

Ból na treningu to nie zawsze kwestia wieku — jak ruch i siła pomagają wrócić do sprawności

Rehabilitacja • 22 kwietnia 2026 • 11 min czytania • Movement Matters

Kolano, plecy albo bark bolą na treningu? W większości przypadków nie chodzi o wiek ani „zużycie stawów”, tylko o brak przygotowania ruchowego. Co mówią najnowsze badania i jak wygląda sensowna droga powrotu do sprawności.

Najczęstsze zdanie, jakie słyszymy na pierwszej sesji od osób, które właśnie wróciły na salę po kilku latach przerwy: „no tak, ale to już wiek”. Mężczyzna, 42 lata, kolano „strzela” przy przysiadzie. Kobieta, 38 lat, bark „łapie” przy wiosłowaniu. Plecy pobolewają po martwym ciągu z kettlami 12 kg. Werdykt brzmi: sypię się.

Problem w tym, że metryka rzadko jest tu głównym bohaterem. U większości osób, które przychodzą do studia z bólem przy ćwiczeniach, nie chodzi o to, że stawy „się zużyły” od kalendarza. Chodzi o coś o wiele bardziej prozaicznego — o to, że ciało nie jest przygotowane na obciążenie, które mu dajesz. I o to, że odpuszczanie ruchu prawie zawsze sytuację pogarsza, zamiast ją naprawić.

Ból nie jest dowodem uszkodzenia

Najciekawsze wnioski płyną jednak z dużych badań obrazowych u osób, które NIE odczuwają żadnego bólu. U 20-latków co trzeci ma na rezonansie protruzję dysku. U 60-latków — dwie trzecie. Zmiany zwyrodnieniowe, „nieprawidłowości”, wypuklenia. Bez jednego dnia bólu. Najnowsza seria Lancet o bólu pleców (Buchbinder i współpracownicy, 2023) podsumowuje to wprost: rezonans pokazuje zbyt wiele, leczymy zbyt agresywnie, a pacjenta najczęściej zostawiamy z diagnozą brzmiącą jak wyrok.

To dlatego w studiu, kiedy ktoś przynosi opis rezonansu, zaczynamy od prostego pytania: „co Cię boli i przy jakich ruchach?”, a nie od wyroku na podstawie papieru. Obraz strukturalny i ból mają ze sobą mniej wspólnego, niż wmawia nam to popularna narracja „kręgosłup się rozpada”.

Ból to sygnał, który mózg wytwarza na podstawie DZIESIĄTEK danych naraz — obciążenia, snu, stresu, historii urazów, emocji, przekonań na temat własnego ciała. Czasem jest ostrzeżeniem o

realnym przeciążeniu. Częściej jest informacją, że ciało dostało więcej, niż było w stanie unieść w tej konkretnej chwili.

Skąd bierze się ból przy ćwiczeniach

Kiedy analizujemy ludzi, którzy przychodzą do nas z bólem kolana, pleców albo barku na treningu, w większości przypadków powtarzają się cztery wzorce. Rzadko chodzi o uszkodzenie. Najczęściej o przygotowanie.

Przeciążenie niewspółmierne do tolerancji tkanek. Ktoś po pół roku przerwy wraca do biegania 5 razy w tygodniu po 8 kilometrów. Ściągną Achillesa dostaje obciążenie 10-krotnie większe niż przez ostatnie miesiące. Tkanka ma swoją krzywą adaptacji — trzeba ją zbudować przez tygodnie, nie forsować przez weekend. To nie wiek. To matematyka obciążenia.

Brak siły w zakresie, w którym się poruszasz. Klasyczny przypadek: przysiad z 60 kg idzie gładko, ale przy głębszym zakresie kolano zaczyna boleć. Nie dlatego, że kolano jest „zużyte” — tylko dlatego, że mięśnie pośladkowe, przywodziciele i mięśnie stabilizujące miednicę nie wytwarzają wystarczającej siły w tym zakresie. Staw dostaje obciążenie, którego nie ma co zabezpieczyć.

Sztywność w jednym miejscu, kompensacja w drugim. Jeśli biodro nie rotuje, kompensować będą dolne plecy. Jeśli staw skokowy ma ograniczony zakres, kompensacją zajmie się kolano. Ruch w ciele jest łańcuchem — zablokowanie jednego ogniwa nie znika, tylko przesuwa problem do najbliższego stawu, który ma zapas.

Brak kontroli motorycznej. To najtrudniejsze do zauważenia i najbardziej niedoceniane. Można mieć siłę. Można mieć mobilność. Ale jeśli pod obciążeniem nie potrafisz ustawić łopatk, aktywować brzucha i poprowadzić ruchu po właściwym torze — ciało znajdzie ścieżkę najmniejszego oporu. Zwykle nie jest to ścieżka, którą stawy lubią.

Rzadko trafia się tylko jeden z tych elementów. Zwykle mieszanka dwóch lub trzech. Dlatego „gotowy plan z internetu” bywa problemem — zakłada, że ciało jest jednorodne, a każdy z nas dochodzi do sztangi z innym bagażem.

Dlaczego „oszczędzanie się” nie działa

Odruchowa reakcja jest intuicyjna — boli, więc przestaję. Kilka tygodni przerwy, odpoczynek, zero obciążenia. Potem ostrożny powrót, od razu kolejny epizod bólu. Koło się zamyka.

Ten wzorec ma swoją nazwę w literaturze naukowej — model fear-avoidance. Kiedy ból łączy się z katastrofizującym myśleniem o własnym ciele, zaczynamy unikać ruchu, który skojarzył się z problemem. Mięśnie się odtrenowują. Tkanki stają się jeszcze mniej tolerancyjne na obciążenie. Przy kolejnej próbie ten sam ruch boli szybciej i mocniej. Wniosek? „Mam to już na zawsze”.

Tymczasem z nowszych analiz naukowych wynika coś zupełnie przeciwnego. Duńsko-australijski zespół opublikował w Lancet w 2024 roku wyniki WalkBack — prostego eksperymentu, w którym ludziom z nawracającym bólem pleców kazano po prostu regularnie chodzić. 30 minut dziennie, przez kilka miesięcy, z krótką edukacją na starcie. Efekt? Nawroty bólu rzadsze prawie o połowę, a mediana czasu do kolejnego epizodu dłuższa niemal dwukrotnie. Żadnej sztangi. Żadnego sprzętu. Sam ruch.

Podobny obraz widać w badaniu RESTORE (Kent i współpracownicy, 2023 — również Lancet), gdzie program łączący edukację, stopniową ekspozycję na ruch i pracę z przekonaniami o bólu wyraźnie pokonał standardową fizjoterapię u osób z przewlekłym bólem pleców. I działał dalej po roku od zakończenia interwencji. Podobny wzorec dotyczy kolana (aktualne wytyczne NICE NG226 z 2022 roku stawiają ćwiczenia na pierwszej linii leczenia choroby zwyrodnieniowej) i barku — fińskie badanie FIMPACT po pięciu latach obserwacji pokazało, że zabieg artroskopii barku często nie daje lepszych efektów niż operacja „udawana” (placebo) u osób z zespołem ciasnoty podbarkowej.

Mówiąc wprost: dla większości osób z bólem przy treningu „oszczędzanie się” jest najgorszą możliwą strategią długofalową. Krótkoterminowo przynosi ulgę. Długoterminowo pogłębia problem, który miało rozwiązać. Dobre studio nie każe Ci się oszczędzać — pomaga znaleźć obciążenie, na które ciało jest gotowe i systematycznie będzie je zwiększać.

Kiedy najpierw do lekarza, a kiedy od razu do trenera

To pytanie wraca u nas przy każdej pierwszej rozmowie. Odpowiedź jest prostsza, niż się wydaje, i są pewne sytuacje, w których nie ma co kombinować — diagnostyka medyczna idzie pierwsza.

Wytyczne NICE dotyczące bólu pleców oraz standardowe protokoły ortopedyczne wymieniają tzw. czerwone flagi, które wymagają pilnej konsultacji lekarskiej:

- Nagła utrata masy ciała bez wyjaśnienia
- Gorączka towarzysząca bólom
- Ból, który budzi Cię nocą i nie reaguje na zmianę pozycji
- Drętwienie krocza, zaburzenia oddawania moczu lub stolca
- Ostry, promieniujący ból po świeżym upadku lub uderzeniu
- Postępujące osłabienie siły w kończynie
- Historia nowotworu lub leczenia immunosupresyjnego

Jeśli widzisz którykolwiek z tych sygnałów — nie zaczynasz od trenera. Zaczynasz od lekarza.

W większości przypadków bólu przy ćwiczeniach nie chodzi jednak o czerwone flagi. Chodzi o tępy, powtarzalny ból, który pojawia się przy konkretnym ruchu, ustępuje po kilku dniach i wraca przy kolejnej próbie. Bolące kolano po bieganiu. Bark, który doskwiera przy wyciskaniu nad głowę. Plecy pobolewające po martwym ciągu. W takich sytuacjach nie potrzebujesz rezonansu i tomografii — potrzebujesz kogoś, kto oceni, jak się poruszasz i dobierze obciążenie do tego, co ciało jest w stanie unieść.

Granica bywa niejasna. Jeśli masz wątpliwości, dobrym wyjściem jest rozmowa z fizjoterapeutą, który patrzy na ruch, a nie tylko na wynik rezonansu. W [rehabilitacji ruchowej](#) zaczynamy od dokładnej oceny, a potem decydujemy, czy idziemy z programem sami, czy kierujemy dalej.

Jak wygląda pierwsza faza pracy w studiu

Kiedy ktoś trafia do nas z bólem na treningu, pierwsza sesja wygląda zupełnie inaczej niż klasyczny „plan”. Nie dajemy ćwiczeń. Oglądamy ruch.

Na początek rozmowa — czym się zajmujesz, ile siedzisz, jak śpisz, kiedy zaczął się ból, co go zaostrza, co go łagodzi, co trenowałeś wcześniej, jakie urazy miałeś, co słyszałeś o swoim ciele od lekarzy. To zajmuje 20-30 minut i jest z każdą kolejną minutą cenniejsze, bo buduje kontekst.

Potem ocena ruchu. Na macie, na podłodze, bez sztangi. Patrzymy na to, jak kontrolujesz tułów, jak rotuje Ci biodro, jak pracuje łopatka, czy staw skokowy ma zakres potrzebny do głębokiego przysiadu, czy potrafisz zginać kręgosłup segmentami czy „w kawałkach”. Czasem używamy force plates, żeby sprawdzić symetrię rozkładu nacisku przy prostych ruchach. Nic spektakularnego — podstawy.

Na tej podstawie układamy plan, który najczęściej zaczyna się od ćwiczeń, które na pierwszy rzut oka wydają się zbyt łatwe. Hip hinge z kijem w rękę. Izometryczny bird dog. Kettle 8 kg w goblet squacie z kontrolą tempa. Nie dlatego, że traktujemy Cię jak kogoś słabszego — dlatego, że bez opanowanego wzorca ruchu każde kolejne kilogramy są dolewaniem oliwy do ognia.

Pierwsze 2-3 tygodnie to głównie nauka wzorców i budowanie tolerancji na obciążenie. Dopiero kiedy ruch jest czysty i ból się nie nasila po sesji, zaczynamy dokładać ciężar.

Pracujemy przy tym z prostą zasadą, której klienci czasem nie lubią na początku: jeśli ćwiczenie wywołuje ból na poziomie 3-4 w skali 0-10, kontynuujemy z uważnością. Jeśli przekracza 5-6 albo nie ustępuje po sesji, zmieniamy dawkę albo sam ruch. To nie jest „trenuj przez ból”. To jest trenuj obok bólu, monitorując reakcję. Z najnowszych publikacji na temat bólu kręgosłupa i ścięgien wynika jasno: umiarkowany dyskomfort w trakcie ćwiczeń nie spowalnia wyników — a często je przyspiesza. Paraliżujący, ostry ból — owszem. Różnicę warto umieć rozpoznać, i dokładnie po to mamy trenera w zasięgu wzroku.

Czego realnie można się spodziewać w 8-12 tygodni

Klienci często pytają, czy w trzy miesiące da się „naprawić” ich bark albo kolano. Krótka odpowiedź: rzadko naprawić, prawie zawsze zdecydowanie poprawić. I to nie dlatego, że trzy miesiące to mało — tylko dlatego, że ciało dostosowuje się na wielu poziomach w różnym tempie.

W 8-12 tygodni regularnego, dobrze dawkowanego treningu u większości osób widzimy:

- Wyraźny wzrost siły w ruchach, które wcześniej wywoływały ból — często rzędu 30-50% w podstawowych wzorcach

- Zmniejszenie częstotliwości i intensywności epizodów bólowych (nie zawsze do zera, ale zwykle o połowę lub więcej)
- Powrót do aktywności, z których trzeba było wcześniej zrezygnować — bieganie, wiosłowanie, noszenie dzieci, praca w ogrodzie
- Przywrócenie pewności siebie w ruchu. Może to brzmieć banalnie, ale to jeden z najważniejszych czynników decydujących o trwałych efektach.

To, czego NIE obiecamy, to zniknięcie bólu w sposób gwarantowany. Ciało nie działa jak urządzenie z instrukcją. U jednej osoby kolano przestaje boleć po trzech tygodniach. U innej — po pół roku. Zmiennych są dziesiątki: sen, stres, historia, genetyka, stan zapalny, to, co robisz przez pozostałe 165 godzin w tygodniu, kiedy nie jesteś na treningu.

[Trening siłowy, prowadzony rozsądnie i z dobrą progresją](#), jest jednym z najlepiej udokumentowanych sposobów na redukcję ryzyka kontuzji — nowsze przeglądy badań nad sportowcami amatorami i zawodowymi pokazują zgodnie, że obniża je o ponad połowę. Ale to narzędzie, nie magia. Działa tylko wtedy, kiedy jest dopasowane. Temat tego, dlaczego warto to robić — [dlaczego trening siłowy jest podstawą zdrowia](#), rozłożyliśmy na czynniki pierwsze w osobnym artykule.

Wiek nie jest wyrokiem, ale też nie jest alibi

Wracamy do punktu wyjścia. „To już wiek” to zdanie, które pełni w głowie ważną funkcję — wyjaśnia, zamyka temat, zwalnia z działania. Tyle że prawie nigdy nie opisuje tego, co naprawdę się dzieje z ciałem 35- czy 45-latka, który wraca do treningu.

Metryka coś zmienia, owszem. Po 40. roku życia tempo regeneracji jest nieco wolniejsze. Tolerancja na przeciążenia mniejsza. Masa mięśniowa zanika szybciej, jeśli się nie trenuje ([temat rozłożyliśmy na czynniki pierwsze osobno](#)). Ale wszystkie te zmienne to nie są bariery — to są parametry, które trzeba uwzględnić w planie, a nie powody, żeby go nie zaczynać.

W większości przypadków, kiedy kolano, plecy albo bark bolą na treningu, pracujemy z brakiem przygotowania ruchowego, a nie z upływem czasu. To dobra wiadomość, bo przygotowanie ruchowe można zbudować. Niezależnie od tego, czy masz 28 lat, czy 54. Nie w tydzień. Nie na podstawie gotowego planu z internetu. Ale systematycznie, z kontrolą obciążenia i kimś, kto widzi, jak się poruszasz — jak najbardziej. To podstawa tego, czym zajmuje się [trening zdrowotny](#) i od czego w studiu zaczynamy z większością klientów wracających po przerwie.

BÓL PLECÓW

BÓL KOLANA

BÓL BARKU

REHABILITACJA RUCHOWA

TRENING ZDROWOTNY

PRZYGOTOWANIE RUCHOWE

RZESZÓW

Najczęstsze pytania

Czy ból na treningu zawsze oznacza kontuzję?

Nie. Najczęściej ból przy ćwiczeniach wynika z niedopasowania obciążenia do aktualnej tolerancji tkanek, braku siły w używanym zakresie ruchu, sztywności w sąsiednim stawie lub słabej kontroli motorycznej — a nie z realnego uszkodzenia. Jeśli ból się nie nasila po sesji, ustępuje w ciągu 1-2 dni i nie towarzyszą mu tzw. czerwone flagi (drętwienie krocza, zaburzenia zwieraczy, gorączka, nocny ból), rzadko mówimy o kontuzji w klasycznym sensie.

Kiedy z bólem stawu iść najpierw do lekarza, a kiedy do trenera?

Do lekarza lub fizjoterapeuty idziesz pilnie przy sygnałach alarmowych: nagłej utracie masy ciała, gorączce, nocnym bólu niereagującym na zmianę pozycji, drętwieniu krocza, zaburzeniach oddawania moczu lub stolca, świeżym urazie z postępującym osłabieniem kończyny, historii nowotworu. W pozostałych przypadkach — tępy, nawracający ból przy konkretnym ruchu — w pierwszej kolejności sensowna jest ocena ruchu u fizjoterapeuty lub trenera z doświadczeniem w rehabilitacji, bez konieczności rezonansu.

Czy jak coś mnie boli, to lepiej odpuścić trening?

Całkowite unikanie ruchu najczęściej pogłębia problem. Badanie WalkBack opublikowane w Lancet w 2024 roku pokazało, że sam regularny spacer (30 min dziennie) zmniejsza ryzyko nawrotu bólu pleców o niemal połowę. Trening RESTORE (Lancet 2023) potwierdził, że aktywna praca z ruchem, edukacją i przekonaniami o bólu pokonuje bierne podejście. „Oszczędzanie się” przynosi ulgę krótkoterminowo, ale w dłuższej perspektywie zmniejsza tolerancję tkanek na obciążenie.

Jak długo trzeba trenować, żeby ból zaczął ustępować?

U większości osób, które regularnie trenują w odpowiednio dobranym programie, wyraźną poprawę widać w 8-12 tygodni: siła w bolesnych ruchach rośnie o 30-50%, epizody bólowe stają się rzadsze i krótsze, wraca pewność siebie w aktywnościach. To nie gwarancja pełnego zniknięcia bólu — ciało nie działa jak urządzenie z instrukcją — ale czas jest realistyczny dla większości typowych problemów bólowych przy ćwiczeniach.

Czy przy zmianach zwyrodnieniowych na MRI można jeszcze trenować?

W większości przypadków tak, i najczęściej trzeba. Duże dane obrazowe pokazują, że zmiany zwyrodnieniowe występują u większości osób po 40. roku życia BEZ żadnego bólu. Seria artykułów Lancet o bólu pleców z 2023 roku (Buchbinder et al.) jasno rekomenduje odejście od leczenia na podstawie obrazowania na rzecz aktywnego ruchu i edukacji. Decyzję o intensywności i doborze ćwiczeń warto jednak skonsultować z kimś, kto ocenia, jak się faktycznie poruszasz — nie tylko co widać na rezonansie.

Źródła

1. [Effectiveness and cost-effectiveness of an individualised, progressive walking and education intervention for the prevention of low back pain recurrence \(WalkBack\): a randomised controlled trial](#) — Pocovi NC, Lin CC, French SD, et al., 2024
2. [Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain \(RESTORE\): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial](#) — Kent P, Haines T, O'Sullivan P, et al., 2023
3. [The Lancet Series call to action to reduce low value care for low back pain: an update](#) — Buchbinder R, Underwood M, Hartvigsen J, Maher CG, 2023
4. [Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management \(NG226\)](#) — National Institute for Health and Care Excellence, 2022
5. [Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management \(NG59\)](#) — National Institute for Health and Care Excellence, 2020
6. [Subacromial decompression versus diagnostic arthroscopy for shoulder impingement: 5-year follow-up of the FIMPACT randomised placebo-surgery controlled trial](#) — Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, et al., 2021
7. [Exercise therapy for chronic low back pain](#) — Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al., 2021
8. [Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis](#) — Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, et al., 2021

Movement Matters — Studio Treningowe

Cały artykuł, więcej materiałów i kontakt: movementmatters.pl/blog/bol-na-treningu-przygotowanie-ruchowe

