

Masaż tkanek głębokich – konieczne podejście terapeutyczne wobec narastającej epidemii chorób narządu ruchu

Deep Tissue Massage – necessary therapeutic approach to the growing epidemic of musculoskeletal diseases

MARCIN WYTRĄŻEK^{1/}, MAŁGORZATA CHOCHOWSKA^{1,2/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2/}

^{1/} Pracownia Terapii Manualnej i Masażu, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

^{2/} Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wobec narastającej epidemii chorób narządu ruchu i faktu, że masaż tkanek głębokich okazuje się bardzo często skuteczny w ich terapii, należy wiedzę o tym sposobie fizykoterapii rozpropagowywać, jak i zabiegać o rozwój specjalistów z tego zakresu.

W masażu tkanek głębokich zarówno filozofia pracy, jak i techniki, oparte są na rozluźnianiu mięśniowo-powięziowym, terapii punktów spustowych oraz w dużej mierze na elementach strukturalnej pracy z ciałem. Istotą terapii jest poprawa funkcji narządu ruchu pojmowanego jako całość, nie zaś działanie miejscowe, mające na celu likwidowanie istniejących objawów, rozgrzanie tkanek, czy poprawę ich ukrwienia. Jedną z charakterystycznych cech masażu tkanek głębokich jest wykorzystywanie jako narzędzi terapeutycznych różnych powierzchni kończyny górnej terapeuty: wyrostka łokciowego, przedramienia, ręki uformowanej w pięść, stawów międzypaliczkowych bliższych palców rąk. Techniki wykorzystywane w masażu tkanek głębokich są bezpieczne dla pacjenta, a każda z nich musi być stosowana świadomie i w sposób celowy, po dokonaniu oceny funkcjonalnej pacjenta i w odpowiedzi na informacje zwrotne płynące z jego ciała. Wskazaniami do wykonywania tej formy masażu są wszelkie schorzenia narządu ruchu, którym towarzyszą zmiany funkcjonalne w obrębie układu mięśniowo-powięziowego: restrykcje tkankowe, mięśniowo-powięziowe punkty spustowe, stany pourazowe i pooperacyjne, schorzenia o charakterze przeciążeniowym czy uciskowym.

Słowa kluczowe: masaż tkanek głębokich, techniki masażu, ocena funkcjonalna, wskazania terapeutyczne

In view of the growing epidemic of musculoskeletal diseases and the fact that deep tissue massage often turns out to be a very effective part of the treatment, there is a need to promote awareness of this method of physical therapy and to strive for the development of specialists in this field.

In deep tissue massage both the means of work and techniques are based on myofascial release, trigger point therapy and to a large extent on the elements of structural bodywork. The essence of this therapy is the improvement of functioning of locomotor organs understood as a whole and not merely a focused application aimed at eliminating the existing symptoms, warming up tissues or improving their blood supply. One of the characteristics of deep tissue massage is the use of different surfaces of the upper limb such as elbow, forearm, fist, knuckles, as therapeutic tools. The techniques used in deep tissue massage are very gentle and safe for patients and each technique must be used consciously and in an intentional manner, following the patients' functional assessment and responding to feedback from their bodies. Indications for deep tissue massage are all locomotor organ disorders which are accompanied by functional changes in myofascial system: restriction in tissue motion, myofascial trigger points, post-traumatic and post-surgical problems and diseases which stem from overstraining or compression.

Key words: deep tissue massage, massage techniques, functional assessment, therapeutic indications

© Probl Hig Epidemiol 2013, 94(3): 428-434

www.phie.pl

Nadesłano: 14.07.2013

Zakwalifikowano do druku: 03.08.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Marcin Wytrązek

Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

ul. Grabowa 22, 61-473 Poznań, m.wytrazek@wseit.edu.pl

Małgorzata Chochowska

Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

ul. Grabowa 22, 61-473 Poznań, chochoma@ump.edu.pl

Wstęp

Zmiana trybu pracy oraz sposobu spędzania czasu wolnego na mniej mobilny, nieprawidłowa dieta (zbyt duża podaż składników odżywczych, przy ich małej różnorodności) oraz występujący powszechnie stres cywilizacyjny są przyczyną występowania chorób narządu ruchu, które to zjawisko przyjmuje już rozmiar

epidemii [1]. Niesie to ze sobą szereg niekorzystnych zjawisk społeczno-ekonomicznych, jak na przykład wzrost absencji chorobowej i narastanie liczby osób z orzeczoną niezdolnością do pracy bądź niepełnosprawnością.

Z uwagi na wymienione powyżej czynniki sprawcze, ogromna większość występujących obecnie chorób

narządu ruchu ma charakter przeciążeniowo-zwrodnieniowy, co pociąga za sobą następujące implikacje: 1. choroby te mają charakter postępujący i nieleczone będą prowadziły do niepełnosprawności; 2. w początkowej fazie rozwoju schorzenia te będą miały charakter czynnościowy, który następnie pod wpływem narastania nieprawidłowości i przy stałym działaniu niekorzystnych czynników środowiskowych ulegnie przekształceniu w charakter organiczny; 3. leczenie będzie najbardziej efektywne na początku rozwoju choroby, czyli w okresie występowania zmian czynnościowych – wówczas możliwe jest powstrzymanie rozwoju choroby, co osiąga się poprzez: zniesienie restrykcji w obrębie tkanek (głównie miękkich), przywrócenie normalnych stosunków anatomicznych (np. długości mięśni antagonistycznych), modelowanie postawy (np. zniesienie protrakcji głowy, czy uniesienia barków) odbudowę prawidłowych wzorców ruchowych [1].

Szczególną rolę w leczeniu schorzeń narządu ruchu odgrywa fizjoterapia, która dysponuje szerokim wachlarzem technik terapeutycznych, w tradycyjnym podziale ujmowanych jako: fizykoterapia, kinezyterapia i masaż. Od lat 90. XX wieku w polskiej fizjoterapii nastąpiły zmiany, które wiązały się z otwarciem na nowe prądy, m.in. terapię manualną. Od tego czasu w Polsce dostępnych jest wiele szkoleń (głównie poddyplomowych) z zakresu terapii manualnej, które to szkolenia w znaczący sposób modyfikują i rozszerzają możliwości terapeuty, zmieniając też jego sposób parzenia na pacjenta i jego problemy. Należy również podkreślić, że terapia manualna jest wysoce skuteczna w leczeniu schorzeń narządu ruchu o charakterze czynnościowym, czyli jak zaznaczono wcześniej – przeważającej liczby chorób narządu ruchu w ogóle. Tymczasem tematyka dotycząca terapii manualnej jest nadal nieznaną tak wśród samych fizjoterapeutów, jak i lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałej części środowiska medycznego. Przybliżenie problematyki terapii manualnej – ze szczególnym uwzględnieniem masażu tkanek głębokich – obrano za cel niniejszej pracy.

Terapia manualna

Według definicji podanej przez Międzynarodową Federację Terapeutów Manualnych (*International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists* – IFOMT) terapię manualną należy rozumieć jako „wyspecjalizowany obszar fizjoterapii, poświęcony postępowaniu w chorobach nerwowo-mięśniowo-szkieletowych, oparty na wnioskowaniu klinicznym i stosowaniu wysoce specjalistycznych metod leczenia, w tym technik manualnych i ćwiczeń leczniczych” [IFOMT, za: 2]. Standardy szkolenia w zakresie terapii manualnej wymagają wykazania się umiejętnościami w zakresie „analizy i wykonywania swoistych testów stanu czynnościowego układu mięśniowego”, „wy-

sokiego poziomu umiejętności w innych technikach terapii manualnej i fizjoterapii, które są niezbędne w mobilizowaniu układów stawowego, mięśniowego i nerwowego” a także „wiedzy na temat rozmaitych metod terapeutycznych, stosowanych w obrębie fizjoterapii, medycyny, osteopatii i chiropraktyki” [IFOMT, za: 2].

Terapia manualna jest kojarzona przede wszystkim z leczeniem zaburzeń czynnościowych stawów głównie poprzez wykonywane manipulacji. Techniki te polegają na gwałtownym przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, przy wykorzystaniu dużej szybkości, lecz z niewielką amplitudą. Przy wykonywaniu manipulacji słyszalny jest charakterystyczny „trzask”, który w obiegowej opinii łączony jest z „odblokowaniem”, czyli przywróceniem właściwych stosunków anatomicznych w stawie.

Do niedawna techniki stawowe dominowały w terapii manualnej. Miało to swój wyraz w programach szkoleniowych, kierowanych do terapeutów manualnych, w których jedynie 10-15% czasu zajęć poświęcano na ból mięśniowy i jego leczenie [2]. Tendencja ta ulega obecnie odwróceniu, w związku z wynikami badań wskazujących, że zaburzenia czynnościowe stawów powstają zwykle wtórnie w stosunku do nieprawidłowości w obrębie tkanek miękkich – głównie mięśni. Z tego powodu coraz więcej szkoleń z zakresu terapii manualnej dedykowanych jest wyłącznie leczeniu bólu mięśniowego oraz innych tkanek miękkich. Gałąź terapii manualnej poświęcona leczeniu tkanek miękkich określana jest jako „miękka” (*soft*), w odróżnieniu od terapii manualnej „stawowej” („twardej”, *hard*).

Do technik „miękkiej” terapii manualnej zalicza się m.in.: techniki energii mięśniowej, kompresję ischemiczną, rozluźnianie pozycyjne, technikę „schłodzenie-rozciągnięcie”, rozluźnianie mięśniowo-powięziowe oraz masaż tkanek głębokich.

Masaż tkanek głębokich

Masaż tkanek głębokich – zwany także masażem głębokim, bądź głębokim masażem łącznotkankowym – jest współczesną formą masażu, mającą na celu zniesienie napięć w obrębie mięśni i zintegrowanej z nimi powięzi. Celem tej formy pracy z tkankami miękkimi jest terapia zaburzeń w układzie mięśniowo-powięziowym, polegająca na umiejętnym rozluźnianiu tkanek pacjenta, poprawie ich przesuwalności względem siebie oraz znoszeniu istniejących restrykcji w jak najskuteczniejszy i najbardziej ergonomiczny (dla terapeuty) sposób.

Różnorodność technik – opartych na ergonomicznej pracy – pozwala na skuteczne działanie terapeutyczne, jednocześnie przy jak najmniejszym użyciu siły ze strony masującego. Terapeuta nie powinien

wykonywać zbędnej ilości ruchów oraz wykonywać ich w miejscach, które nie wymagają rozluźniania. Każda z użytych technik musi być stosowana świadomie i w sposób celowy – po dokonaniu oceny funkcjonalnej pacjenta i w odpowiedzi na sprzężenie zwrotne płynące z jego ciała.

Istnieje wiele koncepcji przedstawiających masaż tkanek głębokich. Autorami propagującymi wykorzystanie tej formy masażu w terapii są między innymi: Art Riggs, Enrique Fabian Fernandez, Jane Johnson, Marian Wolfe Dixon (zdaniem której masaż tkanek głębokich jest elementem masażu mięśniowo-powięziowego), Thomas Hendrickson (wg którego masaż tkanek głębokich jest elementem terapii ortopedycznej), czy Carole Osborne-Sheets (która tę formę pracy nazywa „rzeźbieniem mięśniowo-powięziowym”). Należy także pamiętać, że większość technik wywodzi się z Integracji Strukturalnej (Rolfingu) oraz rozluźniania mięśniowo-powięziowego [3-11].

Masaż tkanek głębokich nie jest jednorodną metodą terapii – niektórzy autorzy uważają wręcz, że jest to raczej filozofia leczenia i opieki nad pacjentem, niż zbiór poszczególnych technik [7]. Filozofia ta zakłada głębokie wsłuchiwanie się w pacjenta, postrzeganie go w sposób całościowy (w odróżnieniu od widzenia samej tylko „choroby”), bardzo wnikliwe badanie podmiotowe, dokładną ocenę funkcjonalną i palpacyjną, a także niezwykle świadome wykonywanie poszczególnych technik i systematyczną ewaluację uzyskanych rezultatów.

Masaż tkanek głębokich może być wykonywany na wiele sposobów. Opiera się na doświadczeniach i technikach wielu autorów, które są pewnym „naprowadzeniem” do właściwego wykonania zabiegu [3-11]. Należy jednak podkreślić, że z czasem każdy terapeuta stosujący masaż tkanek głębokich zaczyna rozwijać swój sposób pracy z pacjentem, pozwalający na zrozumienie przyczyn powstawania dolegliwości oraz przeprowadzenie indywidualnej terapii dostosowanej do możliwości zarówno pacjenta jak i terapeuty. Warto ponadto nadmienić, że techniki wykorzystywane w masażu tkanek głębokich są bardzo bezpieczne dla pacjenta, a on sam nie jest tylko biernym odbiorcą ordynowanego leczenia, ale aktywnie uczestniczy w terapii, poprzez wykonywanie odpowiednich ruchów i czynności, zwiększając tym samym rozluźnienie tkanek [9, 11, 12]. Fakt czynnego udziału pacjenta w terapii stanowi istotną różnicę – w porównaniu do masażu klasycznego, gdzie głównym zadaniem pacjenta jest jedynie przyjęcie odpowiedniej pozycji i maksymalne rozluźnienie.

Wskazania

Wskazaniami do wykonywania tej formy masażu są wszelkie schorzenia narządu ruchu, którym towarzyszą zmiany funkcjonalne w obrębie układu

mięśniowo-powięziowego – ograniczenia przesuwalności tkanek względem siebie, „sklejenia” powięzi, mięśniowo-powięziowe punkty spustowe. Może on być z powodzeniem wykorzystywany w chorobie zwyrodnieniowej stawów, stanach pourazowych i pooperacyjnych w obrębie narządu ruchu, fibromialgii, wielu schorzeniach o charakterze przeciążeniowym (np. łokieć tenisisty, łokieć golfisty), schorzeniach z dużymi ograniczeniami ruchomości (zespół zamrożonego barku), czy schorzeniach o charakterze uciskowym (zespół górnego otworu klatki piersiowej, zespół ciasnoty przedziału przedniego, rwa kulszowa gruszkowata) [6, 13-18].

Ocena funkcjonalna pacjenta

W masażu tkanek głębokich najważniejsza jest umiejętność lokalizowania napięć i restrykcji w systemie mięśniowo-powięziowym oraz umiejętność podjęcia decyzji, które obszary należy poddać w danym momencie terapii, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty. Nieodłącznym elementem masażu tkanek głębokich jest ocena funkcjonalna pacjenta, ocena układu mięśniowo-powięziowego, a następnie zastosowanie odpowiedniej terapii.

Pierwszym elementem jest obserwacja tkanek, następnie ich palpacja a potem zastosowanie technik, których siłę, kierunek oraz czas wykonywania wyznacza informacja zwrotna płynąca z ciała pacjenta. W masażu tkanek głębokich terapeuta analizuje postawę ciała pacjenta, sposób jego poruszania się, nawyki ruchowe oraz styl życia, próbując dociec jakie mogą być czynniki sprawcze oraz podtrzymujące zgłaszane dolegliwości. Następnie dokonuje on oceny zaburzeń w układzie mięśniowo-powięziowym (postawa z wysuniętą głową w przód, zaokrąglone plecy, asymetria ustawienia barków, wzmożone napięcie mięśni przedramienia, skrócenie powięzi na przedniej stronie klatki piersiowej, itp.) i dopiero po tym przechodzi do terapii [9, 10, 15].

Pacjent nie jest traktowany jako osoba, u której występuje tylko miejscowe zaburzenie, które należy leczyć jako jedyne (np. zespół łokcia tenisisty), lecz zawsze jako osoba, u której występuje cały szereg zaburzeń wymagających „rozwiązania” w trakcie terapii. Układ ruchu traktowany jest jako funkcjonalna całość, a miejsce aktualnie występującego zaburzenia (w tym wypadku nadkłykieć boczny) jako najsłabszy punkt, w którym doszło do załamania się możliwości kompensacyjnych organizmu [13].

Ponadto atutem masażu tkanek głębokich jest możliwość działania pośredniego, które oznacza objęcie zabiegami tkanek powiązanych funkcjonalnie bądź strukturalnie z „właściwym” obszarem bólu. Dla przykładu – u osoby ze wspomnianym zespołem łokcia tenisisty wielu terapeutów w pierwszym momencie

pomyśli o wykonaniu technik oddziaływujących bezpośrednio na przyczepy mięśni prostowników nadgarstka w okolicy nadkłykcia bocznego kości ramiennej. Oczywiście działanie takie w niektórych przypadkach przyniesie natychmiastową ulgę, jednak w niektórych może nasilić dolegliwości. Może także zagłuszyć objawy będące wskazówką z jakimi tkankami przeciążona okolica wchodzi w interakcje. Przy dużym napięciu dolegliwości bólowych warto rozpocząć pracę mającą na celu usunięcie napięcia i restrykcji w wyższych obszarach (ramię, bark, odcinek szyjny kręgosłupa) i dopiero po tym przejść do bezpośredniej pracy z tkankami przyczepiającymi się do nadkłykcia bocznego kości ramiennej. Usunięcie zaburzeń pośrednio powiązanych z daną dolegliwością zwiększa skuteczność terapii oraz przedłuża efekty jej działania [15].

Narzędzia terapeutyczne

Jedną z charakterystycznych cech masażu tkanek głębokich jest wykorzystywanie jako narzędzi terapeutycznych różnych powierzchni kończyny górnej terapeuty: wyrostka łokciowego (*olecranon*), powierzchni przedramienia, ręki uformowanej w pięść, stawów międzypaliczkowych bliższych palców rąk – przykłady przedstawiono na rycinach 1-4.

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: gdzie i w jakiej sytuacji terapeutycznej użyć danej części anatomicznej kończyny górnej? Wiele zależy od warunków „fizycznych” (anatomicznych i funkcjonalnych) pacjenta i terapeuty. Jeżeli terapeuta jest wysoki i o atletycznej budowie ciała, a zajmuje się terapią starszej kobiety o „drobnej” budowie ciała, to w wielu sytuacjach z powodzeniem użyje palców rąk bądź stawów międzypaliczkowych bliższych rąk („kostek”). Jeżeli natomiast byłoby odwrotnie, to drobna terapeutka może z powodzeniem użyć łokcia bądź przedramienia w miejscu, w którym ktoś inny użyłby nasady dłoni. Wiele zależy też od preferencji samego masażysty. Jednemu terapeutce lepiej się będzie pracowało „pięścią” a drugiemu „przedramieniem”.

Wielu terapeutów podchodzi z rezerwą do tej formy terapii, obawiając się, że gdy masaż wykonywany jest łokciem bądź przedramieniem, to musi być głęboki, intensywny i bolesny. Nic bardziej mylnego. Wymienione powierzchnie mogą zostać użyte podczas delikatnego rozluźnienia tkanek leżących bardzo powierzchownie. Warto także podkreślić, że użycie łokcia, przedramienia, czy pięści, niesie za sobą korzyści w postaci mniejszego wydatku energetycznego masażysty oraz mniejszej ilości przeciążeń w obrębie narządu ruchu masażysty.

Skuteczność tej formy masażu nie zależy od używanych powierzchni, ale od sposobu pracy „z tkankami”. Nawet jeżeli ktoś będzie wykonywał cały masaż



Ryc. 1. Masaż w poprzek włókien mięśnia czworobocznego grzbietu, stosowany w przypadku zlokalizowania punktu spustowego w tym obszarze (źródło własne)

Fig. 1. Massage of trapezius muscle applied after location of trigger point in that area (own source)



Ryc. 2. Technika rozluźniania tkanek w okolicy odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa przy użyciu przedramienia (źródło własne)

Fig. 2. Technique of myofascial release of lumbosacral area with use of forearm (own source)

dłonią, bądź palcami, to dalej może być to masaż tkanek głębokich. Nie chodzi bowiem o to, aby masaż wykonywany był sekwencyjnie, z określoną ilością powtórzeń. Nie ma konieczności wykonywania najpierw ruchów przedramieniem, potem łokciem, pięścią, kostkami a na końcu palcami. Zawsze należy dobrać takie „narzędzie” (określoną strukturę anatomiczną kończyny górnej terapeuty), które w danym momencie pozwoli na uzyskanie jak najlepszego efektu. Najważniejsze jest podążanie za informacjami zwrotnymi, płynącymi z ciała pacjenta – i dostosowywanie do nich swojego warsztatu pracy [4, 6, 7, 9, 19].

Skuteczność podjętego leczenia nie zawiera się także w jak największej ilości stosowanych technik. Można posługiwać się bowiem zaledwie kilkunastoma z nich i osiągać bardzo dobre rezultaty. W masażu głębokim najważniejsza jest umiejętność całościowego spojrzenia na ciało ludzkie, zdolność dostrzeżenia



Ryc. 3. Technika rozciągania włókien brzusznych mięśnia piersiowego większego przy użyciu przedramienia z jednocześnie prowadzonym ruchem biernym w stawie barkowym (źródło własne)

Fig. 3. Technique of stretching fibers of musculus pectoralis major with use of forearm and simultaneous passive movement of shoulder joint (own source)

i uświadomienia sobie powiązań pomiędzy poszczególnymi elementami funkcjonalnymi (składowymi) narządu ruchu oraz najważniejsze – umiejętność „wsłuchiwania się” w ciało pacjenta. Jest to, niestety, zdolność przychodząca z czasem praktyki terapeuty i wymagająca ćwiczeń oraz pokory.

Należy jednak zdecydowanie podkreślić, że nawet bez całościowego zrozumienia podjętych działań, opierając się na stosowaniu technik miejscowych (w obszarze dolegliwości), praca technikami masażu tkanek głębszych przynosi bardzo wiele korzyści pacjentom i satysfakcji terapeutom – nawet dopiero wdrażającemu się w stosowanie tej formy terapii [9, 10, 15, 19].



Ryc. 4. Technika rozluźniania wzmożonego napięcia mięśnia piszczelowego przedniego przedramieniem, wykonywana za pomocą ruchu biernego (zgięcia podszwowe go stopy)

Fig. 4. Technique of tension release in musculus tibialis anterior with use of forearm, applied with passive movement (plantar flexion)

Ergonomia pracy

Bardzo ważnym elementem jest zwrócenie uwagi na pozycję ciała – zarówno terapeuty, jak i pacjenta. Dzięki temu nawet szczupła, drobna osoba jest w stanie wykonać silny, efektywny masaż bez przeciążania własnego układu (narządu) ruchu.

Jeżeli tylko jest to możliwe, należy układać pacjenta na kozetce jak najbliżej siebie, tak aby uniknąć pochylania się (przodopochylenia tułowia). Stół do masażu powinien być regulowany – i w wielu sytuacjach lepiej jeżeli będzie on za niski, aniżeli miałby być zbyt wysoki. Otóż łatwiej jest stanąć w szerszym rozkroku i wykorzystać ciężar swojego ciała, niż wspinać się na palce, bądź unosić barki w celu wykonania techniki ze stanowczym uciskiem. Czasami – w zależności od wysokości ciała pacjenta i terapeuty – wskazane może być wejście na kozetkę (i np. przyklęknięcie na niej), co sprawi, że technika będzie wykonywana bez konieczności unoszenia ramion i wykorzystany zostanie ciężar ciała masażysty.

Dobór każdej techniki jest uzależniony nie tylko od tego, czy w dany obszar ciała pacjenta lepiej „wpasuje” się pięść, przedramię czy łokieć, ale też od tego, czy użycie danej części dłoni nie wymusi niewłaściwej pozycji ciała terapeuty. Stąd też – jeżeli masażysta będzie chciał użyć pięści w okolicy mięśnia pośladkowego średniego u pacjenta leżącego na boku i wykonanie tego zadania będzie wiązało się ze stawaniem na palcach, unoszeniem barków, używaniem siły mięśni a nie ciężaru ciała – to wtedy lepiej zamienić technikę na tę wykonywaną łokciem, co pozwoli na jej wykonanie przy utrzymaniu właściwej postawy ciała, tj. bez zwiększonego wydatku energetycznego i bez przeciążania narządu ruchu terapeuty.

Najczęściej popełniane błędy

O tym, czy terapeuta popełnia błędy podczas masażu, może poinformować go osoba obserwująca wykonywanie zabiegu (uciekanie się do superwizji jest bardzo pomocne, zwłaszcza dla osób rozpoczynających pracę masażem głębokim), jednak bardzo często informatorem będzie ciało masażysty. Przy nieprawidłowym wykonywaniu technik zacznie on odczuwać dolegliwości bólowe ze strony swojego narządu ruchu. Jeżeli masażysta będzie nadmiernie eksploatował kciuki – to prędzej, czy później, będzie odczuwał dolegliwości w ich obszarze. Jeżeli będzie pracował w zbyt dużym przodopochyleniu tułowia, to mogą się pojawić dolegliwości bólowe w obrębie szyjnego odcinka kręgosłupa, bądź barku. Skutkiem nieprawidłowego ustawienia dłoni – podczas technik z użyciem kostek – będą bóle nadgarstka. A kiedy palce nie będą odpowiednio wytrenowane i nieznacznie zgięte, to wykonywanie technik z przeprostem

w stawach międzypaliczkowych prowadzić będzie do dolegliwości w tych okolicach [9, 15, 19].

Kolejnym, istotnym błędem, jest brak odpowiedniej koncentracji podczas wykonywania poszczególnych technik. Należy jeszcze raz podkreślić, że ta forma masażu opiera się nie tylko na dobrym opanowaniu technik i zdolnościach manualnych terapeuty, ale także na wyczuwaniu zmian patologicznych w ciele pacjenta i odczytywaniu informacji zwrotnych z niego płynących. Stąd też dobrze jest w niektórych momentach pracować z zamkniętymi oczyma. Pozwoli to na zmniejszenie liczby bodźców, które mogą zakłócić odbiór informacji zwrotnych, niezbędnych w efektywnym rozluźnianiu tkanek [7].

Ponadto – wykonując techniki masażu tkanek głębokich – należy unikać „ślizgania” się po skórze pacjenta, które najczęściej jest wynikiem nadmiernej ilości środka poślizgowego. Stąd w tym rodzaju masażu przyjmuje się zasadę, że im mniej środka poślizgowego – tym lepiej. Natomiast w sytuacjach, w których ręka, bądź przedramię terapeuty oraz skóra pacjenta, są suche, warto użyć niewielkiej ilości środka nawilżającego, aby ułatwić przyczepność w celu lepszego odkształcania tkanek. Znacznie efektywniejszy będzie masaż wykonywany samymi palcami, niż pozornie mocniejsze techniki z użyciem łokcia czy przedramienia, jeżeli w tym drugim przypadku terapeuta będzie ślizgał się po skórze pacjenta, „pływając” w oliwce [8, 9].

Podsumowanie

Aby terapia była skuteczna, powinna być skierowana na: 1. rozpoznanie zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-powięziowego i 2. przyczyn ich powstawania. Powinna być indywidualnie dobierana do każdego przypadku klinicznego. Terapeuta nie może wykonywać masażu według ogólnie przyjętego schematu. Jego zadaniem jest lokalizowanie napiętych tkanek, które na danej sesji terapeutycznej ulegną rozluźnieniu w największym stopniu. Każdy zabieg musi być dostosowany do danego zaburzenia – i u tej samej osoby będzie on wyglądał inaczej na każdej sesji.

Techniki terapeutyczne w masażu tkanek głębokich są jednym z istotniejszych elementów odróż-

nających tę formę masażu od innych. Należy jednak pamiętać, że odgrywają one drugoplanową rolę obok takich elementów, jak: ocena funkcjonalna i palpacyjna pacjenta oraz właściwe ich zastosowanie w klinicznie istotnym dysfunkcyjnym obszarze. Ważniejsze od tego, czy technika jest wykonana przedramieniem, czy dłonią, jest rozpoznanie zaburzeń w układzie mięśniowo-powięziowym oraz sposób odkształcania tkanek. Istotą terapii jest poprawa funkcji narządu ruchu pojmowanego jako całość, a nie tylko działanie miejscowe, mające na celu likwidowanie istniejących (widocznych) objawów, rozgrzanie tkanek, czy poprawę ich ukrwienia. Masaż tkanek głębokich musi być wykonywany bardzo powoli, aby tkanki mogły odpowiednio zareagować i ulec odkształceniu, oraz aby możliwe stało się uchwycenie informacji zwrotnych płynących z ciała pacjenta i podążanie za nimi. Zaletą tego rodzaju masażu jest także stosowanie technik w sposób ergonomiczny, przy jak najmniejszym użyciu siły, co pozwala fizjoterapeucie na uniknięcie urazów i przeciążeń w obrębie własnego narządu ruchu.

Na zakończenie warto jeszcze przedstawić najważniejsze wskazówki dla osób rozpoczynających pracę technikami masażu głębokiego:

1. Wykonując zabiegi masażu tkanek głębokich należy zwracać uwagę na utrzymywanie swobodnej, wyprostowanej postawy ciała, dzięki czemu terapeuta może uniknąć wielu przeciążeń w obrębie własnego narządu ruchu.
2. Należy wykorzystywać ciężar własnego ciała oraz pracę nóg – tak, aby każdy zabieg wykonywany był bez dużego nakładu sił, w sposób płynny i bez zbędnych ruchów.
3. Terapeuta powinien się starać jak najczęściej wykorzystywać łokcie, przedramiona oraz pięści, aby uniknąć przeciążeń kciuków i palców.
4. Należy używać jak najmniejszej ilości środka poślizgowego. Im mniej środka poślizgowego, tym szybszy efekt i przy mniejszym wysiłku.
5. Warto stosować techniki masażu tkanek głębokich w innych formach masażu (sportowym, klasycznym, relaksacyjnym), dzięki czemu masażysta wzbogaca swój warsztat pracy o efektywne techniki.

Piśmiennictwo / References

1. Stodolny J. Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. Epidemia naszych czasów. Wyd ZL Natura, Kielce 2000.
2. Dommerholt PT i wsp. Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe – przegląd uwzględniający dowody naukowe. Rehabil Med 2006, 10,4: 39-56.
3. Dixon MW. Myofascial Massage. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
4. Fernandez FE. Deep Tissue Massage Treatment. A Handbook of Neuromuscular Therapy, Mosby, 2006.
5. Hendrickson T. Massage and manual therapy for orthopedic conditions. Lippincott Williams&Wilkins, Baltimore, Philadelphia 2009.
6. Johnson J. Deep tissue massage. Hands-on guides for therapists. Human Kinetics, Champaign 2011.
7. Manheim C. Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe. Wyd WSEiT, Poznań 2011.
8. Osborne-Sheets C. Deep Tissue Sculpting: A Technical and Artistic Manual for Therapeutic Bodywork Practitioners. Body Therapy Associates, San Deigo 1990.

9. Riggs A. Masaż tkanek głębokich. Wizualny przewodnik po technikach. Opolgraf, Kielce 2007.
10. Rolf IP. Reestablishing the Natural Alignment and Structural Integration of the Human Body for Vitality and Well-being, Healing Art Press, Rochester 1989.
11. Smith J. Structural Bodywork. Edinburgh, New York, Churchill Livingstone 2005.
12. Wytrażek M, Piec M. Masaż głęboki w terapii punktów spustowych. [w:] Kierunki rozwoju neurofizjologii klinicznej, fizjoterapii i terapii manualnej (red. J. Huber, M. Wytrażek, A. Kabsch). Wyd UIM, Poznań 2010: 50-58.
13. Chaitow L, Fritz S. A massage therapist's guide to understanding, locating and treating myofascial trigger points. Churchill Livingstone, Edinburgh 2006.
14. Dommerholt J, Bron C, Franssen J. Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe – przegląd uwzględniający dowody naukowe. Rehabil Med 2006, 10, 4: 39-56.
15. Earls J, Myers T. Fascial Release for Structural Balance Lotus Publishing. Chichester, England 2010.
16. Kostopoulos D, Rizopoulos K. The Manual of Trigger Point and Myofascial Therapy. Slack Incorporated, New Jersey 2001.
17. Rachlin ES, Rachlin IS. Myofascial Pain and Fibromyalgia. Trigger Point Management. Mosby, St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto 2002.
18. Travell JG, Simons DG. Travell and Simons' Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual. Williams & Wilkins, Baltimore 1999.
19. Stanborough M. Direct Release Myofascial Technique: An Illustrated Guide for Practitioners. Edinburgh, New York, Churchill Livingstone 2004.