

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav fyzioterapie

**Rehabilitace a zásady autoterapie pro pacienty
s vertebrogenním algickým syndromem bederní
oblasti na základě psychogenní etiologie – příručka
pro pacienty**

Bakalářská práce

Autor: Martina Faastová

Obor: Fyzioterapie

Vedoucí práce: Mgr. Dita Onderková, DiFyz.

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Dity Onderkové, DiFyz. a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

V Olomouci dne

.....

Martina Faastová

Ráda bych především poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Dítě Onderkové, DiFyz. za trpělivost a čas, který si vyhradila pro čtení a konzultace práce. Dále děkuji své mamince, která byla ochotná zapůjčit vlastní malbu na titulní stranu příručky. Velké poděkování patří také mému příteli, který mi pomáhal s focením obrázků a grafickou úpravou mé práce.

ANOTACE

Druh práce:

Bakalářská

Název práce:

Rehabilitace a zásady autoterapie pro pacienty s vertebrogenním algickým syndromem bederní oblasti na základě psychogenní etiologie – příručka pro pacienty

Název práce v anglickém jazyce:

Rehabilitation and principles of autotherapy for patients with low back pain syndrome based on psychogenic etiology – guide for patients

Datum zadání: 2009-12-19

Datum odevzdání: 2010-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav Fyzioterapie

Autor práce: Faastová Martina

Vedoucí práce: Mgr. Dita Onderková, DiFyz.

Oponent práce: dtto pole „Vedoucí práce“

Abstrakt v českém jazyce:

Cílem bakalářské práce byla tvorba příručky pro pacienty s vertebrogenním algickým syndromem bederní páteře na základě psychogenní etiologie. Práce se skládá z obecné a praktické části, kterou tvoří příručka pro pacienty.

V obecné části jsou charakterizovány základní informace týkající se psychogenní bolesti, psychosomatických vztahů v rámci pohybového aparátu hrajících důležitou roli při vzniku bolestí zad a rehabilitace v terapii psychosomatických onemocnění, která je zaměřená především na bolesti zad bederní oblasti.

Praktická část vychází z teoretických poznatků obecné části a je psána formou příručky pro pacienty. Pojednává o vlivu psychického stavu na zdraví a také na bolesti zad, pacienty seznamuje s psychosomatickou medicínou a se základy terapie daného onemocnění. Příručka by pacientům měla nabídnout poněkud jiný pohled na jejich zdravotní stav a dodat jistý nadhled k životním problémům.

Abstrakt v anglickém jazyce:

The main purpose of this bachelor's work is to create a guide for patients with low back pain (LPB) based on the psychogenic etiology. The work consists of general and practical part. The practical part is formed as a guide for the patients.

In the general part is described basic information related to psychogenic pain. This part also covers psychosomatic relations in the scope of musculoskeletal system which are important during formation of LBP. Then rehabilitation in therapy of psychosomatic diseases which is focused on LBP is discussed.

The practical part of the work uses theoretic knowledge from the general part and it is written as a guide for the patients. It deals with psychological state of human health and low back pain. It also gives information to the patients about psychosomatic medicine and basic knowledge of the therapy for this kind of disease. The guide should offer the patients different view of their health and support different attitude of life's obstacles.

Klíčová slova v českém jazyce:

Páteř, psychogenní bolest, psychosomatika, fyzioterapie

Klíčová slova v anglickém jazyce:

Spine, psychogenic pain, psychosomatic, physiotherapy

Rozsah práce: 77 s., 2 příl.

OBSAH

ANOTACE	4
OBSAH	6
ÚVOD	8
1 OBECNÁ ČÁST	9
1.1 Vertebrogenní algický syndrom	9
1.2 Bolest	9
1.2.1 Definice.....	9
1.2.2 Dimenze bolesti	9
1.2.3 Tolerance k bolesti.....	11
1.2.4 Diagnostika bolesti	11
1.2.5 Psychogenní bolest.....	12
1.3 Psychosomatické souvislosti	15
1.3.1 Psychosomatika	15
1.3.2 Vývoj psychosomatiky	16
1.3.3 Psychosomatika a behaviorální medicína.....	17
1.3.4 Stres a psychosomatická onemocnění	17
1.3.5 Psychosomatické vztahy v rámci pohybového systému.....	19
1.4 Rehabilitace v terapii psychosomatických onemocnění	23
1.4.1 Role anamnézy.....	24
1.4.2 Terapeutický přístup k pacientům s psychosomatickým onemocněním	25
1.4.3 Možnosti prevence a terapie.....	25
2 SPECIÁLNÍ ČÁST	35
2.1 Příručka pro pacienty	35
2.1.1 Úvod.....	36
2.1.2 Vliv psychického stavu na zdraví	36
2.1.3 Psychosomatika	37

2.1.4 Naše současná situace, aneb čas jsou peníze.....	38
2.1.5 Stresová reakce.....	39
2.1.6 Naučili jsme se spěchat, ale ne čekat	39
2.1.7 Vliv psychického stavu na bolesti bederní páteře	39
2.1.8 „Postoj úspěšných“	40
2.1.9 Jak tedy na bolesti zad?	41
2.1.10 Závěr	61
DISKUZE	63
ZÁVĚR.....	68
REFERENČNÍ SEZNAM	69
SEZNAM ZKRATEK.....	75
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	77

ÚVOD

Bolesti zad bývají stále více řazeny k psychosomatickým onemocněním. Psychika a psychický stav jedince, který prokazatelně ovlivňuje svalový i respirační systém, se tak mohou stát jednou z příčin vzniku vertebrogenního algického syndromu.

Stejně tak, jako u člověka nemůžeme posuzovat pouze jeho zdravotní stav bez ohledu na psychickou stránku, tak i na bolest zad musíme nahlížet jako na komplexní problém, kde oblast psychiky hraje významnou roli.

Diagnostika, ale i terapie bolestí zad představuje poměrně svízelnou situaci. Psychosomatické souvislosti tak zvláště napomáhají v diagnostickém řešení těch případů, kde hlavním problémem je objektivní průkaz příčiny vzniku bolestí zad.

V terapii bolestí zad psychogenní etiologie má své nezastupitelné místo také fyzioterapie. Pohybová aktivita totiž představuje vhodnou psychoterapeutickou techniku u pacientů, kteří trpí nejrůznějšími psychickými problémy. V léčbě je dále možno, kromě pohybové aktivity, využít také dechová cvičení, relaxační techniky a některé možnosti nabízené fyzikální terapií, příkladem může být oblast hydroterapie či balneologie.

Cílem mé bakalářské práce byla tvorba příručky pro pacienty trpící vertebrogenním algickým syndromem bederní páteře psychogenní etiologie. První část se věnuje danému tématu teoreticky. Je zaměřena především na problematiku subjektivity bolesti i vzájemného a rovněž oboustranného vztahu mezi bolestí a psychikou. Dále se pozornost obrací k psychosomatické medicíně a psychosomatickým souvislostem, které se týkají oboru fyzioterapie. V závěru obecné části jsou uvedeny možnosti terapie bolestí zad z pohledu psychosomatických nemocí ve fyzioterapii.

Ve druhé kapitole jsou čerpány uvedené teoretické poznatky, které jsou následně převedeny do praktické části v podobě příručky pro pacienty. Ta je psaná formou publicistického stylu, aby byla snadno pochopitelná pro laickou veřejnost. Zároveň úvodní část příručky seznamuje čtenáře se zajímavými myšlenkami a teoriemi na dané téma, které také vychází z mé osobní zkušenosti. Příručka dále obsahuje stručné popisy a návody k relaxačním cvičením, která jsou doplněna fotografiemi pro lepší představivost čtenářů.

1 OBECNÁ ČÁST

1.1 Vertebrogenní algický syndrom

Vertebrogenní algický syndrom (dále jen VAS) představuje komplexní multidimenzionální problém (Kolář, Křikavová, 2008; Stránecký, 2009). Jedná se o problém nejen zdravotní či zdravotnický, ale při jeho vzniku i průběhu spolupůsobí mnoho dalších faktorů. Velmi důležitou roli zde mimo jiné hraje kulturní prostředí, faktory etnické, sociální vztahy a také psychický stav. Je třeba si uvědomit, že bolest zad souvisí rovněž se životním příběhem pacienta (Stránecký, 2009).

1.2 Bolest

1.2.1 Definice

Bolest je definována jako komplexní prožitek nebo zkušenost spojená s akutním či potenciálním poškozením tkání. Podstatnou součástí definice bolesti je dodatek, že bolest je vždy subjektivní, což je pro medicínu založenou na objektivních důkazech poměrně zajímavá situace.

Pozitivní význam bolesti můžeme vidět ve včasném upozornění na poškození, po kterém by mělo adaptivní chování vést k úpravě nejen bolesti, ale i širších okolností, které ji vyvolaly. Negativní stránku bolesti shledáváme při jejím přetrvávání v období, kdy její varovný smysl pominul a její informační hodnota ve smyslu varování je již bezcenná nebo se mívá s očekávaným účinkem, a kdy se stává nepochopitelným fyzickým i psychickým utrpením (Honzák a kol., 2005).

1.2.2 Dimenze bolesti

Přestože je bolest prožitkem komplexním, projevuje se v oblasti biologické, psychologické a sociální, které jsou však vzájemně neoddělitelně propojeny. Tyto faktory také bolest zpětně ovlivňují a mohou se tedy stát zdrojem bolesti, což je třeba si uvědomit při diagnostice i léčbě bolestivých stavů.

Psychologická rovina bolesti je určena emoční kvalitou, která je jí připisována, a směsicí pocitů, které vyvolává, ať už se jedná o krátkodobé afekty nebo dlouhodobé naladění. Současně však nelze tyto aspekty oddělovat od kognitivního zpracování

smyslu bolesti, tedy významu, který jí pacient připisuje, a jejího zařazení do celkového myšlenkového a hodnotového schématu jedince (Honzák a kol., 2005; Janáčková, 2007).

Velmi důležité jsou také strategie, které jedinec volí ve vztahu k bolesti a k jejímu zvládnutí, tzv. coping. Jedná se o komplexní proces, při kterém bolest může být chápána jako stresor a coping jako zvolená strategie vedoucí ke zvládnutí dané bolesti. Tato strategie může vycházet z oblasti fyzické či oblasti psychické. U některých pacientů bolest zmírní modlitba nebo meditace. Někteří si vypracovávají vlastní postupy řízené imaginace a pochopitelně existují i strategie destruktivní. (Janáčková, 2007; Large, 2009).

Coping však v obecném pojetí nemusí označovat jen strategii k zvládnutí bolesti, ale i způsob zdolávání jiných životních obtíží. Mezi lidmi existují velké rozdíly v přístupu k těžkostem, které jsou ovlivněny mnoha faktory. Velmi důležité jsou např. i sociální podmínky, kterým se ve svém výzkumu věnovala psycholožka Wernerová se svými kolegy. Studovala děti žijící na jednom z Havajských ostrovů. Právě třetina dětí pocházela z velmi chudých a obtížných poměrů, přesto z této třetiny dokázala třetina dětí úspěšně zvládat těžké životní situace. Dalším výzkumem vedeným Kliwerem bylo zjištěno, že hlavním důvodem efektivního zvládnutí potíží, je dovednost těchto dětí propojit svou autonomii se schopností požádat o pomoc druhé lidi. Tyto děti více věřily ve své schopnosti a vyznačovaly se vysokou mírou sebehodnocení. Dále měly velmi úzký vztah alespoň k jednomu z rodičů, který je měl rád, dával jim sebedůvěru a naději. V jejich rodinách se také více vyskytovala náboženská víra, která dětem dávala pocit stability a smysluplnosti života (Křivohlavý, 2009).

Velmi častým emočním doprovodem bolesti je úzkost a deprese. Toto spojení však bývá obousměrné. Sama úzkost zesiluje prožitek bolesti a jindy neutrálně vnímané pocity jsou náhle vyhodnocovány jako závažnější a interpretovány nezřídka jako bolest. Obdobně jako při úzkosti může být i v případě deprese emoční porucha primární a pocit bolesti je výsledkem nepřesného zpracování a somatizace celkového pocitu.

Jestliže nepřijmeme současně s biologickou také psychologickou dimenzi bolesti, může se stát, že budeme léčit bolest místo léčení nemocného.

Třetí neopomenutelnou součástí problematiky bolesti je rovina sociální, do které je většinou ještě mnohem obtížnější nahlédnout nežli do oblasti psychologické. Je to

také hlavně proto, že máme na tomto poli poměrně málo odborníků a rovněž chybí obecné povědomí o jeho zákonitostech, někdy dokonce i o jeho existenci. Naštěstí však nalézáme alespoň částečnou kompenzaci osobní zkušeností a empatií klinických pracovníků (Honzák a kol., 2005).

1.2.3 Tolerance k bolesti

Snášení bolesti je zcela individuální záležitostí a souvisí s celou řadou vnějších i vnitřních faktorů. Mezi vnitřní faktory, které jednoznačně ovlivňují toleranci k bolesti, můžeme zařadit práh bolesti. Každý člověk vnímá určitý vjem jako bolest od jistého momentu.

Rozdíly v toleranci nacházíme také v různých časových úsecích. Příkladem mohou být různá životní období nebo části dne, kdy většinou ráno bývá tolerance k bolesti vyšší a v odpoledních i nočních hodinách klesá.

Nejdůležitější se však jeví to, jaký význam postižený bolesti přikládá a jak ji hodnotí. Je také známo, že se člověk lépe adaptuje na bolest známou než na bolest neznámou. Již v dětství si jedinec vytváří základní postoje k bolesti a tím si stanovuje i míru tolerance k bolesti.

K dalším faktorům ovlivňujícím toleranci k bolesti patří také již zmiňované etnické a kulturní rozdíly, očekávání velikosti nastávající bolesti, vzájemné vztahy v rodině nebo individuální zvládnutí bolesti. Úzkost, strach a tenze naopak bolest zhoršují. Aktivizují celou řadu dalších fyziologických a psychologických mechanismů, které vedou ke snížení prahu bolesti, a tím i k poklesu tolerance k bolesti (Janáčková, 2007).

1.2.4 Diagnostika bolesti

V diagnostice bolesti posuzujeme nejdříve základní nastavení. Obvyklá reakce na bolestivý podnět je považována za projev normosenzitivity. O hypersenzitivitě hovoříme tehdy, jestliže se bolest objevuje spontánně, bez periferní stimulace. Hyperalgezie je stav, kdy odpověď na nociceptivní podněty je nepřiměřeně vysoká. Přetrvává-li bolest, nebo se rozšiřuje do okolí, jedná se o hyperpatii. Pokud bolest vyvolávají stimuly, které běžně bolestivé nejsou, např. dotyk, jedná se o allodynii. Naopak snížená odpověď na bolestivé podněty se vyskytuje při hyposenzitivitě.

Při diagnostice i léčbě je třeba mít vždy na zřeteli individuálnost každého pacienta s jeho mírou získané hypersenzitizace, individuální výbavou analgetickými mechanismy a dalšími individuálními charakteristikami.

Podstatou procesu diagnostiky bolesti je správný odběr anamnézy. Anamnéza by měla objasnit lokalizaci bolesti, čas jejího vzniku, intenzitu, charakter, souběžnou symptomatologii a faktory zhoršující nebo naopak ulevující od bolesti.

Závěry všech vyšetření by měly vyústit k určení typu přítomné bolesti. Zpravidla přicházejí v úvahu tyto možnosti:

- Nocicepční bolest vycházející z podráždění nociceptorů.
- Neuropatická bolest vznikající v rámci poškození nervů nebo jejich nepříznivým ovlivněním chorobnými procesy (tumory, záněty aj.).
- Sympatikem vyvolaná bolest doprovázená povětšinou edémy, změnami prokrvení kůže a abnormní sudomotorickou aktivitou.
- Bolest způsobená deafferencí vzniká při narušení aferentních impulzů do centrálního nervového systému (dále jen CNS).
- Neuralgická bolest je vyvolána poškozením nebo drážděním v průběhu uložení nervu.
- Radikulární bolest je způsobena drážděním nociceptivních vláken spinálních nervů, jejich kořenů nebo ganglií.
- Centrální bolest vyvolávaná drážděním centrálních struktur, především spinotalamického traktu.
- Přenesená bolest většinou vychází z viscerálních orgánů a projikuje se do oblastí ležících mimo postižený orgán.
- Psychogenní bolest nemá žádné z výše uvedených biologických postižení. (Honzák a kol., 2005).

1.2.5 Psychogenní bolest

1.2.5.1 Historie a definice

Psychogenní bolest je bolest, která nemá zjevnou organickou příčinu. Psychogenní složky vzniku bolesti jsou popisovány již od starověku, ale teprve v současné době se vyskytují snahy o vysvětlení jejich mechanismů. Historicky poprvé

Ali Abu Ibn Sina-Avicenna rozlišoval mezi bolestí organickou a psychogenní (Janáčková, 2007; Rokyta, 2004).

Současná medicína je schopna diagnostikovat nociceptivní bolest na základě organické příčiny, ale psychogenní bolest je prakticky diagnostikována pouze na základě příznaků. Jestliže nejsou nalezeny jasné příčiny bolesti, bývá tato bolest obvykle považována za bolest psychogenní. Problematikou ovšem zůstává, zda je lékař vždy schopen nalézt a diagnostikovat přesný původ bolesti. A tak se snadno může stát, že v situacích, kdy si lékař není zcela jistý odpovídající diagnózou, odkazuje se právě na psychogenní základ bolesti, i když příčina může být zcela jiná (Toda, 2007).

Psychogenní bolest je nejčastěji výsledkem dlouhodobého psychického strádání jakéhokoliv původu nebo může být součástí psychiatrického onemocnění, např. deprese, hysterie, hypochondrie, úzkost (Janáčková, 2007; Rokyta, 2004; Vondráčková, 2001).

Naidoo a Patel studovali muže v rozmezí 25 – 60 let a pokoušeli se určit vztah mezi depresí a psychogenní bolestí. Měli pacienty s koronárním srdečním onemocněním, s psychogenní bolestí na levé straně hrudníku a kontrolní skupinu. Pomocí různých testů bylo zjištěno, že skupina, která měla psychogenní levostrannou bolest hrudníku, byla o poznání více depresivnější, než skupina s koronární srdeční nemocí a kontrolní skupina (Rokyta, 2004).

Psychosociální faktory bolesti se dají modelovat také na zvířatech. Jedná se především o modely fyzického stresu, jako je vysoce hlasitý šum, rotace zvířete, chirurgické trauma nebo pobyt živočichů ve studené vodě (Rokyta, 1998).

Intenzitu psychogenní bolesti ovlivňuje samozřejmě i stupeň úzkosti, emoční strádání, ale také látky snižující intenzitu vnímaného prožitku bolesti. Jedná se o systém vnitřních látek podobných morfinu – endorfinů (zejména β endorfin), které se vyplavují při silných emočních a stresových situacích. U psychogenní bolesti se stejně jako u chronické bolesti, kterou psychogenní bolest velmi často doprovází, také setkáváme s různými doprovodnými psychologickými fenomény (úzkost, strach, obavy aj.), které závažně ovlivňují kvalitu lidského života (Janáčková, 2007; Rokyta, 2004).

Sám proces chronifikace bolesti je závislý na psychologických faktorech, mezi které patří již zmíněná úzkost, ale i psychická zátěž v soukromém nebo profesním životě či dysfunkční strategie zdolání bolesti (Hasenbring, 2005).

1.2.5.2 Patofyziologie

Somatická bolest má čtyři složky, a to: senzorio-diskriminační, afektivně-emocionální, vegetativní a motorickou. Pro psychogenní bolest má hlavní význam komponenta afektivně-emocionální, která je zabezpečována drahami vedoucími přes nucleus (dále jen ncl.) parabrachialis, které je uloženo v prodloužené míše. Dráhy pak dále míří do limbického systému (dále jen LS).

Bolest by se dala přirovnat k širšímu fenoménu stresové reakce. Stres aktivuje opioidní peptidy, které působí na autonomní nervový systém i na hypotalamus a aktivuje se osa hypotalamus, hypofýza a nadledviny. Přitom se uvolňuje adenokortikotropní hormon působící na kůru nadledvin a opioidní peptidy mající vliv na dřeň nadledvin. Všechny tyto složky ovlivňují imunitní systém (dále IS), z čehož vyplývá, že u fenoménu psychogenní bolesti se účastní všechny řídicí systémy organismu: nervový, endokrinní, IS a také nastavba nervového systému – psychika (Rokyta, 2004).

Jemmott se svými kolegy prováděl výzkum týkající se vlivu stresu na IS. Ke studiu si zvolil studenty medicíny v období zkoušek. Výsledky jeho práce ukázaly, že v průběhu zkoušek, kdy negativně prožívaná stresová reakce dosahuje vrcholu, je hladina IS nižší (Křivohlavý, 2009).

Fyzikální stresy a bolest však nemusí vždy nutně vést k imunosupresi. Na pokusech u myši bylo prokázáno, že se naopak zvyšuje imunokompetence při vystavení myši bolestivé stimulaci. Psychologické komponenty stresorů tedy mohou hrát důležitou roli v modulaci IS (Rokyta, 1998).

Psychogenní bolest na rozdíl od bolesti organické vzniká vždy ve vyšších etážích CNS, především v LS a v mozkové kůře. Nejvíce se uplatňuje laterální hypotalamus, cingulum, ncl. dentatus hypokampu, přední cingulární mozková kůra, ventrolaterální orbitální a anteromediální mozková kůra. Za negativní emoční stavy při bolesti jsou zodpovědné noradrenergické dráhy. Tyto dráhy jsou také zodpovědné za nebolestivé emoční stavy. Přerušení spojení mezi LS a mozkovou kůrou, které se uskutečňuje především pomocí cingula, snižuje bolestivou percepci. Toto přerušení může být vyvoláno prostřednictvím lokálních anestetik či chirurgicky (Rokyta, 2004).

V současnosti je prokázáno, že i myšlenky a emoce ovlivňují fyziologické procesy v mozku, a tím i v celém těle. Důležitou úlohu zde právě plní LS. Nejnovější neuropsychologické výzkumy zjistily, že centrum pro tělesnou a psychickou bolest se

nachází ve stejném regionu mozkové kůry. Potlačení emocionální a významové složky psychické bolesti jsou odvedeny příslušné vzruchy do oblastí, jež jsou zodpovědné za tělesné vnímání bolesti (Stránecký, 2009; Poněšický, 2007).

Dentální bolest má často silnou psychogenní složku. To může vysvětlovat příznivý efekt placebo v léčbě bolesti zubů. Při studiích účinku placebo se ukázalo, že psychologické rysy a endogenní opiáty výrazně ovlivňují analgetický efekt placebo. Základní rozdíl mezi léčbou terapeutickou a léčbou placebem spočívá v tom, že placebo působí velmi krátce, zatímco aktivní léčba působí déle a trvaleji (Rokyta, 1998).

Rovněž bylo zjištěno, že i manželské vztahy mají vliv na frekvenci psychogenních bolestí u dospělých i u dětí. Dobré vztahy v rodině snižují výskyt této bolesti, zatímco u špatných manželských vztahů je frekvence bolesti vyšší (Rokyta, 2004). Hlavní problém u psychogenně nemocných pacientů spatřuje Tress a kol. v narušené schopnosti vytvářet a udržovat uspokojivé mezilidské vztahy. Tato snížená interakční kompetence je tedy důležitá pro nepříznivou prognózu průběhu psychogenních onemocnění. Narušená schopnost vytvářet vztahy a kontakty má své kořeny již v raném dětství (Tress a kol., 2008).

Nevyjasněná situace je u VAS. Udává se, že asi polovina všech bolestí zad je psychogenního původu. Přitom bolesti zad trápí v civilizovaných zemích kolem 80 % populace. Jako důkaz psychogenního původu bolesti je uváděno to, že chirurgické intervence mnohdy nezlepší bolestivý stav (Rokyta, 2004; Menges, 1983).

1.3 Psychosomatické souvislosti

1.3.1 Psychosomatika

Pojem psychosomatika vyjadřuje problematiku vztahu mezi lidskou psychikou a somatickým stavem jedince. Je všeobecně známo, že tělesný stav ovlivňuje psychické stavy a procesy. Tato myšlenka se také stala základním postojem medicíny 20. století. Vymezení vztahu z opačné strany, což znamená schopnost připustit, že i psychické stavy a procesy mohou být podnětem nebo příčinou často závažných tělesných změn, však bývá přijímáno jen pozvolna s jistou nedůvěrou a pochybností. Mnohé z výzkumů, které pátrají po příčinách vzniku a vývoje somatických nemocí, však jednoznačně potvrzují, že lidská psychika, která ovlivňuje zdravotní stav jedince,

je často neoddiskutovatelným a mnohdy i prvotním činitelem vzniku onemocnění (Petříková, 2000).

Slovo „psychosomatika“ je složeno ze dvou řeckých slov, a to: psýché (duše) a sóma (tělo). Z uvedeného vyplývá, že psychosomatika označuje souhru tělesných a duševních procesů. Každý pocit má schopnost vyvolat nějakou tělesnou reakci a taktéž každá tělesná reakce se odráží v jistých pocitech, takže psychosomatická reakce je naprosto normální podoba prožívání. Označení „psychosomatické choroby“ či „psychosomatózy“ pak pojmenovávají patologické formy vztahu mezi tělem a duší. Jedná se o spolupůsobení fyzických a psychických faktorů při vzniku i průběhu onemocnění. Úkolem psychosomatiky není podceňovat význam tělesných faktorů, ale zdůraznit vliv a význam faktorů psychických (Morschitzky, Sator, 2007).

1.3.2 Vývoj psychosomatiky

Označení „psychosomatická nemoc“ užil údajně poprvé německý lékař Heinroth v roce 1818 v souvislosti s poruchami spánku. (Chvála, Trapková, 2004). Myšlenka, že psychika má vliv na tělo, byla zcela běžnou už pro staré řecké filozofy. Příkladem může být Platón, Hippokrates či Aristoteles (Hrtúsová, 2003). Moderní psychosomatika se pak zrodila z prací S. Freuda a jeho studentů, které jasně dokazovaly velký vliv duševního stavu při vzniku a rozvoji somatických poruch.

Nejvýznamnější psychoanalytická koncepce psychosomatických poruch pochází od známého německého internisty a psychoanalytika, Franze Alexandra. V roce 1950 vydal své epochální dílo „Psychosomatische Medizin“, ve kterém popisuje tzv. „svaté sedmero“ psychosomatických onemocnění (Morschitzky, Sator, 2007).

Obecně byly první psychosomatické práce tvořeny pod vlivem oprostít se od původních, nedostatečných a pouze somaticky orientovaných výkladů nemocí. To vedlo k dalšímu extrému, že všechna somatická onemocnění se vykládala výhradně psychologickými mechanismy. Tento proces trval naštěstí jen velmi krátce. V dnešní době se již uvažuje o nemoci jako o složitém systému vzájemně propojených příčin a důsledků, mezi nimiž jsou akceptovány psychosociální vlivy, somatické mechanismy a jejich vzájemné ovlivňování (Petříková, 2000).

Neměli bychom předčasně hovořit o psychogenních faktorech jako o jediných a jistých příčinách onemocnění, i když jsme nenalezli žádné organické příčiny. Totiž nutnost psychologické a psychotherapeutické léčby užívané u psychosomatických

nemocí neplyne z pouhé existence psychosomatické choroby, ale je vždy nutno ještě prokázat přítomnost psychologických faktorů a také těch faktorů, které mají spojitost se způsoby chování.

V podmínkách extrémní psychické i psychosociální zátěže může každý jedinec somaticky onemocnět. Stejně faktory vyvolávající zátěž mohou vést u různých osob k různým chorobám. Ale jisté emočně vyčerpávající situace mohou zavinit konkrétní nemoc a někteří lidé onemocní spíše než jiní. Hlavním důvodem může být právě fakt, že tito jedinci nemají dostačující strategie k překonávání obtíží a rovněž i to, že žijí v méně příznivých životních podmínkách (Morschitzky, Sator, 2007).

V současnosti se psychosomatika v ČR nachází spíše na poli rozvoje. I v našem zdravotnictví lze myšlenky biopsychosociální podstaty každého onemocnění stále naplňovat, promýšlet a převádět do praxe, i když v německém zdravotnictví je to samozřejmostí (Chvála, 2004). V Německu na rozdíl od ČR je psychosomatický přístup mnohem více institucionalizován. Stal se samozřejmou součástí zdravotnického vzdělávání, pojišťovny jej o mnoho více hodnotí a působí zde zcela běžně psychosomatické kliniky (Miklas, 2008).

1.3.3 Psychosomatika a behaviorální medicína

Pojem „psychosomatika“ můžeme pochopit dvojitým významem:

- Psychosomatika je nadoborový základní postoj a pohled na diagnostiku a terapii onemocnění, při kterém se berou v úvahu stejnou měrou faktory tělesné, duševní a psychosociální. V tomto smyslu je tedy psychosomatika interdisciplinárním konceptem.
- Psychosomatika je samostatný klinický obor i směr výzkumu. Jeho základem je zkoumání a léčba vzájemné interakce mezi tělem a duší při určitých onemocněních. V tomto smyslu vytváří psychosomatický pohled na choroby a příslušná terapie samostatný lékařský obor. Ten může být aplikován na jednotlivých odděleních nemocnic, univerzitních klinik či na specializovaných psychosomatických klinikách (Morschitzky, Sator, 2007).

1.3.4 Stres a psychosomatická onemocnění

Pojem „stres“ pochází z oblasti fyziologie a zvláště v současnosti je velmi zmiňován ve vztahu k problémům moderní doby a k uspěchanému způsobu života.

Obvykle se pak hovoří o stresu v negativním slova smyslu, tedy jako o tzv. distresu. Jestliže uvažujeme o stresu jako o reakci těla, je nutno zmínit, že je jevem fyziologickým a patří nezbytně k životu stejně tak jako hlad a žízeň či boj a útek (Klarer, 2002).

Definic stresu bylo vytvořeno značné množství, avšak žádná z nich plně nevystihuje jeho podstatu. Stres můžeme chápat jako reakci či odpověď organismu na působení jistého faktoru, který vede ke vzniku úzkosti nebo napětí a ohrožuje integritu organismu. Psychologickým základem stresu je subjektivní prožitek, který má značně velkou interindividuální odlišnost. Člověk reaguje na stres jako celek, ve kterém změny v jednom či více subsystémech mají za následek změny v systému celém. Ty se manifestují v oblasti prožívání (strach, obava atd.), motorických projevů (třes, zvýšení svalového tonu, motorický neklid apod.), fyziologických funkcí (změny tepové frekvence, poruchy trávení, spánku, oslabení imunity atd.).

Mezi působením faktorů vyvolávajících stres, čili stresorů, a zdravotními účinky stresu se nachází určitá souvislost a důsledkem mohou být příznaky psychických poruch či psychosomatická onemocnění (Baštecký, 1993; Gilbertová, Matoušek, 2002).

Stresorů se v současném světě nachází celá škála. Nejčastěji jimi mohou být fyzikální stresory (hluk, špatné osvětlení), stresory v pracovním prostředí (přehnané požadavky, nedostatek odpočinku, únava, monotónní činnosti) nebo stresory v sociálních situacích (konflikty v rodině, problémy v manželství nebo v interpersonálních vztazích na pracovišti) (Klarer, 2002).

Stres vzniká právě v tom okamžiku, kdy stimulace prostřednictvím stresorů zvedá aktivitu organismu rychleji, než ji adaptace dokáže snižovat. Účinek stresogenních faktorů je závislý na typu osobnosti. Stejný typ stresorů může způsobit zcela odlišnou reakci u různých jedinců. Tak např. vyšší pravděpodobnost vzniku stresu je u osob s depresivními sklony než u jedinců tzv. „nezdolných“, kteří dokáží lépe zvládat zátěžové situace a příznivě hodnotit své psychické možnosti. Zajímavostí je, že introvertní osoby lépe zvládají činnosti monotónního charakteru a z nich poměrně často vyplývající stresogenní účinek na rozdíl od extrovertních jedinců.

1.3.4.1 Typologie stresu

Dle časových charakteristik dělíme stres na akutní, anticipační, chronický a posttraumatický. Při akutním stresu dochází většinou k rychlému navýšení emoční tenze nad klidovou hranici, kdy průběh zklidnění je závislý na subjektivní závažnosti události. Anticipační stres je charakterizován zpočátku mírným emočním vypětím, které se však zvyšuje s blížící se kritickou událostí. Návrat do klidové fáze je rychlý a je doprovázen pocitem nejistoty, úzkosti, strachu a poklesem sebedůvěry. Chronický stres vzniká při kontinuálním působení jednoho či většího množství stresových faktorů. Zvýšení emoční tenze je obvykle mírnější, její hladina kolísá v průběhu delších časových období. Posttraumatický stres je také označován jako psychické nebo nervové trauma, které se nemusí vždy projevit okamžitě po kritické události, ale s jistým opožděním, které je doprovázeno napětím vyvolávaným danými vzpomínkami (Gilbertová, Matoušek, 2002).

1.3.5 Psychosomatické vztahy v rámci pohybového systému

Svalový a respirační systém jsou řazeny do orgánových systémů, které bezprostředně reagují na emocionální stav. Jejich funkce spolu také velmi úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují (Stackeová, 2005).

Za většinou tzv. funkčních poruch pohybového aparátu se skrývají somatizované emoční tenze nebo úzkostné stavy, za jejichž vznik je zodpovědná celá řada psychosociálních faktorů (Hnízdil, Šavlík, 2004). Tyto rizikové faktory můžeme zařadit do skupiny tzv. „yellow flags“, která na rozdíl od výstražné skupiny „red flags“ (jejich přítomnost zvyšuje riziko závažného onemocnění páteře či vnitřních orgánů nebo poškození nervového systému), má spíše upozorňující charakter (Liebenson, 2007; Štětkářová, 2007; Vrba, 2008).

Subjektivně nezvladatelné faktory, kterými může být velká pracovní zátěž, konflikty v rodině, problémy v manželství, deprese či úzkost nebo i např. neschopnost vyrovnání se s fyziologickým procesem stárnutí, jsou obvykle doprovázeny emočním napětím. To jde ruku v ruce se zvýšením napětí ve svalech, které se zanedlouho projeví klinickými příznaky na pohybovém systému, především na svalovém korzetu trupu. Poměrně obvyklým projevem je pocit bolestivého a silně zneklidňujícího napětí ve svalech oblasti šíje a beder (Hnízdil, Šavlík, 2004).

Bolesti zad mohou mít sice mnoho různých příčin, ale při jejich vzniku zaujímají výjimečnou roli právě faktory psychogenní. V poslední době bývají vertebrogenní syndromy právem řazeny k psychosomatickým nemocem (Stackeová, 2005).

1.3.5.1 Role psychiky při činnosti pohybové soustavy a při vzniku bolestí bederní páteře

Svalový tonus v jednotlivých svaích či svalových skupinách citlivě reaguje a mění se v souvislosti se změnami zatížení pohybového aparátu a také se změnami psychického stavu. Obecně lze konstatovat, že při zvýšené psychické tenzi dochází ke zvýšení tonu ve svaích. Ten představuje výchozí napětí pro následující svalový stah, a tak se svalová aktivita stává únavnější (Rašev, 1992; Stackeová, 2005).

Ze zkušeností vyplývá, že nejvíce se účinky zvýšeného psychického napětí projeví ve svaích oblasti krční a bederní páteře. Obtíže bývají často oboustranné. Pokud nalezneme potíže lokalizované pouze jednostranně, musíme brát v úvahu kromě psychických faktorů také faktory pracovní, např. asymetrické držení těla nebo jednostranně se opakující činnost.

Na změny svalového napětí reaguje také žilní pumpa. Při zvyšující se svalové tenzi dochází k zúžení venózního volumu a naopak při uvolnění napětí se žilní objem zvyšuje. Tedy při poškození žilní pumpy následkem zvýšeného napětí dochází k zhoršení krevního průtoku. Ovšem potřeba kyslíku a živin ve svaích se zvýšeným napětím ve srovnání se svaí, které jsou v klidu, stoupá a odpadní látky jsou v této situaci špatně odstraňovány. Nahromadění odpadních látek vede k tomu, že na kyselé látky, které se přednostně uvolňují, reagují právě receptory bolesti. Výsledkem je vznik bolesti jako ochranné reakce. Tělo na tuto situaci odpovídá tím, že naopak ještě zvýší napětí. Vzniká tak bludný kruh mezi bolestí a napětím, který má velkou účast při procesu chronifikací daných bolestí (Klarer, 2002).

Je třeba ale zdůraznit, že vlivem psychického napětí svalový tonus vzrůstá nerovnoměrně a v některých svalových skupinách paradoxně klesá. Tato reakce vychází z dělení svalů na fázičké a posturální. Oba systémy jsou v koaktivitě, kterou můžeme nazvat dynamická svalová rovnováha. Ta je udržována centrálním řídicím mechanismem formou dynamických pohybových stereotypů. Narušením této rovnováhy v důsledku jednostranného přetěžování či vlivem psychického stavu dochází ke vzniku svalové dysbalance (Stackeová, 2005).

Každý pohyb či udržování statické polohy spotřebuje odlišné kvantum energie a vypadá také jinak, je-li pohyb vykonán s vyváženým psychickým stavem nebo v duševním vypětí. Koordinace a reakční časy jsou závislé na psychice a je jisté, že při svalové dysbalanci přispívá distres k tomu, že se zkrácené svaly zvýšeně aktivují. Zkrácený sval tak odebírá značné množství energie, čímž se jeho situace ještě zhoršuje. Nastupuje pak rychleji únava a vzniká neekonomický pohyb (Rašev, 1992).

1.3.5.2 Postura a psychosomatické souvislosti

Pojmem „postura“ můžeme označit v širším kontextu dynamický proces udržování polohy těla vůči měnícím se podmínkám okolí. Posturální funkce je uskutečňována především prostřednictvím axiálního systému, který pracuje diferencovaně i v klidu. Aktivace posturálního systému roste při procesu tvorby pohybového záměru, kdy se poloha začíná orientovat ve směru zamýšleného pohybu. Velkou roli zde hraje právě autochtonní muskulatura (dále AM) páteře, která reaguje již při pouhé představě pohybu (Stackeová, 2005; Véle, 1995). AM má také velmi těsný vztah k dýchání, polykání a k duševnímu stavu, zvláště ke stresu (Jirout, 1997).

Posturální funkce je výrazně ovlivněna aktivitou vnitřních orgánů a také psychickým stavem. V klinické praxi slouží vyšetření postury nejen jako zdroj informací týkající se pouze posturálního systému, ale také organismu jako celku včetně psychiky (Stackeová, 2005; Véle, 1995). Během stresu se tedy zhoršuje kvalita aktivity posturálního systému a dochází k nevyváženému rozmístění svalového tonu s podobnou tendencí jako při vzniku svalových dysbalancí. V posturálních svalech se tedy zvyšuje svalový tonus a ve svalech fázických naopak klesá, což při delším trvání potupně vede ke vzniku bolestí zad s následnými kloubními blokádami jak v oblasti páteře, tak i na dalších kloubech (Stackeová, 2005).

Držení těla je tedy i odrazem psychického stavu. Tzv. stoj aktuálně úspěšného člověka je podobný stoji ekonomickému s jistou dávkou svalové uvolněnosti včetně uvolněnosti šíjového svalstva. Naopak stoj za únavy fyzické či psychické je charakteristický zvýšeným napětím až zkrácením šíjových svalů, předsunutým držením hlavy, zvětšenou hrudní kyfózou, insuficiencí břišního svalstva a akcentovanější bederní lordózou.

Při ohrožení má organismus na výběr pouze dvě reakce, a to útok nebo únik. V této situaci většinou dochází u člověka ke stažení hlavy mezi ramena a kyfotizaci

hrudní páteře, což je důsledek aktivity převážně fylogeneticky starších posturálních svalů. Tonus svalového systému vzroste v důsledku očekávání provedení rychlé pohybové aktivity, což je výhodné z pohledu pro výchozí pozici k danému pohybu. Dále dochází k vyplavení katecholaminů, které zvyšují krevní tlak.

Pokud se však pohybová aktivita neuskuteční, tak látky, které byly vyplaveny do krve, nejsou účelně využity. Je ovlivněn tonus svalů a obecně dochází k tomu, že nahromaděná energie připravená ke svalové činnosti musí být uvolněna jiným způsobem např. zvýšením krevního tlaku nebo právě zvýšením napětí ve svalech.

Pohybová aktivita tedy neslouží jenom k psychickému odreagování, ale zamezuje i vzniku bolesti v pohybovém aparátu tím, že původní mechanismy ochranných reakcí vedou opět k prapůvodní činnosti, tedy k pohybu (Rašev, 1992).

1.3.5.3 Dýchání a psychosomatické souvislosti

Dech ovlivňuje celou škálu somatických funkcí a mimo jiné má velmi úzký vztah i k psychickému stavu. Byla mu proto věnována velká pozornost ve všech oblastech pracujících s tělem a cílených na ovlivnění psychických funkcí.

Sled dýchacích pohybů označujeme jako dechovou vlnu. Při klidném dýchání je stěžejním zdrojem síly pro nádech stah bránice a interkostálních svalů. Dochází ke zvětšení objemu hrudníku a v dutině hrudní vzniká podtlak, naopak v dutině břišní se tlak zvyšuje. Výdech je spíše hodnocen jako pasivní proces, při kterém se z elastických tkání uvolňuje energie, jež se v nich nahromadila v důsledku jejich napětí vznikajícím při nádechu.

Respirační mechaniku po stránce funkční je možno rozdělit do tří sektorů. Dolní sektor vytváří svalstvo ohraničující břišní dutinu. Řadíme sem bránici, svaly břišní stěny, svalstvo dna pánevního a svaly bederní páteře. Střední sektor je reprezentován svalovinou hrudníku mezi dolními žebry včetně odpovídajících svalů zad. Horní sektor je rovněž tvořen svalovinou hrudníku, dále pak pletenců a krku.

Při správném nádechu prochází dechová vlna od dolního sektoru přes střední sektor až k sektoru hornímu a stejně tak se děje i při výdechu. Dechová vlna je patrná v jednotlivých segmentech páteře. Přerušeni plynulosti dechové vlny v některém z úseků páteře je viditelné v místech kloubních blokad.

Bránice se upíná na osový orgán a při její kontrakci dochází k prohloubení bederní lordózy. Tato akcentace je téměř neznatelná v případě, že je tato situace

plnohodnotně kompenzována aktivitou přímých i šikmých břišních svalů. Ty přibližují sponu stydkou ke sternu, zmenšují antevertzi pánve a tím vyrovnávají lordózu v bederní oblasti.

Dýchání má tedy formující vliv na konfiguraci páteře obdobně jako postura, a také proto existuje úzký vztah mezi dýcháním, posturou a konfigurací osového orgánu. Toho lze využít jak diagnosticky, tak terapeuticky. Rovněž existuje úzký vztah mezi psychikou a konfigurací páteře. Změna jejího tvaru může nastat z čistě psychických vlivů. Postura i respirační pohyby se mohou měnit nociceptivní aferenci a oba uvedené fenomény mají vliv na strukturu i funkci páteře.

Dýchání samo je zdrojem jistých pocitů a psychické vlivy působí na změny v oblasti rytmu a hloubky dýchání. Při různých emočních stavech se dech zkracuje či prodlužuje (Stackeová, 2005; Véle, 2000). Během stresové reakce se dýchání stává povrchovější, dechová frekvence se zvyšuje a narůstá svalový tonus. Převládá spíše dýchání do horního (podklíčkové dýchání) nebo středního (hrudní dýchání) sektoru. Bránice je nedostatečně zapojena do své posturálně-dechové funkce. Po skončení stresové situace by se mělo vše vrátit do původního stavu. Přesto většina lidí běžně využívá podklíčkové či hrudní dýchání. Vlivů, které omezují bránici ve své funkci a tím i prohloubený dech je více. Velmi rušivě působí právě přebytečné napětí ve svalech a také ve vnitřních orgánech, které vzniká jako následek chronického stresu či potlačováním emocí (Petr, rok neuveden; Nešpor, 1998).

1.4 Rehabilitace v terapii psychosomatických onemocnění

Jen v málokterém ze způsobů ošetřování je terapeut s pacientem v tak úzkém tělesném kontaktu jako při rehabilitaci. Zvláště je-li terapie prováděna přímo fyzioterapeutem, a to při mobilizacích, manipulacích, masážích apod. Významnou složkou psychosomatických onemocnění je již zmiňovaná úzkost. Tu prožívá poměrně často téměř každý člověk v průběhu svého života. Nejlepším lékem na danou problematiku je už od narození tělesný kontakt, blízkost. Z daného vyplývá, že masáž či další techniky vyžadující manuální kontakt terapeuta nemají jen somatický efekt, nýbrž i efekt psychický.

Také Freudův žák W. Reich pochopil, že emoční konflikty mají rozhodující vliv na změny svalového tonu a dýchání. Cílem Reichovy terapie bylo uvolnění

podvědomých emočních konfliktů, které vedlo k uzdravení pacienta (Chvála, Trapková, 1996).

Rehabilitace je tedy nedílnou součástí komplexní péče o pacienty s poruchami pohybového aparátu. Pod pojmem komplexní péče si můžeme také představit propojení klasické rehabilitace s psychoterapeutickým přístupem k indikovanému pacientovi. Tato myšlenka také vedla k tvorbě oddělení psychosomatické rehabilitace, které se vyskytuje již i v ČR (Hnízdil, 2004). Indikace k psychosomatické rehabilitaci jsou různé, příklady uvádí tab. 1.

Tab. 1 Indikace k psychosomatické rehabilitaci (Kriebel, Paar, 1998)

	Výčet možných indikací k psychosomatické rehabilitaci
1.	Ošetření všech chronických psychosomatických poruch se širokým indikačním spektrem různých klinických oblastí, např. neurologie, ortopedie
2.	Stav hrozící pracovní neschopnosti
3.	Chronifikace onemocnění po odeznění akutních symptomů
4.	Rozvoj zdrojů a strategií zvládnání u primárních somatických onemocnění

1.4.1 Role anamnézy

Zvláště při podezření na psychosomatický původ onemocnění u daného pacienta hraje velmi důležitou roli správný odběr anamnézy, který upozorňuje lékaře či fyzioterapeuta na možný psychický základ nemoci.

Prakticky se při vyšetřování anamnézy dotazujeme pacienta na potíže, pro které přišel. Vedeme ho však k vybavení těch nejstarších symptomů až do dětství. Velmi důležité je, že si zaznamenáváme jejich časovou posloupnost. Pak se vracíme od období pacientova narození zpět do současnosti, tentokrát se však zajímáme o všechny významné události v pacientově životě a také jejich prožitky. Vznikne tím tak jakási časová osa, díky které odstraňujeme disociaci mezi událostí a somatizací, která je přirozenou nevědomou obrannou reakcí každého člověka na skutečnosti, které by neunesl či nedokázal ještě zpracovat.

Vliv životních událostí na vznik psychosomatických nemocí je však nepravidelný a nevypočitatelný. Vždy pracujeme se subjektivním světem pacienta, který je uspořádán tak, jak je, bez ohledu na objektivní data. Velká část současných interpretací klinických zkušeností vychází ale z opačného stanoviska. Kdyby lékař odebíral anamnézu pomocí časové osy, přišel by k překvapivému závěru. Totiž že celá

řada somatických chorob začala právě v období, kdy se v životě pacienta odehrávaly závažné změny, ztráty nebo doslova katastrofy.

Časová osa nám tedy umožní především lepší pochopení pacienta a jeho rodinného systému (Chvála, Trapková, 1996).

1.4.2 Terapeutický přístup k pacientům s psychosomatickým onemocněním

I přes všechny významné pokroky v této oblasti zůstává správný terapeutický přístup k psychosomatickým pacientům stále určitou výzvou. Terapie je vždy velmi náročná a komplikovaná. Zpravidla by léčebná strategie měla stát na dvou základech:

- Důkladně poznat pacienta (jeho tělesný i duševní stav, závažnost somatických symptomů, stupeň postižení, přidružené psychiatrické poruchy, sociální aspekty a postoj pacienta k onemocnění).
- Tvorbě dobrého terapeutického vztahu, jehož základem je vzájemná důvěra.

Dobrý terapeutický vztah je vždy základním předpokladem úspěchu léčby. V tvorbě tohoto vztahu je nutno aktivně naslouchat pacientovu projevu, věřit jeho těžkostem a brát je zcela vážně, projevit empatii, podat pacientovi srozumitelnou edukaci, určit reálný plán a cíle (především zlepšení kvality života), stanovit limity (čas a dostupnost terapeuta) a udržovat pokračování léčby (Hrtúsová, 2003).

1.4.3 Možnosti prevence a terapie

1.4.3.1 Pohybová aktivita

Pohyb má v prevenci i terapii bolestí zad velmi důležité místo. Pohybová aktivita nejenže působí přímo na svalový systém, ale obecně má také antidepresivní a anxiolytický účinek. Tento vliv je dále specifikován v závislosti na druhu pohybové aktivity (Stackeová, 2005).

De Moor a jeho kolegové mají poněkud jiný názor k souvislosti mezi pohybem a psychickým stavem. Ve své studii zveřejnili výsledky vztahu mezi cvičením a jeho vlivem na depresi a úzkost prováděné u 5952 dvojčat, 1357 jejich sourozenců a u 1249 rodičů. I když jedno z monozygotních dvojčat cvičilo více, překvapivě nemělo o nic lepší výsledky, než měl jeho necvičící sourozenec. Také u jedinců, kteří zvýšili svou tělesnou aktivitu, neklesala míra úzkosti či deprese. Autoři přikládají hlavní vliv

genové výbavě. Prozatím ale není jisté, které geny ovlivňují tyto vztahy. Studie však nepopírá, že cvičení může mít pozitivní vliv na pacienty s depresí či úzkostí, ovšem zdůrazňuje vliv dalších okolností a faktorů, které je nutno dále zkoumat. Z výsledků je možno také vyčíst fakt, že existuje rozdíl mezi volně prováděnou tělesnou aktivitou a řízeným cvičením v rámci terapeutického programu, kde se pozitivní vlivy mohou uplatnit daleko lépe (Honzák, 2008; De Moor a kol., 2008).

Oproti tomu čtyři související studie, které proběhly na Coloradské univerzitě v roce 1999, ukázaly, že pravidelným fyzickým cvičením lze ovlivnit fyziologickou stresovou reakci. Cvičení napomáhá snížit hladinu noradrenalinu, zvyšuje obranyschopnost organismu, dokáže také snížit negativní účinky stresu a hladiny cytokinů (Joshi, 2007).

Farrell a Gustafson prokázali ve své studii dopad tělesné aktivity (1 míle joggingu ve vlastním tempu) na ovlivnění prahu bolesti. Zjistili, že práh bolesti byl po tréninku výrazně vyšší. Jako důkaz pozitivního vlivu pohybové aktivity na práh bolesti podali vyšetřované skupině 10 mg Naloxonu. Jedná se o antagonistu opioidů, pomocí něhož byl tento pozitivní efekt zrušen (Hasenbring, 2005).

1.4.3.2 Farmakologická léčba

V léčbě psychosomatických onemocnění lze využít příznivého účinku psychofarmak. Psychofarmaka mají vliv nejen na emoční prožívání, ale některá mají také přímý analgetický účinek. Velmi podávaná jsou hlavně antidepresiva. Dle studií bylo prokázáno, že antidepresiva snižují intenzitu vnímání bolesti u pacientů trpících psychogenní bolestí. Dosahují také lepších výsledků než podávání placebo (Fishbain a kol., 1998; Rokyta, 2004).

Nové poznatky o neuroplasticitě dokládají intenzivnější regeneraci neuronální sítě pod účinkem antidepresiv, a tak zlepšují adaptační schopnosti (Honzák, 2004).

1.4.3.3 Relaxační techniky

Relaxační techniky se s úspěchem využívají k navození stavu relaxace za účelem odstranění svalového i psychického napětí. Důležitá je zde práce s tělem, především se svalovým a dýchacím systémem, a také s psychickými fenomény jako je vizualizace a imaginace (Stackeová, 2005).

Principem relaxačních technik je snížení aktivace sympatického nervového systému a zvýšení aktivity parasymptiku, což postupně vede ke stavu tělesného uvolnění. Je dokázáno, že stav aktivity parasymptiku velmi účinně blokuje prožívání úzkosti a psychického napětí (Možný, Praško, 1999).

Napětí a relaxace jsou dva protipóly, které jsou nedílnou součástí života. Zvláště v boji s faktory, které vedou ke vzniku stresové reakce, je neustále ověřována jednota těla a psychiky. Jedinec, který se neuvolní po psychické stránce, nemůže efektivně uvolnit svalstvo a totéž funguje samozřejmě i naopak (Rašev, 1992).

Technik vedoucích k uvolnění je celá škála, od pasivních až k aktivním metodám. Relaxační techniky také slouží ke zlepšení schopnosti vnímat vlastní tělo a rovněž jako kompenzační prostředek současného hektického života (Klarer, 2002).

Relaxačně koncentrační metody

Autogenní trénink

Autogenní trénink, který vytvořil J. H. Schultz, je u nás nejrozšířenější metodou nácviiku relaxace. Schultz využíval při léčbě svých pacientů hypnózu a zjistil, že stav pacientů se zlepšil i přes to, že během hypnózy nevyužil žádné hypnotické sugescie. Důležitý byl tedy stav uvolnění navozený hypnózou. Pacienti také často udávali při uvolnění pocity tíže či tepla, které se staly jedním ze základů autogenního tréninku (Nešpor, 1998).

Jedná se o léčebnou techniku, která přispívá k odstraňování psychosomatických příznaků úzkosti, neklidu a distresu. Základní prvky jsou založeny na pasivním uvolnění bez předcházejícího napětí, kdy je využívána koncentrace pozornosti do daných oblastí těla pomocí představ určitých tělesných symptomů (pocit tepla, chladu tíhy). Tyto představy se týkají právě uvolnění jednotlivých systémů řízených a přes ně zpětnou vazbou i k uvolnění systémů řídicích (Honzák a kol., 2005; Rašev, 1992).

Terapeuticky je možno autogenní trénink doplnit i o metodu řízené imaginace. Při ní dochází k ještě intenzivnější koncentraci na vnitřní představy a možnost odpoutání od napětí či bolesti je výraznější. Této metody se dokonce využívá i na některých chirurgických pracovištích u těch pacientů, u kterých není možná celková anestezie (Honzák a kol., 2005).

Progresivní svalová relaxace

Tato metoda byla vypracována E. Jacobsonem, který velkou část svého života věnoval jejímu neustálému zlepšování. Také proto neexistuje pouze jedna varianta tohoto cvičení, nýbrž velké množství technik, které pocházejí z různých období Jacobsonova života (Nešpor, 1998).

Základní princip této techniky spočívá v rozlišení stavu napětí a uvolnění v jednotlivých svalových skupinách. Zhruba na 10 sekund se daná svalová skupina vědomě kontrahuje a poté se opět na 10 až 15 sekund povolí, přičemž se postupuje systematicky přes jednotlivé svalové skupiny. Je možno začít od nohou, přes lýtka a stehna ke svalstvu v oblasti břicha a zad, pokračuje se přes svalstvo rukou, předloktí a paže, končí se u svalů krku a obličeje. Na závěr dochází k současné kontrakci a uvolnění většiny svalů těla, čímž se dosahuje stavu relaxace (Možný, Praško, 1999).

Relaxace v józe

Slovo jóga pochází ze sanskrtu a znamená „sjednocení“, což se dá vyjádřit jako propojení těla a duše. Jóga je v Indii praktikována již tisíce let a dnes se rozšířila po celém světě. V tomto století se spojuje se jménem indického mistra Šivánandy. Ten se narodil o rok dříve než Jacobson a podobně jako on vystudoval medicínu.

V józe, která představuje tělesné cvičení a zároveň i filozofický směr, existuje také množství relaxačních technik. Při Šavasáně („relaxační pozice“ či „pozice mrtvoly“) nebo józe nidra („jógový spánek“) se využívá uvědomění a uvolnění celého těla se zavřenými očima v poloze na zádech, přičemž je pozornost věnována také dechu. Zavření očí umožní lepší koncentraci a sníží se tím množství podnětů přicházejících do mozku. Ruce jsou při cvičení otočeny dlaněmi vzhůru, aby se minimalizoval počet informací vedoucích z četných nervových zakončení oblastí dlaní. Jóga nidra na rozdíl od Šavasány užívá řízených obrazů a fantazie (Nešpor, 1998).

Meditace

Definice pojmu „meditace“ není zdaleka jednoduchá. Meditací můžeme chápat jakoukoliv aktivitu od motlitby až po praktikování jógy. Podstata spočívá v intuitivním chápání a vysoké míře koncentrace než v racionálním myšlení. Pro lidskou mysl je zcela přirozené být neustále aktivní, ale právě to, že mysl nezná odpočinek, je dle mnoha slavných duchovních a náboženských učitelů příčinou všech starostí a chorob (Smith, Wilks, 2007).

Během devadesátých let minulého století se rozšířily psychoterapeutické metody využívající prvků meditace k rozvoji osobnostních kompetencí klienta i terapeuta. Poměrně novým fenoménem je využití meditace v rámci nových přístupů kognitivně-behaviorální terapie zaměřené na redukci distresu a snížení vnímání bolesti. Klíčovou roli zde hraje všímavost. Tu lze charakterizovat jako schopnost nezaujatě pozorovat, zaznamenávat a pamatovat si prožívané psychické jevy. Důsledkem meditace tedy je dovednější zvládnání prožívaných situací. Právě všímavost k emocím umožňuje lépe zvládat emočně zatěžující situace, především pokud jde o negativní emoce (Benda, 2006; Burian).

Meditaci můžeme zařadit také mezi relaxační cvičení. Pomocí stimulace aktivity parasympatiku a utlumením akce sympatiku dokáže mírnit stav napětí, které vzniká při reakci na stres. V jedné studii promítli skupině meditujících osob a kontrolní skupině poměrně katastrofický film. Vodivost kůže a tepová frekvence diváků stoupaly a klesaly přímo úměrně k nehodám, které obě skupiny viděly ve filmu. Závěry byly takové, že u meditujících během každé negativně vnímané události sice stoupala vodivost kůže i tep, ale mnohem rychleji u nich docházelo k následnému uvolnění.

Velmi zajímavý je také vliv meditace na strukturu a činnost mozku. Při studiích využívajících elektroencefalograf se prokázalo, že záznamy mozkové činnosti během meditace jsou odlišné od těch, které zobrazují aktivitu mozku během bdění či spánku. Lidé praktikující pravidelně meditaci dosáhli v rámci aktivity mozkových vln hladiny alfa. Ta převládá tehdy, když jsme bdělí, ale zároveň uvolnění. Někteří zkušení jedinci mohou dosáhnout i takových hladin, které odpovídají stavům spánku (Smith, Wilks, 2007).

Podle studií, které provedl Lazar a jeho tým, vede pravidelné praktikování meditace ke změnám kortikální struktury v regionech mozku, které jsou běžně aktivní v průběhu tohoto mentálního cvičení. Za pomoci magnetické rezonance se podařilo zjistit, že u jedinců pravidelně provádějících meditační praxi, došlo ke zvýšení síly mozkové kůry v oblastech přední inzuly a prefrontální kůry, které se podílí na vnímání a zpracování senzomotorických podnětů. Z daného vyplývá, že meditace může přispívat k prevenci atrofie mozkové kůry v oblasti frontálního laloku u stárnoucích osob (Lazar a kol., 2005).

Creswell a jeho kolegové se ve svém výzkumu zaměřili na již uvedenou všímavost. U pokusných osob byla míra všímavosti zjišťována pomocí speciálních dotazníku s fotkami různých tváří. Úkolem účastníků pokusu bylo popsat emoce nebo pohlaví tváří. Výsledky ukázaly, že schopnost všímavosti je spojena s vyšší prefrontální kortikální aktivací a bilaterálním poklesem aktivity amygdaly. Což dokazuje, že meditace může mít také velmi pozitivní efekt na oblast zdraví prostřednictvím zlepšování schopnosti prefrontální kůry regulovat emoční centra (Creswell a kol., 2007).

Relaxace za použití biologické zpětné vazby – biofeedback

Ještě nedávno se věřilo tomu, že biologické pochody v těle není možno vědomě ovlivňovat. Tato myšlenka dominovala především na západní polokouli, naopak na východní polokouli už existovaly úspěšné případy vědomého ovlivňování srdeční činnosti. Teprve v sedmdesátých letech minulého století se podařilo experimentálně prokázat možnosti vědomého ovlivňování autonomního nervového systému. Tento jev dostal název biofeedback – možnost zpětné vazby o tom, co se odehrává v lidském těle. Uvedeným termínem jsou dnes také označovány přístroje, kterých se využívá při sledování této zpětné vazby (Křivohlavý, 2009).

V rámci relaxačních technik se biofeedback využívá především u osob, pro které je obtížné rozlišit mezi pocitem napětí nebo relaxace a také u těch, kteří potřebují objektivní důkazy o tom, že se uvolnili. Dostávají tedy informace o stupni svého tělesného napětí prostřednictvím poměrně jednoduchého přístroje, který reaguje na změny svalového tonu, kožní vodivosti, tepové frekvence či elektrických vln mozku (Možný, Praško, 1999; Nešpor, 1998).

Relaxace dotekem a masáží

Lidský dotek je důležitým prostředkem nonverbální komunikace mezi lidmi a při jeho nedostatku mohou vznikat různé psychologické problémy. Lidská společnost využívá nejrůznějších forem kontaktu, např. pozdrav podáním rukou, objetí či polibek. Při poranění nebo bolesti si podvědomě pokládáme ruce na postižené místo ke zklidnění a navození uvolnění (Zemánková, 2007). Velmi podstatný je také dotek mezi terapeutem a klientem. Může se jednat o symbol podpory pro udržení stability či o vyjádření pocitu a vztahu (Janiš, Lašek, 2003).

Masáž je procedura využívající manuálního kontaktu, která se provádí již od počátku lidstva a má velmi mnoho forem. Zlepšuje prokrvení kůže, ovlivňuje svalový tonus, odstraňuje metabolické zplodiny vzniklé fyzickou i psychickou únavou či negativně prožívanou stresovou situací, podporuje krevní i lymfatický oběh a upravuje tonus cév (Janáčková, 2007).

Bolesti zad mohou podvědomě signalizovat žádost organismu o již zmiňovanou podporu, a to bez ohledu na konkrétní nález. Tady je vhodné poskytnout pacientovi nejen oporu slovní, ale právě i neverbální. K tomu se velmi hodí užití masáží, které z hlediska rehabilitačního mohou mít jen velmi malý význam, ale z psychologického hlediska mohou být neocenitelné. Pacient označený za „psychosomatického“ by měl mít jistotu, že jeho potíže jsou brány zcela vážně (Chvála, Trapková, 1996).

Relaxace na základě dechových cvičení

Dýchání je základní životní funkce, která je realizována dýchacími svaly a řízena z dechového centra v prodloužené míše. Jedná se o řízení automatické, tato automatice však není výlučná. Člověk může dýchání do určité míry ovládat sám. Poruchami dýchání se zabývá medicína, která se věnuje převážně metabolické funkci dýchání a její zaměření je pouze diagnostické. Mnohem menší pozornost je však už věnována funkcím dýchání, které můžeme označit za „léčivé“. Je to funkce regulační (vliv na práci srdeční, pohyb střev atd.), funkce modulační (působení na svalstvo) a funkce relaxační (působení na psychiku – uvolnění svalů, vnitřních orgánů).

Podstatný je také rozdíl týkající se chápání dechu v západním světě a Orientu. Na východní polokouli se využívají dechová cvičení k nalezení rovnováhy mezi vnějším a vnitřním „tlakem“. Dechová cvičení jsou také obsažena v józe, kde důležitým cílem je ovlivnění psychiky. Naopak západní svět vychází z kultury Řeků a Římanů, kde byl kladen velký důraz na gymnastiku jako přípravu na boj. Cvičilo se dýchání především proti odporu a takto je chápán význam dechu i v řadě tělovýchovných systémů na západní polokouli (Zemánková, 2007).

Správný dechový stereotyp (dechová vlna) má určitou časovou posloupnost, začíná při nádechu i výdechu v oblasti břicha a plynule postupuje přes střední část do horní části hrudníku. Dech má být pomalý, rytmický a plynulý. Jen takový dech odpovídá tzv. plnému jógovému dechu, který vystihuje neodlučitelnost dechové a tělesné funkce. Dechová vlna se dá rozdělit do tří částí, a to na dýchání brániční,

hrudní a podklíčkové. Pro člověka je nejvhodnější smíšený typ dýchání, přičemž brániční dýchání je nejúčinnější složkou dechové funkce.

Při dechových cvičeních klademe velký důraz na dostatečně dlouhý výdech. U nedostatečně dlouhého výdechu je dýchání frekventovanější, mělké a neekonomické. Dále výdech u většiny kosterních svalů snižuje nervosvalovou dráždivost a podporuje svalovou relaxaci (Bursová, 2005).

Protože všechny funkce organismu a také naše prožitky jsou spojeny s dechem, můžeme na ně jeho prostřednictvím působit, a tak ovlivňovat i psychický stav. Bránice velmi citlivě reaguje na citové podněty a při stresu či strachu se stahuje, čímž přímo ovlivňuje dýchání. Z toho vyplývá, že správný nácvik bráničního dýchání lze užívat jako lék proti strachu a úzkosti (Kombercová, Svobodová, 2000).

Stav úzkosti a zvýšeného napětí je spojen se zrychleným povrchové dýcháním, proto je nácvik zklidňujícího dýchání jednou z důležitých metod zvládnání tohoto stavu. Před vlastním cvičením je potřeba pacientovi vysvětlit, jaký je rozdíl mezi podklíčkovým, hrudním a břišním dýcháním. Terapeut vede pacienta a hledá dechový rytmus, který pacientovi nejvíce vyhovuje. Daný rytmus je pak dobré nahrát na kazetu, dle které si pacient cvičí zklidňující dýchání sám doma (Možný, Praško, 1999).

1.4.3.4 Další možnosti terapie

Hudba a tanec

Hudba má uklidňující vliv a pomáhá při prohloubení relaxace, takže je možno ji využívat jako doplněk relaxačních cvičení. Působí tím účinněji na psychiku, čím více se její rytmus přibližuje některému z fyziologických rytmů těla, např. dýchání. Optimálního stavu relaxace je možno dosáhnout za použití klasických skladeb barokní hudby, protože jejich jednotlivé věty mají kolem šedesáti dob za minutu a vyvolávají v mozku alfa vlny. Pomalému rytmu hudby se také přizpůsobuje aktivita srdce, pulz i dech (Janáčková, 2007).

K relaxacím i meditacím je možné využít speciálně navrženou a poměrně rozšířenou relaxační hudbu. K poslechu jsou vhodné také skladby, které obsahují nejrůznější zvuky pocházející z přírody. Relaxační hudba by měla působit především na emocionální prožitek posluchače a navodit pocity uvolnění či klidu (www.psychokybernetika.cz).

Rovněž tanec očividně působí velmi kladně na psychiku. Jedná se o aktivitu nejen fyzickou, ale i psychickou, kdy mimo jiné hlavním cílem je, aby si člověk lépe uvědomil a vnímal své tělo. Tanec tak symbolizuje „řeč“, která vzniká vzájemným harmonickým spolupůsobením těla a duše (Blížkovská-Dosedlová, 2007).

Taneční improvizace i dramatizace určité zkušenosti může vést k uvolnění napětí a pomoci s projevem kreativity a integrace. V naší společnosti, která postupně snižuje důraz na fyzickou práci, je často energie všeobecně potlačována. Z toho pramení potřeba fyzického uvolnění prostřednictvím pohybu. Pohyb i tanec jsou aktivní, expresivní a komunikativní prostředky založené na práci s tělem, kterými lze snížit množství nahromaděného adrenalinu v těle a společensky přijatelným způsobem se zbavit agresivity, strnulosti či apatie.

Psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální a fyzické integrace člověka, se pak nazývá taneční terapií (Janiš, Lašek, 2003).

Fyzikální terapie

V rámci fyzikální terapie se velmi dobře při bolestech zad psychogenní etiologie uplatní aplikace pozitivní termoterapie. Ta má hlavně myorelaxační, spasmolytický a analgetický účinek. Analgetický efekt je do větší míry způsoben uvolněním hypertonu kosterních svalů, spasmů a zlepšením cirkulace. Indiferentní, vlažné nebo déletrvajícím teplé procedury působí celkově relaxačně, což samozřejmě souvisí s ovlivněním CNS, především LS (Poděbradský, Vařeka, 1998).

V oblasti vodoléčby je stále více využíváný a rovněž i dostupný tzv. floating. Jedná se o metodu, kdy je pacient ponořen do vody ve speciální nádrži tvaru vejce. V nádrži je udržována indiferentní teplota vody obsahující velké množství soli o hustotě, která umožňuje plavání lidského těla na vodní hladině. Využívána je například sůl z Mrtvého moře. Dále má nádrž uzavíratelné víko s cílem omezit veškeré podněty na minimum, případně je možno aplikovat i ucpávky do uší. Na některých rehabilitačních klinikách, v hotelích či lázních je floating naopak doplněn o možnost poslechu relaxační hudby či ovládání světla. Dle studie, kterou provedl Bood a jeho kolegové, má tato „plovoucí terapie“ prokazatelné pozitivní účinky na lidské zdraví. Snižuje krevní tlak, tlumí bolest spojenou se svalovým napětím a zmírňuje úzkost. Působí tělesnou, ale i psychickou relaxaci (Bood a kol., 2005).

V souvislosti s nácivkem relaxace můžeme využít i pozitivních účinků balneologie, konkrétněji např. speleoterapie či dostupnějších umělých jeskyň. Instalace solných komor ve městech nebo v lázeňských zařízeních splňuje částečně náhražku mořského klimatu. V těchto umělých jeskyních se teplota vzduchu pohybuje kolem 19 °C a je zde vyšší relativní vlhkost vzduchu. Během půlhodinového až hodinového pobytu v jeskyních, který může být doplněn vhodně zvolenou relaxační hudbou, nastupuje u řady pacientů psychická i motorická relaxace (Jandová, 2009).

Koloroterapie

Koloroterapie využívá léčebného účinku barev k ovlivnění psychického, ale i fyzického stavu. Dle Dylevského existují prokazatelné klinické poznatky opravňující použití koloroterapie. Neurofyziologické poznatky neodporují těm klinickým, ale mnohé skutečnosti se musí ještě dalšími studii objasnit. Barevné spektrum, se kterým pracuje psychologie, je však mnohem širší než fyzikální chápání barev. Využívány jsou také nejrůznější odstíny barev. Relaxačně působí především modrá a zelená barva. Modrá barva snižuje psychické napětí a uklidňuje. U některých osob byl také zaznamenán pokles krevního tlaku a tepové frekvence. Zelená barva působí podobně jako modrá. Harmonizuje, uklidňuje a navozuje relaxovaný stav. Obecně je pokládána za hojivou a regenerační barvu (Dylevský, 2005).

Aromaterapie

Provádění relaxačních technik lze doplnit i vhodně zvolenou aromaterapií. Aromaterapie je metoda využívající koncentrované esenciální oleje. Tyto oleje jsou získávány z bylin, květín a jiných částí rostlin. Aromaterapie je schopna výrazně ovlivnit psychický stav a emoční naladění. Lze ji také použít jako prostředek k masáží. Stevensen (1994), Dunn (1995) a Wilkinson (1995, 1999) v prováděných studiích prokazují vliv masáží s využitím aromaterapie na snížení pocitu úzkosti a tělesného napětí. Tento vliv je ale dle Wilkinse pouze dočasný. V experimentech je využíván především olej z květů pomerančovníku, levandule či heřmánku (Cooke, Ernst, 2000; Janáčková, 2007).

Ale tuto metodu lze také uplatnit k navození účinků stimulačních. K těmto účelům je používán například olej z citrusových plodů, bazalky nebo rozmarýnu (Hantlová, 2009).

2 SPECIÁLNÍ ČÁST

2.1 Příručka pro pacienty

Obr. 1. Úvodní obrázek příručky (Osvobození duše, Faastová, 2010)



2.1.1 Úvod

„Bolesti zad jsou jednou z mála životních jistot.“ (Hnízdil, 2000)

Ano, i tak by se to dalo vyjádřit. Bolesti zad jsou trnem v oku u stále vzrůstajícího počtu populace a nezřídka postihují i věkově mladší kategorie. Není to jen bolest, která znepríjemňuje a mnohdy i znemožňuje člověku prožívat svůj život naplno, ale závažné jsou také důsledky tohoto postižení. Ať se jedná o různou délku pracovní neschopnosti či dokonce ztrátu zaměstnání, narušení sociálních vztahů a samozřejmě nesmíme opomenout ani negativní ovlivnění psychického stavu.

Nebylo by lepší předcházet všem uvedeným problémům? Jistě bylo. V našem životě existují problémy, kterým se zkrátka nevyhneme a jsme nuceni je řešit nebo je můžeme stále odkládat. Ale řadu problémů a potíží si člověk může způsobit sám svým jednáním a také i myšlením. Možná Vás to překvapí, ale patří mezi ně i bolesti zad. Mnohdy si ani neuvědomujeme nebo nevíme, že jednáme proti svému vlastnímu zdraví. Ale po čase se naše „prohřešky“ nakupí a způsobí nějaký ten problém, třeba v podobě zmiňovaných bolestí zad.

Jistě jste se z mnoha informací a nejrůznějších zdrojů již dočetli, že potíže se zády mohou být způsobeny celou škálou faktorů. Pokud opomeneme faktory strukturální (např. degenerativní procesy) či některé faktory funkční (např. posuny obratlů vůči sobě), tak důležitý podíl na bolestech zad má i vadné držení těla, neergonomické zvedání břemen nebo nedostatek pohybové aktivity. Ale je tady ještě jeden velmi významný a také mnohdy přehlížený faktor, a to psychika.

2.1.2 Vliv psychického stavu na zdraví

Skutečnost, že mnohé nemoci vznikají v závislosti na psychickém stavu, je již dlouho známá a také vědecky prokázána. Nemůžeme ovšem tvrdit, že by „špatný“ psychický stav byl pouze jedinou příčinou vzniku dané nemoci, ale výrazně zvyšuje pravděpodobnost výskytu zdravotních potíží zvláště v kombinaci s dalšími, k dané situaci nevhodnými faktory. Tento fakt si již většina z nás mohla vyzkoušet na sobě. Představte si situaci – právě je zimní období a velký výskyt chřipkových onemocnění. Doma či v práci se dlouhodobě potýkáte s nějakým těžce řešitelným problémem, který Vás velmi tíží a k tomu se mohou kupit ještě další potíže. Jste v situaci, kterou bychom

mohli nazvat chronickým stresem. V tomto okamžiku se Vám velmi lehce podaří onemocnět. Jak je to ale možné? Působením nějakého stresoru je náš imunitní systém zpočátku zesílen a je více aktivní. Po delším působení dochází k jeho potlačení. Pokud stresová situace trvá jen krátce, tak se imunitní systém vrátí na počáteční úroveň. Ale když stresor působí po delší dobu, je imunitní systém utlumen tak, že klesne pod počáteční úroveň. Člověk má tedy oslabený imunitní systém, a tak se může mnohem snadněji nakazit.

2.1.3 Psychosomatika

Na názorném příkladu jsme si uvedli, jak může psychický stav, konkrétněji nejvíce chronický stres nebo emoční napětí, ovlivnit stav zdravotní. Je tedy jasné, že existuje přímý vztah mezi tělem a duší. Této myšlence se věnuje psychosomatické lékařství, jehož popularita stále vzrůstá především v zahraničí. V Německu se celkem běžně vyskytují kliniky psychosomatického lékařství a zájem o psychosomatiku se zde nadále zvyšuje, což dokazuje i nespočet literatury a nejrůznějších studií. Ale i u nás se vyskytuje zájem o tuto oblast. V Liberci pravidelně vychází časopis zaměřený na problematiku psychosomatiky. Přesto se však můžeme stále setkat se skeptickými pohledy na tuto oblast lékařství.

Dalo by se konstatovat, že naše „západní“ lékařství je zaměřeno více na objektivní čili hmatatelné důkazy o příčinách nemocí. Naopak na východní polokouli je velká pozornost věnována psychickému stavu, duši člověka. A ta je nehmatatelná. Člověk je zde chápán jako celek se vším, co k němu patří. Toto pojetí je samozřejmě bližší pochopení psychosomatických souvislostí.

Celá situace by se dala přirovnat k plachetnici. Plachetnice ke svému pohybu potřebuje vítr a ten, jak všichni víme, viditelný není. Ale také víme, že existuje. Pokud tento vítr nebude správně vát, můžeme celou plachetnici opravit či přestavit, ale stejně se ke svému cíli nedostane. Stejně je to i s námi. Pokud naše psychická stránka strádá, můžeme léčit celé tělo, ale k žádnému výsledku to nevede.

Obr. 2. Ilustrační obrázek (Lod'ka, vlastní obrázek, 2010)



2.1.4 Naše současná situace aneb čas jsou peníze

Žijeme ve světě plném shonu, stresu a vysokých nároků. Z plakátů se na nás usmívají krásné modelky a svalnatí modelové, jejichž vizáž by si přál snad každý z nás. V časopisech čteme o tom, jak být skvělými rodiči, manželi či partnery. Dozvídáme se o nejrůznějších zaručených radách, jak se stát ještě úspěšnějším v zaměstnání. Z televizních pořadů dostáváme neustále nějaké návody týkající se správného domácího úklidu či dobrého vaření. Ten, kdo nesplňuje všechna uvedená kritéria, nemůže být považován za „úspěšného“ jedince tohoto století. Není to povrchnost současné doby? Stále jsme obklopeni množstvím vzrůstajících informací, které nejsme schopni zpracovat. Snažíme se využít každé vteřiny za účelem plnění našich povinností a permanentně někam pospícháme, protože máme málo času. Když se k tomu přičtou ještě nějaké osobní potíže a člověk všemu podlehe, není se čemu divit, že se najednou dostaví napětí, úzkost, stres či dokonce deprese. Po čase se může vyvinout nějaké onemocnění, které při delším trvání ještě prohlubuje psychické potíže. Člověk se ocitá v začarovaném kruhu.

2.1.5 Stresová reakce

Náš mozek je s tělem spojen pomocí nervů, které si můžeme představit jako vodivá vlákna. Tedy informace z mozku jde pomocí nervů do dané oblasti, kde dochází k nějaké změně.

Pomocí centrálního nervového systému, kam řadíme mozek a míchu, jsme schopni ovládat například pohyb. Máme nějakou představu o pohybu, který chceme provést. Tato informace je pak předána z mozku prostřednictvím nejrůznějších spojů a drah až ke svalům, které mají daný pohyb provést. Ovšem ještě existuje vegetativní nervový systém, který obecně není vůlí ovladatelný. Dělíme ho na sympatikus a parasympatikus. Během stresové reakce je náš organismus v pohotovosti, připraven „zaútočit nebo utéci“. Teď je v aktivitě sympatický nervový systém. Ten zrychluje srdeční činnost a dechovou frekvenci, roste krevní tlak a také napětí ve svalech. Dochází k rozšíření cév, zvyšuje se prokrvení a do krve je vyplavován hormon adrenalin. Naopak při odpočinku je aktivní parasympatická část vegetativního nervového systému. Dochází k poklesu krevního tlaku i tepové frekvence. Parasympatikus tedy působí přímo naopak.

Oba systémy jsou životně důležité, ale jejich činnost musí být vyvážená. V závislosti na dnešní době, kdy je člověk více ve stavu jakési pohotovosti nežli relaxace, převažuje spíše aktivita sympatiku, a tak dochází k porušení rovnováhy mezi oběma složkami.

2.1.6 Naučili jsme se spěchat, ale ne čekat

Stále někam utíkáme a ženeme se za vytyčenými cíli, při tom všem však často zapomínáme na vlastní tělo. To se stává jen jakýmsi prostředkem k dosažení toho, po čem toužíme. Po čem ale prahne naše tělo po tak namáhavé cestě životem? Málo kdo z nás dokáže naslouchat hlasu svého těla a vnímat jeho slova, která mohou vyjadřovat touhu po odpočinku a uvolnění. Pokud toto člověk ignoruje, nemůže se divit tomu, že se tělo brání. A tak nás mohou postihnout různá onemocnění či bolesti. To je jediná chvíle, kdy je většina lidí „nucena“ si odpočinout a načerpat nových sil.

2.1.7 Vliv psychického stavu na bolesti bederní páteře

Možná Vás už při čtení této příručky napadla myšlenka, jak spolu souvisí bolest zad a psychika? Pojděme si to stručně popsat.

Páteř je osou těla, na kterou se upíná velké množství svalů umožňujících pohyb. Aby svaly mohly správně pracovat, potřebují mít určité napětí, které nazýváme svalový tonus. Ten se neustále mění v závislosti na poloze těla a také reaguje na emocionální stav. Jakékoliv psychické potíže pak vyvolávají zvýšené emoční napětí. Tím se také zvyšuje napětí ve svalech a rovněž se zhoršuje jejich prokrvení. Svaly tak nemají dostatečné množství živin a kyslíku potřebné k aktivitě. Zároveň dochází k hromadění odpadních látek, které jsou nedostatečně odstraňovány. Odpadní látky působí na receptory bolesti a člověk pak pocítí napětí a bolest v oblasti beder, ale nejen tam. Často bývá postižena také krční páteř.

Svaly můžeme rozdělit do dvou základních skupin, a to na svaly s tendencí ke zkrácení a na svaly s tendencí k ochabnutí. Svalový tonus v nich ovšem roste nerovnoměrně, což způsobí vznik dysbalancí (stav nevyváženosti) a kloubních blokad v oblasti páteře. Tímto máme objektivní projevy Vaší bolesti.

Psychický stav má vliv nejen na svaly, ale také na dýchání. Z vlastní zkušenosti víme, že při psychické či fyzické aktivitě je naše dechová frekvence mnohem rychlejší, než když odpočíváme na gauči u televize. A právě hlavní dýchací sval – bránice má velmi úzkou spojitost s páteří. Dýchání má tedy také vliv na konfiguraci páteře.

Bolesti zad tedy mohou mít spojitost s Vaší psychickou situací, dokonce mohou být stěžejní příčinou Vašich obtíží. Vždy je ale nutné, abyste navštívili lékaře, který by měl být schopen stanovit diagnózu nebo alespoň vyloučit některá závažná onemocnění, které s bolestmi zad mohou také souviset.

2.1.8 „Postoj úspěšných“

Je velmi zajímavé, jak se náš psychický stav odráží na těle. Nemyslím tím jen bolesti zad. Všimli jste si již někdy, jak vypadá takový vyrovnaný a optimistický jedinec? Jak vypadá například postavení jeho těla? Je zcela napřímen a přitom je jeho svalstvo uvolněno a pracuje ekonomicky. Naproti tomu člověk chodící s hlavou předsunutou a sklopenou, rameny vytaženými nahoru, zvětšenou hrudní kyfózou (kulatá záda) v nás většinou nevyvolá dojem sebevědomého jedince. Jeho svaly jsou v neustálém napětí, a tak se u něj častěji objevuje i bolest zad. Všechny jeho starosti se nakupily a jakoby se uložily na jeho záda, kde vytvořily těžké břemeno. A to je nucen stále nést...

Vidíte, jaký rozdíl je mezi postojem těchto dvou lidí? Není to ovšem jen postoj ve smyslu držení těla, ale především postoj k životu.

S negativními myšlenkami, starostmi, těžkostmi a obavami se zřejmě budeme setkávat stále. Není to pesimismus, ale fakt. Naším úkolem je pochopit tuto skutečnost a nevzdat se, nýbrž bojovat. Představte si situaci, kdy čekáte na autobus či vlak, kterým pravidelně jezdíváte do práce. Bohužel nedojede a zrovna je den, kdy jste opravdu potřebovali být v práci včas. Většina z nás začne nadávat, rozčilovat se a podléhat zoufalství. V hlavě se nám mihnou myšlenky finančních postihů, trestů, připravujeme si proslovy k našemu šéfovi. Ano, to je většina z nás... Pak ale existuje ještě jedna, i když ne příliš rozsáhlá skupina osob, které se zachovávají zcela jinak. Celou situaci obrátí ve svůj prospěch. Půjdou si sednout do nejbližší kavárny, objednájí kávu a počkají na příjezd nevhodnějšího dopravního prostředku, který by je konečně dopravil do práce. Mezitím například zavolají svému příteli, se kterým se již dlouhá léta neviděli. V práci pak vysvětlí celou situaci a nabídnou nějakou kompenzaci. Každá věc má přeci svůj rub i líc. Záleží jen na nás, z jaké strany se na celou situaci budeme dívat.

A podobně je to i s Vašimi bolestmi zad. Když se Vám podaří překonat negativní stránku bolesti, můžete se zeptat, co lze z této negativní zkušenosti získat pozitivního? Například konečně začnete pečovat více o své tělo nebo o svou duši. Což je v současné době, kdy je člověk zahlcen množstvím vnějších vjemů a informací, čím dál tím obtížnější.

2.1.9 Jak tedy na bolesti zad?

Přemíra aktivity, shonu, stresu a napětí by měla být kompenzována odpočinkem a také nácvikem relaxace. Pro začátek bychom si měli uvědomit rozdíl mezi napětím svalů a jejich uvolněním. K tomu všemu nám dobře poslouží relaxační techniky, dechová cvičení a meditace. Shod'te tedy to břemeno ze svých zad a pojd'te relaxovat...

2.1.9.1 Relaxační techniky

Tyto techniky jsou využívány k nácviku uvolnění a odpočinku nejen těla, ale i mysli. Abyste si byli schopni uvědomit prožitek relaxace, musíte vnímat také napětí Vašeho těla. Podle mě, to dokáže jen velmi málo lidí. V současné době, kdy se

věnujeme spíše svému okolí, je pro nás stále obtížnější se zaměřit na sebe a na reakce našeho těla. Povšimněte si například toho, jak držíte v rukou tuto příručku. Jsou Vaše ruce uvolněné nebo příručku svíráte pevně mezi prsty? A jak vypadá Váš sed? Člověk jako by byl neustále v pozoru a pod tlakem myšlenek, které si téměř nepřetržitě proplovají naší myslí. Použitím relaxačních metod se můžeme tedy naučit správnému uvolnění, ale také lepšímu vnímání vlastního těla.

Relaxace v praxi

Existuje velké množství relaxačních technik, které by obsadily stránky nejedné knihy. Pro přehlednost zde naleznete základní techniky a cviky vhodné při bolestech zad. Záleží jen na Vás, kterou techniku či cvičení si zvolíte a budete praktikovat.

Zásady pro relaxaci

- Pro relaxační cvičení si zvolte pokud možno tiché a příjemné prostředí.
- Vypněte svůj mobilní telefon a snažte se vyloučit další rušivé vlivy, které by mohly znepříjemňovat a narušovat průběh cvičení.
- Někdy je možno relaxaci doplnit o poslech hudby. Vhodné jsou například skladby z období baroka. Vědci bylo zjištěno, že rytmus hudby z tohoto období ovlivňuje činnost mozku a navozuje jeho zklidnění. Využít ale můžete také relaxační hudbu. Velkou nabídku nejrůznějších skladeb naleznete například na internetových stránkách www.youtube.com. Hudbu si můžete poslechnout zcela zdarma, nechat se inspirovat vizuálním doprovodem a případně i přes internet zakoupit CD oblíbeného interpreta.
- Místnost by měla být vyvětrána a teplota v ní příjemná, což závisí výhradně na Vás.
- Používejte pohodlné oblečení a cvičte bez bot. Vhodné je rovněž sundat všechny šperky či hodinky.
- Dobré je cvičení provádět pravidelně a ve stejnou denní dobu, protože si tak poměrně lehce zařadíte relaxaci do svého denního stereotypu.
- Relaxaci neprovádějte bezprostředně po jídle. Cvičení si odložte minimálně o dvě hodiny později.

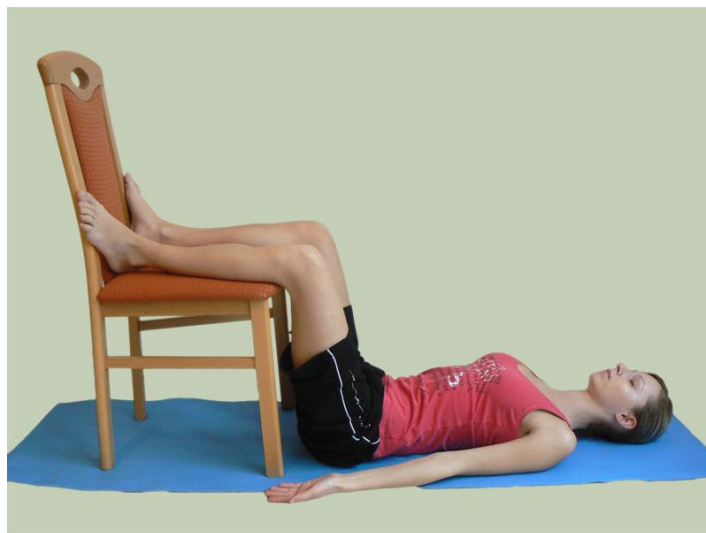
Relaxační pozice

V uvedených pozicích můžete relaxovat, ale také provádět dechová cvičení, v některých i meditovat. Zvolte si tedy pozici, která pro Vás bude nejpříjemnější a nejvhodnější.

Leh na zádech

Často užívanou pozicí v leže na zádech je tzv. pozice mrtvoly, která vychází z jógy. Pohodlně si ulehňte na zem. Hlava a trup leží v jedné linii, přičemž hlava může být ještě podložena malým polštářkem či ručníkem. Ruce dejte dále od trupu a dlaně vytočte nahoru. Nohy jsou uloženy ve vzdálenosti odpovídající šířce pánve a chodidla ponechte vytočena ven. Při bolestech bederní páteře je lépe si dolní končetiny podložit větším polštářem či si je položit na židli. Vhodné je zavření očí, které usnadní koncentraci a vyloučí působení zevních faktorů, viz Obr. 3.

Obr. 3. Leh na zádech (vlastní foto, 2010)



Leh na břicho

Pro relaxaci se užívá více variant. Například:

a) volný leh

Položte se na břicho a hlavu si opřete o čelo, tvář či bradu. Ruce jsou uloženy volně podél těla, opět je jejich osa v rovině. Nohy si mírně roztáhněte a malíkovou hranou natočte ke stropu, viz Obr. 4.

Obr. 4. Leh na břicho (vlastní foto, 2010)



b) „tygří relaxace“

Tato poloha je velmi vhodná pro aplikaci dechových cvičení a uvolnění kyčelních kloubů. Mnoho lidí v ní také usíná.

Lehněte si na břicho. Hlavu uložte na ruce, které jsou ohnuty v loktech a dlaněmi na sobě. Poté pokrčte jednu dolní končetinu v kolenním kloubu a suňte do úrovně Vašeho pasu. Pak ohněte páteř tím, že přisunete stejnostranný loket k pokrčenému kolenu, viz Obr. 5. Jelikož se jedná o polohu, která je asymetrická, je vhodné vystřídat strany.

Obr. 5. „Tygří relaxace“ (vlastní foto, 2010)



Sed

Sed je zvláště vhodný v situacích, kdy se Vám v poloze lehu daří spíše usínat nežli relaxovat. Při využívání této polohy je nutné udržet vzpřímené držení těla. Je to

tedy pozice, která je poněkud náročnější. Důvodem je obtížné spojení relaxace s polohou, ve které se nemůžete plně uvolnit. Tělo je drženo proti gravitaci a člověk je ještě nucen soustředit se na správné držení těla. Ovšem nácvik této pozice je důležitý a měli bychom usilovat o to, aby se postupně stal také relaxací zvláště těch svalů, které nemusí být aktivní k udržení žádané pozice.

a) turecký sed

Posaďte se na zem a nohy si pokrčte tak, že překřížená chodidla se nachází v oblasti rozkroku. Páteř je napříměna, hlava držena rovně a ruce jsou volně uloženy na stehnech dlaněmi vzhůru, viz Obr. 6.

Obr. 6. Turecký sed (vlastní foto, 2010)



b) lotosový sed

Jedná se o polohu, která je poměrně náročná. Ze zdravotních důvodů je méně vhodná, ale přesto hojně využívaná právě k meditacím.

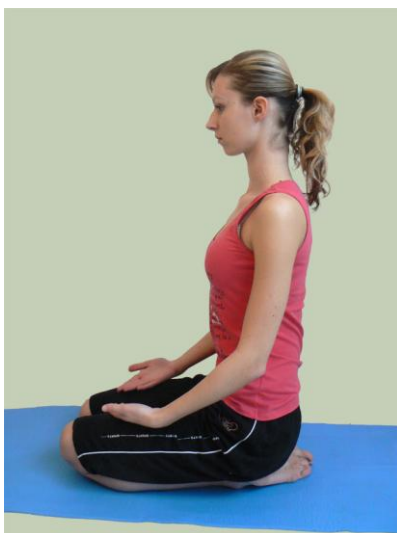
Sedněte si na podlahu s nataženýma nohama. Pokrčte si pravé koleno a chodidlo pravé nohy položte ke kyčli tak, aby pata doléhala na břicho. Stejným způsobem si položte také chodidlo levé nohy. Chodidla by měla směřovat nahoru a obě kolena by se měla dotýkat země. Páteř je opět vzpřímená a hlava se nachází v jedné linii s páteří.

Pokud by se Vám zdála tato poloha opravdu složitá, využít můžete pozice polovičního lotosu. Opět se usadte na zem, ohněte levé koleno a položte levou nohu pod pravé stehno. Pak ohněte i pravé koleno a přiložte pravé chodidlo ke kyčli stejně jako v předešlém případě. Záda jsou opět napříměna.

c) japonský sed

Nohy si dejte k sobě, klekněte na kolena a poté dosedněte tak, aby hrboly sedací kosti (hýždě) byly položeny na patách. Pánev by tak měla být v rovině a poskytnout páteři oporu. Chodidla mohou být opřena o palce či o nártý. Ruce si položte na stehna a opět obraťte dlaně ke stropu, viz Obr. 7.

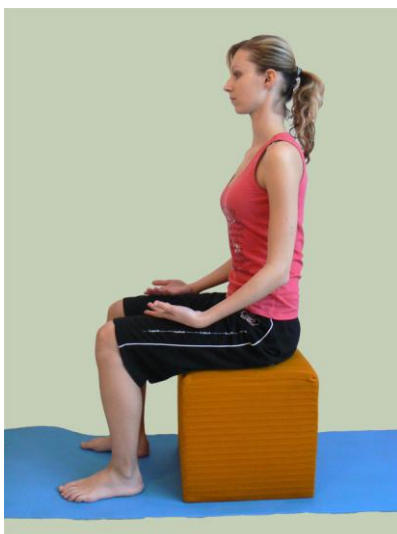
Obr. 7. Japonský sed (vlastní foto, 2010)



d) jogínský sed

Sedněte si na rovnou a pevnou židli. Hlava je držena v napřímení a páteř je vzpřímená. Ruce se nachází volně u těla, položeny na stehnech dlaněmi vzhůru. Nohy jsou opřeny o zem a vzdáleny od sebe na šířku pánve. Kolena jsou mírně vytočena ven, viz Obr. 8.

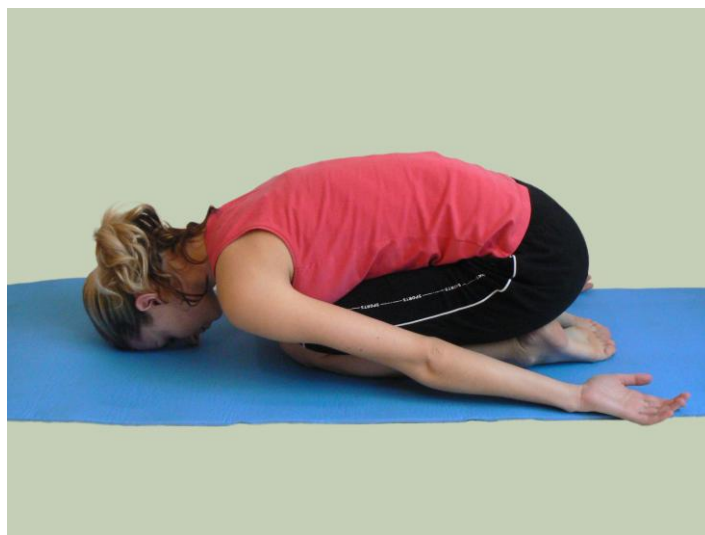
Obr. 8. Jogínský sed (vlastní foto, 2010)



e) pozice dítěte

Zaujměte polohu japonského sedu, předkloňte trup, hlavu položte na zem a opřete o čelo. Ruce jsou položeny na zemi v oblasti pat a dlaněmi vzhůru, viz Obr. 9. V jedné studii bylo dokonce prokázáno, že v této pozici ustává aktivita svalstva zad.

Obr. 9. Pozice dítěte (vlastní foto, 2010)



Relaxační cvičení

Prohloubené sebeuvědomování

Toto cvičení se využívá při nácvičení vnímání vlastního těla. Je možno ho provádět kdekoli, ovšem pro začátečníka je vhodnější klidné prostředí. Výchozí pozice je libovolná a délka nácvičení se pohybuje od jedné do pěti minut.

Provedení:

Zavřete oči, zklidněte se a pokuste se soustředit pouze na to, jak se cítíte. Jaká je Vaše nálada a kolik máte energie? Zkuste vnímat napětí svého těla, které se může vyskytovat na různých částech. Uvědomujte si celé tělo a pokuste se o pozorování reakcí svého těla na různé myšlenky.

Progresivní relaxace

Při provádění progresivní relaxace se naučíte rozlišovat pocit napětí a uvolnění svalů. Tak budete schopni využít při uvolňování svalů také své vůle. Cvičí se v klidném prostředí, v poloze v leže na zádech (pozice mrtvoly) a průměrná délka cvičení je asi deset minut.

Provedení:

Položte se na záda a pod hlavu si můžete vložit srolovaný ručník. Postupně si začněte uvědomovat jednotlivé svalové skupiny, na pět vteřin je mírně stáhněte a dalších třicet vteřin ponechte relaxovat. Fázi napětí je možno doplnit nádechem a uvolnění svalů naopak výdechem.

Začněte pravou horní končetinou. Sbalte pravou ruku v pěst, postupně zvyšujte napětí na pravém předloktí. Uvědomujte si toto napětí po dobu pěti vteřin a pak zase pěst na třicet vteřin uvolněte. Mírně nadzdvihněte pravé předloktí a proveďte totéž. Opět si na chvíli uvědomte napětí svého pravého bicepsu a pak jej uvolněte. Obdobně proveďte totéž na druhé horní končetině, pak na obličej (stiskněte rty a zuby, jazyk zatlačte do patra, zdvihněte obočí), dále postupujte na krk a šíji, napněte a uvolněte svaly hrudníku i břicha. Pak přejděte na dolní končetiny. Aktivujte svaly pravého stehna a poté uvolněte. Přitáhněte špičku nohy k hlavě a po relaxaci od hlavy, kdy opět po aktivaci svalů budete odpočívat. Takto postupujte také na druhé dolní končetině, viz Obr. 10.

Po provedení posledního cviku však okamžitě nevstávejte, ale ještě minutu setrvejte v relaxační pozici a postupně, ale stále se zavřenýma očima začněte vnímat své okolí. Nakonec otevřete oči.

Obr. 10. Progresivní relaxace (vlastní foto, 2010)



Diferencovaná relaxace

Tento typ cvičení se výborně hodí k nácvičku relaxace při běžných denních činnostech. Není totiž vždy nezbytně nutné, aby člověk při určité činnosti používal

všechny svaly. Hlavním cílem je tedy dosáhnout uvolnění těch svalových skupin, které nemusí být aktivní. Cvičení můžete provádět dvakrát denně po dobu kolem dvou minut a postupně zkracujte čas potřebný k navození relaxace.

Provedení:

Posaďte se na pohodlnou židli či do křesla a zavřete oči. Vnímejte pouze své tělo a napětí Vašeho svalstva. Pomalu se nadechněte a s výdechem nechte odplout napětí a relaxujte. Až cítíte, že jste plně uvolnění, pohněte libovolnou částí těla. Můžete například zvednout ruku, nohu či otevřít oči a pozorovat okolí. Důležité ovšem je, aby zbytek těla, který nemusí být nutně při daném pohybu aktivní, zůstal relaxovaný. V další fázi cvičení můžete procvičovat uvolnění při stání a chůzi.

Autogenní trénink

K účinkům autogenního tréninku patří především celkové snížení psychického napětí a dosažení stavu relaxace. Při jeho provádění se využívají jisté slovní formule, které si můžete říkat sami, ale může Vám je opakovat partner nebo máte možnost si je nahrát na magnetofonovou pásku či do počítače. Důležité je mít k relaxaci dostatečné množství času a nikam nespíchat. Délka cvičení by se měla pohybovat od pěti do deseti minut a vhodnou polohou je vzpřímený sed.

Provedení:

Pohodlně se usadte na židli nebo můžete využít i některou z relaxačních pozic. Zavřete oči a soustředte se na následující formule:

- Pocit tíhy: „Pravá ruka je těžká.“ To si opakujte během výdechu asi pětkrát po sobě. Až se Vám podaří pocítit tíhu pravé ruky, postupujte na levou ruku a dále na nohy. Nakonec si představte tíhu celého těla.
- Pocit tepla: „Pravá ruka je teplá.“ Dále postupujte stejně jako v předchozím řádku.
- Pocit klidného dechu: „Dech je lehký a klidný.“
- Pocit klidného tepu: „Srdce pracuje klidně a pravidelně.“
- Pocit tepla v břiše: „Do břicha přichází příjemné teplo.“
- Pocit chladu na čele: „Čelo je příjemně chladné.“

Závěrem si opakujte tvrzení: „Po skončení relaxace budu odpočatý, svěží, aktivní a v dobré náladě.“ Poté se zhluboka nadechněte, protáhněte a otevřete oči.

Po zvládnutí této základní techniky si můžete při cvičení představovat komplexnější vjemy, například procházku po pláži nebo cestu na vrchol hory. Pokud by Vám uvedené formule přišly poněkud nezajímavé a fádňí, lze propojit toto cvičení také s relaxační hudbou. Vhodné jsou především ty skladby, které obsahují přírodní zvuky (šumění moře, zpěv ptactva, šum lesa či zvuk dopadajících kapek deště).

Meditace

Pro lidskou mysl je zcela přirozené, že je neustále aktivní. Během celého dne je tak zaplavena množstvím myšlenek a informací. Permanentně na něco myslíme a jediným okamžikem odpočinku se pro naši mysl stává spánek. Dle některých filozofů je právě nepřetržitá činnost naší mysli příčinou všech starostí a onemocnění.

Pravidelným prováděním meditace se můžeme naučit schopnosti koncentrace a dokonce i bezmyšlenkovitého stavu. Pak pro Vás bude jednodušší nalézt klid a vnitřní spokojenost. Díky některým studiím bylo zjištěno, že během meditace jsou aktivní právě ty části mozku, které jsou také v činnosti během účinného zvládnutí emocionální zátěže. Takže meditace Vám pomůže lépe zvládat nejrůznější emocionálně vyčerpávající situace.

Meditace je běžnou součástí východních náboženství, kde má také svůj základ. Lidé vyznávající například buddhismus či hinduismus se tak mnohem více zaměřují na nehmotnou podstatu sebe sama. Myslím si, že je to na nich znatelné na první pohled. Vždy když procházím kolem nějakého plakátu lákajícího na návštěvu kurzů meditace, pozoruji, jak jim z očí vyzařuje jistá energie, kterou bych nazvala životní energií. Dalo by se říci, že tuto energii měl jistě každý z nás v době, kdy jsme byly ještě dětmi. Měli jsme radost z každé novinky, kterou jsme se naučili. Z každé věci, kterou jsme spatřili. Dokázali jsme se radovat z přítomnosti a měli jsme rádi i sami sebe. Ta jiskra z našich očí se však u většiny lidí s přibývajícím věkem vytratila. Nepřibyl nám jen věk, ale i starosti a mnohé povinnosti. Sami si můžete vzít fotku z Vašeho raného dětství a položit vedle ní fotku ze současnosti nebo se podívat do zrcadla. Vidíte nějaký rozdíl?

Naučme se tedy schopnosti koncentrace, odpočinku mysli a radosti i z té sebemenší „maličkosti“ jakou je naše přítomnost. Meditace nám také pomůže uvolnit celé tělo tím, že spouští již výše zmiňovanou parasympatickou reakci, která je spojena

se stavem odpočinku. Zároveň napomáhá snižovat intenzitu vnímané bolesti a taktéž prohlubuje dech.

Zásady pro meditaci

- Najděte si klidné a co nejméně hlučné prostředí.
- Při praktikování meditace dávejte přednost volnému a pohodlnému oblečení.
- Doporučovanou denní dobou pro cvičení je ráno, ale pokud Vám tato doba nevyhovuje, najděte si vlastní. Nejlépe cvičte dvakrát denně, vždy ve stejnou dobu a pokud možno ne bezprostředně po jídle.
- Nastavte si hodinky či budík s tichým a příjemným zvoněním na patnáct až dvacet minut. Pokud s meditací ještě nemáte žádné zkušenosti, je lépe délku cvičení nastavit na pět minut a postupně ji prodlužovat.
- Zvolte si pohodlnou polohu k cvičení. Využít můžete tureckého sedu, sedu na židli nebo i lehu na zádech s vypočloženými dolními končetinami větším polštářem či židlí.
- Vaše tělo by mělo být uvolněné. K nácviku uvolnění můžete opět využít již výše zmíněné cvičení. Důležité ovšem je, aby Vaše páteř byla stále napřimena.
- Oči můžete mít mírně otevřené nebo ještě lépe, zavřené. Váš dech by měl být přirozený a bez vynucených změn.
- Myšlenky násilím nepotlačujte, ale nechte je volně odplynout pryč.
- Během meditace můžete také využít tzv. mantry. Jedná se o slovo, hlásku nebo zvuk, který se opakuje potichu či nahlas. Příkladem je mantra „om“. Zvolit si můžete vlastní mantru, ale neměla by být příliš dlouhá. Mantru si opakujte jednou při nádechu a jednou při výdechu.
- Během meditace můžete také poslouchat relaxační hudbu. Některé skladby jsou přímo zaměřeny na provádění meditace. Záleží jen na Vás, co Vám bude více vyhovovat. Pro někoho je vhodný klid a ticho, jinému více pomáhá poslech oblíbené hudby.
- Meditaci nekončete náhle, ale chvíli ještě setrvejte ve Vaší pozici a pomalu se „probouzejte“.
- Pokud se po meditaci budete cítit odpočatě, uvolněně a plni radosti i energie, je to známka, že meditaci provádíte správně.

Technika koncentrace

Při cvičení této techniky se naučíte soustředěnosti a schopnosti lépe cítit vlastní tělo. Výchozí pozicí pro provádění je sed.

Provedení:

Posad'te se na postel nebo židli bez opěradla a uvědomujte si při tom, že Vaše tělo není opřené a necítí žádnou váhu. Uvědomte si, jak kůže pokrývá Vaše tělo jako by to byla prázdná slupka. Soustřed'te se na páteř, kterou můžeme považovat za ústřední kanál našeho těla. Během cvičení si představujte, že je uvnitř prázdná. Poté přejděte na myšlenku, že i vesmír je úplně prázdný a nechte svoji mysl pohlcenou touto představou. Nyní si představte, jak je celý vesmír včetně Vašeho těla naplněn blažeností.

Meditace klidu

Meditace klidu Vám umožní lépe ovládnout Vaši pozornost a mysl. Vhodnou pozicí je opět sed se vzpřímenou páteří.

Provedení:

Zaujměte pohodlnou pozici v klidném prostředí a soustřed'te se na místo, kde nejlépe cítíte svůj dech. Nejčastěji se využívá oblasti nosních dírek nebo oblasti břicha. Při nádechu si v mysli řekněte „nádech“ a při výdechu „výdech“. Nastane-li během dýchání nějaká přestávka či nepravidelnost, proneste v duchu „klid“. Pokud bude Vaše pozornost rozptýlována nějakými zvuky, pocity či myšlenkami, proneste „jinde“. Tím se myslí, že Vaše pozornost je jinde.

Meditace s využitím energie

Při tomto cvičení využijete opět koncentraci na dech a také vlastní představivost. Uvolní se přebytečné napětí a Vy budete mít pocit, že jste plni odpočinku a energie.

Provedení:

Zaujměte pohodlnou relaxační pozici a představte si, že nevdechujete vzduch, ale energii. Prociťte, že Vámi prostupuje energie, kterou využijete na pročištění svého těla, ale i duše. Jste plni této energie. Při výdechu myslíte na to, že vydechujete vše negativní (emoce, zážitky, slova, napětí, strach...).

Vizuální meditace

Při této technice se využívá určitého předmětu, symbolu či kresby, kterou si můžete zvolit sami. Vhodná je třeba hořící svíčka (ta je ideální pro začátečníky), obraz, květina ve váze, list stromu, atd. Využit lze i tzv. mandal, které si můžete vybarvit nebo namalovat. Mandaly jsou obrazce poskládané ze soustředných kruhů, čtverců i spojených trojúhelníků. Místo uprostřed symbolizuje nitro osobnosti.

Provedení:

Pohodlně se usadíte a zvolený objekt umístíte přibližně v úrovni očí asi metr až dva od sebe. Zaměřte svoji pozornost na daný předmět, uvolněte se a sledujte ho. Vaše mysl je nyní soustředěná pouze na tento předmět, přičemž ale nemusíte aktivně přemýšlet. Po několika minutách zavřete oči a ve své mysli si podržte obraz tohoto předmětu co nejdéle. Opakujte tento postup a při potřebě můžete na chvíli otevřít a pak zase zavřít oči. V mysli budete mít obraz, který bude stále jasnější a detailnější.

Dechová cvičení

Dech je zcela přirozenou a nezbytnou součástí našeho života, a přesto většina z nás dýchá nesprávným způsobem. Obecně lze dýchání rozdělit na horní (podklíčkové), střední (hrudní) a dolní (brániční). Velké množství lidí běžně využívá nejvíce dýchání hrudní, někteří dokonce i podklíčkové. Dech je tak nedostatečný a ke všemu obvykle převažuje délka nádechu nad délkou výdechu. Při nádechu se zvyšuje napětí svalstva, zrychluje se srdeční činnost a stahují se cévy. Tak tedy vidíme, že správné zapojení bránice při dýchání a prodloužení výdechu je pro většinu z nás velkým problémem. Ale proč jsou pro nás brániční dýchání a délka výdechu tak důležité?

Bránice vytváří spolu s břišními a zádonými svaly oporu pro bederní páteř a jak již bylo uvedeno, má vliv na její správné postavení. Dle některých autorů má bránice schopnost reagovat na citové podněty. Pokud jsou tyto podněty subjektivně negativní, tak obvykle dochází ke stažení bránice. Tím je samozřejmě ovlivněno i dýchání. Konečně při výdechu dochází k poklesu napětí ve svalech a rovněž se uvolňuje napětí psychické.

Brániční dýchání

Brániční dýchání Vás naučí lépe vnímat svůj stereotyp dýchání a využívat bránici při dýchání. Vhodnou polohou pro začátečníky je leh na zádech, později můžete brániční dýchání nacvičovat také v sedu či stojí.

Provedení:

Položte se na záda, tak aby osa těla byla rovná. Hlavu si můžete podložit menším polštářkem, aby neležela v zákonu. Dolní končetiny jsou pokrčeny a chodidla se opírají o podložku. Dlaně si uložte na břicho a při volném dýchání sledujte, co se děje pod dlaněmi během nádechu a výdechu. Pokud nic necítíte, pravděpodobně využíváte hrudního nebo podklíčkového typu dýchání. Při bráničním dýchání se během nádechu Vaše břicho vyklenuje nahoru i do stran a vaše ruce se zvedají. Při výdechu břicho a spolu s ním i ruce klesají, napětí se vytrácí, viz Obr. 11.

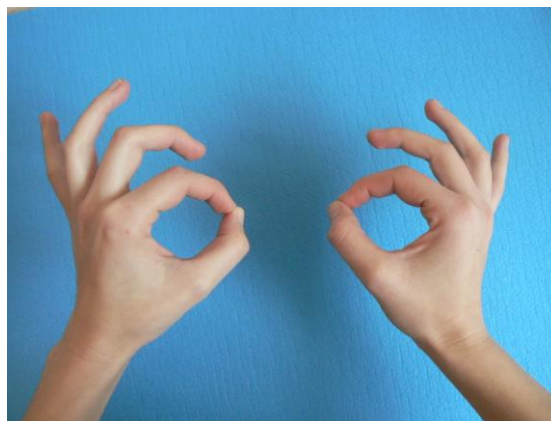
Pokud se Vám stále nedaří využívat plně bráničního dýchání, můžete si sami pomoci použitím tzv. mudry. Tu získáte tak, že si spojíte poslední článek palce a ukazováku na každé ruce. Tím vznikne na pravé i levé ruce jeden kroužek, zbylé prsty narovnáme a táhneme od sebe, viz Obr. 12.

Takto upravené ruce vložte dlaněmi dolů na horní část stehna pod tříselnou oblast a lehce zatlačte do stehna.

Obr. 11. Brániční dýchání (vlastní foto, 2010)



Obr. 12. Mudra (vlastní foto, 2010)



Nácvik prodlouženého výdechu

Cvičení je zaměřeno na učení prodlouženého výdechu, přičemž je aktivována i břišní stěna. Aktivace břišní stěny je základem většiny cvičení při bolestech zad. Výchozí pozice je stejná jako v předchozím cvičení.

Provedení:

Ruce si opět položte na břicho, pomalu se nadechněte pod Vaše dlaně a při výdechu „zpívejte“ písmeno „A“. Při vydechování vzduchu můžete cítit pod dlaněmi mírné chvění.

Zklidňující dýchání

Tento způsob dýchání je možno využít ve chvílích zvýšeného napětí a pocitu úzkosti. Cvičební poloha je libovolná v závislosti na aktuální situaci. Je dobré trénovat zklidňující dýchání opakovaně a během celého dne.

Provedení:

Nejdříve se pomalu nadechněte do břicha a pak do hrudníku. Poté pomalu vydechujte a v duchu říkejte „klid“. Představte si, jak se Vaše tělo s výdechem uvolňuje a zklidňuje. Až nad svým dechem získáte kontrolu, tak dýchejte pomalu už jen do břicha a opakujte si „klid“.

Ozvučené dýchání

Tento typ dýchání je součástí jogínské techniky zvané bhastrika a napomáhá koncentraci mysli. Cvičit začněte opět minimálně dvě hodiny po jídle. Technika je nevhodná pro osoby, které mají problémy s krevním tlakem či srdcem a pro těhotné ženy.

Provedení:

Usaďte se do zvolené relaxační polohy a držte páteř co nejvíce vzpřímenou. Rovnoměrně, ale prudce se desetkrát nadechněte a vydechněte nosem. Při posledním výdechu vydechněte všechnen vzduch, který máte v plicích. Pak se opět, ovšem pomalu a hluboce, nadechněte a zadržte co nejdéle dech. Následně vydechněte a chvíli přirozeně dýchejte. Celý cyklus opakujte třikrát a cvičení ukončete přirozeným dýcháním.

Jóga

V současnosti je praktikování jógy, která během cvičení propojuje tělo s duší, velmi populární. Jóga působí jako protahovací a zároveň i uvolňovací cvičení. Velký důraz klade také na správný způsob dýchání a koncentraci mysli. Podstatou jsou pomalé pohyby, jejich plynulost a výdrž v jednotlivých pozicích.

Jógová cvičení jsou určena především pro zdravé a zdatnější jedince. Neznamena to ovšem, že byste jógu nemohli praktikovat s bolestmi zad. Právě naopak. Ale vždy, pokud máte nějaké závažnější potíže, se poraďte s lékařem či fyzioterapeutem. Jen odborník Vám určí, zda je pro Vás cvičení jógy vhodné a případně sestaví i odpovídající cvičební sestavu. Pokud jste začátečník, je vhodné cvičit právě pod odborným dohledem nebo alespoň s využitím zrcadla. Některé pozice jsou obtížnější a vyžadují pečlivou korekci těla.

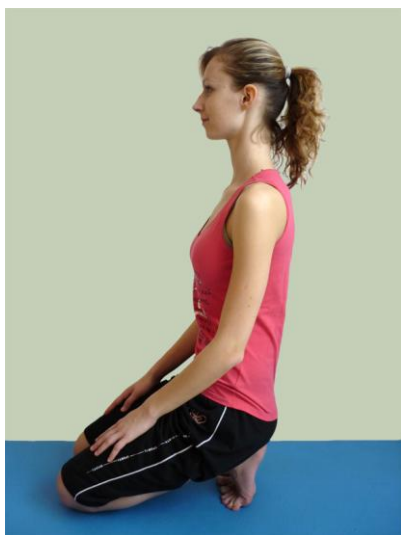
Kočí protažení

Toto cvičení zmírňuje napětí ve svalstvu zad, cvik č. 2 navozuje relaxaci a zlepšuje mechanismus dýchání. Délka cvičení by se měla pohybovat kolem deseti minut a vhodnou dobou pro provádění jógy je ráno.

Provedení:

- 1) Klekněte si na paty, opírejte se o prsty nohou a paty držte nad zemí. Povytáhněte hlavu i páteř tak, abyste byli napřímení. Ruce otočené dlaněmi dolů si položte na stehna a plynule dýchejte, viz Obr. 13.
- 2) Paže nyní suňte po podložce před sebe a čelo si položte na zem. Tady zhluboka dýchejte a relaxujte po dobu osmi vteřin, viz Obr. 14.

Obr. 13. Kočí protažení 1
(vlastní foto, 2010)



Obr. 14. Kočí protažení 2
(vlastní foto, 2010)



- 3) Pak povolte a zdvihněte se na ruce a kolena. Dlaně mějte pod rameny, páteř rovnou a stále se opírejte o prsty nohou, viz Obr. 15. Uvědomujte si každý Váš sval.

Obr. 15. Kočičí protažení 3 (vlastní foto, 2010)



- 4) Nadechněte se, zpevněte břicho a postavte se na špičky chodidel, které jsou od sebe vzdáleny asi patnáct centimetrů. Kolena i lokty jsou dostatečně propnuty, pokud jste hypermobilní, nechte je raději mírně pokrčeny. Dlaně však stále mějte položeny na podlaze a hlavu uvolněte tak, aby mezi vašimi pažemi volně visela, viz Obr. 16.
- 5) Vydechněte a celá chodidla si položte na podlahu. Svými nohama a tělem vytvořte „stříšku“ o úhlu kolem 45°. Hlavu vytahujte směrem k podlaze, viz Obr. 17. Vydržte deset vteřin a zhluboka dýchejte. Celou sestavu si můžete dle vlastního tempa a kondice několikrát zopakovat.

Obr. 16. Kočičí protažení 4 (vlastní foto, 2010)



Obr. 17. Kočičí protažení 5 (vlastní foto, 2010)



Strom

Pozice stromu Vás naučí soustředěnosti myslí a klidu. Procvičujte se zde rovnováha, která vychází z koncentrované myslí a držení rovnováhy nutí tělo i mysl,

aby se sladily. Cvičí se ve stoji na jedné noze. Ta noha, na které stojíte, musí zůstat pevná a rovná. Prsty na noze tedy zatlačte do podlahy, ale nekrčte je a zpevněte čtyřhlavý sval stehenní tím, že se budete snažit mírně povytáhnout česku nahoru. Ovšem pozor si dejte na to, aby se Vám koleno neprohýbalo (to se týká především hypermobilních jedinců).

Provedení:

- 1) Začněte cvičit ve vzpřímeném stoji s očima upřenýma na nějaký bod, který máte před sebou. Levé chodidlo položte co nejvýše na vnitřní stranu pravého stehna. Ruce mírně upažte do stran tak, že dlaně směřují vzhůru. Vyvažujte nyní rovnováhu, viz Obr. 18.

Obr. 18. Strom 1 (vlastní foto, 2010)



- 2) Pak si sepněte dlaně, palce se dotýkají hrudní kosti a ramena tlačte dolů, viz Obr. 19.
- 3) Vzpažte a spojte si ruce propletením prstů, dlaně směřují nahoru. Vytahujte se vzhůru, a co nejdéle držte rovnováhu, viz Obr. 20.

Obr. 19. Strom 2 (vlastní foto, 2010)



Obr. 20. Strom 3 (vlastní foto, 2010)



Z předložených technik si jistě vyberete tu, která Vám nejvíce vyhovuje. Pokud se Vám zdá, že se stále ještě nedokážete uvolnit, prodlužte si délku cvičení a zvyšujte i počet opakování. Je jasné, že umění uvolnění a relaxace nebudete ovládat hned za tři dny. Chce to jen dostatečný trénink a trpělivost. I během provádění relaxačních technik se mohou vyskytnout nějaké komplikace, například nepříjemné pocity. Zkuste otevřít oči nebo změnit polohu. Můžete také zkrátit délku cvičení. Pokud máte nějaké závažnější a déletrvající problémy, je lépe je konzultovat s odborníkem, který Vám již doporučí nějaké vhodné řešení.

2.1.9.2 Další možnosti relaxace

Aromaterapie

Během provádění relaxačních technik můžete využít možnosti aromaterapie. Aromaterapie používá koncentrované oleje z nejrůznějších rostlin. Vůně některých rostlinných olejů napomáhají uvolnění a relaxaci. Patří k nim například olej z květů pomerančovníku, heřmánek nebo levandule.

Solné jeskyně

V současné době je velmi rozšířený také odpočinek v solných jeskyních. Jedná se o uměle vytvořené jeskyně, které jsou schopny částečně nahradit, pro naše zeměpisné šířky méně dostupné, mořské klima. Teplota v jeskyních je udržována

na stálé hodnotě a po celou dobu pobytu mohou návštěvníci poslouchat relaxační hudbu nebo relaxovat při naprostém tichu.

Tanec

Relaxovat lze i při některých činnostech, příkladem může být tanec. Nejen že se naučíte lépe vnímat své tělo, ale můžete si také „vybít přebytečnou energii“ a tím odstranit nadměrné napětí, což Vám většinou usnadní nácvik relaxace. Vhodným vyjádřením emocí prostřednictvím tance lze významně zmírnit i nejrůznější psychické problémy. Pokud Vás tanec osloví, můžete využít nabídky taneční terapie, která využívá pohyb jako formu psychoterapeutického prostředku.

Biofeedback a audiovizuální stimulace

Z technických možností lze při nácviku relaxace použít biofeedback nebo audiovizuální stimulaci (dále AVS). Biofeedback je přístroj, který umožňuje testované osobě získávat informace o vlastním svalovém napětí, tepové frekvenci či aktivitě mozku. Tato zpětná vazba Vám umožní velmi objektivně kontrolovat nácvik relaxace a také její výsledky.

Přístroje AVS jsou rovněž způsobem užívaným při nácviku relaxace. Možná tyto přístroje budete znát spíše pod názvem psychowalkman. Ke stimulaci jsou užívány světelné brýle s LED diodami a sluchátka. Přístroj pracuje formou světelných záblesků a zvukových rytmů s proměnlivou frekvencí. Tyto impulzy ovlivňují činnost mozku a mění stav vědomí. AVS jsou ovšem nevhodné pro pacienty s kardiostimulátory, dále pro jedince se závažnými záchvatovitými stavy (např. epilepsie) a pro osoby výrazně foto- a fono-senzitivní.

Procházky v přírodě

Velmi pozitivně a relaxačně na Vás může působit také procházka přírodou. Nejvhodnější je návštěva krajiny nacházející se poněkud dále od města, ale pokud nemáte tu možnost, postačí i zeleň v městském parku. Velký zážitek z procházek si většinou odnesete zvláště tehdy, svítí-li slunce. Zkuste vnímat, jak Váš sluneční paprsky prosvěčující mezi listy na stromech nabíjí energií, optimismem a uvolněním. Zelená barva stromů či rostlin pak sama působí velmi uklidňujícím dojmem. Poslouchejte zpěv ptáků, proud tekoucího potoku a šum stromů ve větru. Je to nádherná relaxační hudba a Vy jste nyní její součástí. Zhluboka se nadechněte

a vychutnávejte krásu přírody celým svým tělem. Vnímejte každý detail, který uvidíte. Radujte se z každé chvílky, kterou zde můžete prožít a načerpejte do života nových sil.

Duchovní oblast

Pokud v životě toužíte ještě po větším uspokojení, štěstí a naplnění, může Vám pomoci zájem o duchovní oblast. Člověk má stále nějaké otázky, na které nenalézá odpovědi. Jednou z těchto otázek může být právě oblast zdraví. Také se ptáte: „Proč se to musí stát zrovna mně?“ Některé události ve Vašem životě Vám mohou připadat velmi nespravedlivé, příkladem může být i bolest zad. Omezuje Vás, je nepříjemná a brání Vám prožívat život naplno. Ale co když to může být i jinak? Já osobně si myslím, že každý problém nás posunuje v životě stále dál. Nutí nás, abychom se nad ním zamysleli a hledali nějaká řešení. Tím se nám otevírá nová cesta. Často jste mohli prožívat různá zklamání a nespravedlivé situace, které byly Vámi v danou chvíli považovány za negativní. Ale jak je hodnotíte teď? Možná přijdete na to, že jste tenkrát prožívali ve vztahu k budoucím událostem to nejlepší, co jste zažívat mohli. Vyčítat si své problémy nebo z nich obviňovat druhé nám zaručeně nepomůže, nýbrž spíše uškodí. Naopak hledejte pomoc ve svém okolí a také v sobě!

Možná Vás životem provází víra v Boha nebo jste vyznavači buddhismu. Možná preferujete jiná náboženství či věříte ve Vesmírnou sílu nebo v něčem/někom vidíte smysl života... Já spíše vycházím z toho, že všichni ve výsledku věříme v to samé, i když to nazýváme jinak. Také ale nemusíte věřit v nic nebo jste nad tím ještě nestihli zapřemýšlet. Myslím si, že je to škoda. Máte sice fyzickou i psychickou stránku života, ale chybět Vám může i stránka duchovní. Ta bývá často také velkou oporou při prožívání životních problémů. Tato fakta jsou opravdu vědecky podložena. Zkuste využít třeba meditaci či poslech relaxační hudby. Obě tyto metody Vám mohou pomoci při hledání duchovní oblasti a také smyslu života.

2.1.10 Závěr

Nyní tedy zkuste více naslouchat nejen svému tělu, ale i své duši. Dopřejte si dostatečné množství odpočinku. Z každé, pro Vás negativní události, usilujte o převzetí nějaké zkušenosti, kterou pak můžete obrátit ve svůj úspěch. Vždyť nic není černobílé. Bude to chtít trénink, ale nevzdávejte to. Kdybyste se neustále vzdávali, nikdy byste se nic nového nenaučili. Mějte pevnou vůli a prožívejte život s radostí

a optimismem. Vždyť dnešní, ale i žádný jiný den se již znovu opakovat nebude. Jeho jedinečnost spočívá v přítomnosti. Minulost již nezměníte, ale budoucnost Vám otevírá nové cesty a příležitosti...

Přeji Vám tedy mnoho úspěchů.

DISKUZE

Bolesti zad patří k tématům, o kterých se velmi často hovoří. Hlavní příčinou bude fakt, že představují závažný problém, který zasahuje nejen do oblasti zdravotnictví, ale i ekonomie a také do oblasti sociální. Někteří lékaři stále vnímají bolest zad spíše jako komplexní problém postihující velkou část populace a způsobující pracovní neschopnost. Pocity a prožitky pacienta pak odsunují do ústraní. Myslím si, že v této problematice je třeba také více zdůraznit individualitu každého, bolestmi zad trpícího jedince a intenzivněji se zamyslet nad problémy, které se sebou toto onemocnění přináší postiženému.

Příčin vzniku VAS je velká řada. Stále více autorů odborných textů týkajících se problematiky VAS potvrzuje i vliv psychické oblasti, příkladem může být Hnízdil (2004), Křivohlavý (2009), Stackeová (2005) a další. Menges (1983) dokonce tvrdí, že přibližně polovina všech případů bolestí zad je psychogenního původu.

Z psychických faktorů, které jsou možnou příčinou vzniku bolesti zad, zdůrazňuje Rašev (1992) a Stackeová (2005) vliv psychického napětí, které může předcházet a také doprovázet stresovou reakci. Oba tvrdí, že stres výrazně napomáhá vzniku bolestí zad. Už se však nezmiňují o tom, v jakém kontextu termín stres využívají a o délce trvání stresové situace.

Podle Honzáka a kolektivu (2005) psychika sehrála také důležitou roli ve výzkumu, který se pokusil definovat tzv. osobnost náchylnou k bolesti. Výsledky byly pouze dílčí. Ukazuje se ale, že část pacientů, kteří trpí bolestmi většími než ostatní či bolestmi špatně vysvětlitelnými, má za sebou kruté dětství.

Toda (2007) ale varuje, že odkazovat se na psychogenní základ bolesti může být v některých situacích zavádějící. Zvláště tehdy, není-li si lékař zcela jistý diagnózou. Dle Morschitzkého a Satora (2007) by bylo chybou hovořit předčasně o psychogenních faktorech jako jediných jistých příčinách onemocnění, i když nebyly nalezeny žádné organické příčiny. Vždy je totiž nutno prokázat přítomnost psychologických faktorů.

U průkazu těchto faktorů hraje velmi důležitou roli anamnéza a její správný odběr. Chvála a Trapková (1996) preferují odběr anamnézy podle tzv. časové osy. Oba konstatují, že kdyby lékař odebíral anamnézu právě pomocí tohoto způsobu, přišel by k zajímavému závěru. A to, že celá řada somatických chorob začala právě v době, kdy

se v životě pacienta odehrávaly závažné změny a subjektivně negativně prožívané události.

Stackeová ve své práci dále zdůrazňuje, že v poslední době bývají bolesti zad právem řazeny k psychosomatickým nemocem. Rovněž také uvádí, že teorie týkající se etiologie bolestí zad ve vztahu k psychice jsou často odmítány jako neprůkazné, což považuje za velký problém psychosomatiky. Aplikace metod kvantitativního výzkumu je totiž v praxi z metodologického hlediska téměř nemožná. Problematiku psychosomatiky však považuje za jedno ze stěžejních témat při studiu fyzioterapie a bolesti zad za základní téma psychosomatiky ve fyzioterapii.

O výuce psychosomatiky ve fyzioterapii se zmiňuje Kryl (2004). Ve svém příspěvku do časopisu Psych@Som uvádí, že studenti fyzioterapie Palackého univerzity v Olomouci jsou vůči studentům všeobecného lékařství poměrně systematicky připravováni k biopsychosociálnímu smýšlení již od prvního ročníku studia. Výsledek dotazníku, který byl předložen oběma skupinám, ukazuje, že studenti obou oborů se shodují v názoru, že je psychosomatického přístupu ve zdravotnické praxi využíváno nedostatečně.

Jenomže k tomu, aby lékaři či zdravotníci byli schopni pomoci svým pacientům nejen po stránce zdravotní, ale i psychické, je nutné vytvořit správný terapeutický přístup (Hrtúsová, 2003). Tato pomoc je ovšem do velké míry závislá právě na zájmu a schopnostech pacienta otevřeně hovořit o svých problémech. K uvedené problematice skončila celkem překvapivě anketa pod vedením Chvály a kol. (2004) prováděná v Liberci. Z 50 dotazovaných pacientů plných 28% nestojí o to, aby se o jejich psychosociální problémy zdravotníci zabývali. Jen 8% pacientů připouští, že by o takovou pomoc stálo. Naopak z 50 dotazovaných zdravotnických pracovníků si 52% myslí, že pacienti od nich požadují pomoc i v oblasti psychosociální. Tady nastává otázka, co je schopen zdravotník udělat pro psychosomatického pacienta, který nevidí možnou příčinu svého onemocnění v oblasti psychické a nestojí o danou pomoc?

Já osobně se domnívám, že příčinou toho, proč pacienti nestojí o psychosociální pomoc zdravotníků, může být fakt, že psychosomatické lékařství je v ČR stále ve fázi rozvoje a není pacienty dostatečně zažito. I když z výsledků výše zmiňovaného dotazníku vyplývá, že celých 24 % pacientů má ponětí o existenci psychosomatické problematiky. Chvála (2004) uvádí, že i v našem zdravotnictví lze myšlenky

biopsychosociální podstaty každého onemocnění stále naplňovat a převádět do praxe, i když v německém zdravotnictví je toto samozřejmostí. Miklas (2008) potvrzuje, že v Německu na rozdíl od ČR je psychosomatický přístup mnohem více institucionalizován. Dále uvádí, že i pojišťovny jej o mnoho více hodnotí a v Německu působí zcela běžně psychosomatické kliniky.

Dle Hnízдила (2004) je podstatou psychosomatického přístupu v rehabilitaci současné propojení hodnocení tělesných parametrů a objektivních nálezů s aktivním vyhledáváním a nálezem souvislosti obtíží v každodenním životě samotného pacienta. Kromě standardních prostředků rehabilitace by podle něj měla být v indikovaných případech užívána i podpůrná psychoterapie a také relaxační techniky.

Křivohlavý (2009) se ve své knižní publikaci odkazuje na práci psychologa Brua a jeho kolegů (1994), která potvrzuje účinnost relaxačních technik při bolestech zad. Ve svém výzkumu použili nejen různých metod tlumení bolesti zad (kognitivního ovlivňování, relaxace a kombinace těchto metod), ale i různých lokalizací bolestí zad. Výsledky této studie ukázaly, že relaxace byla nejúčinnějším způsobem snížení bolesti v kříži.

Oproti tomu účinnost pohybové aktivity u pacientů trpících depresemi, kdy podle Stackeové (2005) je právě prožitek deprese spojován s bolestmi v dolních úsecích páteře, je sporná. Honzák (2008) ve svém příspěvku do psychosomatického časopisu Psych@Som se přiklání k závěru, že pohybová aktivita spíše nemá vliv na léčbu deprese. Do protikladu uvádí jednu švédskou studii (2000), která potvrzuje, že tělesné cvičení má vliv i na psychické zdraví a studii vedenou Moorem (2008), která dochází k poněkud jiným závěrům. Nedá se však tvrdit, že by studie přímo popírala, že cvičení může mít pozitivní vliv na pacienty s depresí. Spíše zdůrazňuje vliv dalších okolností a faktorů (hlavně genetiky), které je nutno dále zkoumat. K obdobnému názoru se přiklání i Pastucha (2007) s výsledky své studie prováděné u pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení Psychiatrické kliniky v Olomouci s diagnózou depresivní poruchy.

Dále lze podle Rokyty (2004) využít při léčbě bolesti psychogenního původu i meditace, které rovněž patří k relaxačním metodám. Podobně se k problematice staví i Janáčková (2007) a Křivohlavý (2009), který meditaci zmiňuje ve svých technikách umožňujících lepší zvládnání životních těžkostí. Křivohlavý dále uvádí, že ve studii provedené Kabatem-Zinem (1993) se zjistilo, že meditace byla účinná až u 92%

pacientů trpících úzkostí a její účinnost byla prokázána i pro zmírnění depresí. Pozitivní účinky meditace na zdraví potvrzují také studie Lazara a kol. (2005) i Creswella a kol. (2007). Naopak Benda (2006) velmi horlivě diskutuje nad problematikou meditace. Hlavní problém spatřuje mezi tím, co je cílem meditace jako terapeutického prostředku a tím, co je cílem buddhistického meditačního tréninku. Tvrdí, že není-li cílem meditujícího dosáhnout toho, k čemu meditace (konkrétně meditace všímavosti a vhledu) podle autora této metody vede, je využití této metody pochybné. Benda nepovažuje využívání meditace v psychoterapii za vhodné. Dále tvrdí, že pokud meditující na základě meditačního pokroku dokáže lépe zvládat rodinné či pracovní problémy, tak k tomu dochází jen tak mimochodem. O efektivitě meditačních metod, i přesto že prokázaly v uplynulých letech svou účinnost, Benda pochybuje. Nadějnou se mu jeví metoda, která využívá všímavost, což je jeden z klíčových pojmů tradiční buddhistické psychologie, aniž by učila praktiky meditace.

Velmi kontroverzní a diskutabilní je tvrzení mnoha autorů „neodborné“ literatury, kteří se v podstatě shodují na stejném faktu. L. L. Hay (Miluj svůj život), J. Murphy (Moc podvědomí), N. D. Walsh (Hovory s Bohem) vychází z toho, že lidská psychika nejen velmi ovlivňuje zdravotní stav, ale naše vlastní myšlenky, hlavně víra v ně, nás mohou přivést k nemoci nebo naopak mohou nemoc i vyléčit. V knihách se autoři také velmi věnují duchovní oblasti, víře v tzv. „kosmickou sílu“ či víře v Boha. Pokud tato tvrzení porovnáme s odbornou literaturou, můžeme být překvapeni...

Křivohlavý (2009) uvádí, že o tvrzení vlivu víry na zdravotní stav lidí existoval odnepaměti všeobecný souhlas. Problém byl ovšem ve studiu této problematiky. Dříve tyto studie nebyly úplné, přesné a celistvé, takže byly odmítány jako věrohodné. Křivohlavý dále udává, že situace se změnila až koncem 20. století, kdy se při studiu začala používat pro výzkum zcela běžná metodologie i se statistickými šetřeními a analýzami. Na základě toho se těmto šetřením dostalo podoby, která je již pokládána za vědeckou.

To, že víra má velmi pozitivní vliv na zdraví a životní spokojenost, potvrzují výsledky mnohých studií. Pro přesnost studií byla víra rozdělena na vnější (vnější podoba víry) a vnitřní (víra vycházející z hloubi nitra daného člověka) a pro jejich rozlišení byl vytvořen speciální dotazník.

Koenig ve svých výzkumech (1992, 1999) potvrzuje, že víra má vliv na míru deprese i životní spokojenosti. Výsledky studií ukázaly, že čím je míra vnitřní víry vyšší, tím je deprese nižší a vztah mezi vírou a životní spokojeností je užší nežli např. vztah mezi životní spokojeností a finančním zajištěním. Ellison (1991) zkoumal vliv víry na subjektivní hodnocení kvality života. Zjistil, že lidé vykazující charakteristiky vnitřní víry hodnotí kvalitu svého života lépe. Také to, že víra velmi pozitivně ovlivňuje zvládání distresu, tvrdí Maton (1989) ve studii zaměřené na rodiče, kterým v nedávné době zemřelo dítě.

L. L. Hay ve své knize píše, že většina myšlenek negativně ovlivňujících náš zdravotní stav vychází ze záporného sebehodnocení. Tuto myšlenku podporuje psychologický výzkum Ellisona (1985). Ten tvrdí, že z výsledků výzkumu je nízké sebehodnocení často spojováno s úzkostí, pocity vlastní nedostatečnosti a také psychosomatickým onemocněním.

Ve výsledku tedy vidíme, že pozitivní vliv náboženské víry na zdraví je vědecky prokazatelný. Poměrně radikální tvrzení, že člověk si svým myšlením může přivodit, ale i vyléčit nemoc, se nedá tak jednoznačně potvrdit a ani popřít. Nikde se mi nepodařilo najít žádnou studii, která by se věnovala tomuto tématu. Poměrně blízko k této oblasti však má teorie placebo, kdy myšlením a vírou jedince lze opravdu zlepšit zdravotní stav.

Dle Chvály a Trapkové (1996) pacient, jakkoli označen za psychosomatického, potřebuje mít jistotu, že jeho tělesné potíže jsou brány zcela vážně. Vždy nestačí jen porozumění psychoterapeuta, ale často je třeba zasáhnout i na tělesné úrovni. Právě to dává fyzioterapii poměrně důležité postavení v léčbě psychosomatických onemocnění týkajících se nejen bolestí zad.

Hlavním cílem mé práce bylo předání obecných poznatků o problematice VAS psychogenního původu pacientům ve formě příručky. Svoji pozornost jsem zaměřila především na aktuální psychický stav čtenáře, který v této problematice považuji za stěžejní. Dále jsem se snažila pacientům předložit jednoduché vysvětlení o vlivu psychiky na VAS a seznámit je se základními relaxačními technikami. Sama jsem si přitom velmi oblíbila meditaci, která mi napomohla s koncentrací a uvolněním. Doufám tedy, že se tato příručka dostane do rukou alespoň některých pacientů, aby jim mohla nabídnout svoji pomoc a určitou podporu v řešení životních obtíží.

ZÁVĚR

Myšlenka, že některá onemocnění mohou být psychogenní etiologie, bývá čas od času stále zpochybňována. Především u lékařů zaměřených výhradně na biologický základ člověka se setkáváme s nepochopením a často i odmítáním tohoto faktu.

Ještě více jsou však zpochybňovány a zavrhovány teorie některých autorů týkající se pouhého vlivu konkrétních myšlenek na zdravotní stav. Snad je to také proto, že myšlenky jsou subjektivní veličinou a kvalita myšlenek a víra v ně není doposud objektivně měřitelná. Provézt takový výzkum, který by potvrdil vzájemný vztah mezi určitými myšlenkami a zdravotním stavem, není (alespoň v dnešní době) možné. Proto je pro většinu z nás, tedy mně osobně se někdy zdá, vždy jednodušší neprůkazné věci a zvláště ty, které vznikly pouze na základě empirického pozorování, popřít. Já se domnívám, že některé myšlenky mají opravdu silný vliv na psychický stav jedince. Vycházím z toho, že pokud je člověk naplněn myšlenkami radosti, pohody a štěstí (zvláště, je-li toto myšlení dlouhodobé), je i jeho psychický stav v pořádku. Pokud se však trápí myšlenkami smutku, beznaděje, nenávisti či nespravedlnosti, odrazí se tyto myšlenky na psychice daného jedince. Když je tedy psychický stav propojen se stavem fyzickým, tak se po jisté době mohou ve spojení s dalšími vlivy projevit nějaká onemocnění.

Samozřejmě, je to velmi diskutabilní a až šokující tvrzení. Ale určitě stojí za zamyšlení nejen pro laiky, ale také pro odborníky. Jisté však zůstává to, že psychický stav, zvláště v kombinaci s dalšími faktory, ovlivňuje zdravotní stav každého jedince.

Bolesti zad tedy nepochybně patří také k psychosomatickým onemocněním. Pokud budeme chtít při jejich léčbě sklízet úspěch, musíme na pacienta nahlížet jako na celek a v terapii pak propojit všechny oblasti lidské existence.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav a kol. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
2. BENDA, Jan. Meditace, všímavost a nové směry KBT. *Konfrontace – časopis pro psychoterapii* [online]. 2006, roč. 17, č. 3, s. 132-135. Dostupné na WWW: <<http://www.psychoterapeut.net>>. ISSN 1802-3983.
3. BLÍŽKOVSKÁ-DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Tanec v kulturní historii a jeho význam pro soudobou psychoterapii*. Teze disertační práce [online]. 2007, Dostupné na WWW: <http://is.muni.cz/th/2243/ff_r/Autoreferat.pdf>.
4. BOOD, Sven A. a kol. Effects of flotation-restricted environmental stimulation technigue on stress-related muscle pain: What makes the difference in therapy – attenttion-placebo or the relaxation response? *Pain Res Manage* [online]. 2005, roč. 10, č. 4, s. 201-209. Dostupné na WWW: <<http://www.pulsus.com/journals/>>. ISSN 1203-6765.
5. BURIAN, Jan. *Meditace z pohledu neurověd* [online]. Dostupné na WWW: <<http://eldar.cz>>.
6. BURSOVÁ, Marta. *Kompenzační cvičení*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0948-1.
7. *CENTRUM MUZIKOTERAPIE... hudbou ke zdraví* [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.psychokybernetika.cz>>.
8. COOKE, Brian, ERNST, Edzard. Aromatherapy: a systematic review. *British Journal of General Practice* [online]. 2000, roč.2000, č. 50, s. 493-495. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. ISSN 1478-5242.
9. CRESWELL, David J. a kol. Neural Correlates of Dispositional Mindfulness During Affect Labeling. *Psychosomatic Medicine* [online]. 2007, s. 560-565. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosomaticmedicine.org>>. ISSN 1534-7796.
10. DE MOOR, Marleen H. M. a kol. Testing causality in the association between regular exercise and symptoms of anxiety and depression. *General psychiatry* [online]. 2008, roč. 8, č. 65, s. 897-905. Dostupné na WWW: <<http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/65/8/897>>. ISSN 1538-3636.

11. DYLEVSKÝ, Ivan. Barvy, barevné vnímání a koloroterapie. *Kontakt* [online]. 2005, roč. 7, č. 1-2. s. 177-182. Dostupné na WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz>>. ISSN 1212-4117.
12. ELLISION, Christopher G., Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior* [online]. 1991, roč. 25, č. 6. s. 700-720. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2007763?dopt=Abstract>>. ISSN 0022-1465.
13. FISHBAIN, David A a kol. Do antidepressants have an analgesic effect in psychogenic pain and somatoform pain disorder? A meta-analysis. *Psychosomatic medicine* [online]. 1998, roč. 60, č. 4, s. 503-509. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/abstract/60/4/503>>. ISSN 1534-7796.
14. GILBERTOVÁ, Sylva, MATOUŠEK, Oldřich. *Ergonomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0226-6.
15. HANTLOVÁ, Lucie. *Aromaterapie* [online]. 2009, Dostupné na WWW: <<http://www.altermedicina.cz>>.
16. HASENBRING, Monika. Psychologische und psychobiologische Modelle der Schmerzchronifizierung. *Psychoneuro* [online]. 2005, roč. 2, s. 92-95. ISSN 1439-1813.
17. HNÍZDIL, Jan, ŠAVLÍK, Jiří. Projekt oddělení psychosomatické rehabilitace a léčby bolesti. *Psych@Som* [online]. 2004, roč. 2, č. 3, s. 93-100. Dostupné na WWW:<<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
18. HNÍZDIL, Jan. Psychosomatický přístup v rehabilitaci. *Psych@Som* [online]. 2004, roč. 2, č. 4, s. 146-147. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
19. HONZÁK, Radkin. Psychofarmaka v psychosomatice; ano či ne? *Psych@Som* [online]. 2004, roč. 2, č. 4, s. 149-150. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
20. HONZÁK, Radkin. Má tělesné cvičení příznivý vliv na depresi a úzkost? Zdá se, že ne. *Psych@Som* [online]. 2008, roč. 6, č. 4, 5, s. 192-193. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.

21. HONZÁK, Radkin a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
22. HRTÚSOVÁ, Daniela. Terapeutický přístup k psychosomatickým pacientom. *Psychiatria* [online]. 2003, roč. 10, č. 2, s. 73-75. Dostupné na WWW: <<http://www.psychiatria-casopis.sk>>. ISSN neuvedeno.
23. CHVÁLA, Vladislav. Psychosomatika dnes a tady? *Psych@Som* [online]. 2004, roč. 2, č. 4, s. 150. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
24. CHVÁLA, Vladislav, TRAPKOVÁ, Ludmila. Rehabilitace jako součást komplexní terapie psychosomatických pacientů. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 1996. roč. 3, č. 2, s. 86-88. ISSN 1211-2658.
25. CHVÁLA, Vladislav, TRAPKOVÁ, Ludmila. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.
26. CHVÁLA, Václav a kol. Anketa „Postoje zdravotníků a pacientů k psychosomatické medicíně a psychoterapii. *Psych@Som* [online]. 2004, roč. 2, č. 4, s. 163-164. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
27. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
28. JANDOVÁ, Dobroslava. *Balneologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2820-9.
29. JANIŠ, Kamil, LAŠEK, Jan. *Aktuální otázky sociální práce*. Texty k sociální práci. Sborník příspěvků 2003. Hradec Králové: M&V, 2003. ISBN 80-86771-01-6.
30. JIROUT, J. K úloze hlubokých páteřních svalů v synkinetické dynamice krční páteře. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 1997. č. 4, s. 131-132. ISSN 1211-2658.
31. KLARER, Berit Kasli. *Stress und muskuloskelettale Beschwerden* [online]. 2002, s. 1-6. Dostupné na WWW: <<http://www.klarergo.ch>>.
32. KOENIG, Harold G., *The Healing Power of a Faith*. New York: Simon and Schuster, 1996. ISBN 978-0684852966.
33. KOENIG, Harold G. a kol., Religious coping and depression among elderly hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry* [online]. 1992, s. 1693-1790. Dostupné na WWW:

- <<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/149/12/1693>>. ISSN 1535-7228.
34. KOLÁŘ, Pavel, KŘIKAVOVÁ, Alena. Chronický algický vertebrogenní syndrom. *Lékařské listy*, 2008. roč. 12, s. 31-34. ISSN 1214-7664.
 35. KOMBERCOVÁ, Jana, SVOBODOVÁ, Marie. *Autorehabilitační sestava*. 2. vyd. Olomouc: Dobra & Fontana, 2000. ISBN 80-901989-9-6.
 36. KRIEBEL, Reinholde, PAAR, Gerhard H. Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut* [online]. 1998, roč. 98, č. 43, s. 310-315. Dostupné na WWW: <<http://www.springerlink.com>>. ISSN 0935-6185.
 37. KRYL, Michal. Povědomí o psychosomatice u studentů Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a její výuka. *Psych@Som* [online]. 2004, roč. 2, č. 4, s. 155. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
 38. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
 39. LALVANI, Vimla. *Základy jógy*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2005. ISBN 80-7352-088-5.
 40. LARGE, Robert G. Psychological aspects of pain. *Annals of the Rheumatic Diseases* [online]. 2009, roč. 55, s. 340-345. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>>. ISSN 0003-4967.
 41. LAZAR, Sara W. a kol. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* [online]. 2005, roč. 16, č. 17, s. 1893-1897. Dostupné na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>>. ISSN 0959-4956.
 42. LIEBENSON, Craig. *Rehabilitation of the spine, a practitioner's manual*. 2. vyd. USA: Lippincott&Wilkins, 2007. ISBN neuvedeno.
 43. MATON, Kenneth I. The stress-buffering role of spiritual support. Cross-sectional and prospective investigation. *Journal of the Scientific Study of Religion* [online]. 1989, roč. 28, č. 3, s. 310 - 323. Dostupné na WWW: <<http://www.jstor.org/pss/1386742>>. ISSN 0021-8294.
 44. MENGES, Louwrens J. Chronic low back pain: a medical-psychological report. *Social Science & Medicine* [online]. 1983, roč. 11, č. 13, s. 747-753. Dostupné na WWW: <<http://www.sciencedirect.com>>. ISSN 0277-9536.

45. MIKLAS, Petr. 12. konference psychosomatické medicíny, 24.-26. dubna 2008, Liberec. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, roč. 4, č. 9, s. 193. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/04/15.pdf>>. ISSN 1213-0508.
46. MORSCHITZKY, Hans, SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
47. MOŽNÝ, Petr, PRAŠKO, Ján. *Kognitivně-behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-038-6.
48. NERADILEK, František, VONDRÁČKOVÁ, Dana. Chronická bolest s výjimkou onkologické. *ČLS JEP, doporučené postupy pro praktické lékaře* [online]. 2001, s. 1-9. Dostupné na WWW: <<http://www.cls.cz>>. ISSN 1802-1891.
49. NEŠPOR, Karel. Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-652-8.
50. PASTUCHA, Petr. Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, roč. 8, č. 5, s. 206-207. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2007/05/03.pdf>>. ISSN 1213-0508.
51. PETR, Michal. *Tajemství dechu* [online]. rok neuveden, s. 1-3. Dostupné na WWW: <http://www.michalpetr.com/Tajemstvi_dechu.pdf>.
52. PETŘÍKOVÁ, Jana. Psychosomatika a koncept chování typu v souvislosti s vážnými somatickými chorobami. *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity* [online]. 2000, s. 113-124. Dostupné na WWW: <<http://www.phil.muni.cz>>.
53. PODĚBRADSKÝ, Jiří, VAŘEKA, Ivan. *Fyzikální terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-661-7.
54. PONĚŠICKÝ, Jan. Psychosomatika bolesti. *Praktický lékař*, 2007. roč. 3, s. 146-150. ISSN 0032-6739.
55. PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0185-5.
56. RAŠEV, Eugen. *Škola zad*. 1. vyd. Praha: Direkt, 1992. ISBN 80-900272-6-1.
57. ROKYTA, Richard. Bolest a její patofyziologie. *Psychiatrie* [online]. 1998, roč. 2, s. 103-107. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz>>. ISSN 1211-7579.
58. ROKYTA, Richard. Psychogenní bolest. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2004. roč. 8, č. 1, s. 21-24. ISSN 1211-2658.

59. SMITH, Erica, WILKS, Nicolas. *Tajemství meditace*. Bratislava: Eko-konzult, 2007. ISBN 80-88809-80-0.
60. STACKEOVÁ, Daniela. Psychosomatika ve fyzioterapii. *Psych@Som* [online]. 2005, roč. 3, č. 5, s. 155-160. Dostupné na WWW: <<http://www.psychosom.cz>>. ISSN 1214-6102.
61. STRÁNECKÝ, Milan. Možnosti rehabilitace při diagnostice a léčbě chronického vertebrogenního syndromu. *Bolest* [online]. 2009, roč. 12, č. 2, s. 93-100. Dostupné na WWW: <<http://195.250.138.169/bolest>>. ISSN 1212-6861.
62. ŠTĚTKÁŘOVÁ, Ivana. Bolesti zad. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, roč. 2007, č. 3, s. 124-127. Dostupné na WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz>>. ISSN 1214-8687.
63. TODA, Katsuhiko. The terms neurogenic pain and psychogenic pain complicate clinical practice. *The clinical journal of pain* [online]. 2007, roč. 23, č. 4, s. 380-381. Dostupné na WWW: <<http://journals.lww.com/clinicalpain/pages/default.aspx>>. ISSN 0749-8047.
64. TRESS, Wolfgang a kol. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
65. VÉLE, František. Dýchání a jeho vliv na různé funkce organismu. Jóga v minulosti a přítomnosti. *Sborník přednášek z konference – Praha 20. listopadu 1999*. Praha: Sdružení přátel Indie a Český svaz jógy, 2000. s. 18-31.
66. VÉLE, František. *Kineziologie posturálního systému*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-100-5.
67. VINAY, Joshi. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.
68. VRBA, Ivan. Diferenciální diagnostika a léčba bolestí zad. *Medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 2008, č. 5, s. 208-212. Dostupné na WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz>>. ISSN 1214-8687.
69. ZEMÁNKOVÁ, Marie. *Pohyb nad zlato*. 2. vyd. Olomouc: HANEX, 1996. ISBN 80-85783-11-8.
70. ŽIVOTNÍ ENERGIE, *Meditační dechová cvičení* [online]. Dostupné na WWW: <<http://zivotni-energie.cz/meditacni-dechova-cviceni.html>>.

SEZNAM ZKRATEK

AM	autochtonní muskulatura
AVS	Audiovizuální stimulace
CNS	centrální nervový systém
IS	imunitní systém
LS	limbický systém
ncl.	nucleus
VAS	vertebrogenní algický syndrom

Poznámka: Do seznamu zkratk nebyly zaneseny zkratky všeobecně známé nebo použité ojediněle s vysvětlením v textu.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Úvodní obrázek příručky (Osvobození duše, Faastová, 2010)	35
Obr. 2. Ilustrační obrázek (Lod'ka, vlastní obrázek, 2010)	38
Obr. 3. Leh na zádech (vlastní foto, 2010)	43
Obr. 4. Leh na břiše (vlastní foto, 2010)	44
Obr. 5. „Tygří relaxace“ (vlastní foto, 2010)	44
Obr. 6. Turecký sed (vlastní foto, 2010)	45
Obr. 7. Japonský sed (vlastní foto, 2010)	46
Obr. 8. Jogínský sed (vlastní foto, 2010)	46
Obr. 9. Pozice dítěte (vlastní foto, 2010)	47
Obr. 10. Progresivní relaxace (vlastní foto, 2010)	48
Obr. 11. Brániční dýchání (vlastní foto, 2010)	54
Obr. 12. Mudra (vlastní foto, 2010)	54
Obr. 13. Kočičí protažení 1 (vlastní foto, 2010)	56
Obr. 14. Kočičí protažení 2	56
Obr. 15. Kočičí protažení 3 (vlastní foto, 2010)	57
Obr. 16. Kočičí protažení 4 (vlastní foto, 2010)	57
Obr. 17. Kočičí protažení 5 (vlastní foto, 2010)	57
Obr. 18. Strom 1 (vlastní foto, 2010)	58
Obr. 19. Strom 2 (vlastní foto, 2010)	59
Obr. 20. Strom 3 (vlastní foto, 2010)	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I.....	Příručka pro pacienty
Příloha II.....	CD-ROM s bakalářskou prací v digitální formě