

درمان فیزیکی دردهای مزمن

ترجمه: دکتر محمد شریفی، دکتر نیما شهریر

انجمن بررسی و مطالعه درد در ایران، عضو انجمن جهانی مطالعه درد

خدمات بهداشتی - درمانی طی دهه‌های اخیر تغییرات عمده‌ای پیدا کرده‌اند. امروزه فعالیت و تحرک زود هنگام جهت تسریع بهبودی و بازگشت فعالیت بسیار مورد تشویق قرار می‌گیرد. همچنین امروزه الگوی اختلال و ناتوانی به حدی گسترش یافته که شامل اجزا روانی - اجتماعی نیز می‌شود. برخوردهای تیمی چند رشته‌ای بیمار را به عنوان عضوی فعال و مطلع در نظر گرفته و درمان‌های فیزیکی تاکید بیشتری بر روی انجام فعالیت دارند. نقش فیزیوتراپیست از یک درمانگر به یک کمک کننده تغییر یافته است. درمانگران امروزه به بیماران

به طور تاریخی، کنترل و برخورد با بیماری، جراحات و حتی زایمان احتیاج به دوره‌های طولانی مدت بستری، استراحت و نقاهت داشته است. متخصصان خدمات بهداشتی - درمانی به نسبت بیماری از یک الگو استفاده می‌کردند که بر اساس آن، بیماران دریافت کنندگان منفعل خدمات بودند. فیزیوتراپیست‌هایی که در چنین چهارچوب «استراحت تا بهبودی» (recovery Rest for) کار می‌کردند، مهارت‌هایی کسب نمودند که اغلب منفعل و بسیار طولانی و تعداد معدودی نیز بر اساس نوع روش‌های درمانی (Modality based) بوده‌اند.

کمک می‌کنند تا ناتوانی‌های فیزیکی و یا روحی خود را شناخته و بر آن‌ها غلبه کرده، فعالیت‌های خود را از سرگرفته و به اهداف شخصی خود دست یابند.

به رسمیت شناختن الگوی وسیع و گسترده زیستی، روانی و اجتماعی برای سلامتی (و بیماری) و نقش مثبت فعالیت در سلامتی و بهبود، تاکید بر روی فعالیت به جای معلولیت و اتکا به شواهد و دلایل بالینی، نحوه عمل فیزیوتراپیست‌ها را متحول کرده است. به کارگیری قواعد رفتاری و شناختی و نیز توان بخشی معطوف به هدف و زمان دار، بررسی، برخورد و ارزیابی بیماران دچار درد مزمن را تغییر داده است.

یک برخورد توان بخشی با مرکزیت بیمار (Patient – centered rehabilitative approach) که روی حفظ حرکات طبیعی و فعالیت عضو تاکید می‌نماید. در واقع، فیزیوتراپی را به عنوان جزیی حیاتی از رویکردی گروهی و مشارکتی برای کنترل موثر درد، مطرح می‌نماید. این مقاله نقش درمانگران فیزیکی در توان بخشی بیماران با درد مزمن را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد.

■ ارزیابی

Jette و همکارانش کاهش شکایت از درد و پیشرفت در فعالیت فیزیکی بیماران را اهداف اولیه فیزیوتراپی برشمرده‌اند. با این حال، کاهش درد هر چقدر هم که مورد نظر باشد همیشه در بیماران دچار درد مزمن امکان پذیر

نخواهد بود. در چنین حالتی، رویکردهای با هدف بهبود فعالیت و توانایی فیزیکی و گزارش بیمار در رابطه با ناتوانی‌های خود می‌باشد. ارزیابی بالینی در فیزیوتراپی معمولاً بر اساس آزمایش‌های بالینی ناتوانی‌ها و اختلالات موجود می‌باشد. این آزمایش‌ها، به خصوص در موارد دردهای مزمن، هم‌خوانی بسیار کمی با میزان درد و عدم توانایی فعالیت عضو درگیر بیمار دارند. آزمون‌های استاندارد شده مربوط به قدرت و دامنه حرکت عضلات به تنهایی فاقد حساسیت، ویژگی و یا پاسخ‌دهی مناسب هستند. وسایل پیچیده و گران قیمت، اندازه‌گیری قدرت، دامنه حرکت عضلات به تنهایی فاقد حساسیت، ویژگی و یا پاسخ‌دهی مناسب هستند. وسایل پیچیده و گران قیمت، اندازه‌گیری قدرت، دامنه و سرعت حرکت عضله را با دقت فراوان انجام می‌دهند اما توانایی انجام اعمال مختلف در بیماران مبتلا به دردهای مزمن ممکن است بسیار ناهمگون و بی‌قاعده (Erratic) باشد، چون عوامل روان شناختی مثل ترس از جراحی، آسیب و یا عدم اعتماد به نفس و کفایت کافی نیز در رفتار دخیل می‌باشند. به علاوه، انجام آزمایش‌های تخصصی، تحریک‌کننده فعالیت‌های روزانه نمی‌باشند.

□ بررسی و ارزیابی فعالیت بیمار توسط

پزشک

آزمایش‌های مربوط به اندازه‌گیری و برآورد عملکرد (Performance) بیمار هنگامی بهترین نتایج را خواهند داشت که سریع و ساده بوده

چنین تغییرات ناشی از کنترل و درمان درد را مشخص می‌نماید.

□ اظهارات شخصی بیمار در رابطه با ظرفیت

پرسش‌نامه‌هایی که توسط خود بیمار پر می‌شوند ممکن است کلی و یا مخصوص شرایط و یا بیماری خاص باشند. این پرسش‌نامه‌ها می‌توانند طولانی و جامع (مانند شرح تاثیر بیماری) یا کوتاه و اختصاصی باشند. نوع اخیر معمولاً در فیزیوتراپی بیشتر استفاده می‌شود. اظهارات شخصی بیمار می‌توانند نشانه‌های خوبی از نحوه درک بیمار از وضعیت خودش بوده و مسایل و مشکلاتی را آشکار نمایند که در آزمایش‌ها و بررسی‌های بالینی به آن‌ها توجهی نشده است. با این وجود، می‌تواند بین آنچه که بیمار از توانایی‌های خود اظهار می‌کند با آنچه که واقعاً توانایی آن را دارد، تفاوت بسیاری وجود داشته باشد. با وجودی که این مساله به راحتی قابل مشاهده است، انجام آزمون‌های کمیتی ظرفیت فیزیکی بیمار برای تکمیل اظهارات وی کمک‌کننده خواهند بود.

■ بیمار

بیماران دچار دردهای مزمن ممکن است به شدت عاجز و ناتوان و یا از نظر فیزیکی دچار ناهنجاری باشند. افرادی که دچار محدودیت‌ها و یا تغییر شکل فیزیکی در اثر درد خود هستند معمولاً در سطحی نزدیک به حداکثر توان و ظرفیت خود زندگی می‌کنند. این افراد ناخیر انرژی کمتری داشته و از آن نیز به نحو موثری

و برای بیمار و نیز پزشک قابل فهم و معنی‌دار باشند. آن دسته از آزمایش‌ها که حداقل وسایل خاص را لازم داشته، کم‌هزینه بوده و فعالیت‌های روزمره‌ای که توسط درد مزمن محدود شده‌اند را ارزیابی می‌کنند، در طب بالینی وارد شده و کاربرد پیدا کرده‌اند. بیمارانی که درد دارند، معمولاً آهسته‌تر از افراد بدون درد و سالم حرکت می‌کنند، نیروی کمتری طی بررسی‌ها و آزمایش‌های عضلانی ایجاد می‌نمایند و احتمالاً طی فعالیت و ورزش توانایی ادامه کمتری دارند. به همین دلیل، استفاده از اهداف و اندازه‌گیری‌های زمان‌دار (Timed tasks) با افزایش تدریجی مقاومت مفاصل و عضلات معمولاً بین آن‌هایی که درد دارند و یا بدون درد هستند، افتراق می‌گذارد. گروه تجربی عملکرد فیزیکی (PPB Battery [Physical Performance]) مدت زمان سپری شده و فواصلی که طی شده‌اند را در یک سری حرکات اندازه می‌گیرند. PPB جهت استفاده در بیمارانی که کمردرد دارند، ابداع شد. این گروه از آزمایش‌ها قابلیت اطمینان (Reliability) و ثبات (Stability) خوبی داشته و بیماران را از افراد گروه شاهد که بدون درد هستند، مجزا می‌نمایند. شکایت و اظهار ناتوانی توسط بیمار با اکثر اندازه‌گیری‌های PPB تناسب دارد اما اندازه‌گیری درد بیمار با چنین اندازه‌گیری‌هایی ارتباط و هم‌خوانی کمتری دارند. مجموعه آزمون‌های بررسی و ارزیابی که توسط Harding و همکارانش برای استفاده در مجموعه متنوعی از مبتلایان به درد مزمن ابداع شده،

استفاده نمی‌کنند. انرژی و توان آن‌ها در روز مصرف می‌شود. چنین افرادی در شرایط احیا و یا شرایط حاد و فوریتی ذخیره توان و انرژی کافی نخواهند داشت.

بعضی بیماران دچار درد مزمن سطوح مختلفی از ظرفیت و توان فعالیت را بیان می‌کنند که بسیار متغیر است. چرخه فعالیت بیش از حد - استراحت توسط انجام فعالیت تا هنگامی که شدت درد ادامه آن را غیرممکن نماید، تعریف می‌شود. بیمار سپس به طور کامل استراحت می‌کند تا درد ساکت شده و یا در اثر بی‌حرکی و یا بی‌حوصلگی ناشی از بی‌حرکتی دوباره شروع به فعالیت نماید. بیمار مجدداً تا افزایش غیرقابل تحمل درد خود به فعالیت ادامه خواهد داد. عدم تحمل و توانایی انجام فعالیت‌های فیزیکی و یا عدم توانایی اداره تغییر شکل‌های ناشی از درد مزمن نیز برای بسیاری از این دسته از بیماران در دسترس می‌باشد. با وجودی که شواهد تجربی کافی جهت اثبات این ادعا وجود ندارد، به نظر می‌رسد که ارتباط مستقیم و اتفافی بین درد، کاهش فعالیت و تغییر شکل‌های فیزیکی ناشی از آن وجود دارد. شواهد اثبات کرده‌اند که بیماران دچار دردهای مزمن از نظر بدنی ورزیده نمی‌باشند. با این وجود، مشکل تغییر شکل‌های فیزیکی در افراد دچار دردهای مزمن باید از نظر اجتماعی به طور گسترده‌تری مورد بحث و مطالعه قرار بگیرد. اکثر انسان‌هایی که در جوامع صنعتی زندگی می‌کنند و نه فقط آن‌هایی که در اثر درد ناتوان شده‌اند، از نظر فیزیکی و بدنی غیرورزیده و

خارج از فرم می‌باشند. بر اساس گزارش سال ۱۹۹۶ بهداری کل ایالات متحده، ۶۰ درصد آمریکایی‌ها فاقد برنامه فعالیتی منظم بوده و ۲۵ درصد از نظر بدنی اصلاً فعالیتی ندارند. با این وجود، سطح نسبتاً پایین آمادگی جسمانی در بین بیماران مبتلا به دردهای مزمن نشان‌دهنده این مساله است که کاهش مختصر در فعالیت‌های عادی می‌تواند آثار و عواقب منفی قابل توجهی داشته باشد. کاهش فعالیت‌های بدنی به طور مزمن باعث تشدید عوارض درد چه از نظر فیزیکی، یا روان‌شناختی و اجتماعی می‌گردد.

فعالیت بدنی جزئی از یک زندگی روزمره طبیعی و سالم بوده و تمام سلول‌های بدن در پاسخ به استرس ناشی از فعالیت‌های بدنی دچار تغییر شکل مکانیکی و انطباق متابولیک می‌شوند. عدم فعالیت، سلول‌های بدن را از چنین تحریکی محروم کرده و می‌تواند آثار عمومی منفی بر روی بدن داشته باشد.

بیماران دچار درد با میزان مشخص و معلومی از انرژی و انجام فعالیت، عملکرد پایین‌تری دارند که به خاطر عوامل مختلف مرکزی (قلبی - تنفسی) و محیطی (توانایی و قدرت عضله، کسب انرژی عضله) است.

بیماران دچار تغییر شکل، معمولاً پایداری قلبی ریوی کمتری داشته و در فعالیت‌های هوازی زودتر دچار تنگی نفس، ضعف و خستگی می‌شوند. ضربان قلب آنان در حالت استراحت، بالاتر بوده و در فعالیت‌های کمتر از حداکثر نیز به طرز محسوسی افزایش می‌یابد.

حس درد روی تغییر شکل‌های فیزیولوژیک، فعالیت عضلانی، کنترل حرکتی و واکنش‌های تعادلی به طور کامل بررسی نشده‌اند.

■ توان بخشی

فعالیت‌های توان بخشی باید با توجه به بیمار طراحی و استفاده شوند تا حداکثر بهبود و تقویت ظرفیت فیزیکی برای بیمار ایجاد گردد. انجام فعالیت، قرار دادن اهداف مربوط به فعالیت و تنظیم و کنترل فعالیت جزو مراحل کلیدی در توان بخشی بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشند. اکثر مشکلات همراه تغییر شکل ناشی از درد در اثر رژیم‌های فعالیتی کلی و یا اختصاصی قابل برگشت هستند. به عنوان مثال، تمرین‌های هوازی باعث بهبود ظرفیت و ورزشی هوازی (Aerobic fitness) (حداکثر مصرف اکسیژن VO2 max) خواهد شد. ارتباط بین بهبود VO2 max و میزان درد و ظرفیت فعالیت بیمار همیشه به طور واضح مشخص نمی‌باشد. با این وجود، در وضعیت کلی جسمی بیمار باعث بهبود در فعالیت روان‌شناختی و نیز خلق بیمار می‌شود، حتی برای خود بیماران نیز واضح و روشن می‌باشد.

□ رژیم‌های فعالیتی

برنامه‌های فعالیت برای بیمار باید منظم بوده و به تدریج از نظر مدت و شدت افزایش پیدا کنند. تداوم در پیگیری فعالیت‌هایی که به سادگی در فعالیت‌های روزمره بیمار قرار می‌گیرند، حداکثر است. همچنین بیماران بیشتر در فعالیت‌ها و تمرین‌هایی شرکت می‌کنند که

سلول‌های عضلات اسکلتی در اثر عدم فعالیت دچار تحلیل می‌شوند. بی‌حرکتی و استراحت در بستر باعث از دست رفتن نامتناسب فیبرهای عضلانی نوع II می‌شوند. از دست رفتن قدرت و پایداری عضلانی به علت از بین رفتن توده عضلانی، کاهش توانایی استفاده موثر در نخایر و منابع انرژی، کاهش انتقال عصب - عضله و کاهش بازدهی به کارگیری انرژی از منابع مختلف توسط فیبر عضلانی می‌باشد. بیماران دچار درد میزان انرژی بیشتری جهت انجام فعالیت‌هایشان مصرف می‌کنند که این یافته با شواهد مرکزی (قلبی - تنفسی) و محیطی (قدرت و توانایی به کارگیری انرژی عضله) نیز تایید می‌شود. عدم فعالیت همچنین باعث محرومیت استخوان‌ها، غضروف‌های مفصلی و بافت هم‌بند از استرس مکانیکی لازم جهت حفظ قدرت کششی و یا فشاری خواهد شد. شواهد نشان می‌دهند که در افرادی که غیرورزیده و یا دچار درد هستند، کنترل حرکتی و نیز بازدهی حس درک محیط دچار تغییر، حفظ تعادل مختل و زمان‌های واکنش کندتر می‌باشند. بررسی‌های بیشتر لازم است تا فرضیه تاثیر منفی وضعیت غیرطبیعی بدن در استراحت که اکثراً این بیماران دچار آن هستند، اثبات شود. ممکن است چنین عاملی با کشیدگی بیش از حد عصبی و یا فشار روی فیبرهای عصبی باعث اختلال در انتقال اکسوپلاسمیک عصبی مواد تروفیک به بافت‌های هدف کلاژنی در محیط بدن شود. تاثیر دقیق اطلاعات ورودی حس ناخوشایند و

برایشان جالب باشد، به خصوص اگر شامل افراد دیگری نیز بشود.

برای اخذ تصمیم، غلبه بر باورهای نادرست و نیز تعدیل رفتار (مانند افزودن بر میزان فعالیت و تمرین)، بیماران احتیاج به اطلاعات مناسب و کافی دارند. بسیاری از بیماران دچار دردهای مزمن نگرانی‌هایی دارند که مانع توان بخشی فیزیکی به آن‌ها می‌شود. این نگرانی‌ها شامل موارد زیر می‌باشند:

عدم وجود تشخیص قطعی و یا عدم درک و یا فهم توضیحاتی که به آنان ارایه می‌شود مانند «عدم وجود اختلال ملموس»، «وضعیت دژنراتیو وخیم تر شوند» و یا «استهلاک» (wear and tear)، عدم توانایی برقراری ارتباط بین تشخیص‌های بافتی و یا تشخیص‌های بر پایه سیستم با چند عامل و آثار ثانویه طی زمان؛ میزان و شدت درد، تداوم درد، آثار فیزیکی و اختلال‌های به وجود آمده در زندگی روزمره، باورهای غلط ناشی از افسانه‌ها و تصورات موجود در رابطه با درد، اعمال سیستم عصبی و تاثیر عوامل روان‌شناختی.

دو روش اصلی و با اهمیت در توان بخشی موفق عبارتند: از خودانگیختگی در فعالیت (Self – pacing during activity) و قرار دادن اهداف مناسب و قابل دسترس (Appropriate and achievable goals). پیشروی تدریجی و هدف‌گذاری در فیزیوتراپی برای متعادل کردن حداکثر و حداقل ظرفیت فعالیت در اثر درد و با هدف رسیدن به یک چرخه فعالیت - استراحت متوسط استفاده می‌شوند.

پیشروی تدریجی مناسب احتیاج به تنظیم و آموزش جهت فعالیت‌های روزمره دارد. افزایش تدریجی و کنترل شده فعالیت‌های بیمار باعث از بین رفتن حملات درد که باعث محدودیت این فعالیت‌ها شده بود، می‌گردد. برای چنین امری معمولاً فعالیت‌های بیمار از نظر زمانی برنامه‌ریزی شده و یا این که زمان‌های انجام تمرین توسط دوره‌های استراحت و یا دوره‌های انجام فعالیت‌های دیگر از هم جدا می‌شوند.

هدف‌گذاری مناسب نیز معمولاً جزو مهارت‌های مهمی است که بیماران باید یاد بگیرند. تعریف اهدافی واضح، چالش‌طلبانه ولی قابل دسترس و انجام در واقع تسهیل‌کننده عملکرد وظایف می‌باشد. بر خلاف آن، عملکرد وظایف به طور ناقص، عدم وجود انگیزه و احساس شکست می‌توانند به علت شکست در دسترسی به اهدافی غیر قابل دسترسی ایجاد شوند. عملکرد وظایف در اثر انجام انتظارات و رسیدن به اهداف از نظر نتیجه و کارایی به دست می‌آید. توقعات کارایی نتیجه باوری است که بر اساس آن یک نتیجه مشخص در اثر انجام یک رفتار معین به وجود می‌آید. توقعات کارایی می‌توانند بالقوه‌ترین و مهم‌ترین مشخص‌کننده‌های تغییر در توان بخشی باشند.

افزایش بازدهی شخصی به طور بسیار نزدیکی با توان بخشی موفق مرتبط است. نتیجه مثبت یعنی افزایش فعالیت، بهبود قدرت تطابق و کاهش رفتارهای مربوط به درد. بیماران معمولاً در ابتدای انجام اهداف جدید و یا شروع دوباره جهت انجام و نیل به اهدافی که قبلاً کسب

خود و یا تناسب اهداف تعیین شده نظرات و یا پیشنهاداتی داشته باشند. در چنین حالتی بیماران شاهد پیشرفت خود بوده، دقت آن‌ها در نحوه تعیین هدف نیز افزایش خواهد یافت.

■ برخورد و کنترل عود

این که هر بیمار مبتلا به درد مزمن دچار عود و تشدید مجدد درد خواهد شد، مساله اجتناب‌ناپذیری است. عود درد مزمن ممکن است در اثر یک اتفاق فیزیکی و یا در اثر تجمع تدریجی استرس‌های مختلف فیزیکی و روان‌شناختی که روی منابع تطابقی بیمار تاثیر می‌گذارند، به وجود آمده باشد. فیزیوتراپیست در چنین شرایطی می‌تواند در کشف، تشخیص شرایط و حالات مختلفی که چالش برانگیز و مشکل‌ساز هستند، به بیمار کمک کرده و در انتخاب رویکردهای مناسب جهت مقابله با آن به بیمار یاری برساند. چنین رویکردهایی می‌توانند شامل تعریف چهارچوبی جهت مراجعه به متخصصان استفاده از داروها و یا به طور ساده استراحت و تمدد اعصاب باشند. روش‌ها و برنامه‌های بازگشت به فعالیت پس از چنین دوره تشدید درد نیز از اهمیت خاصی برخوردار هستند، حتی اگر تمام احتمالات نیز در نظر گرفته نشوند، داشتن برنامه‌ای از پیش تعیین شده برای موارد تشدید درد می‌تواند در تقویت حس کنترل بیمار تاثیر داشته باشد.

عود به هیچ وجه نباید به عنوان یک شکست و یا علامتی مبنی بر عدم توانایی بیمار در اداره کردن شرایط تلقی گردد. عود در واقع یک

نشده‌اند، دچار اعتماد به نفس پایینی می‌باشند. جهت افزایش و بهبود اعتماد به نفس بیماران بهتر است به اهدافی که قبلاً کسب نشده‌اند پرداخته، به آن نایل شده و رسیدن به آن را ناشی از سعی خود بیابند. پس، نایل به اهداف مختلف به طور مستمر باعث تقویت دوباره اعتماد به نفس بیمار شده و باعث ایجاد حس غلبه بر مشکلات و نیز انجام اهداف تعیین شده می‌گردد.

اهداف مربوط به فعالیت باید در سه زمینه پیاده شوند. زمینه فیزیکی برنامه‌تمرینی است که بیمار آن را پیگیری کرده و شامل تعداد تمرین‌هایی برای انجام، مدت زمان تمرین‌ها و درجه سختی آن‌ها است. زمینه عملکردی شامل اهداف مربوط به زندگی روزمره مانند کار منزل و سرگرمی‌ها می‌شود. زمینه اجتماعی مربوط به فعالیت‌های بخش اجتماعی مانند دیدار با دوستان، رفتن به مسجد، کلیسا، سینما و یا پیاده‌روی می‌شود. اهداف باید از نظر فردی متناسب، جالب، قابل اندازه‌گیری و قابل دسترسی باشند. تعیین هدف در واقع با توجه به مذاکرات بین بیمار و پزشک معالج انجام می‌پذیرد. بیماران هر هفته برای فعالیت‌های خود اهدافی انتخاب نموده، توانایی‌ها و دستیابی‌های خود را در جداول مربوط درج نموده، ماهیت مشکلات و مسایلی را که با آن‌ها برخورد کرده‌اند و این که چگونه در جلسه بعد بر آن‌ها غلبه خواهند کرد و نظریات و ایده‌های خود را بیان می‌دارند. به عنوان مثال، آن‌ها ممکن است در مورد نحوه فعالیت و عملکرد

چالش در مسیر اداره فردی محسوب می‌شود تا نقطه پایانی برای آن. علاوه بر این، در صورتی که به درمان‌های اختصاصی احتیاج باشد (مانند دستکاری، تقویت و یا درمان روش نقاط محرک) باید از نظر زمانی محدود شده و فقط به صورت دوره‌ای کوتاه استفاده گردند که در مسیر کسب دوباره کنترل زندگی خود برای اداره و کنترل یک عود مورد استفاده قرار می‌گیرند.

برای بیماران دچار درد مزمن توان بخشی برای نیل به یک زندگی که کمتر توسط درد مختل باشد، معمولاً طولانی و پیچیده است. توان بخشی شامل غلبه بر موانع و مشکلات فیزیکی و روان‌شناختی می‌شود. فیزیوتراپیست‌ها در کنترل و برخورد با درد جایگاه بسیار بااهمیتی دارند. آن‌ها به بیماران کمک می‌کنند تا موانع موجود در مسیر توان بخشی خود را شناسایی کرده و از اطلاعات موجود استفاده کنند، همچنین آن‌ها

با تامین پشتیبانی و تقویت دوباره جهت هدایت بیمار به سمت دست‌یابی به اهداف باارزش شخصی نقش بسیار مهمی را عهده‌دار می‌باشند.

فیزیوتراپیست‌ها اصول و قواعد شناختی و رفتاری را در توان بخشی وارد کرده و از یک الگوی کنترل درد جامع زیستی، روانی و اجتماعی استفاده می‌کنند که بیمار محور، با محدودیت زمانی و هدفمند است. رویکرد و برخورد توان بخشی و نیز درگیری اصلی آن‌ها که حفظ و برگرداندن تحرک و فعالیت به بیمار می‌باشد، فیزیوتراپیست‌ها را به عنوان یک گروه اصلی و پایه در برخورد مشترک و گروهی با مساله کنترل موثر درد مطرح می‌نماید.

منبع

Physical Therapy for Chronic pain. Pain Clin. 1998; 6.

