

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Fakulta tělesné výchovy a sportu

VLIV STRESU NA FUNKČNÍ ONEMOCNĚNÍ KRČNÍ PÁTEŘE

Vedoucí práce:
Doc. PhDr. Běla Hátlová Ph.D.

Zpracovala:
Bc. Magdalena Němcová

PRAHA ZÁŘÍ 2009

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené literatury.

Bc. Magdalena Němcová

Děkuji paní docentce Běle Hátlové za odborné vedení mé práce, podnětné nápady a věcné připomínky.

Souhlasím se zapůjčením své magisterské práce ke studijním účelům. Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovateli, kteří musí pramen převzaté literatury řádně citovat.

Jméno a příjmení	Číslo obč. průkazu	Datum zapůjčení	Poznámky

ABSTRAKT

Název práce: Vliv stresu na funkční onemocnění krční páteře

Cíle práce: Cílem této diplomové práce je objasnit vliv míry prožívaného stresu na funkční onemocnění krční páteře. Výsledky ukazují, že osobnostní profil jedince, nevhodné pracovní podmínky a zvýšená míra prožívaného stresu mohou zvýšit výskyt a průběh funkčního onemocnění krční páteře. V práci jsou definovány pojmy stres a stresor, copingové strategie a psychosomatika. Dále diskutujeme možnou fyzioterapeutickou péči u pacientů s onemocněním krční páteře.

Metoda: Vícečetná případová studie (multikasuistická studie).

Klíčová slova: Stres a stresor, psychosomatika, somatopsychika, coping – zvládání stresu, funkční onemocnění krční páteře, fyzioterapie.

ABSTRAKT

Title od graduation thesis: The Influence of Stress on the Functional Disorder of Cervical Spine.

Goal of the thesis: Goal of this thesis is the explanation of the influence of an experienced stress on the functional disorder of the cervical spine. The results demonstrate that an individual personal profile, an insufficient work conditions and an raised proportion of the stress can increase the occurrence and influence the process of the functional disorder of the cervical spine. There are defined terms a stress and a stressor, coping strategie, and psychosomatic medicine in this thesis. Further there is discussed the possible physiotherapeutic care for the patients with the functional disorder of the cervical spine.

Method: Multicasuistic study (the nonstructured interview, questionnaires, physiotherapeutic documentation).

Key words: Stress, stressor, psychosomatic medicine, somatopsychic, coping styles, functional disorder of cervical spine, physiotherapy.

SOUHRN

Název práce: Vliv stresu na funkční onemocnění krční páteře

Jméno a příjmení diplomanta: Bc. Magdalena Němcová

Studijní obor: Tělesná a pracovní výchova pro zdravotně postižené

Jméno školitele: Doc. PhDr. Běla Hátlová Ph.D.

Projekt je zaměřen na objasnění působení stresu na funkční onemocnění krční páteře. Toto budu zjišťovat formou případových studií.

V teoretické části bude popsán stres, jeho působení na člověka, psychosomatická onemocnění, krční páteř a její funkční onemocnění.

V praktické části pak případovými studii budu zjišťovat korespondenci stresu a funkčních onemocnění krční páteře.

Seznam zkratk

AC - akromioklavikulární kloub
AGR - antigravitační poloha
AO - atlantooccipitální skloubení
C1-C7 - krční obratle
CB - sy. - cervikobrachiální syndrom
CC - sy. cecvikocephalický syndrom
Cp - krční páteř
CTh - cervicothorakální přechod
DD - diadynamik
DK - dolní končetina
HK - horní končetina
LDK - levá dolní končetina
LHK - levá horní končetina
Lig.-ligamentum
Ligg.- ligamenta
m.- musculus
mm. – muscoli
MR – magnetická rezonance
N. - nervus
např.- například
nn.. - nervi
NO - nynější onemocnění
OA – osobní anamnéza
PA - pracovní anamnéza
PDK - pravá dolní končetina
PHK - pravá horní končetina
PIR - postizometrická relaxace
proc. - processus
SA - sportovní anamnéza
SCM - sternokleidomastoideus
SI – sakroiliakální kloub
SIAS – spina iliaca anterior superior
TeP- Tender point
Th1-Th1- hrudní obratle
Thp - hrudní páteř
tj.- to je
TrP- Trigger point

ABSTRAKT	5
Seznam zkratk	8
Úvod.....	10
A. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Stres a jeho vliv na člověka.....	11
1.1. Stres.....	11
1.2. Druhy stresu	13
1.3. Stresory	13
1.4. Psychické reakce na stres	16
2. Dynamika psychických funkcí v zátěžových situacích	17
3. Psychosomatika a somatopsychika	20
3.1. Diagnostika psychosomatických poruch	21
3.2. Diferenciální diagnostika	22
3.3. Stres a držení těla	23
3.4. Vzorce držení těla jako následek působení stresu	25
4. Coping – Zvládání stresu	32
4.1. Osobnostní charakteristika	32
4.2. Styly zvládání těžkostí	34
4.3. Strategie zvládání životních těžkostí.....	34
4.4. Techniky zvládání stresu.....	35
5. Krční páteř.....	36
5.1. Příčiny bolestí C páteře	36
5.2. Diagnostika funkčních poruch krční páteře.....	37
6. Léčebné metody	44
B. PRAKTICKÁ ČÁST	49
7. Metodologie	49
7.1. Úvod.....	49
7. 2. Cíle práce	49
7. 3. Popis metody.....	49
7. 4. Vzorek.....	50
7. 5. Sběr a analýza dat.....	50
8. Kasuistiky.....	53
8. 1. Pacientka č. 1	53
8. 2. Pacient 2.....	57
8. 3. Pacient 3.....	62
8. 4. Pacientka 4	66
8. 5. Diskuze.....	71
9. Závěr	72
Literatura:.....	73
PŘÍLOHY	76
1. Posuzovací škála sociálního přizpůsobení.....	76
2. Náhylnost ke stresu	77

Úvod

Obstát v požadavcích, které jsou v dnešní době na člověka kladeny, není jednoduché. Organismus člověka má po celá tisíciletí stejné obranné mechanismy, která v dnešní moderní době jsou již nevyhovující. Tyto mechanismy jedince dobře ochránily před útokem predátora, ale se stresory naší civilizace si neví rady. Naše tělo se snaží vyrovnat se zátěží s většími či menšími úspěchy. Často se ale projevuje patologický dopad na zdraví jedince. Já jsem se chtěla ve své práci hlouběji zabývat působením stresu na funkční onemocnění krční páteře. Pracuji již desátým rokem na rehabilitační ambulanci, kde o takto postižené jedince není nouze. Často však intenzita jejich problémů není úměrná patologickému nálezu jejich pohybového aparátu. A obráceně, v rámci prevence nás navštěvují i pacienti, kteří problémy nemají a chtějí jen rekondiční masáž, i když jejich pohybový aparát je objektivně ve velmi vážném stavu. Chtěla jsem se tomuto paradoxu více věnovat, abych eventuálně mohla pacientům podat relevantní informace o této problematice.

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. Stres a jeho vliv na člověka

1.1. Stres

„Stres (z anglického slova stress, zátěž) vzniká tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět dlouhou dobu nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout, a setrvá-li v ní.“ (Nakonečný, 1995, s. 32)

Americký fyziolog Canon (1920) definoval stres jako stav, do něhož se zvíře dostane při stimulaci vyvolávající útekovou nebo útočnou reakci. Chápal stres jako reakci na agresi. Hans Seley v padesátých letech zjistil, že člověk reaguje na chemické, fyzická i mentální rovině na agresi či jiné formy vnějších podnětů. (Renaudová, 1993)

O stresu mluvíme od chvíle, kdy psychogenní podnět vyvolá v organismu připravenou reakci neurohumorální, doprovázenou příslušnými změnami v psychických procesech. Do té doby mají reakce na psychickou zátěž adaptivní a homeostatický ráz. Hranice přechodu do stresové odezvy je velmi neostrá, ani není dáno přesné rozmezí. Vše je komplikováno velkou interindividuální a intraindividuální variabilitou odolnosti vůči zátěžovým podnětům. Hovorově se termínem stres označuje úzkost, frustrace, konflikt a celkově situace pociťované nepříjemně. (Nakonečný, 1995)

Existuje více druhů zátěže: biologická, fyzická a psychická. Biologická zátěž vypovídá o fyzikální, chemické či biologické odpovědi. Dalším druhem zátěže je fyzická, což znamená, že jde o požadavky na svalovou činnost, která se odráží v prožívání. Nakonec zátěž psychická, kde mluvíme o psychickém zpracování a vyrovnání se s požadavky životních situací, kdy jsou tělesné reakce druhotné. Zde rozlišujeme další tři typy psychické zátěže. Jde o zátěž senzomotorickou (požadavky na činnost periferních smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur CNS, centrálního nervového systému), mentální (požadavky na zpracování informací, kladoucí nároky na paměť, pozornost, myšlení, představitost, rozhodování a nároky) a emocionální (požadavky, které vyvolávají efektivní odezvu) (Hladký, Žídková, 1999).

„Člověk jako biologický systém disponuje určitým pásmem adaptability na stresové podněty – stresory. Vlastními aktivitami může každý sám svoje osobní pásmo pružné adaptability udržovat i rozšiřovat, anebo naopak vlastní pasivitou ho lze

zanedbávat, což vede k jeho zužování, takže je člověk méně odolný vůči životním zátěžím. Je tedy zřejmé, že přes objektivitu mechanismů působení stresů, může člověk svými postoji a aktivitami ovlivňovat hodnotu reakcí organismu, které jsou odezvou na zátěžové situace“ (Kopřivová, Kopřiva, 1997, s. 1).

Na stresor reaguje každý člověk jiným způsobem. V každém případě se stres projevuje na tělesné rovině, pocítujeme příliv energie. Následný nárůst, nebo úbytek energie záleží na druhu a povaze stresorů. Jedná-li se o zcela novou situaci, příliv energie neustává. Zda se bude jednat o eustres nebo distres bude záviset na tom, jak zmíněná situace, jež byla příčinou stresu skončí. Pokud bude následovat pozitivní vyústění a zvládnutí situace, bude se jednat o eustres, pokud ne, budeme hovořit o distresu. Ale i v případě, že situace dopadla pozitivně, musíme organismu dopřát odpočinek, aby měl nervový systém prostor na odbourání zvýšeného objemu energie. Musíme mu dopřát čas na stabilizaci (Kraska-Lüdecke, 2007).

Etiopatogeneze

Mezi příznaky reakce na stres patří nesebejistota, podrážděnost a v neposlední řadě tělesné obtíže. Pocity nepohody však jako reakci na zátěžové vnější okolnosti trpí téměř 40% lidí . Většina lidí si však nedojde pro odbornou pomoc z řad psychologů či psychiatrů, v naší společnosti je totiž dodnes společností tolerována tělesná bolest více než bolest psychická (Praško, Prašková, 2001).

Fyziologická reakce na stres

Organismus, který je vystaven stresové události, mobilizuje své síly tak, aby mohl podávat vysoký fyzický výkon ke své případné ochraně bojem nebo útekem. Jde o celou kaskádu dějů stresové odpovědi od aktivace hypotalamu, hypofýzy až po zvýšené vylučování katecholaminů a kortizonu z nadledvinek. Dochází ke zvýšení aktivity v nukleus coeruleus s následnou aktivací noradrenergního systému v mozku a sympatikotonií v celém organismu. Dostaví se tachykardie, stoupne krevní tlak a stoupne dechová frekvence za účelem zlepšit zásobování svalů kyslíkem a energií. Současně dochází ke snížení činností organismu, které nejsou nezbytné, např. trávení, do krve se vylučují endorfiny, organismu vlastní opioidy tlumící bolest, a dochází k zúžení krevních vlásečnic, aby se v případě zranění zmenšilo krvácení (Atkinson, 2003, s. 498).

1.2. Druhy stresu

Stres dělíme podle kvantitativního a kvalitativního hlediska na 4 typy (Obr. 1):

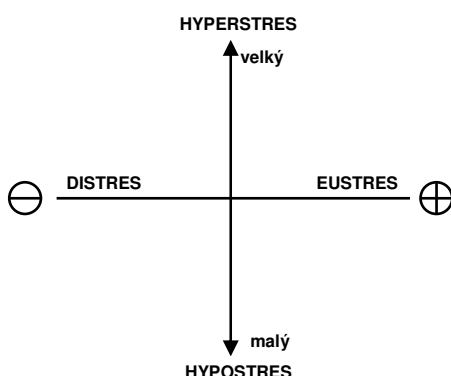
Hyperstres - stres překračující hranice adaptability, schopnosti vyrovnat se se stresem.

Hypostres – stres, který ještě nedosáhl obvyklých tolerancí (např. u ministresorů, plíživých negativních vlivů monotónnosti, nudy, frustrace)

Distres - stres negativní (obavy, vztek, úzkost apod.)

Eustres - kladně působící stres, například je-li člověk v očekávání něčeho příjemného, např. příchod milované osoby (Křivohlavý, 1994)

Eustresové podněty vyvolávají stejné reakce v organismu jako distresové, protože také vyžadují velkou míru přizpůsobení konkrétního člověka. Emočně pozitivní (příjemná) stimulace ale nemá tak silný a dlouhotrvající vliv na aktivační systémy organismu jako stimulace záporná (Nakonečný, 2000).



Obr. 1. Základní rozměry stresu (Křivohlavý, 1994)

Hyperstres - stres přesahující hranice adaptability

Hypostres – stres, který ještě nedosáhl hranice nezvládnutelnosti, ale kumulací s dlouhodobým působením může dojít ke zvratu

1.3. Stresory

Termín stresor lze chápat jako na člověka negativně působící vliv (Křivohlavý, 1994). Většina těchto vlivů pochází z životního stylu, souvisí s domovem, rodinou, prací a individuálními charakteristickými rysy. Nejčastější a velmi rozšířenými stresory

jsou jevy, které souvisejí se současným způsobem života ve velkoměstech (Nakonečný, 2000)

Tyto stresové vlivy jsou většinou komplexní, a proto třídění má jen systematizující význam. Fyzický stres má svou odezvu v psychice, a naopak, psychický stres má svou odezvu ve fyzických funkcích. I tak existuje dělení stresorů podle různých kritérií.

Podle povahy rozlišujeme stresory:

- biologické – chemikálie, bakterie, úrazy, (Křivohlavý, 1994), narušení rytmicity činnosti, včetně narušení biorytmů, u žen také hormonální nerovnováha v době premenstruační tenze a v klimakteriu, těhotenství.

- fyzikální - radiace, vliv UV a IR paprsků, nízký obsah kyslíku ve vzduchu, vibrace, otřesy, hluk

- psychologické – životní události (svatba, úmrtí blízké osoby, odchod do důchodu, ztráta zaměstnání apod.), každodenní běžné vlivy (nespokojenost se zaměstnáním, časový tlak, finanční starosti aj.) a osobnostní vlivy (Křivohlavý, 1994), (nízké sebehodnocení, netrpělivost, neschopnost stanovit si reálné cíle a priority, závislost, nízká flexibilita, chabé komunikační dovednosti atd.)

- sociální - přelidnění a sociální konflikty (Nakonečný, 2000) nebo osamění (Křivohlavý, 1994), problémy dominance a subordinace, teritorialita.

Z kvantitativního hlediska rozlišujeme:

- mikrostresory - stresory mírné až velmi mírné povahy (např. dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky, nebo dlouhodobé ponižování člověka v mezilidských vztazích). Tyto mikrostresory se dlouhou dobu kumulují, až dosáhnou hranice, kdy už u člověka vyvolávají vnitřní tíseň.

- makrostresory - děsivé, deptající vlivy s destruktivním účinkem, které překračují hranice zvladatelnosti (Křivohlavý, 1994).

Podle délky působení stresory dělíme na:

- krátkodobé - například bolest, vyrušení z činnosti, neúspěch při řešení nějakého problému apod.

- dlouhodobé - neshody v rodině aj.

Podle zdroje působení dělíme stresory na:

- vnější
- vnitřní

Ohrožující vlivy mohou být reálné nebo domnělé. Tyto všechny a také další stresory podněcují organismus, aby proti nim „vytáhl do boje“ (Křivohlavý, 1994).

Posuzovací škála sociálního přizpůsobení čítá 39 položek – eustresorů a distresorů. Úhrnná hodnota kolem 150 bodů této škály dává 37% pravděpodobnost tělesného onemocnění, hodnota přes 300 bodů přináší již 80% pravděpodobnost tělesného onemocnění (Nakonečný, 1995, s. 33). Viz. Příloha 1

1.4. Psychické reakce na stres

Emoce

Stresové situace vyvolávají emoční reakce v rozmezí od veselé nálady (kdy jedinec hodnotí situaci jako náročnou, ale zvladatelnou) až po úzkost, vztek či depresi. Jestliže stresová situace přetrvává, emoce mohou kolísat v závislosti na úspěšnosti našeho úsilí o zvládnutí situace.

Úzkost

Nejčastější reakcí na stresor je úzkost. Úzkostí rozumíme nepříjemnou emoci charakterizovanou pojmy jako je starost, obava, napětí a strach. U některých lidí, kteří prožili událost za hranicemi normální oblasti lidského utrpení (např. znásilnění, přírodní katastrofu), se někdy může rozvinout až tzv. posttraumatická stresová porucha. Hlavními pocity jsou:

- pocity otupělosti vůči okolí, pocit odcizení se lidem a snížení zájmu o aktivity, jež jedinec před tím vykonával,
- opakované oživování traumatu ve vzpomínkách a snech,
- úzkost, která se může projevit poruchami spánku, potížemi se soustředěním a nadměrnou ostražitostí (Atkinson, 2003)

Vztek a agrese

Další nejčastější reakcí na stresovou událost je vztek, který může vést k agresi. Přímá agrese vůči zdroji frustrace není vždy možná nebo rozumná. Občas je zdroj nejasný a nepostižitelný. Když okolnosti zabraňují, aby osoba zaútočila na objekt, který frustraci způsobil, může být agrese přesunuta: agresivní jednání může být přesunuto na nevinnou osobu nebo objekt místo na skutečnou příčinu frustrace (přenesená agrese) (Atkinson, 2003).

Apatie a deprese

Ačkoli nejčastější reakcí na stres je aktivní agrese, opačnou, ale rovněž velmi častou reakcí je uzavření se do sebe a apatie. Jestliže stresové podmínky přetrvávají a jedinec je nezvládá, apatie může přerůst v depresi. Teorie naučené bezmocnosti (Seligman, 1975 in Atkinson 2003) ukazuje, jak zkušenost s nepříjemnými událostmi může vést k apatii a depresi. Pokud má jedinec zkušenost, že agresi se nelze vyhnout, dospěje k přesvědčení, že odpor je zbytečný. Ovšem teorie naučené bezmocnosti se

vyvine jen u některých lidí. Někteří lidé se naopak cítí událostmi aktivováni, protože pro ně představují výzvu (Wortman a Brehm, 1975 in Atkinson 2003)

Původní teorie naučené bezmocnosti nám však pomáhá pochopit, proč se někteří lidé obtížným situacím pasivně podrobují a vzdávají se naděje na záchranu (Atkinson, 2003)

Nezdolnost

Často můžeme pozorovat, že různí lidé zvládají stresové situace odlišně. Jednak je odlišnost dána používáním různých strategií boje proti stresu, jednak tím, co jim ve stresu pomáhá a třetí tím, jakou mají sílu k boji se stresem. Síla k boji – nezdolnost - tímto se v 80. letech začaly zabývat dvě školy. Jedna je vedena A. Antonovským a druhá skupinou Kobasa-Maddi a Khan. A. Antonovsky používá pro skupinu nezdolných lidí termín „lidé s vysokou mírou soudržnosti osobnosti“ (sense of coherence) a tuto charakteristiku blíže určuje třemi dílčími rozměry: srozumitelností, smysluplností a zvládnutelností. Termínem „srozumitelnost“ charakterizuje kognitivní stránku osobnosti, jak vnímá a chápe daná osobnost svět a sebe v něm. Daná osoba vidí obraz světa jako celek a chápe svoje místo v něm. Dalším rozměrem je „smysluplnost.“ Daný člověk vidí, že problémy, před které je postaven, jsou smysluplné a stojí za to aby se jimi zabýval. Chápe problémy jako výzvu k aktivitě a na tuto činnost se vnitřně těší. Posledním termínem je „zvládnutelnost“, kdy daný člověk má jistotu, že úkoly, které jsou před něj postaveny, jsou zvládnutelné. Skupina Kobasa, Maddi a Khan dospěla k podobným charakteristikám osobnosti, která má vysokou míru nezdolnosti. Jsou to: oddanost (určitému přesvědčení), představa o ovladatelnosti toho, co se děje, a chápání úkolů jako výzvy, kterou přijímám (Křivohlavý, 1994).

2. Dynamika psychických funkcí v zátěžových situacích

„Úsilím změnit sebe sama, přizpůsobit se (procesem adaptace) či aktivní činností řešit nový vztah a struktury interakce (proces adjustace) vzhledem k nové životní realitě se snaží jedinec odolávat každodennímu stresu“ (Mikšík, 2007, s. 177). Lze rozlišit tři kvalitativně rozdílné způsoby či stupně adaptačních procesů: Aktivní a adekvátní vyrovnání se (přímé a účinné řešení); Kompenzaci („náhradní“, nepřímé vyrovnání se s novými kontexty k vytvoření relativní rovnováhy, nalezení náhradních prostředků ke zmírnění napětí či odreagování tenzí); Snahu uniknout (únikové strategie).

Proces psychické adaptace či přizpůsobení se zátěžové situaci je tudíž aktivním procesem obnovování rovnováhy mezi subjektem a jeho životním prostředím, různé povahy a kvality, různého časového trvání. Končí obnovením rovnováhy či psychickým selháním s různorodými důsledky v psychice individua.

V tomto procesu lze odlišit určité typické fáze s příznačnými nesespecifickými a specifickými změnami v psychice člověka (ibid).

Psychické procesy a stavy spjaté s fází mobilizace psychiky byly rozlišeny do třech základní druhů:

Stav „bojové pohotovosti“, pro který je charakteristická důvěra ve vlastní síly a v úspěch a optimalizaci nabuzení

Stav „předstartovní horečky“, pro který je příznačná velká excitace a impulzivita a neovládání svých psychických stavů a projevů, pramenící z nejistoty, obav a nervózního očekávání vývoje situace, který ústí do enormního vyčerpání energetických rezerv ještě před vlastním řešením situace,

Stav „apatie“, psychického útlumu, příznačný sklíčenou náladou, často přáním odstoupit, vyhnout se, uniknout ze situačních tlaků, což souvisí s nedůvěrou v úspěch a s předrážděním

To, jak výrazná mobilizace psychických sil se rozvine a nakolik zasáhne daného jedince, je funkcí:

- neočekávanosti vzniku podnětů psychické zátěže a jejich intenzity
- hodnot, kterých se týká (subjektivní posouzení co hrozí)
- zkušeností s vyrovnáním se s psychickou zátěží
- emocionální vzrušivosti daného jedince
- okolností, za nichž zátěž vznikla (např. v jakém společenství)

U anticipované zátěže může mobilizace trvat značně dlouho s narůstající tendencí a vést i k předčasnému vyčerpání sil. Úroveň aktivace a emotivity lze ovlivnit vnějšími zásahy (psychofarmakologicky, dopingem atd.) (ibid).

Atkinsonová (2003) uvádí, že události, které jsou neovlivnitelné a nepředvídatelné nebo takové události, které představují výzvu pro naše sebepojetí, máme tendenci prožívat jako stresové. Někteří lidé častěji než jiní vnímají události tímto způsobem, a tak prožívají stresové reakce. Existují tři základní teorie, proč někteří lidé mají sklon hodnotit události jako stresové: Psychoanalytická teorie, behaviorální teorie a kognitivní teorie.

Psychoanalytická teorie

Psychoanalýza rozlišuje objektivní úzkost, která je přiměřenou reakcí na škodlivou situaci, a neurotickou úzkost, která je neúměrná skutečnému nebezpečí. Sigmund Freud se domníval, že neurotická úzkost pramení z nevědomých intrapsychických konfliktů mezi nepříjemnými impulzy a požadavky reality. Mnoho impulzů představuje pro jedince hrozbu, protože jsou neslučitelné s osobními nebo sociálními hodnotami. Například žena si nemůže přiznat, že vůči své matce pociťuje silnou nenávist, protože tyto pocity jsou v rozporu s jejím přesvědčením, že by dítě mělo své rodiče milovat. Kdyby si svoje skutečné pocity připustila, zničila by tím své sebezpojetí milující dcery a riskovala by ztrátu matčiny lásky a podpory. Když začíná cítit vůči své matce vztek, aktivovaná úzkost slouží jako signál potencionálního nebezpečí. Tato žena proto může prožívat i nepatrný konflikt se svou matkou, jako vážný stresor.

Podle psychoanalytické teorie všichni prožíváme nevědomé konflikty. Avšak u některých lidí jsou tyto konflikty vážnější a početnější a tito lidé prožívají více životních událostí jako stresové (Atkinson, 2003).

Behaviorální teorie

Behavioristé se na rozdíl od Freuda zaměřili na způsoby, jimiž se jedinci učí spojovat si stresové reakce s určitými situacemi. Někteří lidé reagují na určité situace strachem a úzkostí, protože v minulosti měly tyto situace za následek nějakou újmu nebo stres. Některé fobie se vyvinou prostřednictvím takového podmiňování (např. osoba, která se topila, bude mít strach z hluboké vody atd.).

Někdy je těžké se strachu zbavit. Jestliže je první reakcí vyhnout se situaci nebo únik ze situace, která vzbuzuje úzkost, nemusí být člověk schopný určit, kdy situace není nebezpečná. Lidé tedy mohou mít nadále strach z určitých situací, protože se jim trvale vyhýbají a nekonfrontují se se svým strachem (Atkinson, 2003).

Kognitivní teorie

Modifikace teorie naučené bezmocnosti vytvořená Abramsonovou, Seligmanem a Teasdalem (1978 in Atkinson, 2003) je zaměřená na přisuzování (atribuci) nebo vysvětlování příčin, jež lidé dávají důležitým událostem. Tito badatelé tvrdí, že když lidé připisují negativní události příčinám, které jsou ve vztahu k nim vnitřní („je to moje chyba“), nemění se v čase („bude to trvat věčně“), jsou globální a ovlivňují mnoho

oblastí jejich života, častěji vykazují bezmocné, depresivní reakce na negativní události. Jestliže například člověk, kterého opustí partner, přisoudí rozpad manželství své „špatné“ osobnosti (vnitřní, neměnná a globální atributy), bude mít sklon ke ztrátě sebeúcty a bude očekávat, že budoucí vztah se rovněž nevydaří. To opět povede k snížené motivovanosti, pasivitě a smutku. Jestliže naopak provede méně pesimistickou atribuci, jako je připsání rozpadu manželství odlišnosti povah partnerů, bude mít sklon k udržení sebeúcty a motivovanosti do budoucna.

Abramsonová a spolupracovníci předpokládají, že lidé mají atribuční styly, tj. určité styly, kterými připisují příčiny událostem svého života. Tyto styly ovlivňují míru, v níž lidé prožívají události jako stresové a vykazují bezmocné, depresivní reakce na náročné události. Pokud člověk preferuje pesimistický atribuční styl má tendenci k vyšší nemocnosti a je u něj zaznamenána vyšší hladina deprese (Atkinson, 2003).

3. Psychosomatika a somatopsychika

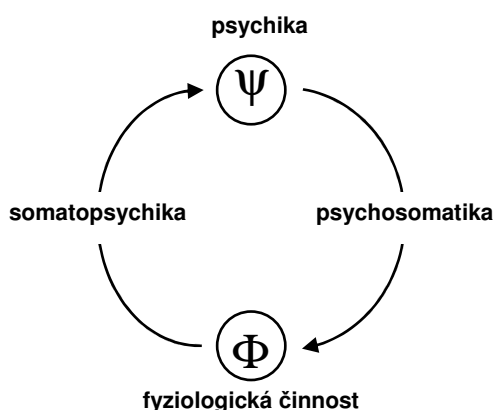
Stres působí na organismus prostřednictvím emocí, a to se promítá do činnosti autonomní nervové soustavy (Nakonečný, 2000). Provázanost emočních procesů s fyziologickou stránkou člověka a následně také s jeho chováním je prokázána (Obr. 4). Právě díky jejich vzájemnému ovlivňování a prostupování může dojít k mechanickému převádění psychických tenzí z jedné roviny na druhou (Vymětal, 2003).

V souvislosti s vlivem stresu se tak setkáváme s dvěma podobnými termíny. Termín psychosomatika označujeme děje, kde v souborů faktorů nějaké nemoci je možno zjistit nezanedbatelný vliv psychiky (stísněnost, deprese, obavy a strach atd.). Tyto nemoci jsou označovány jako stresové choroby či choroby z maladaptace (nesprávné adaptace), nebo také nesprávně civilizační onemocnění. Dnes je odborníci nazývají chorobami psychosomatickými (Máček, Máčková, 2002). Psychosomatické poruchy jsou někdy označovány přímo jako vegetativní reakce na emoční konflikty (Nakonečný, 2000)

Termínem somatopsychický jev označujeme vliv tělesného stavu (v nemoci) na psychiku člověka, na celkové pocity a myšlenky (Křivohlavý, 1994).

Je známo, že aktuální vytěšňování a potlačování určitých pocitů a emocí moduluje metabolismus a imunitní i neurohumorální systém po mnoho hodin. Chronické vytěšňování a potlačování je pak ovlivňuje dlouhodobě a dochází k přeladování organismu a změnám trvalého rázu (Vymětal, 2003).

Psychosomatickému onemocnění většinou předchází dlouhotrvající stres, který si pacient často sám ani neuvědomuje. Toto rozladění se pak projeví jako chorobu vyvolávající „druhý úder“, přičemž „prvním úderem“ pro určitou nemoc je vrozená či získaná dispozice. Lékaři tuto dispozici nazývají *locus minoris resistentiae*, místo, kde tělo klade nejmenší odpor vůči nějaké nemoci – individuální slabinu. Proti tomu je člověk většinou bezmocný. Nicméně je ale často v jeho moci nenechat situaci k tomuto druhému údělu dojít. (Bierach, 1992)



Obr. 2. Kruh vzájemných vztahů psychické a fyzické (fyziologické stránky) existence člověka. (Křivohlavý, 1994): *psychosomatika* – vyjadřuje vztah psychických vlivů na organismus; *somatopsychika* – vyjadřuje vliv tělesného (somatického) stavu na psychický stav.

3.1. Diagnostika psychosomatických poruch

„Diagnostika těchto poruch by měla být zásadně pozitivní a multidimenzionální. To znamená, že je zapotřebí hledat pozitivně přítomné příznaky a mechanismy onemocnění na více úrovních, a to zejména na úrovni somatické a psychopatologické, včetně činitelů precipitujících. Psychosomatická diagnóza by měla být formulována tak, aby umožňovala vypracování krátkodobého a dlouhodobého terapeutického plánu, obsahujícího zásahy na úrovni somatické, psychopatologické a sociální a aby usnadňovala realizaci posudkových opatření.

Šavlík, Singer, Valdauf a kol. (1981 in Höschl, 2002) se pokusili u nás propracovat multidimenzionální psychosomatickou diagnózu.

Tato diagnóza zahrnuje v sobě několik úrovní:

- Nozologickou jednotku, syndrom a symptomy (z hlediska psychopatologie a příslušného lékařského oboru),
- Patogenezi (z hlediska dynamického vývoje osobnosti),
- Mnohočetné etiologické faktory, zejména zátěžové situace, s přihlédnutím k premorbidní osobnosti nemocného,
- Dispozice psychické a somatické,
- Precipitující životní události,
- Funkci nemoci v rámci historie nemocného.

Jak Höschl uvádí, mezi výčet nejdůležitějších psychosomatických poruch systému kostního, kloubního a pojivového patří: Fibrositis, funkční onemocnění páteře, myalgie, poúrazová algoneurodystrofie, tenzí bolesti hlavy a torticollis spastica.

3.2. Diferenciální diagnostika

Psychosomatické poruchy je nutno odlišit od:

- Fobických úzkostných poruch, jiných úzkostných poruch, reakcí na závažný stres a poruch přizpůsobení, dissociativních (konverzních) poruch, jiných neurotických poruch a některých somatoformních poruch, např. od hypochondrické poruchy – jsou to poruchy s převažující nebo dílčí somatickou a vegetativní symptomatikou
 - Larvovaných depresí
 - Onemocnění, u nichž byla prokázána organická patologie, např. nádor, neodlišujeme od takových „klasických“ psychosomatických onemocnění, u nichž organický nález je součástí klinického obrazu (např. vředová choroba žaludku a dvanácterníku) v takových případech již funkční stadium (prekurzor přešla do stadia organického).
- K odlišení od neurotických a dissociativních poruch pomáhá i reakce nemocného na psychofarmakoterapii. Nemocní s tzv. psychosomatickými poruchami tolerují poněkud vyšší dávky psychofarmak ve srovnání s nemocnými s neurotickými a reaktivními poruchami, u nichž většinou převládají subjektivně nepříjemné pocity z nežádoucích účinků medikace, jež zastírají případný terapeutický účinek. U larvovaných (maskovaných) depresí doporučuje většina autorů vysoké dávky antidepressiv podobně jako u velkých depresivních poruch. Pokud nejde o primární rezistenci, odezní larvovaná deprese při tomto léčení během 4-6 týdnů ad integrum, zatímco u některých psychosomatických poruch je terapeutická odpověď pouze

částečná. Larvovaná deprese se manifestují v analogických orgánových systémech jako psychosomatické poruchy, i když jde stále jen o depresivní poruchu. (Höschl , 2002)

3.3. Stres a držení těla

„Organismus se vyrovnává s trvajícím a narůstající škodlivou traumatizací dvěma způsoby“ (Keleman, 2005, s. 108).

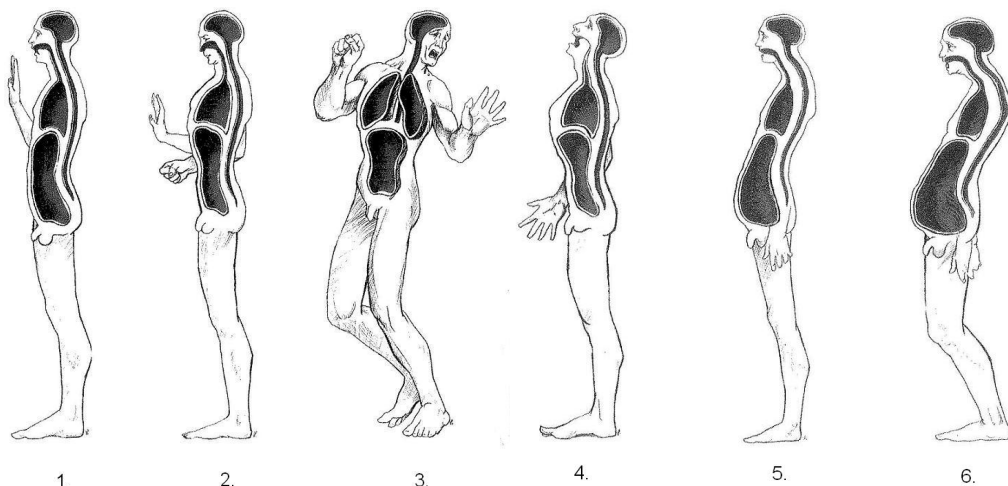
Buď se snaží odolat nebo podléhá. Odolávání činí organismus pevnější, v důsledku odporu si vytváří vyhraněnější tvar. V důsledku podlehnutí stresu organismus svůj tvar ztrácí. Přirozeně vzpřímené držení těla může existovat jen za předpokladu, že není narušena emocionální rovnováha jedince a naopak.

Úlekový reflex

Ze somatického hlediska je škodlivým podnětem vše, co vyvolá tzv. úlekový reflex. Tímto nepodmíněným reflexem je organismus vybaven pro zvládnání nepředvídatelného nebezpečí a krátce trvajících hrozb. Úlekový reflex je vrožený. Je to řada reakcí plynule na sebe navazujících (Obr. 3), při kterých se mění tvar a držení těla. Úlekový reflex může být v jakémkoli stádiu přerušen, nemusí probíhat v neměnném pořadí, jeden nebo více kroků mohou být přeskočeny.

„Úlekový reflex je základní odpovědí na každý podnět, který je neznámý, bez ohledu na to, zda jde o podnět nepříjemný nebo příjemný.“ ((Keleman, 2005, s. 97).

Tento reflex umožňuje okamžitě zaměřit pozornost novým směrem, zvyšuje vnímavost organismu a tím jej chrání, protože mu umožňuje zjistit, co se děje uvnitř i vně.



Obr. 3. Šest stadií úlekového reflexu dle Kelemana (2005).

Šest stadií úlekového reflexu dle Kelemana (2005):

1. pátrání a ostražitost
2. vyztužení a nelibost
3. strnulost, odpor, strach
4. vyztužení a křečovitost
5. ústup a podrobení se
6. kolaps, porážka, rezignace

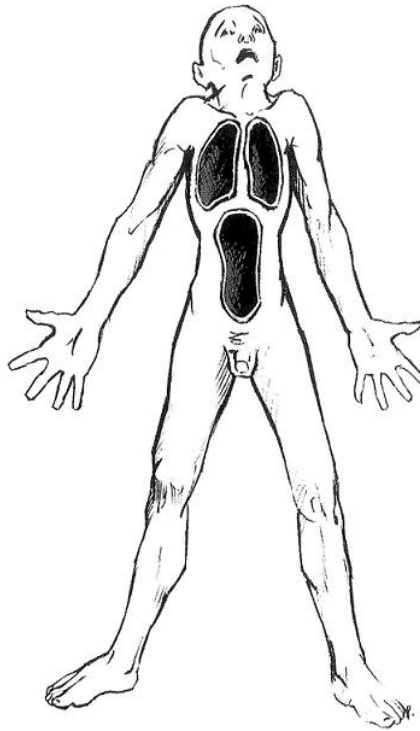
V prvních čtyřech fázích úlekové reakce dochází k napřímení těla. Dochází k extenzi svalů páteře a člověk ztuhne. Postoj je napřímený, vytažený nahoru a vyjadřuje připravenost k akci („boj nebo útěk“). Roste svalový tonus, zejména horní polovina těla. Hrudní dutina se rozpíná kontrakcí mezižeberních nádechových svalů, zatímco pánevní a břišní dutina se stahuje. Jedná se o paradox, protože přirozenou reakcí na strach je flexe zádočných svalů, stažení těla dovnitř, aby mohly být chráněny tělesné orgány. Metabolismus se zrychluje, zvyšuje se vzrušivost a orgánová motilita. Tyto reakce doprovázejí emoce (hněv, vztek, pochybnost o sobě samém).

Při pokračujícím a narůstajícím působení škodlivého podnětu se organismus stává jakoby více tekutým (fáze pět až šest). Hrudník se zužuje a tlak se přesouvá do oblasti břicha, které je tudíž oslabené a vyklenuté. Tento postoj vyjadřuje dezorganizaci, úpadek a porážku.

V poslední fázi je většina svalů těla povolena a oslabená. Dolní končetiny jsou také pokleslé. Organismus podléhá škodlivému podnětu. Metabolismus se zpomaluje, snižuje se vzrušivost a motilita orgánů. Objevují se pocity jako zoufalství, bezmoc nebo kolaps (Keleman, 2005).

Extrémní úlek, strnulost hrůzou

Tato reakce není součástí úlekové reakce, ale je okamžitou reakcí v situacích extrémního šoku. Jde o tzv. Morův reflex (Obr. 4). Při něm se okamžitě křečovitě smrští svaly celého těla, všechny tělesné dutiny se okamžitě zúží. Dochází ke znecitlivění organismu. Hrudník zůstává v pozici výdechu. Někdy může extrémní úlek přejít až do mdloby a pádu do bezvědomí (ibid).



Obr. 4. Morův reflex v situacích extrémního šoku (Keleman, 2005)

Reakce na škodlivý podnět jsou víc, než jen mechanický proces, jsou výrazem autoregulace člověka. Tyto pochody ovlivňují kompletně celý organismus.

Úlekový reflex dle Kelemana (2005) obsahuje:

- a) změnu ve svalech a postoji těla
- b) změnu tvaru bránice
- c) zesílení a následně oslabení tělesných stěn
- d) zvýraznění oddělenosti tělesných dutin
- e) narušení rovnováhy těla
- f) změnu pocitů, emocí a myšlení

3.4. Vzorce držení těla jako následek působení stresu

Některá stadia úlekového reflexu se mohou upevnit a zafixovat v dalším tělesném postoji. Je-li působení škodlivého podnětu časově omezené, tělesné pochody se vrátí k normálnímu klidovému stavu. Jestliže škodlivý podnět přetrvává, nebo se jeho intenzita zvyšuje, bezprostřední úteková nebo útočná reakce se promění v trauma a

somatické potíže. Tělesný postoj se mění, stává se buď „rigidním“, „zhuštěným“, „zbytnělým“ nebo „zkolabovaným“.

Distres způsobuje nadměrnou svalovou tenzi nebo slabost, které narušují přirozené tělesné procesy nutné pro zdraví. Somatizace psychických stresů do držení těla mívá zpravidla svůj počátek již v dětství, kdy je člověk zpravidla silně ovlivňován výchovou.

Tělesný tvar vypovídá o tom, co jsme zažili, jak se prosazujeme, jak se chováme k druhým lidem, demonstruje naše uspokojení i naše zklamání. Svému okolí vysílá neverbální signály o svém emočním stavu.

Uspořádání následujících čtyř struktur ukazuje, jak se osobní zkušenosti a konflikty morfologicky zachycují a jak deformují tělo. Jedním extrémem je , že se osoba zvětší (rigidní nebo zbytnělá struktura), zatímco druhý extrém představuje zmenšení (tuhý nebo zkolabovaný typ). Rigidita a tuhost mají za cíl zachovávat si odstup, zbytnění a zhroucení má za cíl přivést ostatní blíže.

Jednotlivé typy tělesných struktur nejsou psychopatologickými jevy, kategoriemi duševní poruchy nebo tělesné nemoci. Také nejsou striktní typologií, do které mohou být všichni lidé zařazeni. Odráží pouze interakci mezi genetickými předpoklady a emocionální historií, které se zrcadlí ve tvaru lidského těla a ve způsobu, jakým člověk myslí a jedná (ibid).

Rigidní vzpřímenost

Tělesná rigidita je výsledkem potlačování určitých projevů (pláč, hněv) a lpění na specifickém předepsaném chování. Člověk s rigidní strukturou je zvyklý bojovat za to, co chce. Takový člověk je zafixován v postoji trvalé ostražitosti, vždy připraven odstrčit druhé, potlačit své vlastní impulzy a cokoliv, co by ho mohlo vyvést z kontroly.

Existují dva typy tohoto rigidního držení těla – útočný postoj a postoj vyjadřující dominanci (ibid).

A) Rigidní vzpřímenost – útočný postoj:

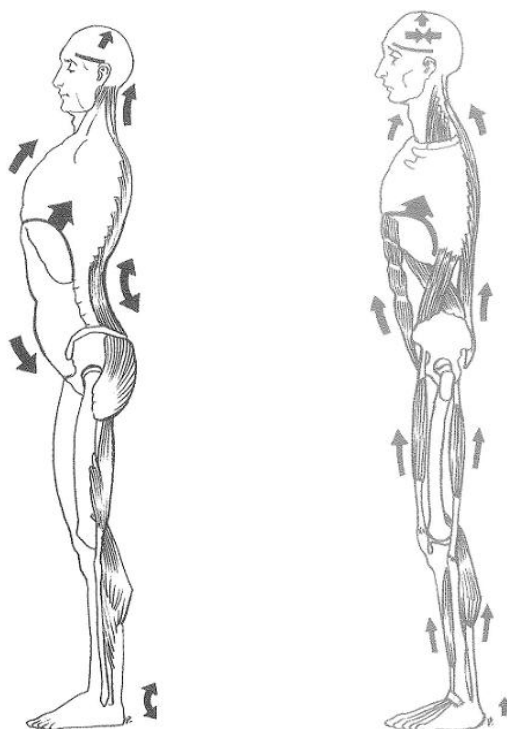
Člověk má při tomto postoji vypjatou hrud' jakoby při nádechu a svaly zadní strany těla jsou ztuhlé a zkrácené (Obr. 5A). V bederní části zad se vytvoří lordóza, zkrácené extenzory hlavy a zkrácené šijové svaly táhnou hlavu do záklonu. Vnější mezižeberní svaly (nádechové) jsou křečovité, zatímco vnitřní mezižeberní svaly jsou

pružné. Oslabené jsou prsní svaly. Příčné břišní svalstvo je stažené, podbřišek, pánevní dno a bederní svaly jsou taktéž v napětí (ibid).

B) Rigidní vzpřímenost – dominující postoj:

Při tomto postoji je člověk vytažen vzhůru, tělo je v jedné přímce (Obr. 5B). Takový postoj se vyznačuje narušením rovnováhy, a proto jsou svaly přední i zadní strany těla intenzivně staženy, aby zabraňovaly pádu. Přirozené ohnutí páteře se vyrovnává. Hrud' není tak vypjatá, příčné i šikmé břišní svalstvo stahuje hrud' do výdechové polohy. Flexory hlavy jsou staženy, aby překonaly tendenci hlavy padnout dozadu (ibid).

V rámci kompenzace rigidního postoje je zapotřebí uvolňovat zkrácené svaly zejména zadní strany těla.



Obr. 5. Rigidní vzpřímenost dle Kelemana (2005): A) Útočný postoj; B) Dominující postoj

Zhuštěný postoj

Člověk s hustou strukturou je jako stlačená harmonika (Obr. 6). Jeho pocity jsou spojeny s tendencí vydržet nátlak a potlačovat své emoce. Člověk se zhuštěným postojem je stresován nemožností se prosadit.

Se stresem se vyrovnává nepohyblivostí a nehybností. Výsledkem je reflexní ztuhnutí, stažení se, za účelem odvrátit útok aby se nemusel podvolit. Svaly celého těla se zkracuje, krk a pas mizí. Síly ohýbající organismus směrem dopředu, jakoby ho zkoušely zavřít. Porušenou rovnováhu přikrčeného těla vyrovnávají extenzory hlavy a horní trapézový sval tím, že přitahují hlavu k trupu. Udržet hlavu v klidu, rozhlédnout se kolem, povytáhnout svůj krk, vyžaduje koordinované úsilí.

Celá povrchová vrstva flexorů páteře je povolena, zatímco svaly na přední straně těla jsou zkráceny (břišní svaly a čtyřhranný sval bederní). Svaly hrudní stěny, horní část trapézového svalu, flexory hlavy, zadní strana stehů jsou silně staženy (ibid).

Při kompenzaci tohoto postoje je klíčové protažení. Jde hlavně o to vytáhnout krk z trupu a co nejvíc protáhnout páteř a svaly dolních končetin, aby se zrušilo splnutí hrudníku a pánve. Je nutné podporovat sebeprosazování (trénovat asertivitu).



Obr. 6. Zhuštěný postoj (Keleman, 2005).

Obě struktury – rigidní i zhuštěná – jsou ranými stádii úlekové reakce, kdy dochází ke ztuhnutí a vypnutí organismu. Rigidní typ se nadměrně rozšíří, aby od sebe

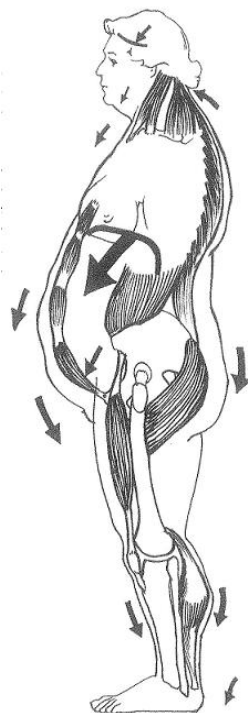
odtlačil druhé lidi. Člověk s hustou strukturou se při přerušení kontaktu s druhými stáhne dovnitř (ibid).

Zbytnělá struktura

Člověk s tímto typem tělesné struktury má zúžený hrudník, síly v hrudní dutině vytlačují břicho a bránici směrem ven a dolů, břicho se při tom vyklenuje a je povoleno. Svaly zad jsou křečovitě staženy při pokusu vyvažovat tělo, aby nepřepadlo dopředu. Pánev a bederní páteř proto tlačí směrem dopředu, pánevní dno je tlačeno směrem dolů, stydká oblast je tlačena ven. Šíjové svaly, prsní svaly, zadní strana stehen a lýtkové svaly jsou zkráceny. Hruškovitý tvar této struktury tlačí přitahovače stehen směrem od sebe (Obr. 7).

S tímto typem postoje se setkáváme u lidí, kteří sami nejsou schopni samostatně se potýkat s výzvami okolí. Nadouvají se, aby se vzdálili svým vlastním vnitřním potřebám a pocitům. Pokouší se zbavit tlaku nebo se zaštitit před požadavky okolí. Proto raději kladou důraz na vzájemnou blízkost a splynutí s ostatními lidmi, na poznání jejich potřeb. Rozpínavostí svého těla se jim symbolicky nabízí v naději, že tak dojdou naplnění. Zbytnělý tvar těla vyjadřuje, že tento typ člověka nevytváří hranice mezi sebou a ostatními lidmi (Keleman, 2005).

Při kompenzaci zbytnělého držení těla je nutné, aby se tyto lidé naučili vytvářet si odstup od ostatních lidí. Dále by se měli věnovat posilování, zejména břišního svalstva. Měli by věnovat pozornost roztahování hrudi např. dechovými cvičeními (posilováním nádechových svalů) a posilováním mezilopatkového svalstva.



Obr. 7. Zbytnělá struktura (Keleman, 2005).

Zkolabované držení těla

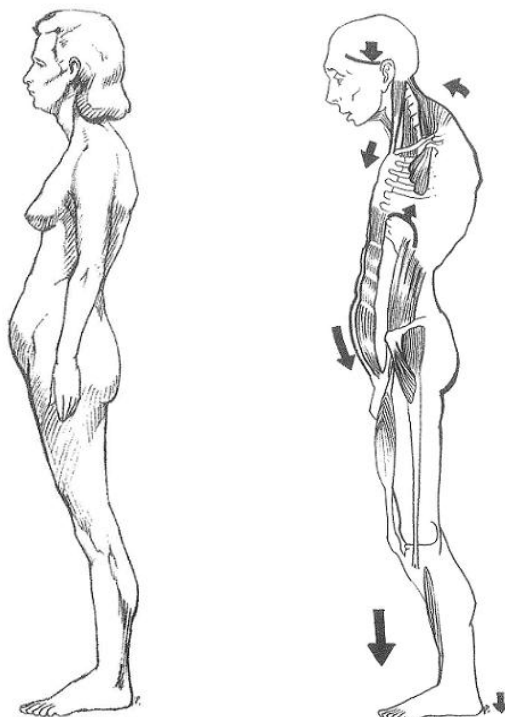
Postoj člověka se zkolabovanou strukturou je omezen ve vzpřímenosti. Na stres reaguje stažením a nezájmem, tak jak je zvyklý ze svého nejbližšího okolí. Charakteristický přístup je rezignace, která má fungovat jako ochrana. Nereagovat je jeho způsob agrese. Osoba má tendence stahovat se do ústraní, nacházíme tendenci k depresi, zoufalství a slabosti. Postrádá schopnost soběstačnosti, proto se stává závislým na druhých.

Zkolabovaná struktura se projevuje celkově oslabenou funkcí svalstva. Tvar těla budí dojem, jakoby se propadal. Tělesná struktura se rozšiřuje do světa, jakoby hledala podporu a naplnění jinde, nebo se hrouťí dovnitř a stáhne se z okolního světa do sebe (Obr. 8).

Svaly kolem páteře jsou ochablé. Bránice je stažená a hrudník je ve výdechové poloze. Má oslabené břišní svaly, pánev je překlopená dopředu břicho je vyklenuté. Pokles vnitřních orgánů táhne bránici dolů. Šíjové svalstvo je v kontrakci jako kompenzace - chrání hlavu před kymácivými pohyby do stran nebo před jejím poklesnutím na hrud'. Svalstvo zdvihačů a ohybačů hlavy je oslabené, trapézové svaly se stahují. Osoba má nedostatečně silné mezilopatkové svaly, prsní svaly jsou zkrácené

a způsobují hlubokou hrudní kyfózu a pokleslá ramena. Zkrácené jsou také svaly zadní strany stehen a bederní vzpřimovače páteře (ibid).

Při práci s tělem jsou vhodná jsou dechová cvičení, protože způsobuje vnitřní tlak a podporuje vzpřímený postoj, prohloubení dechu a zvýšení rytmických pohybů vedou ke znovuzískání vnitřní vitality. Je nutné začít se stavět k výzvám čelem, zpevnit se.



Obr. 8. Zkolabované držení těla (Keleman, 2005).

Celkově lze doporučit, že kromě práce na těle, obnovování jeho pružnosti, pevnosti a ohebnosti, by se mělo pracovat také na psychice a také zde uvolňovat přebytečné napětí a agresi, a nebo naopak posilovat sebevědomí. Při kompenzaci těchto stavů je potřeba si uvědomit, že ne každá kompenzační technika je vhodná pro každého. Tyto techniky je nutné používat s ohledem na individualitu jedince. Mnoha lidem přináší duševní utrpení, jestliže se pokoušejí dosáhnout typologicky neodpovídajícího tělesného vzhledu.

Závěrem této kapitoly je třeba říci, že maximum uspokojení neleží v neustálém opakování zažitých a zafixovaných pocitů nebo činností, ale ve schopnosti být pevný, držet si odstup, odolávat psychickým tlakům a kompenzovat toto psychické napětí alternativními metodami, jež jsou přiměřené požadavkům našeho denního života.

4. Coping – Zvládání stresu

Poněšický uvádí, že „Zajímavá je i tělesná a funkční spojitost s příslušnými duševními funkcemi: klouby spojují údy, mají cosi společného s diferenciací pohyblivosti, poruchy v jejich fungování mohou zrcadlit nedostatečnou psychickou diferencovanost, zvláště co se týče flexibility chování a obratnosti v prosazování se. Tyto tak zvané sociální coping- strategie by tedy měli být středem zájmu psychoterapeutické péče.“ (Poněšický, 2002, s. 74).

Vzhledem k tomu, že emoce a fyziologická aktivace vyvolané stresovými situacemi jsou většinou velmi nepříjemné, člověk je motivován k tomu, aby něco udělal pro zmírnění nebo odstranění nepříjemného stavu. Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi, se nazývá zvládání (angl. coping) a má dvě hlavní formy. Člověk se může zaměřit na určitý problém nebo situaci, která vyvstala, a zkouší nalézt způsob, jak ji změnit nebo jak se jí v budoucnosti vyhnout. Tato forma se nazývá zvládání zaměřené na problém. Člověk se může také zaměřit na zmírnění emocí spojených se stresovou situací, ačkoli ke změně samotné situace nemusí dojít. Tento druhý proces se nazývá zvládání zaměřené na emoce (Lazarus, Folkman, 1984 in Atkinson 2003). Většina lidí se vyrovnává se stresovými situacemi jak pomocí zvládání zaměřeného na problém, tak zvládání zaměřeného na emoce.

Kondiční rovina zahrnuje zejména preventivní, podpůrná cvičení jak v oblasti tělesné, tak i v oblasti duševní.

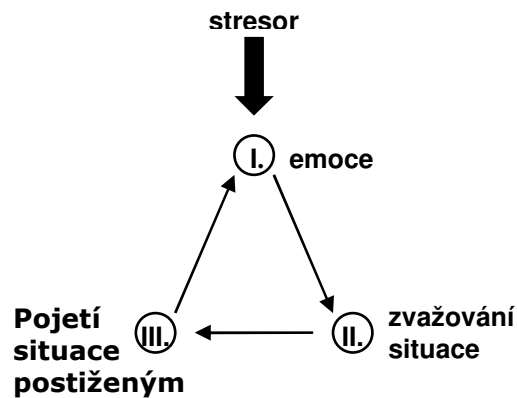
Zvládání stresu je ovlivňováno mnoha faktory:

- osobnostní charakteristika
- styly zvládání
- strategie zvládání
- techniky zvládání
- využívání tzv. vnějších zdrojů (Křivohlavý, 1994)

4.1. Osobnostní charakteristika

Objektivní definice stresové situace ještě nemusí nutně určovat, zda dojde nebo nedojde ke stresu (s výjimkou extrémních hodnot). Vždy záleží na tom, jak si daný člověk tuto situaci interpretuje, jak ji chápe a jak moc se domnívá, že ho ohrožuje (Obr.

9). Zda má k dispozici možnosti zvládnout tuto situaci a jak velké jsou tyto možnosti zvládnání stresu velké. (Křivohlavý, 1994)



Obr. 9. Upravený Schachterův model zvládnání stresu: Stresor působí na emoce (psychiku) nejen přímo, ale zpětně i prostřednictvím interpretace situace postiženou osobou (Křivohlavý, 1994).

Toto hodnocení situace a sebe sama závisí na demografických poměrech, zkušenostech z předchozího života, osobnostní charakteristice, osobních dovednostech zvládat stres, sociální podpoře a socioekonomickém statutu a situaci, za jaké stres přichází.

Lidé, kteří se běžně vyrovnávají se stresem úspěšně, mají určité osobnostní vlastnosti, které minimalizují množství stresu, kterému jsou vystaveni. Jinými slovy, jsou duševně zdraví a mají adaptabilní osobnost, která má tyto znaky:

- kladné sebehodnocení
- čistá mysl
- cílevědomost
- dobré komunikační dovednosti
- schopnost řešit problémy efektivně
- využívání adaptačních a sociálních dovedností
- udržování se v dobré fyzické a duševní kondici
- schopnost seberealizace
- autonomie (nezávislost)
- subjektivní uspokojení
- adekvátní vnímání reality

- flexibilita (schopnost změny, přizpůsobení se)
- nezdolnost – nevzdát se a bojovat s těžkostí, houževnatost, schopnost rychle se vzpamatovávat ze stresu
- koherence - vnitřní skloubenost osobnosti člověka
- osobní tvrdost - zahrnuje kontrolu nad situací, osobní ztotožnění s vlastním jednáním a chápání těžkých situací jako výzva k boji
- optimismus – očekávání pozitivního výsledku svého jednání
- naučený optimismus a naučené zdroje síly
- smysluplnost života
- víra (i náboženská)
- smysl pro humor
- sebedůvěra a síla ega
- svědomitost – osvojené zdravější způsoby života, vyhýbání se zbytečným stresorům (Křivohlavý, 2003).

4.2. Styly zvládání těžkostí

Styl zvládání těžkostí je u konkrétního člověka obecná tendence jednat se stresující situací zcela určitým způsobem. Mezi tyto specifické způsoby přístupu ke stresu patří:

- vyhýbání se stresu (minimalizování kontaktu se stresem), vhodnější u menšího, krátkodobého stresu
- stavění se čelem ke stresu – vhodné u většího, dlouhotrvajícího stresu
- sebeznehodnocující styl – uváděním vlastního znevýhodnění se člověk snaží předem zabezpečit pro případ prohry a zachovat si tak tvář (Křivohlavý, 2003).

4.3. Strategie zvládání životních těžkostí

Strategie zvládání stresu jsou ještě specifičtější způsoby přístupů ke zvládání stresu. Byly vytipovány dva druhy – strategie na řešení následků stresu, který vlivem stresu vyvstal a strategie na vyrovnání se s emocionálním stavem, spojených s existencí stresu. Bylo zjištěno, že ze 30 % je preference té či oné strategie vrozená, kromě toho je volba strategie ovlivněna také výchovou a kulturou.

Další rozdělení strategií zvládání stresu je následující:

1. konfrontační způsob zvládání stresu,
2. hledání sociální opory,
3. plánované hledání řešení problému,
4. sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení),
5. distancování se od dění,
6. hledání pozitivních stránek dění,
7. přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace,
8. snaha vyhnout se stresové situaci a utéct z ní.

Cíle zvládání stresu:

1. snížit úroveň stresoru,
2. větší snášenlivost nepříjemností,
3. zachovat si tvář a pozitivní obraz sebe sama (image),
4. zachovat si emocionální klid (duševní rovnováhu),
5. zlepšit podmínky regenerace po stresu,
6. pokračovat v sociální interakci s druhými lidmi (Křivohlavý, 2003).

4.4. Techniky zvládání stresu

Slovem „technika“ se označuje způsob, jak se s určitým problémem vyrovnat, i v případě zvládání těžkých životních situací. Obvykle se jedná o regulaci napjatého emocionálního stavu a obnovu duševní rovnováhy. K tomuto účelu se jsou dle Křivohlavého (2003) využívány tyto techniky:

- Relaxace – záměrné uvolňování svalů. Uvolněné napětí se poté rozšiřuje na celé tělo a vede i k uklidnění psychiky (Křivohlavý, 2002). Nejčastější způsoby relaxace jsou Schultzův autogenní relaxační trénink a Jakobsonova progresivní relaxace

- Meditace – patří do skupiny relaxačních cvičení, pomalé a soustředěné opakování určitého slova vede k odpočinku nebo hlubší zamyšlení např. nad určitou myšlenkou (moudrem) (Křivohlavý, 2003).

- Imaginace – záměrné představování si tzv. uklidňujících scénérií nebo vzpomínání na úspěšné zvládnutí problému (Křivohlavý, 2003)

- Dechová cvičení - podobný význam jako svalová relaxace

- Hudba – jakákoliv, popřípadě speciální uklidňující nahrávky

- Beletrie - čtení i poslech četby (např. z rádia).
- Humor
- Poskytování sociální opory – udělat někomu radost, vlídné slovo
- Pohybová aktivita (Křivohlavý, 2002) viz. Příloha 2

5. Krční páteř

5.1. Příčiny bolestí C páteře

Kritéria funkčních onemocnění

Kritéria charakteristické pro anamnézu funkčních poruch pohybové soustavy formuloval K. Gutzeit (1951 in Lewit 2003). Jsou to:

Chronicko intermitentní průběh: Pokud nejde o mladistvé, trvají potíže zpravidla řadu let nebo i desetiletí, i když někdy pouze v lehčí formě a s dlouhými intervaly bez bolestí. Často tyto skutečnosti musíme zjistit cílenými dotazy. Měli bychom znát pokud možno první ataku vůbec, frekvenci a délky atak a začátek poslední ataky.

Systémový charakter: V průběhu let se projevují potíže v různých úsecích páteře. Jen výjimečně se omezují na jediný úsek. I o tom je nutné se přesvědčit cíleným dotazem, neboť pacient si souvislostí nemusí být vědom nebo jim nepřikládá důležitost.

Trauma v anamnéze: Trauma je jedním z hlavních patogenetických činitelů, a proto je-li v anamnéze, vždy zvyšuje naše podezření na vertebrogenní poruchu. Je třeba si uvědomit, že i trauma postihující např. i „jen“ končetiny, může působit přímo nebo nepřímo na osový orgán, tj. na páteř.

Závislost na zátěži, poloze a držení těla: Funkce pohybové soustavy a její poruchy závisejí zcela očividně na pohybu, zvláště násilném, a na držení (poloze) těla, hlavně je-li namáhavé. Je tedy velmi žádoucí zjistit, zajatých okolností k bolestivým atakám dochází. Toto je důležité i z hlediska prevence. Dále nás zajímá, který pohyb nebo poloha přináší pacientovi úlevu. Chceme znát, zda je bolest vyvolána náhlým pohybem, namáhavým výkonem o určitém trvání nebo vynuceným dlouhodobým držením (polohou) těla. Patří sem také pochopitelně pracovní a sportovní anamnéza.

Závislost na faktorech působících na vegetativní soustavu: U funkčních poruch pohybové soustavy nebývá mechanický faktor jediný, a proto vše, co ovlivňuje reaktivitu organismu, zejména jeho nervový systém, hraje významnou úlohu. Jak ukazuje zkušenost, k nejnámějším faktorům patří počasí a jeho změny, a s tím

související prochlazení, infekční choroby, zejména spojené s teplotou, jako běžná chřipková onemocnění, změny hormonální, zjevnější u žen vlivem menstruačního cyklu, kdy zpravidla pozorujeme zhoršení začátkem nebo v průběhu menstruace, i alergická reakce s mohutnou vegetativní odezvou.

Psychický faktor: Psychické příznaky nikterak nevylučují, nýbrž naopak spíše potvrzují diagnózu vertebrogenní poruchy. I když zpravidla až další průběh onemocnění ukazuje, jak velkou roli psychický faktor skutečně hraje. Psychický faktor může ale také přetrvat nebo způsobit další recidivy bolestivé poruchy následkem svalové tenze, tj. neschopnosti relaxovat, jak to vidáme například u larvovaných depresí. (Lewit, 2003)

Paroxyzmálnost: Za velmi charakteristickou vlastnost vertebrogenních poruch označuje Gutzeit jejich paroxyzmální průběh. Platí to zejména pro vegetativní poruchy vertebrogenního původu, jako jsou bolesti hlavy, závratě, stenokardie aj. I když nemocný popisuje své bolesti jako stálé, zjišťujeme při bližším dotazu, že intenzita bolestí kolísá. Je pak naším úkolem také stanovit trvání jednotlivých paroxysmů, jejich frekvenci a délku intervalu.

Asymetričnost: Vertebrogenní bolesti nebývají symetrické a jsou nezřídka jednostranné. Platí to jak pro kořenové a pseudoradikulární (reflexní) syndromy, tak pro bolesti hlavy nebo pseudoviscerální syndromy. Narůstání asymetrie znamená zpravidla zhoršení a naopak dosažení symetričnosti bývá spojeno se zlepšením. Proto také nemusí být nepříznivé, když se jednostranná symptomatologie stane oboustrannou.

„Dědičné faktory ovlivňující funkční onemocnění:

- Prenatální a postnatální biologický vývoj až do současné doby.
- Prodělané nemoci, úrazy a jejich léčení, vývoj současných potíží.
- Způsob života a pohybové chování do současné doby.
- Vliv rodinného a společenského prostředí.
- Vliv vnitřního prostředí (logistika, psychika, výživa, vnitřní

poruchy).“(Velé, 2006, s.159)

5.2. Diagnostika funkčních poruch krční páteře

Pohybová soustava je nečastějším zdrojem bolesti v živém organismu. Je tomu tak proto, že představuje asi $\frac{3}{4}$ váhy těla. Je ovládána vůlí, a proto vydána napospas našim rozmarům a nemůže se proti zneužívání bránit ničím jiným než tím, že působí bolest. Z toho vyplývá, že bolest nás varuje před škodlivou činností nebo funkcí, a právě

porucha funkce je nejčastější příčinou bolesti s původem v pohybové soustavě (Lewit, 2003).

Příčiny bolestí C páteře

Spektrum příčin bezprostředně předcházejících vzniku bolestí zad je nesmírně široké a nelze v něm vysledovat jednotný mechanismus. V některých případech uvádějí pacienti nezvyklou či nadměrnou fyzickou zátěž, častá bývá i zmínka o prochlazení. V naprosté většině případů se ale bolest zad objevuje náhle, například ráno po probuzení, aniž by byl pacient schopen v anamnéze uvést jakýkoliv vyvolávající moment.

Na jednotném mechanismu vzniku bolestí zad však nejsou schopni se shodnout nejen pacienti, ale ani samotní lékaři. To, na čem se naopak lékaři téměř bezvýhradně shodují, je vliv stresu. Je totiž bezpečně prokázáno, že centrální nervový systém, především tzv. limbický systém, zodpovídá za řízení motoriky a svalového tonu (Hnízdil, 2000).

Bolestivé syndromy Cp

V oblasti šíje a krční páteře se můžeme setkat s velkým množstvím bolestivých stavů, které jsou často způsobeny funkční poruchou. Většina těchto bolestivých stavů má společného viníka, kterým je nejčastěji nevhodné zatěžování a stres, jenž graduje v některý z níže uvedených bolestivých stavů.

Blokády v AC a SC kloubu

Blokády v acromioclavikulárním a sternoklavikulárním kloubu vyvolávají bolesti s iradiací přes rameno do paže nebo do šíje, zhoršují se pohybem. Funkční blokáda prvního žebra může mít vliv na nervově cévní svazek brachiálního plexu. Podobně blokády 2. a 3. žebra vyvolávají také bolesti v oblasti šíje, ale většinou s iradiací na zadní stranu ramene a paže. Zhoršují se pohybem končetiny postižené strany a pohybem hlavy (Kasík, 2002).

Akutní krční ústřel

Je akutně vzniklý spasmus šíjového svalstva a následný blok pohybového segmentu. Nápadné je postavení krční páteře a hlavy, která je často držena v rotaci a inklinaci. Nejvýraznější subjektivní projev je lokální bolest šíje a krční páteře v oblasti trnů nebo paravertebrálně a je přítomna porucha pohyblivosti. Pohyblivost omezuje

velmi bolestivý svalový spasmus, který nutí k již zmiňovanému abnormálnímu držení hlavy. Toto držení je většinou nejméně bolestivé, tedy je to i úlevová poloha.

Nejčastější mechanismu vzniku ústřelu:

- po prudkém nekoordinovaném pohybu
- po déletrvajícím abnormální držení hlavy (např. během spánku)
- po prochlazení, ofouknutí (např. během jízdy v autě se staženým okénkem, v průvanu)

Bolesti se často propagují do týla, může se vyskytnout závrať, zvracení, či nauzea. Vyskytuje se v každém věku, často postihuje i mladší pacienty.

Typický je náhlý akutní vznik u zdravého jedince. Při radiologickém vyšetření většinou nejsou patrné žádné strukturální změny, popřípadě porucha statiky páteře (skolióza či vyrovnání krční lordózy).

V diferenciální diagnostice je nutno odlišit i fixované držení hlavy v případě tumorů zadní jámy u dětí. U starších nemocných je nutné myslet na případnou metastázu maligního procesu.

Vše rozhodne objektivní neurologické vyšetření. Přičemž prostý blok má normální neurologický nález, u tumorů bývá cerebelární syndrom. (Ambler, 2000, s. 369)

Bolesti hlavy cervikálního původu - Cervicokraniální syndrom

Tento syndrom zahrnuje bolest hlavy cervikálního původu a jiné klinické poruchy. Zejména pak poruchy rovnováhy, včetně drobných neurologických změn, jako je cervikální nystagmus.

Bolest může být lokalizována:

- v týle
- na temeni
- ve spánku
- může být symetrická nebo jen jednostranná

Bolesti mají typický chronicko-intermitentní charakter. Jsou provokovány nadměrnou zátěží až přetěžováním krční páteře. Je nutné zdůraznit vliv psychické zátěže, který zde hraje velkou roli. Během stresového období je časté nadměrné napětí šíjové oblasti, jenž stále přitahuje ramena k hlavě, do jakési obrané polohy, která je při

dlouhotrvajícím napětí velmi nevýhodná a způsobuje přetížení šíje a horních fixátorů lopatek a ramen. (Ambler, 2004)

V diferenciální diagnostice odlišujeme i jiné příčiny bolesti hlavy, jako jsou tenzí cefalgie, ale i syndrom nitrolební hypertenze. Samostatnou variantou je pak cervikální migréna, při které dochází k paroxysmálnímu vystupňování bolestí se zvracením, takže připomínají klasickou migrénu a mohou mít i hemikranický charakter.

Častým příznakem cervikokraniálního syndromu je závrať, která se nazývá též polohová nebo cervikální. Tato má úzký vztah k vertebrální arterii zásobující vestibulární systém, ke krční páteři, ale také poruchou propiocepce v kloubech páteřních a šíjových svalech, které se uplatňují při udržování rovnováhy. V případě starších jedinců jsou závratě častější, protože dochází ke kompresi často sklerotické a. vertebralis, způsobené strukturálními změnami (osteofyty), při rizikových polohách hlavy jako jsou záklon a rotace. Proto se těmto polohám snažíme vyhýbat. Toto doporučení je nutné brát v úvahu především při léčebné tělesné výchově. Funkční porucha může způsobit i krátkodobou ztrátu vědomí, toto nazýváme cervikální synkopou, opět je zde závislost na poloze hlavy. (Ambler, 2000)

Jde o velmi časté onemocnění a pravděpodobně o nejčastější formu bolesti hlavy vůbec. Zahrnuje i „tenzní bolest hlavy“, které bývají pokládány především za psychogenní. Zvýšení svalového napětí má velmi různé a početné příčiny. Je také částí klinického obrazu tenzí bolesti hlavy. Zvýšené svalové napětí je totiž následkem téměř všech funkčních poruch páteře, lhostejno, zda jde o přetěžování exogenní, vadné držení hlavy, psychické napětí, svalovou dysbalanci nebo o poruchy pohyblivosti jiných pohybových segmentů krční páteře, případně výskyt spoušťových bodů (TrP) (Lewit, 2003).

Ani „vasomotorická“ bolest hlavy není nutně v rozporu s bolestí hlavy cervikálního původu. Už sama skutečnost, že porucha v oblasti cervikální vyvolává bolest hlavy, nasvědčuje tomu, že zde hraje roli reflexní faktor. Pokud se domníváme, že funkční porucha hraje roli jako nociceptivní stimulus, pak bývá vasomotorická reakce zcela běžnou a typickou odpovědí na bolestivé podráždění, které zpravidla vyvolá vasokonstrikci.

Mezi subjektivní příznaky patří vše, co je příznačné pro všechna vertebrogenní onemocnění. Tyto příznaky platí i pro bolesti hlavy „cervikálního“ původu. Dalším důležitým příznakem bývá asymetrie, tj. skutečnost, že cervikokraniální bolest hlavy bývá často jednostranná nebo alespoň výraznější na jedné straně. Bývá často

paroxysmální, to znamená, že pacient má období buď bez bolesti, nebo alespoň s menší bolestí, po nichž následují záchvaty intenzivní bolesti. Také lokalizace bolesti nás utvrdí v diagnóze „cervicokraniálního“ syndromu, když nemocný popisuje, že bolest hlavy vyzařuje ze šíje do záhlaví a dále do spánků a očí více na jedné než na druhé straně. Na tomto ovšem nelze stavět diagnózu. U mladých nemocných, zvláště u dětí, bývá bolest hlavy prvním příznakem funkční poruchy krční páteře dlouho před tím, než nemocný pociťuje bolest v šíji. Často pak tyto nemocní udávají pouze bolesti v čele a ve spáncích. I bolesti promítající se do obličeje mohou být cervikálního původu (ne ovšem pravá neuralgie trojklaného nervu). Také bylo dokázáno, že spoušťové body v kývačích často vyvolávají bolesti v obličeji a dokonce sekundární spazmy ve žvýkacích svalech, které velmi často působí bolesti hlavy. Často bývá příčina přímo v orofaciální oblasti.

Pro objektivní nález jsou nejdůležitější příznaky funkční poruchy cervikální, zřetězenou s celou pohybovou soustavou, které se nikterak neliší od nálezů při bolesti v šíji. Zahrnují svalovou dysbalanci, spoušťové body, chybné dýchání, vadné držení hlavy a poruchy pohyblivosti v pohybových segmentech cervikálních zejména ovšem v hlavových kloubech. Nejdůležitější spoušťové body bývají na laterální ploše příčného výběžku C2 (častěji na pravé straně), na zadním oblouku atlasu (v krátkých extenzorech) na zadním okraji velkého týlního otvoru, na příčných výběžcích atlasu a v kývači. Velmi časté bolestivé body bývají druhotné, někdy však jsou významné bolestivé body na atypických místech lebky (Lewit, 2003, s. 301).

Migréna

Většina charakteristických rysů migrény je v podstatě shodná s bolestí hlavy cervikálního původu. U některých typů migrény nenalzáme postižení krční páteře, avšak v běžné praxi nalzáme u valné většiny nemocných (včetně dětí) některé poruchy v pohybové soustavě. Zdá se, že podobně jako u interních onemocnění, bývá u migrény bolest spojena se změnami funkce pohybového ústrojí, s bolestivými spoušťovými body ve svalstvu i v úponech zejména na páteři a tyto změny pak tvoří významný patogenetický faktor, přinejmenším jako spouštěcí faktor. (Lewit, 2003)

Nejčastěji je bolest hlavy zapříčiněna celkovým napětím, tudíž i zvýšeným svalovým tonusem svalů jak v obličejové části, tak i v části spánkové, temenní a šíjové. Často mají na této tenzi podíl brýlemi či kontaktními čočkami nekorigované poruchy zraku, tudíž i nutnost neustále zvýšené koncentrace (Poněšický, 2002)

Anteflexní bolest hlavy

Samostatnou variantou je anteflexní cefalea, která vzniká po dlouhodobém držení hlavy v předklonu. (Ambler, 2000)

Touto bolestí velmi často trpí i děti ve škole. U dětí nebývá zdaleka tak často bolest hlavy způsobena psychickými příčinami, jako následkem tohoto mechanismu.

Děti se nejčastěji probouzí bez bolesti, během dne zvláště pak po delším psaní či čtení začne dítě pociťovat nepříjemné pocity. Dítě se snaží z této pro něj nepříjemné pozice vymanit, stává se neklidným, vrtí se a snaží se změnit svoji pozici, poté přichází bolest. Bolesti ustávají během prázdnin či svátků. Při zhoršení stavu začínají bolesti dříve a dítě má stále větší problém se soustředit. Jeho výkonnost a schopnost soustředění se zhoršuje. Také se objevují problémy při kotoulech nebo při jízdě v dopravních prostředcích, kdy jsou pacienti náchylní na otřesy vznikající při jízdě. Z těchto potíží se velmi často generuje nechuť ke škole, kde je dítě napomínáno za neposednost a nesoustředěnost. Také si uvědomuje, že se ve škole necítí dobře a že mu pobyt ve škole působí nepříjemné pocity a bolest. Z toho pak plyne nechuť k chození do školy. Z výše zmiňovaného plyne, že každá bolest hlavy u dětí školního věku nemusí být vždy psychogenního charakteru.

Objektivní nález:

- pozitivní anteflexní test (držíme hlavu nenásilně v maximální anteflexi 10-15 sekund, dítě pak udává bolest)
- pátráme po blokáдах v hlavových kloubech
- častým bolestivým bodem bývá laterální hrana trnu C2 a zadním oblouku C1 (Lewit, 2003)

Cervicobrachiální syndrom

Jde o pseudoradikulární syndrom, kde zdrojem bolestí jsou nejčastěji klouby dolní krční páteře. Běžná je koincidence s kořenovým syndromem. Bolesti vyzařují do končetin, přesahují hranice dermatomu nebo jsou difuzní. Chybí objektivní známky poškození míšních kořenů.

Je charakterizován difuzními bolestmi v šíji s propagací do jedné horní končetiny, především do oblasti ramene a paže. Bolesti většinou nemají kořenovou distribuci v příslušných dermatomech. Mají pseudoradikulární charakter, při tomto syndromu nejsou přítomny poruchy cití ani reflexů. Na končetině se mohou vyskytovat i vegetativní projevy, jako je mírný edém, termo i vasoregulace.

Typicky bývá bolestivý Erbův bod, bolesti se zvyšují tahem a zapažením horní končetiny (Ambler, 2000).

Bolest se také může, vyskytnou poblíž mediálního úhlu lopatky, kde se nalézá spoušťový bod (TrP) ve střední části m. trapezius. Dále porucha hybnosti krční páteře a poruchy funkce cervikothorakálního přechodu, kterou si často pacienti neuvědomují, protože tento pohyb vykompenzují rotací horní a střední krční páteře nebo pohybem očí. K dalším příznakům patří hypertonus šíjového svalstva.

V diferenciální diagnostice je důležité odlišit, zda jde skutečně o primární afekci v oblasti krční páteře nebo ramenního kloubu. V případě postižení ramene užíváme souhrnný název syndrom bolestivého ramene.

Psychosomatická onemocnění v oblasti krční páteře

Pacienti, kteří trpí psychogenními bolestmi zad, je často líčí barvitěji, používají příměrů jako by byla páteř zlomená, rozlomená, spočívala na ní váha či jako by tam vadilo nějaké cizí těleso. Bolesti často vystřelují jinou cestou než ve směru příslušných nervů a jsou spojeny s tlakem, napětím a únavou. Tomu se nelze divit, protože trvalé svalové napětí spotřebuje opravdu mnoho energie, jako by člověk neustále pracoval či bojoval.

Svalový tonus hraje významnou úlohu při vzniku funkčních poruch pohybového systému. Psychické poruchy provázené emoční tenzí se projevují krom psychických příznaků na funkčních změnách pohybovém aparátu. V tomto směru se přiznává zejména vliv negativních emocí. Lampe (1998 in Hnízdil 2000) poukazuje na zřetelnou souvislost mezi stresem a výskytem bolestí zad. Dle Lampeho pacienti, u nichž se nepodaří nalézt jednoznačné vysvětlení, snášejí svoje potíže mnohem hůře než pacienti, u nichž je tato příčina známá. Sarno dospěl k závěru, že neřešené problémy jsou příčinou napětí, které se může manifestovat fyzickou bolestí. Jedná se tedy o jakousi somatizaci psychických obtíží. Sarno soudí, že bolest zad se pro pacienta často stává únikovou cestou od nutnosti řešit stresující psychické stavy, a doporučuje jako nedílnou součást péče o tyto pacienty psychologickou konzultaci.

Je proto vážným pochybením lékaře, nezabývá-li se při zjišťování příčin vzniku bolestí zad aspekty psychosociálními. Otázky lékaře by měly cíleně směřovat k problémům v rodině, v zaměstnání atd. (Hnízdil J., 2000).

Také Velé uvádí, že: “Z praxe je známo, že psychicky labilní a depresivní osobnosti mají větší sklon k funkčním motorickým poruchám“ (Velé, 2007, s. 161).

Poněšický (2002, s. 74-75) uvádí, že „...téměř poloviny všech lidí nad 50 let se najdou nějaké degenerativní změny na páteři, přitom však jenom 5% těchto pacientů má obtíže.“ To znamená, že k vyvolání těchto bolestí je třeba ještě chronického duševního a tím i svalového napětí, které zvyšuje i napětí mezi obratli a tím způsobuje bolesti. U většiny psychologických vyšetření pacientů s bolestmi zad se jedná o potlačenou reakci na stres ,ať už jde o obranu proti němu, tedy jakému si protiútok, odstranění stresu, s čímž je spojený agresivní afekt, nebo o potlačení útěkové reakce, tendence se vzdát od zátěžové situace, s čímž je spojené potlačení i příslušného úzkostného afektu. Často se jedná o konflikt mezi těmito tendencemi, který má za následek, že jsou do příslušných svalů vysílány protichůdné impulzy, což jenom zvýší výslednou svalovou strnulost.“

G. Schnack a K. Schnacková ve své knize Antistresové rituály (2006, s. 10) uvádí že: „třetina všech bolestí zad je zaviněná stresem“ dále uvádí, že vlivem dlouhodobého stresu dochází k úbytku cukru ve svalových buňkách, neboť svalstvo hůře reaguje na inzulin. Kortizon spotřebovává svalovou bílkovinu, a tak ubývá svalové hmoty. Vzniká chronické přetížení svalů. Zejména psychický stres vede k bolestem šíje a zad.

6. Léčebné metody

Exteroceptivní stimulace

„Tuto metodu indikujeme, zjistíme-li změny aference, citlivosti, spojené se změnami napětí. Jako prostředek se v tomto případě používá hlazení. Z teoretického hlediska lze poznamenat, že pokládáme-li aferenci z hlediska řízení za základní, je tato metoda jediná, která ji bere zcela za své. Nejde o změny cití ve smyslu hrubé neurologické léze, ale o jemnější změny, které nejčastěji poznáme na plosce chodidla, kde často vidíme přímo nestejnou reakci na hlazení, a pacient při dotazu potvrzuje, že citlivost chodidla je asymetrická. Při větší zkušenosti lze pak poznat, že zpravidla změnám svalového tonusu odpovídá jemná změna cití, kterou lze hlazením upravit a takto tonus vyrovnat, tj. dosáhnout symetrie. Předpoklad k tomu ovšem je, že terapeut cítí reakci hlubších tkání na povrchové hlazení.“ (Lewit, 2003, s. 163)

Postizometrická relaxace (PIR)

„U postizometrické relaxace (dále jen PIR) je nutno nejprve dosáhnout předpětí protažením svalu po dosažení minimálního odporu. Je účinná v léčbě bolestivých

spoušťových bodů (trigger points, TrP) ve svalech, ale také u velmi četných bolestivých bodů na okostici, pokud jsou úpony svalů ve spazmu (zvýšené tenzi), někdy patrně také bodů, kam se promítá přenesená bolest. Metoda je (až na některé výjimky) zcela nebolestivá a pacient může navázat autoterapií.“ (Lewit, 2003, s. 162)

Masáže

Toto označení zahrnuje velký počet technik, které se vyvinuly odpradávná. Léčíme tak měkké tkáně, ale i okostici. Podle klinických hledisek používáme masáž tam, kde nalézáme změny ve tkáních, které hlavně spočívají ve změně tonu. Zkušený masér přizpůsobuje svou techniku nálezu tak, aby dosáhl úlevy, tzn., že se snaží zmenšit napětí ve svalech, v kůži i ostatních tkáních. Jsou patrně i TrP, které se pouhou reflexní terapií zcela neupraví, a tam je na místě hluboká frikce nebo drčení. Masáž bývá obvykle příjemná, přináší záhy úlevu, a je proto velmi oblíbená. Bohužel však účinek bývá zpravidla jen přechodný a masáž je velmi náročná na čas a energii terapeuta. Především je však masáž zcela pasivní procedurou, která nevyžaduje téměř pacientovu spolupráci. Proto indikujeme masáž téměř výlučně jako přípravu pro jiné specifitější a účinnější metody léčení a nikoli jako hlavní způsob léčby. (Lewit, 2003, s. 163)

Termoterapie

Při terapii teplem je třeba vzít v úvahu zdravotní stav nemocného a jeho tělesnou konstituci. Čím menší je tělesná plocha (drobní lidé, lidé pyknického typu), tím je třeba být opatrnější, protože kůže je nejdůležitějším regulátorem teploty. V pozitivní termoterapii se používá aplikace parafínu, lavathermy, solux, peloidní zábaly a obklady. Při lokálních účincích tepla dosahujeme lokální hyperémie, spasmolytických účinků, urychlení resorpce exudátů, změkčení a uvolnění vazivových struktur a analgetického efektu. Uvedenými účinky jsou dány i vhodné indikace. Kontraindikací v použití tepla je naopak srdeční insuficience, nefritida, gynekologické záněty, gravidita, tyreotoxikóza, aktivní TBC a maligní tumory (Dylevský, Kubálková, Navrátil, 2001).

Terapie ultrazvukem

Zvuky s frekvencemi vyššími než 20 kHz jsou pro člověka neslyšitelné a nazýváme je ultrazvuk (dále jen UZ). Biologické účinky UZ jsou komplexní a závislé na intenzitě, kmitočtu a trvání expozice. Mezi nejčastěji uváděné biologické účinky, mající význam v medicíně patří:

1. zvýšení membránové permeability a tedy zrychlení difúze ve tkáních

2. porušení vodivosti nervových vláken – tlumivý účinek na přenos vzruchů
3. změna pH tkání. Po ozvučení ultrazvukem se pH zvyšuje, po nadměrné intenzitě může prudce klesnout
4. analgetický a spasmolytický účinek tlášení bolesti komplexními přímými i nepřímými mechanismy
5. změkčování vazivové tkáně změněné chorobnými procesy
6. zlepšení trofiky zvýšením místního krevního oběhu a zvýšením metabolismu (Dylevský, Kubálková, Navrátil, 2001)

Hydroterapie

Při této metodě působí na organismus nejen energie tepelná, ale i pohybová a mechanická. Teplota vody se pohybuje v rozmezí 36 až 43 stupňů Celsia. Celková tepelná koupel navozuje u krevního oběhu zvýšení tepové frekvence a minutového objemu a klesá periferní odpor, jehož důsledkem je snížení krevního tlaku. Spotřeba kyslíku stoupá o 10 až 20 % a dochází i k ovlivnění respirace a renálních funkcí. Koupele lze využít k dosažení svalové i celkové relaxace, například před masáží nebo navazující kineziterapií (Dylevský, Kubálková, Navrátil, 2001).

Elektroterapie

Léčebné využití elektrického proudu patří dnes mezi uznávané léčebné postupy. Diodynamické proudy jsou nízkofrekvenční proudy získané buď jednocestným nebo dvoucestným usměrněním střídavého proudu. Vlivem průchodu DD proudů organismem dochází k rozšiřování kapilár, zvýšení prokrvení léčené oblasti, relaxaci svalstva, zmírnění bolestí, zvýšení resorpčního efektu a k urychlenému vstřebávání otoků (Dylevský, Kubálková, Navrátil, 2001).

Techniky měkkých tkání

V měkkých tkáních jako je kůže, podkoží a fascie vyšetřujeme jejich vzájemnou posunlivost a protažitelnost. Ztráta vzájemné posunlivosti či protažitelnosti se nazývá patologická bariéra. Velký význam zde mají fascie, jedná se o vazivové obaly svalů, které obalují sval, jeho snopce a umožňují vzájemný posuv vůči okolí. Pokud dojde ke stažení fascie je sval komprimovaný, nemůže se plně uvolnit ani plně kontrahovat a často dochází k jeho ischemizaci s následnou přestavbou svalových vláken. Fascie je často nositelem bolesti. Nález patologické restriktivní bariéry je častý u chroniků. Při

nálezu patologické bariery ošetřujeme všemi směry, při ošetření se využívá „fenoménu reales“ („tání“). (Lewit, 2003).

Baňkování

Jde o druh masáže, při které se na tělo přikládají baňky, v nichž je vytvořen podtlak. Baňka nasaje do sebe kůži a podkoží, přičemž dochází k hyperémii tkáně.

Účinky baňkování:

1. mechanický – tkáň se prokrví a uvolní
2. reflexní – ovlivňující vnitřní orgány
3. ovlivnění lymfatického systému – z těla se odplaví velké množství škodlivin

Účinek baňky lze zesílit tím, že je přiložíme na speciální místa, jako je akupunkturální bod nebo na tzv. Headovu zónu, jež dává vzniknout příčným pásovitým segmentům, tzv. dermatomům (Chirali, 2004).

McKenzie metoda

McKenzie metoda je diagnostický a terapeutický systém, který je založen na mechanismu produkce a eliminace bolesti v přímém důsledku na pohyb nebo polohu daného kloubu či celého těla. Tato metoda je vhodná zejména pro léčbu bolestivých stavů spojených s krční a bederní páteří, ale je možné ji využít i pro léčbu bolestí hrudní páteře a periferních kloubů (např. rameno, koleno, kyčel). Úspěšně se využívá v mnoha zemích jako jedna ze základních metod při léčbě bolestí zad. Její výsledky jsou potvrzeny výzkumem (McKenzie, 1997).

Smyslem této terapie je naučit pacienta, jak si může odstranit svoje bolestivé obtíže sám a jak preventivními opatřeními může předcházet dalším bolestem.

Správný sed dle Brüggera

Chceme-li se posadit vzpřímeně, tak aby bylo zatížení rovnoměrné, tedy výhodné musí nám to svalově kloubní aparát dovolit.

Protože je převážně posturální svalstvo často zkrácené, je nutné jeho protažení provádět paralelně nácvikem odlehčujícího Brüggerova sedu. Neprotáhneme-li zkrácené svaly je pak nácvik sedu velmi obtížný, pro hybný systém neekonomický a může způsobovat až bolest.

Požadavky odlehčujícího sedu dle Brüggera:

- klopení pánve dopředu
- zdvižení hrudníku
- opravit držení hlavy
- dýchat do břicha
- opravit držení ramen
- dolní končetiny se stehny asi v úhlu 45° od sebe, nohy pod kolena spočívají

na zemi v mírné zevní rotaci (Rašev, 1992)

Léčba psychosomatických onemocnění

Při léčbě psychosomatických onemocnění je zprvu kladen důraz na celkové uvolnění duševního i tělesného napětí a informační semináře, následuje koncentrace na lokální relaxační cvičení spojené s fyzioterapií, jako jsou masáže, zábaly a koupele a pak následuje aktivní fáze terapie, cvičení, učení se správnému držení těla, přechází se k psychoterapeutickým tělesně orientovaným postupům, počínaje koncentrativním soustředěním se na vnímání všech částí vlastního těla, zvláště páteře a svalů, přes různá dechová cvičení, abreaktivní (metody odreagování, uvolnění afektivního napětí) metody a k hlubinně orientovaným postupům, zabývajícím se např. již zmíněným konfliktem mezi závislostí a nezávislostí. Nesmíme zde opomenout možnost tzv. larvované deprese, jež se projevuje zvláště bolestmi v kříži, spojené s úbytkem životní energie a elánu a snížením sebevědomí a sebehodnocení (Poněšický, 2002).

B. PRAKTICKÁ ČÁST

7. Metodologie

7.1. Úvod

Mým důvodem, proč se zabývám krční páteří, je moje osobní zkušenost s pacienty trpící touto problematikou. Někteří pacienti s obtížemi v oblasti C páteře se, dle mého soudu, od ostatních pacientů odlišují právě určitou „neschopností zvládat životní zátěž“. Tuto svoji hypotézu jsem chtěla ve své práci potvrdit či vyvrátit.

V mé práci zjišťuji, zda zvýšený míra stresu koresponduje se zvýšeným výskytem funkčního onemocnění krční páteře. Tuto skutečnost budu zjišťovat porovnáním anamnézy a komplexního kineziologického rozboru pacientů s psychologickými testy – testem na psychické a fyzické prožívání stresu, dotazníkem SCL 90 a dotazníkem NEO – pětifaktorovým osobnostním inventářem a nestrukturovaným pohovorem.

7.2. Cíle práce

Cílem práce je zjistit, do jaké míry koresponduje zvýšené prožívání stresu s výskytem funkčního onemocnění krční páteře.

7.3. Popis metody

Data pro kvalitativní výzkum byla sebrána v průběhu května až července 2009, která jsem postupně analyzovala. Pro svoji diplomovou práci jsem si vybrala jako výzkumnou metodu vícečetnou případovou studii pacientů s funkčním onemocněním krční páteře. Metody, které jsem použila, jsou nestrukturovaný rozhovor, analýza dokumentace fyzioterapeutů rehabilitační ambulance a dotazníkové metody NEO, SCL-90 a Psychické a fyzické příznaky stresu.

Pro empirické zkoumání pacientů rehabilitační ambulance jsem si vybrala kasuistické explorační studie, neboť nabízí hlubší vhled do problematiky. Zároveň různorodost případů umožňuje širší pojetí výzkumného problému. Kvalitativní metoda výzkumu nabízí validní způsob nakládání s daty. Nižší míra reliability je dána výběrem metody, jistou reliabilnost však zajišťují dotazníky ve výzkumu použité.

7. 4. Vzorek

Vzorek tvoří čtyři kasuistiky selektované na základě odlišnosti funkčního onemocnění a míře psychosomatických příznaků. Výběr nebyl náhodný, řídila jsem se dokumentací rehabilitační ambulance, ke které jsem jako zaměstnanec měla přístup. Etický kodex jsem dodržela, neboť jsem do výzkumu zařadila pouze pacienty, kteří písemně souhlasili s účastí výzkumu. Anonymita byla zajištěna změnou jmen v neutrální kód „Pacient č. ...“. Anamnestická data byla uvedena v takovém rozsahu, aby nebylo možné dohledat konkrétní osobu.

S výzkumem souhlasilo osm ambulantních pacientů, já jsem vybrala čtyři extrémní případy, které nejlépe dokládají zkoumanou problematiku. Vzorek tvoří dva muži a dvě ženy, věk respondentů se pohybuje od 21 do 49 let (ročníky 1988, 1972, 1968, 1960). Vzdělání respondentů bylo rozdílné: student VŠ, střední škola s maturitou, učební obor bez a s maturitou. Profese respondentů byly také rozdílné: student, topič, účetní, květinářka, čímž jsem se snažila zjistit, jak forma práce ovlivňuje funkční onemocnění. Všichni respondenti rekreačně sportovali a aktivně trávili volný čas.

7. 5. Sběr a analýza dat

Klinické vyšetření vybraných jedinců probíhalo dle původně naplánovaného postupu. S každým respondentem byl nejprve proveden klinický rozhovor, odebrána anamnéza a provedeno komplexní kineziologické vyšetření. Při druhém pohovoru, který souvisel s ukončením terapie, respondenti vyplnili dotazníky a opět byl proveden rozhovor o jejich aktuálním stavu a respondenti byli seznámeni s výzkumným záměrem. Rozhovory nepřiloženy z důvodu lehké dosažitelnosti této práce.

Kineziologické vyšetření sloužilo k rozpoznání funkčního onemocnění, anamnéza a klinický rozhovor byl zaměřen na rozbor osobní situace respondenta, na zjištění faktorů souvisejících s funkčním onemocněním. Díky tomu, že pracuji na rehabilitační ambulanci, jsem měla přístup k dokumentaci pacientů, kterou jsem též použila, se svolením pacientů, ke komplexnějšímu popisu jejich případů.

Dotazníkové metody sloužily k zachycení osobnostních rysů, ... Ačkoliv se jedná primárně o kvantitativní metody, využila jsem možnosti jejich kvalitativního rozboru, čímž byla kvantitativní data obohacena o popis jednotlivých položek. Kvalitativní analýzou dotazníků jsem též zajistila celkovou kvalitativní formu výzkumu. Dotazník NEO, pětifaktorový osobnostní inventář, sestavený Costou a McCraem (1989, 1992 in Hřebíčková, Urbánek, 2001) se skládá z pěti obecných dimenzí osobnosti:

neuroticizmu, extroverze, otevřenost vůči zkušenosti, Přívětivost a Svědomitost (tzv. Velká pětka – BIG FIVE). Inventář obsahuje celkem 60 položek, 12 pro každou škálu.

Jedinci s vysokým skóre Neuroticismu se popisují jako psychicky nestabilní, cítí se zahanbeni, nejistí, nervózní, úzkostní, intenzivně prožívají strach, obavy nebo smutek. Jejich představy nekorespondují s realitou, proto mají omezenou možnost kontrolovat se a zvládat stresové situace.

Jedinci s vysokým skórem Extroverze se popisují jako společenší, sebejistí, aktivní, hovorní, energičtí a optimističtí. Mají rádi vzrušení a udržují si veselou mysl.

Jedinci s vysokým skórem Otevřenosti vůči zkušenosti se popisují jako vědychtiví, intelektuální, jsou ochotni experimentovat a zajímají se o umění. Udávají bohatou fantazii a jsou vnímaví k prožitkům pozitivních i negativních emocí. Mají nezávislý úsudek, často se chovají nekonvenčně, zkoušejí nové způsoby jednání a dávají přednost změně.

Jedinci s vysokým skórem Přívětivosti udávají pochopení a porozumění pro druhé, projevují druhým přízeň, chovají se k nim laskavě a vlídně. Mají sklon důvěřovat druhým lidem a dávají přednost spolupráci.

Jedinci s vysokým skórem Svědomitosti se popisují jako cílevědomí, ctižádostiví, pilní, vytrvalí, systematičtí, s pevnou vůlí, disciplinovaní, spolehliví, přesní a pořádní (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Dotazník SCL-90, který je celosvětově používán při psychosomatickém výzkumu, podchycuje kvantitativně celkem 10 psychopatologických okruhů, Autory tohoto dotazníku jsou Derogatis, Lipman a Covi. V diagnostice je velmi oblíbený a používá v nejrůznějších oblastech psychosomatiky a psychiatrie. Používá se především ke sledování psychopatologických symptomů. Dotazník SCL-90 obsahuje 90 položek typu pětibodové verbální analogové škály (Baštecký, 1993). Jedná se výběr z pěti možností popisující, do jaké míry se u pacientů vyskytují obtíže uvedené v dotazníku. Je možné vybrat z možností (0 – vůbec ne, 1 – trochu, 2 – středně, 3 – dosti silně, 4 – velmi silně). „Vyhodnocením získáme přehled o obtížích respondenta jak v rámci devíti dimenzí symptomových škál a dalších škál tzv. nezařazených položek, tak z hlediska souhrnných ukazatelů. Hodnota symptomové dimenze jednotlivého pacienta se vypočítává ze součtu bodů, dosažených v položkách zařazených do dimenze, děleného počtem položek v dané dimenze“ (Baštecký, 1993, s. 122).

Otázky jsou rozděleny do následujících dimenzí: 1 – Somatizace, 2 – Obsese – kompulse, 3 – Interpersonální senzitivita, 4 – Deprese, 5 – Anxiozita, 6 – Hostilita, 7 – Fobie, 8 – Paranoidní myšlení, 9 – Psychoticismus, 10 – Nezařazené položky. Dalším ukazatelem je obecný ukazatel závažnosti (GSI – General Severity Index), který je součtem bodů dosažených v celém dotazníku, dělený počtem otázek. Baštecký (1993) uvádí hranice normy a mezní normy psychopatologie. Tyto hranice byly stanoveny podle výsledků vyšetření zdravých lidí a pacientů denního sanatoria pro neurotická onemocnění.

Dotazník prožívání stresu byl převzat z knihy J. Praška a H. Praškové „Proti stresu krok za krokem“. Umožňuje uvědomit si pacientům, jak při prožívání stresu daný jedinec reaguje nejčastěji.

Data byla analyzována dle kvalitativního rámce případových studií. Kladla jsem důraz na explorační styl práce, tedy především popis zjištěného stavu.

8. Kasuistiky

8. 1. Pacientka č. 1

Popis průběhu terapie a anamnéza pacientky 1 byly převzaty z dokumentace rehabilitačního zařízení, léčba probíhala ve dnech od 17.6. do 30.6. 2009.

Pacientka 1 přišla poprvé do rehabilitační ambulance v červnu 2009 pro bolesti na vnitřní straně levé nohy způsobené pádem z kola. Interní lékařkou byla doporučena rehabilitace, jejímž cílem bylo snížení bolestivosti daných partií. Vyšetření fyzioterapeutem ukázalo svalovou dysbalanci v oblasti krční a bederní páteře. Z tohoto důvodu byla indikována fyzioterapie na zlepšení statiky a dynamiky celé páteře.

Dne 17. 6. byla započata léčba: Doporučená léčba: Celková vířivá masáž, techniky měkkých tkání a léčebná tělesná výchova na zlepšení svalové rovnováhy v oblasti pletence pánevního, komplexní kineziologické vyšetření.

Následně dne 17.6. bylo provedeno komplexní kineziologické vyšetření, včetně anamnézy (viz níže). Z anamnézy vyplynulo, že pacientka je přetěžována kvůli sedavému zaměstnání. Osm až deset hodin tráví u počítače v nekorigovaném sedu, v důsledku čehož je zvýšené napětí svalů v oblasti krční, hrudní a bederní. Po domluvě s pacientkou byla indikována léčba kromě oblasti pánevní i na oblast páteře.

V rámci první terapie pacientka absolvovala vířivou lázeň, ošetření měkkých tkání na adduktorech DK, a uvolnění fascií Cp, Th, L páteře a LTV na oblast pánve (Dok 18. 6. 09). Druhá terapie byla provedena následujícího dne. Pacientka se cítila dobře, udávala snížení napětí v oblasti C páteře. V rámci terapie opět aplikována celková vířivá lázeň, ošetření adduktorů DK exteroceptivní stimulací a uvolnění pánevních vazů. Při třetí terapii se pokračovalo v započaté léčbě a byla připojena PIR adduktorů DK a rekondiční masáž zad. Čtvrtou terapii pacientka absolvovala po víkendu. Stav shledán jako celkově zlepšený, nastalo snížení bolestivosti na adduktorech DK i snížení bolesti páteře. V léčebných procedurách se pokračovalo dle plánu a byla přidána exteroceptivní stimulace na oblast trupu. Další léčba zahrnovala doporučené terapie a byla aplikována baňková masáž. Se zlepšením stavu na adduktorech DK se léčba zaměřovala více na zlepšení statiky a dynamiky páteře, vysvětlením korigovaného sedu dle Brüggera a vysvětlením působení stresu na zvýšené svalové napětí. Při poslední, osmé terapii pacientka shledala svůj stav jako výrazně zlepšený, bolesti na adduktorech DK již ustávají. Pacientka pociťuje uvolnění

jak v oblasti svalů, tak psychické. Cítí se vyrovnaněji a méně pociťuje dopady každodenního stresu. Byla velmi překvapena účinky terapie a rozhodla se pro pravidelné absolvování preventivních rekondičních masáží po ukončení fyzioterapie (z rozhovoru ze dne 30. 6. 09).

Anamnéza

Alergie: 0,

Operace: slepé střevo v r. 1971,

Úrazy: fraktura obou zápěstí cca 1975, 1977, poranění levé poloviny hrudníku – žeber,

Jiné on.: hypertenze, lumbágo s ischiasem,

Léky: betaxa

PA: THP pracovník, PC cca 8-10 h denně, automobil užívá do 1 h denně, nekuřák, žvýkačku užívá občas

SA: cyklistika, posilovna – obojí rekreačně

NO: Poranění adduktorů na levé noze (po pádu na kole), bolest v páteři krční, hrudní a bederní

Objektivně: pánev mírně vlevo výš, levé rameno vlevo výš, margo distalis scapulae vlevo výš, větší valgozita Achillovy šlachy vpravo, zvýšené napětí m. SCM vpravo, AC mírně vpravo výš, tuber ischiadicum vlevo výš, kratší PDK, zvýšené napětí m. trapezius oboustranně, plosky aktivní, zvětšená bederní lordóza, protiakce obou ramen, předsun hlavy, při předklonu levé SI výrazně předjede, chůze včetně špičky paty normální, blok C-Th přechodu uvolněn mobilizací do lateroflexe, palpační bolestivost Th páteře, v kyčlích hybnost volná, odporová bolest adduktorů LDK.

Výsledky testových metod

NEO

Pacientka 1 skórovala vysoce nad normu na škále neuroticismu (37; norma 20,76) a na škále svědomitosti (44; norma 33,04). Škála neuroticismu odhalila, že pacientka pokud je vystavena velkému stresu, mívá občas pocit, že se zhroutí, často se cítí napjatá, nervózní a bezmocná. Někdy se stydí tak, že by se nejraději neviděla a cítí se bezcenná, někdy horší než ostatní. A možná právě proto osamělá a smutná. Potřebovala by někoho, kdo by jí pomohl vyřešit její problémy.

Pacientka sice neusiluje přímo o dokonalost, ale škála svědomitosti, na kteréž skórovala nad rámec normy (44; norma 33,04) ukazuje, že rys svědomitosti je jí vlastní. Zakládá si na tom, že své věci udržuje v čistotě a pořádku, svůj čas si dovede dobře

zorganizovat, pokouší se o splnění všech zadaných úkolů s maximální svědomitostí, drží se vymezených cílů a poměrně tvrdě pracuje na jejich dosažení. Je zásadová, neboť pokud něco slíbí, snaží se to vždy dodržet. A jejím krédem je „jsem výkonná a svou práci vždy zvládnou“.

Ostatní škály dotváří osobnostní profil pacientky 1. Je spíše extrovertně orientovaná, otevřená, avšak pravděpodobně kvůli pocitům méněcennosti trochu stažená z kontaktu.

	Výsledek	Norma
Neuroticismus	37	20,76
Extroverze	28	31,29
Otevřenost	27	27,46
Přívětivost	27	33,82
Svědomitost	44	33,04

Tab. č. 1. Výsledky dotazníku NEO u Pacientky 1.

SCL-90

Pacientka 1 měla tendenci nadhodnocovat své příznaky dle GSI skóre 1,58, kdy se pohybovalo za hranicí patologie (1,18). Pravděpodobně z tohoto důvodu hodnoty většiny škál přesahují hranici patologie.

Nyní se podíváme na jednotlivé škály zvlášť. Skóre somatizace 1,50 bylo nadprůměrné vzhledem k patologické hranici 1,32. Důvodem byly tři odpovědi z celkového počtu dvanácti položek. Pacientku mimořádně mnoho obtěžovaly bolesti v páteři, hodně pociťovala bolesti svalů a „knedlík v krku“. Nezažívala pocity na omdlení nebo závratí, které bývají se zjištěnými potížemi svalové dysbalance krční páteře spojené.

Pacientka mívá náhlé a bezdůvodné výbuchy nálad, které nemůže ovládat, a dá se snadno znepokojit, což vede k nekontrolovaným výbuchům vzteku dle škály vzteku a hostility (2,17; hranice patologie 0,98). Z toho vyplývá, že má sníženou frustrační toleranci.

Na psychickém stavu pacientky má vliv její interpersonální senzitivita (2,89; hranice psychopatologie je 1,28), kdy hůře snáší kritiku druhých a trpí pocity

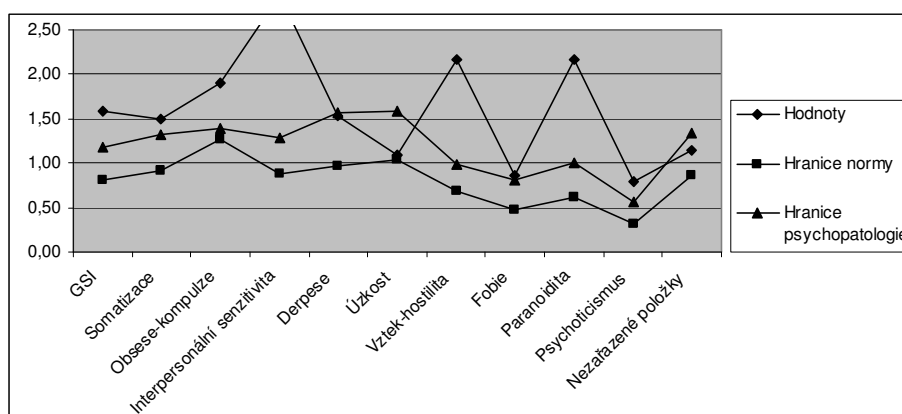
méněcennosti, plachosti a studu vůči druhému pohlaví. Kvůli jisté vztahovačnosti na reakce druhých lidí se mnohdy cítí nesvá a nejistá.

Nejistotu pacientka zmírňovala svou pořádkumilovností a svědomitostí. Mimořádně mnoho skórovala ve škále obsese-kompulze. Především v položkách 10. „Nesnášíte povrchnost, nedbalost a nepořádnost.“ a 28. „Pocit, že Vám něco brání dostat se z místa (ukončit práci a podobně)“, hodně v 09. „Strach, že si něco nezapamatujete nebo v případě potřeby si na to okamžitě nevzpomenete.“.

Pacientka výrazně zažívala pocit beznaděje do budoucna (škála deprese 1,54, patologie 1,56) a měla pocit úbytku energie a zpomalenosti. Zajímavým zjištěním byla poměrně nízká hodnota škály úzkosti (1,10, hranice patologie 1,58).

Hodnocení Ženy					
	GSI / SI	Hranice normy		Hranice psychopatie	
GSI	1,58	0,81	√	1,18	√
Somatizace	1,50	0,92	√	1,32	√
Obsese-kompulze	1,90	1,26	√	1,39	√
Interpersonální senzitivita	2,89	0,88	√	1,28	√
Deprese	1,54	0,97	√	1,56	
Úzkost	1,10	1,03	√	1,58	
Vztek-hostilita	2,17	0,68	√	0,98	√
Fobie	0,86	0,48	√	0,81	√
Paranoidita	2,17	0,61	√	1,00	√
Psychoticismus	0,80	0,32	√	0,56	√
Nezařazené položky	1,14	0,87	√	1,34	

Tab. č. 2. Výsledky dotazníku SCL-90 u Pacientky 1.



Graf č. 1. Grafické výsledky SCL-90 u Pacientky 1

Psychické a tělesné příznaky stresu

Výsledky testu na stresovou zátěž potvrzují získaná data z SCL-90 a doplňují jej o další informace. Pacientka se ráno probouzí časněji než dříve a bolí jí páteř. Jelikož splňuje kritérium tříbodového ohodnocení dvou položek a zároveň naplňuje podmínku celkového skóre osmi bodů, lze konstatovat, že prožívá aktuálně nadměrný stres.

	Výsledek	Norma
Pacientka 1	28	8

Tab. č. 3. Psychické a tělesné příznaky stresu u pacientky 1.

Shrnutí zjištěných výsledků

Pacientka 1 je nadměrně zatěžována svou profesí, se kterou se do značné míry ztotožnila. Její svědomitost a interpersonální senzitivita snižuje odolnost vůči stresovým situacím, což může mít v důsledku souvislost se svalovou dysbalancí v oblasti páteře. Zátěž krční a bederní oblasti může být již ovlivňována nadměrným pocitem svědomitosti, díky němuž se pacientka v práci přetěžuje. Ze zjištěných výsledků nelze s určitostí říci, zda se jedná o osobnostní či profesionální deformaci, ale ať už z fyzioterapeutického nálezu, či psychologických testů vyplývá, že životní styl pacientky přispívá k jejím problémům s krční a bederní páteří.

8. 2. Pacient 2

Popis průběhu terapie a anamnéza pacienta 2 byly převzaty z dokumentace rehabilitačního zařízení, léčba probíhala ve dnech od 22.6. do 6. 8. 2009.

Průběh vyšetření a terapie

Pacient 2 poprvé navštívil naši rehabilitační ambulanci 22.6. 2009, pro bolesti hlavy. Byla provedena vstupní prohlídka, při které pacient spontánně uvádí, že bolesti hlavy vznikly v souvislosti se zvýšenou fyzickou (stavba domu) i psychickou zátěží (úmrť v rodině). Dne 24. 6. absolvoval pacient komplexní kineziologické vyšetření, které odhalilo celkově vyšší svalové napětí, mírnou levostrannou skoliozu a blokádu AC a SI skloubení.

Sklobení SI bylo odstraněno mobilizací při vyšetření. Další doporučená terapie představovala celkovou vířivou masáž, techniky měkkých tkání, mobilizaci periferních kloubů a LTV.

Při prvním ošetření pacient absolvoval vířivou koupel, ošetření Cp exteroceptivní stimulací a uvolnění fascií Cp. Druhá terapie proběhla následujícího dne se stejnou náplní navíc byl pacientovi vysvětlen korigovaný sed dle Brüggera. Třetí terapie opět aplikována stejná terapie a LTV zaměřené na Cp dle McKenzieho. Pacient udává, že po každé terapii se po zbytek dne se cítí lépe – nepocítuje bolesti hlavy, ale při zvýšené námaze se opět bolesti hlavy projeví. Terapie má tedy přechodný účinek. Pacient pokračuje v započatém programu. Je aplikováno uvolnění pánevních vazů. Pacient po sedmi ošetřeních podstupuje kontrolní vyšetření u internistky, kde opět udává přechodné zlepšení po terapii, které při zvýšené zátěži ustupuje. Konstatuje, že očekával razantnější metodiku, baňkovou masáž však odmítá. Pacient se dožaduje CT vyšetření C páteře a hlavy. Po konzultaci s fyzioterapeutem, kde udává, že pocítuje alespoň přechodnou úlevu, se rozhoduje dokončit započatou terapii. Pokračuje ve vířivé lázni a je aplikována rekondiční masáž. Stejná terapie je absolvována i následující den. Pacient 2 udává opět přechodné zlepšení, které po vyšší zátěži odeznívá. Na poslední terapii se již pacient nedostavil z časových důvodů.

Popis průběhu terapie a anamnéza pacienta 2 byly převzaty z dokumentace rehabilitačního zařízení, léčba probíhala ve dnech od 22.6. do 6. 8. 2009.

Anamnéza

Alergie: tráva, seno, roztoči, peří, chlupy,

Operace: slepé střevo v r. 2004,

Úrazy: 0,

Jiné on.: 0, léky: 0

PA: student VŠE, auto – občas, nekuřák, žvýkačka - občas

SA: basketbal, tenis, squash, nohejbal, volejbal, fotbal, hokej – vše rekreačně, dříve závodně házená

NO: Susp. CC sy, cephalea – půl roku po námaze, výskocích, běhu bolesti hlavy s propagací do čela, pocit unavených očí, pacient udává, že potíže vznikly v souvislosti s větší fyzickou námahou (stavba domu) a psychickou zátěží (úmrť v rodině)

Objektivně: celkově vyšší svalové napětí, protrakce obou ramen, více vlevo, předsun hlavy, zkrácený m. trapezius – horní část, zkrácené m. pectorales, hybnost Cp volná, nebolestivá, blokáda AC skloubení oboustranně, SI vlevo výš – při předklonu zůstává, zvýšená aktivita plosek nohou, mírná levostranná skolioza.

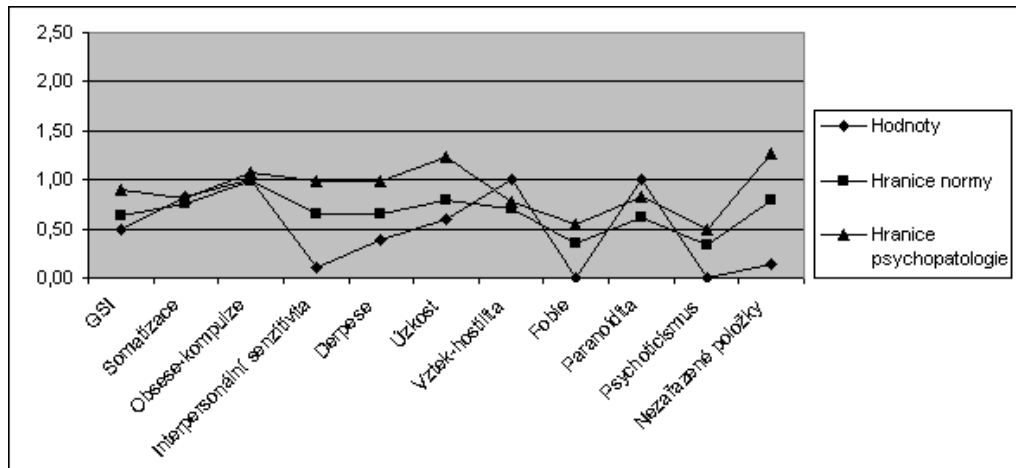
Výsledky testových metod

SCL-90

Ze skóre jednotlivých škál v tabulce je patrné, že pacient trpí příznaky somatizace, prožívá nadměrnou frustraci a je přecitlivělý vůči svému okolí. Na škále somatizace respondent uvádí středně silné bolesti hlavy, u srdce a páteře. Hostilita se u respondenta projevovala náhlými výbuchy vzteku (středně silně) a sníženým prahem frustrační tolerance („Dáte se snadno znepokojit nebo podráždit?“ – Hodně). Škála paranoidity naznačuje, že pacient trpěl narcistními rysy osobnosti. Měl pocit, že nemůže nikomu věřit a zároveň, že mu ostatní nevyjadřují dostatečnou úctu a uznání. I velmi nízké skóre na škále interpersonální senzitivity ukazuje na nedostatečnou empatii (0,11; norma 0,65). Respondent neudával, že by trpěl depresivními či úzkostnými pocity. Avšak vykazoval obsedantní tendence – velmi mnoho nesnáší nedbalost a nepořádek. Vnímal negativně vtíravé a neodbytné myšlenky, melodie či nápady, kterých se nemohl zbavit. Pravděpodobně proto, že se nemohl dostatečně soustředit dělal všechno pomalu, aby to bylo správně.

		Hodnocení			
		Muži			
	GSI / SI	Hranice normy		Hranice psychopatie	
GSI	0,50	0,64		0,89	
Somatizace	0,83	0,75	√	0,81	√
Obsese-kompulze	1,00	0,99	√	1,07	
Interpersonální senzitivita	0,11	0,65		0,99	
Deprese	0,38	0,66		0,99	
Úzkost	0,60	0,80		1,23	
Vztek-hostilita	1,00	0,71	√	0,78	√
Fobie	0,00	0,36		0,54	
Paranoidita	1,00	0,61	√	0,82	√
Psychoticismus	0,00	0,34		0,50	
Nezařazené položky	0,14	0,79		1,26	

Tab. č. 4. Výsledky dotazníkové metody SCL-90 u Pacienta 2.



Graf č. 2. Grafické výsledky SCL-90 u Pacienta 2.

NEO

Pacient 2 vysoce skóroval nad normu ve škále svědomitosti (44; norma 26,92). Z výsledků testu je patrné, že má přesně vymezené cíle a pracuje systematicky na jejich dosažení. Na dosažení cílů pracuje tvrdě, pokouší se splnit všechny svěřené úkoly s maximální svědomitostí, preferuje pořádek a čistotu. Klade na sebe vysoké, někdy až nadměrné požadavky, které se snaží dodržet. Svědomitý životní styl má za následek pocity, únavy a přetížení (hodnoty škály Neuroticismu se blíží horní hranici normy). Pacient 2 nemá pravděpodobně problém navázat kontakt s druhými lidmi a řešit s nimi vlastní pocity (Otevřenost, Extroverze), což je pozitivní příznak pro zvládnání stresu. Ve vztazích s druhými lidmi bývá pacient 2 pozitivně naladěný, rád druhým lidem pomáhá (Přívětivost). Celkově protokol vypovídá o pozitivním nastavení pacienta ke druhým lidem i pracovnímu výkonu, přičemž pacient 2 pravděpodobně upřednostňuje vnější dodržování pravidel a slibů před vlastními potřebami (i fyziologickými), což dokládá jeho zdravotní stav.

Pacient 2	Výsledek	Norma
Neuroticismus	18	20,96
Extraverze	34	30,78
Otevřenost	23	25,85
Přívětivost	27	27,74
Svědomitost	44	26,92

Tab. č. 5. Výsledky dotazníkové metody NEO u Pacienta 2.

Psychické a tělesné příznaky stresu

Výsledky dotazníkového šetření psychického stresu u pacienta 2 korespondují s výsledky dotazníkové metody NEO. Pacient na sebe klade vysoké požadavky, které se snaží vždy dodržet, což má následně za výsledek vysoce prožívaný stres. Frustrace se projevuje pocity „přetížení“, únavy, malátnosti, nadměrné chuti odpočívat, pacienta trápí bolesti hlavy a má bolesti páteře.

	Výsledek	Norma
Pacient 2	24	8

Tab. č. 6. Výsledky dotazníku „Psychické příznaky stresu“ u pacienta 2.

Shrnutí zjištěných výsledků

Pacient 2 je orientován na výkon jak v rovině vztahové, tak v rovině pracovní. Jeho zásadním povahovým rysem je svědomitost, která je doprovázená zvýšeným neuroticismem. Respondent se snaží vše dělat s maximální pečlivostí. Pravděpodobně proto aby byl vnímán pozitivně (narcistní povahové rysy), klade důraz na preciznost, přičemž těžce nese, že jej za to druzí dostatečně neocenují. V případě této kasuistiky můžeme sledovat, jak upřednostňování vnějších potřeb před vnitřními může vést k fyziologické patologizaci organismu. Psychosomatické projevy narušené rovnováhy přetěžovaného organismu pacient nevztahuje k náročnému životnímu stylu. I z anamnestických dat a procesu terapie je patrné, že pacient klade důraz na různé, účinné a především krátkodobě orientované metody. Jak jsem uvedla v teorii, migrénou trpívají lidé s velkým smyslem pro povinnost (Poněšický, 2002). Tato případové studie tyto teoretická východiska potvrzuje.

Praktické zjištění pro fyzioterapeuty v tomto a podobných případech je orientovat se v terapeutickém procesu nejen na jednotlivé procedury, ale i na rozbor

příčin fyziologických změn. Aby byla terapie účinná, musel by se totiž pacient 2 soustředit na změnu svého životního stylu, například by měl do svého programu zařadit relaxační techniky či volnočasové aktivity. Fyzioterapeut nemůže obsáhnout profesně všechny potřebné techniky, avšak pokud chce, aby jeho terapie byla účinná, měl by se zaměřit na rozbor stávající situace s Pacientem, informovat jej o možnostech, které jsou v jeho konkrétním případě nejvhodnější, a ujistit se, že pacient chápe, že jeho fyziologický stav souvisí s jeho životním stylem. Pak je již na pacientovi samotné, zda bude rady fyzioterapeuta následovat.

8. 3. Pacient 3

Pacient 3 je v ambulantní péči rehabilitační ambulance TJ Lokomotiva od roku 2004 pro pravostranný CB syndrom se suspenzovaným postižením C8.

Průběh vyšetření a terapie

V květnu roku 2009 přišel pro bolesti PHK od ramene distálně. Pacient byl vyšetřen rehabilitačním lékařem, který doporučil terapii složenou ze soluxu – 15 min šíje, DD, techniky měkkých tkání – a LTV složité individuální, vybraných prvků pro C vertebropaty. Komplexní vyšetření odhalilo poměrně velkou skoliozu páteře (RTG není k dispozici). Pacient též velmi přetěžuje páteř staticky (8-12h denně) práce s PC a užíváním automobilu. Také práce na směny patří mezi biologické stresory. Pacient 3 absolvoval sérii osmi předepsaných ošetření, po které následovala kontrola u lékařky. Pacient 3 na kontrole uvádí, že po rehabilitaci je jeho stav výrazně zlepšen, přetrvává občasné brnění v oblasti PHK a trnutí PDK, více v klidu. Pacient popírá noční bolesti. Na doporučení lékařky Pacient 3 pokračuje v terapii. Terapie obsahuje měkké techniky, mobilizace periferních kloubů a páteře a LTV.

Následně navazuje po kontrole na rehabilitaci 28. 7. 2009. Tentokrát se léčba skládá z ošetření fascií Cp, Lp, mobilizace L páteře a LTV dle McKenzieho. Léčba probíhá v deseti sériích, postupně jsou ještě uvolněny pánevní vazy, C-Th přechod a ošetření plosek nohou. Pacient 3 terapii zakončuje 13. 8. 2009, kdy při závěrečném pohovoru uvádí, že je nyní bez problémů, přetrvává jen občasná slabost PDK, problémy s Cp mívá hlavně po probuzení. Souhlasí s možností vyzkoušet anatomický polštář. Pacient dodává, že ho hodně vyčerpává směnný provoz, zvláště noční směny, kdy fakticky celou noc pacient spí v židli. Tento fakt rozhodně jeho problémům neprospívá.

Taktéž nemožnost dodržovat pravidelně spánkový biorytmus jej dle jeho slov velmi vyčerpává (z rozhovoru ze dne 13. 8. 09).

Anamnéza

Alergie: pylová, operace- nosní přepážka -2x, úrazy: fraktura levého lokte, jiné on.: nedomykavost jícnu, průjmy – tlusté střevo, chronický LS sy s kořenovou lézí S1 vpravo od r. cca 1993, léky: Helicid, občas Analergin (event. Zyrtec)

PA: topič – PC 8-12h denně, auto – denně ½ až 1h, nekuřák, žvýkačku neužívá

SA: rekreačně: kolo, plavání, běžky

NO: nekořenový Cervikobrachiální syndrom – pravostranný, propagace do malíčku a prsteníčku

Objektivně: pánev vlevo výš, SI horizontálně, levé rameno výš, margo distalis scapulae vlevo výš, větší valgozita Achillovy šlachy vpravo, SI horizontálně, AC vpravo výš, větší napětí m. SCM vpravo, větší aktivita flexorů prstů na DK oboustranně, plochonoží – příčné i podélné bilaterálně, menší objem svaloviny na PDK v oblasti stehna, plosky mírně negativní, předsunuté držení hlavy, protiakce ramen, zamčená kolena, menší objem svaloviny na PDK v oblasti stehna, chůze včetně špičky paty normální, Lassegue bilaterálně negativní, PDK +10 kg , levostranná skolioza se stojnou PDK

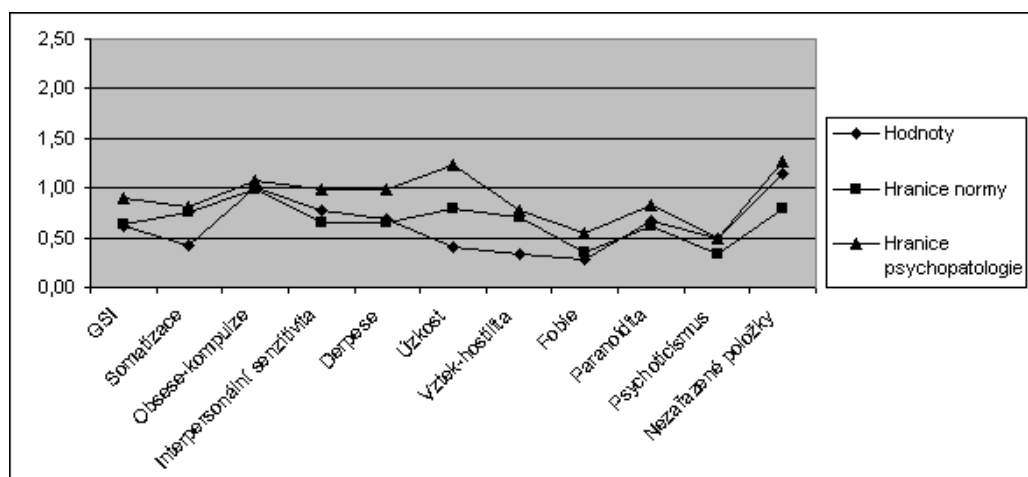
Výsledky testových metod

SCL-90

Pacient 3 v testu SCL-90 skóroval ve všech zařazených položkách pod hranicí psychopatologie a jen mírně překračuje normu u položek obsese-kompulze (1; norma 0,99), deprese (0,69;norma 0,66) a paranoidita (0,67;norma 0,66). Nezařazené položky překračují hranici normy (1,14; norma 0,79). Pacient udává středně silné potíže s příjmem potravy (Přejídání se) a středně silné potíže se spánkem. Z testu neusuzují na přítomnost psychosomatického onemocnění.

	Hodn ocení Muži		
	GSI / SI	Hranice normy	Hranice psycho- patologie
GSI	0,62	0,64	0,89
Somatizace	0,42	0,75	0,81
Obsese-kompulze	1,00	0,99	√ 1,07
Interpersonální senzitivita	0,78	0,65	√ 0,99
Derpese	0,69	0,66	√ 0,99
Úzkost	0,40	0,80	1,23
Vztek-hostilita	0,33	0,71	0,78
Fobie	0,29	0,36	0,54
Paranoidita	0,67	0,61	√ 0,82
Psychoticismus	0,50	0,34	√ 0,50
Nezařazené položky	1,14	0,79	√ 1,26

Tab. č. 7. Výsledky testové metody SCL-90 u Pacienta 3.



Graf č. 3. Grafické výsledky SCL-90 u Pacienta 3.

NEO

Pacient 3 v testu NEO skóroval mírně nad normu na škále neuroticismu (22; norma 19,6) a na škále otevřenost (35; norma 28,44) a svědomitost (35; norma 30,68). Z teorie vyplývá, že lidé s vysokým skóre Neuroticismu bývají psychicky labilní a každodenní stres je může snadněji, než běžnou populaci frustrovat. Problémy fyzického i psychického rázu, které jsou s frustrací spojené, obtížněji překonávají. Také obtížněji navazují a udržují mezilidské vztahy, neboť pociťují rozpaky, stud, úzkost, případně mohou prožívat různé strachy, fobie, smutek či obavy, přičemž intenzita těchto prožitků neodpovídá realitě. Emoce ovládají schopnost racionálního uvažování, především ve vypjatých situacích, i tito lidé z toho důvodu mívají omezenou schopnost kontrolovat

se a zvládat stresové situace. Zvýšené skóre Otevřenosti vůči zkušenosti, tedy schopnost aktivně vyhledávat nové zážitky, tolerance k neznámému a jeho objevování, zase představuje účinnou copingovou strategii, která aktivně pomáhá hladinu stresu snižovat. Vzhledem k tomu, že skór otevřenosti vůči novému je významně vyšší než neuroticismus, lze konstatovat, že Pacient 3 je nastaven k poznávání nového, což dokládá i jeho sportovní anamnéza. Není tedy neurotický primárně, ale až na základě stresových událostí. Pacient 3 pracuje s vysokým pracovním nasazením, což mu znemožňuje, například v práci, alespoň částečně relaxovat a v kombinaci s nevýhodnou pracovní pozicí klade nepřiměřené nároky na páteř.

Pacient 3	Výsledek	Norma
Neuroticismus	22	19,68
Extraverze	27	32,20
Otevřenost	35	28,44
Přívětivost	31	31,80
Svědomitost	35	30,68

Tab. č. 8: Výsledky dotazníkové metody NEO u Pacienta 3.

Psychické a fyzické příznaky stresu

Výsledky testu psychických a fyzických příznaků korespondují s pohovorem, kdy pacient uvádí, že ho do jisté míry přetěžuje jeho zaměstnání. Jelikož splňuje kritérium třibodového ohodnocení dvou položek a zároveň naplňuje podmínku celkového skóre osmi bodů, lze konstatovat, že prožívá aktuálně nadměrný stres. Zvýšená míra svědomitosti a mírně zvýšená hodnota u škály neuroticismu ukazují na nedostatečnou míru odpočinku a relaxace.

	Výsledek	Norma
Pacient 3	21	8

Tab. č. 9: Výsledky dotazníku Psychické a fyzické příznaky stresu u Pacienta 3.

Shrnutí zjištěných výsledků

Výsledky dotazníkových metod ukazují na významný podíl vlivu pracovních podmínek na fyziologické narušení páteře u Pacienta 3. Zatímco osobní nastavení pacienta i jeho schopnost zvládat každodenní stres jsou v rámci normy, nevhodné

pracovní podmínky zatěžují organismus tak, že dochází k fyziologickým změnám. Aby bylo preventivně zabráněno dalšímu přetěžování páteře, byla pacientovi fyzioterapeutem doporučena ergonomická úprava pracoviště, měnění pracovní polohy při práci. Dále fyzioterapeut pacientovi vysvětlil korigovaný sed dle Brüggera, pozitivní přínos prokládání sezení chůzí a kompenzační LTV pro samostatné cvičení na doma.

Problematika Pacienta 3 se jeví spíše v poměrně velkém stupni skoliózy jednostranně zatěžované páteře než osobnostní charakteristiky vedoucí k psychosomatickým potížím. V obdobích zvýšených nároků může docházet k recidivám, proto je pro pacienta velmi důležité dbát rad a doporučení fyzioterapeuta, aby se preventivně předešlo dalšímu vychýlení páteře.

8. 4. Pacientka 4

Pacientka 4 navštívila rehabilitační ambulanci 26. 6. 2009 na doporučení svého praktického lékaře. Byla objednána na komplexní kineziologické vyšetření, které proběhlo 3.7. 2009.

Průběh terapie

Na základě vyšetření byla pacientce doporučena terapie skládající se z technik měkkých tkání, mobilizace periferních kloubů a páteře, ultrazvuku, předehtátí a LTV na neurofyziologickém podkladě, vše desetkrát. Léčba byla zahájena 13.7.09. Pacientka absolvovala sérii deseti ošetření, skládající se z předepsané terapie. V rámci technik měkkých tkání byly střídány metody uvolnění fascií zad a hrudníku, techniky měkkých tkání, PIR horních vláken trapézového svalu, levatoru scapulae, m. SCM oboustranně, a PIR krátkých extenzorů šíje a baňkové masáže. V rámci mobilizací byla postupně mobilizována žebra, AO skloubení, C páteř do retrakce, retrakce s oscilací, flexe a rotace, mobilizace C- Th přechod, Th páteře, L páteře do flexe, lateroflexe, rotace a mobilizace SI skloubení křížovým hmatem. V rámci LTV byla pacientka zacvičena v Brüggerově sedu a LTV dle McKenzieho.

Po sérii deseti ošetření pacientka udávala, že se cítí lépe, uváděla zmírnění obtíží s C páteří a bolest z HK již ustoupila. Dále se pacientka rozhodla, že bude docházet na rekondiční masáže a při zhoršení obtíží bude opět kontaktovat rehabilitační centrum. Pacientka byla fyzioterapeutem poučena o ergonomii práce a o vhodnosti zařadit do svého denního programu LTV a delší odpočinek.

Anamnéza

OA: Alergie – plísně, trávy.

Operace: 2002 – tříselná kýla – následkem operace byl útlak nervu – přetrvává snížená citlivost v třísle, v r. 1973 – nosní mandle (odstranění).

Úrazy: fraktura claviculy vpravo (zhojena ve špatném postavení), otřes mozku, v r. 2007 pád na kost křížovou, naštíplá S3; vyšetření MR – protrakce disku C5,6 na 3 mm bez výhřezu.

Jiné onemocnění: Záněty nosních dutin (vpravo).

Porod: 3x spontánně

PA: OSVČ- prodej květin, vázání květin cca 10h v předklonu denně, automobil cca 1/2h denně

SA: volejbal (15 let), kolo, běh, posilovna

Koníčky: zahrada, procházky se psem, pletení, šití

NO: bolest Cp s propagací do HK

O: pánev crista vpravo výš, SI souměrně, horizontálně; P rameno a lopatka výš; lehký úklon celého trupu k levé straně, výrazné plochonoží (podélné i příčné); SIAS lehce vpravo výš; LDK více zatížena na vnitřní straně; předsunuté držení hlavy, přetížená oblast C7, LDK mírně kratší; mírná pravostranná skolióza se stejnou mírně kratší LDK.

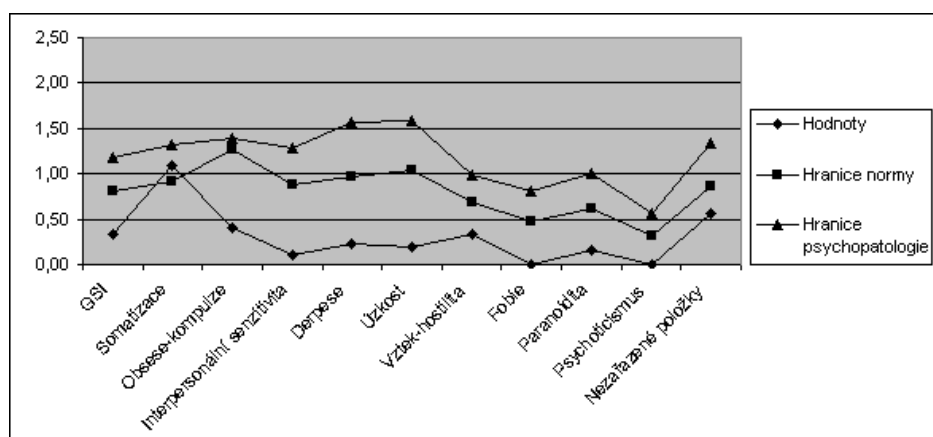
Shrnutí výsledků testových metod

SCL-90

Pacientka 4 má podle GSI skóre tendenci své obtíže podceňovat až bagatelizovat (0,33; norma 0,81). Nad hranicí normy se objevují pouze položky ze škály somatizace (1,8; norma 0,92). Pacientka pociťuje bolesti svalů (hodně), bolesti hlavy (středně), pocity slabosti v některých částech těla (středně), bolesti v kříži a jinde v páteři (středně), pocity tíže v rukou nebo nohou (středně).

Hodnocení			
Ženy			
	GSI / SI	Hranice normy	Hranice psychopatologie
GSI	0,33	0,81	1,18
Somatizace	1,08	0,92	1,32
Obsese-kompulze	0,40	1,26	1,39
Interpersonální senzitivita	0,11	0,88	1,28
Deprese	0,23	0,97	1,56
Úzkost	0,20	1,03	1,58
Vzteky-hostilita	0,33	0,68	0,98
Fobie	0,00	0,48	0,81
Paranoidita	0,17	0,61	1,00
Psychoticismus	0,00	0,32	0,56
Nezařazené položky	0,57	0,87	1,34

Tab. č. 10. Výsledky testu SCL-90 u Pacientky 4.



Graf č. 4. Grafické výsledky SCL-90 u Pacientky 4.

NEO

V dotazníku NEO Pacientka 4 skórovala výrazněji nad normu jen na škále Extroverze. Z výsledků lze tedy dedukovat, že pacientce pomáhá snadněji se vyrovnat se stresovým zatížením její extrovertní zaměřením. Pacientka 4 uvádí, že „pokud je vystavena velkému stresu, má pocit, že se zhroutí“ a „často žije v rychlém tempu“, ale zároveň uvádí, že je „málokdy smutná a depresivní“. Mezilidské vztahy jsou pacientce oporou, většina známých lidí jí má rádo, pacientka vyhledává společenskou zábavu („Jsem ráda tam, kde se něco děje.“, „Snadno se rozesměji.“, „Málokdy se cítím osamělá nebo smutná.“, „Velmi ráda se bavím s jinými lidmi.“). Výsledky testu ukazují, že si Pacientka 4 umí, i přes vysoké pracovní a rodinné tempo (viz. anamnéza: sedavé zaměstnání 10h denně, dům, 3 děti, 2 psi), s vysokými nároky, které jsou na ní

kladeny, poradit a ovládání copingových strategií je jí vlastní. Nevýhodou jejího životního stylu je, že kvůli mnoha aktivitám je její tělesná konstituce nadměrně zatěžována.

Pacientka 4	Výsledek	Norma
Neuroticismus	15	20,76
Extraverze	40	31,29
Otevřenost	23	27,46
Přívětivost	34	33,82
Svědomitost	27	33,04

Tab. č. 11. Výsledky dotazníkové metody NEO u Pacientky 4.

Psychické a fyzické příznaky stresu

V tomto testu pacienta 4 skórovala významně nad hranici normy. Jelikož splňuje kritérium třibodového ohodnocení dvou položek a zároveň naplňuje podmínku celkového skóre osmi bodů, lze konstatovat, že prožívá aktuálně nadměrný stres. Pacientka uvádí, že snadno vybuchne, trpí bolestmi hlavy a mívá bolesti páteře. Výsledky z testu psychických a fyzických příznaků stresu korespondují s výsledky dotazníku NEO a SCL-90.

	Výsledek	Norma
Pacientka 4	23	8

Tab. č. 12. Výsledky testu „Psychické a fyzické příznaky stresu“ u Pacientky 4.

Shrnutí zjištěných výsledků

Výsledky všech testových metod společně s anamnestickými údaji dokládají, že pacientka je orientována na náročný životní styl. Necítí se frustrovaná, neboť ji její životní styl baví, je ráda mezi lidmi, ráda se stará o rodinu i chodí do práce. Její extrovertní temperament jí pomáhá překonávat každodenní překážky, pacientka se zaměřuje na příjemné okamžiky dne a uspokojení vyhledává ve společenské zábavě či ve svých koníčcích. Dalo by se tedy říci, že pacientka umí dobře nakládat se svými potřebami a je schopna využívat copingových strategií. Z pohledu stresu a jeho vlivu na

páteř je však nutné se pozastavit nad tělesnými potřebami, které pacientka zanedbává. Tělesné symptomy naznačují, že tělo je přetěžováno a fyziologické svalové mechanismy životním stylem pacientky trpí. Nebezpečí „zvládnutí“ stresu intenzivním prožíváním je spojeno se zhoršeným vnímáním vlastních potřeb organismu, což může následně vést k narušení fyziologických struktur.

Je třeba si položit otázku, jestli by pacientka nemohla ubrat ze svých povinností a část přesunout na někoho jiného. Fyzioterapeut by se měl nejprve zaměřit na vysvětlení souvislosti mezi fyzickými potížemi a aktivním životním stylem. Dále by měl s pacientkou konzultovat, zda lze trávit volné chvíle i jiným způsobem, než opětovným přetěžováním páteře v překloněné poloze páteře (pletí, zahrádkářské práce). Je na pacientce, jak se rozhodne se svým volným časem zacházet, avšak fyzioterapeutova povinnost by měla být pacientku o nebezpečí zhoršování stavu při aktuálním životním stylu varovat.

8. 5. Diskuze

Zjištěné výsledky ukazují, že u Pacientky 1 a Pacienta 2 může mít na jejich problémech s krční páteří vliv jejich osobnostní profil. U Pacientky 1 se jedná o zvýšenou interpersonální senzitivitu a nadměrnou svědomitost, která může způsobovat fakt, že pacientka se cítí nadměrně úzkostná. Dále má potíže s bolestmi páteře. Její psychický i fyzický stav je ovlivňován zvýšeným stresem, respondentka pak zažívá zvýšenou frustraci, která se projevuje výše uvedenými příznaky.

U Pacienta 2 empirická zjištění dokládají, že nadměrná svědomitost může pramenit z osobnostních rysů. Přetěžování na psychické či fyzické úrovni může časem vést k psychosomatickým potížím. A to i přesto, že pacient nezatěžuje nadměrně pohybový aparát v důsledku pracovní náplně. V tomto případě by mohl fyzioterapeut doporučit jako vedlejší metodu prevence i individuální terapie, neboť fyziologické příznaky nasedají na psychické neurotické prožívání, čímž se vytváří psychosomatický cyklus. Respondent zažívá nadměrný stres bez průkazných zjevných příčin.

Důsledky zvýšené pracovní zátěže na páteř dokládá třetí kasuistika. Pacient 3 přetěžuje pohybový aparát sedavým zaměstnáním a zároveň je u něj významným stresorem směnný provoz, který narušuje přirozený spánkový cyklus. Pacient byl po terapii výrazně zlepšen, pokud by byl kladen důraz na aktivnější relaxaci a regeneraci, zřejmě by potíže nedosahovaly míry, která by jej patologicky ovlivňovala.

Již anamnéza u čtvrté respondentky naznačuje výraznou zátěž pohybového aparátu, což potvrzují i výsledky dotazníkových metod. Vysoké nároky, které pacientka na sebe klade nepřímo narušují statiku páteře. Pacientka by se měla naučit přesunout některé ze svých povinností na druhé osoby a více se věnovat odpočinku a kompenzačním technikám.

Výsledky dotazníků, kineziologických vyšetření a podrobné anamnézy dávají dohromady profil pacienta. Když na fyzioterapeutickou léčbu usuzujeme bez psychologického profilu, může se stát, že pacient se bude do terapie stále vracet, neboť po přechodném zlepšení potíží se opět mohou vinou nadměrného psychického napětí jeho potíže navrátit. Z kasuistik vyplývá, že by bylo efektivnější, kdyby byl pacient fyzioterapeutem upozorněn na riziko psychosomatických potíží. V rámci léčby by měli být pacienti seznámeni s psychosomatickou a somatopsychickou problematikou, eventuelně by jim mohla být nabídnuta psychoterapeutická péče.

9. Závěr

Závěrem bych ráda dodala, že se ve svém zaměstnání budu snažit využít poznatky, které jsem při psaní této práce načerpala. Je mnoho poměrně jednoduchých rad, jak se lépe v dnešní hektické době se stresem vyrovnat a pak už záleží na každém jedinci, zda bude ochoten učinit alespoň částečnou změnu svého životního stylu. Každopádně každému pacientovi se již dnes snažím vysvětlit, že jeho onemocnění může být víc než jen shoda neblahých okolností. Mnoho mých pacientů se mi také v průběhu psaní mé práce ptalo, zda jim budu ochotna práci zapůjčit, tak doufám, že má magisterská práce bude k užitku.

Literatura:

1. Ambler Z. (2000) **Neurologie pro studenty lékařské fakulty**, Karolinum, 399 s., ISBN 80-246-0080-3.
2. Atkinson R. L. (2003) **Psychologie**, Portál, 751 s., ISBN 80-7178-640-3.
3. Baštecký J., Šavlík J., Šimek J. (1993). **Psychosomatická medicína**, Praha: Grada Avicenum Praha, 363 s., ISBN 80-7169-031-7.
4. Blahušová E. (2005) **Wellness, fitness**, Karolinum, 235 s., ISBN 80-246-0891-X
5. Dylevský I., Kubálková L., Navrátil L. (2001) **Kineziologie, kinezioterapie a fyzioterapie**, Manus, 110 s., ISBN 80-902318-8-8.
6. Bierach A. J. (1992) **Varovné signály duše**, Alternativa, 196 s.
7. Hladký A., Židková Z. (1999) **Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže**, Karolinum, 78 s., ISBN 80-7184-890-5.
8. Hnízdil, J. (2000) **Bolesti zad jako životní realita**, Triton, ISBN 80-7254-098-X, 167 s.
9. Höschl C., Libiger J., Švestka J. (2002) **Psychiatrie**, Tigris, ISBN 80-9000130-1-5, 167 s.
10. Hřebíčková M., Urbánek T. (2001) **Big five – pětifaktorový osobnostní inventář**, Testcentrum, 52 s.
11. Chirali I., Z. (2004) **Baňkování v tradiční čínské medicíně**, Svítání plus, 246 s., ISBN 80-86601-03-X.
12. Kopřivova Z., Kopřivová J. (1998) **Vyrovňovací cvičení**, Sokol Brno I., 61 s.
13. Chromý K., Honzák R. a kol. (2005) **Somatizace a funkční poruchy**, Grada, 216 s., ISBN 80-247-1473-6.
14. Keleman, S. (2005) **Anatomie emocí: struktury lidské zkušenosti**, 1. vyd., Praha, Portál, 2005, 216 s., ISBN 80-7178-836-8.
15. Kraska K.- Lüdecke K. (2007) **Nejlepší techniky proti stresu**, Grada, ISBN 978-80-247-1833-0, 114 s.

16. Křivohlavý, J., **Jak zvládat stres**, Praha, Grada, Avicenum, 1994. 190 s., ISBN 80-7169-121-6.
17. Křivohlavý, J., **Psychologie nemoci**, 1. vyd., Praha, Grada, 2002, 200 s., ISBN 80-247-0179-0.
18. Křivohlavý, J., **Psychologie zdraví**, 2. vyd., Praha, Portál, 2003, 279 s., ISBN 80-7178-774-4.
19. Lewit K. (2003) **Manipulační léčba**, Sdělovací technika, 411s., ISBN 80-85954-48-6
20. Máček, M., Máčková, J. (2002), **Fyziologie tělesných cvičení**, 1. vyd., Brno, Masarykova univerzita v Brně, 112 s., ISBN 80-210-1604-3
21. Machač M., Macháčová H., Voskovec J. (1985) **Emoce a výkonnost**, Státní pedagogické nakladatelství Praha, 285 s.
22. McKenzie R. (1997) **Léčíme si záda sami**, nakladatelství neuvedeno, 82 s.
23. Mišík O. (2007) **Psychologická charakteristika osobnosti**, Karolinum, 273 s., ISBN 978-80-246-1304-8.
24. Nakonečný M. (1995) **Lexikon psychologie**, Vodnář, 397 s., ISBN 80-85255-74-X.
25. Nakonečný M. (2000) **Lidské emoce**, 1. vyd., Praha, Academia, 2000, 335 s., ISBN 80-200-0763-6.
26. Poněšický J. (2002) **Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky**, Triton, 113 s., ISBN 80-7254-216-8
27. Praško J., Prašková H. (2001) **Proti stresu krok za krokem**, Grada, 187 s. ISBN 80-247-0068-9
28. Rašev E. (1992) **Škola zad**, Praha: Direkta, 218 s., ISBN 80-900272-6-1.
29. Renaudová J. (1985) **Stres**, Práce, 137 str., ISBN 80-208-0297-5.
30. Schnack G., Schnacková K. (2006) **Antistresové rituály**, Eminent, 135 s. ISBN 80-7281-229-7.
31. Velé, F. (2006) **Kineziologie**, Triton, 375 s., ISBN 80-7254-837-9

32. Vymětal, J. (2003) **Lékařská psychologie**, 3. upr. vyd., Portál, 400 s., ISBN 80-7178-740-X.

PŘÍLOHY

1. Posuzovací škála sociálního přizpůsobení

Životní událost	Hodnota
smrt partnera	100
rozvod	73
rozchod manželů	65
uvěznění, výkon trestu	63
smrt blízkého příbuzného	63
vlastní zranění nebo nemoc	53
sňatek	50
výpověď z práce	47
smíření manželů	45
odchod do penze	45
onemocnění rodinného příslušníka	44
těhotenství	40
sexuální potíže	39
přírůstek nového člena do rodiny	39
změna zaměstnání	39
změna finanční situace	38
smrt blízkého přítele	37
změna pracovního zaměření	36
zabavení zastaveného majetku	30
změna zodpovědnosti v zaměstnání	29
odchod syna nebo dcery z domu	29
problémy s příbuznými z partner. str.	29
vynikající osobní úspěch	28
manželka začala nebo přestala pracovat	26
zahájení nebo ukončení studia	26
změna životních podmínek	25
změna osobních zvyků	24
problémy s nadřízeným	23
změna bydliště	20
změna školy	20
změna rekreace	19
změna náboženských aktivit	19
změna společenských aktivit	18
změna spánkových návyků	16
změna stravovacích návyků	15
dovolená	13
Vánoce	12
drobné porušení zákona	11

(Nakonečný, 1995)

2. Náchylnost ke stresu

Dotazník mapující náchylnost ke stresu:

		Určitě ano	Spíše ano	Spíše ne	Určitě ne
1.	Snažím se zařadit do denního režimu co nejvíce pohybu.	1	2	3	4
2.	Cvičím aerobně 20 a více minut nejméně třikrát týdně.	1	2	3	4
3.	Pravidelně spím v noci 7 – 8 hodin.	1	2	3	4
4.	Jím nejméně jedno teplé jídlo denně.	1	2	3	4
5.	Piji méně než dva šálky kávy denně.	1	2	3	4
6.	Mám přiměřenou tělesnou hmotnost.	1	2	3	4
7.	Těším se dobrému zdraví.	1	2	3	4
8.	Nekouřím.	1	2	3	4
9.	Nepiji alkoholu víc než jednu sklenku denně.	1	2	3	4
10.	Neberu žádné drogy.	1	2	3	4
11.	Mám někoho, koho miluji a kdo mi pomůže překonat případné problémy.	1	2	3	4
12.	Miluji svoji rodinu.	1	2	3	4
13.	Přiměřeně dávám najevo a přijímám náklonnost.	1	2	3	4
14.	Mám blízké osobní vztahy s lidmi, se kterými se cítím v bezpečí.	1	2	3	4
15.	Mám blízké lidi, na které se mohu obrátit ve stresových situacích.	1	2	3	4
16.	Mohu otevřeně mluvit o pocitech, emocích a problémech s lidmi, kterým důvěřuji.	1	2	3	4
17.	Ostatní lidé se spoléhají na moji pomoc.	1	2	3	4
18.	Umím udržet pocity zlosti a nepřátelství pod kontrolou.	1	2	3	4
19.	Mám přátele, kteří mají rádi stejné činnosti jako já.	1	2	3	4
20.	Mám čas věnovat se příjemným věcem alespoň jednou týdně.	1	2	3	4
21.	Náboženská víra mě posiluje a obohacuje.	1	2	3	4
22.	Často pomáhám ostatním.	1	2	3	4
23.	Moje zaměstnání (škola) mě uspokojuje.	1	2	3	4
24.	Jsem schopný pracovník.	1	2	3	4
25.	Vcházím dobře se spolupracovníky (spolužáky).	1	2	3	4
26.	Můj plat je přiměřený mým potřebám.	1	2	3	4
27.	Umím dobře hospodařit s časem.	1	2	3	4
28.	Umím říci „ne“, když jsem v časové tísní.	1	2	3	4
29.	Denně si najdu čas pro sebe.	1	2	3	4
30.	Umím se vyrovnat se stresem.	1	2	3	4
Celkem bodů:					

(Blahušová, 2005)

Hodnocení:

0 – 30 bodů	Výborně (vysoká odolnost proti stresu)
31 – 40 bodů	Dobré (malá zranitelnost stresem)
41 – 50 bodů	Průměrné (občas zranitelnost stresem)
51 – 60 bodů	Dostatečné (zranitelnost stresem)
Nad 60 bodů	Špatné (velká zranitelnost stresem)