

Wywiad z profesorem Peterem O'Sullivanem, specjalistą od przewlekłych dolegliwości bólowych zajmującym się tą tematyką zarówno z punktu widzenia naukowca, jak i aktywnego klinicysty.

***Joanna Tokarska: Wnioskując po ilości publikacji z Pana nazwiskiem, jest Pan raczej zajęta osobą.***

Peter O'Sullivan: Tak, pamiętajmy jednak, że pracujemy razem w grupie naukowców zainteresowanych tematyką bólu. Jest to więc wspólne, międzynarodowe przedsięwzięcie. Ja jestem tylko jednym z jego trybików.

***Specjalizuje się Pan w przewlekłych dolegliwościach bólowych?***

– Jestem równocześnie wykładowcą, badaczem, jak i klinicystą. Połowę dnia spędzam w klinice pracując z pacjentami. Głównie z osobami, których dolegliwości bólowe utrzymują się tak długo, że zaburzają ich funkcjonowanie w życiu codziennym. Druga część mojego świata to badania kliniczne i praca akademicka. Oba te obszary zazębiają się.

Przewlekłe bóle to główna przyczyna niepełnosprawności na świecie. Na pierwszym miejscu są bóle pleców, dalej bóle szyi, za którymi plasują się bóle stawów obwodowych, jak np. bóle kolan. To naprawdę powszechny problem, który potrafi zrujnować ludzkie życie.

***Ten temat był Panu bliski od początku pracy zawodowej. Jakie rozwiązania proponował Pan wtedy swoim pacjentom?***

– Pochodzę z Nowej Zelandii, tam skończyłem studia i tam rozpoczynałem swoją pracę zawodową. Wtedy byłem pod wpływem Robina McKenziego, którego metoda bazuje na pato-anatomicznym modelu bólu. Ja również koncentrowałem się na poszukiwaniu patologii, wpływie obciążania, zginania w kręgosłupie, ruchomości dysków i tym podobnych rzeczach. Zalecałem unikanie schylania się i siedzenie prosto. Starłem się wyjaśniać pacjentom całą biomechaniczną teorię leżącą u podstawy rozumowania bólu, jako zjawiska pato-anatomicznego. W to wierzyłem.

***Działało?***

– Byłem świetny w terapii symptomów, ale nie rozumiałem prawdziwej istoty bólu. Moi pacjenci wracali wciąż z tym samym problemem, a ja zastanawiałem się, dlaczego to działa tak krótko. Niektórzy pacjenci w ogóle się nie poprawiali, a ja nie mogłem zrozumieć, dlaczego nie potrafię im pomóc. Miałem to szczęście, że oni nie bali się do mnie wrócić i powiedzieć, że nie działa. Czasem można fałszywie wierzyć w wyniki własnej terapii, bo pacjent nie wraca. Tymczasem on nie wraca, bo nie było skutku, więc nie widzi celu dalszych spotkań. Dużo łatwiej zapamiętać pacjenta, któremu się pomogło, niż temu, który pojawił się tylko raz i terapia nie zadziałała.

W tamtym czasie pracowałem w klinice zajmującej się pacjentami z przewlekłym bólem. Widziałem osoby poruszające się z nienaturalnych wzorcach, osoby przyjmujące garściami leki przeciwbólowe, osoby przyjeżdżające na wózkach - cały inny świat, który sprawił, że dotarło do mnie, że te techniki, których nauczyłem się, jako terapeuta manualny, po prostu nie mają sensu. U tych osób one po prostu nie są skuteczne. Potrzebowałem czegoś więcej.

***Co Pan wtedy zrobił?***

– Byłem głodny wiedzy. Wtedy (w latach 90-tych) nie publikowano wielu badań w tym temacie. Byliśmy na bardzo wczesnym stadium jeśli chodzi o rozumienie bólu. Czytałem więc absolutnie wszystko, co wpadło w moje ręce. Wtedy jeszcze myślałem, że za dolegliwości pleców odpowiada niestabilność. Poświęciłem temu nawet moją pracę doktorską. Kiedy jednak rozpoczęliśmy badania mające potwierdzić tę tezę, takiego potwierdzenia nie było. W takim wypadku powinno się zmienić własne przekonania. Lata dwutysięczne to również gwałtowny rozwój nauk związanych z neurologią. Miałem kolegę specjalizującego się w neurologii, który bombardował mnie artykułami z tej dziedziny i ta wiedza nie korespondowała z tym, czego nauczyłem się wcześniej. W tamtym okresie uczestniczyłem także w badaniu kohortowym nastolatków cierpiących na dolegliwości bólowe. Obserwowaliśmy ich i okazywało się, że czynniki wpływające na ich ból, to takie rzeczy, jak nastrój, funkcjonowanie w rodzinie, czy przekonania. Te czynniki pozwalały przewidywać, czy będzie ich bolało, czy nie. Te wszystkie rzeczy nie miały związku z tym, co w moim przekonaniu powodowało ból. Mój świat ograniczał się wtedy do struktur i ich biomechaniki. Te badania zmusiły mnie do zrewidowania własnych poglądów oraz własnej praktyki.

W latach 90-tych w Australii dużą popularnością cieszyła się koncepcja core stability. Wierzyliśmy, że w ramach terapii pacjent powinien koncentrować się na napinaniu mięśnia poprzecznego brzucha, ale jak zaczęliśmy badać tych pacjentów za pomocą EMG, okazywało się, że ich mięśnie są nadaktywne. Czyli wszystko, w co wierzyliśmy było oparte na naszej wierze, nie na badaniach.

### ***Zaczął Pan pracować inaczej? Jak zareagowało otoczenie?***

– (Śmieje się.) Na szczęście moi pacjenci darzyli mnie zaufaniem na tyle dużym, że zdecydowali się ruszyć ze mną w tę podróż. Ci, którzy dotarli do końca, mogli zauważyć skuteczność nowego podejścia.

Dużo trudniej o taką akceptację w środowisku profesjonalistów. Wciąż na całym świecie pokutują przekonania oparte na biomechanicznym modelu dolegliwości bólowych. Wciąż pacjentom zaleca się proste siedzenie i unikanie schylania. Na rynku dostępne są warsztaty i kursy, jak poprawiać stabilizację centralną. Pacjentom zaleca się ćwiczenia wzmacniające „core”. To wszystko oparte jest na przekonaniach, nie na badaniach naukowych. To podejście widać dosłownie wszędzie, zwłaszcza w krajach zachodnich. W Afryce, czy Azji nikt nie robi problemu ze schylania się.

To, co obecnie wiemy na temat osób cierpiących na dolegliwości bólowe, to fakt, że poruszają się w określonych wzorcach, są wolniejsze i sztywniejsze, od osób zdrowych. Zalecanie im jeszcze większego napinania mięśni jest wzmacnianiem tego, co już mają. Zdrowi ludzie nie poruszają się w taki „sztywny” sposób.

### ***To jak rozumieć ból? Czego ci pacjenci potrzebują?***

– Ból jest zjawiskiem normalnym i powszechnym. To, co nie jest normalne, to niepełnosprawność spowodowana tym bólem. Należy jednak rozdzielić niepełnosprawność od bólu, bo te zjawiska nie korelują ze sobą. Istnieją osoby, które doświadczają bólu każdego dnia i nie są niepełnosprawne, chodzą normalnie do pracy, nie bywają u lekarza, czy fizjoterapeuty. Z drugiej strony są ludzie, którzy na skutek bólu stają się mniej sprawni. Ograniczają aktywność fizyczną ze strachu przed bólem, obawiają się wykonywania określonych ruchów, co wpływa na jakość ich życia. Ta jakość życia pogarsza się. I to jest kompletnie odmienna grupa od tej pierwszej.

Można by pomyśleć, że przynależność do jednej z tych grup zależy od siły doświadczanego bólu. Tak jednak nie jest. Badania pokazują, że czynnikami które mają na to wpływ, są np. przekonania. Osoba, która wierzy, że stanie się niepełnosprawna na skutek wykonywania jakiegoś ruchu, zaczyna go unikać. Takie przekonania wzmacnia społeczeństwo i wzmacniają je profesjonaliści. Pacjent,

któremu wytłumaczono, że boli go, po ma uszkodzoną strukturę, będzie się bał tego uszkodzenia i aby go nie powiększyć będzie unikał ruchu. Ten strach jest silnym bodźcem dla układu nerwowego, który w sytuacji zagrożenia podnosi napięcie mięśniowe oraz zwiększa wrażliwość. Taki pacjent zaczyna się bać o swoją przyszłość.

Aby mu pomóc, oczywiście należy się przyjrzeć symptomom, sprawdzić, czy nie dolega mu coś poważnego, nie przegapić czerwonych flag. Takich pacjentów nie jest jednak wielu. Około 1-3 % ma poważne patologie. Większość osób, które spotkamy będzie cierpiało na dolegliwości typu wysoki poziom stresu, zaburzenia snu, czy obniżenie nastroju.

To, co będzie się działo z bólem, zależy od ich własnych przekonań, a na te przekonania mają wpływ medycy. Niestety system opieki zdrowotnej podsyca stare mity.

### ***To brzmi skomplikowanie. Czy taka terapia leży w ogóle w kompetencjach fizjoterapeuty?***

– A kto ma to robić? To nie jest problem psychologiczny. To jest problem ciała. Oczywiście jako fizjoterapeuci musimy poszerzyć nasze umiejętności. Musimy zmienić program nauczania. Musimy być przeszkoleni w komunikacji, w sposobach zbierania informacji na temat przekonań pacjenta, jego lęków. Musimy też umieć te przekonania zmieniać, aby ponownie mógł się zaangażować w aktywność fizyczną, wrócić do pracy itd. Niestety głównie szkolimy się w procedurach, które nie są szczególnie pomocne. Jest to potężne wyzwanie dla systemu edukacji. Stworzyliśmy nawet wytyczne do programu nauczania na temat bólu, które implementują uczelnie na całym świecie. Ten program oparty jest na dowodach naukowych.

### ***Od czego powinien zacząć fizjoterapeuta, który chciałby skutecznie leczyć przewlekłe bóle?***

– Od zmiany własnych przekonań. Ta zmiana musi nastąpić w nas samych. Powinniśmy poświęcać więcej czasu na wysłuchanie pacjenta, zrozumienie jego myśli, odczuć, przekonań, nadziei i oczekiwań. Musimy poznać ich cel, a takim celem nie zawsze jest zmniejszenie dolegliwości. Kiedy zrozumiemy jego wartości i dowiemy się, czego chce, będziemy prowadzić w tym kierunku nasze działania, zamiast leczyć symptomy.

Z kolei gdy pacjent zobaczy postępy, jeżeli rozumie mechanizmy, jakie stoją za jego dysfunkcją, będzie się zmieniał. To jest udokumentowane. Przekonania ludzi wpływają na to, jak się zachowują. W naszym interesie jest więc edukowanie pacjentów w zakresie aktualnej wiedzy na temat bólu. Żeby to jednak robić, najpierw należy ją samemu osiąść. W ten sposób powoli, ale skutecznie rozprawimy się z mitami, a pacjenci skorzystają z naszej skuteczności.

***Tego życzę nam wszystkim. Dziękuję za rozmowę!***