

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury

VYUŽITIE PSYCHOSOMATIKY V REHABILITÁCI

Bakalárska práca

Autor: Patrícia Skovajsová

Vedúci práce: MUDr. Aleš Kubát

Olomouc 2018

Meno a priezvisko autora: Patrícia Skovajsová

Názov bakalárskej práce: Využitie psychosomatiky v rehabilitácii

Pracovisko: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury, katedra fyzioterapie

Vedúci bakalárskej práce: MUDr. Aleš Kubát

Rok obhajoby bakalárskej práce: 2019

Abstrakt:

Predkladaná práca sa zaoberá problematikou psychosomatiky v rehabilitácii, komplexným prístupom a bio-psycho-sociálnym modelom človeka. V teoretickej časti sú na základe rešerše literatúry uvedené poznatky o psychosomatike, jej histórii, etiológii psychosomatických porúch a možnostiach vzdelávania v tejto problematike.

V praktickej časti sú uvedené možnosti terapie psychosomatických pacientov, koncepty a metódy, ktoré môžu byť súčasťou rehabilitácie a pozitívne ovplyvňujú psychiku a vnímanie pacienta. Praktická časť je doplnená kazuistikami dvoch pacientov s chronickou bolesťou, z toho jeden má diagnostikovanú psychosomatickú poruchu a je to psychoterapeutický pacient, avšak druhý pacient je práve dlhodobý fyzioterapeutický pacient, s minimálnym účinkom liečebnej rehabilitácie.

Kľúčové slová: psychosomatika, psychosomatický prístup, bio-psycho-sociálny model choroby, rehabilitácia, chronická bolesť.

Súhlasím s požičiavaním bakalárskej práce v rámci knižničných služieb.

Author's first name and surname: Patrícia Skovajsová

Title of the bachelor thesis: Use of Psychosomatics in Rehabilitation

Department: Palacky University, Faculty of Physical Culture, Department of Physiotherapy

Supervisor: MUDr. Aleš Kubát

The year of presentation: 2019

Abstract: The main purpose of this thesis is to discuss the topic of the psychosomatic approach in rehabilitation, its possible options and methods of using. The theoretical part contains a research of literature about psychosomatics, its history, ethology of psychosomatic disorders and options of education in this field.

The practical part describes a common strategy and principles of psychosomatic approach and treatment of chronic back pain in rehabilitation. It contains diagnoses, treatment and therapy of patients with psychosomatic disorders, using bio-psycho-social model. It contains also examples of two patients with chronic back pain and therapeutic interventions in rehabilitation.

Keywords: Psychosomatics, psychosomatic approach, bio-psycho-social model of disease, rehabilitation, chronic pain.

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prehlasujem, že som bakalársku prácu spracovala samostatne pod vedením MUDr. Aleša Kubáta, uviedla všetky použité literárne zdroje a odborné zdroje, dodržiavala som zásady vedeckej etiky.

V Olomouci dňa 20.4.2019

.....

Ďakujem pánovi MUDr. Alešovi Kubátovi za ľudský prístup, cenné rady a pripomienky pri spracovávaní bakalárskej práce. Veľká vďaka obom pacientom za ich ochotu spolupracovať. Ďakujem mojej rodine a priateľom za podporu, lásku a porozumenie od nich.

ZOZNAM POUŽITÝCH SKRATIEK:

MUS– Medically unexplained symptoms- Medicínsky nevysvetliteľné symptómy

KBT – kognitívno - behaviorálna terapia

AT – autogénny tréning

EBM – Evidence based medicine- Medicína založená na dôkazoch

CAM – Complementary and Alternative medicine - Komplementárna a alternatívna medicína

WHO – World health organisation – Svetová zdravotnícka organizácia

VAS- vizuálna analógová škála hodnotiaca intenzitu bolesti

OBSAH

1	ÚVOD.....	10
2	CIEĽ	11
3	TEORETICKÁ ČASŤ	12
3.1	Teoretické východiska psychosomatického prístupu.....	12
3.1.1	Psychosomatika	13
3.1.2	Psychosomatická medicína.....	13
3.2	História psychosomatiky	14
3.3	Etiológia psychosomatických porúch	16
3.3.1	Kvalita života	17
3.3.2	Zdravie.....	17
3.3.3	Choroba	17
3.4	Bolesť.....	17
3.4.1	Definícia bolesti	17
3.4.2	Emócie spojené s bolesťou.....	18
3.4.3	Tolerancia bolesti	18
3.4.4	Chronická bolesť	19
3.5	Bolesti chrbta	20
3.5.1	Bio-psycho-sociálny model v liečbe chronickej bolesti.....	21
3.6	Edukácia v psychosomatike	21
3.6.1	Telesné prežívanie a správanie sa v chorobe, COPING.....	23
3.6.2	Vplyv pohybu na psychiku.....	25
3.6.3	Reakcia organizmu na stres	26
4	Praktická časť	28
4.1	Možnosti diagnostiky psychosomatických porúch	28
4.2	Terapia.....	29

4.3	Farmakoterapia.....	30
4.4	Psychoterapia	30
4.4.1	Kognitívno- behaviorálna terapia.....	31
4.5	Multimodálna terapia	31
4.6	Fyzioterapia.....	32
4.6.1	Schultzov autogénny tréning.....	32
4.6.2	Jacobsonova progresívna relaxácia	33
4.6.3	Alexandrova technika.....	34
4.6.4	Feldenkraisova metóda.....	35
4.6.5	Jóga v rehabilitácii.....	37
4.6.6	Účinky dotyku na človeka.....	39
4.6.7	Klasická masáž	39
5	Kazuistiky.....	41
5.1	Kazuistika 1.....	41
5.1.1	Anamnéza.....	41
5.1.2	Vyšetrenie:.....	41
5.1.3	Časová os pacientky:.....	43
5.1.4	Dotazníky:	44
5.1.5	Návrh terapie	45
5.2	Kazuistika 2 :.....	45
5.2.1	Anamnéza.....	45
5.2.2	Vyšetrenie.....	46
5.2.3	Časová os pacienta	47
5.2.4	Dotazníky	48
5.2.5	Návrh terapie	48
6	Diskusia	49

7	Záver.....	51
8	Súhrn.....	52
9	Summary.....	53
10	Referenčný zoznam.....	54

1 ÚVOD

„Osoba je viac než len telo, taktiež viac než iba duša: je to kompletný človek“ (Heinroth, 1825).

Možno by bolo na svete menej chorých ľudí, keby už deti na základnej škole vedeli niečo o sebaliečení, sile slova, psychosomatike, relaxácii a meditácii.

Psychosomatika má veľmi široké zameranie, existuje nespočetné množstvo teórií a štúdií o vzájomnom prepojení tela a mysle. Vo fyzioterapeutickej odbornej praxi sa každodenne stretávame s pacientami s dlhodobými bolesťami nešpecifickej etiológie. V tejto práci zhrniem poznatky o psychosomatike, psychosomatickej medicíne, jej zaradenie do medicínskych oborov, možné diagnózy súvisiace so psychikou, ako aj účinok pohybu na psychiku jedinca, edukáciu v psychosomatike a možnosti terapeutického ovplyvnenia v podobe vybraných metód. Zameranie tejto práce s následnou ukázkou kazuistík dvoch pacientov, je liečba a ovplyvnenie chronickej bolesti chrbta, s ktorou sa fyzioterapeuti pravidelne stretávajú.

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1977 učinila prvý krok a prijala bio-psycho-sociálny model zdravia a choroby. Dodnes sa pracuje na integrácii tohto modelu do konceptu dnešnej medicíny, avšak na našom území zaznamenáva požadovaná zmena len malú odozvu. Jedným z dôvodov je nedostatočná kooperácia s poisťovňami, nedostatok času, ale aj jednosmernosť vzdelávacieho systému budúcich lekárov, fyzioterapeutov a zdravotníckych pracovníkov (Dubová, 2016).

2 CIEĽ

Teoretická časť zahŕňa základné princípy psychosomatiky, stručne popisuje jej históriu, východiská psychosomatického prístupu, bio-psycho-sociálny model choroby, možnosti edukácie v tejto oblasti a alternatívy liečby psychosomatických pacientov vo fyzioterapii. Ďalej sa zaoberá vybranými poruchami pohybového aparátu, konkrétne chronickou bolesťou chrbta, s možným psychosomatickým podielom a na ich príklade popisuje možnosti fyzioterapeuta v liečbe týchto porúch. Zistiť možnosti vzdelávania fyzioterapeutov v psychosomatike na území Českej republiky a v zahraničí.

Praktická časť obsahuje dve kazuistiky pacientov s chronickými bolesťami pohybového aparátu, v jednom prípade s diagnostikovanou psychosomatickou poruchou a v druhom prípade s predpokladaným psychosomatickým pozadím chronických bolestí pacienta. Popisuje vyšetrenie pacienta, návrh liečby, charakteristiku vybraných postupov a zhodnotenie jeho stavu s využitím vhodných dotazníkových metód.

3 TEORETICKÁ ČASŤ

3.1 Teoretické východiska psychosomatického prístupu

Základom psychosomatického prístupu v medicíne je posudzovanie telesných ochorení s ohľadom na psycho-sociálne súvislosti jednotlivca. Systémová teória je jedna zo základných vedeckých teórií psychosomatického prístupu, vychádza z princípov cirkulárnej kauzality, vzájomného ovplyvňovania telesných, psychických a sociálnych systémov. Reakcia v jednom systéme vyvolá určité reakcie aj v systémoch ostatných a tak sa navzájom ovplyvňujú a udržujú buď vo fyziologickej alebo patologickej rovnováhe. Pacient by sa mal v čo najväčšej miere aktívne podieľať na svojej liečbe. Dôležitou súčasťou liečby je interakcia medzi pacientom a terapeutom, ako aj subjektívne vnímanie a porozumenie chorobe pacientom, ktorý by mal byť informovaný o možných príčinách vzniku a možnostiach liečby. Vždy je dobré nájsť spolu s pacientom a prípadne aj jeho rodinou, individuálny prístup na základe jedinečnosti jeho bio-psycho-sociálneho modelu. Práve ten je základom psychosomatickej medicíny, v súčasnosti najucelenejší koncept, ktorým môžeme chápať chorobu a zdravie človeka (Engel, 1977).

Aj keď bol tento model prijatý WHO (World Health Organisation) už v roku 1977, zatiaľ stále nie je v našom zdravotníctve dostatočne prevedený do praxe. Napriek tomu však vo svete napredujú rozličné výskumy mozgu a empirické štúdie, ktoré potvrdzujú účinnosť tohto modelu spojeného s komprehenzívnym prístupom k pacientovi pri liečbe. Je dobré porozumieť individuálnemu významu danej choroby v aktuálnej životnej situácii pacienta. Psychosomatická medicína sa opiera o vývojovú psychológiu a výskumy neurovied, ktoré podávajú dôkazy o neuroplasticite a zmenách štruktúry mozgu pôsobením stresu, nevedomých intrapsychických či interpersonálnych konfliktov. Zároveň ale potvrdzujú, že je možné pomocou psychologických prostriedkov a pohybu normalizovať tieto zmeny a ovplyvniť metabolizmus štruktúr centrálného nervového systému (Waldstein, Neumann, Drossman, & Novack, 2001).

Epigenetika je odvetvie genetiky, ktoré skúma metylácie a obmeny génov na základe vonkajších faktorov pôsobiacich na jedinca. Hovorí o tom, ako psycho-sociálne faktory vplyvajú na transkripčnú aktivitu génov. Potvrdzuje, že záťažové situácie, vzťahové faktory, vplyvy výchovného prostredia, ale aj výživa a všeobecne životné podmienky jedinca môžu vyvolať reverzibilné génové expresie (Egger, Liang, Aparicio & Jones 2004).

Zaujímavé výskumy Profesora Bruce Liptona potvrdzujú, že ľudské embryonálne bunky sa vyvíjajú odlišne, v závislosti na stanovených podmienkach. Genetické informácie sú podľa jeho výskumov taktiež ovplyvňované podvedomím človeka a programami, ktoré má nastavené od detstva (Lipton, 2015).

Psychoneuroimunológia a psychoneuroendokrinológia sú nové vedné disciplíny, ktoré skúmajú a potvrdzujú vzťahy medzi správaním sa, prežívaním jedinca a endokrinnými funkciami. Tým pádom môžeme zhodnotiť, že psychosomatická medicína využíva dostatočné množstvo súčasných dôkazov z medicíny, neurologických odvetví, psychofyziologických disciplín, či psychoterapie pri práci s pacientami s rôznymi diagnózami (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

3.1.1 Psychosomatika

Slovo „Psychosomatika je zložené z dvoch gréckych slov- psyché je duša a soma je telo, označujú súhrn telesných a duševných procesov. Psychosomatická reakcia je prirodzená reakcia prežívania, pretože každý pocit vyvoláva určitú telesnú reakciu a každý telesný prežitok rozpúta určité pocity. Psychosomatické choroby sú teda patologické formy vzťahu medzi dušou a telom, kombinácia fyzických a psychických faktorov pri vzniku a priebehu choroby (Morschitzky, Sator, 2007).

Termín „Psychosomatika môžeme chápať v dvoch významoch: Je to multidisciplinárny pohľad na diagnostiku a terapiu chorôb, v ktorom sa berú do úvahy nielen telesné, ale aj duševné a psychosociálne faktory. Tie zohrávajú veľkú rolu v rôznych odvetviach medicíny. Psychosomatické aspekty sa môžu objavovať v rôznych telesných poruchách. Druhý pohľad na psychosomatiku je v rámci vzájomného pôsobenia tela a duše spolu so sociálnymi faktormi pri určitých chorobách. Takto sa aplikuje na konkrétnych oddeleniach, špecializovaných klinikách na psychosomatickú medicínu (Morschitzky, Sator, 2007).

3.1.2 Psychosomatická medicína

V súčasnosti existuje vedecky zakotvená psychosomatická medicína, ktorá poskytuje diferenciálnu diagnostiku, ako aj prevenciu a kauzálnu liečbu funkčných porúch na podklade psychosomatických ochorení. Prihliada na človeka z telesnej, psychickej, ale aj sociálnej stránky. Je logickým doplnením k čisto biologicky orientovanej medicíne. Moderná medicína sa člení na jednotlivé špecializované odbory, preto je potrebný odbor, ktorý integruje všetky

tieto hľadiská do komplexného pohľadu na zdravie a chorobu človeka (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

Odhaduje sa, že v ordináciách praktických lekárov sa vyskytuje 20–40% pacientov s takzvanými MUS – medicínsky nevysvetliteľné symptómy (medically unexplained symptoms). Pre liečbu týchto pacientov je dôležitá komunikácia a spolupráca jednotlivých somatických odborov medicíny, psychiatrie, psychológie a psychoterapie. Všeobecné lekárstvo vo svojej postgraduálnej príprave kladie dôraz na bio-psycho-sociálny model choroby, napriek tomu sa však vzdelávanie v tomto odvetví zatiaľ javí ako nedostatočné. Doporučené postupy k ošetrovaniu týchto pacientov, vznikajúce v EÚ, počítajú s existenciou multidisciplinárnych pracovísk. Tých však zatiaľ neexistuje dostatočne veľa. Rozvoj psychosomatiky dnes už nie je iba vecou etickou, ale aj ekonomickou (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

Psychosomatika predstavuje celostný pohľad na človeka so zdravotnou poruchou. Dôležitú rolu v liečbe chronických bolestí chrbta zohráva vzťah a dôvera medzi pacientom a terapeutom, ako aj medzi lekárom a pacientom (Sabo, Joffres & Williams, 2000).

Psychosomatika a klasická medicína majú podobné ciele, líšia sa v pohľade na pacienta. Patria sem:

1. Prevencia chorôb a zranení,
2. Úľava od bolesti a utrpenia pri chorobe,
3. Liečenie a starostlivosť o chorých, starostlivosť o nevyliciteľných pacientov,
4. Zabránenie predčasným úmrtiam a v neposlednom rade pomoc pri pokojnom a dôstojnom umieraní (Honzák, 2017).

3.2 História psychosomatiky

Medzi základné východiská lekárskeho umenia tradične patrilo zohľadnenie psychického stavu pacienta a vplyv jeho sociálneho zázemia. S rozvojom medicínskej techniky sa celosvetovo upustilo od psychosomatického pohľadu na človeka a rozvoj psychosomatiky v medicíne sa dostal do pozadia. Dnes je k dispozícii vedecky zakotvená psychosomatická medicína, ktorá poskytuje diferenciálnu diagnostiku, prevenciu a kauzálnu liečbu funkčných porúch a psychosomatických ochorení. Zohľadňuje somatické, psychické, sociálne aj duchovné aspekty porúch. Previazanosť všetkých týchto vrstiev je podložená súčasnými výskumami mozgu.

Aj napriek tomu, že psychosomatická medicína stavia na slávnych menách lekárov, ktorí sa zaslúžili o veľké veci v histórii a pozerali sa na človeka v jeho celistvosti, nemala to v druhej polovici dvadsiateho storočia vôbec ľahké. Už Galénos z Pergamonu, jeden z otcov európskej medicíny radil svojim žiakom, aby dbali o dušu rovnako ako o telo. V modernej medicíne prevažuje biologická orientácia a vývoj psychosomatickej medicíny sa pozastavil. Nemala oporu v akademickej obci, na našich zdravotníckych či lekárskech fakultách dodnes nie sú katedry, ktoré by podporovali širší výskum a pohľad na človeka, zahrňujúci taktiež psychické a sociálne faktory chorôb (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

Antický lekár v starovekom grécku, Hippokrates, bol presvedčený, že naše pocity môžu ovplyvniť jednotlivé orgány. Dbal rovnakou mierou na faktory psychické aj fyzické. Sokrates prišiel k myšlienke, že dokonalé duše stúpajú k nebesám a tie nedokonalé ostávajú na Zemi. Hriech nás teda podľa neho robí chorými. V stredoveku však cirkev začala telo a dušu striktno rozdeľovať, v sedemnástom storočí sa zapísal francúzsky filozof René Descartes so svojou dualistickou myšlienkou tela a duše, ktorá sa z časti udržala až do dnešnej doby. Tým bol položený filozofický základ EBM (evidence based medicine) (Morschitzky, Sator, 2007).

Prvýkrát sa pojem psychosomatický objavuje v diele nemeckého psychiatra Johanna Christiana Augusta Heinrotha v súvislosti so spánkom. Heinroth videl hriech ako príčinu psychických chorôb. Choroba je len výsledkom, konečným dôsledkom života. Tí, ktorí vnímajú svoju osobnosť ako celok tela a duše vedia, že neexistuje polovičné zdravie. Pocity zdravia zahrňuje telo aj dušu (Honzák, 2017).

Jedným z najvýznamnejších psychoanalytických koncepcií je dielo Franza Alexandra, *Psychosomatische Medizin*. Chápal psychosomatiku ako diagnostickú metódu. Určité telesné poruchy vznikajú ako následok špecifického, nevedomého psychického konfliktu spočívajúceho v rozpore medzi dvoma žiadosťami alebo medzi žiadosťou a zákazom. Ak sa nevybúria agresívne impulzy, alebo sú potláčané určité emócie, dlhodobá aktivácia sympatiku môže viesť k vzniku rozličných psychosomatických chorôb. V roku 1977 navrhol americký lekár a psychoanalytik George Engel bio-psycho-sociálny model choroby, podľa ktorého navzájom interaguje telo, myseľ, duša a sociálne okolie (Morschitzky, Sator, 2007).

3.3 Etiológia psychosomatických porúch

Najčastejšie sa vyskytujú v musculoskeletálnej, gastrointestinálnej a následne neurologickej oblasti. Dôležité je dbať na individuálny prístup k pacientovi, pretože každý vníma svoju situáciu iným pohľadom. Je nutné hľadať tie myšlienkové pochody, spôsoby prežívania a chovania, ktoré sú relevantné pre vznik ochorenia a taktiež konkrétne životné podmienky, ktoré môžu chorobu vyvolávať. Nie je správne zrovnávať „psychosomatický“ so slovom „psychogénny“, pretože sa tak zužuje komplexnosť mnohých telesných ochorení.

Praško (1994) rozdeľuje psychosomatické ochorenia na klasické, primárne vznikajúce na psychosomatickom podklade, ako napríklad vredová choroba žalúdka a dvanástniku, kardiospazmus, proctocolitis, hypertenzná a ischemická choroba srdiečka, astma bronchiale, hypertyreóza a tyreotoxikóza, mentálna anorexia, glaukom, hypertenzia, a na ochorenia s výraznou psychosomatickou komponentou. Medzi ne patria vertebrogenné poruchy, roztrúsená skleróza mozgomiešna, sterilita, poruchy ovariálneho cyklu, syndrom predmenštruačnej tenzie, vaginizmus, poruchy potencie a ejakulácie u mužov, colitis spastica a ulceróza, psoriáza, ekzémy, tinitus, diabetes mellitus, onkologické ochorenia“ (Praško, 1994).

Somatizujúci pacienti sa môžu sťažovať na rôzne fyzické príznaky, najčastejšie sú to bolesti hlavy, hrude a chrbta (Honzák, 2017).

Historicky bolo popísaných mnoho teórií popisujúcich somatizáciu pacientov, dnes vieme, že je to vo veľkej miere globálny a kultúrny problém, veľkú rolu hrá chronický stres a vonkajší tlak, ktorý sme nútení zvládať v každodennom živote.

Medzi základné modely odhaľujúce psychické príčiny niektorých ochorení patrí konverzia, ekvivalent afektu, alexythymia, zastarané impulzy, prípadne trauma. Konverzia je vyjadrenie nevedomého konfliktu v telesnej rovine, ide o symbolické naznačenie alebo vyjadrenie obsahu, ktorého si človek nemusí byť vedomí. Ekvivalent afektu je sprievodný jav silných afektov či emócií (úzkosť, smútok, depresia), prejavujúci sa na tele, niekedy nevedome. Neschopnosť prežívať pocity a emócie (alexythymia) – telesné vyjadrenie vlastných pocitov a prianí, telesné ťažkosti sú dôsledkom stáleho napätia vegetatívneho nervového systému. Zastarané impulzy sú ochranné reakcie či impulzy, ktoré vznikli ako dôsledok vonkajšieho preťaženia, hlavne v detstve a prejavili sa v telesnej rovine. Trauma je spôsobená traumatickou udalosťou, ktorá nebola dostatočne spracovaná a emočne vyjadrená sa môže prejavovať s odstupom času bolesťou v rovnakej časti

ako v priebehu traumatickej udalosti, prípadne inou psychickou poruchou (Tress, Krusse, Ott, 2008).

3.3.1 Kvalita života

Kvalita života je slovné spojenie, s ktorým sa v poslednej dobe stretávame stále častejšie, nielen v odborných, ale už aj laických článkoch. Do medicíny sa dostáva v posledných rokoch a je chápaná hlavne v súvislosti so zdravotným stavom. V oblasti sociológie, rekreológie, psychológie, či iných humanitných vied sa zakladá na materiálnych či politických aspektoch a pracuje sa s ňou už dlhšiu dobu. Celkový pojem kvalita života obsahuje niekoľko faktorov, medzi ne patria fyzické a funkčné schopnosti jedinca, psychologické parametre, celková spokojnosť, sociálna integrácia, faktory týkajúce sa ekonomickej situácie, práce, ako aj religiózny a spirituálny stav. Môžeme ju taktiež charakterizovať ako vnímanie individuálneho postavenia v živote, v sociálnej a kultúrnej oblasti, vo vzťahu k jeho naplneným a neuskutočneným cieľom, očakávaniam, štandardom a obavám. Posudzujeme ju z hľadiska bohatosti, pestrosti života a hlavne vyrovnanosť a spokojnosť s ním (Salajka, 2006).

3.3.2 Zdravie

Zdravie je podľa svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) definované ako „stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nie len absencia choroby či nevládnosti“ (World Health Organization, 1984).

3.3.3 Choroba

Termín choroba nemusí nutne znamenať opak zdravia. Tak ako zdravie, je to subjektívny pocit určitého stavu človeka. Aby sa človek cítil chorý, nemusí mať priamo príznaky choroby, klinické nálezy či stanovenú diagnózu. Křivohlavý (2002) používa pre chorobu pojem zdravotná nepohoda, čím zdôrazňuje pocity človeka počas choroby, jeho bolesť a diskomfort (Křivohlavý, 2002).

3.4 Bolesť

3.4.1 Definícia bolesti

„Bolesť je nepríjemný telesný a emočný zážitok, spojený so skutočným či hroziacim poškodením tkaniva, alebo je popisovaný v výrazmi takéhoto poškodenia. Je výsledkom faktorov telesných, psychických a sociálnych. Bolesť je vždy subjektívna“ (World Health Organization, 1984).

Základné rozdelenie bolesti je na akútnu a chronickú. Akútnu bolesť charakterizujú jednoduché vegetatívne reakcie, chronická bolesť sa vyznačuje habituáciou vegetatívnych zmien, ktorým dominuje zmena chovania. Akútna bolesť je časovo obmedzeným klinickým symptómom, ktorého eliminácia závisí od správnej diagnózy a úspešnej terapie základného ochorenia. Po určitej dobe trvania sa môže premeniť na vlastné ochorenie – syndróm nepotlačiteľnej bolesti. Uvádza sa obdobie 3 až 6 mesiacov (Rokyta, Höschl, 2015).

3.4.2 Emócie spojené s bolesťou

Podľa definície je bolesť nepríjemným telesným a emočným zážitkom. V algeziológii je objektom odbornej starostlivosti človek zaťažený chronickou neútlíšiteľnou bolesťou. Na rozdiel od bolesti akútnej prestáva plniť funkciu biologicky užitočného varovného signálu. Hlavný emočný dôsledok pri akútnej bolesti je anxiozita a nepokoj, pričom pri bolesti chronickej je to depresia, podráždenosť a sociálna izolácia.

Novodobé poznatky o bolesti ukazujú na jej informačný charakter a jej prepojenosť so strachom a úzkosťou. Čím viac sa človek bolesti bojí, tým sa mu znižuje prah citlivosti a bolesti vníma viac (Waddell, 2004).

3.4.3 Tolerancia bolesti

Znášanie bolesti je plne individuálna záležitosť, ktorá súvisí s celou radou vonkajších i vnútorných faktorov. Medzi vnútorné faktory jednoznačne ovplyvňujúce toleranciu bolesti môžeme zaradiť prah bolesti. Každý človek vníma určitý vnem ako bolesť od určitého momentu. Rozdiely v tolerancii nachádzame v rôznych časových úsekoch, rôzne životné obdobia, alebo časti dňa. Človek v náročnej životnej situácii znáša bolesť omnoho masívnejšie. Najdôležitejšie v tejto súvislosti sa však javí to, aký význam bolesti človek prikladá a ako ju hodnotí. Napríklad cyklista s túžbou dokončiť závod bude vnímať bolesť chrbta oveľa menej, ako osamotený muž sám doma. Taktiež je známe, že na známu bolesť sa človek adaptuje lepšie, než na bolesť neznámu. Všeobecne platí, že bolesť najlepšie znášajú ľudia emočne stabilní a vo vývojovom období strednej dospelosti (30 až 50 rokov). Medzi mužmi a ženami sa rozdiely neuvádzajú, avšak v rámci kultúrnej normy sa očakáva, že muži viac „vydržia“ (Janáčková, 2007).

Značné rozdiely v tolerancii bolesti sú v rámci etnických a kultúrnych rozdielov. Každé etnikum má inú kultúru vnímania a vyjadrovania bolesti. Tolerancia k bolesti závisí taktiež na očakávaní veľkosti nastávajúcej bolesti a na tom, ako sa človek sám posudzuje v súvislosti s individuálnym zvládnutím bolesti. Veľká rola v prežívaní bolesti a tolerancii k nej je prisudzovaná úzkosti a strachu. Úzkosť, strach a tenzia bolesť zhoršujú, aktivizujú celú radu ďalších fyziologických aj psychologických mechanizmov, ktoré vedú k znižovaniu prahu bolesti a jej tolerancie. Veľký význam u pacientov s chronickou bolesťou hrajú vzájomné vzťahy v rodine. Kludné a nenarušené rodinné prostredie vedie k lepšiemu zvládaniu bolesti (Janáčková, 2007).

3.4.4 Chronická bolesť

Zmysel bolesti ako senzorického vnemu, ktorý varuje pred poškodením tkaniva alebo signalizuje jeho vznik, je použiteľný len pri krátko trvajúcej bolesti. Ak trvá bolesť dlhšie, stráca svoj biologický zmysel. Z hľadiska biomedicínskej funkcie sa dá akútna a chronická bolesť rozlíšiť tak, že akútna napomáha prežitiu, zatiaľ čo chronická bolesť je väčšinou deštruktívnym faktorom telesným, psychickým i sociálnym.

Dlhodobo pôsobiaca bolesť vyvoláva strach, úzkosť a obavy, dochádza k zníženiu prahu bolesti. Pacient je citlivý aj na menej výrazné podnety, ktoré hodnotí ako bolesť. Stáva sa intolerantným k bolesti, prejavuje bolestivé chovanie, dochádza k postupnej sociálnej izolácii a nastupuje depresia prameniaca zo strachu, že mu nikto nedokáže pomôcť (Waddell, 2004).

Psychickým rámcom chronickej bolesti je depresia. Pri depresii dochádza k poklesu hladiny serotonínu. Serotonínergné procesy sú však taktiež súčasťou endogennej modulácie bolesti – takže sa zrejme jedná o spätný mechanizmus. Najčastejšou sťažnosťou pacientov s chronickou bolesťou je porucha spánku a zvýšená iritabilita. Zväčša sa jedná o bolesťou zhoršené zaspávanie a opakované budenie. Ďalej depresia vedie ku zmenám nálady, myslenia a seba projekcie. Pacient sa cíti byť chronickým invalidom a často k obmedzeniu pracovnej schopnosti a sociálnej aktivity aj dochádza. S trvajúcou bolesťou sa u nich prehlbujú obavy o zdravie, ktoré sú často sprevádzané presvedčením o chorobe, aj napriek všetkým uisteniam lekárov (Janáčková, 2007).

3.5 Bolesti chrbta

Chronická bolesť dolnej časti chrbta údajne patrí medzi jednu z najčastejších príčin pracovnej neschopnosti a invalidity v rozvinutých krajinách. Bolesti dolnej časti chrbta môžeme definovať ako bolesť či dyskomfort v oblasti medzi dolnými okrajmi rebier a gluteálnou krajinou, môže, ale nemusí byť sprevádzaná bolesťami dolných končatín. Ak tieto bolesti pretrvávajú dlhšie než 12 týždňov, považujú sa za chronické, ak nemajú pôvod v rozpoznateľnej špecifickej patológii ako je osteoporóza, tumor, infekcia, fraktúra, štrukturálna deformita a nie sú spojené s koreňovým syndrómom či syndrómom kaudy equiny, považujú sa za nešpecifické bolesti chrbta (Airaksinen et al., 2006).

Kukan a Kukanová vo svojom článku udávajú štúdie dokazujúce bolesti chrbta podmienené depresiou a naopak, depresívne stavy prameniace z dlhodobej bolesti chrbta. Sú to veľmi často sa vyskytujúce klinické jednotky. Niektorí autori uvádzajú až 33% všetkých bolestí chrbta bez organickej príčiny. Tieto symptómy boli pomenované ako medicínsky nevysvetliteľné symptómy MUS (Medically Unexplained Symptoms) a nesú značné riziko psychiatrickej komorbidity. Viac než polovica pacientov s MUS trpí depresívnou poruchou. Veľmi často je práve depresívna porucha dôvodom bolestí chrbta a naopak, chronické bolesti chrbta môžu byť podnet pre začínajúcu depresiú (Kukan, Kukanová, 2012).

Medzi základné prejavy depresie patrí zmena nálad, smútok, nemožnosť vyjadriť emócie, apatia, nechutenstvo či sociálna izolácia. Existujú však taktiež skryté, tzv. „maskované depresie“, ktoré sú najčastejšie prejavované rečou tela v podobe bolestí alebo poruchy funkcií orgánov. Tieto depresie najčastejšie ostanú zamaskované pod vonkajším, vegetatívne-somatickým klinickým obrazom. Simon et al. (1999) uvádza, že až 69% pacientov s následnou diagnostikovanou depresiou malo v prvotných fázach somatické ťažkosti a lekára vyhľadávali z toho dôvodu (Simon, Von Korff & Piccinelli, 1999).

„Somatické symptómy môžu zavádzať a maskovať depresiú, ale zároveň predstavujú vhodnú príležitosť pre lekárov, aby sa o koexistujúce psychické poruchy aktívne zaujímal“ (Kukan, Kukanová, 2012). V ojedinelých prípadoch môže byť somatizácia jediným prejavom depresie. V spojení s chronickou bolesťou má vážny vplyv na kvalitu života a práce neschopnosť jedinca. Výskyt depresie u pacientov s chronickou bolesťou sa pohybuje okolo 45% (Wilsona, Mikaila, D'Eona, Minns, 2001).

3.5.1 Bio-psycho-sociálny model v liečbe chronickej bolesti

Funkčné poruchy pohybového systému majú často multifaktoriálnu etiológiu, prejavujú sa najčastejšie bolesťami, funkčnou či motorickou poruchou. Významnú rolu v možných príčinách vzniku zaujímajú tiež psychogénne faktory. Viacerí autori vo svojich dielach uvádzajú, že bolesti chrbta sú v poslednej dobe čoraz viac radené medzi psychosomatické poruchy (Stackeová, 2011).

Psychický faktor hrá veľkú rolu pri vzniku funkčných porúch pohybového systému, prejavujúcich sa bolesťou, únavou, zhoršením či stratou koordinácie a taktiež presnosti vykonávaného pohybu. Vo vzťahu psychiky a motoriky je kľúčovým limbický systém, takzvané centrum emócií (Křivohlavý, 2002).

Doktorka Hodycová (2018), hovorí vo svojom článku o významnej spolupráci psychoterapeuta a fyzioterapeuta pri liečení chronických bolestí chrbta. Ako hlavnú príčinu chronickej bolesti udáva snahu zamaskovať vnútorné postoje vonkajšími prejavmi. Táto porucha sa nazýva alexithymia, je to kognitívno- behaviorálna porucha, ktorá preferuje pozornosť k vonkajším udalostiam proti vnútorným zážitkom. Tlak medzi skutočným prežívaním a snahou pôsobiť inak vedie k zvýšenému svalovému napätiu, následne k bolesti, ktorá repetitívne zvýši svalový tonus (Hodycová, 2018).

Psychika má veľký význam aj pri vzniku svalových dysbalancií. V strese totiž svalový tonus obecnne stúpa, v niektorých svalových skupinách paradoxne klesá. Stres a úzkosť sú spojené s poruchami funkcie pánvového dna, ktoré ovplyvňuje funkciu celého posturálneho systému (Kračmarová, 2001).

Nedostatok pohybu, asymetrická a statická záťaž, psychické napätie vedú k nárastu posturálnych porúch v priebehu života. Pri preťažovaní postury uvedenými faktormi dochádza veľmi ľahko k jej poruchám (Kolář, 1996).

3.6 Edukácia v psychosomatike

Psychosomatický lekár by mal dokázať rozšíriť primárnu diagnózu o psychický a sociálny rozmer a integrovať ich spolu s telesnými obťažmi v jeden celok. Jeho prístup spočíva v tom, že sa zaujíma o pacientov životný štýl, o to, čo problémom predchádzalo, o jeho momentálnu situáciu, akým tlakom čelia a či prežili v minulosti nejaké traumata (Hodycová, 2018).

Je dôležité si vytvoriť dobrý terapeutický vzťah medzi pacientom a terapeutom. Pacient musí cítiť, že mu veríte a beriete ho vážne, aby mohol dôverovať aj on vám. Niektorí terapeuti vidia najväčší význam práve v oznámení diagnózy pacientovi tak, aby ju bol schopný prijať. Pacientovi sa má oznámiť empaticky a bez obviňujúceho postoja. Jej prijatie pacientom je už prvý krok terapie (Morgante, 2013).

V súčasnej dobe je psychosomatika radená medzi multifaktoriálne odvetvia medicíny, psycho-sociálny faktor je vždy len jeden z faktorov. Preto je dobré, ak je možnosť liečiť pacienta v interdisciplinárnom tíme, ktorý prihliada na pacienta vo viacerých úrovniach súčasne (Masner, 2016).

U športovcov je takisto dôležité vedieť o možných psychogénnych vplyvoch a zahrnúť relaxačné techniky do tréningového procesu, prípadne účasť psychológa v tíme profesionálneho športovca. Je potrebné, aby boli aj tréneri edukovaní o tejto problematike a mysleli na psychickú stránku športovca (Stackeová, 2011).

Niektorí autori tvrdia, že u každého biologicky sa prejavujúceho ochorenia sa dá predpokladať istý vplyv psychologických a sociálnych faktorov. Hlavnou úlohou psychosomatického prístupu je posúdiť, do akej miery sú v jednotlivých prípadoch psycho-sociálne faktory prevažujúce, aby boli pacienti odporúčaní na psychosomatickú terapiu, s ohľadom na kapacitu psychosomatických pracovísk (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

Obor Psychosomatika bol v Českej Republike prijatý vyhláškou z roku 2013 a umožňuje lekárom každej špecializácie žiadať Ministerstvo zdravotníctva o zaradenie do špecializovanej prípravy. Cieľom tohto vzdelávania je získanie zvláštnej odbornej spôsobilosti osvojením potrebných teoretických aj praktických znalostí v problematike psychosomatických pacientov. Absolvent musí byť schopný diagnostikovať psychosomatického pacienta (so somatickým ochorením s výraznou psycho-sociálnou zložkou), navrhnúť a previesť potrebnú terapiu, prípadne spolupracovať s multidisciplinárnym tímom.

Predpokladá sa, že s postupným uvádzaním predpisov Ministerstva zdravotníctva do praxe, bude vznikať stále viac psychosomatických centier aj s možnosťou akreditácie, čím by sa mal zvýšiť aj počet odborníkov v tejto oblasti. Očakáva sa, že sa do odboru budú hlásiť lekári a zdravotnícki pracovníci, ktorí už majú určitú pozitívnu skúsenosť s bio-psycho-sociálnym modelom a v rámci ich praxe im nestačí biologický pohľad na pacienta. Je dôležité

brať ohľad na všetky zložky psychosomatického prístupu, nenechať sa vťahovať len do psychologickkej či sociálnej zložky, aby bola zaistená dobrá spolupráca lekárov, psychológov, psychoterapeutov a v neposlednom rade aj fyzioterapeutov, najlepšie v rámci multidisciplinárneho tímu (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

To, čo majú odborníci z bio-psycho-sociálneho modelu spoločné, je práca so vzťahom. Či už je to vzťah psychológ- pacient, lekár- pacient alebo pacient a fyzioterapeut. Preto odborná spoločnosť psychosomatickej medicíny českej lekárskej spoločnosti dáva prednosť psychoterapeuticky orientovanému prístupu, avšak nezrovnáva psychosomatiku so psychoterapiou. Psychoterapia je iba jedna z metód, ktorú je možno pri liečbe psychosomatických chorôb využiť, nie je to však jediný postup celostne orientovanej liečby. So psychosomatikou sa môžeme stretnúť na rozličných pracoviskách, ako ordinácia špecialistu so psychosomatickou nadstavbou, ordinácia psychoterapeutickej medicíny, stacionárne psychosomatické kliniky, oddelenia psychosomatiky na psychiatrických klinikách a liečebňach (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

Je nutné integrovať biologické a psychosociálne zložky pohľadu na človeka. Psychosomatický tím v ideálnom prípade rastie ako celok v spolupráci a interakcii nad spoločnými pacientami, navzájom sa dopĺňa podľa individuálnych potrieb pacienta a jeho rodiny. Tieto tímy sú hlavným diagnosticko-terapeutickým nástrojom psychosomatickej medicíny. V najlepšom prípade by mali byť v multidisciplinárnom tíme zastúpené tieto odbornosti: lekár- somatický, všeobecný, alebo fyziater, psychiater, fyzioterapeut, klinický psychológ, sociálny pracovník, ergoterapeut, prípadne pedagóg a logopéd. Hlavným cieľom je vytvorenie spoločného jazyka psychosomatického tímu, takisto ako porozumenie a pomoc pacientovi (Chvála et al., 2015).

3.6.1 Telesné prežívanie a správanie sa v chorobe, COPING

Určitú úlohu zohrávajú taktiež stratégie zvládania bolesti a chorôb. Môže byť buď konštruktívna a posúvať nás, alebo deštruktívna a z daného jedinca sa môže stať pacient, ktorý stratí motiváciu v liečení a stotožní sa so svojou chorobou. Každý človek prežíva chorobu svojím spôsobom. Či už sa jedná o chronickú, akútnu chorobu, alebo zranenie. Záleží na osobnostných faktoroch, životnom štýle a prostredí, ktoré človeka obklopuje, na koľko ho ochorenie obmedzuje vo vykonávaní základných životných potrieb a sociálnych činností, prípadne nakoľko mu uľahčuje vyhybať sa určitým stresovým situáciám alebo nevyriešeným

medziľudským konfliktom. Pacient si niektoré skutočnosti vôbec nemusí uvedomovať, no napriek tomu mu choroba môže slúžiť ako intervencia a ospravedlniť ho na určitý čas od podvedome obávanéj situácie (Gerd & Henningsen, 2018).

Gerd a Henningsen (2018) vo svojej knihe udávajú veľa príkladov z praxe, niektoré z nich si dovoľím uviesť aj ja. Napríklad uvádzajú dieťa (môže sa však vzťahovať aj na dospelého jedinca), ktorému sa nedostáva dostatok pozornosti a lásky, sa môže chronickou chorobou zviditeľniť a upútať na seba pozornosť okolia, prípadne sa na nejaký čas môže vyhnúť nepríjemnej pracovnej atmosfére a stresu v zamestnaní či v škole. Ak chceme pochopiť pacienta ako komplexnú bytosť, musíme prihliadnuť taktiež na jeho okolie. Ako prežíva jeho chorobu rodina, partner, najbližší priatelia. Takisto robí veľký rozdiel to, čo človek od svojho života očakáva, aké má ambície a plány a nakoľko má daná choroba zaručený priebeh. Všetky tieto aspekty by sme mali brať ako terapeuti v úvahu (Gerd & Henningsen, 2018).

Každý telesný symptóm sa spája so špecifickou formou prežívania. Je neprirodzené nazerať na telo izolovane. Popri emočnom spracovávaní človek vysvetľuje chorobu aj kognitívne. Snaží sa nájsť rozumné vysvetlenie a príčinu, vytvára si subjektívne teórie jej vzniku. V súvislosti s chorobou je celá osobnosť oslabená. V týchto situáciách hrá obviňovanie veľkú rolu. Je to jeden z copingových mechanizmov. Človek najčastejšie obviňuje sám seba a chorobu vníma ako trest za niečo, čo robil v živote nesprávne (Gerd & Henningsen, 2018).

Choroba mení pacientov obraz o sebe, sebahodnotenie, jeho vnímanie okolia aj medziľudských vzťahov. Niekedy si človek vytvára fantazijné predstavy o tom, ako jeho telo, prípadne orgán bojuje s chorobou, so zlom, ktoré ju sprevádza. Pacient chorobu prežíva, trpí ňou a obvykle si ju aj vysvetľuje. Vytvára si teórie o možnostiach príčiny vzniku a taktiež o možnostiach vyliečenia sa. Mnohokrát sa tieto teórie celkom líšia od medicínskych teórií. Pacient sa môže cítiť bezmocne, ohrozený, závislý, zúfalý. Tieto pocity výrazne znižujú prah aj toleranciu bolesti. Jeho úlohou je objaviť v sebe nové schopnosti, o ktorých doteraz nevedel, napríklad prijať pomoc, spoľahnúť sa na druhých, pozrieť sa na život aj na svet z iného pohľadu, zastaviť sa, vnímať svoje telo a byť vďačný aj za maličkosti.

„Coping je adaptívny výkon ega, ktorý pri chorobe čelí zmenenej životnej situácii“ (Gerd & Henningsen, 2018). Človek postihnutý chorobou môže prežívať rôznorodé emócie. Medzi ne najčastejšie patrí úzkosť, zúfalstvo, smútok, apatia, rezignácia, ale aj hanba za stratu

autonómie, sklamanie, nenávisť, obviňovanie či zlosť. Ako fyzioterapeuti by sme mali poznať základné mechanizmy copingu. Mení sa pacientove vnímanie a pozornosť, koncepty a vysvetlenia, ako aj zámery a konanie.

Gerd a Henningsen (2018) medzi základné copingové vzorce zaraďujú popieranie, izoláciu od emócií, snaha prehlúsiť a zakryť situáciu rôznymi aktivitami, rozptyľovanie sa sociálnymi kontaktmi, obviňovanie, hľbanie a hľadanie vinníka, prípadná pasivita a sťažnosti. Často dochádza k sociálnej izolácii, nadmernej konzumácii liekov či omamných látok, v lepšom prípade aktívne vyhľadávanie informácií a analýza problému, pozitívne predstavy o možnostiach, ktoré pacient má, hľadanie sociálnej podpory a emočnej úľavy, prípadne hľadanie náboženskej či alternatívnej pomoci.

Obecne sa copingové stratégie dajú rozdeliť na aktívne (snaha o vysvetlenie a účasť na uzdravovaní) a pasívne (vyhýbanie sa, izolácia). Závisia hlavne od intenzity a trvania záťaže, od situačných zdrojov a od vlastností a osobnostnej výbavy, ktorú pacient doposiaľ získal (Gerd & Henningsen, 2018).

3.6.2 Vplyv pohybu na psychiku

Pohyb je základným prejavom života živých bytostí. Jeho zámer je určitý cieľ, alebo inštinkt. Je riadený teleologicky, ideomotoricky alebo ideokineticky. Všetky pohybové činnosti organizmu súhrnne tvoria jeho pohybové chovanie. Je ovplyvňované aj zmenami určitých látok v organizme pri pohybe, vedie k tvorbe látok, ktoré ovplyvňujú prežitky a pocity individua a uľavujú od bolesti. Za najstarší motorický systém mozgu sa pokladá limbický systém, okrem iných funkcií má za úlohu vytvárať správne pohybové programy. Pohyb riadi centrálna nervová sústava, pohybová aktivita priamo súvisí s jej činnosťou, s intelektom a psychikou. Existuje prepojenie medzi rozvojom intelektu a jemnej motoriky, dnes nazývané senzomotorika. Obojstranne platí, že psychické procesy ovplyvňujú motoriku a pohybová aktivita zasa spätne ovplyvňuje psychické procesy (Véle, 1997). Vzťahy medzi telom, psychikou a pohybom sú známe od nepamäti. V dobách, keď bola pohybová zdatnosť dôležitá ku prežitiu v ťažkých podmienkach, sa na školách vyučovali pohybové aktivity v harmónii so psychickými aj fyzickými schopnosťami. V staroveku tieto snahy často vrcholili gréckymi olympiádami. U stredovekých rytierov bola ideálom fyzická zdatnosť, intelektuálne a morálne kvality. V súčasnosti k tomu smeruje olympiáda, avšak sa zabúda na

primárny význam pohybu pre človeka ako takého, športovci sa snažia uspieť hlavne vo svete a v očiach divákov (Véle, 1997).

Súčasný rozvoj techniky podporovaný rozvojom intelektu, vytvára stroje, ktoré postupne nahrádzajú fyzickú činnosť človeka, ktorá je však zdrojom fyzickej zdatnosti, vitality. Nedostatok fyzickej aktivity civilizovanej spoločnosti vedie k strate pohybovej zdatnosti, ktorá je občas podceňovaná voči zdatnosti intelektuálnej. Rozvoj dopravných prostriedkov nám taktiež znemožnil základnú potrebu pohybu a lokomócie chôdzou.

Véle (1997) dospel k názoru, že:

Intelektuálny vývoj sa pokladá za dôležitý faktor pre rozvoj vedy a techniky ako základov civilizácie. Somatomotorický vývoj je podceňovaný a to vedie k psychosomatickej asymetrii v zmysle preferovania intelektu oproti somatickej zdatnosti. Tento fakt sa premietol v školstve natoľko, že sa kultivácia intelektu stala hlavnou úlohou školstva a vzdelania. Telesná kultivácia sa obmedzila na 1-3 hodiny týždenne.(p.47)

Pomer predmetov rozvíjajúcich intelekt oproti tým, čo rozvíjajú somatické funkcie je na niektorých základných školách 10:1, čo je obrovský nepomer. Podceňovanie telesnej kultúry a nadrad'ovanie intelektuálnej kultúry vo vyspelých krajinách vedie k postupnému zhoršovaniu fyzickej zdatnosti a hypokinézie celej populácie, ktorá v sebe nesie nebezpečné zhoršenia biologických vlastností a tým celkovej odolnosti spoločnosti. V súčasnosti vznikajú rôzne telovýchovné spolky a súťaže pre verejnosť, aby sa zvýšila motivácia k pohybu (Véle, 1997).

3.6.3 Reakcia organizmu na stres

Na vznik psychosomatickej poruchy má vplyv dlhodobé pôsobenie stresoru a následne aktivácia stresovej reakcie. „Stres je telesná a duševná reakcia organizmu na stresor.“ Intenzita a doba vnímania stresu závisí na individuálnom vnímaní vonkajšieho prostredia, je ovplyvnená vrodenými faktormi a hlavne výchovou a sociálnym zázemím jedinca. Veľmi dôležitý je pocit bezpečia v útlom veku. Dodáva v dospelosti istotu v sociálnych vzťahoch a ľahšie vyrovnávanie sa s neúspechom. Všetky potreby dieťaťa musia byť naplnené, aby umožnili hladký vývoj jeho osobnosti do dospelosti (Praško, 1994).

Existujú rôzne druhy stresorov, môžu byť vonkajšie, alebo vnútorné. Veľkú úlohu vo zvládaní stresových situácií zohráva sebahodnotenie. Nízke sebavedomie len zhoršuje naše vnímanie a reakciu na stres. V minulosti boli naši predkovia po stresovej reakcii vystavený

nadmernej fyzickej záťaži, kde si mohli vybiť prebytočnú energiu, napríklad pri love potravy, avšak v súčasnej dobe, pokiaľ sa nejedná o profesionálnych športovcov, objavuje sa u ľudí najčastejšie psychický stres a psychické vypätie. Organizmus reaguje na psychický a fyzický stres rovnako (Křivohlavý, 2002).

Křivohlavý (1994) udáva, že „stresová reakcia vyvolaná primárne somatickými faktormi býva ľahšie kompenzovaná ako reakcia vyvolaná psychickými faktormi“. Tam, kde dochádza k nahromadeniu nadbytočnej energie a nedochádza k ventilácii fyzickou aktivitou či športom, dochádza k zvýšenému riziku civilizačných a psychosomatických porúch (Křivohlavý, 1994).

Selye (1956) rozdelil stresovú reakciu na tri fázy. Prvá je poplachová fáza, ďalej adaptačná a následne fáza vyčerpania. V poplachovej fáze dochádza k uvoľneniu stresových hormónov, taktiež k imunitným a psychickým reakciám. Ak v tejto fáze vplyv stresoru doznie, nastane fáza regenerácie. Ak sa však reakcia opakuje, organizmus si na stresor zvyká a prispôbujú sa aj metabolické reakcie, ktoré ak vyčerpajú zásoby energie, môže nastať fáza vyčerpania (Selye, 1956).

Ľudia v strese majú všeobecne zvýšenú citlivosť na rôzne podnety, taktiež na svoj zdravotný stav a sú o to náchylnejší k ochoreniam a vnímaniu bolesti. Tieto príznaky stresu vnímajú ako chorobu, ktorá ich ohrozuje, to následne zvyšuje ich úzkosť a stres.

Toto sú možné fyziologické príznaky stresu:

- palpitácie- búšenie srdca a iné výkyvy v srdečnej činnosti,
- nechutenstvo a ťažkosti s tráviacim traktom,
- bolesť v rôznych formách a intenzitách, vnímanie bolesti,
- časté nutkanie k močeniu,
- triaška a trepanie rúk,
- vyrážky, ekzémy a iné kožné prejavy,
- stres môže ovplyvniť aj zrakové ústrojenstvo,
- tiky,
- sexuálne dysfunkcie a neplodnosť,
- zmeny v menštruačnom cykle,
- imunosupresia,
- zvýšené potenie,

- bolesti hlavy, v krku alebo v končatinách,
- migrény,
- zvýšenie svalového tonu,
- poruchy dychového stereotypu, kašeľ (Stackeová, 2011).

Vyššie uvedené somatické reakcie na stresovú záťaž sú prirodzené, fyziologické a u každého sa môžu prejaviť inak. Okrem toho na stres reagujeme na emocionálnej a behaviorálnej úrovni rôznymi spôsobmi (Stackeová, 2005).

Somatizáciu môžeme vnímať aj ako adaptáciu na chronický stres a zdanlivo neriešiteľné situácie. Niekedy sa popisuje únik do choroby, alebo fenomén popierania, kedy si človek nemusí uvedomiť určitý interpersonálny konflikt, nepripúšťa si ho, tak postupne nabera formu telesných príznakov (Honzák, 2017).

Je pravda, že človek so psychosomatickými ťažkosťami v súčasnej dobe nie je bezmocný. Existuje množstvo dostupných prostriedkov, ako sa stresu a jeho následkom vyhnúť. Zahŕňajú zdravý životný štýl, rôzne cvičenia určené pre psychohygienu- relaxácie, meditácie, cvičenia na uvedomenie si svojho tela, copingové stratégie či psychologické intervencie. Otázkou ale ostáva, či si je postihnutý svojho problému vedomý a do akej miery je ochotný ho riešiť. „Prítomnosť stresu v našom živote je skutočnosť, s ktorou sa musíme zmieriť. Neznamená to ale, že sa musíme zmieriť s jeho škodlivými následkami“ (Ksiazek, 2004).

4 Praktická časť

4.1 Možnosti diagnostiky psychosomatických porúch

V nasledujúcej kapitole stručne zhrniem signály, kedy fyzioterapeut môže rozmýšľať o pacientovi so psychosomatickými ťažkosťami.

O psychosomatických chorobách by sme mali uvažovať vždy vtedy, ak sú subjektívne ťažkosti pacienta horšie než objektívny nález, ak je prežívanie bolesti pacienta nezodpovedajúce klinickému nálezu a takisto v prípadoch, keď je rehabilitačná liečba neúčinná (Praško, 1994).

U psychosomatických pacientov môžeme často pozorovať zmenu postury, okrem vegetatívnych zmien dochádza k zvýšeniu tonu posturálneho svalstva, poruche koordinácii

pohybov. U jednotlivých funkčných či orgánových diagnóz dochádza k typickému držaniu tela, v prípade bolesti k flekčnému, antalgickému stoju. Pacienti so somatizovanou bolesťou chrbta udávajú projekciu tejto bolesti do ostatných častí tela (Stackeová , 2010).

K diagnostike porúch psychosomatického charakteru môžu byť v značnej miere nápomocné dotazníky bolesti. Vnímanie bolesti a životnú situáciu, hodnotí napríklad *Krátka forma dotazníku McGillovej univerzity (SF-MPQ) s vizuálnou analógovou škálou (VAS) a s mapou bolesti*, ktorá slúži k presnému zachyteniu vnímania pacientovej bolesti (Melzack, 1987). Časť A obsahuje 15 otázok hodnotiacich senzorickú a afektívnu zložku vnímanej bolesti. V časti B dotazníku sa nachádza vizuálna analógová škála (VAS) hodnotiaca intenzitu bolesti, v tvare úsečky dlhej 10cm, kedy ľavý koniec označený s číslom „0“, udáva najmenšiu možnú intenzitu bolesti a pravý koniec s číslom „10“ svedčí o najvyššej možnej vnímanej intenzite bolesti (Opavský, 2011). Existuje niekoľko metód hodnotenia bolesti pacientom, avšak všetky zaznamenávajú bolesť subjektívne. Ďalšou možnosťou na hodnotenie bolesti pacienta je *Oswertry Disability Index*, hodnotiaci obmedzenie bežných denných aktivít v dôsledku bolesti v dolnej časti chrbta. Strach a pozorovanie bolesti, ktorú pacient v danej dobe prežíva hodnotí *Dotazník strachu a pozorovania bolesti (FOPI)* (Knotek,2009).

V klinickej praxi sú možnosti hodnotenia bolesti obvykle obmedzené, hlavne z časového dôvodu. Vizuálna analógová škála sa v praxi zaraďuje medzi najčastejšie využívané neverbálne metódy hodnotenia bolesti. Niekedy sa odporúča využiť dve VAS, na jednej pacient znázorní svoje momentálne bolesti a na druhej obvyklú, priemernú intenzitu bolesti (Opavský, 2011).

4.2 Terapia

V terapii pacientov so psychosomatickou poruchou a bolesťou je najlepšie pristupovať v rámci multidisciplinárneho tímu, kde je potrebné poznať pacientovu históriu, jeho fyzický aj psychický stav, sociálnu situáciu a taktiež jeho súčasný stav a ciele. Nie vždy je možné odstrániť všetky symptómy diagnózy, avšak terapia má za cieľ čo možno najviac vrátiť pacienta do života a začleniť do spoločnosti. Na to je ale potrebná odhodlaná vôľa a spolupráca pacienta, zmena postoja a niekedy aj životného štýlu. V terapii treba prihliadať na všetky zložky bio-psycho-sociálneho modelu.

Európske odporúčania pre liečbu chronických nešpecifických bolestí chrbta z roku 2006 a novšie americké odporúčania (American College of Physicians) odporúčajú prvotne využiť konzervatívnu liečbu v podobe edukácie pacienta, cvičenia pod vedením

fyzioterapeuta, multidisciplinárne (bio-psycho-sociálna) liečby. Medzi ďalšie metódy patrí kognitívno - behaviorálna terapia, mäkké a mobilizačné techniky, manipulácie, prípadne školy zdravého chrbta, ďalej odporúčajú využívať aj akupunktúru, masáž, senzomotorické cvičenie, tai-či a jógu. Až pri neúspešnosti neinvazívnej liečby sa odporúča v liečbe použiť farmakoterapiu, v krajnom prípade chirurgickú liečbu (Airaksinen et al.2006; Qaseem, Wilt, McLean, & Forciea,2017).

4.3 Farmakoterapia

Psychofarmaka sú dobre využiteľné pri liečbe psychosomatických porúch. Pri správnej farmakoterapii môže byť účinok celkovej terapie väčší. Pre efektívnu liečbu je dôležité pokračovať v medikácii ešte aspoň rok po skončení úzkostí či depresie (Praško, Vyskočilová, 2012).

V liečbe bolestí psychosomatického charakteru môžu mať významný účinok anxiolytika, benzodiazepiny, antidepresíva, myorelaxancia či antikonvulzíva.

Účinok antidepresív má pomalý nástup, efekt sa objaví za 3-6 týždňov. Na začiatku medikácie treba počítať s miernym zhoršením stavu, možné sú aj nežiaduce účinky. Cieľom antidepresív je udržanie látkovej rovnováhy na neurónoch mozgu (Praško, 1994).

4.4 Psychoterapia

Cieľom psychoterapeuta je odstránenie chorobných príznakov, s ktorými pacient prichádza, či už spôsobom symptomatickým, alebo kauzálnym. Je to cieľ obnovenia pracovnej schopnosti, schopnosti prežitku, sociálneho začlenenia, kontaktu, nádeje, schopností radosť sa zo života. Psychoterapia je úspešná, ak vymiznú symptómy, ktoré tomu bránili. Druhá teória hovorí o hlavnom ciele ako reedukácia, resocializácia, reorganizácia, reštrukturalizácia, rozvoj či integrácia pacientovej osobnosti.

V súčasnej dobe existuje mnoho odvetví psychoterapie. Najstaršia je hlbinná psychoterapia a z nej sa odvíjajú ostatné, napríklad dynamická psychoterapia, rogerovská psychoterapia, behaviorálna psychoterapia, kognitívne behaviorálna psychoterapia, komunikačná psychoterapia, Gestalt terapia, existenciálna a humanistická psychoterapia, prípadne eklektické a integratívne prístupy (Kratochvíl, 2017).

4.4.1 Kognitívno- behaviorálna terapia

Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) patrí medzi najčastejšie využívané metódy psychoterapie. Zakladateľom kognitívno behaviorálnej terapie je Aaron Beck, ktorý na začiatku 60.rokov 20.storočia vyvinul štruktúrovanú, na prítomnosť orientovanú psychoterapiu určenú k liečbe depresí, zameranú na riešenie aktuálnych problémov a úpravu dysfunkčného myslenia a správania. S postupom času Beck aj ďalší autori túto terapiu upravili a špecifikovali pre množstvo konkrétnych porúch a problémov (Becková, 2018).

„Kognitívny model predpokladá, že dysfunkčné myslenie, ktoré ovplyvňuje pacientovu náladu a správanie, je spoločné u všetkých psychických porúch“ (Becková, 2018).

V súčasnosti dokazujú účinnosť KBT mnohé celosvetové štúdie a to pre široké spektrum psychických porúch, psychosomatických ochorení a zdravotných porúch, ktoré zahŕňujú psychickú zložku. Kognitívne behaviorálna terapia učí človeka hodnotiť svoje myslenie realistickejšim a prospešnejším spôsobom. Následne zažíva zlepšenie ako v emočnom stave, tak aj v konaní. Pre úpravu dlhotrvajúcejších presvedčení o sebe samom, o svete a o ľuďoch, pracujú terapeuti s hlbšími predstavami, ktoré si o sebe vytvára pacient v každodennom živote. Napríklad namiesto toho, aby si za každým malým neúspechom povedal, že „je neschopný“ a že „to nikdy nedokáže“ si po úspešnej terapii svoje myšlienky uvedomí a povie si, že „v tejto oblasti mám ešte rezervy“, alebo „toto mi moc nejde“. Snaží sa zameriavať pozornosť človeka na pozitívne stránky a vlastnosti osobnosti. KBT si zakladá na neustále sa vyvíjajúcej formulácii pacientových problémov, kladie dôraz na aktívnu spoluprácu pacienta pri terapii. Zameriava sa na problémy a sústreďuje sa na ciele, prikladá určitý dôraz na prítomnosť, je edukatívna a jej cieľom je naučiť pacienta, aby sa postupom času stal sám sebe terapeutom, používa rôzne techniky na ovládanie svojho myslenia, nálady a správania (Becková, 2018).

4.5 Multimodálna terapia

V ideálnom prípade sa pacient so psychosomatickou poruchou dostane do starostlivosti viac odborového tímu, ktorý mu spoločne nastaví terapiu na mieru. V súčasnej dobe sa za úspešný, avšak zatiaľ málo rozšírený koncept, považuje multimodálna terapia. Terapeutický tím tvoria lekári, psychológovia, psychoterapeuti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, eventuálne muzikoterapeuti či arteterapeuti, sociálni pracovníci a pedagógovia. Je to terapia náročná na organizáciu, najlepšie prebieha v denných stacionároch alebo na lôžkových

oddeleniach. „Multimodálna terapia predstavuje integratívnu aplikáciu edukačných, kognitívnych, reflexných, psychodynamických a pohybových intervencií zastrešených spoločným konceptom pod dohľadom lekára“ (Gerd & Henningsen, 2018).

4.6 Fyzioterapia

„Fyzioterapeut je úspešný vtedy, ak je zároveň dobrým psychoterapeutom a používa pohybovú terapiu ako zbraň pri psychoterapii“ (Véle, 2006).

Z fyzioterapeutických metód môžeme využívať najmä relaxácie a techniky, ktoré prepojujú telo a myseľ, zároveň učia pacienta uvedomovať si jednotu organizmu. Ľudský dotyk, masáže, mäkké techniky a stretching majú dokázaný pozitívny vplyv na psychiku jedinca. „Za psychosomatické ochorenie je v prvej etape zodpovedný osud, avšak tým, že postupne dospievame a uvedomujeme si súvislosti, preberáme zodpovednosť za náš ďalší vývoj, sme schopní sa nad sebou, nad svojou situáciou zamýšľať, slobodne sa rozhodovať a v krízových situáciách hľadať ľudskú či odbornú pomoc“ (Praško, 1994).

Hlavný cieľ fyzioterapie je odstránenie bolesti, svalového napätia pomocou relaxácie, následné uvedomenie si svojho tela a pohybov, nácvik kontrolovaného dýchania a copingu v stresových situáciách pomocou respiračnej fyzioterapie (Praško, 1994).

Z metód ma najviac zaujalo cvičenie podľa Feldenkraisa, pretože sa mi vidí ako účinná a páči sa mi filozofia tohto cvičenia a myslenia. Medzi najčastejšie využívané relaxačné metódy patrí najmä Schultzov autogénny tréning, ktorý však nie je vhodný u všetkých pacientov a Jacobsonova progresívna relaxácia, ktorá má široké využitie.

Fyzioterapia hrá v liečbe psychosomatických bolestí chrbta dôležitú rolu. V terapii psychických porúch využívame z rehabilitačných postupov najčastejšie relaxačné techniky, respiračnú fyzioterapiu, individuálne cvičenia, masáže, mäkké techniky, mobilizácie a manipulácie chrbtice a kĺbov, aplikáciu elektroliečby a vodoliečby. Tieto metódy zmierňujú napätie kostrového svalstva a tým zároveň vplyvajú na psychiku a prežívanie pacienta. Odporúča sa poznať batériu cvikov, prípadne relaxačné techniky, ktoré môžeme v rámci rehabilitácie svojim pacientom ponúknuť (Praško, 1994).

4.6.1 Schultzov autogénny tréning

Patrí medzi najrozšírenejšie autoregulačné metódy v Európe. Založil ju Johhan Heinrich Schultz, berlínsky neurológ a psychiater, medzi dvoma svetovými vojnami, prvá

publikácia vyšla v roku 1932 ako Autogénny tréning- koncentratívne sebauvoľnenie. Pri vytváraní použil sugestívne prvky z hypnóz, inšpiroval sa hatha jogou, progresívnou svalovou relaxáciou a racionálnou psychológiou (Stackeová, 2011).

AT je autoregulačná technika zameraná na ovplyvnenie svalov a vegetatívneho nervového systému, ktorá pri pravidelnom precvičovaní prispieva k obnove síl a k odstráneniu príznakov napätia a stresu (Víchová, 2016).

Metóda je založená na autosugestívnom ovplyvňovaní niektorých telesných funkcií a symptómov, smeruje k stavu blahodarného klľudu, podobného spánku, využíva koncentráciu a relaxáciu. Pomocou nacvičeného sledu predstáv vyvoláme podobné pocity ako pri hypnóze. Môže podobne ako iné autoregulačné techniky slúžiť k posilneniu zdravia, zvýšeniu telesnej aj duševnej výkonnosti, tvorivých schopností, zlepšenie pamäti, odstraňovaniu duševnej nepohody a ovplyvňovaniu autonómnych funkcií (Machač & Macháčova, 1991).

AT obsahuje tri úrovne. Nižší, prostredný a vyšší stupeň. Nižší stupeň obsahuje najčastejšie používané štandardné cvičenia, vyššie stupne sú zložitejšie a slúžia k vyvolaniu rôznych predstáv formou riadenej imaginácie (Stackeová, 2011).

Základný stupeň má podľa Schultza šesť štádií, pri ktorých sa pozornosť cvičiaceho zameriava na tieto pocity: pocit tiaže, teplo v končatinách a v tele, tep srdca, frekvencia dýchania, pocit prehrievania brucha v oblasti plexus solaris a chladné čelo. Aj keď reálne dané slová nepraktizujeme, už len sugestívna myšlienka na ne, v človeku vyvolá vegetatívne procesy, pôsobí taktiež na uvoľnenie svalov. Obecnne v organizme môže vyvolať spomalenie a pravidelnosť dýchania, redukciu spotreby kyslíka, pokles srdečnej frekvencie, úbytok napätia kostrového svalstva, zmeny alfa vln v mozgu sprevádzané pocitom uvoľnenia a zvýšenou schopnosťou koncentrácie, periférne zmeny telesnej teploty (Víchová, 2016).

Niektorí autori radia AT pod autohypnotické metódy, častejšie však patrí medzi relaxačné. Z AT sa postupom času vyvinul samostatný psychoterapeutický prístup nazývaný autogenná terapia (Víchová, 2016).

4.6.2 Jacobsonova progresívna relaxácia

Ako terapeutický nástroj rozvinul Edmund Jacobson, klinický psychológ, v roku 1929 systém nazvaný progresívna relaxácia (Víchová, 2016).

Pod pojmom relaxácia v akomkoľvek svale rozumieme úplnú absenciu všetkých kontrakcií. Počas výskumu na Chicagskej Univerzite prišiel Jacobson na fakt, že pri meraní svalového napätia elektromyografom, stačí u relaxovaného človeka myšlienka na pohyb určitej končatiny, aby sa zmeny v nej prejavili na elektromyografe. Metóda progresívnej relaxácie je založená na postupnom uvoľňovaní kostrového svalstva prostredníctvom rozvoja schopností uvedomovať si a rozlišovať jemné rozdiely v napätí svalov. Ak chce človek uvoľniť myseľ, musí najprv vedieť relaxovať kostrové svalstvo (Machač & Macháčova, 1991).

Nácvik Jacobsonovej progresívnej svalovej relaxácie je založený na uvedomovaní si rozdielu medzi napätím a relaxáciou. V polohe v ľahu, so zatvorenými očami, postupne napíname a uvoľňujeme jednotlivé končatiny. Po každom napätí sa snažíme precítiť a vnímať uvoľnenie. Týmto spôsobom sa uvoľní celé telo. V ďalšej fáze cvičenia sa snažíme využívať schopnosť relaxácie v každodenných činnostiach. V konečnej etape cvičenia si má byť človek schopný uvedomovať napätie jednotlivých svalov vo svojom tele počas dňa, toto napätie redukovať, v lepšom prípade mu aj predchádzať (Machač & Macháčova, 1991).

4.6.3 Alexandrova technika

Austrálsky herec a recitátor Frederick Mathias Alexander vyvinul na základe vlastného pozorovania koncept, ktorý sa zakladá na vzájomnom vzťahu medzi postavením hlavy oproti trupu a funkčných schopností vnútorných orgánov ako dýchanie, zažívanie, prekrvenie a pohyb. Ako hercovi sa mu stávalo, že v priebehu predstavenia ztrácal hlas. Lekári mu nevedeli pomôcť, tak sa sám pozoroval pred zrkadlom a zistil, že jeho postúra v prítomnosti strachu poklesla, zatiahol hlavu dozadu a dolu k ramenám. Začal na svojej postúre pracovať, zmenil ju a postupne sa mu podarilo hlasových problémov, dychové ťažkosti aj svalovej atrofie zbaviť. Vymyslel série cvičení na úpravu postury, nové spôsoby držania hlavy, krku a chrbtice. Po čase skončil s herectvom a začal učiť ľudí svoju metódu. Bol jeden z prvých ľudí, čo poukázal na prepojenie tela a mysli (Pochylová, 2016).

Základné ciele Alexandrovej techniky zahrňujú optimálne schopnosti a správne držanie tela, ekonomický a koordinovaný pohyb, správne a harmonické dýchanie, správne orgánové fungovanie, ľahkosť pri vykonávaní umenia a vnútorná vyrovnanosť. Klient sa naučí vnímať svoje telo, dýchanie a držanie tela. Alexandrova metóda sa využíva v liečbe funkčných porúch pohybového aparátu, chronických bolestí, ktorých častou príčinou bývajú

práve psychosomatické choroby. Metóda je aplikovaná na individuálneho pacienta a terapia obvykle trvá 45minút (Pavlů, 2003).

4.6.4 Feldenkraisova metóda

„Pohyb je život. Život je proces. Zlepšime kvalitu procesu alepší sa kvalita života“ (Feldenkrais, 1996).

Feldenkrais(1996) tvrdí, že jednáme v súlade s obrazom, ktorý si sami o sebe vytvoríme. Jem, chodím, pozorujem, milujem tak, ako sám seba vnímam. Tento obraz Ja, ktorý si postupne od narodenia každý človek vytvára, je čiastočne zdedený, z časti nám bol daný výchovou a z tretiny ho vytvárame sami seba výchovou (Feldenkrais, 1996). Obraz nášho Ja, ktorý si o sebe vytvárame, vzniká z nášho jednaní a reakcií v bežných skúsenostiach každodenného života. Ľudia z odlišných prostredí myslia a reagujú odlišne, je to následok odlišnej výchovy. Výchova silne ovplyvňuje aj našu seba výchovu, tá je základ nášho tréningového procesu. S rozvojom organizmu prirodzene rastie u človeka aj podiel seba výchovy (Feldenkrais, 1996).

Z troch faktorov, ktoré sa podieľajú na tvorbe nášho Ja, je práve seba výchova to, čo máme pod kontrolou. Svoje fyzické možnosti sme zdedili a výchova je nám svojím spôsobom vnútená, utvára nás ako členov ľudskej spoločnosti, aby sme boli čo možno najkonformnejší (Feldenkrais, 1996).

Spoločnosť nám predpisuje normy vo všetkom, v správaní, obliekaní, konaní aj vyjadrovaní, to nevedome vplýva na našu seba výchovu a následkom tohto faktu sa snažíme byť všetci rovnakí, oceňovaní a vážení v spoločnosti, ktorá sa z nás snaží vychovať spokojné, výkonné, vzdelané, šťastné a tvorivé indivíduá. Naša seba výchova, ktorá je pri formovaní individuality tvorivou silou, je usmerňovaná tak, aby naše chovanie prispôbovala správaní ostatných členov spoločnosti. Utlačuje potreby jednotlivca pre prosperitu spoločnosti ako celku. Človek následkom toho neraz potlačuje svoje potreby a danosti, vytvára si masku, s ktorou sa postupom času na povrchu stotožní, avšak vnútri nie (Feldenkrais, 1996).

Filozofia Moshe Feldenkraisa hovorí, že aj pohyby, ktoré konáme, máme naučené a ak začneme počúvať naše telo, uvedomíme si svoj pohyb a osobnosť, ktorá sa skrýva pod maskou, máme možnosť sa seba výchovou naučiť stereotypom, ktoré sú nám vlastné, ale boli

dlho potlačované a týmto spôsobom zmeniť aj naše správanie a uvažovanie o sebe (Feldenkrais, 1996).

Zakladateľ tejto metódy, fyzik, Moshe Feldenkrais sa narodil v Rusku, žil a pôsobil v Izraeli. Jeho vlastné dlhodobé ťažkosti s kolenom ho prinútili zaoberať sa analýzou a reedukáciou pohybu ľudského tela. Do svojej metódy premietol svoje znalosti z juda a jiu-jitsu, ktoré dlhé roky praktizoval a zapojil poznatky z pozorovania malých detí. Deti si vyberajú v motorickom vývoji najľahšiu cestu, ktorá ich baví, sú zvedavé, majú radosť z pohybu a pohybujú sa ideálnym spôsobom. Časom však spoločenské pravidlá človeka donútia sa ovládať, potlačovať v sebe spontánne pohyby, túžby aj emócie. Podľa Feldenkraisa by sme sa nemali vyhýbať bolestivým podnetom, uvedomiť si bolesť a pohyb a naučiť sa hýbať bezbolestne. „Nezáleží na tom, čo robíme, ale ako to robíme“ (Feldenkrais, 1996).

Jeho metóda sa rozšírila a do dnes sa aplikuje a vyučuje po celom svete.

Feldenkrais rozdeľuje vedomie na tri časti: spánok, bdely stav a bdelé vedomie (uvedomenie). Pre bezpečné a rýchle fungovanie je potrebná spolupráca všetkých zložiek ľudského jednania: uvedomenie, myslenie, cit, zmyslové vnímanie a pohyb. Zastáva názor, že by sme mali pracovať s minimálnym úsilím, aby sme boli schopní vnímať malé zmeny. Podstatou metódy je uvedomelé vnímanie a ovládanie pohybov a polôh jednotlivých častí tela, ktoré sa dosiahne procesom hravého učenia. Hlavný cieľ je rozšírenie pohybového potenciálu, čo môže pozitívne ovplyvniť psychickú aj fyzickú stránku človeka. Podľa Feldenkraisa, človek sa môže prostredníctvom sebapoznávania pohybom, prehlbovania vnútorného cítenia a porozumenia somatickým príčinám vlastných pocitov a emócií, naučiť šetrnejšie zachádzať so životnou energiou a svoj potenciál využívať naplno.

V oblasti medicíny nachádza uplatnenie ako v prevencii, tak aj v rehabilitácii a to najčastejšie pri psychosomatických ochoreniach, poruchách držania tela, diskogénnych léziách, bolestivých stavoch pohybového systému, operáciách, úrazoch a niektorých neurologických diagnózach (Pavlů, 2003).

Feldenkraisova metóda sa prevádza dvoma postupmi: „Funkčná integrácia“ a „Uvedomenie seba pohybom“ (Feldenkrais, 1996).

Pohybom k sebauveomeniu- Awareness Through Movement

Je skupinový spôsob výučby Feldenkraisovej metódy, kde sa pacienti učia vnímať jednoduché pohyby a napätie svojich svalov pri vykonávaní jednoduchých polôh pohybov, najčastejšie v ľahu na chrbte.

Funkčná integrácia- Functional Integration

Je to individuálna manipulačná technika, ktorá je založená na rovnakom princípe, ako forma skupinová, avšak pohyby pacienta vykonáva terapeut a pacient ich väčšinu času pasívne vníma. Klient by sa mal s pomocou terapeuta naučiť reorganizovať svoje telo účinnším spôsobom bez ohľadu na prípadné pohybové obmedzenia (Feldenkrais, 1996).

Funkčná integrácia je teda vhodná pre rôzne typy klinických porúch (hemiplegia, mozgové obrny, tenzie, algické syndrómy, dychové ťažkosti), ale aj pre zdravých ľudí, ktorí sa chcú zdokonaľiť v pohybovej oblasti, zlepšiť rovnováhu a motorické schopnosti. Preto je Feldenkraisova metóda využívaná aj športovcami, tanečníkmi, hudobníkmi či hercami. Seniorom dokáže metóda pomôcť pri motorickom obmedzení, no zároveň má široké uplatnenie pri riešení psychosomatických porúch (Feldenkrais, 1996).

4.6.5 Jóga v rehabilitácii

Jóga ponúka holistický systém pre získanie rovnováhy a zdravia. Jóga čiastočne vychádza z ayurvedy, starovekej vedy smerujúcej k objaveniu pravého zmyslu života a liečeniu chorôb. Patrí medzi najstaršie cvičenia ľudstva. Hovorí sa, že začiatky jógy siahajú 5000 rokov dozadu, rozvíjala sa najmä v Ázii, jej korene siahajú do Indie, vyvíjala sa spolu s indickou filozofiou, ktorá okrem iného hovorí aj o harmónii tela a mysle. V súčasnosti existuje veľa druhov jógy, napríklad power joga, joga pre zdravý chrbát, kalenetickej joga atd., avšak iba niektoré školy jógy učia svojich žiakov aj indickej a joginskej filozofii. Je to totiž spojené v istej miere s náboženstvom, a s konaním dobra (Sengupta, 2012).

Klasická joga sa rozdelila na niekoľko vetiev, z nej u nás najznámejšia je Hatha yoga, ktorá obsahuje okrem cvičení jógových pozícií (ásán) taktiež dychové (pránájama) a očistné techniky (krije). Veľa výskumov dokazuje blahodarné účinky na celý organizmus, aj na psychiku (Sengupta, 2012).

Pravidelné praktikovanie jógy stimuluje autonómny a endokrinný systém, zvýšeným tlakom na brušnú dutinu. Jógové asány zlepšujú výkonnosť respiračného a kardiovaskulárneho systému, vitálnu kapacitu pľúc a respiračné svalstvo. Takisto normalizuje tlak krvi, zlepšuje imunitu a skľudňuje srdečný tep. Je to skvelé cvičenie na

prevenciu, ale aj liečenie rôznych chorôb. Jóga významne pôsobí na redukcii únavy a stresu. Jóga stimuluje pravú hemisféru a privádza nás do hladiny alfa. Pacienti praktikujujúci jógu ukazujú výrazné zlepšenie postury, senzomotoriky a koordinácie.

Z pohľadu fyzioterapeuta jógu môžeme využívať ako vhodnú metódu na zlepšenie držania tela, uvedomenia pohybu, zlepšenie kardio-pulmonálnych funkcií, dychového stereotypu (Posadzki, 2009).

„Pod pojmom jógova terapia si môžeme predstaviť špecifický súbor asán, dychových a očistných techník zameraný na určitý typ ťažkostí a prispôsobovaný individuálne danému pacientovi“ (Kubát, 2014).

Snahy o začlenenie jógy do liečby funkčných porúch a liečebnej rehabilitácie siahajú sto rokov dozadu do Indie, kde vznikali prvé výskumné centrá a školy jógy s cieľom vyvinutia jednotlivých jóginských techník pre všetkých ľudí a taktiež s cieľom previesť jazyk jógy do vedeckej terminológie.

V súčasnosti je vo svete publikovaných mnoho odborných štúdií popisujúcich prospešnosť jógy v liečbe úzkostí, epilepsie, roztrúsenej sklerózy, chronických bolestí či stavov po cievnej mozgovej príhode, avšak tak ako v psychosomatike, aj jógova terapia stretáva podobný problém so zaradením do „evidence based medicine“, z dôvodu individualizmu človeka v prežívaní choroby (Kubát, 2014).

Tak ako psychosomatika pracuje s bio-psycho-sociálnym prežívaním, aj jóga a jógova terapia prepojuje telo a myseľ, učí človeka vnímať svoje telo, ako dýchanie, emócie a myslenie vplývajú na telesné procesy. V niektorých psychoterapeutických smeroch sa jóga javí ako vhodný doplnok liečby „funkčných“ psychosomatických porúch, ako sú bolesti chrbta, pohybového aparátu, astma, diabetes mellitus alebo hypertenzia (Kubát, 2014).

Na základe určitých výskumov o zdravotných účinkoch jógy bol vypracovaný model bio-psycho-sociálnych účinkov jógy. Podľa tohto modelu má jóga pozitívny vplyv na fyzické, muskuloskeletálne, kardiopulmonálne systémy, ako aj endokrinný a autonómny nervový systém. Do psychických účinkov zahŕňa zlepšenie nálady, spánku, zmiernenie bolestí a stresov. Medzi sociálne efekty jógy zaraďuje zlepšenie copingu, uvedomenie, všímavosť, porozumenie a empatia. Všetky tieto oblasti sú navzájom prepojené (Evans, Tsao, Sternlieb, & Zeltzer, 2009).

4.6.6 Účinky dotyku na človeka

Hmat je dôležitá zložka vnímania okolitého sveta. Intenzita kožného vnímania je závislá na viacerých faktoroch, môže nám vypovedať o napätí mäkkých tkaní, svalov, šliach aj fascií, alebo o momentálnom stave daného tkaniva. Pri vyšetrení fyzioterapeut sleduje okrem iného aj kožné vnímanie, reakcie pacienta na dotyk sú individuálne na rôznych častiach tela. Nadmerné, asymetrické alebo nedostatočné kožné vnímanie sa dá ovplyvniť, človek si na určité stimuly v priebehu života zvyká. Terapeut vníma reakciu pacienta a jeho tkanív na dotyk, vzniká spätná väzba medzi terapeutom a pacientom a mení sa tonus, reakcie a adaptácia pohybovej sústavy (Hermachová H., 2011).

Ľudský dotyk je prirodzená potreba človeka. Evokuje v nás nárast oxytocínu. Existujú štúdie, ktoré dokazujú dôležitosť ľudského dotyku od narodenia až po smrť. Ľudia, ktorí majú v živote dostatočné množstvo fyzického kontaktu, vnímajú život pozitívnejšie a viac prosperujú. Dieťa sa po narodení nebude dostatočne vyvíjať bez fyzického kontaktu (Colonnello, 2015).

Potreba dotyku v dospelosti často súvisí s dávkami dotykov v detstve. Už od narodenia má dotyk upokojujúcu funkciu, hľadanie kože môže znižovať spasticitu. Pri ovplyvňovaní taktilného vnímania ovplyvňujeme zároveň aj napätie kože, podkožia a svaly. Adekvátne taktilné vnímanie sprevádza adekvátny, koordinovaný pohyb. Môžeme tak predchádzať svalovým dysbalanciami a problémom plynúcich z nich (Hermachová, 2011).

Pozitívne pôsobenie dotyku sa využíva aj vo fyzioterapii. Lekári sa pacienta obvykle veľmi nedotýkajú, z rôznych príčin, či už sa boja z dôvodu obvinenia zo sexuálneho obťažovania, alebo kvôli krátkosti času. Práve fyzioterapeut je ten, ktorý na pacienta siaha manuálne a ovplyvňuje tak jeho vnímanie a prežívanie. Masáže, manuálne, mäkké a mobilizačné techniky, ako aj dotyk pri individuálnom cvičení má v terapii veľkú rolu (Chvála, 2007).

4.6.7 Klasická masáž

Cieľom masáže je priaznivé ovplyvňovanie miestnych a celkových stavov, ťažkostí a zmien vyvolaných chorobou, zranením či námahou. Je to predovšetkým výkon liečebný, má svoje indikácie aj kontraindikácie. Prispieva k podpore fyziologických pochodov v organizme, k posilneniu zdravia a zvyšovanie celkovej odolnosti. Má svoj vplyv aj na psychiku a zohráva úlohu v liečbe psychosomatických a chronických bolestí (Žaloudek, 1965). Mnohé štúdie potvrdzujú pozitívne účinky masáže na ľudský organizmus, je vhodné

ich indikovať ako doplnkovú procedúru, alebo ako prípravu na ostatné časti terapie. Pravidelné masáže už po dvoch mesiacoch dokazujú signifikantné zmiernenie bolesti dolnej časti chrbta. Záleží aj na druhu použitého oleja, druhu masáže a množstve ďalších intervencií, ktoré pacient praktikoval (Uhlíř P., 2017).

5 Kazuistiky

5.1 Kazuistika 1

Pacientka: S.J.

Pohlavie: žena

Vek: 38

Váha: 125kg

Výška: 168cm

Diagnóza: Vertebro-algický syndróm (VAS) L/S ,chronické lumbago, začínajúca koxartróza na oboch bedrových kĺboch, post traumatická stresová porucha

5.1.1 Anamnéza

Osobná anamnéza: pacientka má od detstva problémy s trávením, v piatich rokoch operácia slepeho čreva, bronchiálna astma, kompenzovaná arteriálna hypertenzia

Pracovná anamnéza: profi mama, zamestnaná v detskom domove

Sociálna anamnéza: slobodná, žije so svojím adoptívnym synom

Rodinná anamnéza: V rodine nemali vážne choroby, artrózy kĺbov u rodičov a tety.

Športová anamnéza: V minulosti rada chodila na turistiku, dnes prejde pár krokov denne, aj tie jej spôsobujú bolesti.

Alergie: neudáva

Súčasnú ochorenie: Od roku 2016 má pacientka silné bolesti chrbta v celej ploche, hlavne v oblasti para-vertebrálneho svalstva na ľavej strane, ktoré sa šíria do ľavého bedra a ľavej dolnej končatiny, po zadnej strane až na členok, bolesti sú prítomné na oboch dolných končatinách, výrazne aj na päťach. Udáva aj silné bolesti krčnej chrbtice.

5.1.2 Vyšetrenie:

Aspekcia

Vyšetrenie zozadu: ramená v protrakčnom postavení, postavenie ramien symetrické, bilaterálne zvýšené napätie svalových vlákien m.trapezius, lopatky asymetrické – dolný uhol ľavej lopatky nižšie, bilaterálne výrazné paravertebrálne valy v hrudnej aj bedrovej chrbtici, pánev v ronine, prítomný väčší thorakobrachiálny trojuholník na pravej strane, kolená v miernej valgózite, infragluéálne ryhy symetrické, podkolenné jamky v rovine.

Vyšetrenie z boku: predsunuté držanie hlavy, ramená v protrakcii, v hrudnej časti chrbtice hyper-kyfóza, zvýraznená bedrová lordóza, pánva v anteverzii

Vyšetrenie spredu: ramená v rovine, prítomný väčší thorakobrachiálny trojuholník na pravej strane, kolená v miernej valgizite.

Funkčné testy chrbtice

Preukázali skrútené svaly na chrbtici a zníženie pohyblivosti do flexie aj extenzie.

Skúška lateroflexie trupu: na ľavej strane dosiahne prstami 21cm nad koleno, na pravej strane 20cm nad koleno.

Lenochova skúška: chýbajú 2cm k dotyku brady s hrud'ou

Skúška podľa Thomayera: predklon po kolená, prsty 24cm nad zemou

Skúška podľa Čepoja: rozvíjanie chrbtice do flexie o 2cm.

Skúška podľa Schobera: predĺženie pri flexii o 2cm

Ottov index sagitálnej pohyblivosti hrudnej chrbtice: 5cm,

Skúška podľa Stibora: predĺženie o 6cm,

Forestier: pacientka sa nedotkne zátylím steny .

Rotácia trupu aj hlavy obmedzená na obe strany. Funkčné testy chrbtice nám poukazujú na obmedzenú pohyblivosť vo všetkých častiach chrbtice.

Vyšetrenie aktívnych a pasívnych pohybov

Goniometria: Pri vyšetrení rozsahu pohybu v kĺboch, neboli nájdené výrazné obmedzenia. Pri aktívnom pohybe krčnej a hrudnej chrbtice do rotácie boli zaznamenané odchýlky od normy a rozsah bol znížený o 10°.

Svalová sila: Na vyšetrenie svalovej sily som zvolila svalový test podľa Jandy. Svaly v oblasti lopatky a chrbtové svaly odpovedali stupňu číslo 5, brušné svaly odpovedali stupňu 4 a značili oslabenie.

Vyšetrenie skrútených svalových skupín: Vyšetrením skrútených svalov m.trapezius a m.sternocleidomastoideus bolo zistené skrútenie obojstranne na hodnotu číslo 1. Pacientka mala takisto skrútené pectorálne svaly, mm.quadratus lumborum a hamstringová skupina svalov odpovedali hodnote číslo 1.

Pohybové stereotypy: RAK: skúška kliku- pri kliku o stenu sa zvýraznili odstávajúce lopatky z dôvodu oslabeného medzilopatkového svalstva, KYK- stereotyp abdukcie aj extenzie narušený, výrazne sa v oboch skúškach zapájajú para-vertebrálne svaly chrbtice a mm.quadrati lumborum.

Skúška hypermobility: Hypermobilita bola nepotvrdená testami podľa Jandy, prítomná skôr hypomobilita v oblasti chrbtice

Palpácia

Pacientka udávala pri palpačnom vyšetrení silné bolesti aj pri malom tlaku, v oblasti celého chrbta. Boli zistené prítomné trigger pointy v horných vláknach m.trapezius bilaterálne, obojstranne bol prítomný hypertonus. Ďalšie trigger pointy boli prítomné v bedrovej časti chrbtice, v oblasti mm. quadrati lumborum a v para-vertebrálnych valoch hrudnej chrbtice.

Neurologické vyšetrenie

Reflexy výbavné, symetrické. Citlivosť nepoškodená, napínacie manévry, Bragardova a Mennelova skúška neprovokujú výraznú bolesť, avšak cez skrátené svaly na zadnej strane stehna sme sa nedostali pri Laseguovej skúške cez 100° z dôvodu ťahu a bolesti na oboch stranách. Paretické a spacitcké javy bez klinického nálezu, mozočkové funkcie v norme. Nervovosvalová dráždivosť zvýšená, pozitívny Chvostkov príznak. Kompresný test na foramina intervertebralia, Spurlingov test bol taktiež negatívny.

Vyšetrenie stoja: Rombergov test udrží, prítomné Trendelburgove znamenie bilaterálne-pokles pánve pri stojí na jednej nohe.

Chôdza je asymetrická, kývavá zo strany na stranu a bez súhybu horných končatín.

Aktivity denného života pacientke nerobia veľký problém, ale spôsobujú jej bolesti.

Objektívny nález: RTG- Chrbtica bez známky traumatických zmien, inter-vertebrálne priestory bez výrazného zúženia. MR: V priestore L5/ S1 pozorovať bulging disku do 5mm, pozorovať dotyk na koreň L5/S1 ktorý nie je komprimovaný, durálny vak nie je komprimovaný, obe neuroforamina sú voľné.

Funkčné vyšetrenie: Pacientka v súčasnosti neprejde pešo viac než kilometer, z dôvodu bolesti. Môže to byť spôsobené tým, že je obézna a nadmerne zaťažuje kĺby, ale aj tým, že má psychické problémy a traumy, môže byť jej vnímanie bolesti zosilnené.

5.1.3 Časová os pacientky:

Pacientka pochádza z kopaníc na Myjave, severozápadnej časti Slovenska. Od malička žila vo viac generačnom dome a tvrdo pracovala už od ôsmich rokov. Jej matka si jej otca

vzala z príkazu. Bola vychovávaná v móde nest'ážovať si, nenariekať, trpieť a tvrdo pracovať. Od malička bola vychovávaná ako gazdiná, ale nútili ju robiť aj ťažké mužské práce, keďže bola v dome najstaršia z detí. Bratov nemala, žila tam so sestrou a dvomi sesternicami. Dokonca ju zapriahli do pluhu ako koňa a orala pole. V piatich rokoch jej prasklo slepé črevo, v nemocnici jej nevedeli napichnúť žilu, z toho má očividný traumatický zážitok, ktorý si vraj živo pamätá. Od šiestich rokov začala mať problémy s trávením a následne aj s prijímaním potravy. Nedávali jej dosť jesť, nedovolili jej si na chvíľu oddýchnuť, pretože bola obézna. Veľa fyzicky ťažko pracovala. Bývala veľmi hladná, zvykla kraďnúť jedlo už ako malá. Jej rodina bola v domnienke, že začína byť obézna z nečinnosti a nadmerného príjmu potravy, a tak jej nedovolili ani chvíľu oddychu. V 18 rokoch sa rozhodla odísť z domu a išla študovať teológiu do Bratislavy. Bolo to pred 20 rokmi, od vtedy žije v Bratislave. Po nociach mávala brigády, aby prežila, taktiež kradla jedlo. Mala bulímiu. Prvé roky dostala od školy sociálne štipendiá, následne už nie. V 22 rokoch sa začalo jej seba poškodzovanie, prišla do veľmi zlých štádií, v 23. rokoch to začala riešiť a vyhľadala odbornú pomoc. Najprv navštevovala psychologičku, následne bola hospitalizovaná na psychiatrickej klinike v Pezinku. Potom nastúpila naspäť do školy a ukončila štúdium, avšak keďže už mala nálepku psychopatky a záznam, že bola hospitalizovaná na psychiatrii, nezamestnali ju ako farárku na onkológii, čo bol jej sen. Ostala teda nezamestnaná teologička. Hľadala si prácu, našla ju v detskom domove, kde práve hľadali profi rodičov. Spravila si PRYDE kurz a stala sa profesionálnou mamou. Jej prvé dieťa bol 21mesačný Lacko, ktorého má v pestúnskej starostlivosti až do dnes. V jej starostlivosti sa prestriedalo spolu 11 detí, s rôznymi diagnózami, veľa z nich bolo rómskeho pôvodu. Pacientka udáva, že už 15 rokov trpí chronickými bolesťami, ktoré sa postupne zhoršujú. Pacientka udáva poruchy spánku, úzkostné stavy, poruchy príjmu potravy. Lieči sa u psychiatricky. Navštevovala rehabilitácie aj elektroliečbu v Bratislave, nič jej nepomohlo a nie je edukovaná, aké cviky môže cvičiť, ako si pomôcť v zhodení váhy a ako sa ergonomicky hýbať. Trénera ani súkromného fyzioterapeuta si nemôže kvôli zlej finančnej situácii dovoliť.

5.1.4 Dotazníky:

Na hodnotenie pacientkinej bolesti boli použité dotazníky: Krátka forma dotazníku McGillovej univerzity (SF-MPQ) s vizuálnou analógovou škálou (VAS) a s mapou bolesti. Na VAS vyhodnotila pacientka bolesť číslom 7 z 10, pri deskriptoroch bolesti v SF-MPQ-2 opisovala pacientka svoju bolesť všetkými deskriptormi v hodnotách 6-8 a v mape bolesti zakreslila bolesť na chrbte, v dolných končatinách, hlave aj krku.

5.1.5 Návrh terapie

Krátkodobý rehabilitačný plán: Uvoľniť skrátene PVS- paravertebrálne svalstvo, odstrániť reflexné zmeny vo svaloch. Udržať rozsah pohybov v kĺboch, posilniť horné aj dolné končatiny, trup, hlboký stabilizačný systém. Aktívne aj pasívne naťahovať jednotlivé skrátene svaly, zväčšiť rozsahy pohybu, usilovať o zníženie bolesti.

Dlhodobý rehabilitačný plán: Edukovať pacientku, ako sa ergonomicky hýbať, naučiť ju základné cviky na spevnenie. Zredukovať svalové dysbalancie. Zlepšiť svalovú silu brušných svalov a zvýšiť celkovú kondíciu. Zlepšiť vnímanie tela, propiocepciu.

Použité rehabilitačné postupy: Dychová gymnastika, izometrické cviky na spevnenie trupu, nácvik správneho sedu, vstávania, chôdze, propiocepcia, stretching skrátene chrbtových svalov a skrátene svalov na dolných končatinách, mäkké techniky, PIR-post izometrická relaxácia, cvičenie na neurofyziologickom podklade, dychová gymnastika, Feldenkraisove cvičenie, Schultzov autogénny tréning, Jacobsonova progresívna relaxácia, masáže, prvky jógy.

5.2 Kazuistika 2 :

Pacient: P.S.

Pohlavie: muž

Vek: 54

Váha: 90kg

Výška: 186cm

Diagnóza: VAS L/S chronická lumbalgia s extrúziou disku 3mm vpravo

5.2.1 Anamnéza

Osobná anamnéza: objektívny nález 3mm extrúzia platničky L5/S1

Sociálna anamnéza: žije so svojim synom, celkovo má 4 deti

Pracovná anamnéza: Obchodný predajca

Športová anamnéza: aktívne športuje, venuje sa kanoistike a jazdí maratóny, bolesť ho však obmedzuje vo vrcholných výsledkoch, aj pri tréningoch

Alergie: neudáva žiadne alergie

Súčasná ťažkosť: Pacient pociťuje dlhodobé bolesti chrbta, hlavne v bedrovej časti rbtice. Bolesť opisuje ako striedavú, niekedy pociťuje zosilnenie v závislosti na stresových faktoroch a množstvom práce v daný deň. Spánok má bez bolestí, šport mu

obvykle prinesie dočasnú úľavu, pri dlhšej pozícii v sede sa bolesti zvýšia. Trpí chronickými intermitentnými bolesťami chrbta od roku 2017.

5.2.2 Vyšetrenie

Aspekcia

Vyšetrenie zozadu: Ramená v protrakcii, pravé rameno o 2cm vyššie než ľavé, zvýraznený paravertebrálny val na ľavej strane hrudnej časti chrbtice, palpačne ľavá spina vyššie, infragluteálna ryha aj podkolenná ryha vyššie na ľavej strane- prítomné známky skoliózy.

Vyšetrenie z boku: Hlava je v predsunutom držaní, ramená v protrakcii, výrazne vyhladená hrudná kyfóza a bedrová lordóza, pánva zaujíma retroverzné postavenie, kolená v rekurvačnom postavení.

Vyšetrenie spredu: Pravé rameno je o 2cm vyššie, väčší thorakolumbálny trojuholník na pravej strane, na ľavej strane je predná horná spina na pánve palpačne vyššie.

Funkčné testy chrbtice

preukázali obmedzenú pohyblivosť v bedrovej časti chrbtice, do flexie aj extenzie.

Skúška lateroflexie trupu: v norme, dosiahne prstami 5cm nad kolená na oboch stranách.

Lenochova skúška: chýba 0,5cm

Skúška podľa Thomayera: predklon 20cm nad zem s prítomnosťou bolesti. Výraznejší ľavý paravertebrálny val.

Čepojova skúška: rozvíjanie chrbtice do flexie o 2,5cm.

Skúška podľa Schobera: predĺženie pri flexii o 13cm ,

Ottov index sagitálnej pohyblivosti hrudnej chrbtice: 6cm,

Skúška podľa Stibora: 6cm,

Forestier v norme.

Rotácia trupu aj hlavy v norme.

Vyšetrenie aktívnych a pasívnych pohybov

Goniometria: Pri vyšetrení rozsahu pohybu v kĺboch, neboli nájdené výrazné obmedzenia.

Svalová sila: Pacient má takmer všetky svaly v tele na dobrej silovej úrovni, je trénovaný, avšak je prítomné oslabenie hlbokého stabilizačného systému a gluteálnych svalov.

Vyšetrenie skrátených svalových skupín: Pacient mal skrátené pectorálne svaly a hamstringovú skupinu svalov. M.Sternocleidomastoideus skrátený na hodnotu číslo 1.

Pohybové stereotypy: skúška kliku- pohyb je plynulý, bez odlepenia lopatiek. Stereotyp abdukcie na horných aj dolných končatinách bez patologického nálezu.

Skúška hypermobility: Hypermobilita bola otestovaná, ale nepotvrdená testami podľa Jandy.

Palpácia

U pacienta je palpačne bolestivé medzilopatkové svalstvo a horné vlákna m.trapezius, sú tu prítomné trigger pointy a reflexné zmeny, na tlak bolestivé.

Neurologické vyšetrenie: Reflexy všetky výbavné, citlivosť nepoškodená, napínacie manévry: Laseguova, Bragardova aj Mennelova skúška neprovokujú výraznú bolesť. Paretické a spastické javy bez klinického nálezu, mozočkové funkcie v norme. Nervovosvalová dráždivosť v norme. Kompresný test na foramina intervertebralia, Spurlingov test- negatívne.

Vyšetrenie stoja: Rombergov test udrží, aj Trendelerburgov test na jednej nohe je negatívny, udrží stoj na päťach aj na špičkách.

Chôdza symetrická, pomerne hlučná, došľapuje na päty. Chôdza možná po päťach aj po špičkách.

Objektívny nález RTG: Chrbtica bez známky traumatických zmien, intervertebrálne priestory bez výrazného zúženia . MR: V priestore L4/ L5 pozorovať protrúziu disku do 3mm, nerv ani durálny vak nie je komprimovaný, obe neuroforamina sú voľné.

Funkčné vyšetrenie: Pacient pociťuje najväčšie bolesti počas dňa, keď je v strese, v práci alebo v aute. Pri cvičení pociťuje úľavu, bolesť sa začne objavovať pri behu dlhšom než päť kilometrov. V každodenných aktivitách ho bolesti výrazne neobmedzujú, avšak vie o nich a nedovolí mu športovať toľko, koľko by chcel.

5.2.3 Časová os pacienta

Pacient sa narodil aj žije v Bratislave. V mladosti veľa športoval, okolo 30. roku života prestal a venoval sa kariérnemu rastu. Mal dve deti, avšak manželstvo mu nevyhovovalo a našiel si druhú ženu, a založil si druhú rodinu. V tej mal ďalšie dve deti. Dvadsať rokov nešportoval, pribral 30kg a začal mať bolesti v chrbte. Pred tromi rokmi si uvedomil, že sa blíži k syndrómu vyhorenia, má chronické bolesti a ani v druhom manželstve nenachádza uspokojenie. V tom čase jeho synovi diagnostikovali Aspergerov syndróm. Pacient sa pomaly vrátil k športu, ten ho začal baviť a má ciele sa zlepšovať vo svojej

kondícii, pokiaľ sa mu podarí zbaviť chronickej bolesti chrbta. Momentálne pacient žije so synom sám a stará sa o neho. Dochádza už niekoľko týždňov na rehabilitácie, zatiaľ však veľký efekt nepozoruje.

5.2.4 Dotazníky

Na hodnotenie pacientovej bolesti bola použitá krátka forma dotazníku McGillovej univerzity (SF-MPQ) s vizuálnou analógovou škálou (VAS) a s mapou bolesti. Na VAS vyhodnotil pacient pociťovanú bolesť číslom 5 priemernú bolesť, číslom 3 momentálnu, z deskriptorov bolesti v SF-MPQ pacient svoju bolesť popísal všetkými deskriptormi v hodnotách 3-6 a v mape bolesti zakreslil bolesť v oblasti krížovej časti chrbtice.

5.2.5 Návrh terapie

Krátkodobý rehabilitačný plán: Naučiť pacienta, ako sa ergonomicky hýbať. Posilniť svaly hlbokého stabilizačného systému, zmierniť dysbalancie, naučiť pacienta vnímať svoje telo, relaxovať a správne dýchať

Dlhodobý rehabilitačný plán: Zlepšiť vnímanie tela, propriocepciu, naučiť pacienta relaxovať a správne cvičiť.

Použité rehabilitačné postupy: Dychová gymnastika, propriocepcia, stretching skrátených trapézových svalov a skrátených svalov na dolných končatinách, PIR. Feldenkraisove cvičenie, Schultzov autogénny tréning, Jacobsonova progresívna relaxácia.

6 Diskusia

Cieľom tejto práce bolo zhrnúť poznatky o psychosomatike a vyšetriť dvoch pacientov s poruchou pohybového aparátu s možnými psychosomatickými príčinami.

V kazuistikách sú príklady dvoch pacientov s chronickou bolesťou chrbta. Prvá pacientka je polymorbidná a trpí post traumatickou stresovou poruchou z detstva, ktorú jej stanovili na psychiatrii v Pezinku. Z časovej osi pacientky sme odobrali informácie o životnom príbehu pacientky. Časová os je dobrým nástrojom pre zaznamenanie histórie a významných udalostí životného príbehu pacienta (Rudolf & Henningsen, 2018). Pacientka pociťuje silné dlhotrvajúce bolesti chrbta. Momentálne sa lieči v psychoterapeutickej ambulancii, v minulosti navštevovala rehabilitácie, s dočasným zlepšením ťažkostí.

V prvej kazuistike je zhrnutý životný príbeh, diagnózu aj navrhovanú terapiu pacientky so stanovenou psychiatrickou diagnózou post traumatickej stresovej poruchy. Pacientka sa v minulosti krátku dobu liečila od svojich bolestí na rehabilitácii, s pozitívnym, avšak krátkodobým účinkom. Bolesti pretrvávajú, pacientka sa lieči v ambulancii psychoterapeutky a udáva určité postupné zlepšovanie subjektívnych bolestí, avšak aj samotná pacientka vidí svoj nedostatok pohybu a udáva, že by kombinácia fyzioterapie so psychoterapiou mohli navodiť dlhodobejší efekt. Z môjho pohľadu fyzioterapeuta si myslím, že by bolo vhodné naďalej cvičiť a rehabilitovať v kombinácii s psychoterapiou. Ideálne by bolo zapojenie viac odborového komplexného tímu, v ktorom by sa nachádzal aj sociálny pracovník a ukázal pacientke možnosti, ktoré má vo využívaní sociálnych služieb.

Druhý pacient prichádza so somatickými symptómami, z ktorých nie je jednoznačne jasné prípadné psychické pozadie ťažkostí. Na konci terapie sme previedli Jacobsonovu progresívnu relaxáciu, na ktorú pacient reagoval pozitívne. Po terapii by sme mohli jemne pacientovi odporučiť konzultáciu s odborným psychológom a naznačiť, že chronická bolesť sa často spája so psychickým stresom, objasniť pacientovi niektoré psychosomatické súvislosti, ale nepúšťať do neodbornej konzultácie psychických problémov.

V uvedených kazuistikách sa potvrdili zdroje citované v teoretickej časti práce a zahrnuli teoretické východiska komplexného prístupu. Kolář (2009) upozorňuje, že v súčasnosti sa vo vede vyskytuje nepomer medzi množstvom preukázaných poznatkov a budovaním teórií, ktoré by umožnili praktické využitie nových metód pri komplexnom psychosomatickom prístupe k pacientovi. V ďalšej časti diskusie som stručne zhrnula záver z diplomovej práce študentky psychológie, ktorá objasnila dôvody negatívnych postojov

k psychosomatike zaujatých niektorými lekármi. Jedná sa o postoj skeptický, ktorý je negatívne ladený z dôvodu nepreukázateľnosti konkrétneho pôsobenia psychosociálnych faktorov na vznik ochorenia, ako aj multifaktoriálne príčiny vzniku ochorenia a nemožnosťou ho vysvetliť čisto psychogénnymi príčinami a ambivalentný, neutrálny postoj. Tento postoj zaujímajú lekári, ktorí o psychosomatike vedia, ale rozdeľujú ochorenia na tie s psychogénnou príčinou a čisto biologickým podkladom. V niektorých prípadoch nie je v psychosomatike jasné, čo je príčinou ochorenia a čo je jeho dôsledok. Mnohí zdravotnícky pracovníci sa o psychosomatiku zaujímajú, avšak neabsolvovali žiadny kurz či iné vzdelanie v tomto obore, cítia sa preto nekompetentný v stanovovaní psychosomatickej diagnózy, spolupracujú radšej so psychológom. (Dubová,2016). Na tento fakt by mali prihliadať aj fyzioterapeuti a iní zdravotní pracovníci. Mať povedomie o psychosomatike a jej úskaliach, no nepúšťať sa do neodbornej diagnostiky a konzultácie s neadekvátnym vzdelaním v tomto obore.

7 Záver

Cieľom bakalárskej práce bolo objasniť problematiku psychosomatiky a bio-psycho-sociálneho prístupu v rehabilitácii, poukázať na možnosti využitia psychosomatického modelu, ktoré môžu značným spôsobom obohatiť fyzioterapeutickú prax.

Súčasná medicína zdôrazňuje bio-psycho-sociálny prístup k človeku. Existuje mnoho vedeckých štúdií o jeho fungovaní a vzájomnom prepojení telesného a emocionálneho prežívania.

Pre fyzioterapeuta má prínosnú informačnú hodnotu časová os pacienta, jeho vnímanie a prežívanie bolesti subjektívne zhodnotené v dotazníkoch na bolesť, ktoré taktiež umožňujú získanie cenných údajov zo všetkých troch bio-psycho-sociálnych sfér života človeka a jeho súčasného životného štýlu. Dôležité môže byť taktiež zhodnotiť akým spôsobom sa človek vyrovnáva s emocionálnym stresom a hodnoty jeho úzkosti, depresívnych nálad a nervovo svalovej dráždivosti.

V rámci fyzioterapie u pacientov, ktorých fyzické ťažkosti sú úzko spojené so psychickým prežívaním, je vhodné využívať komplexný prístup psychosomatickej terapie. Pomocou vybraných metód je možné dosiahnuť uvoľnenia telesného aj duševného napätia, prepojenia s vlastným telom, úprava nesprávne naučených dychových, posturálnych a pohybových stereotypov či zlepšiť vnímanie tela a pohybu pacienta.

Fyzioterapeut by si mal uvedomiť dôležitosť komunikácie a prvého kontaktu s pacientom. Prínosnou sa javí edukácia a povedomie pacientov o možných psychických či sociálnych konfliktoch somatizujúcich na telesné symptómy. Zásadná je taktiež možnosť komunikácie a spolupráce multidisciplinárneho tímu, ktorá môže značným spôsobom uľahčiť a urýchliť komplexnú liečbu psychosomatického pacienta (Spoločnosť psychosomatickej medicíny, 2015).

8 Súhrn

Bakalárska práca sa vo svojej teoretickej časti venuje východiskám psychosomatiky, jej histórii a edukácii v nej. V nasledujúcej kapitole sú objasnené princípy psychosomatickej medicíny a bio-psycho-sociálneho konceptu choroby a zdravia človeka. V ďalšej kapitole teoretickej časti je rozobratá etiológia psychosomatických porúch so zameraním na bolesť chrbta. Na tento podklad nadväzuje stručná definícia bolesti a chronickej nešpecifickej bolesti chrbta.

Praktická časť tejto práce sa zaoberá možnosťami diagnostiky a rozpoznaním psychosomatických porúch, stručne objasňuje účinky dotyku na človeka a venuje sa terapii týchto porúch. Ďalšia časť textu sa venuje rôznym metódam, ktoré môžeme využívať v rehabilitácii pri komplexnej liečbe pacientov s pohybovými ťažkosťami a bolesťami, u ktorých sú prítomné psychosomatické súvislosti. V praktickej časti sú taktiež zahrnuté kazuistiky dvoch pacientov so psychosomatickým podkladom chronickej bolesti chrbta, ich anamnéza, vyšetrenie, krátkodobý a dlhodobý rehabilitačný plán.

9 Summary

In the theoretical part, the bachelor thesis is dealing with standpoints of psychosomatics, its history and education in the field. The next chapter is focused on the principals of the psychosomatic approach and bio-psycho-social concept of human health and diseases. The following chapter, as part of the theoretical part, is dedicated to the ethology of psychosomatic disorders with a focus on unspecified chronic back pain.

The practical parts of this thesis are dealing with the diagnostic approaches and identification of psychosomatic illnesses, shortly explain the effects of human touch for a person and elaborate on therapeutical approaches to treating this disease. The next part of the work is focused on different therapeutic methods, which can be used in rehabilitation as part of a complex therapy for patients with movement disorders and pain, and with psychosomatic causalities. The practical part also presents the cases of two patients with chronic back pain and suspected psychosomatic causes, their anamnestic, medical exam and short-term and long-term rehabilitation plan.

10 Referenčný zoznam

- Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Zanolli, G.(2006). European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, 15(SUPPL.2), 192–300. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>
- Becková, J. S. (2018). *Kognitívne behaviorálna terapia, základy a niečo navyše*. Praha, Česká republika: Triton.
- Colonnello, V., Petrocchi, N., Farinelli, M., & Ottaviani, C. (2017). Positive social interactions in a lifespan perspective with a focus on opioidergic and oxytocinergic systems: Implications for neuroprotection. *Current neuropharmacology*, 15(4), 543-561.
- Dubová, M. (2016). Postoj lekárov k psychosomatickému prístupu pri vzniku a lečbe onemocnenia. Diplomová práca, Filozofická fakulta Masarykovej Univerzity. Brno, Česká republika.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 129–136.
- Egger, G. L. (2004). Epigenetics in human disease and prospects for epigenetic therapy. *Nature International journal of science*, 457–463.
- Evans, S., Tsao, J. C. I., Sternlieb, B., & Zeltzer, L. K. (2009). Using the Biopsychosocial Model to Understand the Health Benefits of Yoga. *Journal of Complementary & Integrative Medicine*, 6(1), 1–22.
- Feldenkrais, M. (1996). *Feldenkraisova metoda*. Praha: Pragma.
- Gerd, R., Henningsen, P. (2018). *Psychoterapeutická medicína a psychosomatika*. Bratislava, Slovenská republika: Vydavateľstvo F, Pro mente sana.
- Morschitzky, H., Sator, S. (2007). *Když duše mluví řeči těla*. Praha, Česká republika :Portál.

- Heinroth, J. C. A. (1825). *Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken*. Leipzig: Vogel.
- Hermachová, H. (2011). O kožním vnímání, jeho změnách a ovlivnění. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 182–184.
- Hodycová, M. T. (2018). Psychosomatické aspekty bolestí pohybového aparátu. *Psychoterapie a koučing*. www.bebalanced.cz/psychosomaticke-aspekty-pohyboveho-aparatu/
- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka*. Praha, Česká republika: Vyšehrad.
- Chmelík, F. (2014). *Manuál pro publikování v kinantropologii podle normy APA*.
- Chvála, V., Honzák, R., Masner, O., Ročňová, M., Seifert, M., Trapková, L., Seifert, B., (2015). Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky. *Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře*, 1–20.
- Chvála, M. (2007). Dotýkat nebo nedotýkat? Diskuse v panelu s účastníky XI. konference psychosomatické medicíny v Liberci v září 2006. *Psychozom*, 145.
- Janáčková, L. (2007). *Bolest a její zvládnutí*. Praha, Česká republika: Portál.
- Katochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha, Česká republika: Portál.
- Wilson, K. G., Mikail, S. F., Joyce, L. D., & Minns, J. E. (2001). Alternative diagnostic criteria for major depressive disorder in patients with chronic pain. *Pain*, 91(3), 227–234.
- Knotek, P. (2009). Dotazník strachu a pozorování bolesti: metoda měření počáteční fáze psychických změn při chronické bolesti. *Bolest*, 12(1), 33–38.
- Kolář, P. (1996). Význam vývojové kineziologie pro manuální medicínu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 1, 139–143.
- Kračmarová, K. (2001). Kineziologický rozbor syndromu pánevního dna. *Rehabilitácia*. roč, 34, 45–48.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha, Česká republika: Grada Avicenum.

- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha, Česká republika: Grada Publishing.
- Ksiazek, E. (2004). *Autoterapie relaxační metody k odstranění následků stresu*. Frýdek-Místek: Alpress.
- Kubát, A. (2014). Jógová terapie v psychosomatice. *Psychosom* (3), 235–236.
- Kukan, M., Kukanová, P. (2012). Low back pain a deprese. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie*, 291–295.
- Lipton, B. H. (2015). *The Biology of Belief 10th Anniversary Edition: Unleashing the Power of Consciousness, Matter & Miracles*. Carlsbad, CA: Hay House.
- Machač, M., Macháčová H. (1991). *Psychické rezervy výkonnosti: stres, hypnosugesce, autoregulace*. Praha: Univerzita Karlova.
- Masner, M. (2016). Psychosomatický přístup k funkčním poruchám hybnosti. *Neurologie pro praxi*, 80.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191–197.
- Morgante, F., Edwards, M. J., & Espay, A. J. (2013). Psychogenic movement disorders. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 19(5 Movement Disorders), 1383.
- Opavský, J. (2011). *Bolest v ambulantní praxi*. Praha: Maxford publishing.
- Pavlů, D. (2003). *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Akademické nakladatelství CERM .
- Pochylová, B. (2016). *Fyzioterapie u psychosomatických poruch*. Praha: Univerzita Karlova.
- Posadzki, P., & Parekh, S. (2009). Yoga and physiotherapy: a speculative review and conceptual synthesis. *Chinese journal of integrative medicine*, 15(1), 66–72.
- Praško, J. (1994). *Vybrané kapitoly z psychiatrie a psychoterapie*. Praha: 3.LF KU.
- Praško, J., & Vyskočilová, J. (2012). *Panická porucha a jak ji zvládat*. Medical Tribune CZ.

- Miadoková, E. (2018). Čo je epigenetika a aký je vzťah medzi genetikou a epigenetikou. *Veda na dosah*. www.vedanadosah.cvtisr.sk/co-je-epigenetika-a-aky-je-vztah-medzi-genetikou-a-epigenetikou
- Rokyta, R., Höschl, C. (2015). *Bolest a regenerace v medicíně*. Axonite CZ.
- Sabo, B. J. (2000). How to deal with medically unknown symptoms. *Western Journal of Medicine*, 172,128.
- Salajka, F. (2006). *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada Publishing.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*.
- Sengupta, P. (2012). Health impacts of yoga and pranayama: A state-of-the-art review. *International journal of preventive medicine*, 3(7), 444.
- Simon, G. E., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *New England journal of medicine*, 341(18), 1329-1335.
- Společnost Psychosomatické medicíny ČLS. (2015). Psychosomatická medicína, její charakteristika, vědecké základy a využití. ČLS <https://www.psychosomatika-cls.cz/>
- Stackeová, D. (2005). Psychosomatika ve fyzioterpii. *Psychosom*, 151–158.
- Stackeová, D. (2010). Zdravotní benefity pohybové aktivity. *Hygiena*, 25–28.
- Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Tress, W. K. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Uhlíř, P. (2017). Efekty masáže na podkladě důkazů z recentních studií. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 24(4), 208–210.
- Véle, F. (1997). *Kineziologie pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Víchová, V. (2016). *Autogenní trénink a autogenní terapie*. Praha: Portal s.r.o.

Waddell, G. S. (2004). The back pain revolution. *Elsevier Health Sciences*.

Waddell, G.(1987). 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12(7), 632–44. <https://doi.org/10.1097/00007632-198709000-00002>

Waldstein, S. R. (2001). Teaching (biopsychosocial) medicine in United States medical schools; survey findings. *Psychosomatic medicine*, 63(3), 335–343.

Waldstein, S. R., Neumann, S. A., Drossman, D. A., & Novack, D. H. (2001). Teaching psychosomatic (biopsychosocial) medicine in United States medical schools: survey findings. *Psychosomatic Medicine*, 335–343.

WHO, preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, 1948, New York. [online] [cit. 18. 2. 2016] Citováno z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Žaloudek, K. (1965). *Masáž*. Praha: SZN.