

### IMPORTANȚA ACCEPTĂRII DURERII ȘI A ACTIVIZĂRII PACIENȚILOR ÎN EVOLUȚIA ȘI TRATAMENTUL DURERII CRONICE MIGRENOASE ȘI LOMBARE

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

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

#### Summary

#### *The role of pain acceptance and patients' activation in chronic low back pain and chronic migraine evolution and treatment*

Acceptance of chronic pain entails that an individual reduces unsuccessful attempts to avoid or control pain and focuses instead on the participation in everyday activities and the pursuit of personally relevant goals. Recent investigations prove that acceptance of chronic pain and patients' activation carried out on 30 patients with chronic migraine and 40 patients with low back pain. The treatment was more efficient in the patients who had a higher acceptance and activation level. Patients with chronic low back pain with more elevated level of pain acceptance and activation have also had less pain frequency and disability and depression values.

#### Rezumat

Acceptarea durerii cronice reprezintă reorientarea pacientului de la încercările fără de succes de a evita sau a controla durerea și focusarea asupra participării în activitățile vieții cotidiene practicate și până la apariția durerii. Cercetările recente demonstrează că acceptarea durerii cronice și activizarea contribuie la diminuarea dizabilității și la o eficiență mai înaltă a tratamentului. În cadrul studiului dat au fost investigate 30 pacienți cu migrenă cronică și 40 pacienți cu durerea lombară cronică. S-a constatat, că la persoanele ce acceptau mai mult durerea cronică și erau mai active eficiența tratamentului a fost mai înaltă. La pacienții cu durerea lombară cronică cu nivelul mai mare de acceptare și de activizare frecvența acceselor dureroase, dizabilitatea și valorile depresiei erau mai reduse.

#### Actualitatea temei

Studiul efectuat în Republica Moldova în anul 2008<sup>[18]</sup>, a evidențiat la pacienții cu migrenă cronică o toleranță mai mare la durere și o adresabilitate la medic mai scăzută, decât la pacienții din alte țări. Cauze posibile, ce ar explica fenomenul dat, sunt multiple, inclusiv cele culturale (educația, religia). Acești factori etiologici ar putea impune în mentalitatea pacienților imaginea durerii drept o parte componentă și inevitabilă a vieții, ceea ce, de fapt, reprezintă acceptarea durerii. Rezultatele studiului sugerează o corelație existentă dintre utilizarea scăzută a medicamentelor și acceptarea durerii la pacienții cu migrenă cronică. Evaluarea interdependenței dintre toleranța durerii și eficiența tratamentului ar putea elucida tipul impactului (pozitiv sau negativ) al acceptării durerii asupra evoluția durerii cronice și ar indica managementul adecvat al pacienților.

*Acceptarea durerii cronice*, atât de larg răspândită la pacienții din Republica Moldova, presupune renunțarea unei persoane la încercările fără succes de a controla sau a diminua durerea cu focusarea asupra participării în diferite activități ale vieții cotidiene practicate și până la apariția durerii.<sup>[2, 12, 13]</sup> „*Acceptarea durerii*”, asociată cu *activizarea* (implicarea în activități intelectuale și fizice cotidiene) la pacienții cu durerea cronică, este un concept nou în managementul persoanelor cu durere, cercetările mai profunde în acest domeniu fiind realizate doar pe parcursul ultimilor 7-8 ani. La moment, în Republica Moldova nu s-au efectuat studii ce

ar elucida definitiv valoarea acceptării și a activizării asupra evoluției și tratamentului durerii cronice.

Astfel, pacientul ce acceptă durerea, este conștient că aceasta nu va dispărea (iar uneori, posibil, nici nu va diminua), dar dorește să-și continue o viață practic normală, ca și până la apariția durerii. O acceptare adecvată a durerii de către pacient nu reprezintă cedarea lui în fața durerii, ci o simplă reorientare de la confruntarea cu factorii necontrolabili (durerea, boala) la factorii controlabili de către pacient (comportamentul propriu, atitudinea față de durere).

Studiile recente sugerează, că acceptarea durerii cronice poate ameliorarea starea emoțională și fizică a persoanelor afectate, cu diminuarea depresiei, dizabilității, anxietății, stresului și a intensității durerii.<sup>[8, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 24, 25]</sup>

Pentru aprecierea prezenței acceptării durerii cronice la pacienți, a fost elaborat Chestionarul Acceptării Durerii Cronice (Chronic Pain Acceptance).<sup>[12, 14]</sup>

Cunoașterea condițiilor, în care *acceptarea* durerii și *activizarea* sunt mai benefice decât lupta epuizantă cu senzația dureroasă, ar putea contribui la un management adecvat al durerii cronice cu ameliorarea calității vieții persoanelor cu sindrom algic.

Necesitatea propunerii unui pacient a reorientării *de la confruntarea* cu durerea, cu tendința de a găsi soluții de a o diminua și de a-i controla apariția (evitând situațiile ce pot provoca exacerbarea durerii, diminuând eforturile fizice și psihice și majorând ponderea odihnei) *spre acceptarea* durerii cronice este apreciată individual și depinde de specificul socio-cultural, cognitiv, intelectual și afectiv al persoanei date<sup>[2, 6, 9, 10]</sup>. Predominarea metodelor de acceptare a durerii ar fi mai rezonabilă la pacienții care îndeplinesc următoarele condiții<sup>[14]</sup>:

1. durerea este cronică;
2. eliminarea completă (sau uneori chiar și diminuarea) a durerii este imposibilă;
3. durerea nu este foarte intensă (deși chiar și în cazul unei dureri intense acceptarea și activizarea pot influența pozitiv evoluția maladiei);
4. particularitățile individuale cognitive ale pacientului permit de a-l reorienta spre strategia de acceptare a durerii.

Însă, chiar ținând cont de criteriile date, necesitatea reorientării pacientului spre acceptarea durerii trebuie să fie apreciată individual, fiind rezonabilă uneori și practicarea acceptării de către persoanele ce nu corespund tuturor criteriilor date.

Deoarece în Republica Moldova acceptarea durerii pare a fi foarte frecventă la pacienți (cel puțin, cei cu migrena cronică<sup>[18]</sup>), necesitatea evaluării aportului ei în evoluția durerii cronice este o problemă actuală.

### **Sarcinile studiului**

Determinarea acceptării durerii și a activizării la aceste persoane, cu aprecierea impactului lor asupra eficienței tratamentului și a evoluției durerii.

### **Obiectivele**

1. Determinarea acceptării durerii și a activizării la pacienții cu migrenă cronică și cu durere lombară cronică utilizând chestionarul specializat
2. Analiza comparativă a rezultatelor obținute, depistarea posibilelor corelații dintre caracteristicile durerii cronice la pacienții examinați și utilizarea acceptării și a activizării.

### **Material și metode**

**Material:** au fost investigați 70 pacienți cu durere cronică (30 – cu durere migrenoasă cronică și 40 – cu durere lombară 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 corespuns 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>[17]</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>[4, 19]</sup> se conforma criteriilor Clasificării Internaționale a Tulburărilor Cefalalgie 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>[4]</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  $49,58 \pm 10,83$  ani (de la 25 până la 68 ani), 13 bărbați (32,5%) și 27 femei (67,5%), durata medie a durerii fiind  $8,63 \pm 9,22$  ani (de la un an până la 40 ani). Intensitatea medie a durerii până la cura de tratament în staționar a fost de  $8,58 \pm 3,17$  puncte după Scala Numerică Analogică (din maximum 10 puncte). Intensitatea medie a durerii după cura de tratament în staționar a fost de  $4 \pm 2,82$  puncte conform SNA din 10 maximal posibile. Frecvența acceselor dureroase a fost de  $26,8 \pm 6,16$  zile/lună.

Vârsta medie a pacienților cu MC a constituit  $44,1 \pm 11,5$  ani (de la 18 până la 61 ani), durata medie a durerii fiind  $13,5 \pm 9,23$  ani (de la un an până la 40 ani). Intensitatea medie a durerii până la cura de tratament în staționar a fost de  $8,93 \pm 1,6$  puncte după Scala Numerică Analogică (din maximum 10 puncte). Intensitatea medie a durerii după cura de tratament în staționar a fost de  $4,53 \pm 2,58$  puncte conform SNA (din 10 maximal posibile). Frecvența acceselor dureroase a fost de  $25,83 \pm 7,51$  zile/lună.

#### **Metodele de investigație:**

1. Examinarea clinică a pacienților (anamneza, examenul obiectiv, statusul neurologic) și examenele paraclinice;
2. 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);

Testarea psihometrică:

3. Aprecierea prezenței depresiei cu ajutorul Chestionarului Depresiei Beck, varianta Screening Rapid (Beck Depression Inventory Fast Screen) (BDI-FS) <sup>[3, 22]</sup> - constă din 10 puncte, iar conform scorului obținut depresia poate fi absentă, ușoară, moderată sau severă;
4. Chestionarul Acceptării Durerii Cronice (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) (CPAQ) <sup>[6, 13]</sup> – chestionar din 20 itemi cu calcularea a două scoruri – pentru aprecierea acceptării și pentru determinarea implicării în acțiuni ( a activizării). Caracterizează atitudinea pacientului față de durere, ce poate varia de la dorința obsesivă de a se debarasa de ea (căutarea permanentă a noilor medicamente sau metode de tratament ce ar înlătura iminent durerea etc.), până la acceptarea faptului, că durerea va persista și căutarea metodelor de a trăi cu durere, diminuându-i la maxim influența asupra modului de viață. De asemenea, descrie implicarea pacientului în acțiuni (de la odihna ce ocupă cea mai mare parte a zilei cu evitarea îndeplinirii oricăror activități fizice și intelectuale (din motivul de a nu provoca sau a nu mări intensitatea durerii), până la implicarea deplină în viața cotidiană, regimul de muncă fiind practic același, ca și până la apariția durerii);

5. Scala Performanței Regiunii Dorsale (Back Performance Scale) (BPS) <sup>[21]</sup> – a fost utilizată pentru obiectivizarea dizabilității fizice a pacienților cu DLC. Constă din 5 teste: îmbrăcarea ciorapilor, ridicarea obiectului de pe podea (a foi de hârtie), testul de înrulare, testul atingerii podelii cu degetele și testul ridicării greutăților. Fiecare test e apreciat de la 0 la 3 puncte, scorul total maximal posibil fiind de 15 puncte (dizabilitate extremă). Deoarece în timpul investigării pacienților nu a fost posibilă cercetarea capacității lor de a ridica cu o frecvență anumită a unei greutăți de 5 kg în cursul unei perioade de timp (pentru a nu exacerba durerile prezente la pacienți), au fost realizate celelalte probe, scorul acumulat variind de la 0 puncte (absența dizabilității) până la maximum 12 puncte (dizabilitate maximală);

A fost apreciată interdependența dintre prezența acceptării și a activizării durerii și următoarele criterii ale durerii cronice la pacienții examinați: intensitatea durerii până la cura de tratament în staționar, intensitatea durerii după cura de tratament în staționar (conform Scalei Numerice Analogice), frecvența acceselor dureroase (timp de o lună) și durata prezenței durerii la pacientul dat.

#### **Metodele statistice utilizate:**

Cu scopul unei comparabilități mai bune a studiului dat cu cele asemănătoare efectuate de alți autori, 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**

A fost cercetată corelația dintre prezența acceptării durerii (drept un fenomen persistent în viața pacientului) și a angajării în activitățile cotidiene cu particularitățile durerii și evoluției ei la pacienții cu MC și DLC. Acceptarea durerii a fost apreciată utilizând Chestionarul Acceptării Durerii Cronice - Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ). Același chestionar a fost utilizat pentru depistarea angajării în activități.

A fost examinată corelația statistică dintre scorurile acumulate de către pacienții cu DLC și MC la completarea Chestionarului Acceptării Durerii Cronice.

La 40 pacienți cu DLC examinați utilizând chestionarul CPAQ, scorul mediu ce caracteriza acceptarea durerii a fost de  $20,53 \pm 8,54$  de puncte din cele 54 puncte maximum posibile (cu cât scorul e mai mare, cu atât acceptarea durerii de către pacientul examinat este mai mare); scorul mediu ce caracteriza activizarea (angajarea în activități) era de  $35,33 \pm 14,43$  puncte din cele 66 maximum posibile (cu cât scorul era mai mare, cu atât activizarea la pacientul dat era mai exprimată). La cei 30 pacienți cu MC scorul mediu ce caracteriza acceptarea durerii a fost de  $16,77 \pm 6,09$  puncte (din cele 54 maximum posibile), iar scorul mediu al activizării a fost de  $23,73 \pm 14,7$  puncte (din 66 maximal posibile).

S-au comparat variațiile scorurilor acceptării și a activizării la ambele grupuri de pacienți (cu DLC și MC) cu durata prezenței durerii lombare și a celei migrenoase, cu frecvența acceselor de durere timp de o lună, cu intensitatea durerii până la cura de tratament și cea după cura de tratament în staționar (fiind astfel apreciată corelația dintre activizarea și acceptarea practice și eficiența tratamentului). După efectuarea calculelor statistice, la persoanele cu DLC s-a constatat o corelație statistic negativă a *frecvenței* acceselor de durere cu *acceptarea* durerii ( $z = -2,41$ ;  $p < 0,01$ ). De asemenea, a fost prezentă corelația negativă statistic semnificativă a *acceptării* cu *intensitatea* durerii după tratament ( $z = -1,9$ ;  $p < 0,05$ ). S-a depistat și corelația negativă a *activizării* pacienților cu DLC cu *frecvența* acceselor dureroase cu ( $z = -2,19$ ;  $p < 0,05$ ) și cu *intensitatea durerii după tratament* ( $z = -2,33$ ;  $p < 0,05$ ).

La persoanele cu MC s-a constatat corelația negativă statistic semnificativă dintre *intensitatea* durerii după tratament și *acceptarea* durerii ( $z = -1,83$ ;  $p < 0,05$ ). De asemenea, a fost prezentă corelația negativă statistic semnificativă dintre *intensitatea durerii după tratament* și *activizarea pacienților* ( $z = -2,33$ ;  $p < 0,05$ ).

Scala Persistenței Regiunii Lombare (Back Persistence Scale, BPS) a fost efectuată la 20 persoane cu DLC, pentru a aprecia corelația dintre *dizabilitatea* pacienților și *acceptarea* și

activizarea. Scorul mediu acumulat de persoanele cu DLC a fost de  $5,7 \pm 3,53$  puncte din cele 12 maximal posibile (cu cât mai înalt era scorul acumulat, cu atât mai mare era dizabilitatea pacientului). S-a depistat *corelația negativă* dintre scorul BPS (*dizabilitate*) și *acceptarea durerii* ( $z = -2,29$ ;  $p < 0,05$ ) și *activizarea* la pacienții cu DLC ( $z = -2,78$ ;  $p < 0,01$ ).

Chestionarul Depresiei Beck cu 10 itemi pentru aprecierea prezenței depresiei la pacienții cu durere cronică a fost efectuat la 20 de persoane cu DLC. Scorul mediu acumulat a fost de  $5,7 \pm 3,4$  puncte (din cele 30 maximal posibile, caracterizând depresia extremă). La 9 pacienți depresia la moment nu s-a depistat, la 2 persoane – era de intensitate slabă-moderată. La 9 persoane scorul era sub nivelul considerat drept valabil pentru aprecierea depresiei (posibilă mascare a depresiei prezente sau negarea ei). După efectuarea analizei statistice s-a constatat, că scorul acumulat după completarea chestionarului Beck de către pacienții cu DLC (*intensitatea depresiei*) corela negativ cu *acceptarea durerii* ( $z = -2,07$ ;  $p < 0,05$ ) și cu *activizarea* ( $z = -2,42$ ;  $p < 0,01$ ).

Chestionarul Depresiei Beck a fost completat și de 20 pacienți cu MC, scorul mediu acumulat fiind de  $9,05 \pm 5,97$  puncte. La 10 pacienți depresia la moment nu s-a depistat, la 4 persoane – era de intensitate slabă-moderată, la 2 persoane - de intensitatea moderată-severă. La 4 persoane scorul era sub nivelul considerat drept valabil pentru aprecierea depresiei (posibilă mascare a depresiei prezente sau negarea ei).

După efectuarea analizei statistice, *nu s-a depistat prezența corelației* dintre intensitatea depresiei la pacienții cu MC și acceptarea și activizarea.

## Discuții

Astfel, persoanele cu DLC utilizează mai frecvent decât cele cu MC acceptarea durerii (DLC -  $20,53 \pm 8,54$  de puncte vs. MC -  $16,77 \pm 6,09$  puncte din cele 54 puncte maximum posibile) și activizarea (DLC -  $35,33 \pm 14,43$  puncte vs. MC -  $23,73 \pm 14,7$  puncte din 66 maximal posibile).

La persoanele cu DLC s-a constatat, că cu cât era mai mult acceptată durerea de către pacienți, cu atât mai mică era frecvența acceselor dureroase timp de o lună ( $p < 0,01$ ) și cu atât mai mică era intensitatea durerii după cura de tratament în staționar ( $p < 0,05$ ) (corelația negativă). Același lucru era și în cazul activizării la pacienții cu DLC – cu cât ei erau mai activi, cu atât era mai scăzută frecvența acceselor și intensitatea durerii după tratament ( $p < 0,05$ ).

De asemenea, la persoanele cu DLC dizabilitatea fizică era cu atât mai mică, cu cât mai mult era practică acceptarea ( $p < 0,05$ ) și activizarea ( $p < 0,01$ ).

La persoanele cu MC intensitatea durerii după cura de tratament în staționar era cu atât mai mică, cu cât mai activi erau pacienții și cu cât mai mult practicau ei acceptarea durerii ( $p < 0,05$ ).

Depresia era mai exprimată în grupul de persoane cu MC (DLC  $5,7 \pm 3,4$  puncte vs. MC  $9,05 \pm 5,97$  puncte din cele 30 maximal posibile conform Chestionarului Depresiei Beck). Din pacienții cu DLC, s-a constatat că depresia la cei ce practicau mai frecvent acceptarea ( $p < 0,05$ ) și activizarea ( $p < 0,01$ ) (ceea ce nu s-a constatat la persoanele cu MC).

Datele obținute corelează cu cele ale studiilor efectuate de către savanții McCracken și Eccleston<sup>[13, 15]</sup> (2003), Viane et al.<sup>[25]</sup> (2003), McCracken et al.<sup>[14, 16]</sup> (2004), Nicholas și Asghari<sup>[20]</sup> (2006), Esteve et al.<sup>[5]</sup> (2007) etc.

## Concluzii

Persoanele cu durerea lombară cronică în comparație cu cele cu migrenă cronică sunt mai active și mai mult practică acceptarea durerii. La ambele grupuri de pacienți (cu durerea cronică migrenoasă și cu cea lombară) acceptarea și activizarea par a avea o influență pozitivă asupra eficacității tratamentului.

La persoanele cu durerea lombară cronică ce practicau mai mult acceptarea durerii și erau mai activi frecvența acceselor de durere timp de o lună era mai scăzută și nivelul dizabilității și cel al depresiei erau mai reduse.

## **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. Andersson G.B. Chronic Pain and Praying to a Higher Power: Useful or Useless? // *Journal of Religion and Health*, 2008, Vol. 47, p.176–187.
3. Beck A. T. et al. BDI-II fast screen for medical patients manual, The Psychological Corporation, London, 2000.
4. Clasificarea Internațională a Tulburărilor Cefalalgice. Ed. a doua. (Traducere din limba engleză), coordonator științific Moldovanu I. Chișinău, 2004, p. 49.
5. Esteve R. et al. Adjustment to Chronic Pain: The Role of Pain Acceptance, Coping Strategies, and Pain-Related Cognitions//*Annals of Behavioural Medicine*, 2007, Vol. 33, №2, p. 179–188).
6. Foster N.E. et al. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients. // *Pain*, 2010, Vol. 148, p. 398–406.
7. Geiser D.S. A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center. Unpublished doctoral dissertation. University of Nevada, Reno, NV., 1992.
8. Hapidou E.G., Abbasi H. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain and pain management outcomes. *Pain Practice*, 3rd World Congress, World Institute of Pain. Barcelona, Spain. 2004, September 21-25. Book of Abstracts, p. 277.
9. Keefe F.J., Rumble M.E. et al. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. // *Journal of Pain*, 2004, Vol. 5, p. 195–211.
10. Keefe F.J., Abernethy A.P., Campbell L. C. Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. // *Annual Review of Psychology*, 2005, Vol. 56, p. 601–630.
11. McCracken LM. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. // *Pain*, 1998, Vol. 74, p. 21–27.
12. McCracken LM. Behavioral constituents of chronic pain acceptance: results from factor analysis of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire. // *Journal of Back Musculoskeletal Rehabilitation*, 1999, Vol. 13, p. 93–100.
13. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? // *Pain*, 2003, Vol. 105, № 1–2, p. 197–204.
14. McCracken L.M., Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. // *Pain*, 2004, Vol. 107, p.159-166.
15. McCracken, L. M., Eccleston C. A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. // *European Journal of Pain*, 2006, Vol. 10, p. 23–29.
16. McCracken L.M., Velleman S.C. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. // *Pain*, 2010, Vol. 148, p. 141-147.
17. 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.
18. 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*, 2008, Vol. 28, p. 1229–1233.
19. Moldovanu I., Dodick D., Odobescu S., Cefaleele, algiile faciale și cervicale. Monografie. Editura centrala, Chișinău, 2007
20. Nicholas M. K., Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? // *Pain*, 2006, Vol. 124, p. 269–279.

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