

Henryk Pędziwiatr

Psychosomatyczne aspekty wpływu terapii masażem leczniczym na chorych somatycznie

Psychosomatic aspects of massage therapy influence on the patients somatically ill

Instytut Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet Zielonogórski

Zagadnienia dotyczące wzajemnych powiązań sfery somatycznej i psychicznej człowieka zajmują naukę od czasów Kartezjusza. Współczesna myśl badawcza, takich dyscyplin naukowych, jak medycyna, psychologia w połączeniu z dyscyplinami pokrewnymi, które podejmuje zagadnienia dotyczące zdrowia i życia człowieka (filozofia, socjologia), zwraca się coraz częściej, ku założeniu, w którym niejako koniecznością staje się wielopłaszczyznowe podejście do diagnozowania i leczenia chorób oraz profilaktyki zdrowotnej, które określa się mianem psychosomatycznego lub holistycznego.

J. Tylka (14) definiuje psychosomatykę, jako *całościowe ujmowanie problemów człowieka chorego*. Można zatem powiedzieć, iż podejście psychosomatyczne do terapii wymaga zbadania wszystkich funkcji organizmu, prawidłowych i nieprawidłowych, w aspekcie powiązań fizjologiczno-psychologicznych, aby możliwe było integrowanie terapii somatycznej i psychicznej, jak również badanie wpływu oddziaływań stosowanej terapii, w kontekście psychosomatycznym.

Podejście takie wydaje się słuszne, jeśli wyjdzie się z założenia, iż człowiek jest naturą podmiotowo-osobową, w której trudno dokonać wyraźnego i jednoznacznego podziału, na część soma-

tyczną i część psychiczną. Mając na uwadze liczne sprzężenia zwrotne w procesach i reakcjach organizmu na czynniki wewnątrzorganiczne i wpływy środowiska zewnętrznego, które mają charakter psychofizyczny (np. reakcja na ból, stres), można powiedzieć, iż każdy rodzaj stosowanej terapii, dla przywrócenia jednostki do zdrowia oraz w celu utrzymania jej w zdrowiu, będzie miał charakter psychosomatyczny.

Obecnie psychoterapia somatyczna, wywodząca się z podejścia psychodynamicznego, wydobywa somatyczne aspekty funkcjonowania procesów rozwojowych (1, 11). Odwołuje się również do poza psychoterapeutycznych systemów wiedzy o ciele (ekspresja poprzez ruch, fizjoterapia, masaż). Teoria i praktyka psychoterapii poprzez ciało opiera się na założeniu jedności funkcjonalnej ciała i psychiki. Również W. Reich i F. M. Aleksander, działając terapeutycznie „przez ciało”, zwracali uwagę na jedność psychofizyczną organizmu, na wzajemne wyrażanie się i wpływanie na siebie sfer psychicznych i organicznych jednostki.

J. I. Kepner (7) uważa, iż wybiórcze oddziaływanie terapeutyczne tylko na jeden aspekt funkcjonalny jednostki lub też upatrywanie przyczyny dolegliwości, tylko w jakiejś jednej części, jest sztu-

cznym dzieleniem tego, co w rzeczywistości jest funkcjonalną jednością. Według niego zasadne jest integrujące podejście do pacjenta i terapii, w którym każdy proces (fizyczny, psychiczny, życiowy) jest częścią całości zawierającej aspekty somatyczne i psychiczne. Każdy objaw somatyczny (np. bóle w obrębie ramion i towarzyszące im napięcie mięśniowe) jest traktowany jako przejaw większej całości, która zawiera w sobie problem psychologiczny i jest jego formą ekspresji. Również każdy problem psychologiczny, obawa, niepewność, zmęczenie, zdenerwowanie, złość, agresja, są odzwierciedlane przez ciało w postaci napięć mięśniowych prowadzących do zmiany sylwetki. Wpływa to na ograniczenie swobody ruchów i prawidłowego funkcjonowania poszczególnych narządów.

Regulacja napięć mięśniowych (np. poprzez masaż) wpływa korzystnie między innymi na liczne schorzenia kręgosłupa, astmę oskrzelową (przywracając ruchomość klatki piersiowej i w sposób naturalny zwiększając przez to pojemność płuc) (13). Działa również pozytywnie na zaburzenia krążenia, zaburzenia układu pokarmowego, migreny, tiki nerwowe, jękanie się, nadpobudliwość, nerwice, depresje.

W doniesieniach naukowych rozważa się użycie masażu do prewencji problemów zdrowotnych i chorób wynikających ze stresu. Bowiernie stresowe doświadczenia objawiają się w ciele w postaci napięć mięśniowych, powodujących zaburzenia postawy i dezorganizację fizjologii. Efekty stresu prowadzą do zaburzeń snu, zaburzeń myślenia, dysfunkcji immunologicznych i innych przewlekłych chorób. Masaż jest sposobem mogącym łagodzić te problemy przez redukcję stresu, poprawę nastrojów depresyjnych, co demonstrowują wyniki badań w obrębie obniżenia poziomu lęku i hormonów stresowych (np. kortyzolu w ślinie) (5) oraz w obrębie poprawy rytmu sen – czuwania oraz obniżenia stresu, który był oznaczany poziomem kortyzolu,

adrenaliny i noradrenaliny w moczu (C. Dunn i inni, 1995). Wpływ masażu na emocje jest istotny, ponieważ emocje, jako stale obecne w naszym życiu zjawisko psychospołeczne i biologiczne, są przedmiotem zainteresowań wielu dyscyplin naukowych.

Szukając podstaw biologicznych emocji Joseph Le Doux (9) stwierdził, iż pomimo oczywistego znaczenia emocji w ludzkim życiu, naukowcy wciąż nie są w stanie w pełni zdefiniować tego zjawiska i jaki jest ich wpływ na procesy poznawcze oraz na ile zależą one od tych procesów. Niewątpliwie jednak emocje wchodzą w skład podstawowego systemu kontrolującego zachowanie, który skłania organizm do działania. Emocje pobudzają układ autonomiczny i hormonalny, przygotowując organizm do działania. Obecnie uważa się, że struktury limbiczne wraz z podwzgórzem i śródmózgowiem stanowią funkcjonalną całość i odgrywają zasadniczą rolę w zachowaniach emocjonalnych, jak również oddziałują na procesy uczenia się i ogólnie na poziom sprawności poznawczej człowieka.

W odniesieniu do powyższego interesująca wydaje się być koncepcja (12) miejscowo-hormonalnego i odruchowo-nerwowego działania masażu, w wyniku którego dostatecznie silny bodziec (masaż), po odcinkowym przepływie informacji na poziomie rdzenia kręgowego, może być przekazywany do ośrodków wegetatywnych w śródmózgowiu. Ponieważ ośrodki wegetatywne są pośrednio i słabo czynnościowo połączone z przysadką, to można przypuszczać, że istnieje wpływ na przysadkę, a w związku z tym można domniemać działanie masażu na układ wewnątrzwydzielniczy.

Według tej koncepcji, masaż tworzy również związki czynnościowe w zakresie miejscowego oddziaływania na krążenie i miejscową przemianę materii. Można więc przypuszczać, iż miejscowe działanie masażu na tkankę skórną i mięśnie związane jest z miejscowym oddziaływaniem na krążenie, a wtórnie

z działaniem na całe krążenie. Natomiast miejscowe oddziaływanie na przemianę materii wpływa na przemianę ogólną. Wymienione działania ogólne są związane ze sobą, ale także i z wszystkimi pozostałymi narządami. Można więc przypuszczać, iż masaż może oddziaływać na wiele funkcji ciała.

Hipoteza

Zasadna zatem staje się hipoteza, iż masaż medyczny mięśni górnej części tułowia i odcinka szyjnego kręgosłupa poprzez zmianę warunków dopływu krwi do czaszki, oraz zmianę napięcia mięśni w tym obszarze, może stymulująco wpływać na procesy fizjologiczne w mózgu, a wtórnie także na procesy poznawcze. Zatem zmiany zachodzące pod wpływem masażu mogą mieć charakter psychosomatyczny. Nie wyklucza to hipotezy innych mechanizmów oddziaływania masażu na procesy umysłowe np. przez obniżenie zahamowań emocjonalnych. Nie mniej jednak problem wpływu masażu na organizm ludzki jest dotąd mało poznany.

Weryfikację postawionej hipotezy przeprowadziłem na osobach chorych, u których stwierdzono zmiany w krzyżnicy kręgosłupa, w odcinku szyjnym, oraz występowały zmiany zwyrodnieniowe w tym obszarze. Ponieważ jest to choroba rozwijająca się długofalowo, prowadząc do zmian strukturalnych tkanki kostnej i tkanek ją otaczających, jak również powoduje szereg zmian czynnościowych np. ograniczenia ruchomości w tym odcinku, wzmożone napięcia mięśniowe

i zmiany naczynio-ruchowe oraz prowadzi do zmiany nastroju i emocjonalności chorych ze względu na długofalowy jej charakter.

Materiał

Aby zebrać materiał jednolity jako kryterium doboru w znacznym stopniu określające stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych przyjąłem występowanie objawu spłylenia lub wyrównania lordozy szyjnej przy zachowanej zdolności do pracy i wypoczynku. Objawy te łatwo stwierdzić i udokumentować. Wyrównanie lordozy szyjnej świadczy o znacznym zaawansowaniu procesu zwyrodnieniowego, który już wpływa negatywnie na funkcję podporową i ruchową kręgosłupa oraz może negatywnie wpływać na dopływ krwi do mózgowia. Do grupy badanej wprowadzałem pacjentki, które spełniały wymagania doboru pod kątem opisanych zmian w obszarze kręgosłupa szyjnego (kryteria włączające do grupy) bez innych chorób lub wdrożonego leczenia, które mogłyby zaburzać obserwowane wyniki (kryteria wykluczające z badania). Do grupy poddanej masażowi medycznemu przydzielano kobiety losowo, a do grupy kontrolnej dobierano uczestniczki tak, by w obu grupach znalazły się w równej liczbie kobiety podobne wiekiem, wykształceniem i nasileniem dolegliwości. Do każdej grupy dobrano 23 kobiety. Grupy porównywane miały podobny stopień zaawansowania zmian zwyrodnieniowych, co potwierdzają badania wstępne zarówno cech fizjologicznych jak i psychologicznych.

Tabela 1.
Rozkład wieku grupy eksperymentalnej i kontrolnej

Wiek	23 – 38	39 – 54	55 – 63	\bar{x}
Grupa eksperymentalna	6	14	3	42,2 lat
Grupa kontrolna	6	12	5	46,4 lat

W swoich założeniach, w sposób zamierzony dobrałem jednorodnie grupy pod względem płci i schorzenia, ponieważ

uważałem, że w takiej grupie pewniej będzie można uzyskać wiarygodne zaprzeczenie lub potwierdzenie postawionej hipotezy.

Grupa eksperymentalna – 23 osoby – poddana została masażowi. Wykonywano masaż klasyczny mięśni: czworobocznego, równoległobocznego, dźwigacza łopatki, zębatego przedniego, mostkowo-obojczykowo-sutkowego, mięśni piersiowego większego i piersiowego mniejszego oraz szczotkowanie dermatomów odcinka C kręgosłupa wg Gläsera - Dalicho (10), obustronnie tj. lewych i prawych. Zabiegi wykonywane były w pozycji leżenia na plecach dla mięśni piersiowych i w pozycji leżenia na boku dla mięśni obręczy barkowej i mięśni grzbietu. Pozycje te zapewniały optymalne rozluźnienie mięśni, z jednoczesnym zachowaniem komfortu pacjenta. Masaż aplikowano jednorazowo przez 30 minut, dwa razy w tygodniu, przez okres 8 tygodni; przy użyciu technik: szczotkowania, głaskania powierzchniowego i głębokiego oraz rozcierania. Przed pierwszym zabiegiem każdy badany został poddany pomiarom zakresu ruchu i testom psychologicznym. Badania zostały powtórzone po ostatnim masażu.

Grupa kontrolna – 23 osoby – nie otrzymała masażu, lecz podobnie jak grupa masowana została poddana badaniom fizjologicznym i psychologicznym, które zostały powtórzone po 8 tygodniach. Do weryfikacji zmian zachodzących pod wpływem masażu zostały zastosowane dwie grupy badań: badania fizjologiczne i psychologiczne.

Badania fizjologiczne

1. Pomiar liniowy ruchów czynnych odcinka szyjnego kręgosłupa – wykonane w sposób typowy: pomiar zgięcia, pomiar wyprost, pomiar zgięcia boczno (skłonu), pomiar skrętu.
2. Pomiar liniowy obwodu klatki piersiowej i badanie spirometryczne pozwalające zmierzyć pojemność życiową płuc.

Badania psychologiczne

3. Elementy *Skali Inteligencji* D. Wechslera:

- powtarzanie liczb – mierzy zakres pamięci bezpośredniej i koncentracji uwagi;
 - symbole cyfr – mierzy zdolność uczenia się nowych umiejętności oraz sprawność motoryczną;
 - wzory z klocków – bada zdolność spostrzegania i analizowania form, umiejętności rozpoznawania konfiguracji; mierzy koordynację wzrokowo - ruchową oraz zdolność do analizy i syntezy wzrokowej.
4. *Test Bender* służący ocenie poziomu rozwoju integracji wzrokowo-ruchowej oraz diagnozowaniu uszkodzeń organicznych mózgu. Polega na dokładnym przerysowaniu przez pacjenta pokazywanych wzorcowych figur geometrycznych.

Metodologia

Do oceny statystycznej otrzymanych wyników badań użyłem dwóch testów: parametrycznego – ANOVA dwuczynnikowej analizy wariancji (F), dla wyników badań grup o rozkładzie normalnym, jako jednego z najbardziej konserwatywnych testów stosowanych w analizie statystycznej badań psychologicznych, socjologicznych czy pedagogicznych.(2); oraz testu nieparametrycznego – ANOVA rang Kruskala-Wallisa dla oceny wyników badań grup o rozkładzie nie spełniającym warunków rozkładu normalnego. Testu parametrycznego użyłem do analizy statystycznej wyników ruchomości kręgosłupa szyjnego (zgięcie, wyprost, skłon w prawo). Pozostałe wyniki badań fizjologicznych: życiowa pojemność oddechowa, ruchomość klatki piersiowej, ruchomość kręgosłupa szyjnego (skłon w lewo, skręt w lewo, skręt w prawo), oraz badań psychologicznych: elementy *Skali Inteligencji* Wechslera (powtarzanie liczb, symbole cyfr, wzory z klocków) i *Testu Bender* poddane zostały analizie statystycznej przy użyciu testu nieparametrycznego – ANOVA rang Kruskala-Wallisa.

Za kryterium istotności statystycznej, które winno być spełnione, aby można było uznać różnice za istotne, przyjęłem wielkość $p \leq 0,05$.

Wyniki badań

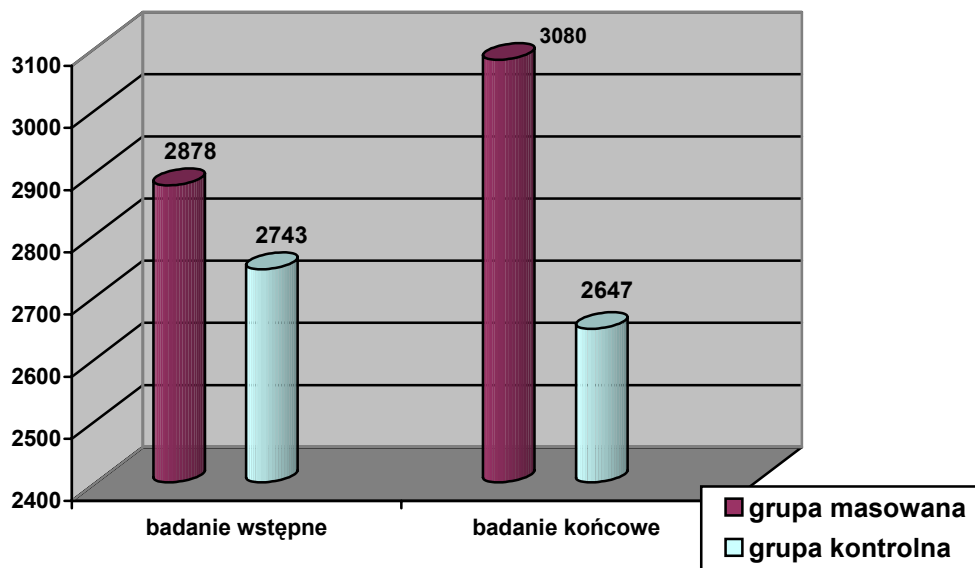
Wyniki badania zmian ruchomości klatki piersiowej

Ruchomość klatki piersiowej oceniono dwoma metodami: za pomocą pomiaru pojemności życiowej płuc oraz za pomocą

pomiaru ruchomości oddechowej. Średnie arytmetyczne pojemności życiowej płuc i ruchomości oddechowej klatki piersiowej mieszczą się w wartościach przeciętnych dla badanej populacji.

Po serii masaży wzrosła średnia pojemność życiowa płuc o około 6,5%, podczas gdy w grupie kontrolnej przy końcu obserwacji średnia pojemność życiowa zmniejszyła się o około 4%, przy $p = 0,022$.

wyk.1 Wyniki pomiaru pojemności życiowej płuc w badanych grupach [ml]



Natomiast średnia ruchomość oddechowa klatki piersiowej, po zastosowaniu masażu, wzrosła średnio o 38,7%. W grupie kontrolnej natomiast średnia ruchomość oddechowa klatki piersiowej zmalała w okresie obserwacji o około 20,4%, przy $p < 0,001$.

Wyniki badań zmian ruchomości kręgosłupa szyjnego

Zakresy ruchu kręgosłupa szyjnego w całej grupie badawczej, w badaniu wstępnym, odbiegały od ogólnie przy-

jętych norm. Stwierdzone zostało znaczne ograniczenie zakresu ruchów czynnych. W warunkach normy fizjologicznej zakres poszczególnych ruchów kręgosłupa szyjnego przedstawia się następująco: zgięcie 4-5 cm, wyprost ok. 8,5 cm, zgięcie boczne 7 cm, skręt 8,5 cm (8).

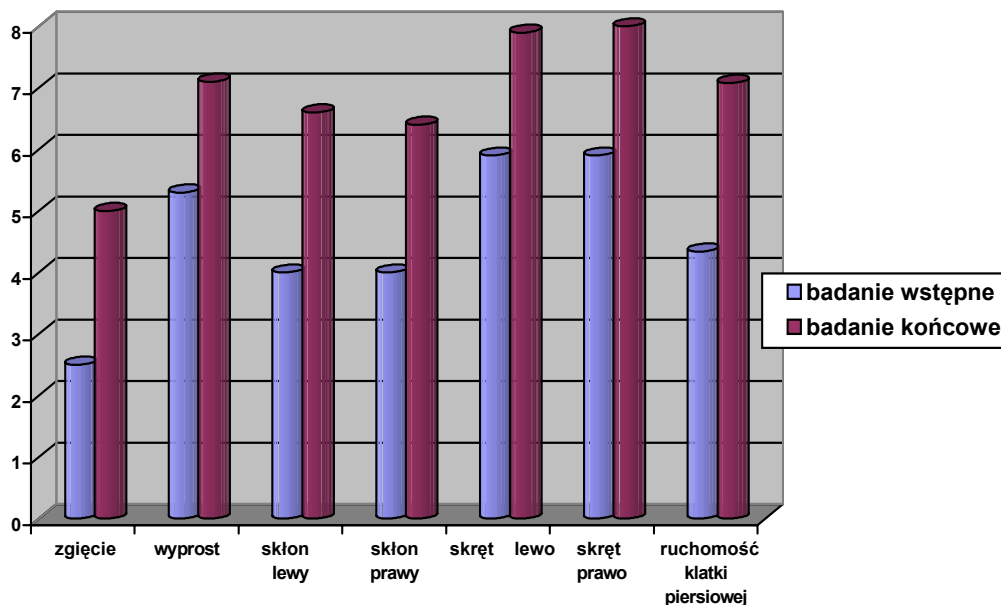
W grupie eksperymentalnej i kontrolnej średnia arytmetyczna ruchu zgięcia wyraziła się liczbą 2,5 cm (grupa masowana) i 3,7 cm (gr. kontrolna). Po zastosowaniu serii masaży średnia zakresu ruchu zgię-

cia w grupie masowanej zwiększyła się o 100%, a w grupie kontrolnej zmniejszyła się o 27,04%. Natomiast średnia arytmetyczna ruchu wyprost wyrażała się liczbą 5,3 cm (grupa masowana) i 5,5 cm (grupa kontrolna). W grupie masowanej średnia dla ruchu wyprost po serii masaży wzrosła o 33,96%, a w grupie kontrolnej przy końcu obserwacji zmniejszyła się o 14,45%. Następnym pomiarem był ruch skłonu. W pomiarach wstępnym średnia arytmetyczna skłonu w lewo wyrażała się liczbą 4,0 cm (grupa masowana) i 3,9 cm (grupa kontrolna). W grupie masowanej po serii masaży średnia skłonu w lewo wzrosła o 65%, a w grupie kontrolnej zmniejszyła się o 23,07%. W badaniu wstępnym średnia arytmetyczna skłonu w prawo wyrażała się liczbą 4,0 cm (grupa masowana) i 3,9 cm (grupa kontrolna). Po zastosowaniu serii masaży w grupie masowanej, średnia skłonu w prawo zwiększyła się

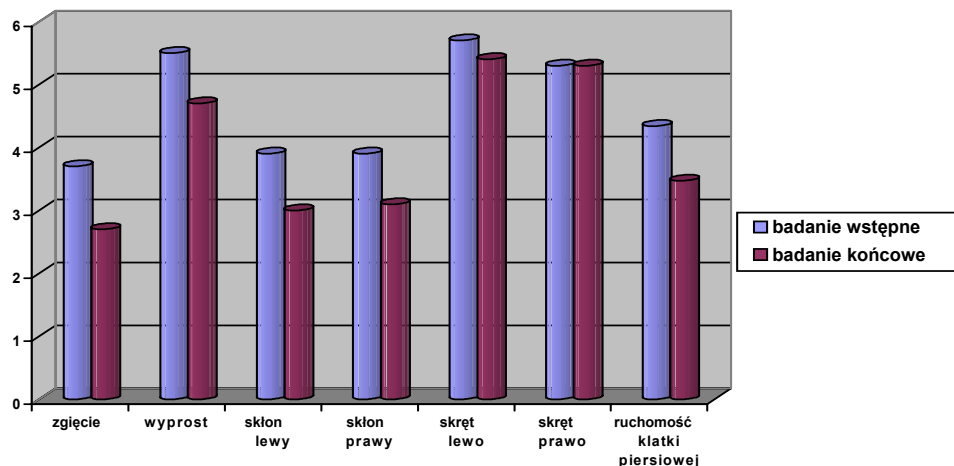
o 60%, w gr.kontrolnej zmniejszyła się o 20,51%.

Kolejnym badanym ruchem był skręt w lewo i skręt w prawo. Średnia arytmetyczna skrętu w lewo w badaniu wstępnym wyrażała się liczbą 5,9 cm (grupa masowana) i 5,7 cm (grupa kontrolna). W grupie masowanej po serii masaży średnia skrętu w lewo wzrosła o 33,89%, a w grupie kontrolnej zmniejszyła się o 5,26%. W badaniu wstępnym średnia arytmetyczna skrętu w prawo wyrażała się liczbą 5,9 cm (grupa masowana) i 5,3 cm (gr. kontrolna). Po zastosowaniu masaży w grupie masowanej średnia skrętu w prawo wzrosła o 35,59%, a w grupie kontrolnej nie uległa zmianie. Przyrost zakresu ruchów czynnych w grupie masowanej był znamienne większy niż w grupie kontrolnej, przy poziomie ufności $p < 0,001$ dla wszystkich pomiarów

wyk.2 Wyniki pomiaru zakresu ruchomości w odcinku szyjnym kręgosłupa i klatki piersiowej w masowanej grupie



wyk.3 Wyniki pomiaru zakresu ruchomości w odcinku szyjnym kręgosłupa i klatki piersiowej w grupie kontrolnej



Wyniki badań testu powtarzania liczb ze Skali Inteligencji Wechslera

Wynik oczekiwany (stosownie do wieku i wykształcenia poszczególnych pacjentów) dla tego testu wyraża się liczbą 9,5. Natomiast różnicę między wynikiem oczekiwanym a wynikiem otrzymanym w teście większą od wartości = 2, należy traktować jako istotną, charakterystyczną dla osób wykazujących obniżoną sprawność badanych procesów (3). W badaniu wstępnym, w grupie masowanej, średnia arytmetyczna wyników przeliczonych wyrażała się liczbą 5,4, a w grupie kontrolnej liczbą 5,8. Po zastosowaniu serii masaży, średnia arytmetyczna wyników przeliczonych, w grupie masowanej, wzrosła o 34,14% i wyrażała się liczbą 8,2. W grupie kontrolnej, przy ponownym badaniu, średnia wyników przeliczonych zmalała o 25,86% i wyrażała się liczbą 4,3. Przyrost w grupie masowanej był znamienne większy niż w grupie kontrolnej, przy $p < 0,001$.

Wyniki badań testów symboli cyfr oraz wzorów z klocków ze Skali Inteligencji Wechslera

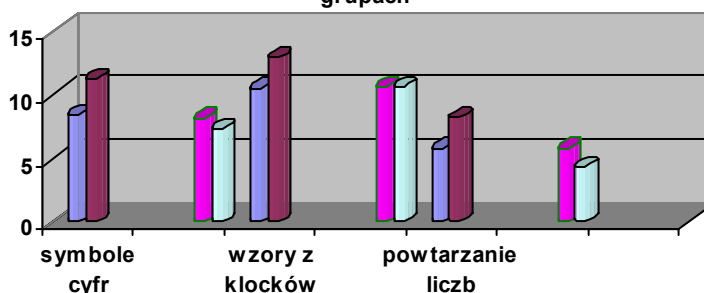
Średnią wartością wyjściową dla oceny prawidłowego funkcjonowania badanej sprawności w zakresie zdolności uczenia się nowych umiejętności oraz spraw-

ności motorycznej, mierzonej testem symboli cyfr, jest $\bar{x} = 9,5$. Podobnie jak przy teście powtarzania liczb, obniżenie tej wartości o co najmniej dwa punkty, świadczy o obniżeniu poziomu tej sprawności w sposób istotny. W badaniu wstępnym grupy masowanej, średnia arytmetyczna symboli cyfr wyrażała się liczbą 8,4 i po zastosowaniu serii masaży wzrosła o 25,0%, i wyrażała się liczbą 11,2. W grupie kontrolnej, w badaniu wstępnym, średnia arytmetyczna symboli cyfr wyrażała się liczbą 8,1 i w badaniu końcowym zmalała o 9,37% i wyrażała się liczbą 7,3.

Kolejnym badaniem był test wzory z klocków, który ocenia zdolność postrzegania i analizowania form, rozpoznawania konfiguracji, koordynację wzrokowo-ruchową oraz zdolność do analizy i syntezy wzrokowej. Średnia arytmetyczna wyników testu wzory z klocków w badaniu wstępnym grupy masowanej wyrażała się liczbą 10,5, a po serii masaży wzrosła o 18,6% i wyrażała się liczbą 12,9. W grupie kontrolnej, w badaniu wstępnym średnia arytmetyczna wyrażała się liczbą 10,6 i przy ponownym badaniu nie uległa zmianie. Przyrost w grupie masowanej był znamienne większy niż w grupie kontrolnej, przy $p < 0,001$ dla wyników pomiarów testem symbole cyfr oraz przy $p =$

0,006 dla wyników pomiarów testem wzory z klocków.

wyk.4 Wyniki pomiarów testami ze Skali Inteligencji Wechslera w badanych grupach



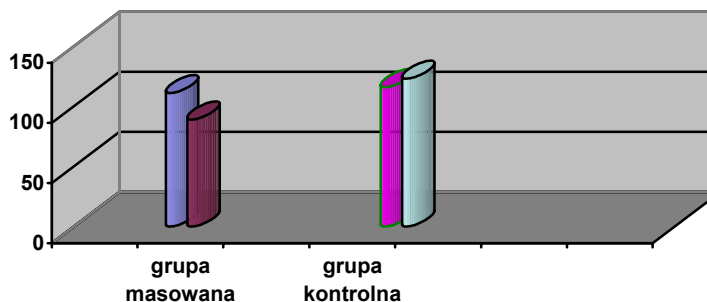
Wyniki badań Testem Bender

Test Bender służy ocenie poziomu rozwoju integracji wzrokowo-ruchowej oraz diagnozowaniu uszkodzeń organicznych mózgu. Wielkości określające prawidłowe funkcjonowanie procesów percepcyjno-motorycznych są mniejsze od 100 ($WP < 100$). Natomiast wielkości (WP) większe od 100 sugerują obniżenie u badanego poziomu sprawności tych procesów (6). Przy ocenie wyników pod uwagę zostały wzięte wyniki przeliczone (WP) testu. Badania wstępne w obydwóch grupach pozwoliły uzyskać badanym wielkości większe od 100. W badaniu

wstępnym, w grupie masowanej, średnia arytmetyczna wyrażała się liczbą 111, a w grupie kontrolnej liczbą 116. W grupie masowanej po serii masaży średnia arytmetyczna zmniejszyła się o 19,81% i wyrażała się liczbą 89. Natomiast w grupie kontrolnej, przy ponownym badaniu, średnia arytmetyczna zmniejszyła się o 5,69% i wyrażała się liczbą 123.

Przyrost w grupie masowanej był znamienne większy niż w grupie kontrolnej, przy $p < 0,001$, tym samym wskazując na istotną statystycznie poprawę sprawności percepcyjno-motorycznej pod wpływem masażu.

wyk.5 Wyniki pomiarów testem Bender w badanych grupach



Wnioski

Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań pozwalają wnioskować, iż w wyniku zastosowania terapii masażem, na wybranej grupie pacjentów, pojawiły się zmiany istotne statycznie, tak w obszarze somatycznym jak i psychicznym. Dotyczyły one: zwiększenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej oraz pojemności życiowej płuc, zwiększenia zakresu ruchów czynnych w odcinku szyjnym kręgosłupa. Pod wpływem masażu nastąpiła poprawa procesów psychicznych w zakresie: pamięci bezpośredniej i koncentracji uwagi, procesów percepcyjno-motorycznych i procesów uczenia się.

Pozostaje otwarta kwestia mechanizmów, w wyniku których zaistniały powyższe zmiany, jak również wydają się konieczne dalsze badania dotyczące warunków i zakresu skuteczności masażu w kontekście możliwości jego wpływu na sprawność umysłową. Nie mniej jednak masaż leczniczy może być brany pod uwagę, jako środek oddziaływania terapeutycznego w obszarze psychosomatycznym jednostki.

Streszczenie

Przykładem choroby somatycznej prowadzącej do zmian psychosomatycznych mogą być zmiany zwyrodnieniowe w odcinku szyjnym kręgosłupa. Jest to choroba rozwijająca się długofalowo, prowadząc do zmian strukturalnych tkanki kostnej i tkanek ją otaczających, jak również powodująca szereg zmian czynnościowych np. ograniczenia ruchomości w tym odcinku, wzmożonych napięć mięśniowych i zmian naczynio-ruchowych oraz powodująca zmiany nastroju i emocjonalności chorych ze względu na długofalowy jej charakter. Jednym ze sposobów działania leczniczego w tym schorzeniu jest masaż leczniczy. Do zbioru różnych skutków masażu, chcę dołączyć badania własne wybranych aspektów zmian somatycznych i zmian

sprawności wybranych procesów psychicznych.

Do oceny zmian somatycznych posłużyły pomiary ruchomości klatki piersiowej i pojemności życiowej płuc oraz pomiar zakresu ruchów w odcinku szyjnym kręgosłupa. Natomiast do oceny zmian w obszarze psychicznym posłużyłem się: *Testem Bender* oraz elementami *Skali Inteligencji D. Wechslera* (powtarzania liczb, symboli cyfr oraz wzory z klocków). Masażem objęte zostały mięśnie obręczy barkowej i grzbietu, symetrycznie po obu stronach. W wyniku zastosowanej terapii uzyskałem zmiany na poziomie istotnym statystycznie, tak w obszarze somatycznym, jak również w obszarze badanych parametrów psychicznych.

Słowa kluczowe: **psychosomatyka, masaż, zmiany zwyrodnieniowe w odcinku szyjnym kręgosłupa**

Summary

Psychosomatic attitude to health and illness arouses the issue of numerous feedbacks between somatic illness and its consequences for mental sphere. Degenerative changes of neck spine segment are an example of somatic illness that leads to psychosomatic changes. This illness develops for a long time and leads to structural changes of bone tissue and the tissues surrounding it. The illness also causes a lot of functional changes, for example mobility limitation in this spine segment, increased muscle tensions, vessel and motor changes. Moreover, it leads to the changes of patient's mood and emotionality because of its long term nature.

Therapeutic massage is one of the methods applicable in this condition. Moreover, massage is seen as a therapeutic method which may reduce the effects of stress situations as well as decrease the level of depressive moods and fears.

Therefore the question arises: Does therapeutic massage influence the somatic area and efficiency of mental processes of the patients somatically ill ?

In order to complete the collection of various massage effects i would like to present my own research on selected aspects of somatic changes and changes in efficiency of some mental processes.

The evaluation of mental changes was based on Bender Test and elements of Wechsler's Intelligence Scale (repetition of numbers and digit symbols, block patterns). The massage was applied to the muscles of pectoral girdle and back, on both sides symmetrically. As a result of the therapy i achieved changes that are important on statistical level both in somatic areas and the area of analysed mental parameters.

Key words: **psychosomatic, massage, degenerative changes of neck spine segment**

Piśmiennictwo

1. Bernhardt P.: Rozwój jednostki, wzajemna więź, potencjał ciała – somatyczne podejście do rozwoju człowieka. [W:] Rezonans i Dialog – Terapia Gestalt i Psychoedukacja Somatyczna, Warszawa 1991, 4, 38.
2. Brzeziński J.: Metodologia badań psychologicznych. PWN, Warszawa 1998.
3. Brzeziński J., Hornowska E.: Skala Inteligencji Wechslera WAIS-R. PWN, Warszawa 1998.
4. Dunn C., Sleep J., Collett D.: Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage, and periods of rest in an intensive care unit. J Adv Nurs, 1995, 21: 34-40.
5. Field T., Morrow C., Valdeon C. et al: Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1992, 31: 124-131.
6. Jaworska J.: Test Bender-Kopitz. Podręcznik. Centralny Ośrodek Metodyczny Poradnictwa Wychowawczo-Zawodowego MEN, Warszawa 1998.
7. Kepner J. I.: Ciało w procesie psychoterapii Gestalt. Pusty Obłok, Warszawa 1991.
8. Kilar J. Z., Lizis P.: Leczenie ruchem cz.1. Badanie narządu ruchu w rehabilitacji. Wydawnictwo Kasper, Kraków 1996.
9. Le Doux J.: In Search of an Emotional System in the Brain: Leaping from Fear to Emotion on Consciousness. [W:] The Cognitive Neuroscience, M. S. Gazzaniga- Bradford Book, Cambridge 1994, 1049-1064.
10. Prochowicz Z.: Podstawy masażu leczniczego. PZWL, Warszawa 1990.
11. Schulz W. C.: Ciało, umysł, energia. Kwartalnik Instytutu Terapii Gestalt, 1996, 23/24, 11-13.
12. Storck V.: Masaż leczniczy. PZWL, Warszawa 1996.
13. Szczegieliński J.: Wpływ usprawniania leczniczego na czynność wentylacyjną płuc u chorych ze zmianami zwyrodnieniowo-wytwórczymi kręgosłupa szyjno-piersiowego. Fizjoterapia, 2000, 4, 35-37.
14. Tylka J.: Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2000.

Adres do korespondencji

Dr Henryk Pędziwiatr
Instytut Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Zielonogórski
Al. Wojska Polskiego 69
65-762 Zielona Góra
e-mail: henped@wp.pl