

ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN DUREREA CRONICĂ LOMBARĂ, IMPACTUL LOR ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII

Oxana Jugurt¹ – cercet. șt. stagiar, Svetlana Pleșca¹ – dr. în șt. med., conf. cercet.,

Marina Sangheli² – dr. în șt. med., conf. univ.,

¹IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie,

²IP USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Neurologie

e-mail: oxy.manea@yahoo.com, tel. (+373 22) 73-72-03

Rezumat

Acest articol vizează rolul factorilor psihosociali în geneza și cronicizarea durerii lombare, impactul lor asupra calității vieții, cu îmbunătățirea ulterioară a metodelor de screening pentru pacienții cu risc de instalare a dizabilității. Studiul a cuprins 62 de persoane evaluate cu chestionar sociodemografic, Visual Analog Scale, Beck Depression Inventory, Spielberger's State Anxiety Inventory, SPF-36 Health Survey, Back Performance Scale, Rolland-Morris Disability Questionnaire.

Cuvinte-cheie: factorii psihosociali, durerea cronică lombară, dizabilitate

Summary. The role of psychosocial factors in chronic low back pain, their impact on quality of life

This article concerns the role of psychosocial factors in the genesis of chronic low back pain and their impact on quality of life, with further improvement of methods of screening for patients at risk for onset of disability. The study comprised 62 individuals assessed by socio-demographic questionnaire, Visual Analog Scale, Beck Depression Inventory, Spielberger's State Anxiety Inventory, SPF-36 Health Survey, Back Performance Scale, Rolland-Morris Disability Questionnaire.

Key words: psychosocial factors, chronic low back pain, disability

Резюме. Роль психосоциальных факторов при хронической боли в пояснице, их влияние на качество жизни

Данная статья посвящена роли психосоциальных факторов в генезе хронической боли в пояснице и их влияние на качество жизни, с дальнейшим совершенствованием методов скрининга для пациентов с риском возникновения инвалидности. В исследование были включены 62 человека, которым провели социально-демографический опросник, Visual Analog Scale, Beck Depression Inventory, Spielberger's State Anxiety Inventory, SPF-36 Health Survey, Back Performance Scale, Rolland-Morris Disability Questionnaire.

Ключевые слова: психосоциальные факторы, хроническая боль в пояснице, инвалидность

Introducere

Durerea lombară reprezintă cea mai frecventă suferință musculoscheletală care afectează toate vârstele și toate categoriile de populație. Este o problemă importantă de sănătate publică datorită implicațiilor sociale determinate de morbiditate și absență de la locul de muncă [5, 9]. Se consideră că 60-70% dintre persoane vor prezenta cel puțin un episod de durere lombară în cursul vieții, la 25% din aceștia se înregistrează recurențe, iar 10% vor prezenta durere cronică, ce duce la pierderea capacității de muncă prin invaliditate, afectarea resurselor de sănătate și afectarea calității vieții [1, 7, 8, 12].

Durerea cronică este un sindrom complex ce durează mai mult de trei luni de zile și influențează toate sistemele funcționale ale organismului. Deși, de multe ori fiind absente schimbările organice în durerea cronică, cele ale sferei afective sunt întotdeauna amplu manifeste la majoritatea pacienților prin anxietate, depresie, somatizare, stres, metodele incorecte de confruntare a durerii [1, 2, 3, 6, 10].

Vulnerabilitatea biologică sau genetică în combinație cu factorii psihologici sau de mediu creează condițiile necesare pentru ca o boală să apară, fac persoana să devină susceptibilă de a dezvolta o problemă particulară. Durerea este rezultatul interacțiunii dintre factorii biologici și psihosociali, fiind imposibili de a fi separați. Factorii psihosociali provoacă exacerbarea componentelor biologice ale durerii, în parte influențând percepția durerii, ducând la creșterea în intensitate a sindromului algic, cronicizare și instalarea dizabilității.

Astfel, sistemul nervos central are abilitatea de a-și „aminti”, reproduce și elaborează durerea, chiar și în absența unei iritații continue a țesuturilor periferice, în contextul unor stimuli sosiți din altă parte a organismului la nivelul sistemului nervos central, așa cum se întâmplă în depresii sau în cazuri de anxietate, furie [1, 2, 3, 6, 11].

Studierea impactului factorilor psihosociali în durerea cronică ne va oferi o înțelegere mai amplă a gradului de afectare a pacienților și ne va permite o abordare multidisciplinară și multilaterală a problemei pacienților cu dureri cronice.

Scopul studiului este de a identifica rolul fac-

torilor psihosociali în geneza și cronicizarea durerii lombare, de a analiza indicii de calitate a vieții la acești pacienți.

Material și metode

Studiul a fost efectuat în perioada anilor 2014-2015 în Institutul de Neurologie și Neurochirurgie (Chișinău, Republica Moldova), cu colectarea materialului primar de la pacienții cu dureri lombare, internați în secția de Vertebro-neurologie. În cercetarea clinică au participat 62 de persoane: lotul de bază - 30 pacienți cu durere lombară cronică, lotul de comparație - 18 pacienți cu durere lombară acută, lotul-martor - 14 subiecți sănătoși.

Criterii de includere în studiu:

1. Ambele sexe cu vârsta cuprinsă între 18-65 de ani.
2. Prezența durerii lombare cronice conform criteriilor de diagnostic Asociației Internaționale pentru Studiul Durerii (International Association for the study of Pain, IASP).
3. Pacienți cu manifestări clinice de durere lombară, cu/fără iradiere la nivelul membrilor inferioare (regiunea feselor, coapselor, gambelor, plantei).
4. Absența dereglărilor afective psihotice.

Criterii de excludere din studiu:

1. Maladii somatice ce pot stimula durere în regiunea dată.
2. Pacienții necooperanți.

Metode de cercetare utilizate în studiu:

1. Evaluarea clinică a pacienților (anamneza, examenul obiectiv, statusul neurologic).
2. Determinarea scorului anxietății reactive și de personalitate (testul Spilberger), depresiei (testul Beck).
3. Chestionarul SF-36 - permite evaluarea percepției asupra propriei sănătăți a pacienților cronici în general și compararea acestei percepții cu cea a populației generale. Reflectă cu acuratețe starea generală de sănătate și conține 36 de întrebări.
4. Scala Performanței Regiunii Dorsale (Back Performance Scale) (BPS) – 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 înrolare, testul atingerii podului cu degetele și tes-

tul ridicării greutateilor. Fiecare test este 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).

5. Aprecierea prezenței dizabilității cu ajutorul Chestionarului Roland – Morris (Roland Morris Disability Questionnaire) (RMQ) – constă din 24 puncte (0 puncte – absența totală a dizabilității, 24 puncte indică faptul că există dizabilitate). Un scor > sau =14 indică un pacient sever afectat

Rezultate:

Analiza indicatorilor sociodemografici ai pacienților cu DLC vs. cei cu DLA a permis relevarea următoarelor: pacienții cu DLC sunt preponderent femei (73,3%), cu locul de trai stabilit mai frecvent și statistic relevant în spațiul rural (76,6% vs. 44,4% la pacienții cu DLA, $p < 0,01$), 2/3 din pacienți fiind căsătoriți (68,75%).

Conform caracterului activității, mai mult de 1/2 din pacienții cu DLC nu sunt angajați în câmpul muncii (56,6% vs. 22,2%, $p < 0,01$), 53,3% exercită munci fizice, iar munca intelectuală o practică un număr mai mic, dar nesemnificativ de pacienți cu DLC, în comparație cu cei cu DLA (26,6% vs. 55,5%, $p = 0,06$).

Statutul educațional este mai jos la pacienții cu DLC în raport cu cei cu DLA, majoritatea pacienților cu DLC având studii medii și/sau profesionale (60% vs. 44,4%, $p < 0,01$). Statistic semnificativ, mai puțini pacienți cu DLC vs. cei cu DLA au studii universitare (16,6% vs. 33,3%, $p < 0,05$) și lipsesc cu desăvârșire persoanele cu DLC cu studii postuniversitare (0% vs. 5,5%).

Referitor la condițiile de trai și starea materială, majoritatea pacienților cu durere lombară (73,3% pacienți cu DLC vs. 66,7% pacienți cu DLA) au apreciat condițiile lor de trai fiind medii și nefavorabile, iar starea lor materială ca nesatisfăcătoare.

Pentru evaluarea specificului în profilul psiho-

patologic al pacienților cu durere cronică am folosit chestionare, cum ar fi: Chestionarul de depresie Beck și Chestionarul pentru evaluarea anxietății Spielberger.

Tabelul 1

Evaluarea comparativă a loturilor în baza scalei Spielberger

	Lotul pacienți cu durere lombară cronică (n=30)	Lotul pacienți cu durere lombară acută (n=18)	Lotul subiecți sănătoși (n=14)
Anxietatea reactivă	48,3±4,9	45,1±2,9	26,6±7,7
Anxietatea de personalitate	53,9±5,2	49,6±4,2	45,7±8,3

Indicele de anxietate reactivă și de personalitate este crescut la pacienții cu durere cronică. Anxietatea reactivă este statistic relevant mai înaltă în DLC 48,3±4,9 vs. 45,1±2,9 vs. 26,6±7,7, fiind foarte exprimată la pacienții cu DLC (≥ 46 puncte) și ușor majorată la cei cu DLA și la subiecții sănătoși (30-45 puncte-anxietate majorată); ceea ce, probabil, reflectă faptul că durerea cronică constituie un stres major pentru pacienți, cu afectarea tuturor sferelor vieții cotidiene. Scorul anxietății de personalitate a fost mai înalt în grupurile cu DLC și DLA (53,9±5,2 vs. 49,6±4,2), caracteristic pentru o anxietate foarte exprimată, ceea ce denotă că pacienții cu durere lombară, indiferent de frecvența și intensitatea ei, sunt bazal anxioși.

Datele testului Beck demonstrează, că 94% din pacienții cercetați suferă de un oarecare grad de depresie, fapt care este în deplină concordanță cu datele literaturii. Pacienții cu DLC s-au dovedit statistic relevant de cei cu DLA prin prezența unui nivel mai înalt de depresie (10% vs 0%), de asemenea, nivelul depresiei moderate era la ei mai exprimat (50% vs 33,3%).

Aceste rezultate ne sugerează prezența unei stări psihopatologice dereglate la subiecții lotului I atât pe scala depresiei, cât și a anxietății.

Pentru aprecierea stării generale de sănătate a fost utilizat Chestionarul SF-36, care permite evalu-

Tabelul 2

Comparația loturilor conform gradelor de depresie

Nr. d/o	Indice, n (%)	DLC (n=30)	DLA (n=18)	Sănătoși (n=14)
1.	Depresie absentă (5-9 puncte)	2 (6,7%)	3 (16,7%)	6 (42,9%)
2.	Depresie ușoară (10-18 puncte)	10 (33,3%)	9 (50%)	6 (42,9%)
3.	Depresie moderată (19-29 puncte)	15 (50%)	6 (33,3%)	2 (14,2%)
4.	Depresie severă (30-63 puncte)	3 (10%)	0 (0%)	0 (0%)

area percepției asupra propriei sănătăți a pacienților cronici în general și compararea acestei percepții cu cea a populației generale. Interpretarea rezultatelor se face utilizând la fiecare scală scoruri de la 1 la 100. Cu cât valoarea este mai mare, reprezintă un mai bun indice al calității vieții. Scorurile cuprinse între 80-100% caracterizează un pacient capabil să desfășoare o activitate normală, fără semne evidente de boală și care nu necesită îngrijiri speciale; scorurile 50-79% definesc un pacient care nu poate desfășura o activitate normală, dar poate locui singur, se poate îngriji dar uneori necesită asistență; scorurile sub 49% aparțin pacienților incapabili să se îngrijească, necesitând asistență specială, instituționalizată.

S-a demonstrat că pacienții cu dureri lombare cronice prezintă modificări marcate ale stării de sănătate generală, puse în evidență prin alterarea scorului obținut la chestionarul SF-36. Scorul de 50-79% (dizabilitate moderată) a fost statistic semnificativ mai exprimat la pacienții cu DLC vs. DLA (71,7±7,0 vs. 66,5±7,1, $p<0,01$). În ceea ce privește scorul <49% ce relevă un impact major al durerii lombare asupra calității vieții pacientului și necesită un tratament abortiv și profilactic adecvat, s-a deosebit statistic relevant: cei cu DLC prezentând un nivel mai înalt de dizabilitate severă în viața personală față de cei cu DLA (48,5±0,7 vs. 42,8±3,7, $p<0,001$).

Scala Performanței Regiunii Dorsale (BPS) nu a prezentat careva tendințe sau diferențe majore la subiecții cu DLA vs. DLC.

Subiecții cu DLC completând chestionarul Rolland-Morris Scale au obținut următoarele rezultate: 8 pacienți (26,7%) au obținut un scor sub 14 ceea ce denotă o afectare moderată a pacientului de către durere, ceilalți 22 (73,3%) au obținut un scor mai mare, ceea ce poate fi evaluat ca o afectare majoră și marcantă.

După divizarea pacienților cu DLC în dependență de scorul obținut pe scala Rolland-Morris, am evidențiat câteva diferențe semnificative la unii indici:

Tabelul 3

Caracteristica comparativă a pacienților cu durere cronică după scorul RM

Indice	Scor<14 (n=8)	Scor≥14 (n=22)	Valoarea p
Anxietatea reactivă	43,5±6,5	47,1±3,1	$p<0,01$
Anxietatea de personalitate	48,5±4,9	53,6±4,1	$p<0,05$
Chestionarul Beck	14,6±7,9	17,1±6,8	$p<0,001$

Pacienții ce au obținut un scor mai mic de 14 puncte, au obținut și scoruri mai mici pe scala depresiei (14,6±7,9 față de 17,1±6,8 cât au obținut cei

cu un scor RM mai mare de 14). Pe scala anxietății reactive și de personalitate, subiecții cu un scor RM mai mic de 14 au obținut de asemenea scoruri mai mici (43,5±6,5 respectiv, 48,5±4,9 față de 47,1±3,1 și 53,6±4,1 respectiv).

Discuții:

În ciuda diverselor metode de tratament, mai mult de 10% din durerile acute de spate se vor transforma într-un sindrom dureros cronic, care va fi însoțit de dizabilitate, creând probleme financiare de sănătate remarcabile atât pentru pacienți, cât și pentru societate. Datorită acestui fapt, savanții (Nachemson, 2000; Linton, 2005; Freburger, 2009) pe parcursul a 20 de ani, au raportat sindromul algic lombar ca pe o adevărată epidemie socială, menționând implicarea majoră a factorilor psihosociali în geneza și cronicizarea durerii.

Înca din 1977 Engel, un internist cu interese deosebite pentru aspectele psihosomatice și psihosociale ale afecțiunilor, a tratat o perspectivă holistică de abordare a unei patologii, un model de înțelegere și tratare a bolii fizice și mentale [6, 11]. Conform acestuia toate bolile au componente biologice, psihologice și sociale care interacționează și împactează funcționarea umană și, care trebuie luate în considerare pentru o intervenție eficientă.

Apariția unor dezechilibre în sfera afectivă duc la consecințe majore organice și fiziologice, dezvoltând conduite dezadaptate. Profunzimea acestor tulburări variază în funcție de factorii interni, cum ar fi gradul de dezvoltare intelectuală, particularitățile psihice individuale, dar și de factorii externi: absența sau prezența unui climat familial propice, a unor condiții sociale corespunzătoare, traume psihice grave și repetate [1, 2, 3, 6, 11].

Anumite tulburări afective, cum ar fi depresia și anxietatea apar cu o frecvență extrem de mare conform multor studii de specialitate, întâlnindu-se la majoritatea subiecților examinați, ceea ce este în deplină concordanță și cu studiul nostru (94% din pacienții cercetați suferă de un oarecare grad de depresie: depresie usoară - 10%, depresie moderată - 50%, depresie gravă - 10%). Prevalența durerii la depresivi și a depresiei la pacienții cu durere cronică este mai mare decât cea pentru fiecare condiție luată individual. Depresia acționează prin procese biochimice similare celor ce apar în durerea cronică; acest fapt poate agrava simptomele printr-o relație sinergică. Această asociere durere-depresie reflectă coexistența frecventă cu legătură bidirecțională (influență reciprocă), verigi fiziopatologice comune, răspuns la tratamente similare. Amplificarea simptomatică produsă de depresie asupra durerii cronice duce la mai multe acuze dureroase, o intensitate crescută și o durată mai lungă a durerii [6, 11].

Mulți experți ai durerii agreează teoria potrivit căreia persistența durerilor de spate este legată direct de anxietate. Anxietatea poate crește drastic tensiunea musculară, care, la rândul său, intensifică durerea, formându-se un cerc vicios: anxietate – spasm (tensionare musculară) - durere – spasm [1, 2, 3, 10]. Un studiu amplu, efectuat recent (2013) pe un lot de pacienți care sufereau de durere cronică, a elucidat că la 45% din subiecți a fost prezentă anxietatea. Această tendință se menține și în studiul nostru, valorile fiind chiar mai ridicate: 48,3% din subiecți pentru anxietatea reactivă și 53% pentru cea de personalitate.

Conform datelor literaturii, alte tulburări (agitația, impulsivitatea, furia, negativismul) au o frecvență mai redusă decât depresia, fiind prezente la jumătate din pacienți, constatându-se și dereglări ale afectivității cu o frecvență mică (indiferență afectivă, sentimente de inferioritate și inutilitate) [3].

Este bine cunoscut faptul că nivelul scăzut educațional este un indicator al unui statut socioeconomic mai jos, care este asociat cu starea mai proastă a nivelului de sănătate în general. Într-adevăr, statistic semnificativ mai puțini pacienți cu DLC vs. cei cu DLA au studii universitare (16,6% vs. 33,3%, $p < 0,05$) și lipsesc cu desăvârșire persoanele cu DLC cu studii postuniversitare. Mai bine de 2/3 de pacienți cu DLC (73%) din studiul nostru au apreciat condițiile lor de trai ca fiind medii și nefavorabile, iar starea lor materială ca nesatisfăcătoare.

Influențele sociale și de mediu pot juca un rol important atât în cronicizare durerii, cât și în prognosticul pacientului pentru șansele de recuperare. Durerea restrânge capacitatea de angajare în activități (de la muncă la interacțiuni sociale) ceea ce duce la o degradare fizică și emoțională – dizabilitate [1, 7, 8, 12]. Conflictul sau nivelul scăzut de satisfacție la locul de muncă este un predictor pentru DLC cu handicap. Șomajul în aceste cazuri poate consolida cronicizarea. Problemele de familie, financiare, juridice favorizează, de asemenea, procesul de cronicizare. Unui pacient cu DLC i-ar putea fi imposibil să revină la un loc de muncă anterior, care a fost solicitant sau viza ridicarea greutăților [1, 8]. Persoanele mai în vârstă pot avea o capacitate de muncă și potențialul profesional mai redus, prin urmare, pierderea de compensare devine o problemă stringentă.

Este indiscutabil faptul că o gândire pozitivă, o capacitate de focusare pe problemă și putere de redresare psihică individuală conduc spre o recuperare mai rapidă și mai bună, spre reabilitare, cu rezultate pozitive, cu scăderea pericolului de recidivă sau dizabilitate [1, 7, 12].

Concluzii generale:

1. În baza studiului clinic efectuat a fost stabilit că, din punct de vedere sociodemografic, pacienții cu durere lombară cronică sunt preponderent femei (73,3%), 76,6% dintre pacienți având reședință rurală. Printre pacienții cu durere lombară cronică, în raport cu durere lombară acută, predomină persoanele cu studii medii și cu nivel socioeconomic mediu și scăzut (60% vs. 44,4%, $p < 0,05$), mai mult de 1/2 din ei fiind neangajați în câmpul muncii (56,6% vs. 22,2%, $p < 0,01$)

2. Conform rezultatelor obținute am stabilit că pacienții cu durere lombară cronică s-au dovedit a fi mai afectați pe plan psihoemoțional decât subiecții cu durere lombară acută și subiecții sănătoși. Gradul înalt al depresiei asociat cu anxietate la pacienții cu durere lombară cronică poate fi considerat un factor care influențează cronicizarea durerii lombare.

3. Estimarea impactului durerii lombare asupra calității vieții pacientului denotă un grad semnificativ de dizabilitate socială, profesională și familială la pacienții cu formă cronică a durerii lombare în raport cu forma ei acută.

Bibliografie

1. Astfalck R.G., O'Sullivan P.B., Straker L.M., Smith A.J. *A detailed characterisation of pain, disability, physical and psychological features of a small group of adolescents with non-specific chronic low back pain*. Manual Therapy 2010;15(3):240-7.
2. Grotle M., Foster N.E., Dunn K.M., Croft P. *Are prognostic indicators for poor outcome different for acute and chronic low back pain consulters in primary care?* Pain. 2010;151(3):790-7.
3. Grotle M., Vollestad N.K. *Clinical course and impact of fear-avoidance beliefs in low back pain: prospective cohort study of acute and chronic low back pain:II*. Spine 2006;31(9):1038-46.
4. Jarvik J.G., Hollingworth W., Heagerty P.J., Haynor D.R., Boyko E.J., Deyo R.A. *Three-year incidence of low back pain in an initially asymptomatic cohort: clinical and imaging risk factors*. Spine (Phila Pa 1976). Jul 1 2005;30(13):1541-8; discussion 1549.
5. Hoogendoorn W.E., van Poppel M.N., Bongers P.M., Koes B.W., Bouter L.M. *Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain*. Spine. 2000 Aug 15;25(16):2114-25.
6. McCarthy C., Arnall F., Strimpakos N., Freemont A., Oldham J. *The biopsychosocial classification of non-specific low back pain: a systematic review*. Physical Therapy Reviews 2004;9:17-30.
7. Pincus T., Burton A.K., Vogel S., Field A.P. *A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain*. Spine 2002;27:E109-20.
8. Linton S.J., Andersson T. *Can chronic disability be*

prevented? A randomized trial of a cognitive-behavior intervention and two forms of information for patients with spinal pain. *Spine* 2000;25:2825–31.

9. Kerr M.S., Frank J.W., Shannon H.S., Norman R.W., Wells R.P., Neumann W.P., Bombardier C. *Biomechanical and psychosocial risk factors for low back pain at work*. *Am J Public Health*. 2001 Jul;91(7):1069-75.

10. Kroenke K., Outcalt S., Krebs E., Bair M.J., Wu J., Chumblor N. *Association between anxiety, health-related*

quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*. 2013 Jul;35(4):359-365.

11. Ramond A., Bouton C., Richard I. *Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review*. *Family Practice* 2011;28:12–21.

12. Truchon M. *Determinants of chronic disability related to low backpain: towards an integrative biopsychosocial model*. *Disabil Rehabil* 2001; 23:758–67.