
נייר עמדה – התערבות בריפוי בעיסוק עם מטופלים הסובלים מכאב כרוני

חנה קרפין, מרגלית סמואל, תמי כהן, שירה קראוס, נעמה גיסיס, מעיין כץ ונעם הרלינג

חנה קרפין, OT, MSc, המחלקה לריפוי בעיסוק, מרכז רפואי שיקומי רעות hanak@reuth.org.il
מרגלית סמואל, BOT, שירותי ריפוי בעיסוק, הקריה הרפואית רמב"ם.
תמי כהן, OT, MSc, המחלקה לריפוי בעיסוק מרכז השיקום ע"ש שיבא תל השומר.
שירה קראוס, OT, MSc, המחלקה לריפוי בעיסוק, מרכז רפואי שיקומי רעות.
נעמה גיסיס, BOT, המחלקה לריפוי בעיסוק, מרכז רפואי שיקומי רעות.
מעיין כץ, OT, PhD, השירות הארצי לריפוי בעיסוק, במשרד הבריאות.
נעם הרלינג, OT, MSc, המחלקה לריפוי בעיסוק, מרכז רפואי שיקומי רעות.

רקע ורציונל

כאב הנמשך לאורך זמן גורם באופן ישיר להידרדרות נפשית ותפקודית, לעיתים עד כדי תלות מוחלטת במערכת הרפואית ובסביבה (דולברג, 2007). בספרות מדווח על היעדרות ממוצעת של 18 ימי עבודה שנתיים בקרב חולים הסובלים מכאב כרוני בישראל. העלות למדינה בשל אובדן ימי עבודה על רקע כאב כרוני עומדת על 1.15 מיליארד ש"ח בשנה (וולפסון, 2011). נתונים אלו מורים שכאב כרוני הוא בעיה שכיחה המשפיעה במידה ניכרת על המצב הבריאותי, הפיזי, הנפשי והכלכלי של האדם הסובל מן הכאב, על משפחתו, על החברה ועל המשק ככלל.

בטיפול בכאב כרוני חשוב להתאים התערבויות תרופתיות ספציפיות לסוג הכאב הכרוני שאובחן (Treede et al., 2015), אך גם לעמוד על מאפיינים כוללניים המשותפים למצבי כאב כרוני רבים ובהם סנסטיזציה של מערכת העצבים ההיקפית והמרכזית, שינויים באזורי מוח ספציפיים ועוד (Siddale & Cousine, 2004; Bliss, 2016; Collingridge, Kaang, & Zhuo, 2016).

כאב מוגדר כחוויה תחושתית ורגשית, בלתי נעימה, הקשורה לנוק ממשי או פוטנציאלי לרקמות, או המתוארת בהקשר לנוק כזה (IASP Task Force, 2011).

כאב כרוני מוגדר ככאב הנמשך יותר משלושה חודשים ("Safely Managing Chronic Pain"), או ככאב הנמשך יותר מטווח הריפוי המצופה (Turk & Okifuji, 2001). שכיחות כאב כרוני בישראל נבדקה בכמה מחקרים ונמצא כי היא נעה בין 46% ל-10% (שוורצמן, 2009; Neville, Peleg, Singer, Sherf, & Shvartzman, 2008).

על פי ארגון הכאב העולמי והאירופי, כאב כרוני מסווג כמחלה העומדת לעצמה, ומתבטאת בשינויים במערכת העצבים הפרופרית והמרכזית. הכאב הכרוני כרוך במכלול שינויים פיזיקליים ופסיכוסוציאליים שאינם תלויים בסוג הכאב ובמקורו הראשוני, ובכך הוא שונה באופן מהותי מכאב אקוטי (Niv & Devor, 2007).

Gatchel, Yuon.) - המודל הביו-פסיכוסוציאלי (Peters, Fuchs, & Turk, 2007)
- למידה אסוציאטיבית וכאב (Meulders et al., 2011; Zaman, Vlaeyen, Van Oudenhove, Wiech, & Van Diest, 2015)
- היכרות עם הגדרות, סיווג ושכיחות של תסמונות כאב.

• **ידע רפואי:** היכרות עם טיפולים תרופתיים וכירורגים מובילים לטיפול בכאב.

• **ידע מקצועי רלוונטי:**

- שליטה בידע פיזיולוגי, נוירו-אנטומי ונוירו-פסיכולוגי הקשור למכניזמים פריפריאליים ומרכזיים של כאב.
- הבנת המאפיינים הפסיכולוגיים, קוגניטיביים, התנהגותיים וחברתיים של הכאב והקשרם התפקודי.
- הבנת השפעתו של כאב מתמשך על ביצוע עיסוקי פעילות והשתתפות.
- היכרות עם כאב ומאפייניו הספציפיים לאורך החיים: בינקות ובילדות, בבגרות ובגיל הקשיש.
- ידע מקיף בכל הקשור לניתוח פעילויות ועיסוקים, התאמות הסביבה וציוד נלווה.

2. הערכה

חויית הכאב היא סובייקטיבית ורבת היבטים (Davidson, Tripp, Fabrigar, & Davidson, 2008). מטרת ההערכה של ריפוי בעיסוק אצל אנשים המתמודדים עם כאב כרוני היא לאמוד את השפעת הכאב על התפקוד היום-יומי, ועל ההשתתפות המשפחתית והחברתית של המטופל. לפיכך מתחייב ביצוע תהליך הערכה הכולל שימוש בכלים אובייקטיביים וסובייקטיביים במשולב.

על מנת להגדיר תקן אחיד (סטנדרט) לתחומי ההערכה, ממליצים Davidson ועמיתיו (2008) על שימוש במודל המתמקד בכמה היבטים, ובהם: תיאור הכאב, אומדן הכאב, תפקוד ופעילות, מצב

למקצוע הריפוי בעיסוק יכולת לתרום תרומה ניכרת לשיפור ההשתתפות והחזרה לתפקוד של מטופלים הסובלים מכאב כרוני (Hofmann, n.d.; Rochman, 2014). שדה התערבות זה חדש באופן יחסי בריפוי בעיסוק, ולכן חשוב להרחיב את המודלים, את גישות ההתייחסות, את כלי ההערכה וכלי הטיפול, ולהבנות גוף ידע מגובש ואחיד לעוסקים בתחום.

מטרות נייר עמדה זה הן:

(1) לחדד ולהדגיש את התרומה הייחודית של מקצוע הריפוי בעיסוק בטיפול באנשים הסובלים מכאב כרוני.

(2) לסקור תחומי ידע נדרשים, להגדיר עקרונות הערכה וטיפול, ולפרט גישות התערבות מובילות בריפוי בעיסוק בטיפול באוכלוסייה הסובלת מכאב כרוני.

(3) להתוות תשתית לתוכניות הכשרה והדרכה למרפאים בעיסוק המעוניינים להתמקצע בתחום הטיפול בכאב הכרוני.

1. תחומי הידע המקצועי הנדרש למרפאים בעיסוק העוסקים בטיפול בכאב כרוני (Brown et al., n.d.)

• לבד מן הידע המקצועי הכללי הרב באשר למצבי בריאות וחולי והמאפיינים הייחודיים שלהם, מומלץ למרפאים בעיסוק, העוסקים בטיפול בכאב כרוני, להרחיב ידע מקצועי בתחומים רלוונטיים, ובהם: **ידע תיאורטי במטרה להבין את הסיבה להתפתחות מנגנוני כאב כרוני:**

- תיאוריית השער (Melzack & Wall, 1965)
- נוירומטריקס (Melzack, 1999)

3. הערכת תפקוד מוטורי

בהערכה מוטורית מומלץ לשים דגש על: טווחי תנועה, כוח שריר וסבולת, זיהוי דפוסי תנועה אבנורמליים המושפעים מכאב, שליטה מוטורית, דפוסי פעילות שרירית, יכולת הפרדה תנועתית, קיבועים תנועתיים ופרקסים (תכנון, ארגון וביצוע של רצף המרכיב פעולה מוטורית).

4. הערכת תפקוד סנסורי

בהערכה סנסורית מומלץ לבצע מיפוי תחושת בדגש על אזורים של תת תחושה (היפואסטזיה) ותחושתיות יתר (היפראסטזיה). כמו כן, מומלץ להעריך את יכולת האבחנה התחושתית בערוץ הטקטילי, הפרופריוצפטיבי והקינסטטי של המטופל.

בהערכת אלודיניה והיפראלגיה (ראו מילון מושגים) מומלץ להתייחס ליכולת הסבילות למגע כתלות בסוג הגירוי התחושת, עצמתו, מיקומו, ואפיונו (סטטי, דינמי, קור וחום). חיוני לעמוד על ההשלכות התפקודיות של שינויים בתפקוד הסנסורי אצל מטופל הסובל מכאב כרוני, לנוכח העובדה שפעילויות יום-יומיות במהותן כוללות חשיפה, מגע ושימוש בחפצים.

5. הערכת תפיסת גוף וסכמת גוף

מטופלים הסובלים מכאב כרוני מדגימים הפרעות שונות בתפיסה ובסכמת גוף (Lewis & Schweinhardt, 2012), לכן חשוב להעריך תחום זה כבסיס לקביעת מטרות טיפול, להערכת חומרת המחלה וכמדד לשיפור במצב. הערכה יכולה להיערך באמצעות שאלון, ציור איש, או זיהוי צדיות, אך מומלץ להשתמש בכלים סטנדרטים ומדידים, אם הם מצויים בספרות.

רגשי, רשתות תמיכה ואסטרטגיות התמודדות. מבחינת הריפוי בעיסוק בכל תהליך של הערכה בתחום הכאב, נכון להתייחס להיבטים האלה, בשילובים שונים עם היבטים מוטוריים, תחושתיים, קוגניטיביים-תפיסתיים ורגשיים - הכלולים בכל הערכה קוגניטיבית-תפקודית של ריפוי בעיסוק. להלן כמה דוגמאות להערכת כאב בריפוי בעיסוק הכוללות שילוב בין היבטים שונים של הערכה:

1. הערכת כאב

בהערכת כאב יש להתייחס למאפיינים של עוצמת הכאב, מיקום הכאב ואופיו. מומלץ לשים דגש מיוחד על דפוסי כאב ושינויים לאורך היממה, ועל גורמים המחמירים ומפחיתים כאב.

2. הערכת כאב ותפקוד

מטרת הערכת הכאב בשילוב עם תפקוד תפקוד מידע על מידת ההשתתפות של האדם בתחומי העיסוק השונים והיכולת שלו לבצע פעילויות יום-יומיות בעודו מתמודד עם כאב כרוני. מומלץ להתייחס לדפוסי פעילות (הימנעות מתנועה/תנועתיות יתר-Over Activity), מנוחה ושינה, השתתפות בתפקידי חיים, תדירות השתתפות, שינויים באופן הביצוע העיסוקי, שינויים בשגרה, איזון עיסוקי; תפקוד בתחומי ADL, IADL, עבודה ופנאי. כמו כן, אם האדם עובד, מומלץ לבצע גם הערכה ארגונומית בתחום התעסוקה/העבודה, הכוללת הערכת סביבת העבודה וגורמי סיכון ייחודיים, כגון: אי התאמה בין מידות הגוף של המטופל למידות תחנת העבודה, עבודה המחייבת מנח סטטי במתח שרירי גבוה וכרוכה בלחץ מנטלי מהיבטים שונים (Barry, 1995; Wahlström, 2005).

כלי הערכה מרכזיים המצויים כיום בספרות, שבכמה מהם עושים שימוש כיום המרפאים בעיסוק המטפלים בתחום כאב:

עוצמת כאב: The MecGil Pain Questinnnaire (Melzack, 1975).

כאב ומגבלה: Pain Disability Index (Tait, Chibnall, & Krause, 1990).

כאב ומחשבה קטסטרופלית: The Pain Catastrophizing Scale (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995).

כאב ואסטרטגיות התמודדות: Coping Strategies Questionnaire (Rosental & Keef, 1983).

אבחון CRPS¹: Budapest Criteria Harden (et al., 2010).

CRPS וסכמת גוף: The Bath CRPS Body Perception Disturbance Scale (Lewis & McCabe, 2010).

חשוב לציין כי בתהליך ההערכה יש לשים דגש על שימוש בכלים סטנדרטיים מצויים המותאמים לאוכלוסייה הסובלת מכאב כרוני, בעלי תוקף ומהימנות, ומקובלים בספרות ובקליניקה.

3. תהליך ההתערבות

מטרות ההתערבות של ריפוי בעיסוק, כחלק מן הצוות הרב-מקצועי, במטופלים הסובלים מכאב כרוני

מטרת העל של התערבות ריפוי בעיסוק בתחום הכאב הכרוני היא שיפור התפקוד וההשתתפות של

6. הערכת מרכיבים סודו ואזו-מוטוריים: יש להעריך במקרה של חשד לתסמונת CRPS (ראו מילון מושגים)

הבדיקה תיעשה תוך השוואה בין שתי הגפיים (ידיים/רגליים), ותבדוק אם יש או אין בצקות, שינויים טרופיים בעור, בשיער ובציפורניים. מומלץ להיעזר בכלים סטנדרטים מצויים, כגון: מד חום, ו-Volumeter לאישוש ההתרשמות.

כמו כן, מומלץ להסתמך על דיווח עצמי של המטופל בנוגע למרכיבים אלו, אשר לעיתים אינם נצפים בעת הבדיקה הרשמית.

7. הערכת מרכיבים תפיסתיים ורגשיים
Fasick, Spengler, Samankan, Nader, (& Ignatowski, 2015)

מחקרים רבים מדווחים על קשר בין מצבי כאב כרוני לבין דיכאון וחרדה. בשל כך חשוב מאוד להתרשם ממאפיינים של מצב רוח, דיכאון, חרדה, שינוי בתפיסה ובערך עצמי, תפיסות, אמונות וגישות כלפי/לגבי כאב ואסטרטגיות התמודדות עם כאב.

8. הערכה קוגניטיבית-רגשית

תלונות על ליקויים קוגניטיביים אופייניות למטופלים הסובלים מכאב כרוני וקשורות, בין השאר, לקשיי שינה, לכאב ולשימוש בתרופות (Schiltewolf et al., 2014). בכל הערכה מסוג זה מומלץ להפעיל שיקול דעת קליני אם לבצע הערכה קוגניטיבית רשמית תוך התמקדות בתלונות הספציפיות בלבד, או לשלב בהערכה גם התייחסות לפרופיל הרגשי, ההתנהגותי והסומטי של המטופל.

¹ אבחון המועבר על ידי רופא, אך כולל קריטריונים חיוניים בהערכה קלינית של ריפוי בעיסוק

2007). גישה זו נמצאה יעילה גם מבחינה כלכלית (Flor et al., 1992; Lipchik et al., 2013). לפיכך ובהתאם למסגרת הטיפול, מומלץ כי המרפאה בעיסוק תהיה שותפה בתוכנית הטיפול הרב-מקצועית בתחום ו/או תעמוד בקשר עם גורמי הטיפול הנוספים המטפלים במטופל, או תיוזם את מעורבותם על-פי צורכי המטופל.

גישות טיפול ספציפיות שנמצאו יעילות בשיקים כאב כרוני מובאות כאן בהתאם לתחומי ההתמקדות הטיפולית - אפשר להפעיל כל שיטה לחוד או לשלב בין הגישות השונות:

• שיקום תפקודי

Graded Activity and graded Exposure (Wideman & Sullivan, 2011)

גישת טיפול הכוללת חשיפה מדורגת לפעילות ולתפקודים שהמטופל חש מאוים מהם בשל כאב. הטכניקות הננקטות הן התנהגותיות ומתוכננות לעזור למטופל להגדיל בהדרגה את רמת ההשתתפות בפעילויות הקשורות לכאב, והעיקרון המרכזי העומד בבסיסן הוא הגדרת סף תפקודי והגדלתו בהדרגה.

• גישות טיפול מוטוריות

Graded Motor Imagery (Chan et al., 2007; Mosley, 2004, 2006)

תוכנית טיפולית שפיתח Moseley, חוקר מרכזי בתחום הכאב הכרוני, לטיפול באנשים הסובלים מ-CRPS. הגישה כוללת שלושה שלבים: אימון לטרליות (ראו מילון מושגים), דימוי חזותי ותנועתי של האיבר הכאוב וטיפול באמצעות מראה. מטרתה הכוללת של התוכנית היא לאפשר תנועה ללא כאב, תוך שימוש בדימוי תנועה וניצול האשליה החזותית שנוצרת על ידי השתקפות הגפה הבריאה במראה.

האדם בכל הקשרי חייו: תפקודי יום-יום, עבודה או עיסוק מרכזי, תפקודי שעות פנאי ולקייחת תפקיד בעל משמעות במערכות יחסים במשפחה ובחברה - כל זאת תוך שמירה על איכות חיים על אף הכאב או לצדו. הדגש הוא על הפחתת התנהגויות של הימנעות, העלאת השתתפות ושאיפה להגיע לאיזון עיסוקי, תוך הפעלת אסטרטגיות יעילות ומועילות להתמודדות עם הכאב.

מטרות ההתערבות נקבעות במשותף עם המטופל על-פי סדרי העדיפויות שלו, רצונותיו ואמונותיו האישיות.

בתחילת התהליך מומלץ לבסס עם המטופל חוזה טיפולי הכולל:

מידע: המטפל מסביר על אופיו של הכאב הכרוני, המנגנון הניורולוגי העומד בבסיסו ובייחוד על מעגל הכאב וההימנעות והקשר לתפקוד יום-יומי, התהליך הצפוי ומטרות הטיפול. ההסבר חייב לספק למטופל את הביטחון שתרגול תפקודי ככלל, לעיתים תוך שימוש באיבר הפגוע בפרט, אינו יכול לגרום לו נזק. כמו כן, הסבר המבהיר שמטרת ההתערבות היא שיפור התפקוד וההשתתפות ולא דווקא הפחתת כאב.

הסכמה: הסכמת המטופל לעקרונות ולמטרות הטיפול.

התחייבות: לשיתוף פעולה בתהליך הטיפולי ולמחויבות להטמעתו והכללתו בחיי היום-יום.

4. גישות טיפול

הגישה המתאימה ביותר להערכה וטיפול באנשים הסובלים מכאב כרוני, היא הגישה הבין-תחומית, הכוללת שילוב ותיאום בין טיפולים רפואיים, פיזיקליים ופסיכו-חינוכיים (Gatchel et al.,

Sensory desensitization (Goebel et al., 2012; Lewis, Coales, Hall, & McCabe, 2011)

גישה לטיפול באלודיניה ובהיפראלגיה, מטרתה להביא לנרמול התחושה, לצמצום אזור הכאב ולהפחתה בעוצמתו. ההתמקדות היא בהעלאת הסבילות למגע באמצעות חשיפה מדורגת לגירויים תחושתיים שונים. במהלך הגירוי יש לשים דגש על הקצאה קשבית מודעת של המטופל לגפה המגורה תוך הסתכלות עליה. שימוש בגישה זו מראה שיעילותה עולה כשנעשה שימוש בעקרון ההדרגתיות במשך הזמן ובסוג הגירויים שאליהם נחשף המטופל.

חבישות לחץ - הן אמצעי טיפול קומפנסטוריים, מפצים, בהתאם לגישה זו היכולה לסייע במצבים של כאב בגפה על רקע אלודיניה. יעילות אמצעי זה לא נחקרה באופן מדעי, אך נצפתה בקליניקה. מבחינה קלינית, אנו נחשפים למקרים רבים שבהם השימוש בחבישת לחץ במצבי כאב כרוני עלול להוביל לפיתוח תלות בחבישה המספקת מגע לחץ היקפי מתמשך, לצד אי יכולת לחשוף את האיבר למגע מזדמן שהינו תפקודי יותר במהותו. בשל כך יש לנקוט משנה זהירות בבחירת אמצעי טיפול זה, ולשלב הסבר והנחיות להגבלת משך השימוש בחבישה.

• גישות טיפול רגשיות - התנהגותיות²

Cognitive Behavioral Approach (McCracken & Turk, 2002)

גישה טיפולית המתמקדת בזיהוי, בהגמשה ובשינוי דפוסי חשיבה תובעניים, במטרה להביא לשינוי בביטויים הרגשיים וההתנהגותיים. כמו כן מעודדת

The Biomechanical Approach

גישה טיפולית שמטרתה לסייע בשחזור ובשיפור מרכיבי כוח, טווח תנועה, שיווי משקל, סבולת, ופעילות מפרקים אינטגרטיבית ויציבה (Sanderson & reed, 1999). בפגיעות שלד-שריר כרוניות שבהן כאב הינו תסמין בולט, מוגדרת הגישה כגישה פיזיקלית מסוג Bottom Up, שבכוחה לגרום לשינויים נוירופלסטיים באתרים שונים במערכת העצבים הפריפריית והמרכזית (Pelletier, Higgins, & Bourbonnais, 2015). הניסיון המקצועי מלמד שהגישה מתאימה לשימוש במצבי נוקשות מפרקית ורקמתית כשאין אי סבילות למגע.

- סדים: לשימוש בסדים שלוש מטרות (Lowe, 1995):
- 1) להגן ולתמוך במפרק או ברקמה רכה כדי לעודד ריפוי ולהפחית מצב דלקתי.
 - 2) להחליף או לתמוך בשריר חלש או משותק.
 - 3) לתקן דפורמציה.

אפשר אפוא לשלב סדים בטיפול בכאב על רקע ראומטי לשם תמיכה והגנה על מפרקים פגועים, או במצבים של נוקשות מפרקית ניכרת. חשוב שבמקרים אלו הסד יאפשר הפחתה בכאב ויסייע בעידוד תנועתו. ככלל יש לנהוג בשימוש בסדים משנה זהירות, תוך ניטור הכאב והגבלת הזמן שבו מצויה היד בסד, מאחר שטווח תנועה אקטיבי הוא תפקודי יותר ממתוחה פסיבית (Cooper, 2007).

• גישות טיפול תחושתיות

Sensory discrimination (Moseley & Wiech, 2009; Moseley, Zalucki, & Wiech, 2008)

גישה לשיקום תחושתיות והפחתת כאב באמצעות התמקדות באבחנה בין שניים או יותר גירויים תחושתיים, המוצגים לרוב באופנות טקטילית.

² גישות אלו אינן נכללות כחלק מתוכנית הלימודים לתואר ראשון בריפוי בעיסוק, אבל נלמדות על-ידי מרפאים בעיסוק במסגרות המשך מגוונות.

המשמשת ככלי לעיצוב שגרת יום ולוויסות פעילות בהתאם לגישה.

שימוש נכון בגוף - Body Mechanics

הדרכה לתפקוד באופן שלא יגרום להחרפת הכאב ויפחית עומס ביומכני. הדרכה זו מומלץ לבצע תוך תרגול של פעילות תפקודית עיסוקית (עמידה, ישיבה, הושטה, שכיבה) או פעילות פנאי.

בייחוד מומלץ להקפיד על הפחתת הכוחות המופעלים על המפרקים בעת פעילות מתמשכת, ועל שימוש נכון בגוף בתנוחה היעילה ביותר לשימור איוון שרירי ויציבה טובה (Hammond, 2014; Giles & Allen, 1986). במקרה של כאב כרוני על רקע מחלות מפרקים יש להתמקד בהגנה על המפרקים בזמן פעילות תפקודית.

ארגונומיה

מטרת ההתערבות היא להתאים את העבודה לעובד תוך הסתכלות על הדרך שבה האדם עובד, על סביבת העבודה ועל הציוד (Gainer, 2008). נמצא כי הפרעות שריר-שלד, המלוות בכאב כרוני, עלולות להחמיר בשל תנאי עבודה בלתי מתאימים (רצון ושכטר-מרגלית, 2007).

גישה ה-Participatory Ergonomic Intervention

מוכרת כהתערבות טיפולית יעילה בקרב עובדים הסובלים מכאב כרוני על רקע פגיעות במערכת שלד-שריר. ההתערבות נערכת במקום העבודה ובשיתוף העובד והמעסיק, וכוללת הדרכה לשימוש נכון בגוף, הפחתת גורמי סיכון מוכרים והתאמה של דרישות העבודה או הציוד. יש המשלבים גם תרגילי חיזוק והגמשה כחלק מתוכנית ההדרכה (Rasmussen, Holtermann, 2015; Bay, Sogaard, & Jorgensen, 2015).

הגישה פיתוח של אסטרטגיות התמודדות עם מחשבות פחד וחרדה הנוגעות לכאב, ומעודדת חזרה לפעילות ולתפקוד באופן הדרגתי.

Mindfulness (Kabat-Zinn, 1982)

גישה השואבת את מקורותיה ממסורות מזרחיות, ובאמצעותה אפשר לעבוד עם המטופל על קשב מודע לתחושות, לרגשות ולמחשבות שעולות ברגע הנוכחי תוך קבלתן ללא מאבק. גישה זו נסמכת על עבודתו של הפסיכולוג האמריקאי Kabat-Zinn, שעשה שימוש במצב זה כעיקרון טיפולי בהתערבות קבוצתית למטופלים הסובלים מכאב כרוני.

Acceptance and Commitment Therapy (McCracken, Sato, & Taylor, 2013; McCracken & Vowels, 2014)

גישה טיפולית המשלבת עקרונות של Cognitive Behavioral Therapy ו-Mindfulness. גישה זו שמה דגש על קבלת המצב הנוכחי, לצד חקירה המתמקדת בגילוי של ערכי חיים משמעותיים והתחייבות למימושם. כמו כן, גישה זו שמה דגש על פעילות והשתתפות כמייצגות ומבטאות משמעות וערכים, ולכן ההתמקדות היא לא בהכרח בהשגת המטרה אלא בעצם ההשתתפות בה.

טכניקות לשליטה ולניהול כאב

Energy Conservation

גישה טיפולית המוכרת בספרות הריפוי בעיסוק, שבבסיסה עומדת ההנחה כי לאנשים הסובלים ממחלה כרונית המערבת כאב ו/או עייפות יש משאבים אנרגטיים מצומצמים העומדים לרשותם. לנוכח זאת, מטרת הטיפול היא לסייע למטופל בוויסות דפוסי וזמני הפעילות שלו, במטרה לשמור על שגרת יום יצרנית ומשמעותית (Nelson et al., 2004). Activity Pacing הינה אסטרטגיה

הינו בעל השפעה אנלגטית, משככת כאב, וכי הוא פועל בשתי דרכים: כאמצעי המסייע בהסחת דעת וכאמצעי המסייע בוויסות עצמי של רמת הכאב (Jin, Choo, Gromala, Shaw, & Squire, 2016). סקירה עדכנית שבדקה את יעילותו בקרב אנשים הסובלים מכאב כרוני מצאה כי הוא יעיל בהפחתת כאב במגוון מצבים כרוניים כגון פיברומיאליגיה, תסמונות כאב אזוריות וכאבי פנטום (Atzory, Hoffman, Vagnolli, Messery, & Grotto, 2018).

טיפול קבוצתי

מטרת הטיפול הקבוצתי באנשים הסובלים מכאב כרוני הוא לסייע למטופלים להסתגל לחיים עם כאב כרוני על ידי בניית אורח חיים חדש ויצרני (Weinstein et al., 1990).

מערך קבוצתי מקובל בקליניקה ובספרות לטיפול בכאב כרוני הינו ה-Pain Coping Skill Training Group שפותח על ידי Keefe ועמיתיו ב-1990. התוכנית מיועדת למטופלים הסובלים ממחלה כרונית המלווה בכאב (סרטן, מחלות ראומטיות). זוהי תוכנית מובנית ברוח הגישה הקוגניטיבית התנהגותית, שנופצה כיום יותר ויותר בין אנשי מקצוע שונים ממקצועות הרפואה והבריאות. מטרת התוכנית היא סיוע בהתמודדות עם כאב כרוני באמצעות חינוך ומתן מידע, דרך הקניית אסטרטגיות התמודדות קוגניטיביות והתנהגותיות. כיום יש המשלבים בה גם תרגול פיזיקלי (Bennell et al., 2012).

עוד התערבות קבוצתית בהנחיה רב-מקצועית היא ה-Back School. זוהי התערבות ברוח הגישה החינוכית המיועדת למטופלים הסובלים מכאב כרוני וכוללת לרוב עשרה מפגשים. הקבוצה מבוססת על מתן מידע אודות אנטומיה של הגב, ביומכניקה, ארגונומיה וסוגי פתולוגיות לצד תרגול ממשי של

Pacing (Jamieson-Lega, Berry, & Brown, 2013)

אסטרטגיה לניהול עצמי, שמטרתה ללמד אנשים להגיע לאיזון בין זמן פעילות לזמן מנוחה לשם השגת שיפור תפקודי והגברת ההשתתפות בתפקידי החיים. המטרה היא למנוע מצב של הימנעות מפעילות לצד Over Activity - דפוסי פעילות האופייניים לאנשים הסובלים מכאב כרוני. כמו כן, מטרתה למנוע מצב של התלקחות כאב (Pain Flare Up) במהלך או לאחר הפעילות.

Relaxation³ (Park et al., 2013)

לימוד של טכניקות המסייעות ומעודדות הגעה למצבי הרפיה של הגוף (Relaxation Response) ולהפחתת כאב. מגוון השיטות רב ובהן הרפיה באמצעות נשימה, הרפיית שרירים, שימוש בהומור, דמיון מודרך ועוד.

Biofeedback³ (Weeks, Whitney, Tindall, & Carter, 2015)

אמצעי טיפול הכולל שימוש במשוב פיזיולוגי חיצוני לשם תרגול ולמידה של טכניקות הרפיה והרגעה, החיוניות בהתמודדות עם כאב כרוני. המטרה היא שעם הזמן המטופל יטמיע את הטכניקה ויוכל להשתמש בה בכל מצב של Stress, גם בלי להזדקק למשוב החיצוני ולאמצעי הטיפול בעצמו.

טיפול באמצעות Virtual Reality (מציאות מדומה)

השימוש ב-Virtual Reality ידוע היטב כמפחית כאב אקוטי. מחקר שבדק את השפעתו גם בכאב כרוני מצא שהשפעתו דומה. ההשערה היא כי VR

³ שימוש באמצעי טיפול אלה, מצריך הכשרה ממוקדת וייעודית.

אפשר לבנות מערכי טיפול ייחודיים המתייחסים לכאב כחלק מן המחלה המגבילה את תפקודו והשתתפותו של האדם במארג החיים.

פעילויות תפקודיות כהליכה, קימה, שכיבה וספורט
Bianchi, Meneguetti, Baladelli, & Facci.)
(2014; Kamper et al., 2015).

סיכום

נייר עמדה זה מציג מתווה כללי הכולל סקירת גופי ידע נדרשים, עקרונות הערכה ופירוט של גישות טיפול מובילות באנשים הסובלים מכאב כרוני. כל זאת, תוך התייחסות לאדם, לסביבה ולמרחב התפקודי- עיסוקי שבו הוא פועל.

הטיפול בכאב כרוני דורש מתן תשומת לב להיבטים רבים: רפואיים, תרופתיים, תנועתיים, תחושתיים, רגשיים, התנהגותיים, תפיסתיים וקוגניטיביים.

אנו תקווה שהמסמך יסייע בתהליך ההתמקצעות של המרפאים בעיסוק המעוניינים להרחיב את הידע המקצועי בתחום, ובכך יתרום לביסוס תפקידם הייחודי של המרפאים בעיסוק בתוכניות המניעה, הטיפול והשיקום המיועדות לאנשים הסובלים מכאב כרוני בישראל.

התפקוד, הן כמרכיב אבחוני והן כמרכיב טיפולי (אמצעי ומטרת-על), הוא נדבך מרכזי בכל תוכנית מוכרת בספרות ובקליניקה לשיקום כאב.

למרפאים בעיסוק יש יכולת להבין את רב-הממדיות של הכאב, להעריך את השפעתו הרחבה על חיי האדם, ולסייע לו, על ידי מגוון שיטות טיפוליות מותאמות, להתמודד ולנהל את הכאב באופן שישפר את תפקודו, השתתפותו ואיכות חייו.

מילון מושגים

תסמונת CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) - תסמונת המאופיינת על ידי כאב אזורי מתמשך (ספונטני ו/או בעקבות גירוי), אשר אינו פרופורציונלי מבחינת משך הזמן או עוצמתו לעומת מהלך רגיל של כאב לאחר טראומה או פציעה אחרת.

תרומתו הייחודית של מקצוע הריפוי בעיסוק מעמידה אותו כמקצוע משמעותי וחיוני בכל תוכנית למניעה, לטיפול ולשיקום כאב כרוני ובקידום פיתוח תוכניות בתחום זה.

הכאב הוא אזורי (אינו מוגבל בטריטוריה עצבית מסוימת או דרמטום), ולרוב הוא בעל נטייה לשינויים דיסטאליים אבנורמליים בהיבט התחושה, מוטורי, סודומוטורי, אֶדְמָה וזומוטורית, ו/או ממצאים טרופיים. התסמונת מראה השתנות מתקדמת לאורך זמן.

כיום, משולבים המרפאים בעיסוק במחלקות כאב ובמרפאות כאב בבתי החולים השונים, לרוב בתי חולים כלליים ושיקומיים, בעיקר באבחון וטיפול במבוגרים עם רקע של מחלות, פגיעות או תסמונות המלוות בכאב פיזי, המונע תפקוד ומגביל את תהליכי הטיפול והשיקום.

CRPS I מתפתח לאחר כל סוג של טראומה, ובייחוד שבר, או פגיעה ברקמות רכות.

תחום הכאב אינו מאפיין רק מטופלים עם מחלות ופגיעות פיזיות. לא אחת אנו עדים לכאב המלווה פגיעות נפשיות, גם לגבי מצבים אלו

CRPS II מתרחש בעקבות נוק עצבי מוכח (IASP Task Force, 2011).

- Atzori, B., Hoffman, H. G., Vagnoli, L., Messeri, A., & Grotto, R. L. (2018). Virtual Reality as Distraction Technique for Pain Management in Children and Adolescents. In M. Khosrow-Pour, D.B.A. (Ed.), *Encyclopedia of Information Science and Technology, Fourth Edition* (pp. 5955-5965). Hershey, PA: IGI Global. doi:10.4018/978-1-5225-225-3
- Barry, J. (1995). Keyboards. In K. Jacobs, & C.M. Bettencourt, (Eds.), *Ergonomics for Therapists* (pp. 157-182). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Bennell, K. L., Ahamed, Y., Bryant, C., Jull, G., Hunt, M. A., Kenardy, J. & Egerton, T. (2012). A physiotherapist-delivered integrated exercise and pain coping skills training intervention for individuals with knee osteoarthritis: a randomised controlled trial protocol. *BMC musculoskeletal disorders, 13*, 129. doi: 10.1186/1471-2474-13-129
- Bianchi, A. B., Meneguetti, L. N., Baladeli, S. M., & Facci, L. M. (2014). Benefits of Back School in functional capacity and pain intensity of patients with chronic low back pain. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal, 12*, 161.
- Bliss, T. V., Collingridge, G. L., Kaang, B. K., & Zhuo, M. (2016). Synaptic plasticity in the anterior cingulate cortex in acute and chronic pain. *Nature Reviews*
- אלודיניה - תגובת כאב הנגרמת כתוצאה מגירוי שבאופן נורמלי אינו גורם לכאב (IASP Task Force, 2011).
- היפראלגיה - תגובת כאב מוגברת כתוצאה מגירוי שבאופן נורמלי גורם לכאב (IASP Task Force, 2011).
- לטרליות (Laterality judgment) - מטלת זיהוי צד - לנבדק מוצגות ברצף תמונות של האיבר הרלוונטי (יד או רגל, בהתאם להופעת התסמונת בנבדק). התמונות מוצגות באופן אקראי במגוון מנחים. הנבדק מתבקש להכריע בעבור כל תמונה אם מדובר בתמונת איבר ימין או שמאל (Moseley & Flor, 2012).

מקורות

דולברג, א' (2007). מהו כאב. בתוך האגודה הישראלית לכאב. נדלה מתוך: <http://www.ipa.org.il>

וולפסון, ס' (2011). רפואת שריר שלד - אסטרטגיות לקראת התייעצות שריר שלד מועילה. *הרפואה, 150*, 237-239.

רצון, נ' ושכטר מרגלית, ת' (2007). הקשר בין כאבי שריר שלד לבין מנחי עבודה של רוקחים ומשתנים בידומוגרפיים. *כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק*, 16(4), H245-H233.

שוורצמן, פ' (2009). אפידימולוגיה של כאב כרוני. בתוך *The Medical* נדלה מתוך: <http://www.themedical.co.il>

- Gainer, R. D. (2008). History of ergonomics and occupational therapy. *Work, 31*, 5-9. *Neuroscience, 17*, 485-496. doi: 10.1038/nrn.2016.68
- Giles, G. M., & Allen, M. E. (1986). Occupational therapy in the treatment of the patient with chronic pain. *The British Journal of Occupational Therapy, 49*, 4-9.
- Gatchel, R. J., Yuon, B. P., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The Biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133*, 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Goebel, A., Barker, C.H., Turner-Stokes, L., et al. (2012). Complex regional pain syndrome in adults: UK guidelines for diagnosis, referral and management in primary and secondary care. *The Royal College of Physicians*. Retrieved from <https://www.rcplondon.ac.uk/guidelines-policy/pain-complex-regional-pain-syndrome>.
- Hammond, A. (2014). Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, and fibromyalgia. In M.V. Radomski, & C.A. Trombly-Latham, (Eds.). *Occupational therapy for physical dysfunction, 7th edition* (pp.1215-1243). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hofmann, A.O. (n.d.). Living Life To Its Fullest™: Managing Chronic Pain With Occupational Therapy. *American Neuroscience, 17*, 485-496. doi: 10.1038/nrn.2016.68
- Brown, C., Engel, J., Holsti, L., Jones, D., Liedberg, G., Martensson, L., ... Unruh, A. (n.d). IASP Curriculum Outline on Pain for Occupational Therapy. *International Association for the Study of Pain*. Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx>
- Chan, B., Witt, R., Charrow, A., Magee, A., Howard, R., Pasquina, P., ...Tsao, J. (2007). Mirror therapy for phantom limb pain. *New England Journal Of Medicine, 357* (21), 2206-2207. doi:10.1056/NEJMc071927.
- Davidson, M. A., Tripp, D. A., Fabrigar, L. R., & Davidson P. R. (2008). Chronic pain assessment: a seven factor model. *Pain Research & Management, 13*, 299-308.
- Fasick, V., Spengler, R.N., Samankan, S., Nader, N.D., Ignatowski, T.A. (2015). The hippocampus and TNF: Common links between chronic pain and depression. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 53*, 139-159. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.03.014
- Flor, H., Fidrych, T., & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain, 49*, 221-230.

- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Williams, D. A., Gil, K. M., Mitchell, D., Robertson, C., ... & Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. *Behavior Therapy, 21*(1), 49-62.
- Lowe, C. T. (1995). Construction of hand splints. In M.V. Radomski, & C.A. Trombly-Latham, (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction, 4th ed.* (pp. 583-597). Baltimore, Md: Williams & Wilkins.
- Lewis, J.S., Coales, K., Hall, J., & McCabe, C.S. (2011). 'Now you see it, Now you do not': Sensory-Motor re-education in complex regional pain syndrome. *Hand Therapy, 16*, 29-38. doi:10.1258/ht.2011.011005
- Lewis, J.S., Schweinhardt, P. (2012). Perceptions of the painful body: The relationship between body perception disturbance, pain and tactile discrimination in complex regional pain syndrome. *European Journal of Pain, 16*, 1320-1330. doi:10.1002/j.1532-2149.2012.00120.x
- Lewis, J., & McCabe, C. S. (2010). Body perception disturbance (BPD) in CRPS. *Practical Pain Management, 10*, 60-66.
- Lipchik, G. L., Milles, K., & Covington, E.C. (1993). The effects of multidisciplinary *Occupational Therapy Association*. Retrieved from <https://www.aota.org>
- IASP Task Force on Taxonomy. (2011). Part III: Pain Terms, a Current List with Definitions and Notes on Usage. In H. Merskey, & N. Bogduk, (Eds.), *Classification of Chronic Pain*, 2nd edition. (pp 209-214). Retrieved from <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx>
- Jamieson-Lega, K., Berry, R., & Brown, C.A. (2013). Pacing: a concept analysis of the chronic pain intervention. *Pain Research & Management, 18*, 207-2013.
- Jin, W., Choo, A., Gromala, D., Shaw, C., & Squire, P. (2016). A Virtual Reality Game for Chronic Pain Management: A Randomized, Controlled Clinical Study. *MMVR* (pp.154-160).
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47.
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ, 350*, h444

- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. A gate control system modulates sensory input from the skin before it evokes pain perception and response. *Science*, *150*, 971-979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, *82*, S121-S126. doi:10.1016/S0304-3959(99)00145-1
- Meulders, A., Vansteenwegen, D., & Vlaeyen, J. W. S. (2011). The acquisition of fear of movement-related pain and associative learning: A novel pain-relevant human fear conditioning paradigm. *Pain*, *152*, 2460-2469. doi:10.1016/j.pain.2011.05.015
- Moseley, G. L. (2004). Graded Motor Imagery is effective for long-standing Complex Regional Pain Syndrome: A randomized controlled trial. *Pain*, *108*, 192-198. doi:10.1016/j.pain.2004.01.006
- Moseley, G. L. (2006). Graded motor imagery for pathologic pain. *Neurology*, *67*, 2129-2134. doi:10.1212/01.wnl.0000249112.56935.32
- Moseley, G. L., Zalucki, N. M., & Wiech, K. (2008). Tactile discrimination, but not tactile stimulation alone, reduces chronic limb pain. *Pain*, *137*, 600-608. doi:10.1016/j.pain.2007.10.021
- pain management treatment on locus of control and pain beliefs in chronic non-terminal pain. *The Clinical journal of pain*, *9*, 49-57.
- McCracken, L. M., Sato, A., & Taylor, G. J. (2013). A trial of a brief group-based form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain in general practice: Pilot outcome and process results. *Journal of Pain*, *14*, 1398-1406. doi:10.1016/j.jpain.2013.06.011
- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic pain: Outcome, predictors of outcomes, and treatment process. *Spine*, *27*, 2564-2573. doi: 10.1097/00007632-200211150-00033
- McCracken, L. M., & Vowels, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain. *American Psychologist*, *69*, 178-187. doi:10.1037/a0035623
- Melvin, J. L., & Atwood, M. (1989). Juvenile rheumatoid arthritis. *Rheumatic disease in the adult and child: Occupational therapy and rehabilitation* (pp. 419-436). Philadelphia: FA Davis.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, *1*, 277-299

- program (3RP). *Psychosomatics*, 54, 165-174. doi:10.1016/j.psym.2012.09.001
- Pelletier, R., Higgins, J., & Bourbonnais, D. (2015). Addressing neuroplastic changes in distributed areas of the nervous system associated with chronic musculoskeletal disorders. *Physical Therapy*, 95, 1582-1591. doi:10.2522/ptj.20140575
- Rasmussen, C. D. N., Holtermann, A., Bay, H., Sogaard, K., & Jørgensen, M. B. (2015). A multifaceted workplace intervention for low back pain in nurses' aides: a pragmatic stepped wedge cluster randomised controlled trial. *Pain*, 156, 1786-1794. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000234
- Rochman, D.L. (2014). Occupational Therapy and Pain Rehabilitation. *American Occupational Therapy Association*. Retrieved from <http://www.aota.org>.
- "Safely Managing Chronic Pain". (2011, spring). *NIH Medline Plus*, 6, Retrieved from <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/magazine/issues/spring11>
- Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-44.
- Moseley G. L., & Wiech, K. (2009). The effect of tactile discrimination training is enhanced when patients watch the reflected image of their unaffected limb during training. *Pain*, 144, 314-319. doi:10.1016/j.pain.2009.04.030
- Moseley G. L., & Flor, H. (2012). Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: A review. *Neurorehabilitation and Neural repair*, 26, 646-652. doi: 10.1177/1545968311433209
- Nelson-Sanderson, S., & Reed, L. (1999). *Concept of Occupational Therapy* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Neville, A., Peleg, R., Singer, Y., Sherf, M., & Shvartzman, P. (2008). Chronic pain: A population based study. *Israel Medical Association Journal*, 10, 676-680.
- Niv, D., & Devor, M. (2007). Position paper of the European Federation of IASP Chapters (EFIC) on the subject of pain management. *European journal of pain*, 11(5), 487-489.
- Park, E. R., Traeger, M. P. H. L., Vranceanu, A. M., Scult, M., Lerner, J. A., Benson, H., ... Fricchione, G. L. (2013). The development of a patient-centered program based on the relaxation response: The relaxation response resiliency

- 18–25). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wahlstrom, J. (2005). Ergonomics, musculoskeletal disorders and computer work. *Occupational Medicine*, 55, 168-176. doi: 10.1093/occmed/kqi083
- Wideman, T. H., & Sullivan, M. J. L. (2011). Reducing catastrophic thinking associated with pain. *Pain Management*, 1, 249-256. doi:10.2217/pmt.11.14
- Weeks, D.L., Whitney, A.A., Tindall, A.G., & Carter, G.T. (2015). Pilot Randomized Trial Comparing Intersession Scheduling of Biofeedback Results to Individuals with Chronic Pain: Influence on Psychologic Function and Pain Intensity. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94, 869-878. doi:10.1097/PHM.0000000000000285
- Weinstein, E. (1990). The role of the group in the treatment of chronic pain. *Occupational Therapy Practice*, 1, 62-68.
- Zaman, J., Vlaeyen, J. W. S., Van Oudenhove, L., Wiech, K., & Van Diest, I. (2015). Associative fear learning and perceptual discrimination: A perceptual pathway in the development of chronic pain. *Neuroscience & behavioral Reviews*, 51, 118-125. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.01.009
- Siddall, P. J., & Cousins, M. J. (2004). Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesthesia & Analgesia*, 99, 510-520. doi:10.1213/01.ANE.0000133383.17666.3A
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7, 524-532.
- Schiltenswolf, M., Akbar, M., Hug, A., Pfüller, U., Gantz, S., Neubauer, E., Flor H., & Wang H. (2014). Evidence of Specific Cognitive Deficits in Patients with Chronic Low Back Pain under Long-Term Substitution Treatment of Opioids. *Pain Physician*, 17, 9-19.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T., & Krause, S. (1990). The pain disability index: psychometric properties. *Pain*, 40, 171-182.
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., ... & Giamberardino, M. A. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156, 1003-1007. doi:10.1097/j.pain.000000000000160
- Turk, D.C., Okifuji, A. (2001). Pain terms and taxonomies. In D. Loeser, S.H. Butler, J.J. Chapman, & D.C. Turk, *Bonica's Management of Pain* (3rd ed.). (pp.