

HISTORIA PRZYPADKU: MAGGIE

W całej książce będę przedstawiał prawdziwe historie pacjentów, by zobrazować to, o czym opowiadam. Dowiesz się trochę o ich życiu i o tym, dlaczego przyszli do mojej kliniki, spróbuję też pokazać ci, w jaki sposób prawie wszystkim poprawiło się samopoczucie, gdy zrozumieli i przezwyciężyli ból. Oczywiście zmieniłem imiona i szczegóły pozwalające na ich identyfikację, by nie łamać tajemnicy lekarskiej, ale wszystkie przykłady, które przedstawiam, są prawdziwe.

Zacznijmy od Maggie, która miała 65 lat, kiedy pierwszy raz przyszła do mojej kliniki. Maggie jest inteligentną kobietą, pracowała na wysokim stanowisku administracyjnym w dużym szpitalu, zanim przeszła na emeryturę. Żyła sama, odkąd została wdową.

Przyszła do mnie po sześciu miesiącach od chwili, gdy zimą pośliznęła się na śniegu i złamała lewe kolano. Uszkodzenie przecinało staw, gdzie kość podudzia przyjmuje cały ciężar kolana. Nie było to złamanie z przemieszczeniem, dlatego w szpitalu zdecydowano, że zostanie pozostawione do zrośnięcia bez operacji. Jednak noga Maggie zbyt długo była usztywniona ze względu na problemy w komunikacji między ekspertami, którzy ją leczyli. Gdy do mnie przyszła, odczuwała silny ból i musiała

chodzić o kuli. Miała wrażenie, że ból przemieszcza się po lewej stronie ciała do pleców i szyi niczym „rozchodząca się zgnilizna”. Nie zaproponowano jej wystarczającej fizykoterapii przed zwolnieniem ze szpitala.

Kiedy się u mnie pojawiła, czuła lęk przed wychodzeniem z domu i widziała przed sobą jedynie ponurą przyszłość pełną bólu i samotności. Dawna skłonność do ulegania zmorze depresji zaczęła przejmować kontrolę. Przed wypadkiem Maggie uwielbiała podróże – gdy do niego doszło, była świeżo po wycieczce do Nowej Zelandii – i nie bała się niczego, co stawiał na jej drodze świat. Ale teraz wszystko to jej odebrano, a w dodatku rzadziej widywała się ze znajomymi, którzy nadal cieszyli się życiem.

Od momentu złamania stała się dużo mniej aktywna, jej masa mięśniowa się zmniejszyła, a napięcie mięśni – pogorszyło, trudniej było jej także zachować równowagę, co jest szczególnie istotne u osób po 65. roku życia. W takim stanie silnego osłabienia prawdopodobne było, że przydarzy jej się kolejny upadek, podczas którego złamie biodro albo stanie się coś gorszego. Przykuta do łóżka byłaby bardziej zagrożona infekcją płuc lub nerek, która mogłaby się okazać śmiertelna. Bałem się, że chroniczny ból, który odczuwała Maggie, może dosłownie ją zabić, jeśli nie uda się odmienić jej życia zarówno pod względem psychicznym, jak i fizjologicznym.

Należało przepracować wszystkie elementy bólu Maggie – biologiczne, społeczne i psychologiczne. Moim pierwszym zadaniem było przekonanie jej, że ją wspieramy i że może się z nami skontaktować, gdyby doszło do kryzysu. Ciągle się martwiła, że się przewróci w drodze do sklepu. Bardzo tęskniła za mężem. Porozmawialiśmy o nim i o tym, że chciałby, by się nie poddawała. Ustaliliśmy też dość realistyczny cel – że za rok pojedzie na wakacje, bo to była jej pasja. Samo przyjęcie tej myśli nieco poprawiło jej nastrój. Wyjaśniłem, że pomimo tego, co czuje – rozprzestrzeniania i nasilania się bólu – początkowy uraz, choć bolesny i kiepsko leczony, zagoił się w ciągu minionych sześciu miesięcy. Kości i tkanki są w stanie się zrosnąć bez żadnej pomocy. Pokrzepienie, a także łagodna mobilizacja nogi dały jej pewność siebie, która pozwoliła niemal od razu bardziej obciążyć kończynę.

Jej problemem były teraz odgórne procesy związane z neuropodpisem powstałym w mózgu w związku z urazem i wynikającym z niego trwającym bólem. „Węzłów” doświadczenia bólu było wiele. Po pierwsze psychologiczne – miały formę gniewu wynikającego z kiepskiego leczenia i zaniedbania przez lekarzy; lęku przed tym, co przyniesie przyszłość i przed niezdolnością do poruszania się bez bólu; poczucia utraty przyjaciół, których – jak się zdawało – nie obchodzi jej los, a także męża, który mógłby o nią zadbać, przejąć kontrolę i wiedziałby, co

zrobić. Nie znosiła spuchniętego kolana i uważała, że jej ciało jest oszpecone. Nie chciała nim poruszać, bo uważała, że jest zepsute i zniekształcone. Po drugie występował element społeczny – nie utrzymywała kontaktów z bratem, była zbyt dumna, by poprosić o pomoc, a przyjaciele przestali dzwonić. Jej mieszkanie znajdowało się na wyższym piętrze, a winda nie zawsze działała. Właściciel budynku jej nie wspierał. Występował też czynnik biologiczny – kolano wciąż było nieco spuchnięte ze względu na brak aktywności i kiepski drenaż. Tkanki były napięte i obolałe, a mięśnie zanikały. Każdy z tych czynników, jeśli o nim pomyślała, mógł na nowo obudzić ból.

Już po pierwszej wizycie nastąpiła zmiana w Maggie, zmienił się też jej ból. Badanie manualne i mobilizacja pozwoliły na nowy rodzaj bezbolesnego ruchu. Maggie pozbyła się też bólu pleców, który pojawił się z powodu prób unikania nieprzyjemnych doznań podczas chodzenia. Potrzebnych było jeszcze kilka sesji, by zwiększyć mobilność. Jednak Maggie знаła już swoje cele i strategię, jaką musiała zastosować, by je osiągnąć. Była uzbrojona w ćwiczenia wprowadzane w odpowiednim tempie, a także odpowiednie środki przeciwbólowe, które umożliwiły jej funkcjonowanie i pozbycie się lęku przed ruchem. Zaleciłem, by zapisała się na siłownię, ponieważ na późniejszym etapie potrzebowała ciężarków do wzmacniania mięśni. Co najważniejsze, miała czytelny obraz tego, co się

dzieje, gdy wyjaśniłem jej, co powoduje jej ból i dlaczego nie oznacza on szkody.

Z radością donoszę, że Maggie skontaktowała się z przyjaciółmi, których zasmuciła wieść, że kobieta cierpiąca w milczeniu. Właśnie zarezerwowała wraz z nimi wycieczkę do Chile.