

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Biopsychospołeczne oparte na dowodach naukowych postępowanie w przewlekłym bólu mięśniowo-szkieletowym

Wprowadzenie

- Model biopsychospołeczny to model pojęciowy uznający, że czynniki psychologiczne i społeczne powinny być uwzględniane włączane razem ze zmiennymi biologicznymi w rozpoznaniu choroby danego pacjenta, w tym przypadku bólu mięśniowo-szkieletowego [14].
- Zgodnie z tym modelem ból jest uważany za interaktywny, psychofizjologiczny wzorzec behawioralny, który nie może być podzielony na odrębne, niezależne komponenty psychospołeczne i biologiczne [14].
- Model biopsychospołeczny zastąpił w medycynie nieaktualne redukcjonistyczne podejście biomedyczne.
- Podstawowe elementy interdyscyplinarnego leczenia (opartego o model biopsychospołeczny) przynoszą najlepsze efekty klinicznie i są najbardziej korzystne pod względem kosztów leczenia u pacjentów z bólem przewlekłym.
- Czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne muszą być rozpatrywane jednocześnie. Leczenie psychologiczne powinno być zintegrowane z pozostałymi elementami terapii, takimi jak fizyko- i farmakoterapia, żeby objąć wszystkie aspekty przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego [5,14].

Leczenie psychologiczne

- Liczne badania potwierdzają skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej i innych metod psychologicznych w leczeniu bólu mięśniowo-szkieletowego [6,7,15].
- Badania wykazują, że terapia psychologiczna jest bardziej skuteczna w porównaniu z grupami kontrolnymi osób oczekujących na leczenie [7,15].
- Interwencje behawioralne uzyskują podobne wyniki, bez żadnych dodatkowych korzyści w porównaniu ze standardową opieką i są jedynie w umiarkowanym stopniu korzystniejsze w porównaniu z: brakiem leczenia, grupą kontrolną placebo i grupą kontrolną oczekujących na leczenie [15].

Skuteczność leczenia interdyscyplinarnego opartego o model biopsychospołeczny

- Pełne programy interdyscyplinarne:
 - Programy te korzystają z podejścia zespołowego, włączając zespół lekarz-pielęgniarka, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów lub psychiatrów i koordynatorów przebiegu leczenia (*case manager – osoba nadzorująca organizacyjne aspekty procesu leczenia*).
 - Programy te wykazują znaczącą skuteczność w zakresie istotnych socjoekonomicznych mierników efektów leczenia (np. powrót do pracy czy rozwiązanie nieuregulowanych spraw prawnych i medycznych) u osób z przewlekłymi bólami kręgosłupa [5–6].
 - To podejście skoncentrowane na poprawie funkcjonowania jest także efektywne w przewlekłych schorzeniach mięśniowo-szkieletowych górnych partii ciała, dysfunkcji stawu skroniowo-żuchwowego, fibromialgii, bólach głowy, odgięciowym urazie kręgosłupa szyjnego (whiplash injury) i bólach szyi wynikających z powtarzalnych naciągnięć i nadwyrężeń [np. 4,8–10].
 - Artykuł przeglądowy [9] porównujący bezpośrednio leczenie interdyscyplinarne z monoterapią lub grupą kontrolną niepoddawaną leczeniu wykazał większą poprawę w wyniku tej terapii w zakresie wielu zmiennych, włączając:
 - powrót do pracy: 68% wielodyscyplinarne versus 32% monoterapia lub brak leczenia;
 - zmniejszenie bólu: 37% versus 4%;
 - zmniejszenie zużycia leków: 63% versus 21%;
 - wzrost aktywności: 53% versus 13%.

- Programy interdyscyplinarne uwzględniające jedynie terapię poznawczo-behawioralną i fizjoterapię [1,2].
- Inne metody interdyscyplinarne nie oparte formalnie o model poprawy funkcjonowania, ale włączające elementy leczenia psychologicznego w ramach rehabilitacji, także wykazują długoterminową efektywność [np. 2,3,11,13].
 - Badanie porównujące skuteczność operacji spondylodezy oraz terapii poznawczo – behawioralnej połączonej z ćwiczeniami w przewlekłych bólach pleców u pacjentów z udokumentowaną patofizjologią wykazało podobne rezultaty w okresie roku i dwóch lat po zakończeniu leczenia, ze znaczącą poprawą kliniczną u obu grup [1].
 - Analiza kosztów po 2 latach wykazała, że chociaż nie było znaczących różnic pomiędzy dwoma grupami w zakresie skuteczności leczenia, średni koszt operacji wynosił £7,830 (około US\$14,400), w porównaniu z tylko £4,526 (około US\$8,323) za terapię poznawczo-behawioralną skojarzoną z ćwiczeniami [12].
 - Badanie oceniające ból krzyża z okresu przed i po możliwości skorzystania z dwóch wielodyscyplinarnych klinik niechirurgicznego leczenia kręgosłupa wykazało, że roczna liczba operacji kręgosłupa związanych z bólem krzyża wśród pacjentów z określonego regionu geograficznego zmalała z około 60-80 na 100,000 przed wprowadzeniem opieki wielodyscyplinarnej w 1997 roku do 40 na 100,000 w roku 2001 po jej wprowadzeniu [11]. Liczba planowanych pierwszorazowych operacji dysku również zmalała o około 2/3.

Piśmiennictwo

1. Brox JI, Reikeras O, Nygaard O, Sorenson R, Indahl A, Holm I, Keller A, Ingebrigtsen T, Grundnes O, Lange JE, Friis A. Lumbar instrumented fusion compared with cognitive intervention and exercises in patients with chronic back pain after previous surgery for disc herniation: a prospective randomized controlled study. *Pain Headache* 2006;122:145–55.
2. Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J, Yu LM, Barker K, Collins R. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. *BMJ* 2005;330:1233.
3. Friedrich M, Gittler G, Arendasy M, Friedrich KM. Long-term effect of a combined exercise and motivational program on the level of disability of patients with chronic low back pain. *Spine* 2005;30:995–1000.
4. Gardea MA, Gatchel RJ, Mishra KD. Long-term efficacy of biobehavioral treatment of temporomandibular disorders. *J Behav Med* 2001;24:341–59.
5. Gatchel RJ, Rollings KH: Evidence-based review of the efficacy of cognitive-behavioral therapy for the treatment of chronic low back pain. *Spine J* 2008;8:40–44.
6. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;1:CD000963.
7. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological intervention for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26:1–9.
8. Mayer TG, Gatchel RJ, Mayer H, Kishino N, Keeley J, Mooney V. A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. *JAMA* 1987;258:1181–2.
9. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Spine* 2002;27:2564–73.
10. Patrick L, Ahmaier E, Found E. Long-term outcomes in multidisciplinary treatment of chronic low back pain: results of a 13-year follow-up. *Spine* 2004;29:850–5.
11. Rasmussen C, Nielsen GL, Hansen VK, Jensen OK, Schioetz-Christiansen B. Disc surgery before and after implementation of multidisciplinary nonsurgical spine clinics. *Spine* 2005;30:2469–73.
12. Rivero-Arias O, Campbell H, Gray A, Fairbank J, Frost H, Wilson-MacDonald J. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:1239.
13. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW. Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1:CD001822.
14. Turk DC, Monarch ES. Biopsychosocial perspective on chronic pain. in Turk DC, Gatchel RJ, editors. *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. New York: Guilford; 2002.
15. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2001;26:270-281.



International Association for the Study of Pain

IASP[®]

Working together for pain relief