

9. A NONVERBÁLIS KOMMUNIKÁCIÓ A KRÓNIKUS FÁJDALOMMAL ÉLŐ BETEGEK NORVÉG TÍPUSÚ PSZICHOMOTOROS FELMÉRÉSÉBEN

Marika Kiviluoma-Ylitalo

9.1 Krónikus fájdalom

A krónikus vagy tartós fájdalom olyan fájdalom, amely gyógyszeres vagy egyéb kezelés ellenére 12 hétnél hosszabb ideig tart. A legtöbb ember egy sérülést vagy műtétet követő fájdalom után visszatér megszokott életéhez. Néha azonban a fájdalom hosszabb ideig tart, sérülés vagy műtéti előzmény nélkül jelentkezik. (NHS, 2023) Az International Association for the Study of Pain (IASP, 2023) a krónikus fájdalmat „három hónapnál hosszabb ideig fennálló vagy visszatérő fájdalomként” definiálja.

A tartós mozgásszervi fájdalmat csökkent fizikai funkció jellemzi, amely gyakran szorongással és depresszióval társul, valamint más egészségi állapotok kialakulásának fokozott kockázatával, korai nyugdíjazással, anyagi helyzet romlásával és társadalmi részvétel csökkenésével, valamint bármilyen okból bekövetkező halálozás emelkedésével (WHO, 2022).

A fájdalom kellemetlen érzékszervi és érzelmi élmény, amelynek az értelmezése az élettörténeten keresztül történik. Alapvető fontosságú megérteni, hogy mi a fájdalom szubjektív jelentése. A krónikus fájdalom az egész embert érinti. A multidiszciplináris holisztikus rehabilitációban elengedhetetlenül fontos a páciens pszichológiai szorongásával foglalkozni (Ojala et al., 2014).

A tartós mozgásszervi fájdalmat kiváltó és fenntartó tényezők betegenként eltérőek, de azonosításuk elengedhetetlen a célzott kezelés érdekében. A fizioterápia során számos tényező befolyásolja a kezelés kimenetelét (Dragesund & Oien, 2021). A norvég pszichomotoros fizioterápia (NPMP) gyakran alkalmazott módszer tartós fájdalommal és összetett egészségügyi panaszokkal küzdő betegek esetén (Dragesund & Oien, 2023).

9.1.1 Krónikus fájdalom és érzelmek

A negatív érzelmek és a krónikus fájdalom mélyen összefonódnak, kölcsönösen befolyásolják és súlyosbítják egymást. Ez a bonyolult kapcsolat jelentős hatással van az egyének mentális és fizikai jóllétére, és hangsúlyozza az olyan integrált kezelési megközelítések szükségességét, amelyek az egészség érzelmi és fizikai aspektusait egyaránt figyelembe veszik (Lumley et al., 2011).

A negatív érzelmek és a krónikus fájdalom közötti kölcsönhatás több biológiai mechanizmuson keresztül érhető meg. Az érzelmi szabályozásban részt vevő agyi területek, mint az amygdala és a prefrontális kéreg, átfedésben vannak a fájdalomjelzések feldolgozásáért felelős régiókkal, például az elülső cinguláris kéreggel és az insulával. Ez az átfedés azt jelenti, hogy az érzelmi állapotok közvetlenül befolyásolhatják a fájdalomérzékelést (Yang & Chang, 2019).

A neurotranszmitterek, mint például a szerotonin és a noradrenalin, kulcsszerepet játszanak mind a hangulat szabályozásában, mind a fájdalom modulációjában. E vegyi anyagok egyensúlyhiánya hozzájárulhat a depresszióhoz és a fokozott fájdalomérzékenységhoz. Ezenkívül a negatív érzelmekkel járó krónikus stressz a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely tartós aktiválódásához vezethet, ami gyulladásos reakciókat idézhet elő és súlyosbíthatja a fájdalmat (Bonanno, 2024).

A krónikus fájdalom olyan tartós fájdalom, amely több mint három hónapig fennáll, gyakran egyértelmű ok nélkül. Ez az elhúzódó kellemetlenség jelentősen ronthatja az életminőséget, és olyan negatív érzelmek sorozatát idézheti elő, mint a szorongás, depresszió és frusztráció. Ezek az érzelmek pedig felerősíthetik a fájdalomérzetet, létrehozva egy nehezen megszakítható ördögi kört (Lumley et al., 2011).

Depresszió: A depresszió gyakori a krónikus fájdalommal élők körében. A fájdalommal való állandó küzdelem a reménytelenség és a tehetetlenség érzéséhez vezethet, amelyek a depresszió jellemzői. Ezzel szemben a depresszió csökkentheti a fájdalomküszöböt, így az egyén érzékenyebbé válik a fájdalomra. Ez a kétirányú kapcsolat azt jelenti, hogy a depresszió kezelése néha enyhítheti a fájdalmat, a fájdalom kezelése pedig javíthatja a depressziós tüneteket (Sheng et al., 2017).

Szorongás: A szorongás gyakran együtt jár a krónikus fájdalommal, mivel az érintettek aggódnak fájdalmuk oka, jövőbeli következményei és a mindennapi tevékenységekkel való megbirkózásuk miatt. Ez a fokozott aggodalom izomfeszültséget, szapora szívverést és más élettani változásokat idézhet elő, amelyek súlyosbíthatják a fájdalmat. Ráadásul a szorongás elkerülő magatartásokhoz vezethet, csökkentve a fizikai aktivitást és a társas érintkezést, ami tovább növelheti a fájdalom súlyosságát és az általános egészségi állapot romlását (Burston et al., 2019).

Düh és frusztráció: A krónikus fájdalom haragot és frusztrációt is kiválthat, különösen akkor, ha korlátozza a tevékenységeket és rontja az életminőséget. Ezek az érzelmek stresszreakciókat idézhetnek elő a szervezetben, például fokozott kortizol- és adrenalintermelést, ami tovább súlyosbíthatja a fájdalomérzékelést. Emellett a harag megterhelheti a társas kapcsolatokat, társadalmi elszigetelődéshez vezethet, és eltávolíthatja azokat a támogató rendszereket, amelyek egyébként segíthetnének a fájdalom kezelésében (Dueñas et al., 2016).

9.1.2 Krónikus fájdalom és a mozgástól való félelem

A krónikus fájdalom nem csupán fizikai betegség, hanem egy összetett állapot, amely jelentősen befolyásolja az egyén pszichológiai és társas életének különböző aspektusait. A krónikus fájdalom egyik legjelentősebb pszichológiai hatása a mozgástól való félelem, más néven kinezifóbia. Ez a félelem egy olyan bénító ciklust idézhet elő, amelyben a fájdalom előzetes várakozása meggátolja a fizikai aktivitást, tovább súlyosbítva a fájdalmat és korlátozva az egyén mozgásképesességét (Mills et al., 2019).

A kinezifóbia a fizikai mozgástól és aktivitástól való irracionális és túlzott félelem, amely abból a meggyőződésből fakad, hogy ezek a tevékenységek fájdalmat vagy újabb sérülést okozhatnak. Ez a félelem különösen gyakori a krónikus fájdalommal élők körében, például hátfájás, fibromyalgia és ízületi gyulladás esetén. A mozgástól való félelem fokozott fájdalomérzékenységből és abból az előzetes várakozásból ered, hogy a mozgás tovább rontja az állapotukat (Bordeleau et al., 2022).

A mozgástól való félelem jelentős hatással lehet az egyén mentális egészségére. Gyakran vezet szorongáshoz és depresszióhoz, mivel az érintettek egyre inkább korlátozódnak mindennapi tevékenységeikben és társas kapcsolataikban. A mozgás és a fizikai aktivitás kerülése tehetetlenséghez, frusztrációhoz és elszigeteltséghez vezethet, tovább rontva pszichológiai jóllétüket (Li et al., 2023).

Szorongás és hipervigilancia: A krónikus fájdalommal élő egyének fokozott éberséget alakíthatnak ki testérzeteik iránt, folyamatosan figyelve a fájdalom jeleit. Ez a hiperéberség fokozott szorongáshoz vezethet, mivel még a legkisebb mozdulatokat is potenciális fenyegetésként érzékelik, állandó félelem és aggodalom állapotát teremtve (Esteve & Camacho, 2008).

Depresszió: A mozgástól való tartós félelem csökkentheti a kellemes tevékenységekben való részvételt, társas elszigetelődéshez és az általános életelégedettség csökkenéséhez vezethet. A fizikai aktivitás csökkenése szomorúságot, reménytelenséget és depressziót válthat ki, létrehozva egy negatív visszacsatolási hurkot, amelyben az érzelmi megterhelés tovább fokozza a fájdalomérzetet (Steger et al., 2009).

A mozgástól való félelem fizikai leépüléshez vezethet, amely során az izmok meggyengülnek, az ízületek pedig merevvé válnak a használat hiánya miatt. Ez egy paradox helyzetet hoz létre, ahol éppen a mozgást megakadályozó félelem vezet olyan körülményekhez, amelyek fokozzák a fájdalmat. (Physiopedia: Kinezifóbia, 2024).

Izomsorvadás: A fizikai aktivitás kerülése izomsorvadást és izomgyengeséget eredményez. A gyengébb izmok kevesebb támaszt nyújtanak a vázrendszer számára, növelve az ízületek és más struktúrák terhelését, ami fokozhatja a fájdalmat (Ambegaonkar et al., 2024).

Merevség és csökkent mozgékonyság: A mozgás hiánya ízületi merevséghez és csökkent rugalmassághoz vezet. Idővel ez a mozgástartomány beszűkülését és a mindennapi feladatok elvégzésének nehézségét okozhatja, tovább csökkentve a mozgás iránti hajlandóságot, és fenntartva a fájdalom és félelem ördögi körét (Ambegaonkar et al., 2024).

9.2 Norvég pszichomotoros terápia

A norvég pszichomotoros terápia holisztikus megközelítést alkalmaz a beteg ellátásban, és az egészség bio-pszichoszociális modelljére épül. A testet elsősorban egy integrált, harmonikus egységnek tekinti. A tüneteket a test egyensúlyhiányának kifejeződéseként értelmezi, amelyek azt jelzik, hogy valami nincs rendben az egész test működésében. Az egész testtel végzett munka során a fájdalmas tünetek eltűnnek (Thornquist & Bunkan, 1991).

Az eljárás azon elven alapul, hogy a fizikai, pszichológiai és társadalmi helyzetekből eredő stressz hatással lehet a testre. Befolyásolja az izomtónust, a légzést, a testtartást ([posture](#)), a hajlékonyságot, az egyensúlyt ([balance](#)), and movements. és a mozgást. Mindezeket az elemeket figyelembe veszik a felmérés és a kezelés során a hatékony kezelés elérése érdekében (Probst & Skjaerven, 2017).

A norvég pszichomotoros terápia az izomfeszültség, a légzés, a mozgás és az érzelmek szabályozása és korlátozása közötti összefüggéseket vizsgálja. Pszichológiai szempontból az izomfeszültség az érzelemszabályozás egyik mechanizmusaként értelmezhető. Az izomfeszültség kontrollálásával az egyén képes kezelni érzéseit. Ez a feszültség természeténél fogva érzelmi komponenst is tartalmaz. Gyakran elfojtjuk és elutasítjuk mindazt, amit fenyegetőnek érzékelünk. Ennek következtében az izomfeszültség elengedése egyben a kontroll elengedésével is jár. A feszültség oldása bátorságot igényel az elfojtott érzelmek felismeréséhez. Lényegében a feszült izmok ellazítása annak a hajlandóságnak a jele, hogy az egyén szembenézzon és tudomásul vegye az elnyomott érzéseit (Thornquist & Bunkan, 1991).

9.2.1 Norvég pszichomotoros felmérés

A páciens állapotfelmérése lehetővé teszi számunkra, hogy eldöntsük, hogy megfelelő-e az egyén számára a pszichomotoros terápia.

Az állapotfelmérés részei:

- Kórelőzmény rögzítése
- A test vizsgálata: testtartás, légzés, fizikai funkciók és reakciók

- A páciens vizsgálatra adott reakciója

Előnyösebb, ha a vizsgálat fehérműben történik, de ha a páciens kényelmetlenül érzi magát, a fizioterapeuta ruhán keresztül is végezheti a tapintásos vizsgálatot. Ezt követően kezdi meg a fizioterapeuta a testtartással, a mozgásokkal és a testösszetétellel kapcsolatos vizsgálatot, amely sorrendje a páciens állapotától függően változhat.

A fizioterapeuta és a páciens között folyamatos interakció történik az állapotfelmérés során. Az vizsgálat hangsúlya a légzésen és a mozgáson van. A vizsgálat körülbelül fél órát vesz igénybe, és nem ajánlatos meghosszabbítani.

A fizioterapeuta a vizsgálat folyamán végig figyeli a páciens vegetatív idegrendszeri reakcióit, érzelmi reakcióit, testtudatosságát és a vizsgálatból eredő általános érzéseit azért, hogy a páciensben is tudatossá váljon.

KÖRELŐZMÉNY ÉS A PÁCIENS ÉLETTÖRTÉNETÉNEK KIEMELT FONTOSSÁGA

Természetes funkciók

Milyen típusú fizikai problémákat tapasztalt eddig a páciens? Nemcsak a mozgásszervi problémák érdekesek, hanem minden testi funkció: gyomorfájdalom, emésztési problémák, alvászavarok, hormonális zavarok stb. A természetes funkcióival kapcsolatos kérdések, amelyek vegetatív és hormonális állapotokat is érintenek, fontosak, mivel hasznos információval szolgálnak a páciens általános egészségi állapotáról.

Figyelem! Szoros összefüggés van az érzelmek és a vegetatív reakciók között. Gyomorfájás vagy szívdobogás jelentkezik, amikor aggódunk vagy idegesek vagyunk. Az autonóm zavarok és diszfunkciók általában az érzelmi és mentális stressz kifejeződése lehet.

Korábbi sérülések és betegségek

Bármilyen oka, a fájdalom reflexes izomfeszültséghez vezet. Ez rossz, hatástalan mozgásmintát is eredményezhet. A negatív reflexminták miatt rossz mozgási szokások és a test nem hatékony használata alakulhat ki. Sérülés következtében aszimmetrikus feszülés és terhelés léphet fel. A páciens korábbi betegségeinek, sérüléseinek és műtéteinek ismerete diagnosztikai szempontból érdekes, és a kezelés adagolásának beállításában.

Figyelem! Különösen fontos tudni, hogy mi történik a légzőszervekkel.

A fizikai problémák azok, amelyek hozzánk vezetnek a páciens. Ezeknek kell elsőbbséget élvezniük. Egyéb információk, pl. házassági problémák, családi nehézségek stb. idővel tárulnak fel, amikor a kapcsolat és a bizalom kialakul. Nemcsak a páciens életéről kell információt szerezni, hanem arról is, hogy a páciens hogyan éli meg azt.

TESTTARTÁS

Bármilyen testtartás, amely a középvonalhoz képest aszimmetrikus, azt jelzi, hogy valahol a testben rendellenes feszülés van. Ideális testtartásban a feszültség egyenletesen oszlik el a test elülső és hátsó része között. A gerinc görbületei a medence és az alsó végtagok helyzetéhez igazodnak. A felső végtagok, a vállak és a fej helyzete szintén hatással van az általános testtartásra. Mindenkinek saját jellegzetes testtartása alakul ki gyermekkorától kezdve. Fizikai tényezők, mint például a mozgásszervi sérülések, valamint pszichológiai tényezők, mint az érzelmek, feldolgozatlan traumák és stressz szintje is befolyásolhatják a testtartást. A testtartás információt nyújthat a páciens általános életszemléletéről is.

Bunkan 3 fő testtartástípust különböztet meg a pszichológiai állapot alapján. Bizonyíték van arra, hogy a stressz és az élet bizonytalansága hatással van a testtartásra.

1. Ezt a fajta testtartást flexor testtartásnak nevezik. Közös jellemzője a hajlító izmok, különösen a hasizmok erős összehúzódása, a felső végtagok inverziója, a könyök hajlítása, a karok pronációja, a kezek összekulcsolása előtt, a térdek és a gerinc hajlítása, a medence döntése, az alsó végtagok gyengesége és a légzés visszatartása.
2. A testtartás második típusa a kollabált testtartás. Néha nehéz elválasztani a flexor testtartástól. A fő különbség az, hogy az kollabált testtartásban az izmok hipotóniások, míg a flexor testtartásban hipertóniások. Összeesett testtartásban a medence és a fej előre felé helyezkedik el a központi tengelyhez képest.
3. A harmadik testtartástípus, amelyet Bunkan a könyvében említ, az extenziós testtartástípus. Ebben az esetben az egyén kihúzza magát, hogy elfedje a bizonytalanságát. Ezt a testtartást az izomfeszültség különbözteti meg az ideális testtartástól. Mint korábban említettük, az ideális testtartásban kiegyensúlyozott az extenzorok és a flexorok izomtónusa, míg az extenziós testtartás esetén az extenzor izmokban fokozott izomösszehúzódás van.

Figyelem! A lábak helyzete információt adhat az egyén testi-lelki erőforrásairól, arról, hogyan birkózik meg az élettel, hogyan néz szembe vele. Emellett a lábak helyzete hatással van az általános testtartásra, ezért ez fontos információval szolgálhat a fizioterapeuta számára.

A testtartást álló, ülő és fekvő helyzetben vizsgálják. Először megkérjük a páciens, hogy álljon a rá jellemző megszokott álló testtartásban. Ezt követően a fizioterapeuta megkéri a páciens, hogy vegye fel a standardizált vizsgálati testtartást: csípőszéles terpesz, párhuzamos lábak, nyújtott térd és 90 fokos talocruralis ízület. A testsúly nem helyezkedhet a lábujjakra, így ebben a testtartásban a páciens képes anélkül mozgatni a lábujjait, hogy a testtartása megváltozna. A testtartást a függőleges tengelyhez viszonyítva vizsgálják. A függőleges tengely az atlantooccipitalis ízületből indul ki, a nyaki és a mellkasi gerincen halad keresztül, a sacrum alsó részén, az alsó végtagok közepén át a talocruralis ízületig.

A fizioterapeuta felméri a test szimmetriáját és súlyeloszlását előlről, hátulról és oldalirányból. Ezt követően a fizioterapeuta azt figyeli, hogy van-e eltérés a közép és függőleges tengelyhez képest. Ha talál ilyet, akkor megjelöli, hol van és milyen mértékű. Két további fontos értékelő pont a gerinc és a medence: milyenek a gerincgörbületek (lumbális lordosis, háti kyphosis és nyaki lordosis), valamint a medence előre vagy hátrafelé billen-e.

Az álló testtartás felmérése után a fizioterapeuta megismétli a vizsgálatot ülő és fekvő helyzetben is, és megfigyeli, hogy vannak-e változások, amikor a gravitáció megszűnik. Fekvő helyzetben a fizioterapeuta megfigyeli, hogy a lábak zártak-e vagy sem, valamint, hogy a keresztcsont, a lapockák és a térdek érintkeznek-e a talajjal. Ha a páciens testtartása feszült volt álló helyzetben, de fekvő képes ellazulni, az azt jelzi, hogy vannak erőforrásai. Majd a fizioterapeuta megfigyeli, hogy ülő helyzetben milyen a páciens a testtartása, hol helyezkednek el a kezek és mi történik a gerinc görbületeivel.

LÉGZÉS

A légzést a tesztbatteria részeként vizsgálják a testtartás, a mozgás és az izmok konzisztenciájának vizsgálata során. A hangsúly az álló, ülő és fekvő helyzetben történő légzőmozgáson van. Az optimális légzőmozgás az alsó bordák területén történik, miközben a has és szegycsont enyhén felfelé és kifelé mozdul. A belégzés során a fő munkát a rekeszizom és a külső bordaközi izmok végzik. Ezenkívül van némi izomaktivitás a nyak és a váll felső légzőizmaiban is, de optimális légzés esetén ez kívülről alig látható. Kilégzéskor a belégzőizmok ellazulnak, a mellkasüreg süllyed, és a nyomás a mellkasüregből a hasüregbe helyeződik át. Kívülről nézve a has a kilégzéskor enyhén befelé mozdul.

Amikor a légzésmintázatban zavar keletkezik, a belégzés inkább akaratlagosan történik. Erőltetett belégzéskor összehúzódnak az orrlukak és a hangszalagok körüli izmok, a háttextenzorok, a fejbiccentő izom (sternocleidomastoideus), a bordaemelő izmok (scalenusok), valamint a nagy és kis mellizmok

(pectoralis major és minor). Ez a váll és a mellkas területén felfelé irányuló mozgást okoz. Erőltetett kilégzéskor a hasizmok és a belső bordaközi izmok aktiválódnak. Ez a hasizmok feszülését és rövidülését okozza.

Figyelem! Figyelje meg a légzési testtartást, a használt légzőizmokat, a mellkasi terület rugalmasságát, a légzésszámot, valamint a belégzés és a kilégzés közötti természetes szüneteket.

FUNKCIÓ

A mozgástervezet a mozgástartományról, az izomműködésről és a saját mozgásokról adnak információt. A vizsgálatok a páciens izommozgás mögötti mélyebb rezilienciájához kapcsolódnak, amely megmutatja milyen mértékben képes alkalmazkodni a helyzethez, valamint azt, hogy biztonságban érzi-e magát. A teszt sorozat a fő ízületi mozgástervezetből, a gerinc mobilitásának felméréséből áll, valamint olyan mozgásokat is vizsgál, amelyek megmutatják, hogy a páciens mennyire képes ellazulni a passzív mozgás közben. Ezeken felül a tesztek kiterjednek az egyensúly és a rugalmasság felmérésére is, mivel a megfeszült izmok instabilitást okozhatnak a testtartásban, amely mozgásszervi fájdalomhoz vezethet.

A funkcionális tesztek a test rugalmasságát és sokoldalúságát mérik. A funkcionális tesztek úgy fejlesztették ki, hogy holisztikus tulajdonságokról nyújtsanak információt. A mozgás akkor tekinthető jónak, ha szabadon áramlik és természetesen kísérik a test más részeinek mozgásai. Ha a szabad mozgásban és a nyújtási impulzusokban akadályok vannak, kevesebb a harmónia a test különböző részei között, amelyek így izomerőt igényelnek a mozgások kivitelezéséhez.

Figyelem! Derítse ki, milyen szünetek lépnek fel és milyen jellegű blokkok akadályozzák az egyént.

Ellazult, előre hajolt álló helyzet

A páciens áll előre hajolt testtartásban, a felsőtest lazán lóg lefelé, amennyire csak lehetséges.

- A karok lazán lógnak, a kezek a lábfejek fölött helyezkednek el.
- A hát egyenesen ívelt, a nyak ellazult.
- A térd nyújtva, a quadriceps aktivitás minimális.

Ebben a helyzetben történik az információk megbeszélése és összegyűjtése:

Mobilitás

- Az izmok és a lágyrészek rugalmassága
- Az ellazulási képesség és a nyak törzshöz való integrációja
- Az a képesség, hogy a felsőtest ellazult maradjon, miközben a lábak nyújtottak, stabilak és aktívak

Ülés nyújtott lábbal

A páciens zárt, nyújtott lábbal ül. A test hátsó részén lévő izmok nyúlnak meg.

Hogyan alkalmazkodik a személy ehhez a pozícióhoz? Annak érdekében, hogy lokalizáljuk és megkülönböztessük, hogy az alsó végtagok, a hát vagy a nyak esetén van-e a korlátozottság, ezeket a testrészeket egymástól függetlenül hajlítjuk be.

Figyelem! A test extenzorainak aktivitása a „húzd össze magad” minta része. Az extenzorok fokozott feszülése és statikus izommunkája idővel a nyújthatóság csökkenéséhez vezet.

A két funkcionális tesztre többé-kevésbé a „húzd össze magad” hozzáállás alakul ki válaszként az egyénnél. Azoknál az egyéneknél, akiknél csökkent az extenzorok nyújthatósága, gyakran a hajlító izmok rövidülése is tapasztalható. Más szóval, az egyén többé-kevésbé teljesen védekező és merev.

Szabad mozgások a test különböző részei között, izolált izomkontrakció és ellazulási képesség

A páciens mozdulatlanul áll miközben a fizioterapeuta enyhe nyomást fejt ki a páciens keresztcsontjára. Megfigyeli, hogyan mozog az egész test: merev vagy hullámszerűen mozog. Ez megmutathatja, hogy a páciens mennyire engedi átáramlani a mozgást a testén, és a fizioterapeuta megfigyelheti hol akad el meg a mozgás. A páciens arra kéri, engedje, hogy a mozgás akadálytalanul áramoljon a testén keresztül. Ha a páciens elveszíti az egyensúlyát, az annak a jele, hogy feszültség van a test valamelyik részén.

A vizsgálat hanyatt fekvő helyzetben a vállízület passzív mozgatásának flexiós helyzetben történő felmérésevel folytatódik. A fizioterapeuta azt figyeli, hogy a páciens hagyja-e, hogy a kezét mozgassák anélkül, hogy segítené a mozgást, vagy esetleg ellenáll a mozgatásnak. Ha a páciens rásegít vagy ellenáll a mozgatásnak, az azt mutatja, hogy nem képes passzív maradni. A passzív mozgástartomány vizsgálata a csípő- és térdízület hajlításával folytatódik, ugyanazokat az alapelveket figyelve, mint a vállízület vizsgálatakor. A vizsgálat utolsó része a nyaki gerinc passzív hajlítása és rotációja fekvő helyzetben.

A páciens ülőhelyzetben van. Először a páciens arra kéri, hogy hajoljon előre és görbítse a gerincét. A fizioterapeuta a fej, a hát felső és középső részének helyzetét vizsgálja. Ezután a páciens megkéri, hogy lassan egyenesítse ki a hátát, miközben a fizioterapeuta megfigyeli, hogy a mozgás az egész gerincben végbemegy-e, vagy vannak-e olyan részek, amelyek merevek maradnak. Ezenkívül a fizioterapeuta azt is vizsgálja, hogy a medence területe stabil marad-e a gerinc kiegyenesítése során. Az ülő helyzetben végzett vizsgálat utolsó része a térdemelés, amikor a fizioterapeuta a mozgásszabályozást figyeli.

Figyelem! Pszichológiai különbség van azok között, akik ellenállnak a passzív mozgatásnak, és azok között, akik segítik azt. Azok, akik ellenállnak, nehezen engedik át másnak az irányítást. Az ilyen személynek mély bizonytalanságérzete lehet, amely ellenőrizhetetlen ellenállásban nyilvánul meg. Az ellenállás olyan tényezőkből fakadhat, mint pl. a tiltakozás, fenntartás, szorongás, harag stb. Azok is bizonytalanságot fejeznek ki, akik segítik a passzív mozgást, s úgy tűnik, hogy mindez a negatív „egóval” áll kapcsolatban. „Nem vagyok elég jó”. „Segítenem kell, hogy elismerjenek”.

AZ IZOMZAT TAPINTÁSA

A vizsgálat során az egyes izomcsoportokat fekvő helyzetben tapintjuk, mivel ebben a testhelyzetben a gravitáció megszűnik és az egész test ellazul. A vizsgálathoz határozott kézmozdulatokat kell alkalmazni, hogy az izmok és a szövetek kitapinthatók legyenek. Az izomkonzisztencia felméréseinek alap gondolata az, hogy az izmok megfeszítése az egyik leggyakoribb védekező mechanizmus.

A tapintás során a fizioterapeuta elsősorban az izom méretére, az oldalak közötti esetleges eltérésekre, az izom feszességre és a páciens által érzett kényelmetlenségre figyel.

A fizioterapeuta színekkel jelöli a vizsgálati lapon, hogy az izomfeszülés nagyon magas, normális, vagy a normális izomtónus alatti. A képen a fizioterapeuta láthatja, hogy a feszesség vagy az izomtónus hiánya szimmetrikus-e, vagy csak bizonyos izomcsoportokat érint. Amikor a fizioterapeuta a tapintást végzi, megkérdezi a páciens, hogy ugyanezt érzi-e. Ha a fizioterapeuta és a páciens érzései megegyeznek, az azt jelzi, hogy a páciens jó testtudatossággal rendelkezik. Az érzelmi és autonóm idegrendszeri reakciókat szintén rögzítik.

VEGETATÍV IDEGRENSZERI REAKCIÓK

A vegetatív idegrendszert a paraszimpatikus és szimpatikus idegrendszer alkotja. A vegetatív idegrendszer szabályozza a légzést, az izmokat, a testtartást és a mozgást, valamint számos belső szerv, például a szívverés működését is. A paraszimpatikus idegrendszer felelős a „pihenj és eméssz” válaszokért, míg a szimpatikus a „menekülj vagy harcolj” válaszokért. A belső szervek mindkét idegrendszerhez kapcsolódnak, és attól függően, hogy melyik idegrendszer küldi az üzenetet, a működésük fokozódik vagy csökken az egészséges fenntartása érdekében.

A vegetatív idegrendszer reakcióit a felmérés mind a négy fő szakaszában vizsgálják. Ezek a reakciók fontos információkat árulhatnak el a beteg éberségéről, valamint arról, hogy a személy hogyan érzékeli a biztonságot és a veszélyt. A reakciókat az értékelés előtt, alatt és után értékelik. Ezek a reakciók lehetnek például: a bőrszín, a testhőmérséklet, a duzzanat, az izzadás vagy a fagyás, a szaglás vagy a légzés megváltozása. A cél az, hogy átfogó képet alkossunk a tünetekről, és erre vonatkozóan következtetést vonjunk le.

TESTTUDATOSSÁG

A testtudatosság nagyon fontos része az erőforrásainknak. Minél inkább tudatában vagyunk a testünknek, és minél jobb a testképünk, annál több erőforrással rendelkezünk. A testtudatosság azt jelenti, hogy képesek vagyunk érzékelni és tudatában lenni a testünkkel kapcsolatos történéseknek. A testrészek tudatossága döntő fontosságú az általános állapot szempontjából, és jelzi, hogy a páciens kapcsolatban van-e a testrészeivel, és hogy ezek a testrészek részei-e az önképének. A vizsgálat során a fizioterapeuta és a páciens meglátásainak összehasonlításával végig figyelemmel kísérik a testtudatosságot.

A norvég pszichomotoros terápia ellenjavallatai:

Mivel a pszichomotoros terápia központi eleme az egyén testi és lelki alkalmazkodási képessége, ez nem jelenti azt, hogy mindenki profitálhat ebből a terápiás formából. Ha a vizsgálat során a páciens nem képes alkalmazkodni, arra kell következtetni, hogy ez a terápia nem megfelelő számára. Fizikai, pszichológiai és szociális tényezők korlátozhatják a páciens lehetőségét arra, hogy kihasználja ennek a terápiának az előnyeit (Harjunen, 2020; Thornquist & Bunkan, 1991).

9.3 Nonverbális kommunikáció

A nonverbális kommunikáció üzenetek vagy jelek közvetítése nonverbális platformon keresztül, mint például a szemkontaktus, arckifejezések, gesztusok, testtartás, tárgyak használata, érintés és testbeszéd.

A nonverbális viselkedés a kommunikáció jelentős részét képezi; az interakciók során adott válaszok a nonverbális üzenetek tudatalatti észlelésén és értelmezésén alapulnak. Az intuíció és a tapasztalat révén a legtöbb fizioterapeuta olyan készségeket fejleszt ki, amelyek segítik őket a páciensek viselkedésének és reakcióinak megértésében. A nonverbális készségek tudatosabb alkalmazása és fontosságuk felismerése javíthatja a fizioterapeuta -páciens kapcsolatot, valamint a kezelés minőségét (Hargreaves, 1982).

A fizioterápiában a beteg aktív bevonásával zajló kommunikációt a betegközpontú kezelés alapjának tekintik. A fizioterápiával kapcsolatos kommunikációs kutatások rámutatnak arra, hogy a betegek aktív részvételi lehetőségeit gyakran korlátozza az, hogy a terapeuták a biomedikális tényekre és klinikai feladatokra összpontosítanak. A fizioterapeuták önismerete a kommunikáció terén, valamint a páciensekkel való kapcsolatteremtés módja kiemelten fontos. A betegek számára a jó kommunikáció elengedhetetlen ahhoz, hogy úgy érezzék, bevonják őket a kezelési folyamatba, és aktívan részt vesznek benne (Cooper, 2007). Általánosságban elmondható, hogy a betegközpontú fizioterápiáról szóló szakirodalom gyakran hangsúlyozza, hogy a fizioterápia mélyen a gyógyászat kultúrájában gyökerezik. Ennek következtében a fizioterapeuták gyakran bizonytalannak érzik magukat, amikor a saját szakterületükön – vagyis a fizikai testen – túlmutató kérdésekről kell beszélgetniük a betegekkel, például azok társas vagy érzelmi életéről (Mudge et al., 2014).

A kommunikáció az üzenetek küldésének és fogadásának folyamata, amely lehetővé teszi készségek, tudás és attitűdök megosztását. A kommunikáció alapvető klinikai készség, mivel segít a terapeuták és a páciensek közötti terápiás kapcsolat kialakításában. Az egészségügyben a hatékony kommunikációnak számos előnye

van, például javítja az egészségi állapotot, a funkcionális képességeket és a páciens elégedettségét (Physiopedia, 2023).

A hatékony kommunikáció a páciens és az ellátó között kétirányú párbeszédet igényel, amelyben mindkét fél tiszteletben tartja a másikat. Így mindkét fél képes:

1. információt cserélni
2. beszélni és hallgatni megszakítás nélkül
3. véleményt nyilvánítani
4. kérdéseket feltenni

A nonverbális kommunikáció a test, az arc vagy a hang használatával történő információátadást jelenti. Lehetővé teszi érzelmek és információk szavak nélküli közvetítését. Gyakran kiegészítő információt nyújt a hallgatónak, és néha ellentmondhat a kimondott üzenetnek.

A fizikai jelek széles skálájában megnyilvánulhat, például:

arckifejezések/gesztusok
testbeszéd/testtartás
szemkontaktus
vállvonogatás
mutogatás

A nonverbális kommunikációt egyéni és kulturális különbségek befolyásolhatják, mivel a különböző kultúrákban és emberek körében eltérő normákat és konvenciókat alkalmazhatnak a nonverbális jelzésekre vonatkozóan (Physiopedia, 2023).

9.3.1 A nonverbális kommunikáció interkulturális különbségei

A nonverbális kommunikáció – beleértve a gesztusokat, arckifejezéseket, testtartást, szemkontaktust és a testbeszéd egyéb formáit – kulcsszerepet játszik az emberi interakciókban. Ugyanakkor ezek értelmezése jelentősen eltérhet a különböző kultúrákban. Ezen interkulturális különbségek megértése elengedhetetlen a hatékony kommunikációhoz a globalizált világban.

Gesztusok

A gesztusok a nonverbális kommunikáció gyakori formái, azonban jelentésük kultúránként drámaian eltérhet.

Kézmozdulatok: Egy olyan egyszerű gesztus, mint a "tetszik" (hüvelykujj felmutatása), különböző kultúrákban eltérő jelentéssel bírhat. Sok nyugati országban az elismerés vagy a jóváhagyás jele, míg a Közel-Kelet és Dél-Amerika egyes részein sértő lehet. Hasonlóképpen, az "OK" jel (a hüvelyk- és mutatóujj kör alakban összezárása) az Egyesült Államokban pozitív jelentésű, azonban a mediterrán és dél-amerikai országokban udvariatlannak számíthat.

Bólogatás és fejrázás: A legtöbb nyugati kultúrában a bólogatás az egyetértést, míg a fejrázás az elutasítást jelzi. Ezzel szemben India és Bulgária bizonyos részein az oldalra döntött fej az egyetértést fejezheti ki, ami összezavarhatja azokat, akik nem ismerik ezt a kulturális normát.

Arckifejezések

Bár néhány arckifejezés univerzális – például a mosoly az örömet, a homlokráncolás az elégedetlenséget fejezi ki –, használatuk és kontextusuk kultúránként eltérhet.

Mosolygás: Sok ázsiai kultúrában a mosolygás nemcsak az öröm jele, hanem a kellemetlenség vagy zavar leplezésére is szolgálhat. Ezzel szemben a nyugati kultúrák gyakran kizárólag a barátságosság és boldogság jelének tekintik a mosolyt.

Szemkontaktus: A szemkontaktus normái széles skálán mozognak. A nyugati kultúrákban a szemkontaktus fenntartása gyakran a magabiztosság és figyelem jele. Ezzel szemben számos ázsiai, afrikai és közel-keleti kultúrában a hosszan tartó szemkontaktus konfrontatívnak vagy tiszteletlennek számíthat, különösen, ha tekintélyes személyekkel szemben alkalmazzák.

Testtartás és közelség

A testtartás és a személyes tér használata szintén eltérő üzeneteket hordozhat különböző kultúrákban.

Testtartás: Az Egyesült Államokban a laza testtartás a kényelem és könnyedség jele lehet. Japánban azonban, ahol a formalitás nagy jelentőséggel bír, a hivatalos, egyenes testtartás az elvárt a társas érintkezésekben.

Személyes tér: A proxemika, azaz a személyes tér tanulmányozása jelentős kulturális eltéréseket tár fel. A latin-amerikai és közel-keleti kultúrákban az emberek hajlamosak közelebb állni egymáshoz beszélgetés közben, ami a melegség és barátság jele. Ezzel szemben az észak-európai és észak-amerikai emberek általában nagyobb személyes teret részesítenek előnyben, és a túl közeli állást tolakodónak vagy fenyegetőnek érezhetik.

Érintés

Az érintés egy másik nem verbális jelzés, amelynek jelentése helyzettől függően változhat.

Kézfogások és üdvözlések: Az Egyesült Államokban és Európa nagy részén a határozott kézfogás elterjedt köszöntési forma és a magabiztosság jele. Ezzel szemben néhány ázsiai kultúrában a finom kézfogás vagy a meghajlás az illendőbb. Indiában a hagyományos üdvözlés a namaszté, amely során a kezeket összeteszik és enyhén meghajolnak, ezzel tiszteletet fejezve ki.

Nyilvános érintés és érzelemkifejezés: Sok nyugati kultúrában az enyhe érintések, például a kézfogások, ölelések és hátbaveregetések elfogadottak és gyakoriak. Ugyanakkor számos muszlim többségű országban a nyilvános érintkezés – még közeli barátok között is – nem kívánatos.

Csend

A csendnek is eltérő jelentése lehet az egyes kultúrákban.

Csend, mint tisztelet jele: Japánban és Finnországban a csend gyakran a tisztelet és elmélkedés jele. Az emberek gyakran szünetet tartanak válaszadás előtt, hogy megmutassák, alaposan átgondolják a hallottakat. Ezzel szemben az Egyesült Államokban a hosszú csend kínosnak vagy egyet nem értés jelének tűnhet.

Kommunikációs stílus: A magas kontextusú kommunikációs stílusokkal rendelkező kultúrákban, mint például Ázsia és a Közel-Kelet, inkább a nonverbális jelzésekre és az üzenet kontextusára támaszkodnak, nem pedig magukra a szavakra. Ezzel szemben az alacsony kontextusú kultúrák – például az Egyesült Államok és Németország – az egyértelmű és direkt verbális kommunikációt részesítik előnyben, ahol a szavak a legfontosabb jelentéshordozók.

Az interkulturális különbségek megértése a nonverbális kommunikációban kulcsfontosságú a hatékony és tiszteletteljes interakciók elősegítésében. E különbségek felismerése és azokhoz való alkalmazkodás segíthet megelőzni a félreértéseket, erősíteni a kapcsolatokat, valamint gördülékenyebbé tenni a kommunikációt a különböző kultúrák között. Ahogy a globalizáció egyre közelebb hozza egymáshoz a különböző kultúrákat, a kulturális érzékenység és tudatosság fejlesztése egyre fontosabbá válik a személyes, társadalmi és szakmai siker szempontjából (Reynolds & Valentine, 2004).

9.4 Együttműködés pszichiáterekkel/ pszichológusokkal

A fizioterapeuták sok olyan pácienset fogadnak pszichomotoros terápiára, akik kezdetben nem látják az összefüggést a testi és érzelmi/társas problémáik között. A pszichomotoros terápia célja, hogy a páciensek mélyebb kapcsolatba kerüljenek érzelmi életükkel. Amikor változások vannak a testben és a légzés felszabadul, a páciens alaposabban érzékeli azokat.

Ha a konfliktusok és érzelmek problémává válnak, vagy a kezelés megakad, akkor a pszichoterápia aktuálissá válik.

Általában a pszichomotoros terápia és a pszichoterápia kombinációját alkalmazzák. A pszichomotoros terápia akkor a leghatékonyabb, ha azonnal pszichoterápia követi.

Ha a páciens élete tele van konfliktusokkal, akkor lehetséges, hogy egy ideig a pszichoterápia önmagában is elegendőnek bizonyul. Ritkán szükséges teljesen abbahagyni a pszichomotoros terápiát, mivel alkalmas lehet a páciens stabilizálására. Másképp fogalmazva, segítsen a páciensnek, hogy a saját lábára álljon, hogy könnyebben nézzen szembe a valósággal.

Az érzelmi válságok mérlegelésekor a nyugtatók és az antidepresszánsok használata korlátozott ideig hasznos lehet.

Felhasznált irodalom

- Ahlisen, B. & Nilsen, A. 2022. Getting in touch: Communication in physical therapy practice and the multiple functions of language. *Front. Rehabil. Sci.* Volume 3 - 2022 | <https://doi.org/10.3389/fresc.2022.882099>
- Ambegaonkar JP, Jordan M, Wiese KR, Caswell SV. Kinesiophobia in Injured Athletes: A Systematic Review. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*. 2024; 9(2):78. <https://doi.org/10.3390/jfmk9020078>
- Australian Physiotherapy Association. 2023. Respecting boundaries. <https://australian.physio/inmotion/respecting-boundaries>
- Bonanno M, Papa D, Cerasa A, Maggio MG, Calabrò RS. Psycho-Neuroendocrinology in the Rehabilitation Field: Focus on the Complex Interplay between Stress and Pain. *Medicina*. 2024; 60(2):285. <https://doi.org/10.3390/medicina60020285>
- Bordeleau M, Vincenot M, Lefevre S, Duport A, Seggio L, Breton T, Lelard T, Serra E, Roussel N, Neves JFD, Léonard G. Treatments for kinesiophobia in people with chronic pain: A scoping review. *Front Behav Neurosci*. 2022 Sep 20;16:933483. doi: 10.3389/fnbeh.2022.933483. PMID: 36204486; PMCID: PMC9531655.
- Burston JJ, Valdes AM, Woodhams SG, Mapp PI, Stocks J, Watson DJG, Gowler PRW, Xu L, Sagar DR, Fernandes G, Frowd N, Marshall L, Zhang W, Doherty M, Walsh DA, Chapman V. The impact of anxiety on chronic musculoskeletal pain and the role of astrocyte activation. *Pain*. 2019 Mar;160(3):658-669. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001445. PMID: 30779717; PMCID: PMC6407811.
- Cooper K, Smith BH, Hancock E. 2007. Patient-centredness in physiotherapy from the perspective of the chronic low back pain patient. *Physiotherapy*. 94:244–52.
- Dragesund, T. & Oien, A. 2023. Norwegian psychomotor physiotherapy: A scoping review. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/norwegian-psychomotor-physiotherapy-a-scoping-review/146142>
- Dragesund, T. & Oien, A. 2021. Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *PHYSIOTHERAPY THEORY AND PRACTICE* <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- Dragesund T, Kvåle A. Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain—a randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*. 2016 Dec;17(1):1-9
- Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *J Pain Res*. 2016 Jun 28;9:457-67. doi: 10.2147/JPR.S105892. PMID: 27418853; PMCID: PMC4935027.
- Esteve, Rosa & Camacho, Laura. (2008). Anxiety sensitivity, body vigilance and fear of pain. *Behaviour research and therapy*. 46. 715-27. 10.1016/j.brat.2008.02.012.
- Harjunen, E. 2020. ROBE - Resource oriented body examination - workshop for physiotherapy students. Bachelor thesis. Satakunta university of Applied Sciences. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/780689/Harjunen_Emlia.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2010. Psykofyysinen ihminen.
- Helsinki: WSOYpro Oy/Hargreaves, S. 1982. The relevance of non-verbal communication in physiotherapy. *Aust J Physiother*. 28 (4):19-22.
- Härkönen, U., Muhonen, M., Matinheikki-Kokko, K., Sipari, S. 2016. Psykofyysinen fysioterapia kuntoutusmuotona. Kuntoutuksen vaikutukset ja hyödyt asiakas- ja ammattilaiskokemusten sekä kirjallisuuskatsauksen valossa. KELA. Työpapereita 97/2016
- International Association for the Study of Pain. 2023. Definitions of chronic pain syndromes. <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>
- Li L, Sun Y, Qin H, Zhou J, Yang X, Li A, Zhang J, Zhang Y. A scientometric analysis and visualization of kinesiophobia research from 2002 to 2022: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Nov 3;102(44):e35872. doi: 10.1097/MD.00000000000035872. PMID: 37932995; PMCID: PMC10627652.
- Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A, Radcliffe AM, Porter LS, Schubiner H, Keefe FJ. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol*. 2011 Sep;67(9):942-68. doi: 10.1002/jclp.20816. Epub 2011 Jun 6. PMID: 21647882; PMCID: PMC3152687.
- Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019 Aug;123(2):e273-e283. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023. Epub 2019 May 10. PMID: 31079836; PMCID: PMC6676152.

- Mudge S, Stretton C, Kayes N. 2014. Are physiotherapists comfortable with personcentred practice? An autoethnographic insight. *Disabil Rehabil.* 36:457– 63.
- Nicholls, D. & Gibson, B. 2010. The Body and Physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(8):497–509. DOI: 10.3109/09593981003710316
- NHS. 2023. Chronic pain. <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/brain-nerves-and-spinal-cord/chronic-pain>
- Ojala, T., Häkkinen A., Karppinen, J., Sipilä, K., Suutama, T., Piirainen, A. 2014. Chronic pain affects the whole person – a phenomenological study. *Disabil Rehabil, Early Online*: 1–9. Ol: 10.3109/09638288.2014.923522
- Physiopedia.2024. Kinesiophobia. <https://www.physio-pedia.com/Kinesiophobia>
- Physiopedia. 2023. Modes of communication. https://www.physio-pedia.com/Modes_of_Communication
- Physiopedia. 2023. Psychomotor Physical Therapy. https://www.physio-pedia.com/Psychomotor_Physical_Therapy
- Probst, M. & Skjaerven, L. (edit.) 2017. *Physiotherapy in mental health and psychiatry. A scientific and clinical based approach.* Elsevier
- Reynolds, S., & Valentine, D. (2004). *Guide to cross-cultural communication.* Pearson Prentice Hall.
- Sheng J, Liu S, Wang Y, Cui R, Zhang X. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain. *Neural Plast.* 2017;2017:9724371. doi: 10.1155/2017/9724371. Epub 2017 Jun 19. PMID: 28706741; PMCID: PMC5494581.
- Steger MF, Kashdan TB. Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-Being. *J Couns Psychol.* 2009 Apr;56(2):289-300. doi: 10.1037/a0015416. PMID: 20428460; PMCID: PMC2860146.
- Thornquist, E. & Bunkan, H. 1991. *What is Psychomotor therapy.* Norwegian University Press
- WHO. Musculoskeletal conditions. Key facts 2022 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- Yang S, Chang MC. Chronic Pain: Structural and Functional Changes in Brain Structures and Associated Negative Affective States. *Int J Mol Sci.* 2019 Jun 26;20(13):3130. doi: 10.3390/ijms20133130. PMID: 31248061; PMCID: PMC6650904.