
PHYSICAL THERAPY AS A SUPPORT FOR PSYCHOTHERAPY IN TREATING ALGOPHOBIA - CASE STUDY

Mârza-Dănilă Doina^{1*}

Mârza-Dănilă Roxana²

¹"Vasile Alecsandri" University of Bacău, 157 Marasesti Av, 600115, Romania,

²"Maria Montessori" Special School, Bacău

Key words: *physical therapy, psychotherapy, algophobia*

Abstract

Along the behavioral and cognitive therapies that do not work always on all of the patients with phobias, today the virtual reality is increasingly used, however less so in Romania. Behavioral and cognitive therapies were used for a patient with algophobia, without any remarkable results, because the patient could not bring himself to imagine the anxiogenic scenes and confront his fears. The psychotherapist called upon the services of physical therapy and over the course of three months, the patient's phobia regressed almost completely from his daily life. In conclusion, physical therapy can be considered, in algophobia cases that are hard to manage through behavioral and cognitive therapies, as a support for psychotherapy.

1. Introduction

"Phobia is an unexplainable, irrational, illogical fear toward a situation, a possible action, or a specific element - human, animal, object, etc. This attitude toward the stressing factor is persistent over time (the feelings reoccur each time the stressing factor appears). We are talking about an irrational fear because the danger does not exist in reality or it is much exaggerated in the person's mind. The people suffering from a certain phobia often panic just by anticipating the stressful situation or by thinking that they could find themselves in the situation of facing it" (Mitrofan & Dumitrache, 2012).

"Although there is a large diversity of phobias, they all have a series of common symptoms that appear as the body's response to stress: increasing heart rate and palpitations, sweating, shaking, dizziness, and nausea" (<http://www.la-psihiolog.ro/>).

Algophobia is defined as "the pathological fear of pain" (<http://www.webdex.ro/>). The subconscious of the persons that are thinking frequently to pain, anticipating it, commands them not to do certain things that could provoke painful reactions. Usually, algophobia is determined by both a series

* Email: marzad@ub.ro, tel. 0724127016

of external events (shock, trauma, intense and/or prolonged physical pain, painful treatments, aggressions, etc.), and external factors (certain painful somatic of psychosomatic disorders, personality traits, etc.).

The treatment approaches pain itself through psychotherapy, by exposing the patient to the pain. Medication can be prescribed only temporary, to improve the anxiety. Other methods used are the neuro-linguistic programming, hypnotherapy and counseling. Algophobia is approached by using behavioral and cognitive therapies (BCT), "that aim to desensitize through exposure, the therapist trying to gradually get the patient used to the object or the situation that provokes anxiety, the treatment being based on the idea that this gradual exposure will allow the regulation of the anxiety alarm, meaning the modification of the brain circuits that are activate in the presence of the stimulus" (Mitrofan, 2008).

However, in some situations, especially when the patients can't imagine the anxiogenic scenes and conquer their fears, the algophobia treatment using behavioral and cognitive therapies does not have great results.

2. Material and methods

This study started from the assumption that the use of physical therapy as a treatment method that uses touching, along with psychotherapy and adequate drug treatment, can facilitate a better awareness of the patient's own body and of the real sensations it perceives, thus ensuring a valuable support for psychotherapy.

The study was conducted on a 37-year old female patient, diagnosed with algophobia by her psychiatrist, caused by a car accident she experienced at the age of 35 that ended with multiple physical traumas, cured through surgery, orthopedics, and drugs, followed by 6 (six) months of physical therapy rehabilitation. The patient went through a period of posttraumatic stress after the accident, treated by her psychiatrist through medication, without psychotherapy. One year and a half after the accident (and approximately 10-12 months after ending the rehabilitation of her functional potential and treating her posttraumatic stress disorder symptoms), the patient began to feel mild pain in one of the injured knees, this starting the manifestation of algophobia symptoms, with increasing intensity. Within approximately one month, the patient came to experience real panic attacks when she had to perform an activity that she thought it could cause her any type of pain. The quality of her life being considerably affected, the patient went to her psychiatrist and followed the drug treatment prescribed, this time however, also contacting a psychotherapist, who approached the problem by using the cognitive-behavioral therapy. After 3 (three) months of psychotherapy, even if some progress was recorded, the results were not quite as good as expected to be, and, at the psychotherapist's request, the patient was included also in a support physical therapy program.

Over the course of the next 3 (three) months, the experts involved in the treatment of the patient have intensely collaborated, meeting multiple times, discussing the recorded results and the possible modifications that must be introduced in the treatment strategies for the patient.

At the beginning of the physical therapy intervention, the results of several tests done by the psychiatrist and the psychotherapist were analyzed, results representing the patient's state at that time. Thus, the psychiatrist evaluated the quality of life of the algophobic patient by using the SCL-90-R (Symptom Checklist Revised) with 90 items (<http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/suporturidecurs>) that uses 9 (nine) scale for primary symptoms (somatization, obsessive-compulsive disorders, anxiety, depression, interpersonal sensitivity and sensibility, hostility, phobic anxiety or phobias, psychoticism, and paranoid ideation), each with several items. The psychotherapist assessed the patient's level of anxiety by using the ASQ test that catches the cognitive, somatic, and behavioral dimension of anxiety through its 36 items. From a physical therapy point of view, we assessed the perceived pain intensity to skin touch in various regions of the body by using an analogous visual scale, with 10 steps, where 0 (zero) represents the absence of pain, and 9 (nine) represents maximum perceived pain.

At the beginning of the treatment period there were 3 (three) sessions in collaboration with the psychotherapist, the approach being psycho-physical therapeutic, aiming to convince the patient to confront her fears, to accept the physical therapist's touch, and to make the first steps toward correcting her perception of body sensations. After these first 3 (three) sessions, a certain desensitization was recorded, the patient accepting the physical therapist's touch, even though the phobia symptoms were still there. After that, the treatment comprised the anxiolytic medication recommended by the psychiatrist, the cognitive-behavioral therapy applied by the psychotherapist, and the supporting physical therapy, in individual sessions with the respective specialists, the collaboration between them being realized in the patient's absence. In the first month, 3 (three) physical therapy sessions and 2 (two) psychotherapy sessions were conducted per week, in the second month, the number of physical therapy sessions was decreased to 2 (two) per week, and in the last month, there was only one physical therapy session per week.

The physical therapy approach was based at first on the use of anti-stress massage and training the awareness and correct perceiving of body sensations, continuing with the use of classic relaxing massage that had the same goals, but also to diminish the psycho-physical tensions generated by the phobia. After one month and a half, when the correction of the body sensation perception and the considerable diminution of the fear of pain were largely achieved, a classic stimulative massage was applied, and toward the end, a deep tissue massage, dealing with the painful points discovered during palpation.

3. Results and discussions

At the beginning of the physical therapy intervention, the patient's anxiety level was high, the global ASQ score cumulating 145 points, while at the end of the intervention, the patient presented a low anxiety level, cumulating only 105 points (Figures 1 and 2).

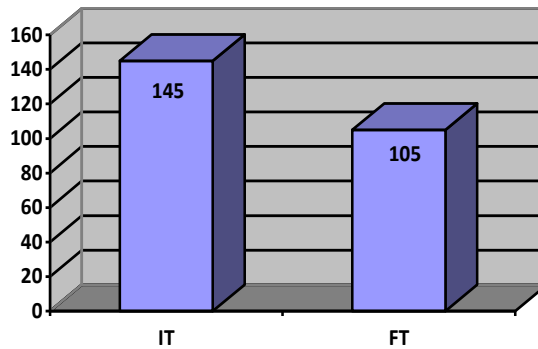


Figure 1. Global score progress recorded for the ASQ anxiety questionnaire

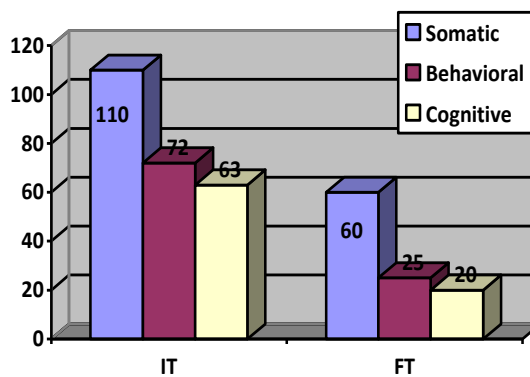


Figure 2. Global score progress recorded for the ASQ anxiety questionnaire components

The initial and final use of the Symptom Checklist Revised (SCL-90-R) revealed the fact that at the beginning of the physical therapy, the patient's quality of life was very affected, the total positive symptoms index being of 88 points. At the end of the intervention, the total positive symptoms index had only 24 points, which proves the considerable improvement of the patient's quality of life (Figure 3).

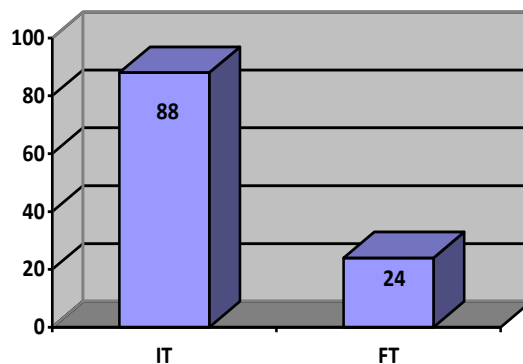


Figure 3. Progress of the total positive symptoms index, calculated after applying the Symptom Checklist Revised, to assess the patient's quality of life

Initially, the patient perceived maximum intensity pain when touched in every part of her body; after the third session the perceived pain was somewhat lower (except in the areas that were injured in the accident); after a month, the intensity of the perceived pain was significantly lower, and at the end of the study, the patient reported slight pain only in the areas injured in the accident (Figure 4).

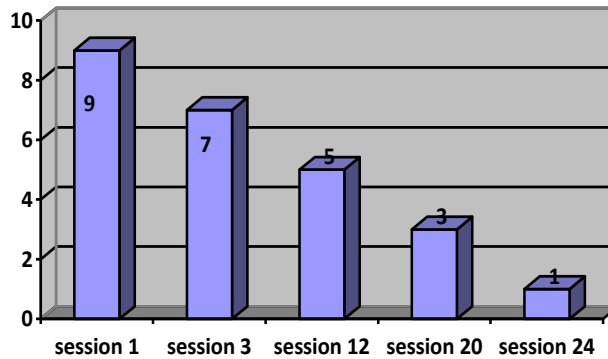


Figure 4. Progress of perceived pain intensity during touching of the skin in various parts of the body

At the end of the 3 (three) months of medical and psycho-physical therapy intervention, the re-assessment of the patient confirmed the almost complete regression of the phobia.

4. Conclusions

The results of this study highlighted the fact that the medical and psycho-physical therapy approach in regards to algophobic patients represents a strategic option that can lead to a successful treatment for this psycho-pathology.

As such, one can conclude that the use of physical therapy as a treatment method that uses touching, along with psychotherapy and adequate drug treatment, can facilitate a better awareness of the patient's own body and of the real sensations it perceives, thus ensuring a valuable support for psychotherapy in treating algophobia.

References

1. MITROFAN, L., DUMITRACHE, S.D. (2012). *Compendiu de fobii*, Bucharest: SPER;
2. MITROFAN, I. (2008). *Psihoterapie. Repere teoretice, metodologice și aplicative*, Bucharest: SPER;
3. <http://www.webdex.ro/>
4. <http://www.la-psiholog.ro/>

KINETOTERAPIA CA SUPORT AL PSIHOTERAPIEI ÎN TRATAMENTUL ALGOFOBIEI - STUDIU DE CAZ

Mârza-Dănilă Doina¹

Mârza-Dănilă Roxana²

¹Universitatea „Vasile Alecsandri” din Bacău, Calea Mărășești, 157, Bacău, cod 600115, România

²Școala specială Maria Montessori, Bacău

Cuvinte cheie: *kinetoterapie, psihoterapie, algofobie*

Rezumat

În afară de terapiile comportamentale și cognitive, care nu au totdeauna succes la toți pacienții cu fobii, astăzi se folosește din ce în ce mai mult realitatea virtuală, care însă, în România nu este încă folosită. Asupra unui pacient cu algofobie s-a intervenit cu terapii comportamentale și cognitive, fără a se înregistra însă progrese deosebite, deoarece acesta nu reușea să-și imagineze scenele anxiogene și să-și înfrunte temerile. Psihoterapeutul a apelat la serviciile kinetoterapiei și, pe parcursul a 3 (trei) luni, s-a confirmat regresia aproape totală a fobiei din viața de zi cu zi a pacientului. În concluzie, kinetoterapia poate fi considerată, în cazurile de algofobie, greu abordabile prin terapii comportamentale și cognitive, ca terapie de suport a psihoterapiei.

1. Introducere

"Fobia este o teamă inexplicabilă, irațională, illogică față de un o situație, o acțiune posibilă sau un element specific - uman, animal, obiect etc. Aceasta atitudine față de factorul stresant este persistentă în timp (sentimentele se repetă cu fiecare ocazie ce aduce factorul de stres). Vorbim de o frică irațională pentru că pericolul nu există în realitate sau este mult exagerat în mintea persoanei respective. Persoanele care suferă de o anumită fobie se panichează deseori doar la anticiparea situației stresante sau doar la gândul ca ar putea fi puse față în față cu aceasta" (Mitrofan & Dumitrache, 2012).

"Deși există o diversitate foarte mare de fobii, toate au o serie de simptome comune ce apar ca răspuns al organismului la stres: creșterea frecvenței cardiace și palpitații, transpirații, tremurături, amețeală și greață" (<http://www.la-psiholog.ro/>).

Algofobia este definită ca "frica patologică de durere" (<http://www.webdex.ro/>). Subconștientul persoanelor foarte anticipative și care se gândesc frecvent la durere, le comandă acestora să nu facă anumite lucruri care ar putea declanșa reacții dureroase. De regulă, algofobia este determinată atât de o serie de evenimente externe (șocuri, trauma, suferința fizică intensă și/sau prelungită în timp, tratamente dureroase, agresiuni etc.), cât și de factori interni (anumite afecțiuni somatice sau psihosomatice cu durerea prezentă în tabloul clinic, trăsături de personalitate etc.).

Tratamentul abordează, prin psihoterapie, însăși frica, prin expunerea la durere. Medicația poate fi prescrisă doar temporar, ameliorind anxietatea. Se mai folosește programarea neurolingvistică, hipnoterapia și consilierea. Algofobia este

abordată de către psihoterapii prin folosirea terapiilor comportamentale și cognitive (TCC), "care urmăresc desensibilizarea prin expunere, terapeutul încercând să-l obișnuiască pe pacient, în mod gradual, cu obiectul sau situația care-i provoacă angoasa, iar tratamentul bazându-se pe ideea că această expunere progresivă va permite reglarea alarmei anxioase, adică modificarea circuitelor cerebrale activate în prezența stimulului" (Mitrofan, 2008).

În unele situații, mai ales atunci când pacientul nu reușește să-și imagineze scenele anxiogene și să-și înfrunte temerile, în tratamentul algofobiei prin terapii comportamentale și cognitive nu se obțin rezultate deosebite.

2. Material și metode

În studiul efectuat s-a pornit de la presupunerea că folosirea kinetoterapiei, ca și terapie care folosește atingerea, alături de psihoterapie și tratament medicamentos adecvat, poate contribui la facilitarea conștientizării mai corecte a propriului corp și a senzațiilor reale înregistrate de acesta, asigurând astfel un suport valoros psihoterapiei.

Studiul s-a efectuat asupra unei paciente în vârstă de 37 de ani, diagnosticată de către medicul psihiatru cu algofobie, datorată unui accident de mașină suferit la vârsta de 35 de ani, soldat cu politraumatisme vindecate chirurgical, ortopedic și medicamentos și urmate de 6 (șase) luni de recuperare prin kinetoterapie. Pacienta a trecut, după accident, printr-o stare de șoc posttraumatic, tratată de medicul psihiatru prin medicație, fără a se apela și la un psihoterapeut. La un an și jumătate după accident (și la aproximativ 10-12 luni după încheierea recuperării potențialului funcțional și a tratării simptomelor stării de șoc posttraumatice), pe fondul apariției unei ușoare senzații dureroase la nivelul unuia dintre genunchii care au fost afectați, au început să se manifeste simptomele de algofobie, intensitatea lor crescând foarte rapid. În aproximativ o lună, pacienta ajunsese să facă adevărate atacuri de panică atunci când era nevoită să se implice într-o activitate despre care credea că i-ar putea declanșa orice tip de durere. Calitatea vieții fiindu-i considerabil afectată, pacienta a abordat medicul psihiatru și a urmat tratamentul medicamentos prescris de acesta, de data aceasta însă contactând și un psihoterapeut, care a abordat problema prin folosirea terapiei cognitiv-comportamentale. După 3 (trei) luni de psihoterapie, chiar dacă se obținuseră unele progrese, rezultatele nu erau cele scontate, iar la solicitarea psihoterapeutului, pacienta a fost inclusă și într-un program kinetoterapeutic de suport.

Pe parcursul următoarelor 3 (trei) luni, specialiștii implicați în tratarea pacientei au colaborat intens, întâlnindu-se de mai multe ori și discutând despre rezultatele înregistrate și necesitatea introducerii unor modificări în strategiile de abordare a pacientei.

La începerea intervenției kinetoterapeutice s-au preluat rezultatele unor testări efectuate de psihiatru și psihoterapeut, rezultate care reprezentau starea de moment a pacientei. Astfel, psihiatrul a evaluat calitatea vieții pacientei afectate de algofobie, folosind SCL-90-R (Symptom Checklist Revised – Inventarul Simptomelor Revizuit), cu 90 de itemi (<http://www.umfiasi.ro/Rezidenti/>

suporturidecurs), care folosește 9 (nouă) scale ale simptomelor primare (somatizarea, tulburările obsesiv-compulsive, anxietatea, depresia, sensibilitatea interpersonală și senzitivitatea, ostilitatea, anxietatea fobică sau fobiile, psihoticismul și ideea paranoidă), fiecare cu mai mulți itemi. Psihoterapeutul a evaluat nivelul de anxietate, folosind Chestionarul ASQ, care surprinde dimensiunea cognitivă, somatică și comportamentală a anxietății, prin intermediul a 36 de itemi. Din punct de vedere kinetoterapeutic, s-a evaluat intensitatea percepută a durerii la atingerea suprafeței cutanate în diverse regiuni ale corpului, folosind o scală vizuală analogă, cu 10 trepte, unde 0 (zero) reprezenta absența percepției durerii și 9 (nouă) reprezenta perceperea durerii cu intensitate maximă.

La începutul perioadei s-au desfășurat 3 (trei) ședințe în colaborare cu psihoterapeutul, abordarea fiind psiho-kinetoterapeutică și având ca scop convingerea pacientei să-și înfrunte temerile și să accepte atingerea kinetoterapeutului și realizarea primilor pași spre corectarea percepției senzațiilor corporale. După aceste prime 3 (trei) ședințe, s-a obținut o oarecare desensibilizare și pacienta accepta atingerea kinetoterapeutului, deși simptomele fobiei apăreau încă. În continuare, schema de tratament a cuprins medicația anxiolitică recomandată de psihiatru, terapia cognitiv-comportamentală aplicată de psihoterapeut și kinetoterapia de suport, în întâlniri individuale cu specialiștii respectivi, colaborarea dintre aceștia realizându-se în absența pacientei. În prima lună s-au realizat 3 (trei) ședințe de kinetoterapie și 2 (două) ședințe de psihoterapie pe săptămână, în a doua lună s-a scăzut numărul de ședințe de kinetoterapie la 2 (două) pe săptămână, iar în ultima lună s-a lucrat doar o ședință de kinetoterapie pe săptămână.

Abordarea kinetoterapeutică s-a bazat, la început, pe folosirea masajului antistres și a antrenamentului de conștientizare și percepere corectă a senzațiilor corporale, a continuat cu folosirea masajului clasic relaxator, care a urmărit aceleași obiective, dar și diminuarea tensiunilor psiho-fizice generate de fobie. După o lună și jumătate, când deja se obținuse corectarea în mare măsură a percepției senzațiilor corporale și diminuarea considerabilă a fricii de durere, s-a intervenit cu masaj clasic stimulat și, spre final, cu masaj transversal profund, abordând punctele dureroase descoperite la palpare.

3. Rezultate și discuții

La începerea intervenției kinetoterapeutice, nivelul de anxietate al pacientei era ridicat, scorul global al Chestionarului ASQ cumulând 145 de puncte, iar la sfârșitul intervenției, pacienta prezenta un nivel de anxietate scăzut, acumulând doar 105 puncte (figura nr. 1 și 2).

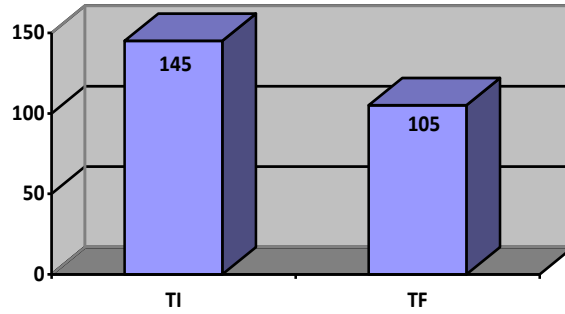


Figura 1. Evoluția scorului global obținut la aplicarea Chestionarului de anxietate ASQ

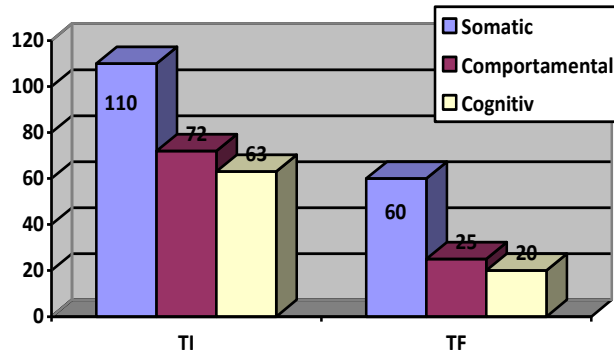


Figura 2. Evoluția scorului obținut, pe componentele evaluate la aplicarea Chestionarului de anxietate ASQ

Folosirea, inițială și finală, a Inventarului simptomelor revizuit (SCL-90-R), a relevat faptul că, la începerea programului kinetoterapeutic, calitatea vieții pacientei era puternic afectată, indicele simptomelor pozitive totale fiind de 88 puncte. La finalul intervenției, indicele simptomelor pozitive totale a însumat doar 24 de puncte, fapt care demonstrează ameliorarea considerabilă a calității vieții (figura nr. 3).

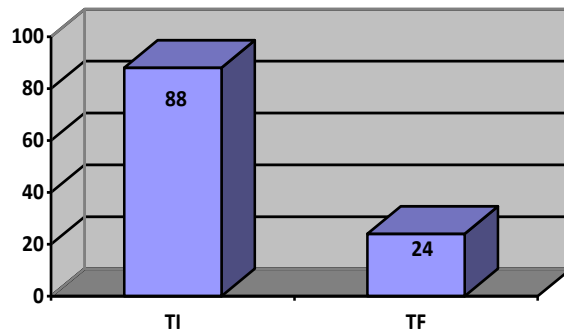


Figura 3. Evoluția indicelui simptomelor pozitive totale, calculat în urma aplicării Inventarului simptomelor revizuit, pentru a evalua calitatea vieții pacientei

Inițial, pacienta percepea durere de intensitate maximă la atingerea suprafeței cutanate în toate regiunile corpului, după a treia ședință durerea percepută a înregistrat un nivel ceva mai scăzut (cu excepția regiunilor care au fost afectate în accidentul suferit anterior), după o lună, intensitatea durerii percepute a scăzut simțitor, iar la finalul studiului, pacienta mai raporta percepția doar a unor ușoare senzații dureroase la nivelul regiunilor care au fost afectate în accident (figura nr. 4).

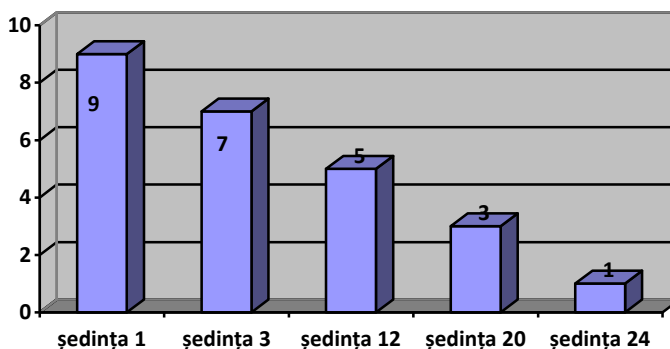


Figura 4. *Evoluția intensității percepute a durerii la atingerea suprafeței cutanate în diverse regiuni ale corpului*

La finalul celor 3 (trei) luni de intervenție medicală și psiho-kinetoterapeutică, reevaluarea pacientei a confirmat regresia aproape totală a fobiei.

4. Concluzii

Rezultatele studiului desfășurat au evidențiat faptul că abordarea medicală și psiho-kinetoterapeutică a pacienților cu algofobie reprezintă o variantă strategică care poate conduce la tratarea cu succes a acestei psihopatologii.

Ca atare, se poate concluziona faptul că, folosirea kinetoterapiei, ca și terapie care folosește atingerea, alături de psihoterapie și tratament medicamentos adecvat, poate contribui la facilitarea conștientizării mai corecte a propriului corp și a senzațiilor reale înregistrate de acesta, asigurând astfel un suport valoros psihoterapiei în tratamentul algofobiilor.

Referințe bibliografice

1. MITROFAN, L., DUMITRACHE, S.D. (2012). *Compendiu de fobii*, Bucharest: SPER;
2. MITROFAN, I. (2008). *Psihoterapie. Repere teoretice, metodologice și aplicative*, Bucharest: SPER;
3. <http://www.webdex.ro/>
4. <http://www.la-psiholog.ro/>