

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

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

Unikanie lękowe a ból mięśniowo-szkieletowy

Czynniki psychologiczne odgrywają kluczową rolę w rozwoju przewlekłego bólu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza dysfunkcyjne przekonania dotyczące bólu i lęk przed bólem. Lęk przed bólem prowadzi do unikania aktywności (fizycznych, społecznych i zawodowych), które pacjenci kojarzą z wywoływaniem lub nasilaniem się bólu, nawet jeżeli fizycznie są już wyleczeni. W przypadku bólu ostrego takie reakcje są adaptacyjne – odpoczynek sprzyja wyzdrowieniu – mogą jednak prowadzić do rozwoju niesprawności i stresu gdy unikanie jest kontynuowane po wyleczeniu urazu.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

Nie ma dokładnych danych dotyczących częstości występowania klinicznego lęku przed bólem, ponieważ ustalenie punktu odcięcia „klinicznych poziomów” lęku przed bólem jest trudne. Lęk przed bólem pełni funkcję adaptacyjną: chroni nas przed podejmowaniem aktywności potencjalnie prowadzących do urazu i pomaga w nauce unikania traumatycznych aktywności. Natomiast staje się dysfunkcyjne, kiedy lęk jest nadmierny w stosunku do obecnego ryzyka urazu.

Nadmierny lęk przed bólem wiąże się z istotnymi kosztami ekonomicznymi. W przypadku bólu ostrego, tylko aktywności bezpośrednio związane z bólem są unikane. Jakkolwiek wzorzec unikania może się stopniowo rozszerzać na inne aktywności, prowadząc do siedzącego trybu życia, charakteryzującego się występowaniem lęku, że jakakolwiek aktywność może prowadzić do ponownego urazu i/lub bólu. Taki wzorzec funkcjonowania przyczynia się do wzrostu społecznych i ekonomicznych kosztów bólu mięśniowo-szkieletowego, ponieważ lęk przed bólem przedłuża, a czasem nasila niesprawność, absencję i korzystanie z opieki zdrowotnej.

Rozpoznanie

- Przekonania lękowo-unikowe mogą być oceniane przy użyciu:
 - The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) [8] w populacjach klinicznych
 - The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) [4]
 - The Fear of Pain Questionnaire [5] w populacjach nieklinicznych
- Dysfunkcyjne przekonania dotyczące aktywności fizycznej ocenia się przy użyciu The Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK) (Miller RP, Kori SH, Todd DD, doniesienie nie opublikowane, 1991) [6].
- Ponadto niedawno opracowano The Photograph Series of Daily Activities (PHODA) [3] (zdjęciowy test aktywności dziennych), który służy ocenie odczuwanej szkodliwości codziennych aktywności u pacjentów z przewlekłym bólem krzyża i stworzeniu hierarchii ruchów wywołujących lęk.

Leczenie

- Stopniowanie aktywności jest skuteczną strategią powrotu do sprawności fizycznej, jak również wywiera pozytywny efekt w odniesieniu do czynników poznawczych. Bezpośrednia koncentracja na czynnikach poznawczych może przyczynić się do lepszego wyniku terapii.
- W terapii polegającej na ekspozycji in vivo pacjenci są zachęceni do podejmowania nadzorowanych aktywności, które wcześniej zakwalifikowali jako wzbudzające lęk, do momentu kiedy będą przekonani, że dany ruch może być wykonywany bez spowodowania oczekiwanej katastrofy. Kiedy pacjenci doświadczą, że ich rezygnacja z podejmowania tylko „bezpiecznych zachowań” nie prowadzi do oczekiwanych negatywnych konsekwencji, ich katastroficzne myślenie zostaje podważone, a lękowe oczekiwania zmienione.
- Zalecana jest ocena lęku związanego z bólem, ponieważ te metody leczenia mogą być odpowiednie tylko dla pacjentów „unikających”, a mogą być nawet szkodliwe w przypadku chorych z niskim poziomem przekonań lękowo-unikowych.

Piśmiennictwo

1. Asmundson GJG, Vlaeyen JWS, Crombez G. Understanding and treating fear of pain. Oxford University Press; 2004.
2. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *J Behav Med* 2007;30:77–94.
3. Leeuw M, Goossens ME, van Breukelen GJ, Boersma K, Vlaeyen JW. Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain: the Photograph Series of Daily Activities—short electronic version. *J Pain* 2007;8:840–9.
4. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain Res Manag* 2002;7:45–50.
5. McNeil DW, Rainwater AJ 3rd. Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *J Behav Med* 1998;21:389–410.
6. Roelofs J, Sluiter JK, Frings-Dresen MH, Goossens M, Thibault P, Boersma K, Vlaeyen JW. Fear of movement and (re)injury in chronic musculoskeletal pain: evidence for an invariant two-factor model of the Tampa Scale for Kinesiophobia across pain diagnoses and Dutch, Swedish, and Canadian samples. *Pain* 2007;131:181–190.
7. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000;85:317–32.
8. Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157–68.

