

NEUROZY A BÓLE KRĘGOSŁUPA

Artur Dziak

*Niedobrze, że są oddzielni lekarze
Od duszy i ciała, gdyż sprawy
Te są nierozdzielne i trzeba
Traktować je razem.*

Platon

Mechanizmy działania umysłu, określane jako nieprawidłowe, właściwie niewiele odbiegają od uznawanych za prawidłowe i różnią się chyba tylko stopniem nasilenia. Rzecz w tym, że tzw. zachowania prawidłowe, mające logiczne i dobrze umotywowane podstawy, w rzeczywistości stanowią wynik procesów umysłowych, odbywających się w sferze podświadomości, z których nie zdajemy sobie sprawy. W sferze psychiki nie ma więc większej przypadkowości niż w świecie materialnym, gdyż to procesy podświadomości określają rozumne zachowania.

Jakkolwiek ustalenie etiologii neuroz jest równie trudne, jak ich precyzyjne zdefiniowanie, to chyba najważniejsze znaczenie ma to, że poszczególni ludzie reagują różnie na te same sytuacje. O ile jeden człowiek, który doznał poważnego uszkodzenia kręgosłupa, podejmuje pracę po zakończeniu leczenia, to drugi – z takim samym uszkodzeniem – nachodzi lekarzy tak długo, aż otrzyma rentę lub żądane odszkodowanie, względnie idzie żebrac na rogu ulicy.

Każdy człowiek ma wrodzone skłonności do właściwego tylko sobie reagowania na wpływy świata zewnętrznego, nawet bez uprzednich doświadczeń w tym względzie. Tak zwane zachowania instynktowne mają służyć zaspokojeniu indywidualnych potrzeb i do neurozy dochodzi wówczas, gdy działania danej osoby budzą sprzeciw ze strony otoczenia, gdyż wtedy ma miejsce ucieczka od świata realnego w świat ułudy. Neuroza stanowi więc reakcję obronną.

Naturalnie, bez względu na wszelkie uwarunkowania psychiczne i psychologiczne neuroz, wszelkie choroby organiczne (także zaburzenia wegetatywnego systemu nerwowego, włączając zaburzenia gruczołów wydzielania wewnętrznego – szczególnie tarczycy w okresie dojrzewania i menopauzy) oraz choroby narządowe, jak ból kręgosłupa (np. lumbalgia) same

w sobie są w stanie spowodować skrzywienie psychiki (podświadome reakcje obronne). **Nie bez znaczenia są także sugestie, czyli wpajanie czy przyjmowanie (akceptacje) – bez żadnego uzasadnienia, poglądów i przekonań nieracjonalnych, co często tłumaczy leczenie chorób kręgosłupa sposobami zabobonu, magii i zwykłej szarlatanerii (także autosugestii i heterosugestii).**

Ważne znaczenia ma to, że sugestie nie tylko niejako samoistnie produkują neurozy, ale co więcej, wzmacniają je i podtrzymują, przez co niejednokrotnie rzetelne leczenie konwencjonalne (*Evidence Based Medicine*) jest u wielu pacjentów z bólami kręgosłupa właściwie zupełnie niemożliwe*. Naturalnie, sugestie mogą stanowić potężny oręż terapeutyczny pod warunkiem, że zostaną wykorzystane celem przyniesienia choremu dobra, a nie wyciągania od niego pieniędzy, co się zdarza w przypadku pseudoleczenia przez różnorodnych uzdrowicieli i zwykłych oszustów. U źródeł neuroz znajdują się więc czynniki wrodzone i konstytucyjne oraz czynniki otoczenia i rozwoju organizmu; stąd korzenie neuroz sięgają zazwyczaj okresu wczesnego dzieciństwa.

Jakkolwiek u podstaw większości neuroz leżą konflikty, to przeważnie rolę wiodącą odgrywa schorzenie, którym może być np. dysfunkcja kręgosłupa, związana z przebyciem jakiegoś urazu (tak makrourazu, jak i sumujących się mikrourazów, przeciążeń zawodowych, sportowych itp.)**. Dochodzi do tego tym łatwiej, im dysfunkcja w jakimś stopniu zaburzyła relacje w rodzinie, miejscu pracy itp. W tych przypadkach zawsze pojawia się mniej czy bardziej umotywowany strach, nawet bez widocznych czy potwierdzonych badaniami uszkodzeń organicznych kręgosłupa, rdzenia czy korzeni nerwów rdzeniowych (same bóle, np. *lumbalgia*, *cervicalgia*, *brachialgia*, bez współistniejących objawów ubytkowych).

Strach różni się od zwykłego odczuwania obawy, która zawsze stanowi objaw obrony przeciwko zagrażającemu niebezpieczeństwu zewnętrznemu; podświadomie odczuwane zagrożenie pochodzi z wewnątrz – nierzadko przerażenie jest nagłe, bez wstępnych obaw.

* Nierzadko doprowadza to do osobistych dramatów, kiedy to na skutek zaawansowania choroby żadne rzetelne leczenie nie wchodzi już w rachubę z powodu utraty tzw. złotej godziny leczenia.

** Względnie którą każdy pacjent skłonny jest wiązać z jakimiś nawet bardzo hipotetycznym urazem.

Kliniczne objawy neuroz

Neurozy obsesyjne, neurastenia i histeria zawierają w sobie wiele podobnych objawów klinicznych.

Specyficzną postać neurozy stanowią stany hipochondryczne; na czoło wybijają się objawy somatyczne i skargi świadczą o skupieniu się uwagi pacjenta na zaburzeniach narządów ciała. Obawy i katastrofizowanie należą do częstych objawów hipochondrii; hipochondria może przechodzić w neurozę, ale też sygnalizować psychozy, szczególnie schizofrenię. Neurozy pourazowe łatwo jest pomylić z histerią!

Istnieje wiele odmian granicznych, których nie można przypisać ściśle zdefiniowanym jednostkom chorobowym (głębokie neurozy i wczesne psychozy). Z praktycznego punktu widzenia ważne jest to, że z reguły w grę wchodzi osobnicy nieprzystosowani do współczesnego życia społecznego (*general maladjustments*).

W miarę postępów cywilizacji przemysłowej neurotyczne mechanizmy nieprzystosowania uległy ewolucji od typu somatycznego do typu psychicznego, wyższego (zarabiania na chorobie). **Obawy i myśli katastroficzne, najczęstsze objawy neuroz, mogą doprowadzić do niszczącej demoralizacji danej osoby** – stały strach przed czymś niewiadomym, czymś, co się zdarzy (strach przed nieszczęściem), powoduje niemożność kontynuowania pracy, niszczy więzi społeczne, rodzinne i nierzadko powoduje niesprawność, a nawet stany kalectwa – np. porażenie kk. dolnych. Strach jest zresztą podsycany przez przeróżnych uzdrowicieli, celem skłonienia danej osoby do stałego leczenia (szkody jatrogenne). **Fobie, myśli obsesyjne całkowicie uzależniają pacjenta od osoby „leczącej”**. W przypadku Vertebrofobii pacjent wykazuje stałe obawy o zdrowie kręgosłupa i obsesyjne myśli o grożącym np. porażeniu kończyn dolnych, zaburzeniu czy utracie funkcji płciowych itp.!

Neurastenia

Osoby dotknięte neurastenią łatwo się męczą lub są stale przemęczone, przy czym na czoło dolegliwości często wysuwają się bóle kręgosłupa. Stąd narastające przekonanie o niezdadności do pracy, wykonywania zalecanych ćwiczeń fizycznych oraz wszelkiej aktywności fizycznej, wskazanej w dysfunkcjach kręgosłupa (wszelki bezruch nasila dysfunkcję!). Osoby te budzą się już zmęczone (stąd mylenie neurastenii z chorobą reumatyczną i niewłaściwe leczenie!), co powoduje zły nastrój, nadwrażliwość na niewielki nawet ból i urazy ciała, niemożność koncentracji uwagi, stałe skargi na różnorodne dolegliwości, także bóle głowy i kręgosłupa, których nie sposób potwierdzić obiektywnym badaniem lekarskim (szczególnie bóle kręgosłupa na wysokości łopatek – bóle między łopatkami). Charakterystyczne dla neurastenii jest to, że mimo uogólnionego i postępującego osłabienia

mięśni (w tym mięśni kończyn), nigdy nie dochodzi do porażień, występujących w histerii. Typowe też jest, że w miarę upływu dnia pacjenci czują się coraz lepiej. Częste są współistniejące zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego oraz zaburzenia snu.

Hipochondria

Objawy hipochondrii związane są z przeróżnymi dolegliwościami narządów wewnętrznych ciała, przy czym nie można stwierdzić podłoża organicznego. Pacjent bezustannie wylicza objawy narządowe, uprzykrzające mu życie; nagromadzenie objawów powoduje, że neuroza przechodzi w psychozę. Podkreślenia wymaga to, że o ile narzekanie na określone dolegliwości ze strony chorego kręgosłupa (wypadek, zaostrenie objawów stenozy czy dyskopatii itp.) jest rzeczą normalną, to jednak utrzymywanie się objawów, mimo wyleczenia choroby, dowodzi stanu hipochondrialnego.

Neurozy obsesyjne lub kompulsyjne (przymusowe)

Występują częściej u mężczyzn i wywołują je przypadkowe aluzje, obserwacje, przelotne myśli czy też jakieś działania. Cechą charakterystyczną jest to, że obsesji nie są w stanie wypenić żadne racjonalne argumenty i dowody; co więcej, neurozy obsesyjne nie poddają się nawet sugestii i hipnozie. **Wykazanie absurdalności obsesyjnych myśli nie robi na pacjencie żadnego wrażenia i nadal trwa on przy swoim – np. jest przekonany o skuteczności niekiedy zupełnie komicznych praktyk typu szarlatanerii, stosowanych przez przeróżnych uzdrowicieli „specjalizujących się w leczeniu dyskopatii”!** Wola pacjenta jest całkowicie sparaliżowana i zdany jest on na łaskę „leczącego” go uzdrowiciela, który zawczasu poinformował go, że jak przerwie stosowane „leczenie”, to niezadługo „skończy na wózku inwalidzkim”!

Histeria

Co się tyczy histerii, to nie ma takiego stanu czy choroby, której histeria nie jest w stanie zasymulować z racji tego, że częściej niż z histerią *monosymptomaticą* mamy do czynienia z histerią typu kalejdoskopowego, w której objawy psychiczne przeplatają się z objawami somatycznymi, co powoduje ucieczkę w świat choroby (także świat fantazji) z powodu niemożności przystosowania się do wymogów życia dorosłego (*hysteric personality*). Dodatkowo sytuację pacjenta komplikuje zainteresowanie stanem zdrowia (kręgosłupa) itp.

Ból wybija się w histerii na pierwsze miejsce, stąd określenie „**bóle histeryczne**”, które mogą przyjmować postać neuralgii, neuropatii (rwa kulszowa, rwa ramienna) migren, czy tzw. bólów reumatycznych. Do tych ostatnich w olbrzymim stopniu przyczyniają się lekarze z niewielką praktyką, młodzi, pozbawieni doświadczenia, często też po prostu niedouczeni,

podatni na pseudonaukowe teorie i trendy, którzy większość dysfunkcji w obrębie tzw. gęstych tkanek włóknistych narządu ruchu opatrują mianem „reumatyzmu mięśniowego”, a to z tego powodu, że nie znają nawet podstawowych ortopedycznych zespołów chorobowych. Poza tym wszelkie „bóle reumatyczne” wg nich można dowoli „leczyć” sposobami polipragmazji fizjoterapeutycznej. **Zdarzające się nierzadko przelotne polepszenia, które są typowe dla sinusoidy zespołów bólowych tkanek miękkich, przypisywane są naturalnie stosowanemu „leczeniu”, które najczęściej jest bez sensu i nie wpływa na przebieg choroby podstawowej, którą może być: neuropatia, tenopatia, entezopatia, angiopatia, dyskopatia, meniskopatia, bursopatia, itp. itp.!**

Przymusowe ustawienie kręgosłupa w zgięciu ku przodowi stanowi typową postać histerycznego „zesztywnienia” kręgosłupa. Poza tym typowe dla hysterii są liczne miejsca bólowe (*trigger points*) oraz miejsca spaczenia, a nawet całkowitego braku czucia skóry, czy też nadmiernej wrażliwości (*hysterogenic zones*), szczególnie znajdujące się wzdłuż kolumny kręgowej. Należy zauważyć, że strefy przeculicy czy znieculicy i bólu stanowią nierzadko następstwo nierozważnego wypytывania pacjenta o odczucia w czasie badania klinicznego. **W zależności od swego interesu nierzadko pacjent ochoczo odpowiada badającemu, że właśnie boli lub nie, w zależności od niefortunnie sformułowanego pytania (szkody jatrogenne oczywiste!).** W przeciwieństwie do zaburzeń czy utraty czucia w przebiegu schorzeń organicznych, „znieczulenie” histeryczne nierzadko znika równie szybko jak występuje, i to już pod wpływem auto – czy heterosugestii!

Specyficzny objaw hysterii stanowią niedowłady czy nawet porażenia – częściowe, całkowite, spastyczne, wiotkie, połączone z przykurczami mięśni. Rozpoznać je nie jest trudno, gdyż nie stwierdza się zaniku mięśni, utraty odruchów oraz nie ma objawów degeneracji mięśni. Co się tyczy kończyn dolnych, to pacjenci rzekomo nie mogący chodzić, zazwyczaj potrafią się czołgać, pływać i biegać! Siłowe pokonywanie przykurczu stawowego przeważnie tylko ten przykurcz nasila. Naturalnie każdy długotrwały przykurcz zostaje utrwalony, ale przykurcz trwający krótko łatwo jest zlikwidować w znieczuleniu czy pod hipnozą! Jest rzeczą nieulegającą kwestii, że stwierdzenie histerycznego podłoża patologii w obrębie narządu ruchu jest dopuszczalne jedynie po uprzednim specjalistycznym zbadaniu pacjenta (badanie ortopedyczne z elementami badania neurologicznego) i wykluczeniu istnienia wszelkich możliwych przyczyn organicznych. Należy zaznaczyć, że **u histeryków skóra pozbawiona czucia, z towarzyszącym wazomotorycznym skurczem, nie**

boli i nie krwawi przy zranieniach – zjawiska wykorzystywane powszechnie przez fakirów i cyrkowców! Kończyny histeryków, dotknięte stanem *flexibilitas cerea*, mogą być dowolnie ustawiane i utrzymywane w pozycjach przymusowych, przez czas nieokreślony! Do utraty wszelkiego czucia (z wyjątkiem czucia rogówki) oraz utraty odruchów dochodzi w ciągu wielu dni, a nawet miesięcy!

Osobliwymi przypadłościami, występującymi w obrębie narządu ruchu u histeryków, są neurozy zawodowe (związane z wykonywanym zajęciem czy zawodem) – szczególnie obserwowane u muzyków przykurcze spastyczne i sztywność palców.

Problemy rozpoznawcze, przebieg i rokowanie w dysfunkcjach kręgosłupa pochodzenia neuropatycznego

W pierwszym rzędzie w grę wchodzi odróżnianie neuroz organicznych od neuroz o charakterze psychogenym, różnicowanie typów neuroz oraz neuroz granicznych, psychoz i wykrywanie symulacji. Warto zaznaczyć, że chwilowy brak objawów somatycznych choroby organicznej kręgosłupa nie uzasadnia rozpoznania neurozy. Dlatego, mając na względzie to, że w bólach kręgosłupa rozpoznanie opiera się w pierwszym rzędzie na obserwacji ewolucji procesu chorobowego, ważne jest, oprócz rzetelnego badania ortopedycznego z elementami badania neurologicznego, poddawanie pacjenta okresowym badaniom kontrolnym (sprawdziany kliniczne w stylu dawnych konsyliów – kiedy to omawia przypadek kilku specjalistów jednocześnie)*.

Nie wolno zapominać, że u neurotyka może dodatkowo dojść do narządowej choroby organicznej, której wstępne objawy nie mogą być interpretowane jako objawy psychogenne**!

Tylko regularnie powtarzane badanie może zabezpieczyć chorego i lekarza przed groźnymi pomyłkami diagnostycznymi oraz pomóc ustalić leczenie „dynamiczne”, czyli dostosowane do ewolucji objawów i fazy choroby.

Młody wiek, długotrwałość choroby i nawroty przemawiają za neurozą. Neurastenię też cechuje długa historia – początków neurastении należy doszukiwać się w okresie wczesnego dzieciństwa i wieku dorastania! W przypadku pacjentów po 40 roku życia, którzy uprzednio na nic się nie skarżyli, trzeba być ostrożnym z rozpoznaniem neurozy (raczej choroby somatyczne, nie wykluczając spraw nowotworowych, gruźlicy, stwardnienia tętnic mózgowych itp.), tym bardziej że coraz rzadziej napotyka się „czyste” zespoły chorobowe i wiele różnych zespołów jest w stanie uśpienia lub w stanie rozwoju.

* Już dawno stwierdzono, że konsultacja z jednym specjalistą nie przynosi tak oczekiwanego pożytku, jak zgromadzenie kilku konsultantów w jednym miejscu i o tej samej porze!

** Nie wolno też zapominać, że zaburzenia umysłowe mogą symulować różnorodne schorzenia układu nerwowego!

Osoba symulująca ból kręgosłupa celowo wywołuje objawy, których doznała uprzednio, lub które zaobserwowała u innych osób. Dlatego warto pamiętać, jak potężnym rozsądnikiem chorób są poczekalnie przychodni ortopedycznych, gdzie odbywa się prawdziwa giełda wiedzy o chorobach, lekach i lekarzach w aspekcie agravacji czy symulacji przeróżnych chorób ortopedycznych z chorobami kręgosłupa na czele!

Każdy symulant, najczęściej po pewnym okresie prób i błędów, opanowuje technikę imitowania objawów trudnych do szybkiej oceny, nie wyłączając bardzo teatralnej niemożności stania, chodzenia itp. (szczególnie spektakularne zachowania opanowują do perfekcji więźniowie!). Dlatego w wielu przypadkach obserwacja musi być długotrwała i prowadzona w miejscach, w których symulujący, sądząc, że nie są obserwowani mogą się „odkryć”!

Leczenie neurotycznych dysfunkcji kręgosłupa

Postępowanie z neurotykami skarżącymi się na ból kręgosłupa stanowi prawdziwy „krzyż ortopedii i neurologii”. Jakkolwiek niewiele jest do zrobienia, to jednak wielu można pomóc i umożliwić im prowadzenie pożytecznego trybu życia pod warunkiem ich uczciwego i inteligentnego traktowania i leczenia. Naturalnie we właściwie zdiagnozowanych przypadkach największy pożytek przynosi psychoanaliza, ale też wszelkie inne sposoby i metody terapeutyczne są uzasadnione i zasługują na szacunek, zważywszy że do psychoanalizy trzeba mieć specjalne warunki, o które trudno w przepełnionych zakładach publicznej służby zdrowia. Jak rzadko w której chorobie, tak w bólach kręgosłupa o podłożu neurotycznym leczący musi wykazywać duży zasób wiedzy ogólnej i fachowej, taktu, zręczności, uwagi i zrozumienia. Niestety, cechami takimi nie dysponują szeregowi lekarze; co się tyczy fizjoterapeutów i rehabilitantów, to z reguły psychoanaliza przekracza ich możliwości, tym bardziej że całość ich postępowania terapeutycznego zasadza się na działaniach typu mechanicznego – masaże, wyciągi, tzw. nastawiania, odblokowywania i uruchamiania, a wiadomo przecież, że „waleniem młotkiem nie sposób naprawić szwajcarskiego zegarka” (Gruca). Poza tym nazbyt wiele czynników etiologicznych znajduje się poza zasięgiem możliwości rozumienia fizjoterapeutów z racji nieznamośności patologii wielonarządowych organizmu.

Nie ma nic gorszego, jak przekonywanie pacjenta neurotycznego, że „nic mu nie jest”, gdyż doznawana przezeń dysfunkcja kręgosłupa psychogennej pochodzenia jest dla niego tak samo realna, jak ból organicznej natury. Poza tym wszelkie zaprzeczanie

oznacza pogwałcenie głównej zasady psychoterapii!

Po rzetelnym badaniu ortopedycznym z elementami badania neurologicznego, z jednoczesnym zebraniem wyczerpującego wywiadu psychiatrycznego, i co więcej, będąc absolutnie pewnym swego rozpoznania, dopiero można poinformować cierpiącego pacjenta o tym, że nie ma żadnych objawów choroby organicznej kręgosłupa. Jednocześnie należy go jednak zapewnić, że wszystko wskazuje na to, że wierzymy mu, że jest osobą cierpiącą! W tym miejscu należy wyjaśnić, że wszystko wskazuje na to, że u prądródła jego bólu leżą różnorodne przeżycia, przykrości psychicznej natury, wyczerpanie, zmartwienia, przeżywane obawy itp. Tego rodzaju rzeczowa rozmowa umożliwia pacjentowi „zachowanie twarzy”, zapewnia zaufanie i wiarę w lekarza, które stanowią potężny oręż w postępowaniu w neurozach. Wcale nie tak rzadko pacjent orientuje się wówczas, że w końcu natrafił na kogoś, kto poważnie traktuje jego skargi i rzetelnie zajmie się leczeniem. Już samo rzetelne badanie i szczerą, wyczerpującą rozmowę stanowią ważny środek psychoterapeutyczny, bez którego nie sposób rozpocząć pożytecznego, ale jednocześnie długotrwałego leczenia! Naturalnie całość leczenia musi się skupiać w tych przypadkach na indywidualnym problemie pacjenta, przy czym wszelkie współistniejące patologie muszą być natychmiast eliminowane – o ile to możliwe.

Żadne współczesne leki czy przeróżne działania fizjoterapeutyczne nie wpływają na dysfunkcje bólowe kręgosłupa psychogennej natury. Naturalnie nie ma przeciwwskazań do stosowania leków oraz korzystania z różnorodnych sposobów i metod leczenia fizjoterapeutycznego – masaże, hydroterapia, termoterapia, elektroterapia itp. Jeżeli ktoś zapomina, że wymienione wyżej działania oznaczają tylko działanie typu sugestii i nie zdaje sobie sprawy z naiwności swego myślenia, w rzeczywistości prezentuje „myślenie typu szarlatanerii” (Wechsler).

Podobnie zresztą rzecz ma się z łączeniem dysfunkcji z alergizacją powodowaną przez mniej czy bardziej nasilone zakażenia i stany zapalne organizmu. Wyrywanie bolesnych zębów, usuwanie zapalnie zmienionych migdałków czy innych ognisk zakażenia, jakkolwiek pożyteczne z punktu widzenia zdrowia organizmu nie wpływa na przebieg neurozy a nierzadko gorzej (!) – utwierdza neurotyka w jego cierpieniu i utrwała dolegliwości, które można by zlikwidować czy zmniejszyć sposobami psychoterapii. Także farmakoterapia ma ograniczone działanie i przynosi niewielki pożytek (naturalnie leki zwalczające bezsenność czy łagodzące dolegliwości narządowe są skądinąd wskazane). Bezwartościowe jest też leczenie uzdrowskowe, które jakkolwiek izoluje pacjenta od konfliktów

* Autor, będąc od wielu lat konsultantem jednego z więzień o wyjątkowo strasznej renomie w przeszłości, wielokrotnie miał możliwość badania i obserwacji pacjentów neurotycznych, potrafiących nawet latami imitować do perfekcji niektóre choroby i dysfunkcje ortopedyczne, nie zważając na ból i różne ograniczenia (np. niemożność chodzenia!)

w domu czy w pracy, to ich nie rozwiązuje – wraca on do punktu wyjścia po zakończeniu pobytu w sanatorium. Podobnie jest ze stosowaniem specjalnych diet, ćwiczeń, terapii sposobami Wschodu, leczenia oddechami i pozycjonowaniem ciała, akupunkturą, terapią zimnem, hydroterapią itp.

Największy skutek przynosi stosowanie sugestii, ale od razu należy stwierdzić, że sugestie „leczy objawy”, ale nie leczy neurozy jako takiej! Co się tyczy hipnozy, to wypada wspomnieć, że nie wszyscy są na nią podatni. Poza tym hipnoza nie rozwiązuje wewnętrznych konfliktów pacjenta, tylko jeden typ neurozy zastępuje drugim (zazwyczaj)! Naturalnie, wszystkie rodzaje działania sugestią mają zastosowanie w przypadkach niepodatnych na terapie innymi sposobami. Nie należy wówczas zapominać, że uzyskanie pożytku terapeutycznego uzależnione jest całkowicie od pełnej wiary pacjenta w lekarza i stosowane przezeń leczenie.

Chociaż od kilkudziesięciu lat główną pozycję na liście leczenia neuroz zajmuje psychoanaliza, to jednak nie wszystkie postacie psychoz są na nią podatne. Najtrudniej leczeniu poddają się hipochondrie, które właściwie na nic nie reagują, zaś największe sukcesy odnosi się na polu leczenia neuroz z przeniesienia, hysterii obawowej, hysterii konwersyjnej i neuroz kompulsacyjnych.

Niewielu zdaje sobie sprawę z tego, że osoby leczące dysfunkcje kręgosłupa psychoanalizą muszą być doskonale wykształcone i przygotowane – ortopedzi i neurologi wszechstronnie wykształceni, z dużym doświadczeniem w leczeniu bólu kręgosłupa sposobami opartymi na systemie EBM. **Wiele szkody przynoszą metodzie przeróżni pseudopsychanaliticy i psychoanaliticy samozwańcy, praktykujący zresztą na obrzeżach medycyny pod przeróżnymi nazwami. Psychoanalizy nie można nauczyć się z książek ani na kursach, seminariach czy konferencjach, obecnie tak modnych w dokształcaniu.** Konieczna jest dogłębna znajomość psychiatrii i doświadczenie w zakresie psychologii. Obowiązują solidne zasady moralne i etyczne, pożądana jest silna osobowość.

Określone warunki musi też spełniać poddawany psychoanalizie pacjent. Po pierwsze, musi on zdawać sobie sprawę z tego, że jest chory i trwająca dysfunkcja całkowicie usprawiedliwia podjęcie leczenia. Ponadto, pacjent musi osiągnąć pewien poziom edukacji i wykazać się odpowiednim stopniem inteligencji. Nie może to być też osoba wiekowa oraz o nazbyt autorytatywnych i niepodlegających zmianom poglądach. Pacjent powinien również zdawać sobie sprawę z tego, że leczenie będzie długotrwałe (zazwyczaj ponad rok), zaś seanse będą się odbywać codziennie przez 5 dni w tygodniu, co wymaga czasu i pieniędzy. Dopiero pacjent wyczerpująco poinformowany o wszystkich tych warunkach i decydujący się na poddanie psychoanalizie, kwalifikuje się do metody.

Po rzetelnym i wyczerpującym poinformowaniu kandydata o tym, czym jest psychoanaliza, należy także mu wyjaśnić, czym psychoanaliza nie jest. A więc, **wbrew powszechnemu przekonaniu, psychoanaliza nie jest „rozmową” z pacjentem, wyjaśnianiem świata, nauką o zdrowiu i chorobie, modlitwą ani moralizatorstwem. Nie oznacza też jakiegos psychologizowania, wyjaśniania znaczenia symboli w staroświecki sposób, oszalamiania pacjenta psychoanalityczną terminologią, czy też dywagacjami o prześladowających go kompleksach.** Psychoanaliza oznacza działania, w których pacjent dokonuje analizy samego siebie. Psychoanalityk jedynie wysłuchuje pacjenta, interpretuje znaczenie wypowiedzianych słów, od czasu do czasu zwraca uwagę na niezgodność czy bezsensowność wypowiedzi i zachowań oraz pozwala pacjentowi na swobodne dokonywanie syntez, czyli odreagowanie – innymi słowy na wydobywanie na powierzchnię i wyrzucanie z siebie emocjonalnych brzmień wbudowanych w bolesne przeżycia. Psychoanalityk nie narzuca pacjentowi co ma mówić, czy nie mówić, i nie ogranicza zakazami i nakazami, z wyjątkiem ogólnych zasad; także nie fraternizuje się z pacjentem i nie manifestuje przesadnego zainteresowania jego wyleczeniem (obietnice!). Pacjent ma po prostu mówić to, co mu ślina na język przyniesie, gdyż nic nie jest złe czy dobre, niemoralne czy nieważne, i nie ma trzymać się na wodzy, jak też zastanawiać się, co powiedzieć, a co nie.

Początkowo pacjent musi zwalczyć swe opory wewnętrzne, przeto napotyka trudności, wstydzi się, jest onieśmielony. W miarę upływu czasu przełamuje wszelkie opory i bez żadnych zahamowań wyrzuca z siebie nagromadzone przeżycia emocjonalne (*positive transference*). Dzięki temu uwalnia się z krępujących go więzów, zostają usunięte zapory uniemożliwiające mu przebywanie w realnym świecie i ufnie zaczyna polegać na własnych siłach. Pozbycie się neurozy umożliwia powrót do normalnego świata; jest się przygotowanym na świadome stawianie czoła napotykanym przeciwnościom. **W odniesieniu do pacjenta dotkniętego dysfunkcją kręgosłupa o neurogenicznym podłożu, oznacza to powrót do życia rodzinnego, społecznego i zazwyczaj kontynuację życia zawodowego w granicach wyznaczanych przez obciążenia fizyczne wyuczonego i wykonywanego uprzednio zawodu.**

Kineziofobia

Kineziofobia stanowi mało znaną jednostkę chorobową, mimo że na jej istnienie wskazał Kori już przed laty! Kineziofobia oznacza przesadny, irracjonalny i szkodliwy strach przed ruchami i ćwiczeniami ciała i kręgosłupa (szczególnie progresywnymi ćwiczeniami). Strach zawsze potęguje zachowania, a następnie nawyki wystrzegania się jakichkolwiek ruchów ciała,

co powiększa czynnościową niesprawność w przewlekłym bólu kręgosłupa. **Wszelkie katastrofizowanie, prowadzące do ograniczenia i wstrzymywania się od aktywności fizycznej, pociąga za sobą zawsze następstwa fizyczne, psychologiczne i natury społecznej.** Postępujące dekonieczowanie pacjenta obniża jego wydolność aerobową (szkodliwe następstwa dla układu krążenia), powoduje zaniki masy mięśniowej, osłabienie i nieprawidłową postawę ciała (postawa typu zmęczenia), rozkojarzenie potrzebnej harmonii mięśniowej, demineralizację kości, przykurcze stawowe, osłabienie tzw. gęstych tkanek włóknistych narządu ruchu (więzadła, ścięgna, łokotki, krążki międzykręgowe itp.), łatwą męczliwość i stany depresyjne.

Każdy pacjent może zostać uwikłany w serię zmian emocjonalnych lub kognitywnych, prowadzących do przewlekłego bólu. Jakkolwiek w bólu ostrym nocyciepcja wiąże się ze znajdującą się u jej podłoża określoną patologią, to jednak pacjent doświadczający niegroźnej patologii w obrębie narządu ruchu, któremu nie wytłumaczono pewnych spraw, mimo wyleczenia patologii pierwotnej, będącej sprawcą bólu będzie się utwierdzać w zgubnym przeświadczeniu o nieuchronności uszkodzenia kręgosłupa.

Przekonanie, że wszelki ból oznacza uszkodzenie czy niszczenie tkanek odstręcza takich pacjentów od jakiejkolwiek aktywności fizycznej (w tym potrzebnej każdemu tzw. aktywności dnia codziennego), które wywołuje tylko zwykły dyskomfort, jakże często mylony z bólem dekonieczowania, i powstaje błędne koło nawzajem napędzających się szkodliwych następstw i zmian wstecznych w obrębie narządu ruchu. To w wyniku tego procesu dochodzi z czasem, przy braku rzetelnego leczenia, do całkowitego uzależnienia pacjenta od otoczenia, z racji niemożności wykonywania nawet zwykłych codziennych czynności samoobsługi ciała z powodu strachu, zaników mięśni oraz bolesnych przykurczów stawowych.

Pacjenci przestraszeni leczeniem sposobami biernymi (zazwyczaj jest to tylko pseudoleczenie) i pozostawieni samym sobie (brak zachęcenia do aktywności fizycznej) są zawsze najbardziej zagrożeni utrwaleniem się przewlekłej dysfunkcji, gdyż rezygnują z pracy, eliminują się z życia towarzyskiego i życia rodzinnego, w wyniku czego zostają na stałe oznaczeni piętnem nieuleczalnie chorych (zmiany osobowości!).

Należy wyraźnie zaznaczyć, że wielu tzw. nastawia-czy kręgosłupa jest zainteresowanych jak najdłuższym „leczeniem”, a nie zdrowiem pacjenta – podstawowa różnica interesów w biomechanicznym leczeniu!

Należy dodać, że ostatnio przybyło dowodów małej skuteczności leczenia bólów kręgosłupa fizjoterapią. Co więcej, w miarę upływu czasu uzyskiwano coraz więcej dowodów na to, że zabiegi kręgarskie, stanowiące nic innego, jak współczesną pochodną średniowiecznych praktyk znachorskich, powodują

szkody jatrogenne, a tym samym lawinowe zwiększanie liczby chorych na ból kręgosłupa (czemu sprytnie przeciwstawiają poglądy o jakoby nieuchronności bólów kręgosłupa!).

Przekonanie, że leczenie bólów kręgosłupa w oparciu o model biomechaniczny nie przynosi spodziewanych korzyści, narastało już od dawna. Jakby tego było mało, każde „leczenie” w wykonaniu samouwolnionych od nadzoru specjalistycznego fizjoterapeutów przynosi więcej krzywdy niż pożytku (szkody jatrogenne). W chwili obecnej wystarczająco udowodniono, że bierne i mechaniczne sposoby leczenia dysfunkcji kręgosłupa – zazwyczaj pochodne zwykłego kręgarstwa i znachorstwa z domieszką szarlatanerii – są bezsensowne.

Zwolennicy tych sposobów leczenia wolą zataić, że tzw. pozytywnie wyniki terapii ograniczone są do chorych z urojenia, pseudochorych (*litigation syndrome!*) oraz osób nie zrównoważonych emocjonalnie!

W przypadku pacjentów z rzeczywistymi bólami kręgosłupa terapeutyczne podejście biomechaniczne okazuje się z reguły niewłaściwe i niewystarczające z racji tego, że skupia się głównie na patologii struktury i morfologii składowych kręgosłupa. Stąd wprowadzenie metody Wadella, zasadzającej się na modelu biopsychosocjalnym, zgodnie z którym źródłem każdej dysfunkcji w różnej mierze są zmiany organiczne, jak też czynniki natury biologicznej, socjologicznej i psychosocjalnej. Każdy ból i niesprawność stanowią następstwo działania wymienionych, przeplatających się składowych; zaburzenie jednej, wpływa na drugą, i odwrotnie. Wadellowi zawdzięczamy nowe podejście w terapii dysfunkcji krzyża.

Celem leczenia musi być zawsze polepszenie sprawności i wydolności fizycznej przy jednoczesnym zmniejszaniu i likwidowaniu zachowań bólowych – katastrofizowania i strachu przed potencjalnie bolesnym ruchem. Dopiero takie postępowanie pozwala na przekształcanie pacjenta z chowającego się za zasłonę strachu przed bólem, na konfrontującego strach z ewentualnym bólem.

Metoda Wadella może zmniejszyć katastrofizowanie bólu i strach, polepszyć funkcję i wydolność kręgosłupa, i co ważne, subiektywną ocenę postępów terapii. Ocena funkcji jest szersza, obejmuje nie tylko stan fizyczny, ale także samopoczucie.

Wyleczenie (lepiej zalecenie), to określenie mało precyzyjne w bólach kręgosłupa. Określenie „czuć się lepiej” jest wieloznaczne, gdyż może obejmować zmiany na lepsze odnośnie do zaawansowania choroby oraz zdolność dostosowania do życia codziennego, mimo ograniczeń spowodowanych chorobą, czy też akceptację istniejącego stanu.

Wpływ na to ma kilka czynników – między innymi uzasadnienie istnienia dysfunkcji w oczach otoczenia, czy poglądy pacjenta na zdrowie i chorobę.

Powiedzenie, że „należy nie dać możliwości choroby oraz czasu choremu na przejście dysfunkcji ostrej w zespół bólu przewlekłego” ma w bólach kręgosłupa zastosowanie szczególne!

Należy czynić wszystko, by nie dopuścić do wytworzenia się „osobowości bólu”, a można to osiągnąć tylko sposobem wczesnego wykrywania i likwidowania niewłaściwych postaw i przekonań, do których zazwyczaj dochodzi z powodu komunikowania się z niewłaściwymi osobami (np. neurastenicy), czy poddawania się leczeniu przez osoby niepowołane, mające jedynie na uwadze jak najdłuższe czerpanie korzyści majątkowych! W grę wchodzi także przekonywanie pacjenta do prób poddania się terapii opartej o *Evidence Based Medicine* – po uprzednim wyjaśnieniu, że leczenie będzie długotrwałe, połączone z pewnymi niewygodami czy dyskomfortem, zaś dodatni wynik leczenia nie pojawi się natychmiast, czy zbyt szybko!

Wczesne wykrywanie kineziofobii

Kineziofobia zapowiada zawsze trudny do opanowania zespół przewlekłej dysfunkcji kręgosłupa, stąd tak ważne jej wczesne wykrywanie w myśl zasady „Nie daj czasu choremu ani chorobie na przejście bólu ostrego w ból przewlekły”. Wstępem do wszystkiego jest zdobycie pełnego zaufania pacjenta, gdyż tylko to umożliwia wczesne wykrywanie trapiących go obaw przed czymś nieznanym, leżącym u podstaw strachu przed uszkodzeniami w obrębie kręgosłupa, przed wszelkim ruchem, trwałym okaleczeniem oraz utratą pozycji zawodowej i społecznej (w tym pozycji we własnej rodzinie, np. głowa domu, jedyny żywiciel itp.). Pomocne w tym celu są ankiety w rodzaju *Pain Anxiety Symptoms Scale*, *the Tampa Scale for Kinesiophobia* czy *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*. Równie ważne w wykrywaniu zespołów strachu są obserwacje czynione przez fizjoterapeutów – przydatność obserwacji jest proporcjonalna do posiadanej wiedzy z zakresu biopsychologii. **Naturalnie nadrzędnym celem musi być dobro chorego! Należy w tym miejscu zaznaczyć, że w relacji „leczony: leczący” stosowana terapia ma głównie przynosić pożytek leczonemu, a nie odwrotnie! Coraz więcej szkód jatrogennych wynika z tego, że niezauważalnie w dzisiejszych czasach medycyna stała się biznesem!** Nadmiar niepotrzebnych badań i konsultacji, zbędne stosowanie lub przedłużanie różnych form leczenia (najczęściej pseudoleczenie!), to przyczyna szkód jatrogennych, stanowiących w pewnych chorobach – a do takich należy zaliczyć przewlekłe dysfunkcje kręgosłupa – główne źródło tzw. chorób cywilizacyjnych. W przypadku pacjentów leczonych biernie, takie leczenie dominuje w fizjoterapii – masaż,

manipulacje, mobilizacje i inne rękoczynny kręgarskie czy tzw. pozycjonowanie ciała (PNF, metoda McKenziego itp.), kineziofobię można skutecznie zwalczać tylko kierunkowymi ćwiczeniami i aktywnością ruchową, po uprzednim specjalistycznym przygotowaniu psychologicznym i farmakologicznym!*

Jakże niewielu zdaje sobie sprawę z tego**, że dopiero czynne zaangażowanie pacjenta w terapię dysfunkcji kręgosłupa umożliwia przerwanie zakłętego kręgu strachu przed bólem, niesprawnością czy kalectwem.

W przypadku pacjentów, którzy nigdy nie zaznali dobrodziejstw leczenia czynnego, kineziofobię można z powodzeniem zwalczać samymi ćwiczeniami. Po stwierdzeniu, że ćwiczenia przynoszą pożytek, pacjent stopniowo pozbywa się lęku przed ruchem i coraz bardziej aktywnie uczestniczy w leczeniu. Gwoli sprawiedliwości należy zaznaczyć, że do chwili obecnej nie wiadomo dokładnie, dlaczego pewne ćwiczenia mają wyższość nad innymi, ale jest rzeczą oczywistą, że powinny one uwzględniać tak wzmacnianie mięśni osłabionych, jak i rozciąganie przykurczonych. Ćwiczenia należy wykonywać ze stopniowo narastającymi obciążeniami, początkowo 3 razy tygodniowo przez około 6 tygodni lub codziennie przez 4 tygodnie; czas ćwiczeń powinien wynosić 1,5-2 godziny. Naturalnie ćwiczenia należy wykonywać regularnie, z należytą intensywnością i prawidłową techniką (tutaj ważna rola fizjoterapeuty!). Po zakończeniu programu ćwiczeń nadzorowanych pacjent kontynuuje ćwiczenia samodzielnie w domu, uwzględniając je w rozkładzie zajęć dnia codziennego, w zależności od potrzeb i możliwości (nie mogą być zbyt długie i monotonne).

Chociaż leczenie fizyczne i psychologiczne nierzadko można stosować naprzemiennie, to najlepsze wyniki przynosi ich łączenie celem wzajemnego wzmacniania (zmniejszenie strachu umożliwia kontynuowanie czy wzmacnianie ruchu, zaś intensyfikowanie aktywności fizycznej znosi lęk i wzmacnia wiarę w wyleczenie).

Leczenie łączące ruch z postępowaniem kognitywno-behawioralnym należy podejmować jak najwcześniej, jak tylko umożliwia to ewolucja choroby czy np. zdrowienie po zabiegu chirurgicznym, po identyfikacji czynników ryzyka (składowe psychologiczne, behawioralne, socjalne i ekonomiczne).

Wszelkie czynniki ryzyka – zarówno natury ortopedycznej, neurologicznej, jak psychologicznej i kognitywno-behawioralnej – powinny być dobrze znane fizjoterapeutom, podejmującym się nadzorowania aktywności ruchowej pacjenta i ćwiczeń leczniczych, by na czas skontaktować pacjenta z właściwymi specjalistami. Oczywiście, wszelkie leczenie ruchem musi być uzgodnione z lekarzem

* Do czego potrzebna jest specjalistyczna wiedza medyczna, psychologiczna i znajomość podstaw filozofii, których, niestety, fizjoterapeutom narządu ruchu bardzo brakuje!

** Większość nie chce, bo to im nie na rękę!

prowadzącym i uzyskać jego akceptację. Wystąpienie jakichkolwiek niepokojących objawów fizycznych, i psychicznych wymaga natychmiastowego powiadomienia lekarza prowadzącego, celem wykonania badania kontrolnego i podjęcia stosownych działań.

Właściwie to całe leczenie fizjoterapeutyczne w bólach kręgosłupa w Polsce zasadza się bezkrytycznie na mechanicznych podstawach łagodzenia bólu. Naturalnie jest to tylko leczenie objawowe, gdyż **żadne manipulacje, mobilizacje i inne sposoby kręgarstwa nie są w stanie niczego „nastawiać” z powodu nieodwracalnego zniszczenia jednostki ruchowej Junghansa, wskutek braku zdolności regeneracyjnych uszkodzonego chorobą (zwyrodnienie) czy urazem krążka międzykręgowego! Z momentem przymusowego przeniesienia grawitacji na stawy międzywzrostkowe (stawy maziówkowe, całkowicie nieprzygotowane rozwojowo do dźwigania ciężaru ciała) możliwe jest jedynie czasowe ich odblokowywanie, gdyż o żadnym „nastawianiu” nie ma mowy z racji wypadnięcia funkcji centralnego stawu międzytrzonowego (krążek)!**

Przewlekłe bóle kręgosłupa

Chociaż dysfunkcje kręgosłupa są w chwili obecnej dolegliwością bardzo rozpowszechnioną, to jednak **nieprawdą jest – jak twierdzą niektórzy – że mamy do czynienia z prawdziwą „epidemią bólów kręgosłupa”**. Do powstawania i ugruntowania się tego błędnego i wysoce szkodliwego społecznie poglądu przyczyniły się: z jednej strony – narastająca fala osób „uciekających w chorobę” z im tylko znanych powodów (najczęściej wstręt do pracy!) i systemy socjalne, zapewniające ochronę chorym i rzekomo chorym, zaś z drugiej – wielotysięczne armie paramedyków, przeróżnych spryciarzy i zwykłych naciągaczy pozorujących leczenie, czy oferujących sposoby prawie cudownych wyzdrowień (naturalnie opartych nawet na komicznej szarlatanerii).

Brak specjalistycznego nadzoru (Ministerstwo Zdrowia, izby lekarskie, specjaliści krajowi z zakresu ortopedii, neurologii, neurochirurgii, rehabilitacji, fizykoterapii) powoduje, że każdy człowiek „z ulicy” może zarejestrować tzw. działalność gospodarczą i bezkarnie udawać, że leczy pacjentów z dysfunkcjami kręgosłupa. Jeżeli dołączyć do tego równie rozpowszechnioną, co bezsensowną polipragmazję fizjoterapeutyczną, narastanie „epidemii” dysfunkcji kręgosłupa jest murowane, gdyż wszystko to nie leczy, lecz produkuje chorych i pseudochorych.

Najczęstszym objawem dysfunkcji kręgosłupa jest dyskomfort, czy tzw. ból mięśniowy. Jest to objaw całkowicie subiektywny, zupełnie niegroźny i ustępujący pod wpływem zwykłego odpoczynku, bez potrzeby specjalistycznej farmakoterapii. Pożyteczne działanie przynosi krótki wypoczynek, czy też

naprzemienne stosowanie *hot-cold packs* i lekkiego masażu. Pikanterii dodaje fakt, że niektórzy klasycy dysfunkcji kręgosłupa twierdzą, że **„ze wszystkiego, co można zrobić najlepiej, jest nie robić nic” (!)**, w czym nie ma przesady, zważywszy jak wiele szkód jatrogennych przynosi nadmiar leczenia, czy zbyteczne leczenie. W pewnym sensie współczesne dysfunkcje kręgosłupa są XIX wieczną migreną, „która zesłała w dół”. Jakby tego było mało, trzeba zaznaczyć, że istnieje wiele miejsc na kuli ziemskiej, w których dysfunkcje kręgosłupa nie występują, a to między innymi dlatego, że obowiązujące tam systemy socjalno-zdrowotne powodują, że na chorobie tej nie da się zarabiać! **Jest rzeczą oczywistą, że źródła i przebieg pewnych „chorób” uzależnione są wyłącznie od jednoczesnego współistnienia leczonych i leczących, gdyż te dwie grupy – zainteresowane w chorowaniu i w „leczeniu”, stwarzają pewnego rodzaju perpetum mobile!**

Odrębność i specyfika bólu przewlekłego

Mechanoreceptory, które występują obficie w obrębie krążków, stawów międzykręgowych, opon, w warstwach głębokich mięśni grzbietu, naczyniach krwionośnych, ścięgnach, torebkach stawowych i więzadłach, w przypadku pojawienia się nawet bezbakteryjnego procesu zapalnego (mechaniczne drażnienie) zaczynają działać jako nocycceptory. Należy dodać, że po pewnym okresie niedotlenienia, spowodowanego uciskiem czy rozciągnięciem nerwu, zmienia się spektrum nerwów obwodowych, w wyniku czego dochodzi do wytwarzania stałego bólu, nawet po ustąpieniu patologii wywołującej. To, między innymi, odpowiedzialne jest za tzw. bóle idiopatyczne, w których żadnymi badaniami nie można wykryć przyczyny dysfunkcji kręgosłupa.

Ból każdy odczuwa subiektywnie i ani lekarz, ani też żadna inna osoba z otoczenia pacjenta nie może w całej rozciągłości potwierdzić go ani zanegować. Stąd trudności, jakie napotyka lekarz, podejmujący się leczenia pacjenta z przewlekłą dysfunkcją kręgosłupa. Trudności potęgują się, gdy pacjent domaga się coraz to większych dawek opiatów, zwolnień chorobowych czy zaświadczeń, celem uzyskania zwolnienia z pracy, z wojska, odszkodowań itp. świadczeń (nierzadko zupełnie nieuzasadnionych!). Jedyne, co wówczas lekarz może uczynić, to zaufać swemu doświadczeniu – pacjent, informujący o bólu i dysfunkcji musi podczas badania wykazywać przyspieszone tętno i oddechy, wzmożoną reakcję układu вегетatywnego (skóra), mieć zaniki określonych grup mięśniowych i wiele innych zupełnie czytelnych objawów!

Nawet po otrzymaniu odpowiedzi na pytania o samą istotę dysfunkcji, pozostaje do ustalenia rodzaj najbardziej właściwego leczenia – farmakoterapia, fizykoterapia, psychoterapia i inne. **Mimo postępów**

medycyny, nadal jeszcze nie ustalono najbardziej przydatnych schematów leczenia dysfunkcji kręgosłupa, przeto musi być ono indywidualizowane i bezustannie monitorowane. Dopiero obserwacja ewolucji dysfunkcji (obserwacja tzw. sinusoidy objawowej) umożliwia w miarę skuteczne dobieranie poszczególnych elementów leczenia, które zawsze musi być wielospecjalistyczne! W niektórych przypadkach, mimo wykrycia wszelkich obiektywnych i subiektywnych przyczyn dysfunkcji, ból nadal trwa i nie wiadomo, co czynić!

Ból przewlekły stanowi unikalny zespół chorobowy, w którym z reguły bezpośrednie łagodzenie bólu jest najbardziej pożytecznym działaniem (a nie bezproduktywne szukanie przyczyny bólu, co z zasady, równoległe z leczeniem, jest konieczne w bólu ostrym. Dzieje się tak dlatego, że z powodu sensytyzacji w obrębie obwodowego, a niekiedy nawet centralnego układu nerwowego, ból w fazie przewlekłej staje się zespołem autonomicznym, który zazwyczaj traci związek z chorobą czy urazem go wywołującym!

Niemożliwość zdefiniowania przyczyn bólu wcale nie wynika z patrzenia nie w to miejsce co trzeba, ale z obserwacji w złym czasie. Proces bólu przewlekłego jest po prostu czymś zmiennym (żywym) i ma przebieg sinusoidy objawowej (tak poszczególne objawy, jak i ich natężenie). Niejednokrotnie nawet możemy „wstrzelić się” z badaniami we właściwy narząd czy odcinek ciała, które pierwotnie były miejscem powstania patologii (uraz, choroba, zapalenie itp.), jednakże w momencie naszego badania narządy te utraciły tzw. pożytek diagnostyczny, gdyż ból się usamodzielniał! Jeżeli chodzi o sam proces sensytyzacji, to nie należy starać się za wszelką cenę odnaleźć „generatora bólu”, gdyż to niczego nie zmieni, a co gorsza – może przynieść więcej szkody niż pożytku. Poza tym naczelną cechą przewlekłego zespołu bólowego jest to, że ma on kilka lub więcej przyczyn!

Typologia bólu przewlekłego

Istnieje co najmniej kilka klasyfikacji bólu, w zależności od leżącej u jego podłoża pierwotnej czy wtórnej patologii. Powoduje to, że lejący muszą decydować co przyczynia się do niewielkich polepszeń, do których z czasem dochodzi przecież bez żadnego leczenia, a nawet wbrew leczeniu bezwartościowemu (leczenie metodami magii i szarlatanerii, czy pseudoleczenie (Nordin).

Sprawa nie jest prosta w sytuacjach tzw. bólów idiopatycznych, w których mimo usilnych starań, nie sposób odnaleźć przyczyny bólu i, co gorzej, zawodzi łagodzenie bólu lekami zarówno pierwszego, jak i drugiego szeregu. W tych sytuacjach tak u leczonego, jak i u leżącego powstaje zamiar skorzystania z metod leczenia niekonwencjonalnego, czyli sposobów opartych na działaniu na sferę psychiki bez żadnej

rzetelnej podstawy naukowej (metody nie mające nic wspólnego z *Evidence Based Medicine*).

Pokusy takie, którym ulegają leżący i lejący, mają jedynie luźne związki z zasadą Platona, który twierdził, że niedobrze jest, jeśli istnieją „oddzielni lekarze dla ciała i duszy, gdyż te sprawy są nierozdzielne i winny być traktowane łącznie”.

Ponieważ bólem objawia się większość chorób, uszkodzeń i patologii narządu ruchu, przeto nic dziwnego, że ortopedę kształci się w wynajdywaniu i eliminowaniu przyczyn bólu i dysfunkcji (tzw. biologiczne podstawy dysfunkcji), w przekonaniu, że ból ustąpi automatycznie. Myślenie to jest obecnie coraz częściej kwestionowane, gdyż istnieje wiele sytuacji, w których wskazane jest ograniczenie się tylko do łagodzenia bólu, a nie wyszukiwanie jego hipotetycznego źródła, z racji upływu czasu i przekształcania się bólu ostrego w ból przewlekły, który stanowi samodzielną jednostkę chorobową, rządzącą się specjalnymi prawami.

Ból nocycyptywny typowy jest dla ostrych uszkodzeń ciała, w których dochodzi do uaktywnienia aferentnych zakończeń czuciowych, sygnalizujących uszkodzenie tkanek.

Ból przewlekły, czyli ból wtórny na tle zaburzenia czynności nerwów obwodowych, może mieć różne formy, np. ból neuropatyczny (uszkodzenie nerwów obwodowych) objawia się bólem w obszarze tkankowym, zaopatrywanym przez dany nerw. Ból wychodzi z samego nerwu i nie można go utożsamiać z częścią ciała przez niego unerwianą, która jest bolesna – np. ból na obwodzie kończyny dolnej przy ucisku jednego z korzeni nerwów rdzeniowych (ból z przeniesienia).

Do bólu wywołanego sensytyzacją nerwu obwodowego dochodzi wówczas, gdy nerw obwodowy wykazuje nadaktywność pourazową, mimo braku widocznych cech uszkodzenia.

Ból wywołany zmianami działania centralnego układu nerwowego, oznacza ból wtórny do uszkodzenia CNS – tzw. *syndrom thalamicus*, np. po udarze czy w guzie mózgu (ból poniżej miejsca uszkodzenia). Ból z powodu pourazowej sensytyzacji CNS pojawia się także, gdyż organizm reaguje nadmiernie na nowe bodźce poprzednio uszkodzonego miejsca, nawet gdy stymulacja jest nieszkodliwa.

W bólu wtórnym lub pod wpływem czynników natury psychologicznej odgrywają rolę czynniki, jak np. antycypacja bólu, którą można potwierdzić testami obawy. Ból mogą przywołać też określone życzenia pacjenta – np. chęć uzyskania korzystnych dlań zachowań ze strony otoczenia.

Zasady postępowania w bólu przewlekłym

U podłoża większości bólów przewlekłych leży więcej niż jeden czynnik, ale który z nich odgrywa z czasem rolę dominującą – tego nie wiadomo, a to utrudnia postępowanie diagnostyczne (inne wyzna-

czają zaburzenia nocycepcji, a inne sensytyzację CNS). Jednocześnie dochodzi kwestia wyboru optymalnej farmakoterapii. Jest to niełatwe, gdyż inne środki wpływają na ból nocyceptyczny – np. NLPZ, a inne na ból typu neuropatycznego – trzycykliczne antydepresanty i leki przeciwdrgawkowe.

Jakby tego było mało, istnieją trudności z klasyfikowaniem określonych bólów, mianowicie ból mięśniowo-powięziowy może być pochodzenia nocyceptycznego, oparty na „*energy crisis*” wg modelu Simondsa, lub występować jako hiperalgezia, odzwierciedlająca sensytyzację CNS.

Ból przewlekły często nie ma związku z destrukcją tkanek, której lekarz szuka u pacjenta z bólem. W rzeczywistości tylko ból nocyceptyczny ma bezpośrednie odniesienie do uszkodzenia tkanek w miejscu występowania (gdzie trzeba się go spodziewać).

W przewlekłych bólach kręgosłupa uszkodzenie tkanek zazwyczaj jest oddalone od miejsca, w którym ból jest odczuwany, czy to w przestrzeni – np. ból korzeniowy, czy w czasie – ból wynikający z sensytyzacji układu obwodowego, czy centralnego układu nerwowego.

Nawet gdy istnieje oczywista przyczyna bólu, to z momentem przejścia bólu ostrego w ból przewlekły wkraczają czynniki natury psychologicznej i to one decydują o wpływie, jaki ból wywiera na zachowania i funkcjonowanie pacjenta. Z tych to względów, aby osiągnąć sukces terapeutyczny, konieczne jest uruchamianie działań ochronnych typu „*Pain coping strategies*” (wpływanie na wyobrażenia, poglądy, czy obawy, aby polepszyć funkcjonowanie pacjenta w środowisku mimo istniejącego bólu – nauka życia z bólem). To właśnie decyduje o pożytku i sukcesie leczenia.

Ważne znaczenie ma postrzeganie bólu. Pacjent zgłasza się do lekarza, by ten uwolnił go od bólu, dzięki wykryciu przyczyny biologicznej. Sprawa jest o tyle niełatwa, że lekarz ma ocenić ból i jego wpływ na danego pacjenta. Poza tym pozostają do rozważenia pytania: czy wdrażać rozległe badania celem odszukania przyczyn bólu? Czy jest to sprawa pilna? Czy pacjent czasem nie wyolbrzymia swych dolegliwości, a jeśli tak, to w jakim celu – uzyskania leków, zwolnień z pracy czy renty, wywarcia wpływu na rodzinę i otoczenie? Czy po prostu nie symuluje choroby? W jakim stopniu dysfunkcja bólowa ogranicza go w pracy, życiu rodzinnym itp.?

Dużo zamieszania wprowadza tzw. medycyna alternatywna – obejmująca dziesiątki sposobów pseudoleczenia, gdyż bardzo wielu pacjentów szuka pomocy u przeróżnych uzdrowicieli i zwykłych szarlatanów oraz paramedyków, a nawet lekarzy pozorujących leczenie. Wynika to najczęściej z chęci wyleczenia najmniejszym kosztem – bez badań, bez farmakologii czy kinezyterapii, gdyż **leczenie**

konwencjonalne, oparte na dowodach naukowych, zawsze związane jest z jakimiś niewygodami, ograniczeniami, rygorami i uciążliwościami. Dlatego osoby dotknięte dysfunkcjami kręgosłupa tak chętnie szukają leczenia biernego i gotowe są wydawać znaczne pieniądze, by leczenie było szybkie i przyjemne – egzotyczne masaże, bioprądy, oziębiania, przegrzewania, akupunktura, kręgarstwo (opatrywane dla niepoznaki pseudouczonymi terminami w rodzaju: manipulacji i mobilizacji), naturoterapia, medycyna holistyczna, leczenie kamieniami, piciem moczu, kolorami itp. itp. – i by można było wrócić do ulubionych zajęć – np. gra w tenisa, aerobik itp. – co przecież zupełnie nie wchodzi w grę w przypadku kręgosłupa objętego spondyloartrozą, nie mówiąc o innych patologiach wewnątrz – czy przykręgosłupowych! **Komiczne jest, że przedstawiciele oryginalnych i „jedynie skutecznych” metod leczenia posługują się jedną metodą terapeutyczną (terapię „wytrychy”).** Akupunkturzyści – nakłuwają meridiany lub „prostują” przebieg energii Yin i Yan, bioprądownicy – „doładowują” brakującą energię, kręgarze – „nastawiają” zwichnięte stawy i narządy, czyli manipulują i mobilizują celem „odblokowywania” ścieżek właściwych przepływów życiodajnych energii itp. **Jest rzeczą charakterystyczną, że wszyscy wymienieni, przedstawiciele „jedynych, gwarantowanych metod uzdrawiania”, nigdy nie leczą swymi metodami własnych rodzin i bliskich, lecz przyprowadzają ich do zwykłych i pozbawionych uzdrowicielskiej aureoli ortopedów, internistów, neurologów, okulistów itp.!**

Miary nieszczęścia dopełnia to, że wszelkiego autoramentu uzdrowiciele skutecznie podważają zaufanie społeczeństwa do rzetelnie leczącej medycyny konwencjonalnej, w wyniku czego wpędzają chorych w nieuleczalne choroby przewlekłe czy inwalidztwo. **Zdarzające się niekiedy poprawy, to w rzeczywistości samoistne polepszanie stanu zdrowia, gdyż efekt pseudoleczenia jest zawsze niekorzystny lub nawet tragiczny dla pacjenta – co tak często ma miejsce w onkologii, neurologii i ortopedii.**

W przypadku przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa lekarz, podejmujący się leczenia, musi zazwyczaj odpowiedzieć na następujące pytania: – Czy rozwinąć szeroko zakrojone dochodzenie (badania dodatkowe, obrazowe, konsultacje itp.) celem ujawnienia przyczyn bólu? Czy jest to sprawa pilna, która powinna wyprzedzić jakiekolwiek działania terapeutyczne? Czy pacjent nie wyolbrzymia bólu? Jaki jest rzeczywisty cel pacjenta zgłaszającego się do lekarza (ból, zwolnienia, zaświadczenia, renta!)? W jakim rzeczywistym stopniu zgłaszana dysfunkcja odbiera tzw. radość życia, czy uniemożliwia wykonywanie nauczzonego zawodu, i czy ewentualna zmiana zawodu jest możliwa?

Modne obecnie pseudoleczenie, opatrywane dla niepoznaki tajemniczymi szyldami: Medycyna Alternatywna, Medycyna Kompleksowa, Medycyna Holistyczna, Terapia Manualna itp., wprowadza wiele szkodliwego zamieszania, gdyż miesza w umysłach chorych, których wyobrażenie o medycynie są z reguły bardzo mgliste*. **Mimo niewyobrażalnych wprost postępów nauki i techniki, wyrażających się możliwościami podróży międzyplanetarnych i badania wszechświata, coraz większa jest tęsknota współczesnego człowieka za magią, czarami i cudami!** Tęsknota za cudownymi uzdrowieniami oraz leczeniem biernym jest tym większa, że współczesny człowiek, pozbawiony od dziecka hartujących dusze i ciało zachowań i treningu, jest zupełnie bezbronny wobec najmniejszego bólu, a nawet zwykłego dyskomfortu.

Nic też dziwnego, że rozleniwiony łatwością życia współczesny człowiek szuka sposobów biernego i szybkiego wyleczenia, pozbawionego tych wszystkich niedogodności, niewygód, uciążliwości i ograniczeń, jakie pociąga za sobą leczenie konwencjonalne, oparte na podstawach naukowych (*Evidence Based Medicine*). Znamienne komiczne jest, że przedstawiciele poszczególnych szkół i metod uzdrawiania – akupunkturzyści, bioprądownicy, zamawiacze, naturyści, holiści, chiropraktycy, zielarze itp. – twierdzą, że tylko oni zdobyli wiedzę tajemną i są w posiadaniu *panaceum* na wszystkie choroby człowieka!

Postawy lekarza wobec pacjenta z przewlekłą dysfunkcją kręgosłupa

W każdym przypadku należy zachować daleko idącą wstrzemięźliwość w wypowiedaniu sądów i w reakcjach na zgłaszane skargi i dolegliwości. Naturalnie, aby w jakikolwiek sposób reagować, potrzebna jest rozległa wiedza, w tym wiedza psychologiczna, ułatwiająca namysł przed jakimkolwiek działaniem.

Każdy przewlekły zespół bólowy kręgosłupa stanowi wyzwanie z racji tego, że każdy człowiek przedstawia inną osobowość, a komponenta emocjonalna i psychiczna bólu, która istnieje zawsze, jest wielką niewiadomą! Niejednokrotnie trudno się połapać w tym dlaczego i w jaki sposób ból całkowicie odmienił pacjenta, chociaż wiadomo, że ból „może odebrać siłę najmocniejszemu mężczyźnie i urodę najpiękniejszej kobiecie”.

Enigmatyczność osoby dotkniętej przewlekłą dysfunkcją kręgosłupa niejednokrotnie powoduje, że nawet mądry i doświadczony lekarz doznaje uczucia bezradności, szczególnie w przypadku tzw. bólu idiopatycznego, którego ani przyczyny, ani prawidłowości nie sposób ustalić. Gorzej, że poszczególni pacjenci inaczej reagują nawet na najbardziej sprawdzone me-

tody i sposoby leczenia! Powoduje to, że przez pewien okres nie wiemy czy czynimy dobrze, czy idziemy złym śladem. Jeśli podążanie donikąd przekroczy i tak niewielką wydolność psychiczną pacjenta zaszczutego bólem, sprawa jest przegrana i pacjent wpada w sprytnie zastawione sidła szarlatanów, z wielkimi szkodami dla siebie, dla rodziny i dla skarbu państwa (zwolnienia, renty, odszkodowania).

Wcale nierzadko poszczególni pacjenci reagują różnie na te same i sprawdzone działania, a to powoduje, że skłonni jesteśmy podejmować działania ekstremalne, nie zawsze potrzebne i uzasadnione – np. rozbudowane, agresywne badania czy zabiegi chirurgiczne.

Pomyłki mogą wynikać z myślenia ekstremalnego, a mianowicie:

1. Dosłownego i zbyt mało krytycznego przyjmowania skarg pacjenta, co pociąga za sobą zbędne działania diagnostyczne, terapeutyczne czy przyznawanie pacjentowi nienależnych beneficjów – np. zwolnienia czy renty, albo –
2. Przyjmowania wobec pacjenta postaw przesadnej podejrzliwości, cynizmu czy lekceważących go, co prowadzi do odmawiania mu należnych badań, zabiegów, świadczeń socjalnych itp.

Ból i zachowanie w dysfunkcjach kręgosłupa z reguły stanowią wynik wielu czynników i u każdego pacjenta są różne, dlatego należy nierzadko wystrzegać się stereotypów tak diagnostycznych, jak i terapeutycznych, gdyż mogą być zwodnicze. Co więcej, w przypadku bólu przewlekłego właściwie tracą wszyscy – leczący, leczeni, rodzina pacjenta i jego bliscy, towarzystwa ubezpieczeniowe i skarb państwa.

Strach towarzyszący każdej dysfunkcji kręgosłupa ma nierzadko działanie obezwładniające, szczególnie u osób przekonanych, że najmniejszy ruch i aktywność fizyczna może doprowadzić do trwałego kalectwa. To właśnie strach wykorzystują różni medyczni naciągacze i co więcej, wzmagają go i w nieskończoność podsycają, by pacjent jak najdłużej korzystał z ich zbawczego „leczenia”.

Dlatego, podejmując się leczenia pacjenta z przewlekłą dysfunkcją kręgosłupa należy w pierwszym rzędzie dokładnie poznać jego psychikę i zdobyć zaufanie, by móc wdrożyć postępowanie o maksymalnej skuteczności i to w niezbyt odległym okresie. Naturalnie, ponieważ nie ma mowy o całkowitym wyleczeniu, należy pacjenta poinformować co jest realnie możliwe. Zważywszy na olbrzymią komponentę emocjonalną dysfunkcji kręgosłupa, wiele autorytetów uważa, że odbudowa prawidłowej psychiki pacjenta, przekonanie go o celowości i pożytku aktywnego leczenia, bez obawy o pogorszenie stanu zdrowia – np. pod wpływem określonych ćwiczeń itp.,

* Nawet u osób kończących szkoły wyższe!

stanowi czynnik najważniejszy w osiągnięciu sukcesu terapeutycznego, nawet w najbardziej zaniedbanych przypadkach.

Wydobycie z otchłani depresji, bezradności i przekonania, że już nic nie można zrobić jest szczególnie ważne dla osób, które oszukali różni uzdrowiciele, obiecujący gwarantowane wyleczenia. Zawsze należy cierpliwie wyjaśniać chorym i przekonywać ich bliskich i rodziny, że leczenie bierne stanowi najgorszą sekwencję w przewlekłych zespołach bólowych kręgosłupa. **To właśnie ofiary leczenia biernego, jakoby gwarantującego pełne wyleczenie, zapełniają z czasem szpitalne łóżka, ale wówczas zazwyczaj nawet najbardziej nowoczesne i kosztowne metody leczenia nie są w stanie dla tych pacjentów już nic uczynić, z racji bezpowrotnej utraty tzw. złotej godziny leczenia.** Dobrze jest jeśli jakieś rozwiązanie stanowią świadczenia rentowe, ale one przecież nie są w stanie pacjentowi przywrócić odebranej radości życia.

Postępowanie w przewlekłych dysfunkcjach bólowych kręgosłupa musi zasadzać się na leczeniu wielokierunkowym, po uprzednim wyjaśnieniu: czy istniejący ból jest objawem, czy następstwem poważnej choroby zagrażającej życiu, czy trwale upośledzającym zdrowie – guz, zapalenie itp., wymagającym leczenia przyczynowego, czy też niezbędne są działania nakierowane tylko na złagodzenie dolegliwości i zmniejszenie następcej dysfunkcji.

Do dyspozycji mamy kilka postępowań, a mianowicie:

Działania paliatywne. Łagodzenie dolegliwości stanowi naczelną i nierzadko jedyny sposób leczenia. Dotyczy to stanów pooperacyjnych czy zaawansowanych faz procesów nieuleczalnych. Nie należy przetracić wówczas czasu na np. zmienianie przekonań, postaw i zachowań pacjenta. Działania w tych stanach nakierowane są głównie na polepszenie funkcjonowania pacjenta w codziennym życiu, po uprzednim przekonaniu, że mimo bólu, którego całkowicie wyeliminować nie można, możliwe jest określone życie aktywne – rodzinne, czy towarzyskie.

Zmiany i przystosowanie otoczenia do potrzeb chorego. Potrzebne adaptacje domu, miejsca pracy itp. mają na celu umożliwienie pacjentowi wykonywania czynności samoobsługi oraz codziennych obowiązków, czy też kontynuowanie pracy, mimo utrzymującej się dysfunkcji. Naturalnie, celem umożliwienia łagodzenia bólu pacjent musi zrezygnować z wykonywania pewnych czynności szkodliwych – np. gry sportowe, podnoszenie ciężarów, długotrwałe czynności w pozycji przeprostu tułowia czy szyi itp. Chociaż ból przewlekły ma tendencję do trwania, to bez względu na jego przyczynę należy czynić wszystko, by nie doszło do sensytyzacji centralnej czy obwodowej (zmiany spektrum nerwów). Pacjenta trzeba przekonać, że w imię dobrze pojętego

własnego interesu musi z pewnych przyzwyczajęń rezygnować, nauczyć cieszyć się nawet z niewielkich postępów leczenia i nie wpadać w panikę, gdy tych postępów długo nie widać. Jednocześnie należy cierpliwie wyjaśniać (także otoczeniu pacjenta), że nie ma co liczyć na jakieś *panaceum* (tzw. metoda jednego strzału Coulehama), i że cudowne uleczenia – o których niejednokrotnie mówi się w jego otoczeniu (typowe naganianie cierpiących do gabinetów przeróżnych uzdrowicieli) zdarzają się tylko w bajkach! I że wszyscy „cudownie wyleczeni dogorywają następnie” w zwykłych magistrackich szpitalach!

Mając na uwadze panujący w społeczeństwie „analfabetyzm medyczny” i modę na magię, i zupełnie średniowieczne praktyki lecznicze, należy cierpliwie tłumaczyć, że nie ma jednego leku, sposobu czy metody, która by stanowiła *panaceum* na wszystkie choroby.

W przypadku choroby krążka międzykręgowego już same zmiany chemizmu i immunologii krążka, oprócz bólu (lumbalgia) wywołują silne podrażnienie zapalne w obrębie jednostki ruchowej Junghansa, w wyniku czego dochodzi do postępującego procesu samoczynnej (obronnej) biologicznej spondylodezy. **Odczynowa spondylodeza jest procesem pożytecznym, gdyż unieruchomienie chorej jednostki ruchowej umożliwia samoistne ustępowanie dolegliwości.** Pozostająca dysfunkcja jest mniejsza niż w przypadku spondylodezy chirurgicznej. Mimo zlikwidowania bolesnej i szkodliwej (drażnienie opon rdzenia i osłonek korzeni) destabilizacji, pozostawia pewien, niewielki, zakres potrzebnych czynnościowo ruchów!

Podobnie jak kontynuowanie poprzedniej aktywności fizycznej – zajęcia sportowe, sport zawodniczy itp., w okresie gojenia chorej jednostki Junghansa szkodliwe są wszelkiego rodzaju rękoczyny kręgarskie – manipulacje, mobilizacje itp., gdyż niszczą kolagen wytwarzany w celach naprawczych przez organizm. **Niszczenie nowego kolagenu, mającego na celu samoistne wygojenie bolesnej jednostki ruchowej, powoduje dalszą destabilizację kręgosłupa, a to zazwyczaj oznacza najgorszą z możliwych sekwencję chorobową, czyli dołączenie się do zespołu bólowego (np. lumbalgia) objawów neurologicznych ze rdzenia czy korzeni nerwów rdzeniowych oraz wytworzenie stenozy kanału kręgowego, kanałów korzeniowych, czy kanałów naczyniowych,** które prędzej czy później wymagają zabiegów chirurgicznych aby znieść niemożliwy do zniesienia stały ból, czy ratować funkcję kończyn dolnych i układu płciowego, nierzadko w trybie nagłym (*Emergency Care*).

Z uwagi na wielki udział komponenty emocjonalnej w utrzymywaniu się dysfunkcji kręgosłupa, pacjent musi mieć pełne zaufanie do zespołu leczącego, wykonywać polecenia oraz czynnie współuczestniczyć w leczeniu (motywacja pacjenta). W bólach przewlekłych leczenie musi być z reguły wielody-

scyplinarne, ale prowadzone planowo i z rozmysłem, bez zbędnych czy nadmiernych badań i konsultacji. Niejednokrotnie, w ramach tzw. badań kontrolnych, potrzebne są konsylia, gdyż pojedyncze konsultacje mają z reguły wartość bardzo ograniczoną, a co najmniej dyskusyjną.

Przypadki nie poddające się leczeniu specjalistycznemu muszą być kierowane do Centrów Leczenia Bólu, prowadzonych przez anestezjologów, gdyż tylko to może przynieść oczekiwany pożytek.

Leczenie zawsze musi być prowadzone wyjątkowo rozumnie i elastycznie, odpowiednio zmieniane i dostosowywane do ewolucji procesu chorobowego oraz „sinusoidy” bólowej. **Niedopuszczalne jest stosowanie tzw. polipragmazji fizjoterapeutycznej** (niezwykle w Polsce rozpowszechnionej!) **polegającej na stosowaniu kilku czy kilkunastu sposobów fizjoterapii naraz, w imię pobożnego życzenia, że „coś z tego pomoże”.** Zdarzające się nierzadko okresowe poprawy nie mają żadnego związku ze stosowanym pseudoleczeniem, lecz z samoistnymi, przejściowymi polepszeniami, które zawsze następują w przewlekłych patologiach.

Rzeczą niezwykle doniosłością jest wyciąganie na czas wniosków terapeutycznych. **Chodzi o to, by w przypadku dołączenia się, czy nasilania objawów neurologicznych nie przedłużać leczenia zachowawczego, lecz na czas wdrażać leczenie operacyjne, aby nie doprowadzić do utraty „złotej godziny leczenia”, a tym samym skazać pacjenta na trwałe niedowłady czy porażenia.** W bólach ostrych związek pomiędzy przyczyną a skutkiem jest zazwyczaj oczywisty i łatwy do udowodnienia, nie mówiąc o tym, że przyczyna jest przeważnie pojedyncza i nie ma łańcucha przyczyn, nakładających się na siebie, co się zdarza w bólach przewlekłych.

Mimo wszystko, po postawieniu diagnozy wstępnej i wdrożeniu postępowania, które ma najczęściej postać „terapii diagnostycznej”, należy dążyć do uzyskania potrzebnych danych do dokonania rozpoznania definitywnego, co niekiedy równoznaczne jest z wykryciem przyczyny dysfunkcji kręgosłupa. Należy jednak pamiętać, że z powodu upływu czasu nasza wiedza o przyczynach choroby traci na znaczeniu – tak np. dzieje się w przypadku sensytyzacji centralnej czy obwodowej, kiedy to dochodzi do bólu, który „żyje sam dla siebie”, z powodu nieodwracalnych zmian w nerwach obwodowych czy w CUN. W tych przypadkach nierzadko musimy się skupić tylko na łagodzeniu samego bólu – leczenie objawowe. Najbardziej skuteczną jest farmakoterapia – trójcykliczne antydepresanty, leki przeciwdrgawkowe, opiaty.

NLPZ oraz rutynowe działania fizjoterapeutyczne zazwyczaj są bezwartościowe!

Opracowując strategię zwalczania bólu, należy brać pod uwagę:

- nasilenie bólu
- stopień zaangażowania komponenty emocjonalnej
- możliwości wykonywania czynności życia codziennego
- możliwości kontynuacji pracy, życia towarzyskiego i społecznego.

Cel leczenia musi być wyraźnie nakreślony – np. leczenie pod kątem przywrócenia pacjenta do poprzedniej pracy, czy do pracy nowej, stosownie do jego możliwości fizycznych i intelektualnych. Proces ten musi być realizowany bardzo rozumnie i stopniowo, gdyż na czoło wybija się odwracanie różnie utrwalonej „dekondycji” pacjenta.

W każdym bólu przewlekłym należy, po odpowiednim przygotowaniu psychiki pacjenta, szczerze go poinformować, że żadne leczenie nie spełni jego wszystkich oczekiwań, ale **w przypadku rzetelnego zaangażowania w proces terapeutyczny i odpowiedniej motywacji – możliwe jest zmniejszenie dysfunkcji do takich rozmiarów, że będzie on w stanie prowadzić pożyteczny tryb życia (praca itp.), oraz że życie będzie ponownie przynosić radość.**

Podstawowe znaczenie w terapii bólu przewlekłego ma utrzymywanie z pacjentem stałego kontaktu i stała obserwacja pacjenta, gdyż tylko to umożliwia szybkie dostosowywanie leczenia do ewolucji objawów chorobowych, jak też antycypację okresowych pogorszeń – które są właściwie nie do uniknięcia. Antycypacja nasilenia bólu czy dysfunkcji umożliwia podejmowanie zawczasu potrzebnych działań, w których na pierwsze miejsce wybija się pomoc psychologiczna – wyjaśnienie pacjentowi i przeciwdziałanie szkodliwej depresji. Jedno i drugie potrafi niekiedy zniweczyć całość stosowanego leczenia i zrozpaczonego pacjenta pchnąć w ramiona naciągaczy i szarlatanów, a wówczas zazwyczaj już nic nie można zrobić (utrata tzw. złotej godziny leczenia).

Tak się nieszczęśliwie składa, że większość pacjentów lekceważy okresowe polepszenia i właściwie ich nie zauważa, natomiast skupia się na okresowych pogorszeniach stanu zdrowia (z tendencją do agrawacji!). **W stanach okresowych pogorszeń trzeba zwiększać dawki leków, a nierzadko też korzystać z innych dróg podawania (np. blokady), czy też stosowania leków przeciwbólowych nowej generacji. Nierzadko przyczyną pogorszeń jest nierozumne podejmowanie się przez pacjenta wykonywania zajęć i czynności zabronionych (np. gry zespołowe, gra w tenisa, zajęcia na siłowni itp.) czy też zlekceważenie współleczenia i oczekiwanie na leczenie bierne;** niekiedy też celem pacjenta jest wymuszenie coraz silniejszych leków i w większych dawkach (np. opiaty).

Rodzaje leczenia

Podstawę działania stanowi farmakoterapia. Od około 20 lat leczenie bólu przewlekłego (dysfunkcje)

w obrębie kręgosłupa stało się nieco łatwiejsze, a to z racji złagodzenia zasad stosowania opiatów, które ongiś były zarezerwowane tylko dla terminalnych stanów chorób nowotworowych. Nie zmienia to faktu, że w bólach pochodzenia zapalnego (zapalenia bezbakteryjne!) trzonem farmakoterapii są NLPZ, kortykosterydy i opiaty, zaś w bólach pochodzenia neuropatycznego – trójcykliczne antydepresanty i leki przeciwdrgawkowe.

W przypadku sensytyzacji centralnej czy obwodowej równorzędnego znaczenia nabierają psychoterapia, działania behawiouralne i kognitywne, ułatwiające pacjentowi zrozumienie złożoności i zawłości interakcji stresu emocjonalnego i bólu oraz wyciszenie katastrofizowania itp. Większość przewlekłych dysfunkcji kręgosłupa wymaga od pacjenta szczególnego zaangażowania i motywacji – np. do wykonywania podstawowych czynności życia codziennego, mimo istnienia dyskomfortu czy też wyraźnych dolegliwości. W przypadku bólu typu obezwładniającego, czy strachu przed bólem związanym z ruchem, i myśli katastroficznych, których nie daje się zlikwidować metodami psychologicznymi, konieczne jest wykonywanie blokad okołonerwowych, splotowych, nadoponowe podawanie leków, ostrzykiwanie *trigger points*, TENS oraz uciekanie się do chirurgicznego wyłączenia nerwów.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że nadużywanie biernego leczenia fizjoterapeutycznego (polipragmazja fizjoterapeutyczna), stosowanego bez stałego nadzoru specjalistów, nie przynosi zazwyczaj żadnego pożytku, jest ryzykowne, a nawet może być szkodliwe!

Pomocniczą (a niekiedy prawie naczelną!) rolę w łagodzeniu zespołu przewlekłego bólu kręgosłupa odgrywa przystosowywanie otoczenia (sprzęty domowe, warsztat pracy itp. ergonomia wysiłków fizycznych, ortezy, stabilizatory i inne pomoce), którego brak skutecznie przeciwstawia się aktywnemu uczestniczeniu pacjenta w leczeniu, nawet mimo właściwie dobranej farmakoterapii, metod psychologicznych i nadzorowanej kinezyterapii.

Jeszcze raz należy przypomnieć, że bez względu na fazę i zaawansowanie choroby, podstawowe znaczenie ma monitorowanie ewolucji choroby czy objawów dysfunkcji, gdyż umożliwia to w momentach pogorszeń przekonywanie pacjenta o słuszności wybranej drogi terapeutycznej.

Depresja, strach i myśli katastroficzne powodują uleganie wpływom otoczenia i namowom do poddawania się leczeniu sposobami szarlatanerii, dlatego tak ważne znaczenie ma cierpliwe wyjaśnianie, że tzw. cudowne wyzdrowienia czy polepszania stanu zdrowia są z reguły związane ze zbieżnością przejściowego autowyleczenia i nie mają żadnego związku (poza emocjonalnym!) z przypadkowym złagodzeniem czy przejściowym przycichnięciem dolegliwości!

Należy wyjaśniać, że uciekanie w świat ułudy i wiara w przysłowiowe przełomy „wieczorem położę się do łóżka chory, a jutro wstanę zupełnie zdrow” do niczego nie prowadzi i **zdarza się tylko w bajkach**.

Postępowanie w przypadku niemożności uzyskania poprawy

Należy zawsze liczyć się z tym, że u pewnej liczby pacjentów nie uzyskamy spodziewanego sukcesu leczniczego – mimo wyczerpania wszystkich dostępnych możliwości diagnostycznych i terapeutycznych. Wówczas konieczne jest stopniowe przygotowywanie pacjenta na taką ewentualność, włączając w to pomoc psychologiczną i angażując do pomocy bliskie osoby i rodzinę pacjenta.

W większości przypadków, w których udaje się nam prawie całkowicie uwolnić pacjenta od bólu, a tym samym umożliwić mu tryb życia zbliżony do normalnego, nie należy zapominać, że „**ból przewlekły zawsze pozostanie bólem przewlekłym**”. Dlatego leczony i leczący winni pozostawać w stałym kontakcie, by monitorować ból na stałej bazie, gdyż to zapobieganie niepotrzebnej i szkodliwej na dłuższą metę „szarpaninie” w przypadku okresowych zaostrzeń dysfunkcji, które są całkowicie nieprzewidywalne, a czas ich trwania niemożliwy do określenia.

Mnogość farmakoterapii i działań na układ limbiczny, jakie współczesna medycyna daje nam do wyboru, jest zastanawiająca, ale **niestety, nie ma żadnej pewności, że leki i metody o potwierdzonym naukowo silnym działaniu przeciwbólowym tak samo zadziałają u każdego chorego (zmienności osobnicze)**. Stąd zawsze istnieje ryzyko zarzucenia przez zrozpaczonego pacjenta nawet najlepiej ustawionej terapii konwencjonalnej (EBM) i szukania pomocy u przeróżnych uzdrowicieli, stosujących magię, zabobony i szarlatanerię. Jest to tym bardziej możliwe, że pacjent z bólem przewlekłym ma zawsze problemy psychosocjalne – współistnienie w rodzinie, zachowanie stanowiska w pracy, pozycja towarzyska i społeczna itp.

Wszystko to powoduje, że leczenie przewlekłej dysfunkcji kręgosłupa, jakkolwiek niełatwe i wyczerpujące, stanowi sprawę fascynującą i może dostarczyć lekarzowi największych satysfakcji zawodowych.

Stale monitorowanie choroby jest ważne także i dlatego, że umożliwia na czas wygaszanie wszelkich konfliktów pacjenta w rodzinie i najbliższym otoczeniu oraz w miejscu pracy. Wbrew pozorom, największe pożytki przynosi nie izolowanie pacjenta czy wywoływanie w otoczeniu współczucia i ustanawianie dla niego specjalnych praw i przywilejów, ale podnoszenie jego sprawności i przydatności dla otoczenia, co wzmacniając zaufanie i szacunek dla niego samego, jednocześnie wyzwala w otoczeniu zachowanie nieobrażające jego godności osobistej.

W każdej przewlekłej dysfunkcji bólowej kręgosłupa trzeba atakować wiele problemów naraz – problemy medyczne, socjalne, biologiczne, psychologiczne itp.

W każdym przypadku potrzebna jest znajomość ergonomii wysiłków fizycznych i nauka czynności życia codziennego w indywidualnie możliwych dla pacjenta warunkach, a tym samym sprzyjanie tzw. kinezyterapii fizjologicznej – czyli kinezyterapii opartej na pracy i zachowaniach w życiu codziennym (czynności samoobsługi a także codziennych obowiązków w domu i w pracy).

Należy pamiętać, że ponieważ objawy bólu przewlekłego są u każdego chorego takie same (niezwykle rzadko pojawiają się objawy patognomiczne) to jednak pewne objawy, czy skojarzenia objawów – np. bólu i gorączki, wymagają natychmiastowych działań i potrzebnego badania kontrolnego.

Każda przewlekła dysfunkcja bólowa kręgosłupa obniża jakość życia pacjenta, ogranicza jego kontakty rodzinne, towarzyskie i socjalne. Aby nie doprowadzić do utraty autoszacunku, stanowiącego o godności każdego człowieka, należy robić wszystko, aby pacjent utrzymywał potrzebne i należne więzi międzyludzkie, gdyż niejednokrotnie już to samo w sobie łagodzi jego

cierpienia, a ułatwiając terapię lekarzowi czyni, że podejmowane działania terapeutyczne zwielokrotniają swą skuteczność.

Wyleczenie przewlekłej dysfunkcji kręgosłupa jest zazwyczaj niemożliwe. W grę może jedynie wchodzić zalecenie. Dlatego niejednokrotnie lepiej jest używać słowa „postępowanie”, aby niepotrzebnie nie utrzymywać pacjenta w świecie ułudy, co zawsze skłania go do szkodliwej bierności i myślenia katastroficznego.

Chociaż metod leczenia i sposobów postępowania jest wiele – farmakoterapia (różne leki i różne drogi podawania), kinezyterapia (włączając tzw. manipulacje i mobilizacje), fizjoterapia (najczęściej polipragmazja), leczenie chirurgiczne (odłączanie korzeni nerwów rdzeniowych i rdzenia, niszczenie dróg przewodzenia i miejsc rozpoznawania bólu, wszczepianie krążków międzykręgowych i spondylodezy), jak też stosowanie akupunktury i needlingu, czy też zupełnie komicznych sposobów – jak zielarstwo, „wpuszczanie” tzw. bioprądów, egzotyczne masaże, leczenie dotykiem i zamawianiem itp. itp. – na dłuższą metę – zdaniem Nachemsona „żadna z metod nie wydaje się lepsza od nierobienia niczego”!

Z powyższych względów należy bezustannie i zawsze przypominać znane powiedzenie:

„Nie daj żadnej szansy tak choremu, bólowi ani chorobie, by przeszła w stan przewlekły, gdyż w narządzie ruchu żaden proces przewlekły nie ulega wyleczeniu”.

Wszelkie dysfunkcje kręgosłupa muszą być od samego początku (faza ostra) prawidłowo zdiagnozowane i rzetelnie leczone. Jakkolwiek, mając na względzie biopsychosocjalne aspekty dysfunkcji, można dopuścić do korzystania przez pacjenta z różnych, tradycyjnie „ludowych” sposobów leczenia (kręgarstwo, akupunktura itp.), to nie należy zapominać, że jedynym, poważnie uzasadnionym postępowaniem jest trzymanie się *Evidence Based Medicine*, czyli leczenia rzetelnego, dobrze dokumentowanego i opartego na podstawach naukowych.

Z punktu widzenia prawnego ważne jest, by za całość leczenia odpowiadała jedna osoba, aby w przypadku cywilnych czy karnych spraw o utratę zdrowia, czy kalectwo, można było szybko ustalić winnego*.

Piśmiennictwo / References

U Autora

Adres do korespondencji/Address for correspondence:
Prof. dr hab. med. Artur Dziak
ul. Fabryczna 28
05-077 Warszawa / Wesoła



Melancholia – miedzioryt Albrechta Dürera

* Do chwili obecnej trudno jest oskarżać różnych spryciarzy o pseudoleczenie i utratę zdrowia, dlatego zawsze w gabinetach prywatnych należy żądać kopii karty leczenia (historia choroby)!

Komentarz do „Zaleceń stosowania fizjoterapii u pacjentów z bólami krzyża”, wydanych przez Holenderskie Królewskie Towarzystwo Fizjoterapii*

„Nacisk doktorów chorego otacza;
Ten radzi chłodzić, ów każe ogrzewać.
Tamten surową dyjetę naznacza,
Drugi tucznymi potrawy nadziewać;
Jeden drugiemu w niczym nie przebacza;
I kiedy wspólnie zaczęli się gniewać,
Król, który zdrowie szczerze sobie życzył,
Wszystkich wypędził i tak się uleczył”

Ignacy Krasicki. *Myszeidos, pieśń piąta*

Wypada pogratulować „Rehabilitacji Medycznej” przedruku zaleceń „*National Practice Guidelines for Physical Therapy in Patients with Low Back Pain*”! Po raz pierwszy w Polsce, na łamach poważnego czasopisma naukowego drukowany jest artykuł, który uchylając zasłony, skrywające powszechnie praktykowane pseudoleczenie dysfunkcji kręgosłupa ukazuje, że „**Król jest nagi**”!

Sprawa jest poważna, gdyż około 50% wszystkich pacjentów fizjoterapii, to osoby dotknięte bólami krzyża. Jeśli, jak potwierdzają publikowane w ostatnich czasach badania w rodzaju: *Low Back Pain Position Statement-adopted by Australia Physiotherapy Board of Directors (August 2002)* oraz zalecenia *Koninklijk Nederlands Genootschap voor Physiotherapie (2003)*, pacjenci z dysfunkcjami krzyża są powszechnie leczeni nieprawidłowo – to znajdujemy wytłumaczenie przyczyn rzekomej „epidemii bólów krzyża”. Po prostu stosowane programy leczenia fizjoterapeutycznego produkują, a nie zmniejszają liczby pacjentów.

Przedrukowany artykuł sprawił mi wielką satysfakcję, gdyż uzyskałem wiarygodne potwierdzenie – i to ze strony poważnych środowisk fizjoterapeutycznych świata, że moje kilkudziesięcioletnie działania na rzecz potrzeby rzetelnego leczenia pacjentów z dysfunkcjami krzyża w Polsce miały sens i walczyłem o szlachetną sprawę! Dodatkowo, serce mi rośnie, kiedy z drugiego końca świata słyszę Christophera Mahera – dyrektora *Centre for Evidence-Based Physiotherapy (University of Sydney)*, który oświadcza – „*It is unethical to offer a clearly ineffective or harmful treatment to a patient. Arguably it is also unethical to use a treatment of unknown efficacy when alternate treatments known to be effective are readily available /even if readily available treatment is offered by health providers other than physiotherapist!*”

(„Jest nieetyczne proponowanie pacjentowi leczenia, o którym wiadomo, że jest nieskuteczne lub nawet szkodliwe. Także nieetyczne jest stosowanie leczenia o nieznanej skuteczności, jeśli dostępne są alternatywne skuteczne metody postępowania, oferowane przez specjalistów zajmujących się opieką zdrowotną, innych niż fizjoterapeuci”).

Znawcom zagadnienia już od dawna było wiadomo, że wszelkie „patentowane” metody i sposoby fizjoterapii mogą powodować jedynie „krótkotrwałą poprawę objawową” („*short term symptomatic improvement*”). Rzetelne leczenie dysfunkcji krzyża w Polsce stanowi niebywałą rzadkość. Najczęściej mamy do czynienia z postępowaniem, którego podstawę, wobec powszechnej niewiedzy leczących lekarzy i fizjoterapeutów, w zakresie anatomii stosowanej, ortopedii, neurologii, farmakologii itp., stanowią sposoby typu polipragmazji fizjoterapeutycznej! Nie ma więc mowy o potrzebnej terapii specjalistycznej, kierunkowej, dostosowywanej do przyczyn, rodzaju i fazy dysfunkcji, zakresu uszkodzeń tkankowych. Leczenie fizjoterapeutyczne prowadzi się w myśl zasady „że mimo działania w ciemno, coś musi zadziałać i dojdzie do spodziewanej poprawy”. Sprytne zawężenie dysfunkcji do uszkodzeń i transpozycji zawartości krążka międzykręgowego umożliwia powszechne, niepotrzebne, a co więcej szkodliwe na dłuższą metę stosowanie rękoczynów kręgarskich. Jakby tego było mało, niektóre czasochłonne metody fizjoterapeutyczne, jak PNF czy metoda McKenziego, są z reguły symulowane z racji tego, że „leczący” niewiele z tych metod rozumieją albo nie mają na nie czasu i nie starcza im cierpliwości, względnie w grę wchodzi jedno i drugie. Do stosowania praktyk leczniczych, mających wszelkie znamiona szalbierstwa, przyczyniają się w dużym stopniu też sami chorzy, domagając się zazwyczaj szybkich i pełnych wyleczeń. Ponieważ rzetelne leczenie sposobami medycyny konwencjonalnej zazwyczaj połączone jest z jakimiś ograniczeniami czy wyrzeczeniami, chorzy zwracają się w stronę różnego autoramentu cudotwórców (lekarzy, fizjoterapeutów i zwykłych spryciarzy), obiecujących im natychmiastowe i bezbolesne wyleczenie (za pieniądze!).

Mało kto rozróżnia, że leczenie fizjoterapeutyczne (przynoszące niepodważalne pożytki!) musi być zróżnicowane: inne w fazie ostrej dysfunkcji, inne w podostrej i jeszcze inne w fazie przewlekłej (ból nawrotowy), nie mówiąc o prawdziwej przyczynie i istocie dysfunkcji krzyża. Co więcej, jakże niewielu wie, że w leczeniu niespecyficznego bólu krzyża w fazie ostrej żadne leczenie nie daje lepszych wyników niż postępowanie wyczekujące, umożliwiające obserwację

* Komentarz opublikowany przez Autora w: *Rehabil. Med.*, 2004, tom 8. Nr specjalny str. 28-30.

chorego (postępowanie typu „wait and see”, sprzyjające dobroczynnemu działaniu czasu).

Powszechnie stosowana polipragmazja fizjoterapeutyczna nie przynosiłaby tylu szkód, gdyby nie utrzymywanie pacjentów w świecie ułudy i bezczynności oraz obiecywanie im wyleczeń z patologii, których wyleczyć nie można (możliwe tzw. zalecenia, gdy u podłoża dysfunkcji leży nieodwracalne zużycie struktur tkankowych). Jakby tego było mało, większość operujących metodami fizykalnymi nie potrafi rzeczowo i prawdziwie uzasadnić co leczy i po co, i dlaczego tak, a nie inaczej. W takiej sytuacji stosowanie sposobów biernego leczenia powoduje tylko nieodwracalne szkody jatrogenne.

Prawdą jest, że bóle krzyża stanowią jedną z najczęstszych dysfunkcji, sprowadzających pacjenta do lekarza rodzinnego. Ale jest prawdą także i to, że w przypadku większości pacjentów, u których przebieg bólu krzyża ma charakter typowy, zaś same bóle są niespecyficzne, fizjoterapia nie jest wskazana i leczenie przez lekarza pierwszego kontaktu jest w zupełności wystarczające. Pacjenci ci wracają szybko do normalnego trybu życia, niezależnie od stosowanego leczenia! **Nazbyt wiele tzw. patentowanych sposobów leczenia dysfunkcji krzyża nie ma większej wartości niż placebo i główny pożytek ich stosowania wynika z kontaktu werbalnego i manualnego z pacjentem. Oczywiście, nie bez znaczenia jest też i to, że zabiegi fizjoterapeutyczne pożytecznie wypełniają czas pacjenta. Nie zmienia to jednak faktu, że w przypadku nazbyt biernego leczenia, uzależniającego leczonego od leczącego, może dojść do bardzo niepożądanych szkód jatrogennych, co powoduje, że pacjent nie zyskuje, a traci!**

Śledząc publikacje naukowe, spotkania, konferencje i kongresy w Polsce, z ubolewaniem należy stwierdzić, że nie widać do tej pory, by PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*) czy *Centre for Evidence Based Physiotherapy* wzbudzały większe zainteresowanie w naszym kraju. Nadal króluje bezmyślna polipragmazja i praktyki przynoszące korzyści głównie leczącym.

Plagą współczesnych czasów nie są wcale pierwotne bóle krzyża, które się prawie wszystkie samoograniczają mimo (a może wbrew) stosowanego leczenia, lecz pozostałe kilka procent bólów nawrotowych, których w dużej mierze przyczynami są właśnie szkody jatrogenne. Po prostu leczenie nieprzemyślane i niefachowe umożliwia przechodzenie choroby w postać przewlekłą, gdyż nie przestrzega się zasady „nie daj czasu chorobie i nie daj czasu choremu na chorobę przewlekłą”, która w narządzie ruchu jest zazwyczaj nie do wyleczenia!

Do świadomości leczących nie dochodzi to, że spektakularne nierzadko uwolnienie pacjenta od dolegliwości nie oznacza wyleczenia, a jedynie

krótkotrwałą poprawę, gdyż leczący mogą tylko „zamykać stajnię po ucieczce konia”! Co więcej, każda niestabilność w obrębie kręgosłupa oznacza ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie jednostki ruchowej Junghansa, a różnorodne mobilizacje i manipulacje, szczególnie wykonywane niepotrzebnie (zbyt często, w fazie przewlekłej choroby), mogą sprawę tylko pogorszyć – groźne stenozy, powodujące deficyty neurologiczne oraz bóle, które z powodu zmiany spektrum nerwów nie dają się opanować nawet dużymi dawkami morfiny!

W chwili obecnej wśród znawców tematu panuje zgodność, że prawidłowe leczenie dysfunkcji krzyża to leczenie kompleksowe i wielospecjalistyczne – farmakoterapia, psychoterapia i leczenie operacyjne. W zależności od etiologii choroby, zaawansowania zniszczeń tkankowych, psychicznej wydolności i wiarygodności pacjenta oraz... od jego celów; rolę wiodącą przejmuje zawsze któraś ze składowych arsenali leczniczego. Trzeba wyraźnie podkreślić, że w przypadku szkód zaawansowanych (długotrwała destabilizacja) żadne leczenie, nawet leczenie operacyjne (odbarczenia, usztywnienia, wszczepianie sztucznych krążków i odnerwianie) nie jest w stanie spełnić wszystkich oczekiwań pacjenta – i o tym powinien on być informowany! Naturalnie w przypadku *Litigation Disease* nie ma mowy o żadnym wyleczeniu czy poprawie, gdyż pacjent wyleczeniem nie jest zainteresowany!

Prawie wszystkie dysfunkcje krzyża mają punkt wyjścia, względnie są osadzone w mniej czy bardziej tłumionych, nawet codziennych stanach emocjonalnych, czy codziennych stresach.

Tłumaczy to, dlaczego coraz więcej nadziei pokładają leczący w działaniach behawioralnych i kognitywnych. Zrozumiano w pełni, że tym większy będzie pożytek z postępowania fizjoterapeutycznego, im w większym stopniu będzie ono uwzględniać zmniejszanie zachowań bólowych i katastrofizowania przez pacjentów oraz przekonywać ich do zwiększania codziennej aktywności i odpowiedzialności za przebieg leczenia oraz powrót do zdrowia. Słynne powiedzenie Theodora Gottlieba Hippela „każda choroba ma głęboki szacunek przed stanowczym powiedzeniem – nie mam czasu na chorowanie! Tylko tam choroba się usadawia, gdzie zostaje chętnie przyjęta i pielęgnowana” znajduje szczególne odniesienie do bólów kręgosłupa, gdyż po części wyjaśnia skąd się wzięła współczesna „epidemia” owej rzekomej choroby cywilizacyjnej!

Wypada życzyć sobie, by w Polsce doszło w krótkim czasie do potrzebnego różnicowania celów terapii, interwencji i stosowania metod fizjoterapeutycznych u pacjentów z dysfunkcjami krzyża, jak to ma miejsce na świecie, zgodnie z wynikami prowadzonych badań naukowych (*Physiotherapy Evidence Database*). Uczestnicy Grupy Roboczej KNGF wypowiadają się

za ograniczeniem biernego leczenia fizjoterapeutycznego (TENS, masaże, ultradźwięki, elektroterapia, laser itp.), ponieważ tego rodzaju postępowanie prowadzi do szkodliwego uzależniania się pacjenta i hamowania zdrowienia. Jednocześnie podkreślają znaczenie leczenia czynnego i dostosowywania leczenia do rzeczywistych potrzeb pacjenta (chodzi m.in. o to, by nie utracić tzw. złotej godziny leczenia z powodu niepotrzebnego np. leczenia zachowawczego).

W sytuacji obserwowanego omijania zasad etyki postępowania przez leczących należy stale przypominać podstawową prawdę, według której w relacji „leczony – leczący”, leczenie ma w pierwszym rzędzie przynosić korzyści leczonemu. Niedobrze, jeśli jest odwrotnie!

Należy wszędzie podkreślać, że u źródła fatalnych efektów leczenia dysfunkcji krzyża w Polsce leżą zaniebdania ze strony nadzoru specjalistycznego (specjaliści ortopedii, rehabilitacji, neurologii i neurochirurgii) oraz izb lekarskich i Ministerstwa Zdrowia. Brak jakiegokolwiek kontroli nad tym kto leczy i jak leczy

powoduje, że każdy może zarejestrować i do woli oszukańczo reklamować swą „działalność gospodarczą”, niszczyć zdrowie oraz finanse obywateli i państwa.

Otuchą napawa to, że w kręgach fizjoterapeutycznych dochodzą coraz częściej do głosu osoby nowocześnie wykształcone i światłe, odżegnujące się od uświęconych tradycją praktyk pseudoleczenia. Wymowny dowód tego stanowią m.in. rzetelne badania naukowe, mianowicie o ile np. w bazie PEDro w dziedzinie leczenia bólów krzyża zarejestrowano przed rokiem 1960 tylko 1 randomizowane badanie, to w roku 1990 już 144, a około roku 2000 były już 403 badania!

Żywie niepłonną nadzieję, że jeszcze za mego życia można będzie pogrzebać jakże gorzkie stwierdzenie Michała Choromańskiego (lekarz i pisarz – „Zazdrość i Medycyna”): „Im dłużej żył i praktykował, z tym większą rozpaczą i zdumieniem przekonywał się, że chory może wyleczyć się jedynie dzięki samemu sobie, i że medycyna nie ma z tym nic wspólnego”.



Artur Dziak – emerytowany profesor zwyczajny Akademii Medycznej w Warszawie, założyciel i wieloletni kierownik słynnej Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji, specjalizującej się w leczeniu patologii stawów, kręgosłupa, ręki oraz w diagnostyce i leczeniu uszkodzeń tkanek miękkich narządu ruchu (uszkodzenia sportowe). Członek wielu krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, m.in. International Back Pain Society, Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie, Collège Européen de Traumatologie du Sport, European Federation of National Associations of Orthopaedics and Sports Traumatology; korespondent i członek rad naukowych takich znaczących czasopism fachowych, jak: *Archivos de Medicina del Deporte*, *The American Digest of Foreign Orthopaedics Literature*, *Chirurgie de la Main*, *Sport et Medicine*, *Medicina Sportiva*, *Acta Clinica* (redaktor naczelny) i innych.

Autor, współautor, redaktor i tłumacz kilkuset prac naukowych i książek medycznych, wychowawca wielu pokoleń ortopedów i specjalistów medycyny sportowej oraz promotor licznych prac doktorskich lekarzy polskich i zagranicznych.

Autor, współautor, redaktor i tłumacz kilkuset prac naukowych i książek medycznych, wychowawca wielu pokoleń ortopedów i specjalistów medycyny sportowej oraz promotor licznych prac doktorskich lekarzy polskich i zagranicznych.

Książka *Bóle i dysfunkcje kręgosłupa* jest podręcznikiem niezwykłym, gdyż opartym na ponad czterdziestoletnim doświadczeniu autora w diagnostyce i leczeniu chorób kręgosłupa. Zaznaczyć należy, że opublikowanie przez prof. Dziaka w roku 1979 monografii *Bóle Krzyża* – pierwszej w Polsce książki naukowej poświęconej w całości problematyce bólów i dysfunkcji odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, zaś w roku 2001 książki *Bóle Głowy, Szyi i Barków* – doprowadziło do prawdziwego przewrotu w postępowaniu z tą patologią i rozpoczęło erę naukowego leczenia bólów kręgosłupa, które dotychczas pozostawały na marginesie zainteresowań medycyny konwencjonalnej w naszym kraju, ze szkodą dla dotkniętych nimi pacjentów.