efort fizic mai mare, utilizează mai rar SC din grupul *Odihna*.

Aprecierea eficienței curelor de tratament administrate în staționar a permis constatarea faptului, că la pacienții cu *DLC* scăderea intensității durerii după tratament era corelată cu practicarea SC din grupul *Persistența în efectuarea sarcinii* ( $p < 0,05$ ) (mai ales la persoanele cu radiculopatie fără hernie de disc și fără traumatism al coloanei vertebrale în antecedente), iar la persoanele cu *MC* cu cât mai frecvent era practică *Odihna*, cu atât intensitatea durerii rămânea mai mare ( $p < 0,05$ ) și invers – cu cât mai frecvent *Persistența în efectuarea sarcinii* era practică, cu atât mai redusă a fost intensitatea durerii după tratament ( $p < 0,05$ ).

În grupul pacienților cu *DLC* și cel al pacienților cu *MC* ce afirmă că durerea diminuează după tratament, mai multe persoane se aflau la stadiile mai avansate de utilizare a SC, decât în grupurile fără efect semnificativ al tratamentului asupra durerii cronice.

## Concluzii

Rezultatele studiului de cercetare a strategiilor de confruntare a durere – strategiilor *coping* - la pacienții cu durere lombară cronică și cu migrenă cronică au permis de a concluziona, că

ambele grupuri de pacienți cu durere cronică utilizează cel mai frecvent strategii *coping* pasive. Pacienții cu DLC mai frecvent, decât cei cu MC, utilizează SC active.

În ambele grupuri, pacienții nu practicau frecvent strategiile coping ce par a influența pozitiv eficiența tratamentului. Faptul dat sugerează importanța includerii strategiilor adaptive de coping în managementul profesional al pacienților cu durere cronică, necesitatea utilizării anumitor strategii și a suspendării altor fiind apreciată individual.

### **Bibliografie**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition - Text Revision (DSMIV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Blyth F. M. et al. The contribution of psychosocial factors to the development of chronic pain: The key to better outcomes for patients? // *Pain*, 2007, Vol. 129, № 1, p. 8-11.
3. Cano A., de C. Williams A.C. Social interaction in pain: Reinforcing pain behaviors or building intimacy? // *Pain*, April 2010, Vol. 149, № 1, p. 9-11.
4. Carmody T.P. Psychosocial Subgroups, Coping, and Chronic Low-Back Pain. // *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2001, Vol. 8, № 3, p. 137-148.
5. Carr J.L. et al. Is the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ) a useful tool for predicting participation in a self-management programme? Further evidence of validity, on a sample of UK pain clinic patients. // *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2006, Vol. 7, p. 101.
6. Carroll L. et al. The role of pain coping strategies in prognosis after whiplash injury: Passive coping predicts slowed recovery. // *Pain*, 2006, Vol. 124, № 1, p. 18-26.
7. Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgice. Ed. a doua. (traducere din limba engleză), coordonator științific I. Moldovanu, Chișinău, 2004, p. 49.
8. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and Promise. // *Annual Review of Psychology*, 2004, Vol. 55, p. 745-774.
9. Holdcroft A., Jaggard S. (editors). *Core Topics in Pain*. Cambridge, UK. Published by Cambridge University Press, 2005, p.90.
10. Jensen, M.P., Turner, J.A., Romano, J.M., Strom, S.E. The Chronic Pain Coping Inventory: development and preliminary validation. // *Pain*, 1995, Vol. 60, p. 203-216.
11. Kerns R.D. et al. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). // *Pain*, 1997, Vol. 72, № 1-2, p. 227-234.
12. Lazarus, R.S., Folkman, S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984.
13. Merskey H. and Bogduk N. (edited by), *Classification of Chronic Pain, "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage"*, Second Edition. IASP Task Force on Taxonomy. Seattle, IASP Press, 1994, p. 209-214.
14. Moldovanu I., Odobescu S., Craciun C., Medication overuse in Moldova. Chronic migraine with and without medication overuse: the role of drug phobia and associated factors (according to the data of Headache Centre, Chisinau, the Republic of Moldova) // *Cephalalgia (Headache Currents)*, 2008, Vol. 28, № 11, p. 1229-1233.
15. Moldovanu I., Dodick D., Odobescu S., *Cefaleele, algiile faciale și cervicale*. Monografie. Editura centrala, Chișinău, 2007
16. Moldovanu I, Odobescu S, Craciun C, Pavlic G, Rotaru L., Corcea G. The prevalence of primary headaches in the Republic of Moldova. The XIII Congress of International Headache Society. *Cephalalgia*, Volume 27, Number 6, June 2007, p. 673.
17. Snow-Turek A.L., Norris M.P., Tan G. Active and passive coping strategies in chronic pain patients. // *Pain*, 1996, Vol. 64, № 3, p. 455-462.
18. Piguët V., Allaz A.-F., Desmeules J. et al. Prise en charge de la douleur: aspects bio-psychosociaux. // *Cahiers Psychiatriques*, 1997, Vol. 23, p. 35-44.
19. Romano J.M. et al. The Chronic Pain Coping Inventory-42: reliability and validity. // *Pain*, July 2003, Vol.104, № 1-2, p. 65-73.

20. Van Damm S., Crombez E., Eccleston C. Coping with pain: A motivational perspective. // Pain, 2008, Vol. 139, p.1-4 .

## **MIGRENA CRONICĂ ASOCIATĂ CU HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ESENȚIALĂ: ASPECTE CLINICE, DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ȘI INTERFERENȚE PATOGENETICE (SERIE DE CAZURI CLINICE)**

**Ion Moldovanu <sup>2</sup>, Oxana Grosu**

<sup>1</sup>Catedra Neurologie USMF "Nicolae Testemițanu"

<sup>2</sup>Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

### **Summary**

#### ***Chronic migraine associated with essential arterial hypertension: clinical aspects, differential diagnosis, pathogenetic interferences (series of clinical cases)***

Association between migraine and essential arterial hypertension is an old issue, widely discussed in the specialized literature. Both pathologies are well known risk factors for cardiovascular diseases and silent white matter lesions. Analysis of patients with migraine and hypertension has evoked an interesting patient's interpretation of the condition: the patient with previous headache history from the moment he was told about the hypertension has forgotten about migraine and was considering every headache as caused by hypertension. This situation leads to neglect of migraine treatment and antihypertensive medication overuse.

### **Rezumat**

Asocierea dintre migrenă și hipertensiunea arterială esențială (HTA) este un subiect larg discutat în literatura de specialitate. Ambele patologii sunt factori de risc cunoscuți pentru patologii cardiovasculare și cerebro-vasculare, și provoacă leziuni silențioase ale substanței albe cerebrale. Analiza lotului de pacienți cu migrenă asociată cu HTA a conturat o paradigmă interpretativă specială: pacientul are istoric îndelungat de migrenă dar din momentul obiectivizării HTA interpretează orice cefalee ca atribuită hipertensiunii arteriale, ceea ce duce la neglijarea migrenei și abuzul medicamentos.

### **Actualitatea temei**

Asociația dintre cefalee și hipertensiune este discutată în literatura de specialitate mai mult de un secol de când Janeway a descris cefaleea atribuită hipertensiunii arteriale esențiale (HTA) ca: pulsatilă, bilaterală, matinală și care cedează pe parcursul dimineții.

Pe parcursul anilor au fost efectuate un șir larg de studii cu rezultate contradictorii: unele studii confirmă asocierea dintre cefalee și HTA altele nu găsesc nici o asociere statistic relevantă.

Stewart (1953) pe un studiu de 200 pacienți concluzionează că odată ce pacientul este informat referitor la nivelul crescut a presiunii arteriale crește rata acuzelor la cefalee. Bulpit și aut. a observat că 31 % din pacienți cu HTA severă netratată acuză cefalee în comparație cu 15% dintre pacienții cu HTA tratată și grupul de control fără HTA. Rasmussen în studiul populațional suedez a observat că femeile cu migrenă demonstrează niveluri ridicate de presiune arterială diastolică față de cele fără migrenă.

În contrast alt studiu populațional condus de Walters nu a demonstrat diferență între presiunea arterială sistolică și diastolică la pacienții cu cefalee față de cei fără cefalee pe parcursul unui an. Un studiu prospectiv cu durata de 13 ani pe 22685 adulți în Nord-Trondeland, Norvegia (HUNT-1 și HUNT-2) a arătat că nivele ridicate a presiunii arteriale a fost asociată cu frecvență scăzută de cefalee peste 11 ani [4].

Asocierea dintre migrenă și HTA este complexă, multilaterală și implică câteva aspecte:

1. Asocierea a doua patologii de sinestătătoare ce larg se întâlnesc în populația generală.
2. Salturi tensionale ca un epifenomen al durerii acute (atacul migrenos) la un pacient migrenos.