

2. Chard, D.T., Griffin, C.M., Parker, G.J., Kapoor, R., Thompson, A.J., Miller, D.H., 2002. Brain atrophy in clinically early relapsing–remitting multiple sclerosis. *Brain* 125, 327–37.
3. De Stefano, N., Matthews, P. M., Fu, L., Narayanan, S., Stanley, J., Francis, G. S., *et al.* Axonal damage correlates with disability in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. Results of a longitudinal magnetic resonance spectroscopy study. *Brain*, 1998; 121: 1469–77.
4. Gerard G., Weisberg L.A., MRI periventricular lesions in adults. *Neurology*, 1986; 36: 998-1001.
5. Gomez-Garcia A.O., Fernandez-Concepcion O., Milan-Ginjauma E. Clinical-epidemiological characteristics of late onset multiple sclerosis. *Rev Neurol*, 1997; 25(148):1863–66
6. Gronseth G. S., Ashman E. J., The Usefulness of Evoked Potentials in Identifying Clinically Silent Lesions in Patients with Suspected Multiple Sclerosis: *Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology 2007.*
7. Hauser S.L. An update on multiple sclerosis. *Journal of The Neurol Sci.* 2005; 228: 193-4.
8. Kantarci O., Wingerchuk D.. Epidemiology and natural history of multiple sclerosis: new insights. *Curr. Opin. Neurol.*, 2006; 19: 248-54.
9. Kurtzke, J.F., Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology*, 1983; 33: 1444– 52.
10. Lassmann, H., Bruck, W., Lucchinetti, C., and Rodriguez, M. Remyelination in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis* 1997; 3: 133–36.
11. Man, S., Ubogu, E.E., and Ransohoff, R.M. Inflammatory cell migration into the central nervous system: a few new twists on an old tale. *Brain Pathol.*, 2007; 17: 243–50.
12. Paty DW, Boiko AN, Vorobeychi GK, 2003. Multiple Sclerosis with early and late disease onset. In: McDonald WI, Noseworthy JM (eds) *Multiple Sclerosis 2*. ButterworthHeinemann, 285–302.
13. Salat D.H., Buckner R.L., Snyder A.Z., Greve D.N., Desikan R.S., Busa E., Morris J.C., Dale A.M., Fischl B., 2004. Thinning of the cerebral cortex in aging. *Cereb. Cortex*; 14: 721–30.
14. Thorpe J.W., Kidd D., Moseley I.F., Thompson A.J., MacManus D.G., Compston A.S., McDonald W.I., Miller D.H. Spinal MRI in patients with suspected multiple sclerosis and negative brain MRI. *Brain*. 1996; 119: 709-14.
15. Vercellino, M., Plano, F., Votta, B., Mutani, R., Giordana, M.T., Cavalla, P. Grey matter pathology in multiple sclerosis. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.*, 2005; 64: 1101–17.
16. Zlokovic B. V. The Blood-Brain Barrier in Health and Chronic Neurodegenerative Disorders. *Neuron.*, 2008, 57: 178-201.

ASPECTUL PSIHOLOGIC AL DURERII LOMBARE CRONICE

Valeria Sajin

(Conducător științific: prof. Dr. I. Moldovanu)

Catedra Neurologie

Summary

Psychological factors in chronic low back pain

It's estimated that from 60% to 80% of people are affected by a kind of form of low back pain during their lifetime and from 5% to 10% eventually develop chronic low back pain. The impact of psychological and social factors in the etiology of low back pain was underestimated for a long period and in the past the treatment usually was limited to surgical options. Scientific advances have yielded new treatment modalities which can also include some psycho-therapeutic methodologies. The current study is a synthesis of other studies and is also an analysis of low back history of some patients from Neurology and Neurosurgery Institute, Chișinău, Republic of

Moldova in order to demonstrate the importance of implication of psychological factors in the development of chronic low back pain.

Rezumat

Se estimează că 60-80% din populație pe parcursul vieții este afectată de o oarecare formă de durere lombară și la 5-19% în sfârșit se va dezvolta durerea lombară cronică. Impactul factorilor psihologici și sociali asupra etiologiei durerii lombare a fost mult timp subestimat, tratamentul fiind de obicei limitat la operații chirurgicale. Progresul științific a permis elaborarea noilor modalități de tratament, ce ar putea să includă unele metodologii psihoterapeutice. Studiul dat reprezintă o sinteză a altor studii și, totodată, o analiză a cazurilor pacienților cu durere lombară de la Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, Republica Moldova, cu scopul de a demonstra importanța implicării factorilor psihologici în cronicizarea durerii lombare.

Actualitatea temei

Durerea lombară este una din cele mai frecvente cauze de adresare la medic. De durere lombară au suferit sau suferă de la 30 până la 80% ¹ din populație din diferite țări. Foarte frecvent această durere este cronică. Cauza durerii lombare este stabilită cu certitudine doar în 20% cazuri (datele Institutului UPSA a durerii).

Durerea lombară cronică implică modificările în comportament care afectează viața socială a persoanei suferinde.

Sunt frecvente cazuri când tratamentul durerii lombare nu dă rezultate așteptate.

Absența cunoașterii interacțiunii psihicului și somaticului implică atitudinea incorectă față de durere și absența tratamentului adecvat.

Obiectivele studiului

1. Evaluarea rolului factorilor psihologici în apariția și manifestarea durerii lombare cronice.
2. Cercetarea posibilității implicării primordiale a factorilor psihologici în apariția durerii lombare cronice.
3. Diferențierea pacienților cu durere lombară cronică simptomatică de cea nespecifică prin intermediul chestionarelor psihologice.
4. Determinarea posibilităților de evitare a apariției durerii lombare cu componenta psihică.

Materialele și metodele de cercetare

Materialele de cercetare

Studiul a fost efectuat la catedra de Neurologie a USMF „N. Testemițanu” (Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, Republica Moldova), fiind investigați 6 pacienți cu durere lombară;

Metodele de cercetare

1. Examinarea pacienților (anamneza, examen obiectiv comun, examenele paraclinice (radiografiile, TC));
2. Evaluarea durerii:
 - a) Scara vizuală analogică (Evaluarea vizuală analogică, EVA) – se utilizează pentru a măsura intensitatea durerii. Aprecierea intensității durerii prin metoda dată este subiectivă. Scor maximal - 10 puncte (0 puncte – absența totală a durerii, 10 puncte – cea mai puternică durere pe care pacientul și-o poate închipui)
 - b) Scara verbală simplă – se utilizează pentru a descrie intensitatea și caracterul durerii. Este strict subiectivă.
 - c) Chestionare de evaluare a durerii:
 - d) Brief Pain Inventory, Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire – chestionare elaborate pentru evaluarea specifică a perioadei de existență a durerii, posibilităților de a o diminua, incapacității funcționale cauzate de durerea lombară și altor aspect sociodemografice;
3. Evaluarea factorilor psihologici:
Chestionarele:

- a) Holmes stress questionnaire – chestionarul se utilizează pentru aprecierea intensității factorilor stresanți prezenți în viața pacientului
 - b) Spilberger anxiety questionnaire – caracterizează nivelul de anxietate carecteristic pacientului dat;
 - c) Beck Depression Inventory – chestionarul elaborat pentru depistarea unei stări depressive prezente la pacientul examinat.
4. Apreciere globală a pacientului.

Rezultate și discuții

I. Introducere

Durerea reprezintă o experiență senzorială și emoțională dezagreabilă, asociată unei leziuni tisulare prezente sau potențiale sau descrisă în termeni ce se referă la această leziune (Asociația internațională de studiu a durerii, 1994). Ipotezele științifice ce țin de etiologia și mecanismul durerii au cunoscut o evoluție continuă: la început, apariția durerii era considerată a fi condiționată doar de prezența unei leziuni organice la nivel de organ sau țesut. Ulterior, s-a descoperit implicarea inevitabilă a factorilor psihologici în apariția și manifestarea durerii. Ultimile ipoteze susțin și posibilitatea existenței unei dureri cauzate doar de factorii psihologici (așa-zisă durere *sine materia*).

Componenta durerii:

1. Componenta senzorial-discriminativă (perceperea prezenței și a localizării durerii);
2. Componenta afectiv-emoțională (emoțiile apărute referitor la durere sesizată);
3. Componenta cognitivă (informația furnizată de către apariția durerii);
4. Componenta comportamentală (comportament „dureros”^{2,3,4}, care include comportamentul motor, verbal, fiziologic, reacțiile vegetative).

Clasificarea durerii conform DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manualul de Diagnostic și Statistică a Afecțiunilor Psihice))

• După mecanismul fiziopatologic:

1. Adecvată stimulului
2. Exces de nocicepție
3. Neurogenă (neuropatică)
4. Psihogenă („sine materia”)

• După durată:

1. Acută (<6 luni)
2. Cronică (cauzează sindromul dolor cronic) (>6 luni). Durerea lombară cronică se subîmparte în cea simptomatică (specifică unei anumite afecțiuni) și cea comună (leziunile organice asociate acestei dureri (cel mai des – leziuni degenerative) fiind larg răspândite și la persoanele fără durere lombară în anamneză⁵. Se consideră, că în etiologia durerii lombare cronice comune joacă un rol major factorul psihologic.^{6,7}

• După caracterul clinic (forme nozologice) – corespunde maladiei cărui îi este asociată durerea.

Durerea cronică diferă de cea acută. Acest tip de durere nu mai reprezintă un simptom, ci este un sindrom, implicând un handicap fizic, inducând o adaptare emoțională, comportamentală sau socială neadecvată condițiilor⁷ și foarte frecvent fiind asociată cu schimbările fizice și psihologice: depresie⁸ (mai ales depresie *mascată*), stres, anxietate majorată⁹, probleme sociale (familiale, profesionale etc.)¹⁰, probleme psihologice cauzate de disfuncții erectile); Mecanismul patogenetic al influenței reciproce a modificărilor psihologice și durerii cronice¹¹ nu sunt pe deplin cunoscute. Unul din posibile modele asumă un rol iompirant substanței numite interleukina-1-β (IL-1-β)¹² (și, posibil, altor citokine¹³), produse de către neuronii simpatici și de macrofagii din diferite organe. Interleukina-1-β îndeplinește multiple funcții: stimulează producerea și eliberarea substanței P de neuronii simpatici, participă în desfășurarea reacțiilor de anxietate, frică, stres și depresie¹⁴. Elaborarea substanței date de către neuronii simpatici se află sub controlul axei hipotalamo-hipofizo-suprarenale.¹⁵

Durerea lombară reprezintă o durere localizată lombo-sacral median, difuză sau discriminată, cu posibilă iradiere cel mult până la nivelul genunchiului, dar cu predominarea durerii în regiunea lombo-sacrală^{16,17}. Durerea lombară cronică poate fi simptomatică (reprezentând un semn specific și indispensabil al anumitor afecțiuni) sau comună (fiind cauzată de modificările (cel mai des – modificările degenerative ale coloanei vertebrale) prezente deseori și la persoanele clinic sănătoase).¹⁸

II. Rezultatele

La catedra de Neurologie a USMF „N. Testemițanu” (Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău, Republica Moldova) au fost evaluați 6 pacienți cu durere lombară cronică (prezentă mai mult de 6 luni) cu vârsta pacienților cuprinsă între 25 și 64 de ani. Din 6 persoane evaluate, 4 au fost de sexul feminin (66,7%) și 2 persoane – de sexul masculin (33,7%). La 3 pacienți (50%) prin investigațiile paraclinice efectuate (investigații radiografice, tomografie computerizată) au fost depistate cauzele organice specifice, durerea lombară fiind inclusă în grupul durerii lombare simptomatice (după clasificarea Manualului de Diagnostic și Statistică a Afecțiunilor Psihice (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV). La ceilalți 3 pacienți (50%) investigațiile paraclinice au depistat doar modificări degenerative nespecifice, prezente și la un număr mare de persoane fără durere lombară în anamneză, durerea fiind încadrată în grupul durerii lombare comune (după clasificarea DSM IV).

Intensitatea medie a durerii sesizate de către pacienți timp de ultimile 24 de ore, apreciată conform criteriilor chestionarului Brief Pain Inventory și Scării de Evaluare Vizuală Analogică (scara EVA) a constituit $7 \pm 0,72$ de puncte din cele 10 maximal posibile la grupul de pacienți cu durere lombară cronică simptomatică și $5 \pm 0,72$ de puncte din cele 10 maximal posibile la grupul de pacienți cu durere lombară cronică comună. La 100% din pacienți din grupul cu durere lombară cronică simptomatică s-au depistat și semnele precum: voma, constipații, diaree, dispepsia, diminuarea poftei de mâncare, insomnia, fatigabilitate, slăbiciune, vertij, cefalee etc., comparativ cu 66,7% din grupul de pacienți cu durere lombară cronică comună. După gradul de stres, determinat după chestionarul Holmes&Rahe Stress Questionnaire pacienții s-au repartizat: în grupul de pacienți cu durere lombară cronică simptomatică nu s-a determinat un nivel înalt de stres, în timp ce în grupul pacienților cu durere lombară cronică comună la o persoană (33,3%) a fost detectat nivel majorat de stres. Anxietate de personalitate, care reflectă atitudinea pacientului față de capacitățile și posibilitățile proprii și determinat conform criteriilor din Spielberger anxiety questionnaire, a fost majorată în ambele grupuri de pacienți, mai mare fiind în grupul cu durere lombară simptomatică. Nivelul depresiei, apreciat după Beck Depression Inventory, a depistat depresie moderată – la 66,7% și nivelul înalt al depresiei – la 33,3% din pacienți din grupul cu durere lombară cronică simptomatică și depresie absentă – la 33,3% și cea moderată – la 66,7% din pacienți din grupul cu durere lombară cronică comună. Nici un pacient nu și-a putut aminti când a perceput pentru prima dată apariției actualei stări depresive sau de „dispoziție rea”. Procentajul diminuării durerii la administrarea medicamentelor a fost diferit la fiecare pacient, variind de la absența efectului medicamentos până la diminuarea durerii cu 90%. Unul dintre pacienți a negat administrarea oricărui medicament antalgic. Semnul Lassegue a fost pozitiv la 2 pacienți din grupul celor cu durere lombară cronică simptomatică și negativ la toți pacienți din grupul cu durere lombară cronică comună.

La pacienți de sex masculin rezultatele obținute caracterizează prezența unei dureri lombare mai slabe, decât la pacientele de sexul feminin din grupele cu durere lombară comună și cea simptomatică. Intensitatea medie a durerii sesizate timp de ultimile 24 de ore, determinată după chestionarul Brief Pain Inventory și Scara de Evaluare Vizuală Analogică la cele 4 paciente de sexul feminin cu durere lombară a fost de $6 \pm 1,25$ puncte, iar la pacienții de sexul masculin – de 3 ± 1 punct. Gradul de stres, anxietate de personalitate și nivelul depresiei de asemenea au fost mai accentuate la pacientele de sex feminin.

Datele obținute au fost sistematizate în Tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristica pacienților cu durere lombară investigați în timpul studiului

Parametrii	Durere lombară cronică simptomatică			Durere lombară cronică comună		
	I	II	III	I	II	III
Pacienții						
Sexul ¹⁾	F	F	F	F	M	M
Intensitatea maximă durerii sesizate de pacient ²⁾ , puncte	8	6	9	6	3	5
Intensitatea medie a durerii, puncte	7 ± 0,72			5 ± 0,72		
Prezența perioadelor adureroase timp de ultimele 24 ore	absente	prezente	absente	absente	absente	absente
	absente la 33,3%, prezente la 66,7% din pacienți investigați			absente la 100% din pacienți		
Prezența altor semne ³⁾ , 4)	++	++	++	++	+	-
	prezente la 100% din pacienți investigați			prezente la 66,7%, absente la 33,3%		
Gradul de stres ⁵⁾ , puncte	140	240	155	405	85	135
	fără probleme semnificative - 33,3% ; criză medie de viață - 33,3%; ușoară criză de viață - 33,3% din pacienți investigați			fără probleme semnificative - 66,7%; criză majoră de viață - 33,3% din pacienți investigați		
Anxietate de personalitate ⁶⁾ , puncte	55	71	47	71	45	31
	anxietate foarte exprimată – 100% din pacienți investigați			anxietate foarte exprimată – 33,3% din pacienți investigați		
Nivelul depresiei ⁷⁾ , puncte	15	17	9	10	13	0
	depresie moderată – la 66,7%, nivelul înalt al depresiei – la 33,3% din pacienți investigați			depresie absentă – la 33,3%, moderată – la 66,7% din pacienți investigați		
Procente de diminuare a durerii după administrarea medicamentelor	60%	70-80%	30-40%	0%	90%	nu primește medicamente
Semnul Lassegue	pozitiv	pozitiv	negativ	negativ	negativ	negativ

1) F – sexul feminin, M – sexul masculin;

2) după Brief Pain Inventory și Scara de Evaluare Vizuală Analogică (scara EVA): scorul maximal - 10puncte (durere maximal posibilă, pe care pacientul și-o poate imagina), minimum - 0 puncte (absența durerii);

3) Alte semne: voma, constipații, diaree, dispepsia, diminuarea poftei de mâncare, insomnia, fatigabilitate, slăbiciune, vertij, cefalee etc.;

4) « ++ » - foarte exprimate, « + » - prezente, « - » - absente;

- 5) – după Holmes&Rahe Stress Questionnaire :
0-150 - fără probleme semnificative; 151-200 - ușoară criză de viață; 201-300 - criză medie de viață; mai sus de 300 - criză majoră de viață;
- 6) Anxietatea de personalitate reflectă atitudinea pacientului față de capacitățile și posibilitățile proprii. Se apreciază conform criteriilor din Spielberger Anxiety Questionnaire : până la 30 puncte: anxietate normală; 30-45 puncte : anxietate majorată; ≥ 46 puncte : anxietate foarte exprimată;
- 7) – se apreciază conform Beck Depression Inventory: 0–3puncte: absența depresiei; 4–7 puncte: depresie ușoară; 8–15 puncte: depresie de intensitate medie sau moderată; ≥ 16 puncte: depresie severă.

III. Discuții

Alegerea lotului dat de pacienți pentru investigarea curentă a fost corelată cu exprimarea slabă a impactului factorilor organici și, astfel, posibilă implicare majoră a factorului psihologic la ambele grupuri de pacienți – cât la grupul de pacienți cu durere lombară comună (ce presupune implicarea majoră a factorilor psihologici), atât și la grupul de pacienți cu durere lombară cronică simptomatică (care presupune implicarea majoră a factorului organic), în scopul asigurării condițiilor optime pentru compararea celor două grupuri.

Așadar, 50% din pacienți nu cunoșteau cauza durerii lombare sesizate. Din cele 6 persoane, 66,7% au fost de sexul feminin și 33,3% - de sexul masculin. 50% din pacienți afirmă că durere a lombară este diminuată cu mai mult de 50% de către administrarea medicamentelor analgice. Aceste date clinico-demografice, precum și scopul cercetării și contingentul de pacienți, corelează cu datele lotului de pacienți examinați în cadrul studiului efectuat în 1998 de către Michael E. Geisser și Randy S. Roth, University of Michigan Medical Center¹⁹, ceea ce permite de a compara rezultatele obținute. Studiul lui Geisser și Roth a depistat la majoritatea pacienților impactul major al factorului psihologic, exprimat prin prezența depresiei, anxietății majorate și comportamentului „dureros” neadecvat intensității durerii prezente. Însă, deoarece pacienții nu-și puteau aminti când au perceput pentru prima dată apariției actualei stări depresive sau de „dispoziție rea”, este imposibil de precizat succesiunea apariției și primordialitatea durerii lombare sau a depresiei și anxietății. În cadrul studiului curent datele culese variază mult chiar în cadrul celor 2 grupuri. Așadar, omogenitatea a fost obținută doar la evaluare anxietății de personalitate – toți pacienții au dat dovadă de un nivel majorat de acest tip de anxietate.

Intensitatea medie a durerii a fost mai înaltă în grupul pacienților cu durere lombară cronică simptomatică, deși la evaluarea verbală ambele grupuri de pacienți foloseau aproximativ aceleași termeni pentru descrierea durerii („foarte puternică” „extrem de deranjantă”, „intensă”).

Valorile obținute de la pacienții de sexul masculin au fost semnificativ mai mici, decât cele obținute de la pacientele de sexul feminin, astfel manifestându-se factorul sociocultural (tradiția prezentă în societate: o calitate indispensabilă pentru un „bărbat adevărat” este considerată capacitatea de a rezista la durere).

Marea variație a valorilor obținute poate fi explicată de mai multe ipoteze. Afirmarea absenței influenței majore și primordiale a factorului psihic asupra durerii lombare, astfel fiind imposibilă o diferențiere certă dintre cele 2 grupuri, pare a fi puțin probabilă, multiple studii anterioare, efectuate de alți autori, evidențiind această influență. Ipoteza absenței diagnosticului corect la pacienții din grupul durerii lombare cronice comune (care ar avea și ei, în acest caz, o cauză organică specifică a durerii lombare, însă nedepistată la moment) este susținută de lucrările savanților Merskey H.²⁰, Caillet R.²¹, Gilmore M.R. și Hill C.T.²². O altă explicație poate fi incompetența (lipsa de obiectivitate și veridicitate) a unor metode utilizate în cercetare, ceea ce este susținut de datele studiilor lui Michael E. Geisser și Randy S. Roth¹⁹, lui Atkinson J.H. et al.²³ și de recomandările Agenției Naționale de Acreditare și Evaluare a Sănătății din Franța (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante)⁶, care afirmă că Beck Depression Inventory și Scara de Evaluare Vizuală Analogică oferă doar rezultatele subiective, ce nu corespund gradului de manifestare obiectivă a durerii. În același timp, nu este exclusă

posibilitatea impactului exagerat al factorilor psihologici la pacienții din grupul durerii lombare cronice comune, „mimând” manifestările durerii cauzate de factorii organici.

Numărul de pacienți este încă insuficient pentru o evaluare statistică obiectivă și studiul dat necesită continuare.

Concluzii

1. La pacienții examinați s-a depistat asocierea durerii lombare cronice cu starea depresivă și nivelul majorat de anxietate de personalitate, ceea ce confirmă corelația strânsă dintre factorii psihologici și persistența durerii. Nu a fost detectată diferența semnificativă dintre gradul de anxietate și depresie dintre grupul de pacienți cu durere lombară cronică simptomatică și cea comună. S-a evidențiat, că pacienții de sex masculin declară valorile mai joase de intensitate a durerii și menționează mai puține manifestări clinice asociate durerii lombare, ceea ce ar putea evidenția implicarea factorului social (cultural) în apariția comportamentului dureros.
2. Deoarece pacienții nu au putut preciza timpul apariției actualei stări depresive sau celei anxioase, a fost imposibil de precizat succesiunea apariției și primordialitatea durerii lombare sau a factorilor psihologici.
3. Diferența dintre grupul depacienții cu durere lombară cronică simptomatică și grupul celor cu durere lombară cronică nespecifică prin compararea rezultatelor chestionarelor completate nu a fost semnificativă. În același timp, a fost prezentă diferența semnificativă a rezultatelor după completarea chestionarelor Holmes&Rahe Stress Questionnaire și Spielberger Anxiety Questionnaire dintre grupul de pacienți de sex feminin și sex masculin.
4. Deoarece studiul dat nu a oferit confirmare certă a impactului primordial al factorilor psihologici în etiologia și evoluția durerii lombare, la moment este imposibilă determinarea posibilităților și elaborarea metodelor de evitare a apariției durerii lombare cu componenta psihică.

Bibliografia

1. Newman L. Harris, “Origins, Recognition and Management of Abnormal Illness Behaviour”, University of Sydney Pain Management and Research Centre, Royal North Shore Hospital, RACP 2004 Annual Scientific Meeting Annals;
2. M.J. Thevenot, F. Boureau, „Mieux vivre avec une douleur”, pag.28 ;
3. W.L. Cats-Baril, J.W. Frymover; “Identifying patients at risk of becoming disabled because of low-back pain. The Vermont rehabilitation engineering center predictive model.” Spine, 1991, No 16, pag. 605-612.
4. S.O. Hernandez, M.X.F. Parga, C.M. Aznar, “Illness Behavior : Prediction by Symtoms, the Grossarth-Maticek and Eysenk Personality Types, Neuroticism, Life Events, Coping, Health Locus of Control, Social Support and Attribution Style”; The Spanish Journal of Psychology, 2007; Vol.10, No.2, 388-398;
5. Polatin P.B., Kinney R.K., Gatchel R.J. et al. “Psychiatric illness and chronic low-back pain: the mind and the spine – which goes first?”; Spine, 1993; 18:66-71;
6. S. Laversin, A. Durocher, E. Blondet, S. Lascols, ”Diagnostic, prise en charge et suivi des maladies atteints de lombalgie chronique”; Agence Nationale d’Accreditation et d’Evaluation en Sante (ANAES), decembre 2000; pag. 27-29
7. Leino P, Magni G. “Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10-year follow-up of metal industry employees”; Pain 1993; pag. 53:89-94;
8. Krishan K.R.R., France R.D., Pelton S. et al. , ”Chronic pain and depression. Classification of depression in chronic low back pain patients”; Pain, 1993; 22:279-87;
9. J-P. Valat, „Lombalgies: comment eviter le passage a la chronicite et detecter les sujets a risque?”, Synoviale, juin 2003 (No 122) ;
10. Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK. Relationship of pain specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain* 1994; 57: 301-309.

11. Renee D. Goodwin, PhD, MPH, Mario Castro, Monika Kovacs, "Major Depression and Allergy: Does Neuroticism Explain the Relationship?"; *Psychosomatic Medicine* 68:94-98 (2006);
12. Eric L. Hurwitz and Hal Morgenstern, Cross-Sectional Associations of Asthma, Hay Fever, and Other Allergies with Major Depression and Low-Back Pain among Adults Aged 20-39 Years in the United States. *American Journal of Epidemiology* Vol. 150, 1999 (No.10);
13. Alexander GM, van Rijn MA, van Hilten JJ, Perreault MJ, Schwartzman RJ. Changes in cerebrospinal fluid levels of proinflammatory cytokines in CRPS. *Pain* 2005;116(3):213-9;
14. R. K.S. Lim, "Pain", *Annual Review of Physiology*, 1970, 32:269-288;
15. Costigan M, Woolf CJ. Pain: molecular mechanisms. *Journal of Pain* 2000;1(3):35-44;
16. Mark V. Boswell, MD, PhD, Andrea M. Trescot et. al., *Interventional Techniques: Evidence-based Practice Guidelines in the Management of Chronic Spinal Pain*, *Pain Physician* 2007; 10:7-111;
17. Bogduk N, McGuirk B. Causes and sources of chronic low back pain, Medical management of acute and chronic low back pain. An evidence based approach. Amsterdam: Elsevier; 2002. p. 115-25;
18. Adams MA, Bogduk N, Burton K, Patricia D. Biology of spinal tissues. The biomechanics of backpain. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002. p. 49-71;
19. M. E. Geisser, R.S. Roth, "Knowledge of and Agreement with Chronic Pain Diagnosis: Relation to Affective Distress, Pain Beliefs and Coping, Pain Intensity, and Disability"; *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol.8, No.1, 1998;
20. Merskey H., "Psychosocial factors and muscular pain", In: Friction JR, Awad E, eds. *Advances in pain research and therapy, Vol. 17, Myofascial pain and fibromyalgia*. New York: Raven Press, 1990, pp.213-225;
21. Caillet R. Forward. In: Travell JG, Simons DG, eds. *Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual* (Vol. 1). Baltimore: Williams and Wilkins, 1983, pag. 213-225;
22. Gilmore M.R., Hill C.T., "Reactions to patients who complain of pain: Effects of ambiguous diagnosis", *Journal of Applied Social Psychology*, 1981; 11: 14-22;
23. Atkinson J.H., Slater M.A., Wahlgren D.R., Williams R.A. et.al., "Effects of noradrenergic and serotonergic antidepressants on chronic low back pain intensity"; *Pain* 1999; 83:137-45;

ALODINIA ȘI ALTE TULBURĂRI DE SENSIBILITATE LA PACIENȚII CU MIGRENĂ CRONICĂ

Diana Concescu, Ludmila Sidorenko, Andrei Ganenco

(Conducător științific prof. I. Moldovanu)

Catedra Neurologie USMF " Nicolae Testemițanu "

Summary

Allodynia and other sensibility disturbances in the chronic migraine patients

Cutaneous allodynia (CA) is a neuropathic pain, which appear in the application of some nondolor stimuli on normal skin. The patients with CA can feel this low potential, as a severe pain or challenged contact one or usual compression, fever (cool, warm), or water contact. The patient can't wear cap, glasses and hair accessories. It is difficult to comb, to brush, to wash and to walk. The study purpose consists of the cutaneous allodynia association research in the chronic migraine patients.

Rezumat

Alodinia cutanată (AC) este o durere neuropatică, care apare în urma aplicării unor stimuli nondolori asupra pielii normale. Pacienții cu AC pot simți acest potențial scăzut, ca o durere arzătoare, sau ca o durere provocată de atingeri sau compresii obișnuite, temperatură