

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Daniela Stackeová, PhD.

Zpracovala:

Michaela Hrušová

Praha, srpen 2006

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



PERZISTUJÍCÍ SOMATOFORNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Daniela Stackeová, PhD.

Zpracovala:

Michaela Hrušová

Praha, srpen 2006

ABSTRAKT

Název práce: Perzistující somatoformní bolestivá porucha

Název v anglickém jazyce: Persistent somatoform pain disorder

Cíle práce: Cílem této diplomové práce bylo shrnout a analyzovat dosavadní poznatky o perzistující somatoformní bolestivé poruše, o možnostech využití fyzioterapie v léčbě pacientů s PSBP a na základě získaných informací navrhnout nejvhodnější terapeutický postup s důrazem na přístupy fyzioterapeutické.

Metoda: Diplomová práce je zpracována ve formě komentované literární rešerše. Bylo použito několik dostupných literárních zdrojů, převážně z oblasti psychosomatické medicíny, psychiatrie, psychologie a kineziologie, ze kterých byly čerpány informace pro získání přehledu o problematice PSBP v psychosomatickém kontextu, psychodiagnostických a dolorimetrických metodách a především o možnostech využití fyzioterapie v léčbě pacientů s PSBP. Rešeršní formu práce jsem zvolila z toho důvodu, že tato diagnóza je zatím plna otazníků včetně její optimální terapie, ověřovat tedy účinnost jedné konkrétní metody se mi nejevilo jako aktuální včetně toho, že podobné výzkumy v oblasti psychosomatických poruch jsou velmi problematické a v rámci diplomové práce jen velmi obtížně realizovatelné.

Výsledky: Výsledky poukazují na významnou úlohu fyzioterapie v léčbě PSBP. Systematická psychoterapie je velmi obtížná, neboť pacient je fixován na ryze tělesné příznaky. Při volbě vhodných postupů představuje fyzioterapie více možností jak ovlivnit psychiku pacienta, neboť somaticky orientovaná léčba je pacientem přijímána pozitivněji a komunikace s fyzioterapeutem je mnohdy otevřenější a spontánnější a není zatížena obavou ze stigmatizace psychiatrickou diagnózou. Vzhledem k tomu, že efekt navržených fyzioterapeutických postupů není v léčbě PSBP podložen potřebnými výzkumy, měl by být dále zkoumán.

Obecně lze shrnout, že fyzioterapie je v komplexní terapii PSBP nepostradatelná. Za předpokladu lepší informovanosti o PSBP v oblasti primární péče a v oblasti fyzioterapie, při současném interdisciplinárním přístupu, by léčba těchto pacientů mohla být úspěšnější.

Klíčová slova: perzistující somatoformní bolestivá porucha, psychosomatická medicína, stres, bolest, svalový hypertonus

M. Hrušová 30.8. 2006

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze pramenů citovaných v seznamu použité literatury.

V Praze dne 30.8. 2006

Michaela Hrušová

Michaela Hrušová

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Daniele Stackeové, PhD. za její odborné vedení, podnětné návrhy a za její trpělivost a ochotu na konzultacích při zpracování práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Kláře Semerádové, PhD. za její odborné rady z oblasti psychiatrie.

OBSAH:

ABSTRAKT	2
OBSAH	6
1. ÚVOD	8
2. CÍL PRÁCE	11
3. METODIKA	12
4. PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP V MEDICÍNĚ	13
4.1 Historie psychosomatické medicíny	13
4.2 Současné pojetí psychosomatické medicíny	14
4.3 Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění	15
4.4 Psychodynamická koncepce	15
4.5 Koncepce alexitymie	16
5. STRES V KONTEXTU PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU	17
5.1 Koncepce psychického stresu	17
5.2 Mechanismus stresové reakce	18
5.2.1 Příznaky stresu	19
6. PSYCHOSOMATICKÉ VZTAHY V RÁMCI POHYBOVÉHO SYSTÉMU	21
6.1 Funkční poruchy pohybového aparátu	21
6.2 Limbický systém	23
6.2.1 Svalový hypertonus na podkladě dysfunkce limbického systému	24
6.2.2 Klinický obraz při dysfunkci limbického systému	24
7. TEORIE BOLESTI S DŮRAZEM NA JEJÍ PSYCHICKOU SLOŽKU	26
7.1 Definice bolesti	26
7.2 Význam bolesti	26
7.3 Mechanismy vzniku bolesti	26
7.3.1 Vrátková teorie bolesti	27
7.4 Komponenty bolesti	28
7.5 Rozdělení bolesti z hlediska průběhu a dynamiky	28
7.5.1 Akutní bolest	28
7.5.2 Chronická bolest	29
7.5.2.1 Celostní pojetí chronické bolesti	29
7.6 Vliv stresu na percepci bolesti	30
7.7 Vliv bolesti na pohybový aparát	31
8. PSBP V MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACI NEMOCÍ - 10	32
8.1 Neurotické poruchy	32
8.1.1 Somatoformní poruchy	33
9. PERZISTUJÍCÍ SOMATOFORNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA F45.4	34
9.1 Epidemiologie	34
9.2 Etiologie	35
9.2.1 Psychogenní bolest	35

9.3	Klinický obraz a symptomatologie.....	36
9.4	Průběh.....	37
9.5	Diferenciální diagnóza a komorbidita	37
9.6	Diagnostický postup a vyšetření PSBP	38
9.6.1	Psychiatrické interview.....	39
9.6.2	Anamnéza	40
9.6.3	Aktuální psychický stav.....	41
9.6.4	Psychiatrické posuzovací stupnice	42
9.7	Diagnostika bolesti - dolorimetrie	44
9.7.1	Topologie bolesti – mapa bolesti.....	44
9.7.2	Hodnocení intenzity bolesti - VAS.....	45
9.7.3	Charakter bolesti a její časový průběh - dotazník MPQ a SF-MPQ.....	46
9.7.4	Hodnocení bolesti z nonverbálních projevů	47
9.7.5	Typologie osobnosti v kontextu vnímání bolesti.....	47
9.7.6	Diagnostika osobnosti - dotazník MMPI.....	48
10.	KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP K TERAPII PSBP	49
10.1	Fyzioterapie jako součást komplexní terapie PSBP	50
10.2	Návrh terapeutických postupů.....	50
10.2.1	Relaxační postupy	51
10.2.1.1	Působení relaxačních technik	52
10.2.1.2	Jacobsonova progresivní svalová relaxace	53
10.2.1.3	Schultzův autogenní trénink	53
10.2.1.4	Jógová relaxace.....	55
10.2.1.5	Relaxace na signál a diferencovaná relaxace	55
10.2.2	Feldenkraisova metoda	57
10.2.3	Fyzikální terapie	57
10.2.4	Manuální terapie v léčbě PSBP	58
10.2.5	Dechová cvičení	59
10.2.6	Pohybová aktivita	59
10.2.7	Akupunktura	60
10.3	Psychoterapie.....	61
10.3.1	Kognitivně behaviorální terapie	61
10.3.2	Biofeedback.....	62
10.3.3	Psychoanalýza	63
10.4	Farmakoterapie v léčbě PSBP	63
10.4.1	Psychofarmaka	63
10.5	Placebo a jeho postavení v terapii bolesti.....	64
11.	PREVENCE PSBP Z PSYCHOSOMATICKÉHO POHLEDU	65
11.1	Možnosti sekundární prevence PSBP	65
12.	DISKUZE	66
13.	ZÁVĚR	72
POUŽITÉ ZDROJE		74
SEZNAM ZKRATEK		80
SEZNAM PŘÍLOH		81
PŘÍLOHY		82

1. ÚVOD

Snad každý se během své praxe setká s klientem, který nereagoval na léčbu adekvátně, jehož stav se ani přes veškerou snahu terapeuta nezlepšoval. Pokud ke zlepšení došlo, jednalo se o stav pouze přechodný, charakterizovaný četnými recidivami.

Nejčastějšími hosty ve specializovaných rehabilitačních a psychosomatických klinikách (Poněšický, 2002) jsou nemocní s funkční poruchou pohybové soustavy, kteří tvoří valnou většinu nemocných s bolestmi zad a s potížemi pohybového aparátu (Lewit, 1996). Přibližně 90% dospělé populace má za svůj život zkušenosti s bolestí zad a asi u 5-10% z nich se vyvine chronický bolestivý stav (Vrba, 2000).

Čistě biologický model chronické bolesti je neudržitelný, je nutno respektovat všechny aspekty chronické bolesti, tedy jak psychologické tak i sociální (Křivohlavý, 1992). Proto chceme-li být v terapii úspěšní, musíme ke chronické bolesti, a to nejen pohybového aparátu, přistupovat jako ke komplexnímu biologicko-psychologicko-sociálnímu problému (Vrba, 2000).

Svou práci jsem proto zaměřila na problematiku příčin tohoto jevu a na ni bezprostředně navazující problematiku přístupu k těmto pacientům.

Bolestivé stavy výrazně ovlivňují psychiku, která jako nejvyšší stupeň řídicího systému ovlivňuje motorické chování, což však platí i naopak. Proto pacienti trpící chronickou bolestí jsou logicky více ohroženi vznikem některých psychických poruch, zatímco u psychicky nemocných pacientů nacházíme častou komorbiditu s funkčními poruchami pohybového aparátu, které jsou většinou sekundární. Na komorbiditu funkčních poruch pohybového aparátu s psychickou poruchou lze usuzovat v tom případě, když stížnosti na intenzitu bolesti nelze plně vysvětlit somatickým nálezem, což je například u dorzalgií a bolestí hlavy často mimořádně obtížné rozlišit.

Hlavním tématem diplomové práce je psychiatrická diagnóza - perzistující somatoformní bolestivá porucha, se kterou se v rehabilitaci setkáváme zřejmě častěji, než sami tušíme. Tato porucha spadá mezi psychogenní (neurotické) psychické poruchy. Pacienti většinou přicházejí s diagnózou vertebrogenních algických syndromů a jiných chronických bolestivých stavů pohybového aparátu, které řadíme mezi funkční poruchy pohybového aparátu. Charakteristické jsou stížnosti těchto pacientů na stálou, těžkou a skličující bolest na jednom nebo více místech těla, jejíž intenzitu nelze plně vysvětlit a to žádným fyziologickým procesem či tělesnou poruchou. Mluvíme o bolesti psychogenního původu, která vzniká především na úrovni limbického systému a mozkové kůry, a která je

z psychologického hlediska charakterizována jako bolest na emoční bázi. Pacienti bolest nepředstírají ani nesimulují.

Funkční poruchy pohybového aparátu však vznikají u pacientů s PSBP většinou sekundárně, jako reakce na stres a bolest a s tím související dysfunkci limbického systému s následným vznikem hypertonu a svalových dysbalancí. Je tedy nanejvýš vhodné se touto poruchou zabývat a to především proto, že pacienti s PSBP psychogenní podklad svých potíží odmítají a dlouhodobě tak navštěvují různé specialisty, mezi nimi i fyzioterapeuty, a někdy trvá i několik let, než se je podaří přesvědčit o nutnosti současné psychologické či psychiatrické léčby. I když u velké části pacientů nedosáhneme úplného vyléčení, je často možné potíže snížit na únosnou míru, kdy je pacient schopen pracovat a prožívat svůj život hodnotněji (Praško, 2002).

Vzhledem k tomu, že výzkum v oblasti psychosomatiky je velmi komplikovaný a často je napadán pro nedostatečnou objektivizaci, zvolila jsem rešeršní formu práce, kterou považuji, z důvodu absence informací o možnostech využití fyzioterapie v léčbě a přístupu k pacientům s PSBP, za přínosnější.

Diplomová práce začíná popisem stručného vývoje psychosomatické medicíny, která předpokládá vliv biologických a psychosociálních faktorů na začátek, průběh a terapii, a to u všech nemocí. Následuje kapitola o stresu, který je jedním z nejdůležitějších teoretických východisek pro vysvětlování jevů v psychosomatické oblasti, dále zmiňuji dysfunkci limbického systému a její vliv na pohybový aparát, především funkční poruchy pohybového aparátu. V další kapitole se věnuji bolesti, která je hlavním symptomem PSBP, a která se stresem úzce souvisí. V další části práce je souhrn dostupných informací o PSBP, přehled pomocných diagnostických postupů vhodných u pacientů s PSBP a na závěr návrh terapie a prevence pacientů s PSBP z oblasti fyzioterapie, psychiatrie a psychoterapie.

Z práce by měla vyplynout nutnost komplexního a interdisciplinárního přístupu v prevenci a terapii pacientů trpících nejen PSBP, ale jakoukoliv poruchou pohybového aparátu.

Důvodem, proč jsem si toto téma vybrala, je osobní setkání s pacientkou trpící PSBP, jejíž terapie byla dlouhodobě bez efektu, a byla, stejně jako její fyzioterapeut, ve své zdánlivě bezvýchodné situaci bezradná. Konstatovat, při neúspěchu v terapii, že je pacient „simulant“ či hypochondr a odeslat ho k psychologovi či psychiatrovi je velmi jednoduché.

Pakliže však přijmeme psychiku jako součást funkce, musíme pak postupy vedoucí k jejímu ovlivnění přijímat jako důležitou součást terapie.

2. CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je shrnout a analyzovat dosavadní poznatky o možnostech využití fyzioterapie v léčbě pacientů s perzistující somatoformní bolestivou poruchou.

Dílčí cíle diplomové práce:

- stručně se seznámit s psychosomatickým přístupem k pacientovi s PSBP
- popsat stres a bolest v bio-psycho-sociálním kontextu ve vztahu k PSBP
- podrobně se seznámit s problematikou psychiatrické diagnózy - perzistující somatoformní bolestivou poruchou
- vyhledat a seznámit se s psychodiagnostickými a dolorimetrickými metodami, které může fyzioterapeut využít u pacientů s PSBP
- vyhledat a shrnout současné poznatky o možnostech využití fyzioterapie u PSBP a na základě získaných informací navrhnout nejvhodnější terapeutický postup

3. METODIKA

Při řešení zadaného cíle diplomové práce budou zpracovány dostupné informace a poznatky o možnostech léčebné rehabilitace u osob s PSBP ve formě utříděné a komentované literární rešerše. Z dostupných informací bude závěrem navržen nejvhodnější terapeutický postup. Diskuze je obsažena v kapitole č.12.

4. PSYCHOSOMATICKÝ PŘÍSTUP V MEDICÍNĚ

Pod pojmem psychosomatika si jak lékaři, tak i laici představují nejrůznější psychogenní poruchy. Psychosomatika je odvozena od slova psyche (duševno,psychično) a od slova soma (tělo). V nejširším pojetí se zabývá vztahy mezi duševnem a tělesnem, které nechápe jako dvě nezávislé oblasti, nýbrž jako vzájemně propojené systémy (Poněšický, 2002). Osobnost a individuální životní historie jsou tedy důležitým východiskem pro klinickou praxi, stejně jako předpoklad, že ve všech úvahách o etiopatogenezi, diagnostice, terapii či prevenci musíme brát zřetel na vzájemnou složitou spojitost somato-psycho-sociální. Takto pojatá psychosomatika je vlastně totožná se systémovým přístupem k medicíně a v tomto nejširším pojetí se vztahuje k celé lékařské problematice (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993).

4.1 HISTORIE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Původně byla medicína oborem, který léčil všechna onemocnění. Vznik jednotlivých medicínských oborů v 19.století způsobil, že se klinické myšlení dichotomizovalo: choroby se začaly dělit na duševní a tělesné.

Psychosomatické hnutí vzniklo na přelomu 19. a 20.století jako reakce na mechanistický způsob uvažování, kde se choroby dělily na tělesné a duševní (Kredba, 2004). Toto hnutí se stalo jednotícím směrem, který upozorňoval na vzájemné propojení duševních a tělesných procesů (Raudenská, 2004). Jeho základní východiska byly psychoanalýza, behaviorální, přírodovědně, filozofické a antropologické směry (Papežová, 2002).

Psychosomatické hnutí vyvrcholilo ve 30. – 40 letech minulého století po boomu psychoanalýzy. Jeho hlavní a nejčastěji citovaní představitelé jsou F.Alexander a F.Dunnbarová. V 50 letech vyústila psychoanalýza ve specifickou koncepci psychosomatické medicíny, podle které konkrétní psychologické příčiny způsobují konkrétní somatické onemocnění. Tělesné obtíže jsou tak vyjádřením nevědomých konfliktů nebo nenaplněných potřeb jedince (Raudenská, 2004).

V 60 letech se spojují hlediska biologická, psychologická a sociální a vzniká koncepce multifaktoriální podmíněnosti vzniku a udržování nemocí. Psychosomatická medicína u jednotlivých poruch zvažuje podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů v jejich etiopatogenezi, průběhu a terapii. U každého pacienta se tak podíl jednotlivých

složek může lišit individuálně: na průběhu onemocnění se mohou podílet faktory biologické (genetické) nebo psychosociální. Každá nemoc může i nemusí být psychosomatickou, neexistuje žádná klinická jednotka, která by byla výhradně psychosomatická.

V 80. a 90. letech 20. století opadá psychologizace a psychosomatizace medicíny a nastává opět doba tzv. evidence based medicine. Psychiatrie přestává být psychoterapeutická a stává se chemicko-psychofarmakologická (Kredba, 2004).

V posledních letech integrativní přístupy psychosomatické medicíny pracují s teorií stresu, stresovou reakcí, adaptačním syndromem, psychofyziologií emocí a kognitivně behaviorálními přístupy, které jsou somatické medicíně lépe pochopitelné a lépe se uplatňují v léčbě pacienta. Psychosomatická onemocnění jsou chápána jako výsledek psychosociálních zátěžových situací nebo psychosociálních rizikových faktorů. V této koncepci neexistuje konkrétní vztah mezi druhem psychosociální zátěže a manifestací konkrétního onemocnění (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993).

4.2 SOUČASNÉ POJETÍ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Současné pojetí psychosomatické medicíny je založeno na Lipowského koncepci psychogeneze, celostním přístupem a systémovým pojetím individua.

Lipowski deklaruje, že současný psychosomatický přístup je vědeckou a klinickou disciplínou, která má výrazně mezioborový charakter a která se zabývá (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993):

- studiem vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými funkcemi
- studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, průběhem a vyústěním všech nemocí
- zdůrazňováním celostního bio-psycho-sociálního přístupu v péči o nemocné
- aplikací psychoterapeutických, psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických nemocí

Dnešní psychosomatická medicína tedy vychází z bio-psycho-sociálního modelu, který se zabývá studiem biologických a psychosociálních faktorů v začátku, průběhu i terapii, a to u všech nemocí. Prosazuje se tak celostní přístup v prevenci, léčbě a rehabilitaci nemocí,

pacient je v ideálním případě v péči týmu odborníků, který má společnou myšlenkovou základnu (Raudenská, 2004).

4.3 VYMEZENÍ POJMU PSYCHOSOMATICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Psychosomatické onemocnění by mělo splňovat alespoň jednu z následujících podmínek (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993; Poněšický, 2002; Raudenská, 2004):

1. příčina nemoci může být vztažena k předcházejícím psychologicky významným událostem nebo k osobnostní charakteristice
2. průběh nemoci je významně ovlivňován psychologickými faktory
3. základní klinický příznak má bezprostřední vztah ke konkrétnímu psychologickému faktoru
4. příznaky jsou neúměrně intenzivní nebo nepřiměřené v délce trvání a manifestují se v kontextu somatického onemocnění

Uvedené čtyři podmínky tedy vymezují psychosomatické onemocnění značně široce a umožňují předpokládat u každého somatického onemocnění i tzv. psychosomatické mechanismy nebo psychosomatickou komponentu.

Ačkoliv PSBP není typickým psychosomatickým onemocněním, je třeba se jí zabývat z hlediska nejširšího pojetí psychosomatiky podle Lipowskiho, které předpokládá významný podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů v etiopatogenezi, průběhu a terapii všech onemocnění.

V praxi se střetávají dvě hlavní koncepce, ze kterých psychosomatika vychází – koncepce psychodynamická a stresová.

4.4 PSYCHODYNAMICKÁ KONCEPCE

Psychodynamická koncepce je koncepcí specifickou a vychází z psychoanalýzy. Pracuje s intrapsychickými konflikty, které jsou spolu s klíčovými událostmi vytlačeny do nevědomí. Specifické nevědomé konflikty jsou pak vyjádřeny tělesnými obtížemi v podobě konkrétního somatického onemocnění. Psychodynamická koncepce je však obtížně použitelná pro výzkum. Z psychodynamického modelu, vychází koncepce alexitymie.

4.5 KONCEPCE ALEXITYMIE

Alexitymie je některými odborníky považována za nosný koncept při výkladu psychosomatických onemocnění. Alexitymie je složeninou tří slov: A = ne, LEXI = čist, THYMOS = emoce.

Podle alexitymické hypotézy se psychosomatictí pacienti a pacienti s chronickou bolestí vyznačují tím, že nedokážou rozpoznat a vyjádřit své emoce a místo toho je prožívají na tělesné úrovni v podobě somatických symptomů (somatizace) (Chromý, Honzák et al., 2005). Jediná úroveň, na které je pacient schopen se zřetelně domluvit a kterou jasně vnímá, je oblast somatických obtíží, se kterými má tendenci se extrémně zabývat (Gregory, Manring, Berry, 2000) a na této úrovni je také většina lékařů ochotna s pacientem komunikovat. Pro tyto pacienty je příznačná neschopnost vnímat složitější emoční projevy a jediným signálem psychické rozlady je bolest (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993; Höschl et al., 2004; Chromý, Honzák et al., 2005). Typické v komunikaci takových pacientů je stereotypní popisování tělesných změn bez vyjádření vlastní emoční odezvy, myšlenky úzce spjaté se zevními událostmi a chudost fantazijního života (Chromý, Honzák et al., 2005).

Přestože je koncept alexitymie dosud nedostatečně objasněný a méně známý mezi odborníky, ukázal se jako velmi užitečný pro porozumění pacientům s organicky nevysvětlitelnými příznaky a somatoformními poruchami, tedy i pacientů s PSBP (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993; Chromý, Honzák et al., 2005). Neschopnost odečítat vlastní emoce a jejich tělesná interpretace vede k poruše tělesného schématu (Honzák, 2004), kterou bychom měli zohlednit i v terapii pacientů s PSBP.

5. STRES V KONTEXTU PSYCHOSOMATICKÉHO PŘÍSTUPU

V posledních letech slovo stres zaujalo v celosvětovém měřítku první místo mezi pojmy, které masová média i my všichni používáme v souvislosti se zdravím a charakteristikou dnešní doby (Křivohlavý, 1994).

Kanadský lékař Hans Selye, profesor Institutu medicíny a experimentální chirurgie na Montrealské univerzitě, začátkem 30.let minulého století definoval stres jako nespecifickou (tj. nastávající po různých zátěžích stereotypně) fyziologickou reakci na jakýkoliv nárok na organismus kladený. Pojem stres tedy vyjadřuje stav „vnitřního napětí“ organismu, stav jeho zátěže. Je to soubor regulačních mechanismů, které nastupují při možném nebo reálném ohrožení vnitřní homeostázy organismu, jehož biologickým významem je přežití organismu. Ke stresové reakci vedou nejrůznější zátěžové faktory (stresory) ohrožující fyzickou nebo i psychickou integritu jedince (Hóschl et al., 2002; Trojan, 1999). Stresorem mohou být libovolné patogenní podněty povahy fyzikální (zima, horko), chemické, biologické a v neposlední řadě psychické (strach, vztek) (Trojan, 1999; Nečas et al., 2002).

Přestože v definování stresu existují mezi odbornou společností rozpory, není sporu o tom, že stres je skutečným biologickým fenoménem, že se může podílet na vyvolávání nebo zhoršování nemocí a také že omezování důsledků stresu nebo zmírnění subjektivního vnímání může nemocnému pomoci (Schreiber, 2000).

5.1 KONCEPCE PSYCHICKÉHO STRESU

Koncepce psychického stresu je nepominutelnou součástí dnešního psychosomatického myšlení. Vychází ze Selyeho koncepce o všeobecném adaptačním syndromu a patří mezi nespecifická východiska.

Současné koncepční modely stresu vycházejí z předpokladu, že při stresové reakci se uplatňuje vzájemná interakce tří struktur organismu: fyziologické, psychologické a sociální.

V modulaci stresové odpovědi na emoční podněty hrají na centrální úrovni důležitou roli vazby paleokortikální oblasti, tzv. kůry limbického systému a neokortikální oblasti. V roce 1972 Levi dokázal, že psychogenní vlivy, stejně jako jiné stresogenní faktory, aktivují sympatoadrenální osu a základní osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny. Tělo je

připraveno na fyzický výdej, který však nepřichází, naruší se funkce sympatiku a parasympatiku a nedochází k relaxaci, důsledkem je neurovegetativní labilita. Stresová reakce se může manifestovat svalovým „ztuhnutím“, poruchou řeči, poruchou jemné motoriky a dalšími příznaky jmenovanými níže. Nedaří se však na základě fyziologické odpovědi rozpoznat emoci, která tuto reakci spustila. Podobně nelze na základě nespecifických fyziologických reakcí vysvětlit, proč ve stejné zátěži selhávají u různých lidí různé orgánové systémy (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993; Nečas et al., 2002).

Protože často dochází k nekritickému užívání termínu stres pro označení jakéhokoliv druhu zátěže i jejích důsledků, bez ohledu na to, zda organismus poškozuje nebo mu prospívá, rozlišují někteří autoři mezi stresem „prospěšným“, kontrolovaným (eustresem) a stresem „škodlivým“ (distresem) (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993). Oba typy stresu jsou stejné svojí chemickou povahou, ale liší se tím, jak na ně reagujeme. Zatímco u eustresu zažíváme příjemné napětí a po něm radost z dosažení cíle, u distresu začneme ztrácet pocit jistoty a adekvátnosti. Cítíme přetížení, zoufalství, bezmoc a ztrátu.

5.2 MECHANISMUS STRESOVÉ REAKCE

Pokud jde o mechanismus stresové reakce, pak z hlediska biologického existuje pouze jediný a nedělitelný, který však má různé podoby závislé na spouštěcím stresovém faktoru. Tento faktor může být primárně psychosociální nebo somatické povahy. Stresová reakce vyvolaná primárně somatickými faktory bývá zpravidla snadněji kompenzována (Křivohlavý, 1994).

Mechanismus stresové reakce má podle Selye tři fáze: poplach, adaptace (rezistence), vyčerpání.

V poplachové fázi se organismus připravuje na odstranění škodlivého podnětu. Jsou spuštěny reakce nejprve na úrovni sympatického nervového systému a bezprostředně poté dochází k reakci hormonální, což má za následek zvýšení krevního tlaku, zrychlení dechu. V prvních fázích dochází také k reakcím na úrovni imunitní a psychické. Fáze adaptace je obdobím, kdy se organismus připravuje na „boj“ nebo „útek“ před stresorem. Adaptace a schopnost organismu odolávat stresu je v této fázi maximální. Pakliže je však působení stresoru intenzivní a dlouhodobé, dochází tak k opakovanému narušování procesů látkové přeměny, jejichž důsledkem jsou poruchy tělesných i psychických funkcí. Organismus

vyčerpá zásoby energie a dochází k fázi vyčerpání (Schreiber, 1985; Schreiber, 2000; Trojan, 1999; Nečas et al, 2002).

5.2.1 Příznaky stresu

Lidé ve stresu mají zvýšenou citlivost k vlastnímu zdravotnímu stavu a jsou tedy citlivější k příznakům nemoci. Ve stresovém stavu se u daných osob vyskytuje řada fyziologických příznaků, které tito lidé mylně považují za příznaky nemoci, jež je ohrožuje (Křivohlavý, 2002). Somatizace tak představuje pro mnoho pacientů adaptaci na chronický stres a jinak neřešitelné situace (Honzák, 2004). Jedním se základních problémů stresových reakcí, zejména psychogenně navozených, je to, že humorální působky, hlavně katecholaminy, které se při stresu mobilizují, i metabolické změny jimi navozené převyšují skutečnou potřebu organismu. Nadbytek obou pak může organismus poškozovat (Schreiber, 1985).

Zdravotní příznaky, které mohou být i příznaky stresu, dělíme na fyziologické, emocionální a behaviorální (Renaud, 1993; Rheinwaldová, 1995; Schreiber, 1985; Křivohlavý, 2002)

Fyziologické příznaky stresu:

- palpitace, bolest a sevření za hrudní kostí
- nechutenství, plynatost, křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha, průjem nebo zácpa
- časté nucení k močení
- sexuální dysfunkce, změny v menstruačním cyklu
- zvýšené svalové napětí v šíjové oblasti, v oblasti orofaciální a v oblasti bederní páteře spojené s bolestmi v těchto částech těla, nepříjemné pocity v krku
- bodavé, rezavé a palčivé pocity v rukou a nohou, třes rukou
- úporné bolesti hlavy, migréna
- různé bolesti bez zjevné tělesné příčiny
- zvýšené pocení
- exantém
- dvojité vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod, tiky
- imunosuprese

Emocionální příznaky stresu:

- prudké a výrazně rychlé změny nálady, lítostivost, deprese, anxiozita, podrážděnost
- neschopnost empatie
- nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled
- zvýšená únava, poruchy koncentrace, zhoršení paměti

Behaviorální příznaky stresu:

- celková labilita v chování
- výšena absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech
- snížená kvalita práce, vyhýbání se odpovědnosti i častější podvádění
- zvýšený sklon ke kouření, pití kávy a alkoholu a konzumaci omamných látek, nadužívání psychofarmak
- nechutenství nebo naopak přejídání
- nespavost
- nerozhodnost, pokles sebedůvěry

Svalový a respirační systém jsou jedny z těch orgánových systémů, které bezprostředně reagují na emocionální stav (Stackeová, 2005), z toho vyplývá, že funkce svalové a respirační jsou první, které jsou ovlivněny stresem, což se pak zákonitě projeví na celém pohybovém systému. V této úzké souvislosti mezi psychickou a somatickou složkou se dále zabývám psychosomatickými vztahy v rámci pohybového systému.

6. PSYCHOSOMATICKÉ VZTAHY V RÁMCI POHYBOVÉHO SYSTÉMU

Funkční poruchy pohybového systému a především bolesti zad mají multifaktoriální etiologii, v řadě možných příčin jejich vzniku však zaujímají výjimečnou roli psychogenní faktory. V poslední době jsou bolesti zad právem řazeny k tzv. psychosomatickým onemocněním (Stackeová, 2005).

Véle (1997) zdůrazňuje úzkou souvislost mezi motorikou a psychikou. Pohyb je řízen z CNS, a proto pohybová aktivita přímo souvisí s činností CNS a tudíž i s intelektem a psychikou, jako nejvyšší úrovní řídicího procesu. Z obousměrných vztahů při řízení vyplývá, že psychické procesy ovlivňují motoriku a pohybová aktivita ovlivňuje zpětně psychické procesy.

Psychosomatická medicína, která z těchto vzájemných vztahů vychází, by měla v jednom směru - somatopsychickém – působit diagnosticky a ve druhém směru – psychosomatickém – působit terapeuticky. Podle přesné analýzy motorického chování jedince, způsobu držení, vystupování a chování by měl lékař odhadnout, jakou poruchou funkce nemocný trpí, a měl by mu umět poradit, jakým motorickým chováním by mohl tuto poruchu odstranit.

Pohybové chování, celkový motorický projev individua, může být zdrojem informací o stavu motivačního aparátu, stavu vnitřního prostředí, procesech probíhajících ve vědomí a dokonce i v podvědomí. Pohybové chování je pro lékaře relativně objektivním pramenem informací, které získá od nemocného bez slovní interpretace samotným nemocným. Příjemná motivace jeví v chování tendenci k celkovému extenčnímu držení, kdežto nepříjemná motivace má naopak tendenci k flekčnímu držení (Véle, 1997).

6.1 FUNKČNÍ PORUCHY POHYBOVÉHO APARÁTU

U pacientů s PSBP předpokládám přítomnost funkčních poruch pohybového aparátu, které zde vznikají jako reakce na bolest, která je hlavním symptomem PSBP a s ní související psychickou rozladu – stres, který prohlubuje reakci pohybového systému na tyto negativní faktory.

Možné příčiny vzniku funkčních poruch pohybového aparátu (Lewit, 1996; Rychlíková, 2004):

- přetěžování a nevhodné zatěžování pohybového aparátu
- nocicepce
- trauma
- funkční poruchy pohybového aparátu vzniklé v důsledku reflexního mechanismu
- faktory působící na vegetativní soustavu
- psychický faktor

Podle Véleho (1997) může porucha motoriky vzniknout poruchou funkce řídicího programu, která se nedá morfologicky prokázat, ale při delším trvání této funkční poruchy dochází k prokazatelným změnám struktury v morfologii pohybového systému.

Nemocní s funkční poruchou pohybové soustavy tvoří valnou většinu nemocných s bolestmi zad a s potížemi pohybového aparátu (Lewit, 1996). Brügger primárně nepřičítá většinu onemocnění pohybového systému strukturálním onemocněním, ale centrálně nervovým organizovaným ochranným mechanismům mozku, které jsou nastartovány prostřednictvím nociceptivní aferentní signalizace při chybných zatíženích a přetíženích. Tento nociceptivní input vede ke změnám pohybových programů a arthromuskulární systém reaguje reflektorickou cestou změnou tonusu svalového (Rock, Petak-Krueger, 2000).

Funkční poruchy hybného systému se projevují bolestí, únavou, ztrátou proměnlivosti svalového napětí a s tím spojeným zhoršením pohybové koordinace, která vede k nepřesnosti cíleného pohybu, zhoršené posturální funkci, ovlivnění respiračních funkcí a zhoršení jemné motoriky (Véle, 1997; Hermachová, 1999). Pakliže není intervence ze strany fyzioterapeuta a tyto sekundárně vzniklé funkční poruchy pohybového aparátu nejsou adekvátně léčeny, mohou pak tyto projevy hrát významnou roli v udržování a zhoršování příznaků PSBP.

Funkční poruchy motoriky mají velmi dobrou léčebnou prognózu, jsou reverzibilní. Jejich zanedbání a chybná diagnostika může vést k pozdějším změnám struktury, které lze jen obtížně léčit (Véle, 1997; Capko, 1998). Totéž platí i u pacientů s PSBP a je dalším důvodem, proč je fyzioterapie důležitým článkem v její komplexní terapii. Funkčním poruchám pohybového systému lze však předcházet, je-li pohybový systém (posturální a

lokomoční) používán optimálně. Podle Brüggera lze tento požadavek splnit při fyziologicky-dynamickém držení těla, ve spojení s vyrovnaným pohybovým chováním (Rock, Petak-Krueger, 2000). Hermachová (1999) hovoří o nutnosti znovunabytí proměnlivosti svalového napětí, a to prostřednictvím celkového ovlivnění svalového napětí a pomocí úpravy životosprávy.

6.2 LIMBICKÝ SYSTÉM

U PSBP se setkáváme s tzv. psychogenní bolestí, která vzniká především na úrovni limbického systému, který má výrazný vliv na pohybový aparát a emoce a v tomto kontextu může být jednou z příčin vzniku funkčních poruch pohybového aparátu u pacientů s PSBP.

Véle (1997) pokládá limbický systém, který rozhoduje o celkovém zaměření pohybu, za nejstarší motorický systém, který má velmi difúzní vliv na celou motoriku, ovlivňuje emoce a vegetativní systém. Limbický systém považuje spíše za systém motivující pohyb (emotional brain) než za systém, který ho řídí, nicméně je nutné s ním počítat při iniciaci a přípravě pohybu.

K limbickému systému řadíme dráhy dvou hlavních limbických složek: archikortexu a periaarchikortexu a amygdaly. Obě složky mají bohaté spoje s paleokortexem, neokortexem a mnoha podkorovými strukturami, jako je např. talamus, hypotalamus, retikulární formace, chemické struktury mozkového kmene (Janda, 1999).

Funkce limbického systému (Capko, 1998; Véle, 1997):

- startér volního pohybu, rozhoduje o aktivitě, iniciaci pohybu
- hodnocení smyslových vjemů (opticko-akustických), které se mohou stát podnětem motorické aktivity
- z funkčního hlediska je nejvyšším regulátorem svalového tonu, hlavně ve smyslu plus
- ovlivňuje práh vnímání bolesti a schopnost vyrovnat se s bolestí
- ovlivňuje svalový systém, hlavně v oblasti šíje
- ovlivňuje emoce, zodpovídá za individuální chování

Limbický systém reguluje emoční stavy – strach, zlost, charakterovou poddajnost či vzpurnost, sexuální chování, určuje uvědomování si sebe samého zaznamenáváním a

vnímáním viscerosenzitivních impulzů. Podle Vélého (1997) je podstatná také jeho funkce pro vznik paměťového engramu, pro jehož zapamatování a fixaci je nutný vždy určitý emoční náboj (aktivace „pocitového mozku“). Paměťový engram je potřebný pro vznik a fixaci motorických programů.

6.3 SVALOVÝ HYPERTONUS NA PODKLADĚ DYSFUNKCE LIMBICKÉHO SYSTÉMU

Janda (1999) uvádí dysfunkci limbického systému, která může vznikat při dlouhodobém působení stresu, jako jednu z hlavních příčin zvýšení svalového tonu – hypertonu.

Obecně lze říci, že ve stresu svalový tonus stoupá, ovšem nerovnoměrně a v některých svalových skupinách paradoxně klesá. To má za následek porušení dynamické svalové rovnováhy mezi fázickými a posturálními svaly a vzniká tzv. svalová dysbalance (Stackeová, 2005).

Diagnostika při podezření na dysfunkci limbického systému se opírá o nálezy v následujících oblastech:

- a) mimické a žvýkácí svalstvo
- b) ramenní pletenec a šíje, kde rozhodující jsou:
 - hluboké krátké extenzory šíje, které obsahují 4x více proprioceptorů než ostatní svaly, jsou považovány za proprioceptivní orgány, které udržují rovnováhu a vzpřímený stoj
 - m.trapezius pars cranialis
 - m.levator scapulae
- c) lumbální oblast
- d) svaly pánevního dna a pánve

6.3.1 Klinický obraz při dysfunkci limbického systému

Při dysfunkci limbického systému je klinický obraz charakterizován (Capko, 1998; Janda, 1999; Stackeová, 2005, Vélé, 1997) tím, že:

- sval spontánně nebolí, ale je v něm pocíťováno určité napětí, pocit diskomfortu
- je bolestivý na tlak a hlubokou palpaci

- svalový hypertonus postihuje oblast, která není přesně ohraničena
- v posturálních svalech svalový tonus stoupá, ve fázických naopak klesá – to má za následek vznik svalových dysbalancí
- přechod mezi hranicí hypertonu a normotonu je pozvolný
- hypertonus je závislý na poloze těla, pokles svalového tonu v nižších polohách
- je nápadná klidová aktivita na EMG

7. TEORIE BOLESTI S DŮRAZEM NA JEJÍ PSYCHICKOU SLOŽKU

7.1 DEFINICE BOLESTI

Světová zdravotnická organizace a Mezinárodní společnost pro studium bolesti shodně definují bolest jako nepříjemný sensorický nebo emocionální prožitek spojený s přímým nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovaný v termínech takového poškození. Bolest je vždy subjektivní (Vaškovský, 2001).

Rychlíková uvádí, že bolest je komplexním počítkem, majícím své klinické a psychologické projevy, které jsou závislé na celé řadě vnitřních a zevních faktorů. Je počítkem individuálním, a proto je její vnímání a slovní vyjádření její intenzity a charakteru tak rozdílné a má mnoho různých kvalit a velikostí (Ryhlíková, 1985).

7.2 VÝZNAM BOLESTI

Bolest je vědomě vnímaným varovným signálem, nutícím k volnímu omezování motoriky, aby místo, kde bolest vznikla, bylo ušetřeno dalšího namáhání a aby se tím nezpomaloval autoreparační proces, který je základní vlastností živého organismu (Véle, 1997).

Bolest nemusí signalizovat pouze poškození organismu, jak je tomu i u PSBP. Bolest, která se vyskytuje bez zjevné organické příčiny či patofyziologického procesu, označujeme jako psychogenní (Čechová, 2000). O psychogenní bolesti bude podrobněji pojednáno v kapitole č. 9.2.1.

7.3 MECHANISMY VZNIKU BOLESTI

Bolest pro svou nezávislost na ostatních sensorických vjemech představuje samostatnou nozologickou jednotku. Je nejkompexnější lidskou zkušeností, neboť je její vnímání spojeno s poznatky tělesnými, emočními a sociálními (Hiller, Heuser, Fichter, 2000).

Bolest mohou vyvolat rozličné podněty fyzikální i chemické a bolestivá aferentace může vznikat z různých tkání těla.

Většina bolestivých mechanismů je zpracována prostřednictvím periferních receptorů bolesti - nociceptorů, které mohou být buď specifické, pouze pro bolestivé podněty nebo

polymodální. Nociceptory jsou bohatě zastoupeny ve všech tkáních s výjimkou rohovky a bílé hmoty mozkové (Ambler, 2001). Podráždění nociceptorů může být aktivováno tzv. mediátory bolesti, mezi které patří především prostaglandiny, histamin, serotonin, kininy a substance P. Vedení bolestivé informace z nociceptorů je zprostředkováno volnými zakončeními silných myelinizovaných A δ vláken a volnými zakončeními tenkých nemyelinizovaných C vláken. A δ vlákna vedou rychlou, ostrou bolest, která je dobře lokalizovaná a vede spíše k únikovým reakcím. C vlákna vedou naopak bolest tupou a difúzní, která je spojena spíše se zaujímáním úlevové polohy (Trojan, 1999). Oba typy vláken přicházejí do zadních rohů míšních odkud je vedení bolesti zprostředkováno drahami spinotalamickými a drahou spinoretikulotalamickou. Tyto dráhy ústí do RF mozkového kmene, do limbického systému a do mediálního talamu. Na zpracování nocicepčních signálů se účastní mozková kůra, která je nezbytnou podmínkou zpracování bolestivých impulsů (Čihák, 1997; Albe-Fessard, 1998).

Vnímání bolesti zabraňuje tzv. endogenní systém analgezie, který je součástí centrálních sestupných zpětnovazebných systémů řídicích a ladících percepční mechanismy v nižších etážích somatosenzorických drah (Trojan, 1999). Do skupiny tzv. endogenních opioidů patří endorfiny, enkefaliny a dynorfiny, které po uvolnění při spojení se specifickými receptory, na synapsích interneuronů, působí postsynaptickou inhibicí míšních neuronů nebo presynaptickou inhibicí jejich aferentních vláken a tím zvyšují práh bolesti a mají analgetický efekt (Ambler, 2001).

7.3.1 Vrátková teorie bolesti

Teorií bolesti je mnoho, ale žádná nepodává spolehlivé vysvětlení tohoto složitého fenoménu. V poslední době se rozšířila teorie dvojice autorů Melzacka a Walla, kteří vytvořili tzv. „vrátkovou“ teorii bolesti (gate theory). Autoři předpokládají dvě rozhodující úrovně, které mají vliv na percepci bolesti (vrátka v míše a interpretační ústředí v CNS). Podle autorů se „nocicepční signál“ přenáší tenkými nervovými vlákny do míchy, kde se předpokládá existence neuronů, které mají funkci „vrátek“ (gate). Tato „vrátka“ mohou propouštět méně nebo více signálů do mozku podle toho, jak jsou pootevřena: vrátka se pootevírají aferencí z tenkých vláken a přivírají aferencí z tlustých vláken. V podkoří mozku existuje „interpretační ústředí“, které určuje, kdy a za jakých okolností budou tyto signály přivedeny do vědomí a interpretovány jako bolest a kdy nikoliv. Nocicepční

aference může být blokována i „uzavřením“ synapsí přenášejících nociceptivní aferenci látkami podobnými morfinu (endorfiny), které je CNS schopen sám vyrábět (Véle, 1997).

7.4 KOMPONENTY BOLESTI

Podle Melzacka (1978) rozeznáváme tři vzájemně propojené složky bolesti:

1. Senzoricko – diskriminační určuje lokalizaci a hodnotí kvalitu a intenzitu bolesti. Je dána citlivostí nociceptivního systému na podnět. Aktivuje se rychle vedoucí spinální systém.
2. Afektivní složka vyjadřuje emoční doprovod bolesti, různé stupně nelibosti a motivaci bolest zmírnit, popř. odstranit. Aktivuje se retikulární formace, limbický systém a pomalu vedoucí spinální systém.
3. Kognitivně – evaluativní složka srovnává bolest s dřívějšími zkušenostmi. Bolest se interpretuje v mozkové kůře.

Je nutné si uvědomit, že práh bolesti je velmi individuální a rovněž zpracování bolesti včetně emoční odpovědi je vysoce individuální.

7.5 ROZDĚLENÍ BOLESTI Z HLEDISKA PRŮBĚHU A DYNAMIKY

7.5.1 Akutní bolest

Akutní bolest je zpravidla spojena se zřejmou příčinou (trauma, zánět), má náhlý nástup a trvá maximálně několik dnů či týdnů. Akutní bolest je z biologického hlediska většinou účelná a organismus na ni reaguje fyziologickými změnami, jejichž obraz se do značné míry kryje s obrazem změn při zátěži (stresu-distresu), spojenými se zvýšením tonu sympatiku, které má za následek prudké zvýšení krevního tlaku, zrychlení srdeční frekvence, pocení, nauzeu, prohloubení dýchání, zvýšení svalového napětí a mydriázu (Ambler, 2001; Křivohlavý, 1992; Sofaer, 1997; Lejčko, 2003).

Pro akutní bolest, ve srovnání s bolestí chronickou, je typické, že je relativně dobře ovlivnitelná a často lze vystačit s jednou léčebnou modalitou (Kozák, 2005).

7.5.2 Chronická bolest

Deklarace EFIC (European Federation of IASP Chapters) o chronické bolesti jako důležitém problému zdravotnictví a samostatném onemocnění ve vlastním slova smyslu: „Bolest je důležitý zdravotnický problém v Evropě. Akutní bolest může být považována za symptom onemocnění či úrazu, chronická a opakující se bolest je specifickým zdravotnickým problémem, je samostatným onemocněním“.

Syndrom chronické nenádorové bolesti se vyznačuje stížnostmi na bolest tělesnou nebo útrobní, trvající déle než 3 – 6 měsíců. Za chronickou je třeba považovat bolest i při kratším trvání, pokud přesahuje dobu pro dané onemocnění či poruchu obvyklou (Kozák, 2005).

Chronická dlouhotrvající bolest nemá na rozdíl od akutní bolesti již žádnou biologicky účelnou funkci a díky adaptaci organismu již nelze zastihnout vegetativní změny typické pro akutní bolest (Lejčko, 2003). Zatěžuje pacienta nejen svou přítomností, eventuálně recidivujícím charakterem, ale často dlouhodobě či trvale vyřazuje postiženého z jeho rodinného a pracovního prostředí. I v obdobích remise strach z návratu bolesti traumatizuje mnohdy stejně jako bolest sama. Význačnou roli hraje i chronický nedostatek spánku (Lejčko, 2003).

7.5.2.1 Celostní pojetí chronické bolesti

Na interpretaci bolesti má psychika velký vliv. Jones et al. (2003) ve své práci píše, že pouhá anticipace bolestivých podnětů může vyvolat aktivaci celého nociceptivního systému. Podle Véleho (1997) je bolest fenoménem více psychickým než organickým. To, že psychické stavy významně ovlivňují percepci bolesti a její ovládnutí, dokazují různé zkušenosti psychologické i lékařské.

Tradiční, dualistický model o původu bolesti je následující: bolest vzniká nocicepcí, tj. primárním poškozením, nebo utrpením. Od vzniku vrátkové teorie je průkazné, že bolest musí být chápána v diagnostice i terapii v biopsychosociálním pojetí a že je důležité soustředit se na vztah mezi utrpením a bolestí: bolest většinou vede k utrpení, ale i utrpení skrze somatizaci může vytvářet bolest (Sullivan, Turk, 2001).

Pacienti, kteří trpí chronickými bolestmi, jsou alterováni v oblasti somatické, ale individuálně i v oblasti emoční, kognitivní a behaviorální, což odpovídá systémovému propojení jednotlivých modalit u chronického onemocnění.

Bolest se projevuje ve složce somatické intenzitou, lokalizací, typem, nespavostí, ztrátou chuti k jídlu, potížením s hmotností, ztrátou libida, poklesem energie, zvýšenou únavou, snížením výkonu a nesoustředěností.

Nejčastější emoční doprovod bolesti je strach, úzkost, smutná nálada a pocity beznaděje a bezvýchodnosti (frustrace). Kognitivní složku zahrnují představy o vzniku a udržování bolesti, očekávání léčby, pocity viny, subjektivní pocity vlastní výkonnosti a užití zvládacích strategií. Nejčastější psychickou reakcí u pacientů s chronickou bolestí je deprese a úzkostné poruchy, které současně mohou splňovat kritéria i pro fobické úzkostné poruchy a somatoformní poruchy (Raudenská, 2004; Nečasová, 1997).

Behaviorální složka představuje bolestivé chování, které zahrnuje snížení aktivity nebo úplné vyhýbání se aktivitě kvůli bolestem, svalovou tenzi, ochranu bolestivých částí těla, nadužívání léků a opakované vyhledávání lékařské péče (Raudenská, 2004).

V celostním pohledu na bolest se zaměřujeme na strategie, které jedinec volí ve vztahu k bolesti a k jejímu zvládnutí (coping). Jde o individuální a často diametrálně odlišné strategie, které pacient užívá jako obranu proti tíživé situaci (Imbierowicz, Egle, 2002). Jsou pacienti, kterým dělá subjektivně i objektivně dobře, když se modlí nebo meditují, jsou jiní, kteří si dovedou vypracovat vlastní postupy řízené imaginace a odpoutat se od bolesti představou určitých situací, jsou takoví, kterým pomáhá fyzická aktivita, abreakce nebo agresivita. Existují pochopitelně také strategie destruktivní, jako např. sebelítost, autoagresivita, katastrofizování a jiné.

Pro zjištění pacientovy individuální strategie ke zvládnutí bolesti lze například využít dotazník CSQ (Coping Strategies Questionnaire) postihující pět základních způsobů zvládnutí bolesti: odpoutání se; ignorování pocitů; přeformulování pocitů či přerámování situace; katastrofizace; motlitba a doufání (Chromý, Honzák et al., 2005). V praxi je důležité, že faktor katastrofizování úzce koreluje s depresivní symptomatologií. Dotazník CSQ v příloze č.1.

7.6 VLIV STRESU NA PERCEPCI BOLESTI

Pojmy stres, úzkost a bolest jsou u převážné většiny odborníků intuitivně vzájemně propojeny a vliv úzkosti, pravidelně doprovázející stres, na percepci bolesti mnohokrát zkoumán. Četné studie prokázaly, že vlivem stresu a úzkosti mohou být jak práh bolesti tak i tolerance k bolesti posunuty v obou směrech (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993), to

platí i v naopak, kdy bolest jakožto součást stresu jeho závažnost zároveň prohlubuje (Šavlík, Hnízdil, 2004; Chromý, Honzák et al., 2005). U PSBP je práh bolesti jednoznačně snížen, stres a úzkost prožitek bolesti ještě zesiluje a vytváří se tak bludný kruh udržování nemoci.

7.7 VLIV BOLESTI NA POHYBOVÝ APARÁT

Bolestivé stavy velmi ovlivňují nejvyšší úrovně řídicích procesů, tj. psychiku, a proto výrazně ovlivňují výkonnost a funkci celé pohybové soustavy. Tento vzájemný vliv bolest-psychika-pohybový aparát můžeme pozorovat i u PSBP a změny v pohybovém aparátu vzniklé na podkladě bolesti musíme brát v úvahu při volbě vhodných terapeutických postupů.

Při nociceptivní stimulaci dochází k aktivní změně standardního pohybového vzorce tak, aby postižené místo nebylo iritováno a umožnila se tím funkční restituce. Postižený se snaží zaujmout úlevovou polohu, při které dochází k minimální aferentní signalizaci. Trvalejší změna pohybového programu pak může mít za následek vznik funkční poruchy pohybového aparátu.

Bolest působí jako spouštěvý reflexní mechanismus a vyvolává tzv. reflexní změny. Mezi tyto změny patří hyperalgická kožní zóna, svalové spazmy a trigger pointy (TrP). Nejčastější příčinou vzniku reflexních změn jsou funkční vertebrogenní poruchy a svalový systém (Véle, 1997).

Při vyšetřování pacienta trpícího bolestí musíme brát v úvahu, že vnímání intenzity bolestivého podnětu je vždy subjektivní povahy a proto je reakce pohybového aparátu na bolestivý podnět individuální.

8. PSBP V MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACI NEMOCÍ - 10

Nejbližší „příbuzná“ psychosomatiky, psychiatrie, která by měla ze všech medicínských odvětví nejvíce respektovat psychologické a psychosociální vlivy na vznik psychiatrických onemocnění, se v posledních desetiletích nejvíce pyšní čistě biologickým a biochemickým přístupem a v souladu s tím klade větší důraz na farmakologickou nežli na psychoterapeutickou léčbu. Snad proto, že psychiatři i celá psychiatrie bývali zdrojem vtipů a provázení malou vážností, se psychiatři o to více snaží psychické nemoci jasně definovat a vzbudit odborně medicínský dojem (Poněšický, 2002).

Duševní nemoci se zpravidla dělí do tří velkých skupin:

1. Organické psychické poruchy
2. Endogenní psychické poruchy
3. Neurotické (psychogenní) psychické poruchy

8.1 NEUROTICKÉ PORUCHY

Neurotické poruchy jsou funkční poruchy nervové činnosti bez zjevné organické léze CNS nebo jiných systémů, označují se také jako poruchy psychogenní. Na jejich vzniku se podílí individuální specifická a typologická dispozice spolu s četnými faktory vnějšími, které ovlivňují vývoj, strukturu a reakce osobnosti (Ambler, 2001).

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy jsou heterogenní skupinou psychických poruch, u kterých bývá úzkost a její somatické koreláty dominantním fenoménem. V klasifikaci jsou zařazeny do společné kapitoly vzhledem k předpokládané souvislosti s psychologickými příčinami a s ohledem na svou historickou souvislost s pojmem neurózy. Poruchy, u kterých bývá dominujícím faktorem úzkost, jsou podle MKN-10 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F48) (Höschl et al., 2002). Z okruhu těchto poruch jsou v souvislosti s psychosomatickými onemocněními zajímavé tzv. somatoformní poruchy.

8.1.1 Somatoformní poruchy

Somatoformní poruchy jsou skupina duševních poruch, charakteristických přítomností mnohočetných a proměnlivých tělesných příznaků bez prokazatelných organických patologických změn (Aigner et al., 2003). Kroenke et al. (1998) uvádí, že somatoformní poruchy jsou přítomny přinejmenším u 10% - 15% nemocných přicházejících k lékaři první linie.

Hlavními projevy jsou opakované stížnosti na tělesné příznaky (jsou to např. bolest, nauzea, vegetativní příznaky, únava) a žádosti o specializované vyšetřovací postupy přesto, že nálezy byly opakovaně negativní a pacient je lékařem ujišťován, že příznaky nemají žádný tělesný podklad (Höschl et al., 2002; Ehler, Heim, Hellhammer, 1999; Kroenke et al., 1998). Odpověď na léčbu je tedy většinou chabá a pacient má tendenci vyhledávat mnoho dalších odborníků, čímž spotřebovávají neadekvátní množství zdravotní péče (Honzák, 2004). Postižení své přesvědčení zakládají na tom, co na sobě pozorují. Celou řadu tělesných příznaků, které souvisejí se stresem nebo normálními projevy, interpretují jako důkaz tělesné poruchy (Aigner et al., 2003). Tyto tělesné příznaky a s nimi spojené obavy jsou pro pacienta natolik nepříjemné, že vedou k závažnému stresu a narušují schopnost fungování v sociálních a pracovních rolích (Kačmářová, 2002). Chování těchto pacientů se někdy příznačně označuje jako „choroba jako způsob života“ (Honzák, 2004).

Pacienti trpící některou ze somatoformních poruch mohou pochopitelně zároveň trpět tělesným onemocněním. To však samo o sobě nevysvětluje intenzitu, povahu nebo rozsah příznaků ani míru obav, které o sebe pacient má. Je potřeba si uvědomit, že tyto příznaky nejsou pod vědomou nebo volní kontrolou (Herman, Praško, Hovorka, 2004). Pacient nesimuluje ani nepodvádí a zasluhuje stejně pečlivé hodnocení, péči a pochopení, jako kterýkoliv jiný pacient (Höschl, et al., 2002; Praško, 2000; 2002).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) mezi somatoformní poruchy řadíme: somatizační poruchu (F45.0), nediferencovanou somatizační poruchu (F45.1), hypochondrickou poruchu (F45.2) a k ní patřící dysmorfobii, somatoformní vegetativní dysfunkci (F45.3) a perzistující somatoformní bolestivou poruchu (F45.4). Někteří autoři sem řadí chronický únavový syndrom a konverzní poruchu.

9. PERZISTUJÍCÍ SOMATOFORNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA F45.4

Základní charakteristikou PSBP je stálá, těžká a skličující bolest na jednom nebo více místech těla, která se nedá plně vysvětlit žádným fyziologickým procesem nebo tělesnou poruchou. Tento příznak je spojen se značným emočním stresem a zhoršuje fungování v osobních, sociálních a pracovních rolích (Kačmářová, 2002).

Diagnostická kritéria MKN-10 pro perzistující somatoformní bolestivou poruchu

- trvalá, těžká a stresující (obavy budící) bolest (po dobu alespoň 6 měsíců a nepřetržitě většinu dnů) v jakékoli části těla, kterou nelze dostatečně vysvětlit fyziologickým procesem nebo tělesnou poruchou

- bolest je neustále středem pozornosti pacienta

- tato porucha se nevyskytuje v přítomnosti schizofrenie nebo příbuzných poruch ani během jakýchkoli poruch nálady, somatizační poruchy, nediferencované somatizační poruchy nebo hypochondrické poruchy

(Höschl et al., 2002; Praško et al., 2002; Hiller, Heuser, Fichter, 2000; Petrak et al., 2003)

9.1 EPIDEMIOLOGIE

Jde o poměrně častou poruchu, studie prevalence v populaci však zatím provedeny nebyly. Perzistující somatoformní bolestivou poruchou trpí kolem 1% nemocných přicházejících k lékaři první linie. V mírnější formě (nebo trvající kratší dobu) se však může vyskytovat mnohonásobně častěji (odhad je kolem 15%).

Porucha postihuje dvakrát častěji ženy než muže. Může se objevit v kterémkoli věku, ale vrchol je ve 4. a 5. decenniu, snad proto, že tolerance pro bolest s věkem klesá. Byla zjištěna vyšší četnost u méně kvalifikovaných profesí (Höschl et al., 2002; Seifertová et al., 2004; Praško et al., 2000; Praško, 2002; Kačmářová, 2002).

9.2 ETIOLOGIE

Specifické psychologické mechanismy bolesti nejsou známy. Příbuzní prvního stupně mívají častěji stejnou poruchu. To by mohlo svědčit jak pro genetickou predispozici, tak pro možnost, že příznaky se v rodinách učí. Mezi příbuznými je však také více postižených depresivní poruchou, úzkostnými poruchami a abúzem návykových látek. U PSBP bývá rovněž zvažována alexithymie (viz kapitola 4.5) jako součást predispozičních osobnostních rysů.

Z biologických faktorů hrají zřejmě důležitou roli neurotransmitery, serotonin, noradrenalin a endorfiny. Serotonin a noradrenalin jsou pravděpodobně hlavními neurotransmitery sestupných inhibičních drah pro vnímání bolesti. Na modulaci bolesti v CNS se podílejí také endorfiny. Nedostatek serotoninu, noradrenalinu i endorfinu souvisí se zesílením senzorických stimulů (Höschl et al., 2002; Praško, 2000; 2002).

9.2.1 Psychogenní bolest

Psychogenní bolest nemá zjevný organický původ (Jones, 2003), má však biologický základ a vzniká především na úrovni limbického systému a mozkové kůry. Pojem psychogenní bolest lze najít i v definici bolesti IASP přijaté v roce 1979 (kapitola 7.1). Z této definice vyplývá, že pro psychogenní bolest jsou rezervovány ty části definice týkající se emoční zkušenosti a subjektivity bolesti (Rokyta, 2004).

Z psychologického hlediska je psychogenní bolest charakterizována jako bolest na emoční bázi (Craig, 1999), přičemž emoční strádání bolest zesiluje. Psychologická interpretace bolesti také závisí na kulturních a etnických faktorech. Dalším velmi důležitým faktorem pro intenzitu psychogenní bolesti je stupeň anxiety. K patofyziologickým mechanismům psychogenní bolesti patří i emoční distres při anticipaci bolesti. (Rokyta, 2004).

Psychoanalytický pohled říká, že pacienti s bolestmi bez somatické příčiny mohou symbolicky vyjadřovat intrapsychický konflikt. Ten je pomocí potlačení, přenosu a substituce proměněn na bolest.

Podle teorie učení je psychogenní bolest naučené chování. Může jít o imitaci důležité osoby (zejména rodiče nebo jiné autority) nebo postupné zesilování původně fyziologické

reakce na stres, či o udržování původně organického příznaku pomocí psychogenních mechanismů. Bolest a s ní související „bolestivé chování“ je pozitivně posilováno tím, že je okolí odměňuje pozorností a péčí, a negativně posilováno vyhýbavým chováním. Výrazný vliv mají interpersonální faktory. Bolest může sloužit záměrně i neuvědoměle manipulaci druhými a být výhodou v interpersonálním vztahu. Může například „stabilizovat“ nejistý partnerský vztah (Höschl et al., 2002).

9.3 KLINICKÝ OBRAZ A SYMPTOMATOLOGIE

V popředí jsou stížnosti pacienta na stálou, těžkou a skličující bolest, která trvá po dobu nejméně 6 měsíců, na jednom nebo více místech, kterou nelze plně vysvětlit žádným fyziologickým procesem ani tělesnou poruchou. Bolest se promítá do jedné nebo více oblastí a je spojena se zhoršením funkce postižených oblastí (Grabe et al., 2003; Herman, Praško, Hovorka, 2004).

Na pozadí bývají emoční konflikty nebo psychosociální problémy, které zvenčí imponují jako pravděpodobné vyvolávající vlivy. Mohou poruše předcházet nebo souviset s jejím udržováním (Petraček et al., 2003). Výsledkem je obvykle zvýšená podpora a pozornost ze strany lékaře nebo jiných osob. Takto může poskytovat sekundární zisk.

Aigner et al. (2003) ve své studii uvádí poruchy spánku jako další ze symptomů PSBP. Ačkoliv není porucha spánku uvedena v MKN-10 diagnostických kritériích pro PSBP, je vhodné se jí zabývat, protože spánková deprivace úzce souvisí s neschopností organismu regenerovat a také se svalovou bolestí. Poruchy spánku by tak mohly hrát podstatnou roli v udržování (přetrvávání) PSBP.

Další symptom, logicky související se spánkovou poruchou a chronickou bolestí, je únava.

Bolest, kterou lze přičíst známým nebo odvozeným psychofyziologickým mechanismům (jako je například bolest ze svalového napětí nebo migréna), nezařazujeme pod perzistující somatoformní bolestivou poruchu, ale pod kategorii „Psychické nebo behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde“ (MKN-10, 1999).

9.4 PRŮBĚH

Porucha může vzniknout v kterémkoli věku, objevuje se náhle a zpravidla dochází k jejímu nárůstu v průběhu týdnů až měsíců. Obvykle je její průběh chronický a vlnovitý. Pacienti mají velkou tendenci k závislosti a často si „kupují lékaře“ různými dárky nebo nabídkami. Při pocitu, že jim lékař věnuje málo pozornosti, vyhledávají opakovaná vyšetření za účelem potvrzení organické příčiny příznaků.

Pokud není bolestivá porucha spojena se sekundárními zisky, a problémy, které souvisely s jejím vznikem, zanikly nebo byly vyřešeny, může spontánně odeznít. Problém je, když má pacient řadu sekundárních zisků jak interpersonálních tak rentových. Pak často končí v invalidním důchodu a žije v útrpné roli chronicky nemocných. Hrozí mu návyk na analgetika, někdy svým naléháním zmate i odborníka, takže je například zbytečně operován.

Tendence posílat nemocného k psychiatrické léčbě až po vyčerpání všech ostatních možností zpravidla vede ke chronifikaci pacienta dříve, než je stanovena správná diagnóza a zahájena adekvátní léčba. Tento přístup vytváří v pacientovi mylný dojem, že psychické problémy jsou něco méně závažného, na co se ostatní dívají s despektem (často i samotní zdravotníci). Pacient s PSBP však odmítá psychiatrické či psychologické přístupy a většinou chápe své psychické reakce až jako vedlejší a méně závažné a dále usiluje o somatickou péči (Praško et al., 2002).

9.5 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA A KOMORBIDITA

Asi nejobtížnější je odlišit tuto poruchu od *histriónského zpracování bolesti* organického původu. Jako vodítko pomůže fakt, že pacienti s histriónskými rysy reagují přehnaně, teatrálně, s bouřlivým, ale povrchním emočním doprovodem i v jiných životních situacích.

U nemocných s *organickou bolestí* se může také často objevit ustrašenost s naříkavostí nebo podrážděností a nadměrné vyhledávání pozornosti druhých. Bolest má však typičtější charakteristiky odpovídající neurofyzilogickým zákonitostem. Organicky podmíněná bolest kolísá v intenzitě a je velmi citlivá na emoční vlivy, často na změny polohy, tepla, podání analgetik. Bolest, která nekolísá v intenzitě v odpovědi na tyto faktory a nereaguje příliš na analgetika, je spíše psychogenního původu.

Somatoformní bolestivá porucha se může vyskytnout současně s některým organickým onemocněním, které se projevuje bolestí. Nejčastěji se jedná o *vertebrogenní algický syndrom*. Na komorbiditu pomýšlíme v případě, že stížnosti na intenzitu bolesti nelze plně vysvětlit somatickým nálezem. Právě v případě dorzalgii, ale i bolestí hlavy je často rozlišení mimořádně obtížné.

U *somatizačních poruch* se rovněž mohou objevovat různé bolesti, vesměs se však mění a stěhují, nebývají tak monotónní a úporné, nebo nepřevládají nad jinými stesky (Hiller, Heuser, Fichter, 2000). Komorbidita se somatizační poruchou bývá častá (Chromý, Honzák et al., 2005).

Pacienti s *hypochondrickou poruchou* si mohou stěžovat na bolest, ale udávají i jiné příznaky, které souvisejí s domnělou nemocí. Jejich příznaky v čase daleko víc fluktuují a význam jednotlivých příznaků se může měnit. U perzistující somatoformní bolestivé poruchy je bolest monotónní a nic jiného její význam nemůže převzít (Chromý, Honzák et al., 2005).

U *disociativní (konverzní) poruchy* je bolest vzácná a má přechodnou povahu.

Také některé somatické příznaky u *depressivní poruchy* a *schizofrenní poruchy* mohou být provázeny bolestí. Tento symptom však zastiňují jiné příznaky. Herman, Praško a Hovorka (2004) však uvádí, že až u 60% pacientů s PSBP se později objeví depresivní příznaky a až u jedné třetiny se může vyvinout velká depresivní porucha.

Bolest může pacient také *předstírat*. Zde jsou však patrně dobře rozeznatelné cíle, většinou rentového charakteru. V těchto případech je proto vhodné zhodnotit celkový kontext, ve kterém se pacient nachází (jednání o odškodném, problémy v práci a jiné situace, ze kterých pacient může unikat do nemoci) (Hóschl et al., 2002; Praško et al., 2002).

9.6 DIAGNOSTICKÝ POSTUP A VYŠETŘENÍ PSBP

Základním vyšetřením pacientů s PSBP je vyšetření psychiatrické, protože se jedná o psychickou poruchu.

Psychiatrickému vyšetření předchází komplexní somatické vyšetření u odborníků, interní, neurologické a další specializované vyšetření případně včetně CT, MRI, EEG atp.

Psychiatrické vyšetření má celou řadu specifíků a od vyšetření tělesného se v mnohém zásadně liší. Lidé jsou zvyklí chodit za lékařem s tělesnými problémy a nikoli se starostmi psychického rázu. Někteří pacienti se těžce smiřují se skutečností, že „skončili“ na

psychiatrii“, což je bohužel v naší kultuře stále považováno minimálně za důsledek osobního selhání, v horším případě za ostudu. Ještě těžší je situace, kdy duševně nemocný vůbec nepřipouští možnost, že je psychiatrická léčba plně indikována. Navázání kontaktu za těchto okolností je klinickou dovedností, kterou se lékař učí mnohdy celý život (Höschl et al., 2002).

9.6.1 Psychiatrické interview

Úvodní vyšetření má významnou roli, protože umožňuje lékaři i pacientovi porozumět příznakům a jejich kontextu. Již v prvním rozhovoru se utváří počátek terapeutického vztahu, domlouvají se pravidla a často i některé strategie léčby. Úvodem samotné léčby je diagnostický rozhovor, během kterého si pacient začíná díky lékařovým otázkám uvědomovat souvislosti mezi příznaky a psychologickými a sociálními faktory. Postupně se zaměřuje na konkrétní kontext, ve kterém příznaky vznikly a jsou nyní udržovány (Praško et al., 2002).

Praško et al. (2002) dále shrnuje obecné zásady v přístupu k pacientovi s psychickým onemocněním a terapii:

- empatické přijetí a trpělivé vyslechnutí
- pomoc při přijímání situace a následným zvládnutím negativních emocí (strach, úzkost, smutek, bezmoc)
- vytvořit naději na vyléčení
- snížit eventuální pocity viny a zabránit nálepce („jsem blázen“)
- plán léčby a vysvětlení jejího postupu
- ocenění a pochvalu snahy o spolupráci

Výsledkem rozhovoru s pacientem by mělo být úplné psychiatrické vyšetření, které obsahuje základní identifikační údaje, anamnézu, nynější onemocnění, aktuální stav psychický, aktuální stav somatický, psychodynamický rozbor, diagnózu a diferenciální diagnózu, terapeutický plán a souhrn.

9.6.2 Anamnéza

Dobře odebraná anamnéza má nejen v psychiatrii nedocenitelnou roli. Schopnost podrobně, avšak taktně a citlivě prozkoumat pacientův dosavadní život je klíčem k funkčnímu terapeutickému vztahu. Rozdíl mezi anamnézou odebíranou fyzioterapeutem a psychiatrem je zřejmý, ale pro ilustraci uvádím obsah psychiatrické anamnézy, která se v některých bodech shoduje s anamnézou odebíranou fyzioterapeutem a mohla by tak v některých případech upozornit na přítomnost psychopatologie.

Anamnéza sestává z několika částí:

Rodinná anamnéza:

- neuropsychiatrická onemocnění v příbuzenstvu, případné hospitalizace a účinná léčba
- sebevraždy, abúzus alkoholu či návykových látek
- kdo je pacientovi v současné situaci oporou

Osobní anamnéza:

- dětství: prenatální a perinatální období, časné dětství (do tří let), útlé dětství (3-11 let), pozdní dětství a adolescence
- sexuální anamnéza
- sociální anamnéza (včetně údajů o držení řidičského průkazu, případně zbrojního pasu)
- užívání návykových látek
- somatická onemocnění
- psychiatrická anamnéza

Objektivní anamnéza:

- doplnění informací od tzv. objektivního zdroje – od blízké osoby (příbuzných, přátel)

Přínosnou by v odebírání anamnézy pacientů s PSBP mohla být metoda, kterou zavedl MUDr. Chvála v Libereckém Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch.

Metoda odebírání anamnézy se nazývá časová osa a přes komplikovaný výklad efektu této techniky je princip velmi jednoduchý. Pacienta se podrobně vyptáváme na potíže, pro které přišel. Vedeme ho však k vybavení stále starších symptomů až do dětství a zaznamenáváme jejich časovou posloupnost. Potom se vracíme od jeho narození zpět do současnosti, avšak tentokrát se zajímáme o události a jejich prožitky. Tak se dostane čas výskytu a symptomů a události, které se v tu dobu staly, znovu k sobě, kam patří. Oddělila

je od sebe v mysli pacienta nevědomá obrana, disociace. Stejným způsobem postupujeme i u dalších členů jeho rodinného systému.

Díky časové ose odstraňujeme disociaci mezi událostí a somatizací. Ta je přirozenou nevědomou obranou každého člověka před tím, co by neunesl, co ještě nedokáže zpracovat. Může to být cokoli, od smrti někoho z rodičů, ztráty partnera, dítěte, ztráty zaměstnání, onemocnění někoho v rodině až po těžká traumata, jakým je například týrání a zneužívání v dětství.

Vliv životních událostí na vznik nemoci je znám v psychosomatické medicíně dlouho, ale dříve byla velká tendence i v oblasti psychologie hledat objektivní data. Chválův přístup vychází z toho, že vždy pracujeme se subjektivním světem pacienta, který je uspořádán právě tak, jak je, bez ohledu na tyto objektivní data (Chvála, Trapková, 1996).

9.6.3 Aktuální psychický stav

Aktuální psychický stav (*status praesens psychicus*) je podrobný popis všech oblastí pacientovy psychiky, který vyplývá z rozhovoru s pacientem a z pozorování jeho chování.

<i>Aktuální psychický stav popisuje:</i>	
celkové vzezření	vnímání
postoj k vyšetření	myšlení
psychomotoriku	soustředění
řeč	intelekt
vědomí a orientaci	paměť
emoce a afektivitu	náhled
hodnověrnost	

U psychosomatických nemocných se při vyšetření doporučuje zvláštní přístup a to nepřistoupit na manipulaci somatickými obtížemi. Připustit však a ujistit nemocného, že jeho stížnosti jsou skutečné.

9.6.4 Psychiatrické posuzovací stupnice

Všechny níže uvedené psychiatrické posuzovací stupnice jsou určeny pro užívání středním zdravotnickým pracovníkem, jsou tedy vhodné i pro použití fyzioterapeutem. Samozřejmě, že správných a přesných výsledků lze dosáhnout jen s patřičnou teoretickou přípravou a přiměřenými praktickými zkušenostmi (Filip et al., 1997).

BATE

Obvyklá mezinárodní zkratka: BATE

Plný název v originále: de Bonis Anxiété Traite-État Inventory

Plný název v češtině: nepoužívá se

Autor: Monique de Bonis

Hodnocená populace: dospělí pacienti s diagnózou úzkostné neurózy

Účel užití: hodnocení změn v průběhu terapie

Zdroj dat: výpověď pacienta o jeho potížích

Technika získání dat: třídění kartiček s jednotlivými položkami do třídících boxů

Přibližné trvání jednoho hodnocení: 30 minut

Struktura instrumentu: Dotazník obsahuje dvě série po 36 položkách, týkajících se jednotlivých příznaků úzkosti. Položky série S (viz příloha č.2) jsou formulovány vzhledem k pacientovu stavu v posledních několika dnech. Předpokládá se, že hodnotí aktuální úzkost („anxiety state“). Položky série T (viz příloha č.3) jsou obsahově stejné s položkami série S s tím rozdílem, že se dotazují na dlouhodobé, trvalé rysy pacientovy osobnosti. Předpokládá se, že hodnotí úzkostnost, čili úzkost jako osobnostní rys („anxiety trait“). Ke každé sérii patří instrukce pro pacienta, kterou si přečte před zahájením třídění. Je důležité se přesvědčit, že pacient instrukci pochopil, zejména co do hodnoceného časového období. Autoři doporučují mít 2 verze škály, zvláště pro ženy a zvláště pro muže. Uvádím verzi pro ženy.

Transformované veličiny: BATE-D (diferenční skór), který se vypočítává odečtením skóru BATE-T od skóru BATE-S. Skór BATE-D, který ukazuje, do jaké míry pacientova aktuální úzkost přesahuje trvalou, osobnostně podmíněnou míru úzkosti, je velmi citlivý na změnu v průběhu terapie.

SAS

Obvyklá mezinárodní zkratka: SAS

Plný název v originále: Self-Rating Anxiety Scale

Plný název v češtině: Zungův dotazník úzkosti

Autor: W.W.K.Zung

Hodnocená populace: dospělé osoby trpící příznaky úzkosti

Účel užití: kvantifikace příznaků úzkosti

Zdroj dat: výpověď pacienta o jeho potížích

Technika získání dat: zaškrtování skóre pacientem ve speciálně předtištěném formuláři nebo třídění kartiček s jednotlivými položkami do třídících boxů

Hodnocené období: poslední týden včetně dne hodnocení

Transformované veličiny: celkový skór; pro všechny výpočty se položky 5, 9, 13, 17 a 19 započítávají invertovaně, tj. je-li hrubý skór n, započítává se pro výpočet skór (4-n)

Dotazník v příloze č.4.

SCL-90

Obvyklá mezinárodní zkratka: SCL-90

Plný název v originále: Self-Report Symptom Inventory

Plný název v češtině: nepoužívá se

Autoři: L.R.Derogatis, R.S.Lipman, L.Covi

Poznámka: Jedná se o novější rozšířenou verzi dotazníku HSCL (Hopkins Symptom Checklist)

Hodnocená populace: dospělí ambulantní pacienti psychiatrickí i nepsychiatrickí

Účel užití: sledování psychopatologických symptomů u ambulantních pacientů

Zdroj dat: výpověď pacienta o jeho potížích

Technika získání dat: zaškrtování skóre pacientem ve speciálním předtištěném formuláři nebo třídění kartiček s jednotlivými položkami do třídících boxů (druhý způsob je zdůlhavější při přepisování skóre do standardního formuláře, autoři jej však považují za méně únavný pro pacienta a robustnější vůči vzniku „haló efektu“)

Hodnocené období: poslední týden, včetně dne hodnocení

Transformované veličiny:

- a) celkový index příznaků (General Symptomatic Index, GSI)
- b) počet pozitivních příznaků (Positive Symptom Total, PST)
- c) průměrná závažnost příznaku (Positive Symptom Distress index, PSDI)
- d) dimenzní skóry (jde o faktorové skóry)

Dotazník v příloze č.5.

9.7 DIAGNOSTIKA BOLESTI - DOLORIMETRIE

Abychom mohli bolest úspěšně léčit, je nezbytné bolestivý stav podrobně vyhodnocovat (toto hodnocení je tím důležitější, čím více stav prograduje či chronifikuje), avšak vždy musíme mít na zřeteli individuálnost každého pacienta. Měření bolesti má k dispozici řadu různých metod. Patří sem metody fyziologické a metody psychologické. Závěry všech vyšetření by měly vyústit k základní etiopatogenetické rozvaze určující, o jaký typ bolesti se jedná a podle toho indikovat nejvhodnější terapii (Chromý, Honzák et al., 2005).

Do skupiny fyziologických metod řadíme metody měření evokovaných potenciálů, svalového napětí pomocí EMG a zjišťování autonomní nervové činnosti.

Při využití psychologických metod měření bolesti hodnotíme (Křivohlavý, 1992; 2002; Chromý, Honzák et al., 2005):

- anamnézu a dobu trvání bolesti
- topologii bolesti – schematický grafický záznam (pain figure)
- intenzitu bolesti
- charakter bolesti a její časový průběh
- faktory ovlivňující průběh bolesti – jak se dá daná bolest zmírňovat, případně co způsobuje zhoršování bolesti (psychosociální faktory, vlivy počasí,...)

9.7.1 Topologie bolesti – mapa bolesti

Obrazová forma sdělení pacienta „kde to bolí“ patří k nejdělejšími jak z hlediska pacienta, tak i lékaře. Jedna z nejčastěji užívaných metodik tohoto postupu byla zpracována M.S.Margolesem, ortopedem, v roce 1983 a v originále je nazvaná The Pain Chart (viz příloha č.6). Mapa bolesti je pomocným diagnostickým záznamem, který lze

používat jak na začátku tak v průběhu terapie pro sledování efektu terapie a změn ve vnímání bolesti.

Margolese definuje tuto metodiku jako dvoudimensionální zobrazení lidské postavy, kterého pacient užívá, aby druhému člověku sdělil řadu subjektivních údajů o svém problému typu bolesti. Obsahem této mapy je právě to, co zajímá terapeuta. Je zde uveden momentální stav i symptomy, které se mnoho poněkud měnit od návštěvy k návštěvě. Slovní údaje v této mapě nejsou sdělovány, ale mohou být přidány.

Účelem mapy bolesti je umožnit co nejpřesnější sdělení typu „kde to bolí“. Pacient je instruován, aby využil všech postav na obrázku a znázornil, kde všude pociťuje bolest. Pacient pak zakresluje bolestivé oblasti kolečky, elipsami či jinými plošnými nepravidelnými tvary a to barevnou tužkou, která je na černobílém podkladě zřetelně vidět.

Obvykle se používá červených či modrých fixů. Margolese zavedl následující systém barev:

- červená – palčivá bolest (pálí to)
- modrá – bolest obecně (bolí to)
- žlutá – tupá, bodavá či řezavá bolest
- zelená – svíravá bolest (působící křeče)

Margolese navrhuje další barvu pro vyznačení špatné pohyblivosti, znehybnění, tuhosti až strnulosti svalů, klubů a přilehlých oblastí. Pacient tedy sděluje nejen lokalizaci bolesti, ale i kvalitu a oblast problémů hybnosti. Hodnocení bolesti pacienta zahrnuje složku senzoricou, ale i značnou afektivní komponentu bolesti.

9.7.2 Hodnocení intenzity bolesti - VAS

Nejčastěji se k měření intenzity bolesti používá tzv. vizuální analogová škála VAS (Visual Analogue Scale), která umožňuje vyjádřit bolest buď graficky, nebo pomocí několikastupňové verbální škály. Jejím kladem je její jednoduchost, srozumitelnost, rychlost sdělení a dobrá dorozumitelnost pacienta s lékařem.

Grafické znázornění VAS využívá 10 centimetrů dlouhé vodorovné či svislé čáry (nejlepší je však šikmá stoupající v 45° úhlu zleva doprava). Na této čáře jsou označeny oba extrémní body. Začátek (vlevo dole) je označen „žádná bolest“ a konec (vpravo nahoře) je označen termínem „největší možná bolest“, tak se má vyjádřit nejsilnější bolest jakou si pacient dokáže představit). Úkolem pacienta je vyznačit křížkem na této úsečce svou bolest z hlediska její intenzity od 0 (žádná bolest) do 10. Vzdálenost tohoto křížkem

označeného místa od začátku (nulového bodu) v centimetrech pak vyjadřuje číselně intenzitu zážitku dané bolesti pacienta.

Opakovaná měření, která si nemocný zaznamenává do svého deníku bolesti, pak udávají věrohodné informace o průběhu bolesti a účinnosti léčby. V tomto deníku by měl nemocný zaznamenat i vedlejší účinky léčby (např. ospalost, nepříjemné sny, nevolnost, zácpu, nechutenství), rozsah aktivit, délku spánku apod.

Verbální označení intenzity bolesti využívá standardizovaných termínů, ty odstupňovávají údaje o intenzitě bolesti:

- 1 žádná bolest
- 2 nepatrná bolest
- 3 mírná bolest
- 4 střední bolest
- 5 strašná (mučivá a týrající) bolest
- 6 zcela nesnesitelná bolest

Úkolem pacienta je vybrat ten termín, který je jeho momentální situaci nepřiměřenější.

9.7.3 Charakter bolesti a její časový průběh - dotazník MPQ a SF-MPQ

Mezi velkým množstvím dotazníků bolesti zaujímá přední místo dotazník MPQ – The McGill Pain Questionnaire. Dotazník byl sestaven v roce 1971 Melzackem a Torgesonem na McGillově univerzitě a jeho česká verze vznikla až v roce 1989. MPQ má čtyři části. V první se zjišťují sensorické a emocionální aspekty bolesti, ve druhé časový průběh bolesti, ve třetí jde o zjištění intenzity momentální bolesti. Obrázek doplňuje topografické vyšetření „kde to pacienta bolí“. Tento dotazník je poměrně obsáhlý, například v první a ve druhé části uvádí vždy dvacet slov vyjadřujících odlišnou kvalitu bolesti. Proto byla vypracována jeho stručnější verze, tzv. SF-MPQ, Short Form of the MPQ (Křivohlavý, 2002; 1992). Zkrácená forma dotazníku obsahuje 15 verbálních deskriptorů bolesti, prvních 11 zachycuje složku algognostickou (sensoricko-diskriminační neboli kvalitu bolesti) a 4 deskriptory popisující složku algotymickou (afektivní). Nemocný popisuje každý deskriptor bolesti podle jeho intenzity na čtyřbodové škále: 0 - žádná bolest, 1 - mírná, 2 - středně silná a 3 - silná bolest. Čím více pacient boduje ve složce afektivních deskriptorů, tím větší je pravděpodobnost, že se v jeho prožívání bolesti uplatňují psychické momenty (Chromý, Honzák, 2005). Dotazník SF-MPQ v příloze č.7.

9.7.4 Hodnocení bolesti z nonverbálních projevů

Zážitek bolesti může být sdělen jak verbálně tak nonverbálně, tedy lze ho odečítat z pacientova chování.

Křivohlavý (1992) mezi nonverbální deskriptory bolesti řadí:

1. paralingvistické projevy bolesti – vzdechy, sykání, pláč, akustické nespisovné zvuky, naříkání atp.
2. mimické projevy – pitvoření obličeje, grimasy atp.
3. pohyby končetin – ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti rukou, útěk od zdroje bolesti atp.
4. posturologické nonverbální projevy bolesti – ustrnutí v určité poloze, střeh a obrana před zdrojem ohrožení, úlevové polohy atp.
5. aktivita autonomního nervového systému – nauzea, vomitus, návaly horka, zrudnutí kůže v obličeji nebo na těle, těžké oddychování, lapání po dechu, palpitace atp.

Obecně se ukazuje, že tyto nonverbální projevy bolesti jsou důležitým sdělením, protože patří mezi nejaktuálnější projevy bolesti. Pacient nonverbálními projevy reaguje na bolest rychleji nežli slovy.

9.7.5 Typologie osobnosti v kontextu vnímání bolesti

Véle (1997) a Vařeková (2000) upozorňují, že je při posuzování anamnestických údajů důležité zvážit, jakým způsobem pacient informuje o svých obtížích na základě kterých je nemocné možné rozdělit do tří skupin:

- 1) normální (moderate) – adekvátně si uvědomuje bolest
- 2) nadhodnocující (augmentor) – senzitivně reagující na každé podráždění, zvýšené vnímání bolesti, která neodpovídá klinickému nálezu, může vést k nedůvěře terapeuta vůči pacientovi
- 3) podhodnocující (reducer) – neuvědomuje si bolest ani při značném klinickém nálezu, může vést k zanedbání léčby

9.7.6 Diagnostika osobnosti - dotazník MMPI

Pro zjišťování bolesti se také využívá osobnostních dotazníků. V případě PSBP nemůžeme použít osobnostních dotazníků typu Eysenckova, které jsou určeny pro „zdravou“ populaci. Musíme zde používat dotazníků speciálních, které počítají s přítomností psychopatologie. Jedním z nejrozšířenějších je MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Mnohostranný dotazník osobnosti z univerzity v Minnesotě), který naznačil, že existuje určitý vztah mezi osobnostní dimenzí hypochondrie (která zjišťuje, jak moc se daná osoba zabývá sama sebou a funkcemi svého těla), depresí a hysterií na jedné straně a bolestí na straně druhé. Ukázalo se, že tohoto přístupu lze s úspěchem využít ke zjištění toho, jak asi bude pacient reagovat na terapii bolesti (Křivohlavý, 2002).

10. KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP K TERAPII PSBP

„V první řadě si musíme uvědomit, že neléčíme bolest, ale člověka trpícího bolestí.“

Melzack (1978)

Obecnými zásadami komplexního přístupu k terapii PSBP jsou důkladná znalost nemocného a dobrý vztah a důvěra mezi terapeutem a pacientem. Při důsledném bio-psycho-sociálním přístupu k nemoci musí léčba postihnout všechny složky účastníci se v chorobném procesu. Proto je stejnou chybou léčit pouze biologicky jako zůstat pouze při psychologických technikách. Pořadí důležitosti různých metod a strategií není dáno nadřazeností a podřazeností jedné či druhé, v každou chvíli je určuje aktuální stav nemocného, jeho okamžité potřeby a z nich vyplývající priority.

Léčba PSBP je tedy založena převážně na pevném klinickém vedení, psychoterapii a rehabilitaci. Farmakologická léčba je v této indikaci stále diskutována.

Pacient s PSBP neřídka psychogenní původ svých potíží zcela odmítá akceptovat a vyžaduje somaticky orientovanou léčbu, proto je velmi obtížné přesvědčit ho o nutnosti současné psychoterapeutické léčby a pokud se přece jen podaří navázat psychoterapeutický vztah, musí se lékař často smířit pouze s dílčími úspěchy (Kačmářová, 2002).

Obecné cíle terapie PSBP jsou pomoci pacientovi pochopit, že jeho potíže jsou psychického (stresového) původu, pomoci mu zmírnit nebo odstranit jednotlivé příznaky a podpořit ho při řešení životních problémů, které s poruchou souvisí.

Cílem léčebných postupů u chronické bolesti nemusí být nutně úplné uzdravení jedince, ale úprava a eventuální obnovení funkční zdatnosti v dosažitelné míře v oblasti fyzické, psychické a sociální (Kozák, 2005), což platí stejnou měrou i u PSBP.

Nejprogresivnější přístupy ve světě se zaměřují na vzdělávání praktických lékařů, aby vytvořili podpůrný a pevný vztah pro tyto své pacienty za účelem redukce nadměrné spotřeby zdravotní péče (Praško, Pašková, Horáček, 2000).

V klinickém vedení se zdůrazňují pravidelné kontroly a diskutování psychologických provokujících i udržujících faktorů. Dále je nutné vyvarovat se jakékoliv bagatelizace. Je vhodné, když je lékař schopen pacientovi jednoduše vysvětlit, jak jsou při vnímání bolesti zastoupeny různé okruhy v mozku, které jsou výrazně ovlivňovány emocemi (např. limbický systém). Pacient snadno chápe, že když se uhodí do ruky v zápalu tenisového utkání nebo během rozjásané zábavy na večírku, cítí bolest nesrovnatelně méně, než když

se do ruky uhodí v době, kdy je špatně naladěný a „otráven“ (Hóschl et al., 2002; Praško et al., 2002).

10.1 FYZIOTERAPIE JAKO SOUČÁST KOMPLEXNÍ TERAPIE PSBP

Pacient, jakkoli je označen za psychosomatického, potřebuje mít jistotu, že jsou jeho tělesné potíže brány vážně. Nestací jen porozumění psychoterapeuta, často je třeba zasahovat na tělesné úrovni, k čemuž se fyzioterapie výborně hodí.

V málokterém způsobu ošetřování je terapeut s pacientem v tak těsném kontaktu jako při rehabilitaci. Podstatnou složkou PSBP je úzkost a ze zkušenosti víme, že nejlepším lékem na ni je tělesný kontakt, blízkost. Je proto zřejmé, že efekt masáže či jiných rehabilitačních technik, využívajících manuálního kontaktu, je jak somatický tak psychologický.

Už Freudův žák, W. Reich, pochopil, že emoční konflikty mají zásadní vliv na změny dýchání a svalového napětí. Na rozdíl od Freuda byl přesvědčen, že nestací nevědomou obranu emočního konfliktu jen odhalit a konflikt pojmenovat, je třeba pracovat i s jeho tělesným projevem. Vypracoval techniku dechových a tělesných cvičení, kterou s úspěchem používal. Zjistil, že odstraněním svalové kontraktury, vzniklé v důsledku emočních konfliktů v dětství, a zapojením této svalové skupiny do dechové vlny se často objeví emoce, s níž bylo napětí svalové skupiny svázáno. Terapeut, který tyto souvislosti zná, je schopen s vynořenou emoci pracovat a využít toho ve prospěch pacienta. Velmi podobný systém rehabilitace vytvořil i lékař lékař J.L. Schmitt, který v téže době působil v Německu.

Zatímco při běžné rehabilitaci emočním projevům pacienta nevěnujeme pozornost, cílem Reichovy a Schmittovy terapie bylo uvolnění nevědomých emočních konfliktů, což vedlo k uzdravení pacienta (Chvála, Trapková, 1996).

10.2 NÁVRH TERAPEUTICKÝCH POSTUPŮ

Psychika hraje velkou roli v každém uzdravovacím procesu, u funkčních poruch pohybového systému má však zvláštní postavení. Psychická tenze bývá u pacientů přítomna již z důvodu probíhajícího bolestivého onemocnění. Do jaké míry se však psychická labilita podílela na vzniku funkční poruchy, je otázkou diferenciální diagnózy, na kterou se pravděpodobně nepodaří odpovědět hned v počátku terapie. Přesto platí, že

podají-li se zlepšit duševní stav pacienta (motivací, relaxací, produkcí endorfinů v důsledku pohybové aktivity apod.), zvyšuje se i pravděpodobnost pohybové léčby (Vařeková, 2000).

V psychosomatických klinikách, zabývajících se léčbou a prevencí chorob, je zprvu kladen důraz na celkové uvolnění tělesného i duševního napětí a informační semináře, následuje koncentrace na lokální relaxační cvičení spojené s fyzioterapií, jako jsou masáže, zábaly a koupele, poté následuje aktivní fáze terapie, cvičení, učení se správnému držení těla a přechází se k psychoterapeutickým tělesně orientovaným postupům (Poněšický, 2002).

Hypertonus na podkladě dysfunkce limbického systému, který předpokládám u pacientů s PSBP, je v podstatě reakcí na stres a terapií volby jsou takové techniky, které působí relaxačně na motorický systém a zároveň ovlivňují psychiku ve smyslu modulace vnímání a prožívání bolesti a mají zároveň anxiolytický a antidepressivní účinek. Patří sem nejrůznější relaxační postupy, cvičení podle Feldenkreise, fyzioterapeutické metody, psychoterapeutické metody a jiné (Capko, 1998; Chromý, Honzák et al., 2005). Ve fyzikální a manuální terapii se nabízí využití technik a metod, které přímo ovlivňují reflexní změny v pohybovém aparátu, jejichž vznik je podmíněn bolestivou iritací, která je u PSBP hlavním symptomem.

Návrh terapie u pacientů s PSBP vychází z pečlivě odebrané anamnézy, kompletního kineziologického rozboru a případně pomocných psychodiagnostických a dolorimetrických metod. Přístup k pacientovi musí být vždy individuální.

Na základě získaných informací o PSBP navrhuji následující postupy:

10.2.1 Relaxační postupy

Relaxační postupy vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a svalovým napětím. Jelikož lze tonus kosterního svalstva měnit vůlí, je zde dána možnost využití řízené svalové relaxace k dosažení psychického uvolnění a k ovlivnění orgánových funkcí řízených vegetativní nervovou soustavou (Kratochvíl, 1970) a tím zmenšit obtíže pacienta a často tak i posílit schopnost těla nemoci se účinně bránit.

Pomocí relaxačních technik můžeme příznivě ovlivnit stresové mechanismy, které jsou u bolesti nepochybně přítomné a které se účastní ve zpětnovazebních kličkách jako jeden z činitelů roztácející bludný kruh bolestivé zkušenosti. Léčba za pomoci relaxace většinou vyžaduje delší a soustavnější praktikování. Nácvik relaxace může usnadnit zkušený terapeut, který relaxační techniku dobře ovládá, audio nahrávka konkrétní relaxační techniky, cvičení ve skupině, zavedení relaxačního deníku či předchozí tělesná aktivita (Nešpor, 1998; Chromý, Honzák et al., 2005).

Přestože patří relaxační cvičení k poměrně bezpečným způsobům prevence i léčby, existují skupiny lidí, pro které jsou tato cvičení kontraindikována. Kontraindikací relaxační technik jsou obtíže pacientů, kteří spolu s bolestí trpí psychotickými obtížemi, nutkavými (fobickými) příznaky nebo hypochondrií. Pro pacienty s epilepsií se nedoporučují dlouhé relaxace. U diabetiků se během relaxačních cvičení doporučuje kontrolovat látkovou výměnu (Křivohlavý, 1992; Nešpor, 1998).

10.2.1.1 Působení relaxačních technik

Relaxační techniky zahrnují zásahy tří typů:

Prvým je relaxace kosterního svalstva, kterou lze navodit vůlí. Napomáhá ke klidovému funkčnímu vyladění vegetativní nervové soustavy a tomu odpovídající klidové aktivaci vnitřních orgánů (snižuje se tep, snižuje se zvýšený TK apod.) a zároveň přispívá k psychickému uvolnění. Tento typ autoregulačního zásahu představuje metoda progresivní relaxace podle Jacobsona a lze ho zařadit mezi tzv. „somatorelaxační techniky“.

Druhým typem autoregulačního zásahu je autosugestivní ovlivňování tělové percepce a vegetativních funkcí. Představitelem tohoto typu autoregulačního zásahu je nižší stupeň Schulzova autogenního tréninku.

Třetí typ autoregulačního zásahu v rámci uvedených technik představuje vyšší stupeň autogenního tréninku, který má meditativně-kontemplativní ráz.

Relaxační techniky využívající k navození stavu relaxace práci s psychickými fenomény řadíme mezi tzv. „psychorelaxační techniky“ (Stackeová, 2005).

U pacientů s PSBP předpokládám, vzhledem k jejich přesvědčení o nutnosti somatického přístupu k terapii, větší účinnost a ochotu spolupracovat při aplikaci tzv. somatorelaxačních technik.

10.2.1.2 Jacobsonova progresivní svalová relaxace

(Nešpor, 1998; Křivohlavý, 1992; Renaudová, 1993; Kratochvíl, 1970; Praško, 2004)

Tato dnes ve světě nejrozšířenější a nejčastěji používaná metoda je používána mimo jiné při mírnění bolestí. Tvůrcem této techniky byl Edmund Jacobson, který ji používal od roku 1914 a poprvé ji publikoval v roce 1924. Dnes se používá Jacobsonova progresivní relaxace podle vzoru, který vypracovala v roce 1975 dvojice autorů Bernstein a Borkovec.

V této technice jde o aktivní navozování svalové relaxace s využitím následné indukce. Provádí se izometrická kontrakce určité skupiny svalů, po které následuje relaxace, kterou si pacient musí uvědomit. Takto pokračuje zvolna po jednotlivých skupinách svalů až pacient zvládne relaxaci i velkých svalových skupin.

Zásady progresivní relaxace:

- nácvik vnímání rozdílu mezi uvolněním a napětím
- uvědomění si, že napětí a uvolnění se vzájemně vylučují
- systematický nácvik kontrakce jednotlivých svalových skupin a jejich uvolnění
- procítění vlivu tělesné relaxace na psychické uvolnění

10.2.1.3 Schultzův autogenní trénink

(Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993; Schreiber, 2000; Schreiber, 1985; Nešpor, 1998; Kratochvíl, 1970; Praško et al., 2002)

AT se uplatňuje zvláště tam, kde k ovlivnění choroby může přispět celkové zklidnění a regulace svalového a současně psychického napětí a harmonizace některých vegetativních funkcí.

Autorem AT je německý lékař Johann Heinrich Schultz, který pro vytvoření této techniky využil znalostí a zkušeností nabytých při používání tradiční hypnózy. Jedná se o

techniku využívající lokalizované a generalizované napětí. Metoda záleží na vypracování podmíněného reflexního spojení mezi tíží a relaxací svalu, která tento pocit provází. Tento pocit „tíže“ lze libovolně lokalizovat a s ním současně provádět lokalizovaný útlum nebo relaxaci.

Klasické Schultzovo schéma předpokládá trojí krátké praktikování každý den po dobu tří měsíců. Trénink lze provádět jak individuálně tak kolektivně, kdy každý z těchto postupů má své výhody.

Nižší stupeň spočívá v navození šesti pocitů:

- 1) Pocitu tíhy – ta nastává spontánně během relaxace (zřejmě oslabením proprioceptivní signalizace), autosugestivní formulka např. „pravá ruka je těžká“ pak relaxaci prohlubuje, vždy se začíná u dominantní horní končetiny, pocit tíhy se později rozšiřuje i do druhé paže a do zbytku těla.
- 2) Pocitu tepla – v závislosti na intenzitě imaginačních schopností dané osoby vyvolávají formulky tepla vazodilataci a následné větší prokrvení a zvýšení teploty končetin. Později má být na signál „teplo“ dosaženo zřetelného oteplení celého těla.
- 3) Koncentrace na dech s myšlenkou „dech je zcela klidný“, aniž by docházelo k volní manipulaci s dechem
- 4) Pocitu pravidelné srdeční činnosti s myšlenkou „srdce tluče klidně a silně“
- 5) Pocitu tepla v oblasti břicha (solar plexus) – dochází k normalizaci činnosti trávicího systému (zlepšení motoriky žaludku a střev, žaludeční sekrece aj.)
- 6) Pocitu chladného čela – formulka „čelo je příjemně chladné“ provokuje vazokonstrikci v oblasti čela a používá se např. při zvládnání cefalgii

Zpočátku se tyto pocity navozují pod vedením terapeuta a vlastní autogenní trénink se provádí autosugestivními formulkami, které mají být jasné, srozumitelné a kladné. Některé z těchto formulí uvádí Nešpor (1998). Formulky při šesti standardních cvičeních i formulky individuální usnadňují zaměřenou komunikaci s vlastním tělem. Nejde tolik o direktivní autoregulační zásahy do tělesných funkcí, nýbrž spíše o jejich nepřímé ovlivnění facilitací homeostatických procesů.

Ve vyšším stupni AT hrají podstatnou úlohu sugesce výrazně imaginativního charakteru, vyšší stupeň se však při léčbě psychosomatických poruch používá málo.

10.2.1.4 Jógová relaxace

Hathajóga je součástí klasického indického lékařství – ajurvédy, která kladla velký důraz na prevenci. Hathajóga používá posturální a respirační pohybovou aktivitu spojenou s koncentrací k vyrovnávání pochodů ve vnitřním prostředí a to jak v rovině somatické, tak i v rovině psychické (Véle, 1997).

Dnes se využívá jógy a relaxace k překonávání stresu a únavy, ke snížení úzkosti a deprese v každodenním životě. Různé relaxační a jógové postupy je také možné využívat při mírnění řady obtíží, jako jsou například bolesti hlavy, páteře a svalů.

Hathajóga obsahuje zejména cviky s výdržemi (ásany), dechová cvičení (pránájáma) a očistné techniky (krijá). Hlavními zásadami jógy jsou nenásilná cvičení do příjemného protažení či do příjemné únavy a zaměření pozornosti dovnitř. Cvičí se pro prožívání vlastního zážitku ze cvičení, nikoli pro vnější efekt. O relaxaci v józe přehledně píše Nešpor (1998).

Za nejvýznamnější část hathajógy byla vždy považována pránájáma, jógická cvičení dechová, sestávající z předepsaných kontrolovaných prvků vdechu, zadržky a výdechu. Velmi významné je především prodloužení výdechu, během něhož je nižší úroveň dráždivosti organismu a relaxace je tedy dokonalejší (Dostálek, 1993).

Základní jógová relaxace je *šavásana*, která se někdy překládá jako „relaxační pozice“, doslovný překlad je „pozice mrtvoly“. Základní charakteristikou cvičení je, že pokud je šavásana dokonale zvládnuta, tělo je naprosto pasivní a bezvládné. Při relaxaci bychom se měli soustředit dovnitř těla, nikoliv do vnějšího světa, tomu napomáhají zavřené oči, čímž snížíme množství podnětů přicházejících do mozku a pomůžeme tím uvolnění.

10.2.1.5 Relaxace na signál a diferencovaná relaxace

Podobně jako u dalších relaxačních technik, tak je i v józe možná relaxace na signál a diferencovaná (částečná) relaxace. Princip relaxace na signál je takový, že si člověk relaxaci spojí s určitým signálem. Signálem může být gesto, prostředí, kde se relaxace odehrává, podložka na cvičení, obvyklá poloha či doba, ve kterou člověk relaxaci pravidelně cvičí. Použití signálu pak navodí stav uvolnění téměř okamžitě. Výhodou tohoto postupu je lepší zvládnutí stresu v každodenním životě a schopnost použití signálu k navození uvolnění, když se objeví bolestivý příznak nebo například úzkost.

Diferencovaná relaxace znamená, že člověk uvolní určité části těla, zatímco jiné svalové skupiny pracují. Právě diferencovaná relaxace je nutnou podmínkou správného cvičení jógových pozic (ásan). Jogín je tedy schopen diferencovaně uvolnit svaly, které nepotřebuje v danou chvíli k udržení pozice.

Höschl et al. (2002) uvádí, že u PSBP jsou jógová cvičení účinná jen přechodně a bolesti se za 6 až 18 měsíců vracejí. I přes dočasný účinek považují jógová cvičení za důležitá právě tehdy, pokud jsou součástí komplexní terapie PSBP.

Další relaxační techniky vhodné v terapii PSBP

Budhistické meditační techniky – hlavními postupy jsou uvědomování si dechu, tělesných i duševních pocitů.

Bensonova technika („relaxační odpověď“) – základem je opakování si určitého slova nebo věty a pasivní pozorování myšlenek.

Senzorický a relaxační trénink – autorem je A.A.Lazarus, metoda je založena na uvědomování si různých částí těla.

Relaxace podle Millerové – relaxace pomocí hlubokého břišního dýchání, původně pro pacienty s pooperačními bolestmi.

Tráta – technika pochází z Indie, účelem je zlepšit schopnost soustředit se, zklidnit se (doporučuje se před spaním), rozvíjí tvořivost, zlepšuje paměť. Lidé s vážnými psychickými poruchami by neměli tuto techniku cvičit.

Lowenova bioenergetika - bioenergetika představuje studium lidské osobnosti z hlediska energetických procesů těla; základním pilířem je uzemnění klienta, práce s dechem a práce se svalovým napětím.

Alexandrova technika – upozorňuje na psycho-fyzickou jednotu, v ideálním případě tato technika pomáhá myslet, reagovat a pohybovat se zdravějším a pozitivnějším způsobem.

10.2.2 Feldenkraisova metoda

Feldenkraisova metoda je již několik desetiletí praktikována po celém západním světě a zaměřuje se na rozvíjení všech důležitých životních funkcí, tělesných i duševních. Jedná se o originální cvičení, které vychází z předpokladu, že promyšlené zkvalitňování pohybu je tou nejlepší cestou ke komplexnímu rozvoji celé lidské bytosti.

"Tělo, které je seřizeno tak, aby se pohybovalo s minimálním úsilím a maximální účinností" - pod tímto heslem vytvořil Dr. Moshé Feldenkrais (1904-1984) metodu, která učí promyšlené zkvalitňování pohybu člověka, které má vliv i na psychiku. Při cvičení je kladen důraz na soustředění a vnímání celého těla. Člověk se učí vnímat, jak se pohybuje, kde vydává příliš mnoho zbytečné energie na udržení nepřirozených poloh, a učí se uvolňovat nadměrné napětí v těle a zažít jiné nenaučené varianty jinak běžných automatických pohybů (Feldenkrais, 1996).

Z pohledu fyzioterapie jsou často pozorovatelné kladné změny, ke kterým v pohybových projevech dochází dosti rychle a viditelně, je patrný ústup bolesti, dochází ke zlepšení držení těla a změně tělového schématu, dýchání, krevního oběhu a celkového stavu organismu. Předností této metody je její jednoduchost, kdy je pacient plně aktivní a sám poznává, které pohyby mu přinášejí úlevu.

10.2.3 Fyzikální terapie

(Bouček, 2004; Capko, 1998; Poděbradský, 1998; Dylevský et al., 2001)

Nejobecnějším rysem všech druhů fyzikálních podnětů je ovlivnění aferentního nervového systému a aktivace autoreparačních mechanismů organismu.

Cílem fyzikální terapie u PSBP je ovlivnění „reflexních“ změn, které vznikly v důsledku nocicepční aference a ovlivnění svalových dysbalancí vzniklých na podkladě dysfunkce limbického systému. Vhodnými jsou ty procedury, u nichž můžeme využít především účinků analgetických a myorelaxačních.

Fyzikální terapií chceme docílit především relaxačního účinku na svaly v hypertonu, ovlivnění emocí (limbický systém), snížení doprovodných úzkostí, ovlivnění nespavosti, atd.

Procedury fyzikální terapie vhodné v léčbě PSBP:

- hydroterapie – koupele celkové, perličkové – teploty od 34°C do 38°C, koupele s rostlinnými přísadami
- celkové prostředky termoterapie – sauna, celkový zábal suchý

Lokální aplikace na hypertonní svalové skupiny, svaly s TrP a hyperalgické kožní zóny:

- lokální aplikace tepla parafín, fango-sáčky, solux, peloidy
- metody elektroanalgezie: diadynamické, interferenční a Träbertovy proudy a metody TENS
- diatermie
- pulzní nízkofrekvenční magnetoterapie
- ultrazvuk

Fyzikální terapii můžeme u PSBP využít především jako přípravu na techniky manuální terapie.

10.2.4 Manuální terapie v léčbě PSBP

Při využívání technik manuální medicíny na snižování zvýšeného svalového napětí se vždy dostaví i relaxační efekt na psychiku (Vařeková, 2000).

Budeme-li chtít působit zmírnění nebo ovlivnění bolesti u PSBP, můžeme použít tzv. reflexních metod. Reflexní metody používají především iritaci taktilními a motorickými podněty, kterými lze „přivřít vrátka v míše“. Taktilních intenzivnějších podnětů používají segmentové masáže, akupresura a derivační metody (iritace pokožky např. baňkami) (Véle, 1997).

V této indikaci je nutné brát v úvahu nepominutelný hluboký psychoterapeutický efekt doteku a to především ve smyslu snížení úzkosti (Hnízdil, Šavlík, Beránková, 2005).

Manuální terapie:

- techniky měkkých tkání – uvolnění retrahovaných fascií, podkoží a kůže
- hlazení dle Hermachové (facilitace, úprava vnímání, relaxace)
- mobilizace, trakce
- PIR, AGR, strečink, izometrická inhibiční technika (muscle energy podle Mitchella), AEK postupy

Ostatní fyzioterapeutické metody vhodné pro terapii PSBP:

- techniky na neurofiziologickém podkladě
- senzomotorická cvičení
- LTV
- škola zad

Masáže

Bolesti pohybového aparátu mohou být nevědomou žádostí organismu o podporu bez ohledu na konkrétní nález. Je proto vhodné poskytnout pacientovi podporu slovní, ale i neverbální. Využití masáží může být v tomto případě z hlediska psychologického nedocenitelné, kdy jsou zároveň i jedním z nejtímnějších způsobů komunikace. Pacient tak není odmítnut a získá navíc průvodce v těžké životní situaci, kterou sám nemůže změnit (Chvála, Trapková, 1996; Hnízdil, Šavlík, Beránková, 2005).

10.2.5 Dechová cvičení

Respirace má úzký vztah k celé motorice, protože ovlivňuje iritabilitu motoneuronů a zároveň vlivem dýchacích pohybů formuje i tvar hrudníku a tím i páteře a celého osového orgánu (Véle, 1997).

Dýchání samo je zdrojem určitých pocitů a emocionální vlivy mění dýchací rytmus i hloubku dýchání. Při různých stavech myslí se dech zkracuje nebo prodlužuje. Při stresu se dýchání stává mělké, povrchní s převažujícím horním typem dýchání. To způsobí zapojení svalů v oblasti krku, šíje a ramen do dýchání, čímž se zvyšuje jejich napětí a to je pak zdrojem dalších nepříjemných prožitků (Stackeová, 2005).

Pomocí dechových cvičení tedy můžeme ovlivňovat jak motorické tak i psychické funkce. Optimálním dýcháním lze lépe dosáhnout relaxace a tím účinněji kontrolovat úzkost a svalové napětí. Práce s dechem spočívá ve zpomalení dýchání, ovlivnění dechové vlny ve smyslu převahy břišního typu dýchání a prodloužení expiria (Stackeová, 2005).

10.2.6 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita má díky přímému vlivu na svalový systém a díky svému „antistresovému“ vlivu v oblasti psychiky důležité postavení v terapii PSBP. Vhodnou pohybovou aktivitou můžeme ovlivnit percepci bolesti na míšní úrovni a to „přivřením

vrátek“ aktivitou tlustých nervových vláken vedoucích motorické podněty a podpořením sekrece endorfinů.

V terapii PSBP se uplatňuje antidepressivní, anxiolytický a abreaktivní efekt pohybu, jde o krátkodobý efekt specifických pohybových aktivit. Dlouhodobé účinky pohybových aktivit mají vliv na změnu tělového schématu, které je u PSBP narušené (Stackeová, 2005; Lane, Lovejoy, 2001).

10.2.7 Akupunktura

Ačkoliv akupunktura spadá do kompetence lékařů, považují za vhodné ji na tomto místě zmínit, právě pro její výrazný analgetický efekt. Chvála a Trapková (1996) považují akupunkturu za jednu z důležitých součástí komplexní terapie pacientů s chronickou bolestí a psychosomatickými onemocněními. Hodně z překvapivě mohutných analgetických účinků akupunktury lze pochopit na základě faktu, že mnohé z tzv. akupunkturálních bodů koincidují s TrP (Baštěcký, Šavlík, Šimek et al., 1993). Při stimulaci jehlou se v analgezií na míšní úrovni uplatňují mechanismy vrátkové teorie a vliv sekrece enforfinů (Hnízdil, Šavlík, Beránková, 2005).

Studie Harvardovy univerzity dokazuje vliv akupunktury na emoční mozek. Tým z Massachusetts General Hospital, jednoho z největších center funkčního zobrazování mozkové činnosti na světě, ukázal, že akupunkturální jehly dokážou blokovat ty oblasti emočního mozku, které kontrolují prožívání úzkosti a bolesti. Stimulací jediného bodu, který se nachází na hřbetu ruky mezi palcem a ukazováčkem, ozřejmili částečné znecitlivění okruhů bolesti a strachu. Tento bod, kterému staročínské příručky říkají „tlusté střevo 4“, patří k nestarším a používají ho akupunkturisté na celém světě. Je proslulý právě tím, že jím lze kontrolovat bolest a úzkost (Servan-Schreiber, 2005).

10.3 PSYCHOTERAPIE

Podle Véleho (1997) lze snížení bolestivé percepce dosáhnout mimo jiné i celkovým nastavením interpretační úrovně bolesti psychickým vlivem. Psychická komponenta bolesti jsou přístupná různým formám psychoterapie a ta by proto měla být vždy základní součástí každé léčby bolesti. Při úspěšné psychoterapii dochází k relaxačnímu efektu na psychiku a tím dochází rovněž k harmonizaci dýchání a svalového napětí, které je v terapii bolestivého onemocnění jako je PSBP jedním z hlavních cílů.

Při použití psychoterapie v psychosomatické medicíně si musíme uvědomit, že žádný z psychosociálních faktorů nebyl prokázán jako jediná nezbytná příčina kterékoliv somatické poruchy či choroby. Spíše byly nalezeny doklady pro přesvědčení, že některé psychické či sociální jevy jsou rizikovými či predisponujícími faktory multifaktorově podmíněných somatických chorob. Neléčíme tedy jedinou příčinu choroby, ale léčebně ovlivňujeme rizikové jevy (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993).

10.3.1 Kognitivně behaviorální terapie

(Křivohlavý, 1992; Možný, Praško, 1999; King, Stoudermire, 1996; Turner, Romano, 2001; Vaškovský, 2001; Chromý, Honzák et al., 2005)

Poměrně hodně jsou rozvinuty kognitivně behaviorální terapie bolesti, při kterých se pacient učí sebezpozorování, učí se poznávat své nevhodné projevy chování a myšlení.

Po edukaci o bolesti a jejím vztahu k emocím je pacient veden ke změnám v postoji k nemoci, změně životního stylu, ke změnám chování, ke zlepšení schopností zvládat stresující situace, dále se učí relaxovat a modifikovat bolest pomocí zacházení s emocemi a distrakce pozornosti. Postupně se učí nevyhýbat se pohybovým aktivitám, přestává se zabezpečovat a ujišťovat.

Cílem KBT v terapii bolesti je pozitivní posilování zdravého chování, vytvoření vlastního postoje k bolesti, schopnosti ovládat bolest a snížení pozornosti pro „bolestivé chování“.

Na základě literárních přehledů je KBT nejúspěšnějším přístupem pro snížení užívání analgetik a zvýšení úrovně aktivity a patří do většiny strukturovaných programů klinik bolesti. KBT bývá nejvýhodnější tam, kde jsou zřejmé vztahy mezi bolestí a výskytem

určitých kritických životních událostí v životě pacienta, případně i tam, kde pacient neví, jak s bolestí zacházet, jak ji ovlivnit.

Dnes je KBT zcela oprávněně zařazena do komplexních terapeutických programů léčení bolesti. Nejčastěji bývá kombinována spolu s výcvikem asertivity, biologickou zpětnou vazbou, autohypnózou, s relaxací a jinými technikami. Účinky těchto technik jsou tak zesíleny.

10.3.2 Biofeedback

(Křivolavý, 1992; Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993; Nešpor, 1998)

Biofeedback (BF), biologická zpětná vazba, se rozvíjí od konce 60. let 20. století v USA a slouží k autoregulačním zásahům jak v oblasti somatické (zlepšení propriocepce) tak v oblasti autonomních funkcí. Významné je její využití k nácviku lokální a celkové relaxace.

BF vychází z předpokladu, že se člověk naučí zasahovat do řízení fyziologických funkcí, které se obvykle realizují bez jeho vědomé, volní účasti, jestliže po určitou dobu dostává o jejich dynamice objektivní průběžné informace, jež vědomě registruje. Funkce, kterou se má pacient naučit ovlivňovat, je zpravidla monitorována pomocí přístrojů a posuny v jejich hodnotách jsou transformovány nejčastěji na akustické nebo optické signály. Takto se pacient dozvídá, jak se mění jeho svalové napětí, kožní galvanická vodivost, tepová frekvence, povrchová teplota atd. Průběžně se tedy dozvídá, co z jeho snahy o ovlivnění funkce (např. ovlivnění svalového napětí) má účinek a co ne.

Jsou známy pozitivní výsledky BF zejména u migrenózních a tenzních bolestí hlavy, ale také při ovlivňování dalších chronických bolestivých stavů, jako jsou např. bolesti zad, u myofasciálních bolestí, u temporomandibulárních dysfunkcí, u kauzalgie a fantomových bolestí.

Křivohlavý (1992) a Nešpor (1998) uvádí, že se metody BF používá také tam, kde pacienti pochybují o efektivitě relaxačních technik, nevidí zřetelně účinek relaxace a na základě těchto pocitů odmítají další cvičení. Za této situace a za pomoci „objektivních ukazatelů“ může metoda BF dát pacientovi ujištění, že vše probíhá podle očekávání. Ke zvýšení účinku a snazšímu obnovení rovnováhy mezi tělesnými a psychickými funkcemi může vést vhodná kombinace BF s jinými relaxačními metodami.

10.3.3 Psychoanalýza

Některé kasuistiky psychodynamicky vedené terapie byly u PSBP úspěšné. Celkově ale víme o účinnosti psychoanalýzy velmi málo. Zásadou je, že terapeut plně přijímá realitu pacientova prožitku bolesti a ani v nejmenším ji nezpochybňuje. V historii a současné situaci pacienta se snaží nalézt emoční zdroje konfliktu a nespokojenosti, které pak pacientovi pomáhá propojit s jeho příznaky (Hóschl et al., 2002; Seifertová et al., 2004).

Další psychoterapeutické metody využívané k léčbě PSBP:

- individuální psychoterapie
- skupinová psychoterapie
- rodinná terapie
- dynamická psychoterapie
- hypnosugestivní techniky
- asertivní trénink
- využití práce v představě, vizualizace a imaginace

10.4 FARMAKOTERAPIE V LÉČBĚ PSBP

Farmakoterapie somatoformních poruch je hodnocena sporně. Analgetická léčba je u většiny pacientů s PSBP neúčinná a mimoto se zvyšuje riziko jejich zneužívání a závislosti (Kačmářová, 2002).

10.4.1 Psychofarmaka

Psychofarmaka hrají v léčbě PSBP spíše sekundární roli a využívají se spíše pro symptomatickou léčbu, kdy mohou na čas snížit úzkostné očekávání a tím snížit intenzitu i počet tělesných příznaků. Velmi užitečná jsou psychofarmaka při rozvoji komorbidní depresivní a úzkostné symptomatologie (Praško et al., 2002).

Léčba antidepresivy v této indikaci se ukazuje jako nejvhodnější, protože antidepresiva zvyšují práh pro bolest tím, že aktivují serotoninergní descendentní systém, který potlačuje bolest (Švestka et al., 1995; Večeřová-Procházková, 2004) a účinek proti bolesti se zpravidla dostavuje dříve než účinek antidepresivní a anxiolytický. Významný je též účinek antidepresiv na zlepšení spánku jako jednoho ze symptomů a udržovacích faktorů PSBP (Aigner et al., 2003). Zatím neexistují doporučení, jak dlouho antidepresiva v této indikaci podávat.

Anxiolytika a hypnotika zpočátku sice pomohou, později na ně ale vzniká rezistence, je nutné zvyšovat dávky a vzniká závislost.

10.5 PLACEBO A JEHO POSTAVENÍ V TERAPII BOLESTI

V souvislosti s adjuvantní léčbou PSBP stojí za zmínku placebo. Placebo (= líbit se, měl bych potěšit) je jakákoliv léčba nebo léčebná metoda, která nemá specifický účinek na pacientovu nemoc nebo její symptomy. Placebový efekt je definován jako jakákoliv měřitelná pozitivní změna, psychická či fyzická, v pacientově zdravotním stavu, která je vyvolána očekáváním pacienta, že podávaný lék či léčebná metoda bude účinná (Cvrček, 2004; Křivohlavý, 1992). To, že nemocný reaguje pozitivně na placebo terapii neznamena, že netrpí skutečnou bolestí.

Heršt et al. (2002) citují rešerši z roku 1991, mapující vliv placebo u různých nosologických jednotek. Podle ní jsou bolesti hlavy ovlivnitelné v 62% případů a bolesti obecně u 29% pacientů. Největší placebo efekt, až 80%, lze očekávat u nemocí s psychosomatickou složkou, mezi něž řadí i různé bolestivé stavy myoskeletálního systému. Pozitivní placebový efekt byl mimo jiné pozorován u úzkostných a výrazně depresivních osob.

Placebový efekt je podle Cvrčka (2004) nezanedbatelný obzvláště v léčbě chronické bolesti, kdy jsou samouzdravovací mechanismy často vyčerpány nebo znemožněny a specifický farmakodynamický efekt používaných analgetik a koanalgetik není schopen zajistit dostatečnou úlevu od bolesti.

Křivohlavý (1992) připomíná, že s placebo efektem je třeba počítat při jakémkoli léčebném postupu a tedy i při terapii bolesti. Pro tento účinek je důležité klást důraz na očekávání pacienta, že mu daný postup pomůže, posilovat víru pacienta v účinnost dané terapie a stejně tak samotná terapeutova důvěra v efektivitu léčby.

11. PREVENCE PSBP Z PSYCHOSOMATICKÉHO POHLEDU

V prevenci chorob z psychosomatického pohledu se řídíme tím, že choroby, které jsou předmětem našeho zájmu, jsou multifaktorově podmíněné a že psychosociální faktory, které objevujeme jako patogenní činitele, jsou spíše predisponujícími či rizikovými faktory než příčinami ve vlastním slova smyslu. Působení na rizikové faktory má tedy především preventivní účinek (Baštecký, Šavlík, Šimek et al., 1993).

Prevence chorob je záležitostí komplexní, vyžadující věnovat pozornost zároveň co největšímu množství jevů. V žádném případě nelze oddělovat prevenci jednoho onemocnění od ostatních, poněvadž nepříznivé noxy působí ve svém celku, vzájemně se potencují a jeden rizikový faktor se může podílet na vzniku více chorob.

11.1 MOŽNOSTI SEKUNDÁRNÍ PREVENCE PSBP

Účinná obrana proti stresu a jeho důsledkům by měla probíhat na psychické a somatické rovině zároveň, neměli bychom ale opomenout ani sociální složku. V případě PSBP se bude jednat především o prevenci sekundární.

Možnosti prevence stresu a jeho důsledků u pacientů s PSBP:

- upravit životosprávu – vyvarovat se patogenních vlivů prostředí
- pravidelná strava
- dostatek spánku (7-8 hodin), zlepšení lůžka pro spaní, upravit spánkovou polohu,...
- přiměřená tělesná váha
- omezit konzumaci alkoholu, cigaret či jiných návykových látek
- omezení nadměrného užívání léků
- psychologické a psychoterapeutické postupy zaměřené na prevenci a redukci stresu
- relaxační postupy a metody zaměřené dlouhodobě na změnu tělového schématu
- přiměřená fyzická aktivita (sport, tanec, ...)
- fyzioterapeutické metody zaměřené na prevenci funkčních poruch pohybového aparátu
- škola zad ADL – praktický nácvik vzpřímeného držení těla (sed, stoj, chůze) a aktivit všedního života (zvedání břemen, vstávání z postele, mytí nádobí, atp.)
- kvalitní sociální zázemí – harmonická rodina, vhodné zaměstnání, atd.

12. DISKUZE

Cílem této práce bylo přiblížit problematiku PSBP, možnosti diagnostiky a terapie se zřetelem na využití ve fyzioterapii, a na základě získaných informací navrhnout nejvhodnější terapeutický postup. Myslím si, že jsem uvedených cílů dosáhla. Souhrnné výsledky jsou obsahem této kapitoly.

Z předchozího přehledu literatury chci zdůraznit následující jevy:

Perzistující somatoformní bolestivá porucha se řadí mezi psychogenní (neurotické) psychické poruchy, konkrétně skupinu somatoformních poruch, která je charakteristická přítomností somatických příznaků bez prokazatelných organických patologických změn a opakovanými žádostmi pacientů o lékařská vyšetření přesto, že nálezy jsou negativní. Symptomy jsou natolik obtěžující, že vedou k duševnímu strádání pacienta, ke zhoršení fungování v osobních, sociálních a pracovních rolích. Tito pacienti často spotřebovávají neadekvátní množství zdravotní péče.

PSBP trpí kolem 1% nemocných přicházejících k lékaři 1.linie, odhaduje se však, že v mírnější formě se může vyskytovat až u 15% pacientů.

Mezi hlavní symptomy PSBP patří trvalá, těžká a stresující bolest přetrvávající minimálně 6 měsíců a nepřetržitě většinu dnů v jakékoli části těla. Příznaky však nejsou pod vědomou nebo volní kontrolou pacienta.

Významný podíl na intenzitě vnímané bolesti má i porucha spánku, kterou Aigner et al. (2003) navrhuji na základě své studie zařadit jako jeden ze symptomů a diagnostických kritérií PSBP. Léčba poruchy spánku by proto měla být zahrnuta do hlavních terapeutických strategií PSBP.

V etiologii vzniku tohoto onemocnění hrají roli jak biologické tak psychosociální faktory. Z biologických faktorů hraje hlavní roli nedostatek serotoninu, noradrenalinu a endorfinů, který souvisí se zesílením sensorických podnětů.

Zvažována je také alexithymie. I přes úzkou souvislost s negativními životními událostmi pacient odmítá diskutovat o možnosti psychických příčin.

Autoři Imbierowicz, Egle (2002) a Karst et al. (2005) považují za formu PSBP i některé podskupiny fibromyalgie a v této souvislosti poukazují na překrývání diagnostických kritérií obou chorob a z toho vyplývající obtížnou diferenciální

diagnostiku. Výsledky studií dokázaly význam raných negativních psychosociálních faktorů v etiologii a přítomnost citlivých bodů (tender points) u pacientů s PSBP i FM.

V odebrání anamnézy bych chtěla upozornit na „časovou osu“, kterou používá MUDr. Chvála ze Střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci u ambulantních chronických pacientů, a která se osvědčila při uvědomování si souvislostí mezi psychosociálními faktory a počátkem onemocnění. Časová osa nám nabídne množství přirozených hypotéz, které mají tu výhodu, že vycházejí přímo ze životního příběhu pacienta, přinese nám lepší pochopení pacienta a jeho rodinného systému. Proto by se mohla stát významnou pomůckou v komplexním přístupu k terapii pacientů nejen s PSBP, ale také v celostním přístupu k pacientům s funkčními poruchami pohybového aparátu, v jejichž etiologii mnohdy hrají psychosociální faktory důležitou roli.

Přestože diagnostika PSBP přísluší psychiatrům, vybrala jsem nejčastěji používané psychopatologické škály (SAS, BATE, SCL-90), které jsou určeny pro využití středním zdravotnickým pracovníkem a mohou být vodítkem v terapii pacientů, kde je chabá odpověď na léčbu a u nichž je psychická složka nemoci dominantní. K používání psychopatologických škál je nutná teoretická a praktická příprava. Nejčastější chyby při použití psychiatrických posuzovacích stupnic charakterizuje Höschl et al. (2002). Ve své práci jsem uvedla přehled dolorimetrických metod, které považuji za užitečné z hlediska diagnostiky bolesti a přínosné v monitorování úspěšnosti léčby PSBP.

Léčba PSBP je založena převážně na pevném klinickém vedení, psychoterapii a rehabilitaci. Farmakologická léčba je v této indikaci stále diskutována.

První místo v léčbě PSBP mezi velkým množstvím psychoterapeutických technik zaujímá KBT (Baštecký et al., 1993; Höschl et al., 2002; Herman et al., 2004; Vaškovský, 2001; Chromý, Honzák et al., 2005). Pozitivní vliv KBT na redukci emoční složky bolesti, kdy se zlepšily „copingové“, strategie a snížily se komorbidní deprese a úzkost, prokázali ve své studii Hiller, Heuser a Fichter (2002). Pociťuje se potřeba odborníků s tímto typem vzdělání v primární péči (Chromý, Honzák et al., 2005).

Bolest, kterou lze přičíst známým nebo odvozeným psychofyziologickým mechanismům, jako je například bolest ze svalového napětí nebo migréna, podle MKN-10 nezařazujeme pod perzistující somatoformní bolestivou poruchu, ale pod kategorii

„Psychické nebo behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde“. Ačkoli ve své práci hovořím o ovlivnění svalového hypertonu vzniklého na podkladě dysfunkce limbického systému, který u PSBP předpokládám, tento hypertonus nepovažuji za primární příčinu bolesti, nýbrž za jeden ze symptomů, který vzniká sekundárně, a to jako důsledek bolesti a stresu a s tím i související dysfunkcí limbického systému. Tedy i terapie z hlediska fyzioterapie je spíše symptomatická a je zaměřena na ovlivnění svalových dysbalancí, které jsou jednou z příčin vzniku sekundárních funkčních poruch pohybové soustavy u PSBP. Předpokládám však, že intervence fyzioterapeuta bude mít zároveň relaxační vliv na psychiku.

V žádném literárním zdroji, českém ani zahraničním, jsem nenašla konkrétní zkušenosti s PSBP či se skupinou somatoformních poruch ve fyzioterapii. Chvála, Trapková (1996), Baštecký, Šavlík, Šimek et al. (1993), Vařeková (2000) píší o fyzioterapii a manuální terapii jako o neoddělitelné součásti psychosomaticky zaměřené terapie.

V dostupné literatuře se o fyzioterapii, jako o jednom z doplňujících postupů v léčbě PSBP, zmiňují Praško et al. (2000, 2002), Herman et al. (2004), Chromý, Honzák et al. (2005) a Höschl et al. (2002). Autoři Bouček (2004), Kratochvíl (1970) a Skaličková (1971) považují psychiatrickou rehabilitaci za důležitou součást komplexní péče o pacienty s psychiatrickými poruchami, která má svou roli ve znovuzařazení pacienta do běžného života. Ve svých publikacích popisují možnosti využití rehabilitace u různých skupin psychických onemocnění, omezují se však především na fyzikální terapii, balneologii a LTV.

Za nejvhodnější postupy v terapii PSBP, splňující principy komplexního přístupu, považuji takové, které příznivě ovlivňují psychiku, redukuje negativní důsledky stresu a zlepšují vnímání a uvědomování si těla. Vhodné jsou nejrozličnější relaxační techniky, které jsou pro somaticky orientované pacienty přijatelnější než samotná psychoterapie a v neposlední řadě techniky manuální medicíny a fyzikální terapie, které jsou nepostradatelné v terapii funkčních poruch pohybové soustavy. Chvála a Trapková (1996) také upozorňují na nedoceněný psychoterapeutický efekt „obyčejných“ masáží.

Jedním z problémů při léčbě PSBP, na který mnoho autorů poukazuje (Praško et al., 2002, 2000; Höschl et al., 2002; Rokyta, 2004; Raudenská, 2004; Poněšický, 2002; Chromý, Honzák et al., 2005), je obava pacientů ze stigmatizace psychiatrickou diagnózou.

Pacienti s PSBP jsou přesvědčeni o závažnosti svých somatických obtíží a domnívají se, že obtíží je zbaví pouze somaticky zaměřená léčba a psychiatrickou nebo psychologickou pomoc zpravidla odmítají! Dříve, než je pacientům poskytnuta adekvátní léčba, dochází ke chronifikaci stavu a další terapie je tak obtížnější.

Mayou, Levenson, Sharpe (2003) upozorňují na častou kritiku zařazení a klasifikace PSBP a somatoformních poruch. Předmětem kritiky zařazení PSBP mezi „ryze“ psychická onemocnění, je absence konkrétního psychologického kritéria, které bychom u psychiatrické klasifikace předpokládali a zároveň dvojí možná etiologie vzniku onemocnění - biologická či psychologická. Nové zařazení, které by PSBP zohledňovalo více v psychosomatickém kontextu, by mohlo být přínosné v léčbě mimo jiné proto, že by se snížily obavy pacientů ze stigmatizace psychiatrickou diagnózou a byli by tak přístupnější komplexně zaměřené léčbě, která je v tomto případě žádoucí.

Vzhledem k fixaci pacientů s PSBP na ryze tělesnou příčinu potíží je systematická psychoterapie, kterou poskytuje specialista psychoterapeut, velmi obtížná. Role fyzioterapeuta zde pak nabývá velkého významu. Komunikace pacienta s fyzioterapeutem je mnohdy spontánnější a otevřenější než s psychiatrem nebo psychoterapeutem, protože pacient není zatížen obavou ze stigmatizace psychiatrickou diagnózou. Jediná úroveň, na které je pacient s PSBP schopen se zřetelně domluvit a kterou jasně vnímá, je oblast somatických obtíží, přes kterou se můžeme lépe dostat k psychice pacienta a můžeme tak lépe porozumět celému syndromu a určit vhodný terapeutický postup.

Ačkoliv v kompetenci většiny fyzioterapeutů není vykonávat psychoterapii, mají fyzioterapeuté v některých případech psychoterapeutickou erudici. Minimem každé pomáhající profese by měla být znalost Rogerovského přístupu v terapii, který staví na dialogu, empatii a autentičnosti terapeuta.

Předpokládám, že informovanost o složité problematice PSBP, využití Rogerovského přístupu v terapii a schopnost fyzioterapeuta aplikovat tyto poznatky v praxi, jsou jedním z důležitých kroků k úspěšnější terapii a přinejmenším ke zlepšení kvality života pacienta s PSBP.

Léčbou bolesti se v současné době zabývají multidisciplinární týmy na specializovaných klinikách bolesti. Členy týmu by měli být psycholog, psychiatr, neurolog, rehabilitační lékař a neurochirurg či ortoped (Vrba, 2000; Höschl et al., 2002; Raudenská, 2004). Tyto kliniky jsou, co se týče složení týmu, cílů terapie a postupů k jejich dosažení,

velmi podobné klinikám psychosomatickým. Flor et al. (1992) ve své metaanalýze 65 studií zkoumajících účinnost multidisciplinárních přístupů v centrech pro léčbu chronických bolestí zad ukázali, že komplexní programy nejen zmírňují utrpení z bolesti a zlepšují náladu, ale výrazně také zvyšují návratnost do práce a snižují potřebu zdravotní péče.

„Kliniky bolesti“ a psychosomatické kliniky většinou poskytují léčbu spočívající v detoxikaci od narkotik a vysazení nebo navození racionálního užívání analgetik, ve vhodných indikacích užívání antidepresiv, v edukaci psychologem, v kognitivně behaviorálních přístupech v psychoterapii a ostatních způsobech psychoterapie, nácviku „copingových“ dovedností a relaxace, v komplexní pohybové (fyzioterapie, kineziterapie), pracovní a psychosociální rehabilitaci a to za účelem zvýšení pacientových funkčních a pracovních schopností (King, Stoudermire, 1996; Raudenská, 2004; Poněšický, 2002).

V České republice se komplexním přístupem v terapii psychosomatických poruch setkáme ve „Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci“, které je jediné svého druhu u nás. Terapeutický tým tvoří přední odborníci v oblasti psychoterapie a psychosomatické medicíny a pracoviště se zabývá také výukou v těchto oborech. K terapii zde využívají různé formy psychoterapie, fyzioterapii a akupunkturu.

Chvála, Trapková (1996), Vařeková (2000) a Raudenská (2004) se shodují v tom, že ačkoliv dnešní věda psychosomatické vztahy na jednu stranu připouští, zároveň se pokouší o jejich maximální vyloučení v rámci svých „objektivních vědeckých studiích“. Psychika však není objektivně měřitelný faktor a narušuje vztahy kauzality, na které je západní věda orientovaná. Nenalezneme-li obtížím odpovídající tělesný nález, můžeme pacienta podezírat, že si vymýšlí, chce na nás vymámit nějaké výhody atp. Je potřeba zdůraznit a uvědomit si, že vždy pracujeme se subjektivním světem pacienta, který je uspořádán právě tak, jak je, bez ohledu na objektivní data. Člověk není stroj a po stejném zákroku u dvou jedinců nikdy nedojde ke stejné odpovědi. Je obtížné zachytit příčinu a následek, když zdravotní stav člověka ovlivňují také životní postoje a zkušenosti, současná míra stresu, víra v uzdravení, síla vůle, vliv sociálního okolí a další faktory.

Na problematiku psychosomatického přístupu ve fyzioterapii, která je v souladu s diferenciací medicíny – jak také z názvu vyplývá – zaměřena na péči o tělo, upozorňuje Vařeková (2000). Respektování psychiky je nutností, i když obtížně realizovatelnou, neboť vzdělávání fyzioterapeutů je orientováno převážně na tělesnost, zdravotnický systém je

závislý na vykazování kódů, když péči o duši nelze „bodovat“ a pro pacienty je obtížné připustit podíl psychiky na vlastních potížích.

13. ZÁVĚR

V diplomové práci byly zpracovány dostupné informace a poznatky zabývající se psychosomatickým přístupem ve fyzioterapii a problematikou PSBP a to formou utříděné a komentované rešerše. Z dostupné literatury jsem se pokusila navrhnout optimální terapeutický postup v léčbě PSBP, který se však vzhledem k absenci výzkumů v oblasti fyzioterapie, opírá pouze o teoretické poznatky a výzkumy z oblasti psychiatrie, psychologie, psychosomatické medicíny a kineziologie. Efekt fyzioterapeutických postupů v léčbě PSBP by proto měl být dále zkoumán.

Psychická labilita a faktory s ní související (stres, bolest, únava, atd.) bývá provázena vyšším výskytem funkčních poruch pohybového aparátu, jejich obtížnější reparací a rovněž častějšími recidivami. To platí i u PSBP, kde se vlivem negativních psychosociálních faktorů rozvíjí sekundární funkční poruchy pohybového aparátu, nejčastěji vertebrogenní algický syndrom. V práci je proto kladen důraz na komplexní, bio-psycho-sociální pohled nejen na pacienty s PSBP, ale zároveň i na pacienty s funkční poruchou pohybového aparátu, kde hraje psychický faktor významnou roli a u kterých platí, že každé zhoršení funkce, ať už primárně nebo sekundárně, s sebou přináší další významné faktory (psychosociální), které se vzájemně ovlivňují a mohou se stát jedním z mnoha prvků bludného kruhu v udržování nemoci.

Fyzioterapeutická léčba PSBP je zaměřena spíše symptomaticky, na ovlivnění chronické bolesti. Vycházíme-li však z předpokladu, že ovlivňování psychiky a motoriky je vzájemné, pak za situace, kdy se nám podaří funkční poruchu pohybového aparátu upravit, dochází současně i ke zlepšení psychického stavu. Otázkou dalšího zkoumání však je, jak významné u PSBP toto ovlivnění je.

Za vhodné techniky v terapii PSBP považuji takové techniky, které ovlivňují svalové dysbalance prostřednictvím harmonizace svalového tonu a optimalizace dýchání a jejichž účinek je zaměřen nejen na somatickou, ale především na psychickou stránku obtíží. Z těchto lze zejména doporučit nejrůznější relaxační postupy, dechová cvičení, techniky ovlivňující tělové schéma, různé pohybové aktivity a metody fyzikální terapie s účinky myorelaxačními a analgetickými. V neposlední řadě zařazuji techniky manuální terapie, vhodné k ovlivnění svalových dysbalancí a bolesti, u nichž lze využít psychologického efektu doteku. Patří sem např. hlazení podle Hermachové, měkké techniky, reflexní metody a v neposlední řadě masáž, která má významný psychologický účinek nejen u

pacientů s PSBP. Všechny uvedené techniky samozřejmě indikujeme na základě kompletního kineziologického rozboru a doplňujeme je ostatními fyzioterapeutickými metodami, které působí zároveň preventivně, a mezi které patří např. škola zad. Terapie každého pacienta musí být vždy individuální.

Fyzioterapie je nedílnou součástí terapie PSBP především pro častou komorbiditu PSBP s vertebrogenním algickým syndromem a funkčními poruchami pohybového aparátu, se kterými tito pacienti fyzioterapeuty navštěvují. Jsem přesvědčena o tom, že seznámení se s problematikou somatoformních poruch, konkrétně s PSBP, je přínosné z toho důvodu, že pacient s PSBP bude dlouhodobě využívat našich služeb, neboť psychologicky zaměřenou léčbu odmítá. Proto je pro fyzioterapeuta důležité vědět, jak k těmto pacientům přistupovat a jaké jsou jeho možnosti v ovlivnění psychické poruchy jako je PSBP.

Diplomová práce poukazuje na významnou úlohu fyzioterapie jako jednoho z článků komplexní terapie PSBP, neboť jednotlivé postupy ať už farmakologické či nefarmakologické vykazují úspěch pouze částečný. Proto se mi vzhledem k dostupným informacím jako nejperspektivnější v léčbě PSBP jeví interdisciplinární a komplexní přístup.

Společným cílem terapie jak pro psychiatry, psychoterapeuty, fyzioterapeuty a ostatní odborníky je snížení potíží (bolesti) na únosnou míru tak, aby pacient mohl prožívat svůj život hodnotněji.

POUŽITÉ ZDROJE:

1. AIGNER, M., et al. Sleep disturbances in somatoform pain disorder. *Psychopathology*, Nov-Dec 2003, vol. 36, no. 6, s. 324-8.
2. ALBE – FESSARD, D. *Bolest: Mechanismy jejího léčení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1998. 224 s. ISBN 80-7169-588-2
3. AMBLER, Z. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001. 399 s. ISBN 80-246-0080-3
4. BAŠTECKÝ, J. – ŠAVLÍK, J. – ŠIMEK, J., et al. *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s. ISBN 80-7169-031-7
5. BOUČEK, J. Rehabilitace v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč.5, č. 5, s. 250 – 252.
6. CAPKO, J. *Základy fyziatrické léčby*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1998. 396 s. ISBN 80-7169-341-3
7. CRAIG, K.D. Emotions and psychobiology. In: Wall, P.D. and Melzack, R. (Ed.): *Textbook of pain*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1999, vol. 12, s. 331 – 342.
8. CVRČEK, P. Placebo a jeho postavení v tišení bolesti. *Bolest*, 2004, roč. 7, č. 1, s. 13 – 15.
9. ČECHOVÁ, A. Psychogenní bolesti hlavy. *Diagnóza*, 2000, roč. 3, č. 34, s. 10 – 11.
10. ČIHÁK, R. *Anatomie 3*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1997. 672 s. ISBN 80-7169-140-2
11. DOSTÁLEK, C. Hathajóga. In *Psychosomatická medicína*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993. Kapitola 9. s. 159-163.
12. DYLEVSKÝ, I. – KUBÁLKOVÁ, L. – NAVRÁTIL, L. *Kineziologie, kineziterapie a fyzioterapie*. 1. vyd. Praha: Manus, 2001. 110 s. ISBN 80-902318-8-8
13. EHLERT, U. – HEIM, C. – HELLHAMMER, D.H. Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychotherapy-and-Psychosomatics*, 1999, vol. 68, no. 2, s. 87-94.
14. FELDENKRAIS, M. *Feldenkraisova metoda: pohybem k sebeuvědomění*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1996. 186 s. ISBN 80-7205-058-3
15. FILIP, V., et al. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1997. 214 s. ISBN 80-85121-06-9
16. FLOR, H. – FYDRICH, T. – TURK, D. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 1992, vol. 49, s. 221 – 230.

17. GRABE, H.J., et al. Somatoform pain disorder in the general population. *Psychotherapy-and-Psychosomatics*, 2003, vol. 72, no. 2, s. 88-94.
18. GREGORY, R.J. – MANRING, J. – BERRY, S.L. Pain Location and Psychological Characteristics of Patients With Chronic Pain. *Psychosomatics*, May/June 2000, vol. 41, no. 3, s. 216 – 220.
19. HERMACHOVÁ, H. O svalovém napětí a jeho ovlivnění ve fyzioterapii. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 1999, roč. 6, č.3, s.108-110.
20. HERMAN, E. - PRAŠKO, J. - HOVORKA, J. Somatoformní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 2004, roč. 5, č. 5, s. 270 – 272.
21. HERŠT, J. – HNÍZDIL, J. – KLENER, P. *Akupunktura: Mýty a realita*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 192 s. ISBN 80-7262-167-X
22. HILLER, W. – HEUSER, J. – FICHTER, M.M. The DSM-IV nosology of chronic pain: a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome. *European-journal-of-pain-London*, 2000, vol. 4, no. 1, s. 45-55.
23. HNÍZDIL, J. – ŠAVLÍK, J. – BERÁNKOVÁ, B. *Bolesti zad: mýty a realita*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 231 s. ISBN 80-7254-659-7
24. HONZÁK, R. Somatizace bolesti aneb Proč se objevuje bolest i bez poškození tkáně. *Forum Med.*, 2000, roč. 2, č. 2, s. 74 – 76.
25. HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, spol. s.r.o., 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5
26. CHROMÝ, K. – HONZÁK, R. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6
27. CHVÁLA, V. - TRAPKOVÁ, L. Rehabilitace jako součást komplexní terapie psychosomatických pacientů. *Rehab. fyz. Lék.*, 1996, roč. 3, č. 2 , s. 86-88.
28. IMBIEROWICZ, K. – EGGLE, U.T. Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European-Journal-of-Pain*, 2003, vol. 7, no. 2, s. 113-119.
29. JANDA, V. Differential diagnosis of muscle tone in respect of inhibitory techniques. In: Paterson, J.K. and Burn, L. (Ed.): *Back Pain, An International Review*, Kluwer Acad. ress, 1999, s. 196-199.
30. JONES, A.K. – KULKARNI, B. – DERBYSHIRE, S.W. Pain mechanisms and their disorders. *British-medical-bulletin*, 2003, vol. 65, s. 83-93.
31. KAČMÁROVÁ, K. Máme šance uspět v léčbě somatoformních poruch v psychiatrické ambulanci? *Psychiatrie pro praxi*. 2002, roč. 2002, č. 3, s. 103 – 109.

32. KARST, M., et al. Abnormality in the self-monitoring mechanism in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Psychosomatic-Medicine*, 2005, vol. 67, no. 1, s. 111-115.
33. KING, S.A. – STOUDELMIRE, A. Pain disorder. *American Psychiatric Press*, 1996, vol.17, no. 3, s. 737 – 748.
34. KOZÁK, J. Akutní bolest. In: *Jak na bolest*. Praha: Tigis, 2005. s.12-17.
35. KRAJINA, L. *Člověk a neuróza*. 1. vyd. Praha: Novinář, 1987. 159 s.
36. KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1970. 382 s. ISBN 08-079-70
37. KREDBA, J. Rehabilitace, psychoterapie a psychosomatika. *Sanquis*, 2004, č. 35, s. 22 – 35.
38. KROENKE, K., et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, May/June 1998, vol. 39, no. 3, s. 263 – 272.
39. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
40. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-86645-04-5
41. KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest: její diagnostika a psychoterapie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 68 s. ISBN 80-7013-130-6
42. LANE, A.M. – LOVEJOY, D.J. The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. *Journal of sports and medicine and physical fitness*, Dec 2001, vol. 41, no. 4, s. 539 – 545.
43. LEJČKO, J. Bolest jako velký problém současné medicíny. In: *Jak na bolest*. Praha: Tigis, 2003. s.16 – 21.
44. LEWIT, K. *Manipulační léčba*. 4. vyd. Heidelberg-Leipzig: J.A.Barth Verlag, Hüthig GmbH, 1996. 347 s. ISBN 3-335-00401-9
45. MAYOU, R. – LEVENSON, J. – SHARPE, M. Somatoform disorders in DSM-V. *Psychosomatics*, Nov/Dec 2003, vol. 44, no. 6, s. 449 – 451.
46. MELZACK, R. *Záhada bolesti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1978. 188 s. ISBN
47. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ MKN-10. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1999. 752 s. ISBN 80-7169-787-7
48. MOŽNÝ, P. – PRAŠKO, J. *Kognitivně – behaviorální terapie: úvod do teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. 304 s. ISBN 80-7254-038-6

49. NEČAS, E., et al. *Obecná patologická fyziologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 377 s. ISBN 80-246-0051-X
50. NEČASOVÁ, E. Bolest jako medicínská kategorie. In: Dobeš, M. – Michková, M. (Ed.): *Učební text k základnímu kurzu diagnostiky a terapie funkčních poruch pohybového aparátu*. Domiga, Havířov, 1997, s. 6-9.
51. NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 95 s. ISBN 80-7169-652-8
52. PAPEŽOVÁ, H. Psychiatricko-psychologické aspekty bolesti. In: Kozák, J. – Papežová, H. (Ed.): *Kapitoly z léčby bolesti*. Praha, Maxdorf, 2002, s. 36-49.
53. PETRAK, F., et al. Determinants of health-related quality of life in patients with persistent somatoform pain disorder. *European-Journal-of-Pain*, 2003, vol. 7, no. 5, s. 463-471.
54. PODĚBRADSKÝ, J. – VAŘEKA, I. *Fyzikální terapie I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 264 s. ISBN 80-7169-661-7
55. PODĚBRADSKÝ, J. – VAŘEKA, I. *Fyzikální terapie II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 176 s. ISBN 80-7169-661-7
56. PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. 113 s. ISBN 80-7254-216-8
57. PRAŠKO, J., et al. *Nadměrné obavy o zdraví: rady pro klienta a jeho rodinu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-881-3
58. PRAŠKO, J., et al. *Somatoformní poruchy*. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 160 s. ISBN 80-7262-159-9
59. PRAŠKO, J. - PAŠKOVÁ, B. - HORÁČEK, J. Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha. *Diagnóza*, 2000, roč. 3, č. 11, s. 8.
60. RAUDENSKÁ, J. Psychosomatická medicína a chronická bolest. *Bolest*, 2004, roč.7, č. 4, s. 210 – 213.
61. RENAUD, J. *Stres*. 1. vyd. Praha: Práce, 1993. 137 s. ISBN 80-208-0297-5
62. RHEINWALDOVÁ, E. *Dejte sbohem distresu*. 1.vyd. Praha: Scarabeus, 1995. 211 s. ISBN 80-85901-07-2
63. ROCK, C. – PETAK-KRUEGER, S. *Agisticko-excentrické kontrakční postupy k ovlivnění funkčních poruch pohybového systému*. 1.vyd. Zürich: Dr.Brügger-Institut Zürich, 2000. 144 s. ISBN 3-905407-01-9
64. ROKYTA, R. Psychogenní bolest. *Psychiatrie*, 2004, roč. 8, č. 1, s. 21 – 24.

65. RYCHLÍKOVÁ, E. *Manuální medicína*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 530 s. ISBN 80-7345-010-0
66. RYCHLÍKOVÁ, E. *Skryto v páteři*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 175 s.
67. SERVAN – SCHREIBER, D. *Uzdravení bez léků: cesta ze stresu, úzkosti a deprese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 188 s. ISBN 80-7178-901-1
68. SCHREIBER, V. *Lidský stres*. 2. vyd. Praha: Academia, 2000. 106 s. ISBN 80-200-0240-5
69. SCHREIBER, V. *Stres: patofyziologie-endokrinologie-klinika*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 384 s. ISBN 08-045-85
70. SOFAER, B. *Bolest: příručka pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X
71. STACKEOVÁ, D. Psychosomatika ve fyzioterapii. *Psych@Som*, 2005, roč. 3, č. 5, s.151-158.
72. SULLIVAN, M. – TURK, D. Psychiatric Illness, Depression and Psychogenic Pain. In: Loeser J. (Ed.): *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001, s.484-450.
73. ŠAVLÍK, J. - HNÍZDIL, J. Je bolest skutečně nemoc? *Zdrav. Nov. ČR*, 2004, roč. 53, č. 2, s. 23.
74. VAŠKOVSKÝ, R. Problematika bolesti z psychiatrického hlediska a možnosti její léčby. *Psychiatre pro praxi*, 2001, roč. 32, č. 4, s. 150 – 153.
75. VAŘEKOVÁ, J. Problematika psychofyzické rovnováhy – historický pohled a současné možnosti ve fyzioterapii. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2000, roč. 7, č. 2, s. 78-81.
76. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. Psychofarmaka v léčbě bolesti. *Bolest*, 2004, roč. 7, č. 3, s. 143 – 148.
77. SEIFERTOVÁ, D. – PRAŠKO, J. - HÖSCHL, C. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensia, 2004. 478 s. ISBN 80 – 86694 – 06 - 2
78. SKALIČKOVÁ, O., et al. *Rehabilitace v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1971. 428 s. ISBN 08 – 081 - 71
79. ŠVESTKA, J., et al. *Psychofarmaka v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada/Avicenum, 1995. 249 s. ISBN 80-7169-169-0
80. TROJAN, S., et al. *Lékařská fyziologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1997. 616 s. ISBN 80–7169–788–5

81. TURNER J. – ROMANO, J. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. In: Loeser, J. (Ed.): *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001, s. 1751-1758.
82. VÉLE, F. *Kineziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publusing, spol. s.r.o., 1997. 275 s. ISBN 80-7169-256-5
83. VRBA, I. Léčba chronických bolestí zad z pohledu algeziologa. *Diagnóza*, 2000, roč.8, č.37, s. 9-11.

SEZNAM ZKRATEK:

AGR – antigravitační relaxace

AT – autogenní trénink

BATE – de Bonis Anxiété Traite-État Inventory

BF - biofeedback

CNS – centrální nervový systém

CT – Computer Tomography (počítačová tomografie)

DF – dechová frekvence

EEG - elektroencefalografie

EFIC – European Federation of IASP Chapters

FM – fibromyalgie

IASP – International Association for the Study of Pain

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LTV – léčebná tělesná výchova

MKN – 10 – mezinárodní klasifikace nemocí

MMPI – Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Mnohostranný dotazník osobnosti)

MPQ – The McGill Pain Questionnaire

MRI – Magnetic Resonance Imaging (magnetická rezonance)

PIR – postizometrická relaxace

PSBP – perzistující (přetrvávající) somatoformní bolestivá porucha

SAS – Self-Rating Anxiety Scale

SCL-90 – Self-Report Symptom Inventory

SF-MPQ – Short Form of the McGill Pain Questionnaire

TENS – transkutánní elektroneurostimulace

TF – tepová frekvence

TK – krevní tlak

TrP – trigger point

VAS – vizuální analogová škála (Visual Analogue Scale)

VNS – vegetativní nervový systém

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1 - CSQ – The Coping Strategy Questionnaire

Příloha č. 2 - BATE - S

Příloha č. 3 - BATE - T

Příloha č. 4 – SAS – Zungův dotazník úzkosti

Příloha č. 5 – SCL – 90

Příloha č. 6 - Mapa bolesti podle Margolese

Příloha č. 7 – Zkrácená forma MPQ dotazníku

Příloha č. 1

CSQ – The Coping Strategy Questionnaire

Zatrhnete laskavě, které z uvedených činností děláte, když trpíte bolestí, současně prosím doplňte na konec řádky, zda a jak Vám pomáhají. Děkuji Vám za spolupráci a ujišťuji Vás, že všechny údaje, které zde poskytnete, jsou naprosto důvěrné.

1. Myslím na věci, které rád – ráda dělám.
Myslím na lidi, s nimiž rád – ráda něco dělám.
Opakuji si v myšlenkách příjemné zážitky z minulosti.
Dělám něco, co mě baví, třeba se dívám na TV nebo poslouchám hudbu.
Jdu ven a dělám něco, co mě baví, třeba jdu do kina nebo nakoupit. Snažím se být mezi lidmi.
Čtu si.
Dám si sprchu nebo koupel.
.....
2. Pokračuji, jako by se nic nestalo.
Nevšímám si toho.
Řeknu si, že přece nedovolím, aby mě bolest rušila v tom, co dělám.
Přestože mě bolest trápí, pokračuji ve své činnosti.
Nepřemýšlím o bolesti.
Ignoruji ji.
Vnímám bolest jako výzvu, která mě přece nemůže obtěžovat.
Nezáleží na tom, jak zlé to je, já vím, že to zvládnou.
.....
3. Představuji si, že bolest je někde mimo moje tělo.
Předstírám, že to není část mne.
Snažím se vzdálit bolesti co nejvíce, téměř tak, jako by bolest byla v těle někoho jiného.
Snažím se nemyslet na ni jako na své tělo, ale jako na něco, od čeho jsem oddělen.
Nemyslím na ni jako na bolest, ale spíše jako na tupý nebo teplý pocit.
Přemýšlím o jiných pocitech, například o znečitlivění.
.....
4. Cítím, že to už nevydržím.
Cítím, že takhle už nemohu dál.
Stále si dělám starosti, zda to někdy skončí.
Cítím, že můj život nemá cenu.
Je to hrozné a cítím, jak mě to přemáhá.
Je to strašné a já vím, že to nikdy nebude lepší.
.....
5. Modlím se k bohu, aby to dlouho netrvalo.
Modlím se, aby mě bolest přešla.
Vím, že jednou přijde někdo, kdo mi pomůže, a bolesti na chvíli zmizí.
Spoléhám na svou víru v Boha.
Eventuální další činnosti, které mi pomáhají:
.....
.....

Příloha č. 2

BATE – S

<p>Instrukce: Váš úkol spočívá v třídění různých kartiček do přihrádek, které jsou před Vámi. Jedná se o dotazník, ve kterém máte co nejlépe zachytit Váš zdravotní stav v posledních dnech, maximálně v posledním týdnu. Jestliže to, co je na kartičce napsáno, zcela odpovídá tomu, jak Vám bylo v posledních dnech, dejte ji do přihrádky č 4 („zcela výstižné“). Jestliže je věta v naprostém rozporu s tím, jak jste se v posledních dnech cítila, dejte ji do přihrádky 0 („naprosto neplatí“). Jestliže chcete upřesnit své posouzení, můžete si vybrat některou ze středních přihrádek: přihrádku 1 („částečně platí“), přihrádku 2 („zpola platí“) anebo přihrádku 3 („velmi se blíží pravdě“). Je velmi důležité, abyste se při třídění kartiček řídila jen a jen Vaším stavem v posledních dnech, maximálně v posledním týdnu, bez zřetele na Vaše potíže v minulosti. Těch se bude týkat jiná série kartiček, kterou dostanete v zápětí.</p>	
01. V posledních dnech jsem si dělala starosti ze všech maličkostí.	
02. V poslední době jsem pociťovala neurčitý strach z budoucnosti, který se nedovedu vysvětlit.	
03. V posledních dnech se obávám nejhoršího, mám strach, že se něco zlého přihodí.	
04. V posledních dnech jsem měla tendenci trápit se pro nic.	
05. V posledních dnech jsem měla pocit napětí a nervozity.	
06. V posledních dnech mě značně znervózňovalo čekání.	
07. Během posledních dní jsem pociťovala takový neklid, že jsem nevydržela na jednom místě.	
08. V posledních dnech jsem byla tak nervózní, že jsem kvůli tomu nemohla usnout.	
09. V tuto chvíli mám pocit, že nejsem k ničemu, že se k ničemu nehodím.	
10. V posledním týdnu jsem hodně plakávala.	
11. V posledních dnech mě často napadlo, že jsem zbytečná, že se nehodím k velkým věcem.	
12. V tuto chvíli se necítím šťastná.	
13. V tuto chvíli bych nesnesla dav, tlačenci.	
14. V posledních dnech jsem se hodně trápila přemýšlením, co si o mně myslí jiní lidé.	
15. V posledních dnech bych nemohla zůstat sama, samota ve mně budí strach.	
16. V tuto chvíli bych nemohla zůstat ve tmě, mám strach z noci.	
17. V současné době bych nesnesla pohled na některá zvířata (např.hada, pavouka, nebo myši)	
18. Teď bych se musela velmi přemáhat, kdybych měla nastoupit do dopravního prostředku.	
19. V tuto chvíli se cítím velmi unavena.	
20. V posledních dnech mě bolela hlava.	
21. V posledních dnech se mi velmi snadno roztřásly ruce.	
22. V posledních dnech jsem měla průjem.	
23. V současné době pozoruji, že se snadno zpotím.	
24. V současné době mám nepříjemný pocit stísněnosti.	
25. V posledních dnech jsem pociťovala nepříjemný tlak na prsou.	
26. V posledních dnech, jako bych měla stažené hrdlo.	

27. V posledních dnech mě obtěžovalo bušení srdce.	
28. V posledních dnech se často červenám.	
29. V posledních dnech bych stále jedla.	
30. V posledních dnech jsem měla zácpu.	
31. V posledních dnech mě často po těle zamrazí nebo mám husí kůži.	
32. V posledních dnech jsem pociťovala závratě.	
33. V posledních dnech se o mě pokoušely mdloby.	
34. V poslední době jsem měla nezvykle ledové ruce nebo nohy.	
35. V posledních dnech mě trápily bolesti žaludku.	
36. V posledních dnech mi nechutná jíst.	

Příloha č. 3

BATE – T

<p>Instrukce: Nyní máte před sebou nový balíček lístků k třídění. Najděte zde tytéž otázky jako na předchozích kartičkách, ale nyní se netýkají Vašeho současného stavu, nýbrž dlouhodobých, stálých rysů Vaší povahy. Ačkoli jde o podobné otázky, možná, že je budete třídít jiným způsobem. Třídění do přihrádek se řídí stejnými pravidly jako v předchozím případě. Je velmi důležité, abyste se nyní při třídění snažila vyjádřit pouze své stálé povahové sklony, tedy takové, které jsou Vám odjakživa nebo již po dlouhá léta vlastní. Na Váš současný stav neberte přitom žádný zřetel.</p>	
01. Odjakživa si dělám starosti ze všech maličkostí.	
02. Již dlouho zakouším neurčitý strach z budoucnosti, který se nedovedu vysvětlit.	
03. Vždy jsem měla tendenci si myslet, že se stane něco zlého, bát se nejhoršího.	
04. Patří k mé povaze trápit se pro nic.	
05. Odjakživa jsem měla sklon být napjatá, nervózní.	
06. Zpravidla mě znervózňuje, když jsem nucena čekat.	
07. Mívám období nepokoje, během kterých nejsem schopna vydržet na místě.	
08. Často bývám tak nervózní, že se mi špatně usíná.	
09. Mám tendenci si říkat, že nejsem k ničemu.	
10. Je v mé povaze, že se často rozpláču.	
11. Odjakživa si myslívám, že se nehodím k velkým věcem, že jsem zbytečná.	
12. Nikdy jsem se necítila šťastná.	
13. Vždycky jsem měla strach z davu nebo tlačence.	
14. Vždycky jsem se trápila tím, co si o mně myslí jiní lidé.	
15. Obyčejně zůstávám nerada sama, samota ve mně budí strach.	
16. Odjakživa nemám ráda tmou, mám strach z noci.	
17. Někteří zvířata mi odjakživa připadají odporná a bojím se jich (např. hadů, pavouků, myši, ap.)	
18. Všeobecně mám strach z dopravních prostředků.	
19. Vždy jsem se snadno unavila.	
20. Jsem již po léta náchylná k bolestem hlavy.	
21. Vždy se mi snadno roztřásl ruce.	
22. Odvždy mám sklon k průjmům.	
23. Odvždy mám sklon k nadměrnému pocení.	
24. Často mívám pocity stísněnosti.	
25. Trpívám tlakem na prsou.	
26. Snadno se mi stáhne hrdlo.	
27. Vždy se mi snadno rozbušilo srdce.	
28. Snadno se začervenám.	

29. Odjakživa musím omezovat svou chuť k jídlu.	
30. Mívám zácpu.	
31. Mívám často husí kůži nebo mrazení.	
32. Mám sklon k závratím.	
33. Často na mě jdou mdloby.	
34. Mívám ruce nebo nohy ledové.	
35. Odjakživa trpívám bolestmi žaludku.	
36. Vždycky jsem trpěla nechutenstvím.	

Příloha č. 4

SAS - Zungův dotazník úzkosti

Stupnice hodnocení: 1 – nikdy nebo zřídka; 2 – někdy; 3 – často; 4 – velmi často nebo stále	
01. Cítím se více nervózní a úzkostný než je obvyklé	
02. Mám strach a vlastně nevím z čeho	
03. Snadno se rozruším nebo zpanikařím	
04. Mám pocit, že jsem rozvrácený, rozpadlý na kusy	
05. Je se mnou všechno v pořádku a neobávám se ničeho nepříjemného	
06. Cítím chvění a rozklepanost v rukou a nohou	
07. Obtěžují mě bolesti hlavy, bolesti v šíji, bolesti v kříži	
08. Cítím se slabý a snadno se unavím	
09. Jsem klidný a mohu spokojeně sedět	
10. Cítím, že srdce mi tluče rychleji	
11. Obtěžují mě závratě	
12. Někdy mi je na omdlení	
13. Volně se mi dýchá	
14. Mám otupělost nebo brnění v prstech na rukou či nohou	
15. Trpím bolestmi žaludku nebo poruchami trávení	
16. Mám časté nutkání močit	
17. Ruce mám obvykle suché a teplé	
18. Mám pocit, že rudnu v obličeji	
19. Snadno usínám a dobře se vyspím	
20. Mám noční děsy (nepříjemné sny)	

Příloha č. 5

SCL – 90

Stupnice hodnocení: 0 – vůbec ne; 1 – trochu; 2 – středně; 3 – hodně; 4 – mimořádně mnoho	
Vyjádřete, do jaké míry Vás obtěžovaly v posledním týdnu, včetně dnešního dne, nebo se u Vás vyskytují příznaky vyjádřené v dotazníku	
01. Bolesti hlavy	
02. Nervozita, vnitřní neklid nebo rozechvění	
03. Nechtěné, vtíravé myšlenky, slova, nápady nebo melodie, kterých se nemůžete zbavit (vhodné podtrhněte)	
04. Pocity na omdlení nebo závratě	
05. Ztráta sexuálního zájmu nebo uspokojení	
06. Pocit, že Vás druzí kritizují	
07. Pomyšlení, že někdo jiný může ovládat Vaše myšlenky	
08. Pocit, že druzí mají vinu na většině Vašich obtíží	
09. Strach, že si něco nezapamatujete nebo v případě potřeby si na to okamžitě nevzpomenete	
10. Nesnášíte povrchnost, nedbalost a nepořádnost	
11. Dáte se snadno znepokojit nebo podráždit	
12. Bolesti u srdce nebo na hrudníku	
13. Pocity strachu z otevřených prostranství (široké ulice, parky, pole)	
14. Pocit, že máte málo energie nebo že jste zpomalen	
15. Myšlenky na ukončení Vašeho života	
16. Slyšení hlasů, zvuků a pod., které jiní neslyší	
17. Třesavka, svalové chvění v rukách, nohách	
18. Pocit, že většině lidí nelze věřit	
19. Špatná chuť k jídlu	
20. Mít blízko k pláči, snadno se rozplakat	
21. Cítit se plachý, stydlivý nebo nesvůj ve vztahu k opačnému pohlaví	
22. Pocit jako byste byl chycen do pastí, zaskočen, přistižen při něčem nedovoleném a podobně	
23. Náhlé a bezdůvodné stavy vyplašenosti, zděšení, paniky	
24. Náhlé a bezdůvodné výbuchy nálad, které nemůžete ovládat	
25. Obavy, strach vycházet z domova	
26. Sebeobviňování	
27. Bolesti v kříži nebo jinde v páteři	
28. Pocit, že Vám něco brání dostat se z místa (ukončit práci a podobně)	
29. Pocit osamělosti, opuštěnosti	

30. Sklíčenost, skleslost, pocit beznaděje, smutná nálada	
31. Připouštět si nadměrné starosti	
32. Pocit, že nemáte o nic zájem	
33. Neurčité pocity úzkosti a strachu	
34. Snadná zranitelnost citů	
35. Pocit, že druzí čtou a znají Vaše tajné myšlenky	
36. Pocit, že Vám druzí nerozumí nebo s Vámi necítí	
37. Pocit, že jsou k Vám lidé nepřátelští nebo Vás nemají rádi	
38. Nutnost dělat vše velmi pomalu, aby to bylo správně	
39. Bušení srdce nebo jeho zrychlený tep	
40. Návaly pocitu na zvracení nebo nevolnost od žaludku	
41. Pocity méněcennosti vůči druhým	
42. Bolesti svalů	
43. Pocit, že druzí koukají, sledují Vás, nebo si o Vás povídají	
44. Potíže s usínáním	
45. Potřeba kontrolovat a překontrolovávat po sobě to, co děláte	
46. Nerozhodnost, rozhodování se s obtížemi	
47. Strach z cesty autobusem, vlakem, tramvají nebo metrem	
48. Pocity nedostatku vzduchu nebo „krátkosti dechu“	
49. Návaly horka nebo chladu	
50. Nutnost vyhnout se ze strachu určitým místům, předmětům nebo činnostem	
51. Pocity prázdné hlavy (mít okénka)	
52. Necitlivost nebo pocity pálení některých míst těla	
53. Pocit knedlíku v hrdle	
54. Pocit beznaděje do budoucnosti	
55. Vedlejší myšlenky brání soustředit se	
56. Pocity slabosti v některých částech těla	
57. Pocity napětí a vzrušenosti	
58. Pocity tíže v rukou nebo nohou	
59. Myšlenky o smrti nebo umírání	
60. Přejídání se	
61. Cítit se nesvůj, nejistý, když se na Vás lidé dívají, nebo o Vás hovoří	
62. Objevují se myšlenky, které nejsou Vaše vlastní (jako by byly „vloženy“ druhými hypnózou, sugescí a pod.)	
63. Míváte nutkání, nápady někoho ztlouci, zranit ho nebo mu jinak ublížit	
64. Probouzet se příliš brzy	
65. Nutkání opakovat tytéž úkony jako doteky, počítání, mytí se a podobně	

66. Neklidný nebo narušený spánek	
67. Touha lámat, rozbít nebo jinak ničit věci	
68. Míváte nápady nebo názory, které nejsou pro druhé	
69. Cítit se nesvůj, nejistý mezi lidmi	
70. V návalu lidí jako ve frontě, v obchodě, kině se cítit nepříjemně, nejistě	
71. Pociťovat vše jako námahu	
72. Chvilky pocitu hrůzy nebo paniky	
73. Při jídle nebo pití v přítomnosti lidí nepříjemný pocit	
74. Dostávat se do častých sporů	
75. Nepříjemný pocit nervozity, jste-li o samotě	
76. Druzí Vám nevěří nebo nevyjadřují dostatečné uznání za Vaše úspěchy či zásluhy	
77. Pocit samoty, osamělosti i když jste mezi lidmi	
78. Pocity takového neklidu, nepokoje, že nemůžete ani klidně sedět	
79. Pocit, že za nic nestojíte, k ničemu nejste, nikam se nehodíte	
80. Pocity jako by známé věci byly (dojem) podivné nebo neskutečné	
81. Zlostně na někoho pokřikovat, křičet nebo zlostně, vztekle házet, bouchat věcmi	
82. Strach z omdlení na veřejnosti	
83. Myšlenky, že Vás lidé využijí či zneužijí, dáte-li jim příležitost, pokud se necháte	
84. Míváte myšlenky sexuálního obsahu, které Vás silně obtěžují nebo znepokojují	
85. Myšlenky, že byste měl být potrestán za Vaše hříchy, přestupky nebo poklesky	
86. Nepříjemný, tísnivý pocit, že musíte něco udělat, něco si zařídit, dát si udělat nějakou věc	
87. Myšlenka, že se děje nebo se již stalo něco vážného, změna s Vaším tělem	
88. Necítit citovou blízkost k žádné osobě	
89. Pocit viny	
90. Dojem, že s Vaším myšlením, myšlenkami, rozumem není něco v pořádku	

SCL-90 – Derogatis – výsledky

SOMATIZACE (SOM)	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
OBESESE-KOMPULZE (OBS)	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
INTERPERSONÁLNÍ SENZITIVITA (INT)	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
DEPRESE (DEP)	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
ÚZKOST (ANX)	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
VZTEK, HOSTILITA (HOS)	11, 24, 63, 67, 74, 81
FOBIE (PHOB)	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
PARANOIDITA (PAR)	8, 18, 43, 68, 76, 83
PSYCHOTICISMUS (PSY)	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90
Nezařazené položky (NEZ)	19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

SCL-90 – Derogatis – normy

<i>DIMENZE</i>	<i>Hranice normy</i>		<i>Mezní hodnota psychopatologie</i>	
	<i>Ženy</i>	<i>Muži</i>	<i>Ženy</i>	<i>Muži</i>
SOM	0,92	0,75	1,32	0,81
OBS	1,26	0,99	1,39	1,07
INT	0,88	0,65	1,28	0,99
DEP	0,97	0,66	1,56	0,99
ANX	1,03	0,80	1,58	1,23
HOS	0,68	0,71	0,98	0,78
PHOB	0,48	0,36	0,81	0,54
PAR	0,61	0,61	1,00	0,82
PSY	0,32	0,34	0,56	0,50
NEZ	0,87	0,79	1,34	1,26
GSI/celkový skór(90)	0,81	0,64	1,18	0,89

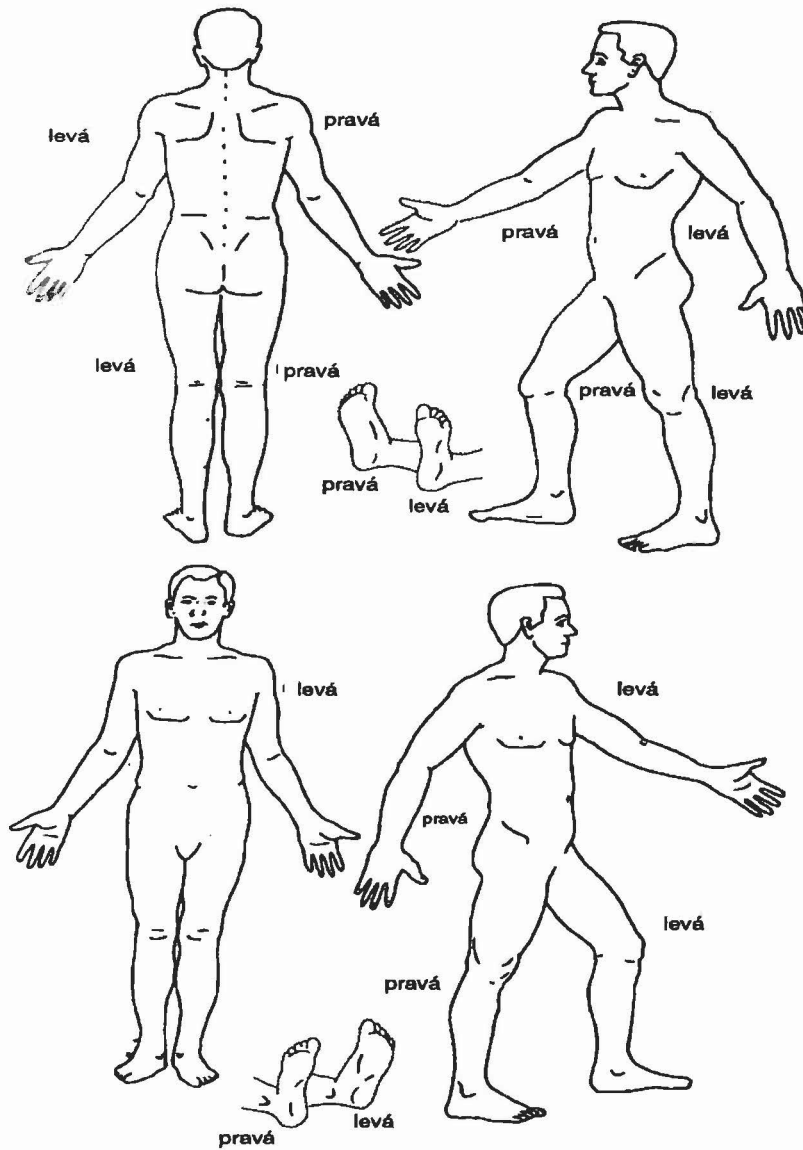
SCL-90 – Derogatis – výsledky

SOMATIZACE (SOM)	1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58
OBSESE-KOMPULZE (OBS)	3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65
INTERPERSONÁLNÍ SENZITIVITA (INT)	6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73
DEPRESE (DEP)	5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79
ÚZKOST (ANX)	2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86
VZTEK, HOSTILITA (HOS)	11, 24, 63, 67, 74, 81
FOBIE (PHOB)	13, 25, 47, 50, 70, 75, 82
PARANOIDITA (PAR)	8, 18, 43, 68, 76, 83
PSYCHOTICISMUS (PSY)	7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90
Nezařazené položky (NEZ)	19, 44, 59, 60, 64, 66, 89

SCL-90 – Derogatis – normy

DIMENZE	Hranice normy		Mezní hodnota psychopatologie	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
SOM	0,92	0,75	1,32	0,81
OBS	1,26	0,99	1,39	1,07
INT	0,88	0,65	1,28	0,99
DEP	0,97	0,66	1,56	0,99
ANX	1,03	0,80	1,58	1,23
HOS	0,68	0,71	0,98	0,78
PHOB	0,48	0,36	0,81	0,54
PAR	0,61	0,61	1,00	0,82
PSY	0,32	0,34	0,56	0,50
NEZ	0,87	0,79	1,34	1,26
GSI/celkový skór(90)	0,81	0,64	1,18	0,89

Mapa bolesti podle Margoese



**ZKRÁCENÁ FORMA MPQ
(SHORT - FORM MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE)**

Vyberte, prosím, z následujícího seznamu slov taková, která byste použili k popsání Vaší bolesti - označte odpovídající políčko v každém sloupci pro každé slovo

	ŽÁDNÁ	MÍRNÁ	STŘEDNÍ	SILNÁ
Senzorická složka bolesti				
TEPAJÍCÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VYSTŘELUJÍCÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BODAVÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSTRÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KŘEČOVITÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HLODAVÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALČIVÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRVALÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÍŽIVÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CITLIVÁ NA DOTEK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ŘEZAVÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoční složka bolesti				
UNAVUJÍCÍ / VYČERPÁVAJÍCÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSLABUJÍCÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VZBUZUJÍCÍ STRACH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPRIMUJÍCÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KRUTÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>