

**Marta Motow-Czyż, Dorota
Ortenburger, Jacek Wąsik**

**Psychoedukacja i fizjoterapia jako
formy pomocy w terapii wybranych
zaburzeń mięśniowo-szkieletowych**

Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pedagogika 23,
331-336

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

<http://dx.doi.org/10.16926/p.2014.23.26>

Marta MOTOW-CZYŻ
Dorota ORTENBURGER
Jacek WĄSIK

Psychoedukacja i fizjoterapia jako formy pomocy w terapii wybranych zaburzeń mięśniowo-szkieletowych

Słowa kluczowe: psychoedukacja, fizjoterapia, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe.

Nie bądź bezbronny, przygotuj się¹
L. Iannucci, M. Horowitz

Wprowadzenie

W artykule skupiono się na wybranych oddziaływaniach z zakresu fizjoterapii i psychoedukacji w zakresie terapii szerokiego spektrum dolegliwości określanych mianem bólu mięśniowo-szkieletowego, o różnej etiologii, bardzo często występującego przy współczesnym trybie życia. Z uwagi na bardzo dużą częstość występowania zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego i ich różnorodność, bóle pleców i kończyn dolnych i inne stanowią jeden z głównych powodów szukania pomocy u lekarzy, kręgarzy, fizjoterapeutów. Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe mogą być spowodowane oddziaływaniem różnych czynników występujących niezależnie od siebie lub współwystępujących, w tym fizycznych, biomechanicznych, organizacyjnych i psychospołecznych. Mechanizmy rozwoju bólu mięśniowo-szkieletowego zmieniają się w czasie, w części przypadków prowadząc do zmian w całości funkcjonowania psychospo-

¹ L. Iannucci, M. Horowitz, *Niezależny przewodnik. Jak radzić sobie z chorobami stawów*, Warszawa 2001.

lęcznego. W przypadku przeżywania stresu związanego z nieskutecznym leczeniem, pogłębionego brakiem zrozumienia u bliskich osób, uporczywe bóle mięśniowo-szkieletowe mogą przyczynić się do rozwinięcia się zaburzeń depresyjnych. Ponadto z bólem mięśniowo-szkieletowym stosunkowo często współwystępują zaburzenia w obrębie układu ruchowego i stawowego oraz ubytki neurologiczne i czuciowo-ruchowe. W wielu przypadkach pogarsza to stan psychiczny chorego, utrudniając utrzymanie aktywności na poziomie wystarczającym do satysfakcjonującego pełnienia ról społecznych w codziennym funkcjonowaniu prywatnym i zawodowym. Towarzyszące temu znaczne obniżenie nastroju może utrudniać nie tylko podejmowanie nowych wyzwań, ale i wykonywanie dotychczasowych zadań w pracy zawodowej². Względy te przemawiają za stosowaniem kompleksowego modelu leczenia, zgodnie z którym bardziej efektywna jest wielodyscyplinarna diagnoza i terapia niż pojedyncze działania.

Fizjoterapia i psychoedukacja – ścieżki prowadzące do lepszego funkcjonowania psychofizycznego

Jednym z założeń wszechstronnej terapii zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego jest to, aby oprócz fizjoterapii w procesie leczenia miała miejsce edukacja chorego dotycząca objawów choroby i uwarunkowań skuteczności terapii. Leczenie powinno być wielokierunkowe i obejmować różne metody, zarówno nefarmakologiczne, jak i farmakologiczne. Celem jest poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, redukcja intensywności odczuwanych dolegliwości, zahamowanie lub zwolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej bieżącym i odległym następstwom, takim jak wystąpienie niesprawności i zaburzeń depresyjnych³.

Przed dokonaniem wyboru najwłaściwszej metody terapii u pacjenta z zaburzeniami dotyczącymi układu mięśniowo-szkieletowego ważne jest możliwie dokładne poznanie pozostałych współistniejących objawów. W literaturze przedmiotu akcentuje się fakt, że z uwagi na specyfikę tych zaburzeń należy zwracać szczególną uwagę na indywidualne cechy pacjenta. Przykładowo w przypadku dolnego odcinka kręgosłupa i kończyn dolnych, w których trudno jest rozdzielić komponentę neuronalną od somatycznej, należy bardzo starannie przygotować program terapii dotyczącej układu mięśniowo-szkieletowego. W przypadku stwierdzenia niestabilności stawu warto skorzystać ze skutecznych

² D. Ortenburger, M. Szerła, *The problem of disability in the course of chronic pain syndrome from the pain syndrome from the physician's and the psychologist's perspectives*, [w:] *Biopsychosocial aspects of health and disease*, red. K. Janowski, S. Steuden, vol. 1, CPPP Scientific Press, Lublin 2009, s. 139–146.

³ Tamże, s. 140.

programów specyficznych ćwiczeń terapeutycznych⁴. Z kolei przy ograniczeniu występującym w obrębie danego segmentu ruchowego zaleca się stosowanie technik terapii manualnej⁵. Towarzyszące bólowi zaburzenia nie zawsze zmniejszają się samoistnie, co oznacza, że mogą występować nadal, nawet już po uzyskaniu satysfakcjonującej pacjenta redukcji bólu. W związku z tym wymieniane są między innymi następujące błędy terapeutyczne zmniejszające efektywność terapii: niedokładnie przeprowadzony proces różnicowania bólu pod kątem pochodzenia korzeniowego lub niekorzeniowego, nieprzywiązywanie należytej uwagi do aspektów psychospołecznych, niedoinformowanie pacjentów co do przebiegu choroby, zaniedbywanie działań profilaktycznych.

Przedmiotem zainteresowania powinna być też, wcześniej wspomniana, grupa schorzeń mięśniowo-szkieletowych, których źródła upatruje się w sposobie wykonywania pracy i w oddziaływaniu czynników tkwiących w otoczeniu, w którym przebiega⁶. Na wysoki standard terapii stosowanej w bólu przewlekłym wpływa uwzględnienie aspektu psychologicznego opieki nad pacjentem, ponieważ w świetle literatury przedmiotu z rozwojem bólu przewlekłego łączą się niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu układu nerwowego⁷.

Istnieją dane w literaturze pokazujące, jak ważną częścią kompleksowej terapii przeciwbólowej jest diagnoza czynników osobowościowych, stanowiących względnie trwałą biologicznie uwarunkowaną predyspozycję człowieka do reagowania w określony sposób w sytuacjach doświadczania intensywnego stresu⁸. Oprócz podjęcia leczenia farmakologicznego i fizjoterapii ważnym aspektem postępowania leczniczego staje się edukacja pacjentów w zakresie możliwie wszechstronnej charakterystyki schorzenia i motywowanie do poznawania i zastosowania metod ochrony kręgosłupa w codziennym życiu. Istnieją wyniki badań randomizowanych, w których wykazano korzystny wpływ różnych metod edukacji pacjentów leczonych z powodu choroby zwyrodnieniowej stawu bio-

⁴ P. O'Sullivan, L. Twomey, G. Alison, *Dysfunktion of the neuro-muscular system in the presence of low back pain: Implications for physical therapy management*, „Journal of Manual and Manipulative Therapy” 1997, nr 5 (1), s. 20–26, 1997; P. O'Sullivan, L. Twomey, G. Alison, *Evaluation of specific stabilising exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylosis of spondylosisthesis*, „Spine” 1997, nr 22, s. 2959–2967.

⁵ G. Maitland, E. Heneveld, K. Banks, K. English, *Maitland's Vertebral Manipulation, 6th end*, Sydney 2000.

⁶ L. Solecki, *Wstępna ocena dolegliwości bólowych ze strony układu mięśniowo-szkieletowego zgłaszanych przez rolników indywidualnych*, „Medycyna Pracy” 2012, nr 63 (3), s. 281–293.

⁷ Ch.J. Hogan, S.R. Hurwitz, *Treatment of Complex Regional Pain Syndrome of the Lower Extremity*, „J. Am. Acad. Orthop. Surg.” 2002, nr 10, s. 281–289; S.J. Weiner, A. Schwartz, F. Weaver, J. Goldberg, R. Yudkowsky, G. Sharma, *Contextual errors and failures in individualizing patient care. A multicenter study*, „Ann Intern Med” 2010, nr 153, s. 69–75; P.R. Falzer, D.M. Garman, *Contextual decision making and the implementation of clinical guidelines: an example from mental health*, „Acad. Med” 2010, nr 85, s. 548–555.

⁸ M.K. Szerła, M. Kosztołowicz, *Aplikacja wspólnego sensu w wykrywaniu osobowościowego aspektu bólu*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarza, Z. Gajda, Kraków 2009, s. 17–19.

drowego i kolan na natężenie bólu oraz zdolność radzenia sobie z chorobą, przy jednoczesnej niewielkiej poprawie sprawności ruchowej⁹.

Zgodnie ze standardami opieki psychologicznej w ochronie zdrowia, zadania takie realizują osoby, które muszą przejść program intensywnego szkolenia i ćwiczeń. Psychologowie zobowiązani są do posiadania udokumentowanych kwalifikacji i wiedzy z zakresu psychologii klinicznej i rozwoju człowieka, podstaw wiedzy o społeczeństwie i kulturze, znajomości metod pracy grupowej i analizy związków międzyludzkich¹⁰. Praca z pacjentami powinna odbywać się w oparciu o metody mające swoje podstawy w potwierdzonych naukowo faktach. W trakcie psychoterapii pacjenci mają możliwość otwartej rozmowy o uczuciach i problemach współistniejących z procesem choroby somatycznej. Dzięki diagnozie psychologicznej uzyskuje się informacje dotyczące stanu zdrowia psychicznego, możliwości oraz motywacji pacjenta do podjęcia aktywnej roli podczas procesu leczenia i kształtowania u siebie korzystnych zachowań zdrowotnych. Badania potwierdziły, że niektóre rodzaje psychoterapii mogą w znacznym stopniu zmniejszyć objawy depresji, lęku oraz związanych z tymi stanami dolegliwości (zmęczenia i nudności)¹¹. Wydaje się, że adaptacja do zmian spowodowanych ograniczeniami powodowanymi przez chorobę staje się łatwiejsza w przypadku skorzystania z pomocy psychoterapeutycznej¹².

Celem terapii poznawczo-behawioralnej jest modyfikowanie sposobu myślenia i zachowania w taki sposób, aby wspomóc pacjenta w radzeniu sobie z bólem. W badaniach porównawczych przeprowadzonych w dwóch grupach chorych, wobec których stosowano albo terapię poznawczo-behawioralną, albo standardowe leczenie, stwierdzono, że w pierwszej grupie stopień natężenia bólu był niższy, podobnie jak poziom lęku i zaburzeń depresyjnych.

Zgodnie z przyjętymi w Polsce rekomendacjami International Association for the Study of Pain (IASP) warto rozważyć uwzględnienie psychoterapii w planie terapii przeciwbólowej, jeśli występują u pacjenta między innymi następujące objawy: poczucie przytłoczenia, długotrwałe odczuwanie smutku, narastanie problemów mimo wsparcia od rodziny i przyjaciół. Jeżeli pacjent dochodzi do wniosku, że nie może sobie dać rady z codziennymi obowiązkami, np. skupić na swoich obowiązkach w pracy i cierpi na tym pozycja zawodowa, jest to sygnał do rozpoczęcia psychoterapii lub skorzystania z innej formy pomocy psychologicznej. Sygnałem tym jest też bardzo częste odczuwanie nadmiernego niepokoju, wrażenie, że jest się na skraju załamania nerwowego i przejawianie zachowań krzywdzących siebie i innych ludzi (nadużywanie alkoholu i leków, wzmożona kłótniowość i agresja)¹³.

⁹ J. Dobrogowski, J. Wordliczek, *Zespoły bólowe narządów ruchu*, [w:] *Leczenie bólu*, red. J. Dobrogowski, J. Wordliczek, Warszawa 2007, s. 255–324.

¹⁰ L. Iannucci, M. Horowitz, dz. cyt., s. 319.

¹¹ Tamże, s. 320.

¹² Tamże, s. 318.

¹³ Tamże, s. 318–319.

Badania prowadzone nad procesem starzenia się pokazują, że problem pogłębia się w sytuacji, gdy ból mięśniowo-szkieletowy dotyczy tych osób w starszym wieku, które nie mają dostępu do innych form terapii niż farmakoterapia. Szczególnie że – jak wiadomo – wśród chorób, które atakują osoby w wieku starszym, jest choroba zwyrodnieniowa, przyczyniająca się do spadku sprawności funkcjonalnej¹⁴. Biologiczne starzenie ma charakter powolnego zużywania sił organizmu. Wraz z wiekiem masa mięśniowa ulega zmniejszeniu około 30%, a pierwsze oznaki zmian starczych dotyczą stawów, które wraz z upływem czasu ulegają degeneracji, upośledzając tym samym siłę i precyzję ruchów. Zmiany te są główną przyczyną bólu i hipokinezji¹⁵.

Kolejnym polem, na którym ujawniają się konsekwencje późnego podjęcia terapii, jest psychofizyczny stan osób aktywnych zawodowo, które stopniowo tracą zdolność do pracy zawodowej. Odwlekanie podjęcia terapii może pociągać za sobą zmniejszenie sprawności w wyniku zaniechania ćwiczeń i rehabilitacji, a wtórnie – częstsze uleganie wypadkom (skutkującym zwichnięciami i złamaniami).

Wśród problemów, na które napotykać pacjenci, którzy zmagają się z ograniczeniami spowodowanymi zaburzeniem w układzie mięśniowo-szkieletowym i bólem, są trudności w podejmowaniu i wytrwaniu w aktywności fizycznej. Tymczasem, jak pokazuje bogata literatura przedmiotu, ćwiczenia fizyczne, aerobowe, trenowanie układu krążenia i ćwiczenia siłowe o umiarkowanej intensywności są bardzo korzystne, ponieważ między innymi wzmacniają mięśnie i łagodzą objawy reumatoidalnego zapalenia stawów¹⁶. Z psychologicznego punktu widzenia mają one również ogromną wartość, ponieważ łagodzą nasilenie objawów depresji i mogą stanowić bufor przed negatywnymi skutkami stresu¹⁷.

Jednym z zadań podejmowanych w ramach fizjoterapii jest monitorowanie proporcji między aktywnością tego typu a odpoczynkiem. Jako jej uzupełnienie można traktować kilka możliwych działań psychoedukacyjnych, o charakterze prewencyjnym, stosowanych w celu opóźnienia wpływu skutków choroby na fizyczne i społeczne funkcjonowanie osób z zaburzeniami i bólem układu mięśniowo-szkieletowego. Byłoby to, między innymi, informowanie społeczeństwa, zwłaszcza ludzi starszych, o zachodzących zmianach podczas procesu starzenia się, po to, by mogli podjąć działania zmniejszające wpływ tego procesu na swoją sprawność, przekazywanie nowych umiejętności i wzorów zachowania w wieku starszym, a także motywowanie osób starszych, zwłaszcza z chorobami zwyrodn-

¹⁴ M. Motow-Czyż, *Zależności między zmianami zwyrodnieniowymi narządu ruchu a stopniem sprawności osób w wieku starszym*, „Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Kultura Fizyczna”, z. 11, Częstochowa 2012, s. 151.

¹⁵ A. Jopkiewicz, E. Suliga, *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Radom – Kielce 2008, s. 140.

¹⁶ L. Iannucci, M. Horowitz, dz. cyt., s. 86.

¹⁷ M.B. Schachter, D. Mitchell, *Czego nie dowiesz się o depresji od swojego lekarza. Bezpieczne, skuteczne i przełomowe metody wyleczenia choroby*, Warszawa 2008.

nieniowymi, do zmian w stylu życia i do większej aktywności fizycznej¹⁸. Edukacja dotyczy ogólnych zaleceń dotyczących uregulowanego trybu życia, unikania nadmiernych, niewspółmiernych do możliwości, obciążeń.

Najogólniej podsumowując, celem jest edukacja chorego w zakresie objawów choroby, jej terapii, poprawa czynności i ograniczenie niesprawności, zahamowanie lub zwolnienie postępu choroby oraz zapobieganie jej następstwom¹⁹.

Istotnym elementem możliwości korzystania z psychoedukacji jest usprawnienie dwustronnej komunikacji – w zakresie ochrony i poprawy zdrowia osób zmagających się z bólem mięśniowo-szkieletowym, innymi typami bólu i wiążącymi się z tym ograniczeniami funkcjonalnymi. Wśród poradników i przewodników po wiadomościach dotyczących tego, jak mogą skuteczniej radzić sobie osoby zmagające się z problemami spowodowanymi przez bóle mięśniowo-szkieletowe, znajdują się takie, które fizjoterapeuci i psychologowie rekomendują szczególnie. Ich wspólna cecha może zawierać się w prosto sformułowanym stwierdzeniu specjalistów z dziedziny leczenia chorób stawów²⁰, niejednokrotnie parafrazowanym przez orędowników sztuk walki: „Nie bądź bezbronny, przygotuj się”²¹.

Summary

Psycho Education and Physiotherapy as a Form of Assistance in The Treatment of Some Musculoskeletal Disorders

The article focuses on interactions selected from the scope of psycho-education and physiotherapy of therapeutic broad spectrum of disorders known as musculoskeletal pain of varying etiology, often occurs with modern lifestyles. Musculoskeletal symptoms may be caused by an interaction of various factors occurring independently of each other or co-occurring, including physical, biomechanical, organizational and psychosocial. Mechanisms of musculoskeletal pain may change over time, leading to changes in the overall psychosocial functioning. In the treatment (musculoskeletal pain) of individual actions, the more effective is the multidisciplinary diagnosis and therapy.

Keywords: Psychoeducation, Physiotherapy, Musculoskeletal disorders.

¹⁸ M. Motow-Czyż, dz. cyt., s. 156.

¹⁹ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.

²⁰ L. Iannucci, M. Horowitz, dz. cyt.

²¹ J. Wąsik, Gongbing, *Shan Factors influencing the effectiveness of axe kick in taekwon-do*, „Arch Budo” 2014, nr 10, s. 29–34.