

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
REHABILITAČNÍ KLINIKA**

**FYZIOTERAPIE FUNKČNÍ ŽENSKÉ STERILITY
V PSYCHOSOMATICKÉM KONTEXTU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Lucie Doležalová, DiS.**

Vedoucí práce: **Mgr. Pavlína Savková**

2015

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRALOVE
DEPARTMENT OF REHABILITATION MEDICINE

**PHYSIOTHERAPY IN FUNCTIONAL FEMALE
STERILITY IN THE CONTEXT OF
PSYCHOSOMATICS**

Bachelor's thesis

Author: **Lucie Dolezalova, DiS.**

Supervisor: **Mgr. Pavlina Savkova**

2015

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu práce Mgr. Pavlíně Savkové za odbornou pomoc a cenné připomínky při zpracování práce.

OBSAH

1 TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 Psychosomatika	7
1.1.1 Historie psychosomatiky	7
1.1.2 Psychosomatika v ČR	8
1.1.3 Poruchy z pohledu psychosomatiky	10
1.2 Sterilita	11
1.2.1 Organické příčiny ženské sterility	12
1.2.2 Funkční příčiny ženské sterility	13
1.2.2.1 Funkční poruchy pohybového aparátu	13
1.2.2.2 Psychogenní příčiny	17
1.3 Terapie funkční ženské sterility	19
1.3.1 Vybrané fyzioterapeutické metody	19
1.3.1.1 Metoda Ludmily Mojžíšové	20
1.3.1.2 Spirální dynamika	21
1.3.1.3 Vojtova reflexní lokomoce	21
1.3.1.4 Dynamická neuromuskulární stabilizace	22
1.3.2 Psychosomatický přístup k terapii	22
2 EMPIRICKÁ ČÁST	25
2.1 Kazuistika 1	25
2.2 Kazuistika 2	34
3 DISKUZE	42
ZÁVĚR	45
ANOTACE	46
POUŽITÁ LITERATURA	47
SEZNAM ZKRATEK	49
SEZNAM OBRÁZKŮ	50
PŘÍLOHY	51

ÚVOD

Živý organismus se vyznačuje svojí reaktivitou. Ať člověk chce či nechce, tak reaguje na vše. Nereagovat nelze. Psychosomatika, jak již napovídá název, se zabývá vztahy mezi psyché (psychikou, reagováním na různé zátěžové situace včetně životních problémů a konfliktů) a soma (tělesnem, tělovými reakcemi). Jsou-li tyto reakce nepřírozené, označujeme je nemocí (Růžička, 2006).

Přes všechny možnosti moderní medicíny je i dnes pro spoustu žen velkou zátěží nesplněné přání mít vlastní dítě. Každý pátý pár je neplodný. Neplodnost vyvolává nechuť k pohlavnímu soužití partnerů a depresivní nálady. Současná reprodukční medicína je na jedné straně pozhledná, na straně druhé ale zvýšená psychická zátěž pro oba partnery. Nezdařené umělé oplodnění je pro ženu velké zklamání a působí problémy s ženskou identitou. Vyšší poměr žen s úzkostnými poruchami a depresemi ve srovnání s muži souvisí nejen s jejich snazší biologicko - hormonální zranitelností. Ženy mají také citlivější reakce v partnerských a rodinných problémech. Rovněž nedostatek pocitu vlastní hodnoty jako ženy je činí náchylnými k nejrůznějším psychickým a psychosomatickým poruchám (Trapková, 2009).

Cílem předkládané bakalářské práce je nastínění spojitosti mezi psychikou pacientek a funkční sterilitou, získané klinickou zkušeností u léčby neorganické neplodnosti metodami fyzioterapie. V teoretické části budu definovat příčiny ženské sterility jak z pohledu fyzioterapeuta, tak z pohledu psychosomatické medicíny. Dále se zaměřím na vývoj psychosomatiky v ČR i ve světě, jakož i na vybrané přístupy fyzioterapie a psychoterapie, které lze zařadit do terapie.

Praktická část obsahuje kazuistiky pacientek přijatých k léčbě funkční ženské sterility metodou Ludmily Mojžíšové. Popíšu detailně anamnézu, kineziologické vyšetření a průběh terapie s doplněním osobních poznatků během jednotlivých návštěv. Součástí bude rovněž následné zhodnocení terapie a návrh dlouhodobého rehabilitačního plánu.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Psychosomatika

1.1.1 Historie psychosomatiky

Psychosomatický přístup k člověku je bezesporu tak starý jako naše kultura. Už Hippokratés chápal jednotu těla i duše. Požadoval, aby lékař znal i osobnost pacienta a jeho temperament. Hippokratova medicína byla v podstatě celostní medicína a její pacient byl nedílnou součástí přírody, která sama měla léčebnou sílu. O čtyři století později vnesl Galénos do medicíny dualitu a rozdělil člověka na tělo a duši. Toto nešťastné dělení přetrvalo tisíciletí a s jeho důsledky se setkáváme dodnes (Chromý, 2005).

Termín *psychosomatika* byl poprvé použit téměř před 200 lety německým lékařem Heinrothem v knize *Učebnice poruch duševního života* v souvislosti s poruchami spánku, o nichž se domníval, že jsou způsobeny určitými duševními stavy a náladami. Do všeobecného lékařství a širšího laického podvědomí dostali psychosomatiku američtí autoři Franz Alexander a Flanders Dunbarová. Franz Alexander označil např. bronchiální astma, esenciální vysoký krevní tlak, migrénu a jiné bolesti hlavy, revmatickou artritidu, tyreotoxikózu a diabetes mellitus jako psychosomatózy. Tento výčet byl během času několikrát změněn. U velké skupiny interních a jiných onemocnění nemohla být však účast psychosociálních nebo duchovních faktorů prokázána. Hlavní hypotézou učení Alexandra a Dunbarové bylo, že analogicky k psychoneurózám vznikají také orgánové neurózy. Totiž že některé tělesné poruchy vznikají psychickým konfliktem mezi dvěma žádostmi. Společně založili v roce 1939 časopis s názvem *Psychosomatic Medicine*, který vychází dodnes (Danzer, 2010).

Chromý (2005) popisuje stres jako autonomně probíhající děj, který má připravit organismus jedince nejprve na boj nebo útěk, poté na přežití v nepříznivých okolnostech. Stres je mechanismus ochraňující život za cenu veliké energetické náročnosti, která odebere energii např. v této situaci nepotřebnému imunitnímu systému. Popsaná reakce tudíž vyčerpává rezervy a může být pro organismus užitečná, je-li krátkodobá. Při dlouhodobém trvání však selhávají regulační mechanismy jak systémů řídicích tak řízených.

V 50. letech minulého století demonstroval Weiner problematiku stresu v psychosomatickém konceptu. Uvažoval, že somaticky disponovaní lidé se specifickými psychologickými a osobnostními charakteristikami, zareagují pod vlivem stresu rozvojem psychosomatického onemocnění. Ze skupiny 120 zdravých branců vojenského výcviku vyčlenil dle výsledků psychologického vyšetření 20 jedinců, u kterých predikoval vývoj vředové choroby žaludku po stresově náročném vojenském drilu. Závěry ukázaly, že onemocnělo 12 z 20 vybraných vojáků. Ve skupině zbylých 100 mužů onemocněli pouze 4 jedinci (Chromý, 2005).

Růžička (2006) popisuje psychosomatiku v dnešním medicínském světě jako samostatný obor s bohatou škálou vlastních teorií geneze, patologie, léčby a prevence řady somatických onemocnění. Na přelomu 70. a 80. let definoval moderní psychosomatiku Lipowski jako medicínu zabývající se:

- studiem vztahů mezi specifickými psychosociálními faktory a normálními a abnormními fyziologickými funkcemi
- studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými činiteli v etiologii, načasování začátku příznaků, průběhu a vyústění všech nemocí
- zdůrazňováním bio-psycho-sociálního přístupu v péči o nemocné
- aplikací psychiatrických a behaviorálních léčebných metod v prevenci, léčení a rehabilitaci nemocí.

Tato koncepce naznačuje přechod k současné nejvyšší etapě integračních přístupů v medicíně, a to k medicíně behaviorální. Dle teze behaviorální medicíny je vznik a průběh nemocí spojen s určitým způsobem chování a typem psychických reakcí. Terapeutickou metodou je potom ovlivnění chování, špatného životního stylu a tím zpětně ovlivnění nemocí. Za určitých situací tedy působí i preventivně. Vzhledem k takto širokému pojetí moderní psychosomatiky je nutno zabývat se všemi tělesnými onemocněními, jež ve své etiologii a patogenezi mají psychofyziologické mechanismy (Baštecký, 1993).

1.1.2 Psychosomatika v ČR

Šanci na vývoj psychosomatické medicíny v ČR zlikvidovala normalizace. Pro české ideology byla psychosomatika nepřijatelná. Proto je dnes rozdíl mezi možnostmi léčby

psychosomatických pacientů v ČR a např. v německých zemích tak ohromný. A to i přesto, že nevelká skupina z řad lékařů se stále pokoušela zdravotnickou veřejnost na psychosomatickou problematiku upozorňovat (Trapková, 2009).

Filosofické tradice ve válce poraženého Německa byly odmítnuty i s medicínou a dalšími vědními disciplínami, založenými na vynikajících osobnostech německé přírodovědy. Nastoupil anglosaský typ medicíny, postavený na rozvíjejícím se průmyslu zobrazovacích metod a chemie pod taktovkou volného trhu (Tress, 2008).

Ještě v osmdesátých letech existovalo školící místo psychosomatického přístupu v tehdejšímu Institutu pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví pod vedením docentů Bašteckého a Berana. V málokterém oboru se udrželo povědomí o psychosomatických souvislostech. Jelikož moderní výzkumná technologie jen obtížně zahrnuje psychosociální jevy do svých výzkumů, zmizela tím docela z očí lékařů psychosomatická problematika do konce 20. století. Rozdíl mezi situací v ČR a v Německu by se dal např. vyčíslit počtem profesorů. Na 6. vydání Uexküllovy učebnice psychosomatiky, které vyšlo v roce 2003, participovalo 61 profesorů pracujících v klinické psychosomaticky orientované praxi. V ČR bychom našli snad jen prof. MUDr. Otu Gregora, DrSc., lékaře působícího v oblasti vnitřního lékařství, patologie, gastroenterologie a psychosomatiky (Trapková, 2009).

Například oproti německým lékařům, kteří mají během studia povinných 200 hodin psychosomatické medicíny už od roku 1986, se čeští medici mohou seznámit s touto rozsáhlou oblastí jen na některých lékařských fakultách v maximálně 20hodinovém nepovinném kurzu. Během několika desetiletí ideologického tlaku se česká medicína téměř zbavila schopnosti zapojení psychických, sociálních a duchovních aspektů stonání. Ani vysoce postavení a vzdělaní lékaři řady oborů si nedovedli představit, že by takové aspekty mohly mít vliv na organismus (Tress, 2008).

Psychosomatická nebo psychoterapeutická medicína není v ČR samostatným lékařským oborem. Přežívá zde jako speciální přístup k léčbě některých chronických pacientů u těch lékařů, kteří si sami našli cestu k psychoterapeutickému vzdělání a začlenili ho do svého léčebného arzenálu (Vybíral, 2010).

Kratochvíl (2012) potom udává 3 stupně psychoterapeutických výkonů:

1. psychoterapie podpůrná – kterou může vykazovat každý lékař a psycholog
2. psychoterapie odborná – nutné specializační zkoušky nebo atestace

3. psychoterapie systematická – vyžaduje speciální vzdělávání, výcvik a supervizi

1.1.3 Poruchy z pohledu psychosomatiky

Některé nálady, například naděje, důvěra, humor nebo láska umožňují bohatý kontakt se světem. Působí tím kladně na zdraví. Hněv, strach, melancholie, nuda, které můžeme označit jako špatné nálady, vhánějí individuum do kouta osamělosti a izolace. Podobné špatné nálady často předcházejí po dlouhá léta somatickým onemocněním nebo je doprovázejí. Je tedy nutno je chápat jako patogenetické faktory, které hluboce zasahují do tělesné sféry (Danzer, 2010).

Morschitzky (2007) rozlišuje obecně čtyři hlavní větve psychosomatických poruch:

Poruchy celkového tělesného schématu - jsou to tělesné potíže podmíněné převážně psychicky nebo psychosociálně. Nevznikají zde vegetativní či orgánové poruchy, ani chorobné změny tkání. Nejběžnější poruchy tohoto typu jsou bolesti hlavy nebo žaludeční potíže. Podle individuálního způsobu vnímání mohou takovéto poruchy při delším trvání přerůst ve funkční nebo somatoformní poruchy považované již za nemoc. V minulosti se těmto poruchám říkalo „neurotické“.

Somatoformní poruchy - do této kategorie spadají tělesné symptomy bez organických příčin s poškozením vegetativních funkcí. Nejsou zde přítomny chorobné tkáňové změny. Somatoformní poruchy mohou mít nejrůznější příčiny. Ve většině případů je to duševní přetěžování a přepínání. U těchto pacientů se lze setkat s delší pracovní neschopností a častějšími návštěvami zdravotnických zařízení než u jiných pacientů. Mnozí takto nemocní se obávají, aby nebyli pro svou neorganickou poruchu prohlášeni za psychicky nemocné. U velkého počtu pacientů se somatoformními poruchami zjišťujeme v anamnéze depresi, úzkost či poruchu osobnosti. V ordinacích praktických lékařů se odhaduje podíl somatoformních poruch u 35 % pacientů.

Psychosomatické poruchy v užším smyslu - jde o tělesné choroby s prokazatelným postižením orgánů nebo s organicky způsobenou poruchou tělesných funkcí. Na rozpoutání

poruchy, jejím udržování a zhoršování se významně podílejí psychické nebo sociální faktory. Typickými příklady jsou asthma bronchiale, žaludeční a střevní vředová choroba nebo dermatitis.

Somatopsychické choroby - tato onemocnění se vyznačují psychickými a sociálními následky organických onemocnění. Čím chroničtější je průběh choroby, tím více vystupují aspekty psychické a psychosociální proti aspektům organickým. Typické příklady jsou: rakovina, AIDS, srdeční choroby, poruchy imunity, diabetes mellitus, chronická ledvinová insuficience, diskopatie, postižení centrálního nervového systému (dále jen CNS). Tato skupina pacientů vyžaduje interdisciplinární spolupráci.

1.2 Sterilita

Sterilitou se dle Kobilkové (2005) označuje stav, kdy žena neotěhotní do 1 roku při pravidelném pohlavním styku ideálně 3 - 4krát týdně. Primárně sterilní je žena, která nikdy nebyla těhotná, neměla porod ani potrat. Sekundárně sterilní označuje ženu, která již měla porod nebo potrat a dále nemůže otěhotnět. Na sterilitě v manželství participuje žena cca 50 %, muž 40 %, 10 % příčin se nedá zjistit. V ČR je nedobrovolně bezdětných párů 20-25 %. Pokud jsou vyloučeny organické příčiny, je sterilita označována jako funkční. Většinou ji doprovází vadné držení těla ve smyslu asymetrického postavení pánve, které je důsledkem především zvýšeného napětí a na druhou stranu ochabnutí určitých vazů a svalů. Toto rozdílné napětí měkkých tkání v oblasti pánve může způsobit dysfunkci některých reprodukčních orgánů.

1.2.1 Organické příčiny ženské sterility

Organické příčiny neplodnosti ženy dělí Ulčová - Gallová (2006) na:

Příčina neplodnosti v pochvě

Nevyvinutí pochvy patří mezi vývojové vady na základě poruchy vytváření rodidel nebo chybného genetického založení. Ženy s normálně vyvinutou pochvou léčené pro neplodnost, trpí záněty a výtoky.

Příčina neplodnosti v hrdle děložním

Pokud hlen z hrdla nemá podobu hlenu ovulačního, potom lze usuzovat na anovulační cyklus. Tedy na poruchu vaječníku. Další příčinou může být zánět, který přestoupil z pochvy k hrdlu. Zánět snižuje pohyblivost spermií a přítomné bílé krvinky spermie zabijí.

Příčina neplodnosti v děložním těle

Nevyvinutí dělohy patří ke vzácným postižením. Častěji se vyskytuje vrozené nedokonalé vyvinutí různého stupně. To se může kombinovat s dalšími poruchami. Lze se setkat také s dělohou zdvojenou nebo s dělohou s přepážkou a jinými vzácnějšími vývojovými poruchami. Další příčinou mohou být předchozí záněty nebo umělé přerušování těhotenství, které může způsobit srůsty či poruchy sliznice a dalších vrstev dělohy. Také nezhoubné nádory dělohy jako nádor z hladké svaloviny, výchlípky sliznice děložní apod. Nejčastější příčinou však bývá funkční porucha výstavby sliznice děložní související s poruchami cyklu vaječníku. Výsledkem pak bývají nedostatečné podmínky pro uložení oplodněného vajíčka do hormonálně připravené děložní sliznice.

Příčina neplodnosti ve vejcovodech

Nejčastější příčinou neplodnosti bývá neprůchodnost vejcovodů nebo porušení jejich pohyblivosti. Neprůchodnost je způsobena zánětem nebo pozánětlivým stavem. Porucha motility vejcovodu bývá většinou výsledkem přítomnosti blanitých srůstů ze strany dutiny břišní. U psychicky labilnějších žen se můžeme setkat s poruchou rytmického stahování svaloviny vejcovodů, až jejich dočasným křečovitým uzávěrem. Mezi méně časté příčiny můžeme zařadit nevyvinutí, nebo i zdvojení vejcovodu.

Příčina neplodnosti u vaječníků

Vaječníky jsou centrálně řízeny hypotalamo - hypofyzárním systémem. Každé poškození těchto vyšších etází vede k neplodnosti. Vaječníky jsou také ve velmi těsném vztahu k ostatním hormonálním, nervovým i imunologickým podnětům. Vždy, když nedojde k uvolnění vajíčka z Graafova folikulu, jedná se o sterilitu. Jedna z příčin neplodnosti je také nevytvoření žlutého tělíska na vaječniku, pokud nedošlo k ovulaci. Porucha funkce vaječníků se může objevit také při snížené funkci štítné žlázy, snížené funkci nadledvinek nebo u neléčeného metabolického onemocnění, jakým je např. diabetes mellitus. Další z možností neplodnosti může být syndrom luteinizovaného neprasklého folikulu. Podstatou je, že v některých cyklech folikul s vajíčkem nepraskne a neuvolní tak vajíčko dál do vejcovodu. Vajíčko zůstává tedy ve vaječniku. Vytváření progesteronu však probíhá stejně jako za normálních okolností, také vzestup bazální poševní teploty a sekreční přeměna sliznice dělohy. Neplodnost, pocházející z oblasti vaječníků by též mohlo způsobit poškození tkáně např. radioaktivním zářením. Také některé nádory nebo zánět okolních orgánů mohou být druhotně příčinou neplodnosti.

Imunologické příčiny neplodnosti

Spermie jsou pro ženu antigenně i geneticky naprosto cizí. Proto lze u ženy neplodné z imunologické příčiny předpokládat, poruchu přirozené snášenlivosti, na níž se kromě systému imunologického podílí i systém hormonální a nervový.

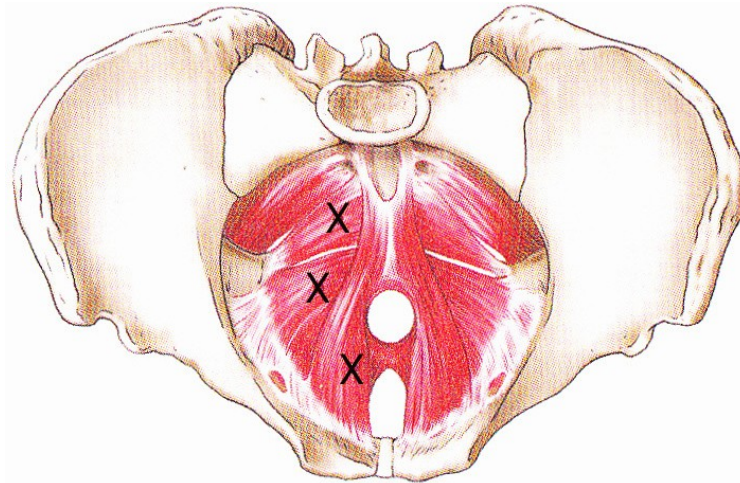
1.2.2 Funkční příčiny ženské sterility

1.2.2.1 Funkční poruchy pohybového aparátu

Podle Hnízdila (1996) vystupuje páteř a pánev jako významný činitel u bolestivých syndromů pohybového aparátu člověka. Je nutné si uvědomit obrovský význam osového orgánu spolu se svalstvem, na jehož funkci je stabilita podpůrné soustavy tvořené kostrou, vazivem a klouby extrémně závislá. Panuje obecná shoda, že zhruba 80 % všech bolestí v pohybovém aparátu působí svalový systém.

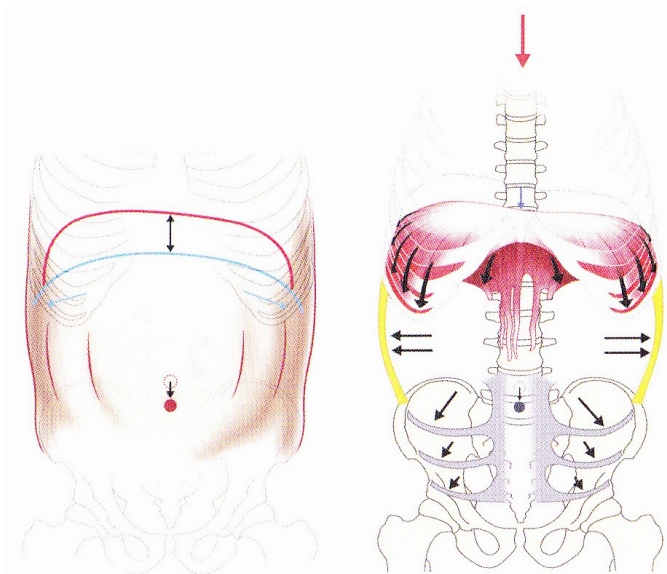
Nejčastější poruchy pohybové soustavy u gynekologických afekcí (Hnízdil, 1996; Kolář, 2009) jsou:

- **spasmus pánevního dna** - pánevní dno podpírá orgány pánve, udržuje je ve správné poloze a zároveň funguje jako hlavní uzávěrový sval konečníku. Dále spolupracuje s bránicí a břišními svaly při dýchání. Dysfunkce svalů pánevního dna s trigger pointy (dále jen TrP) (obr. č. 1) se promítá do držení těla stejně jako funkce bránice.

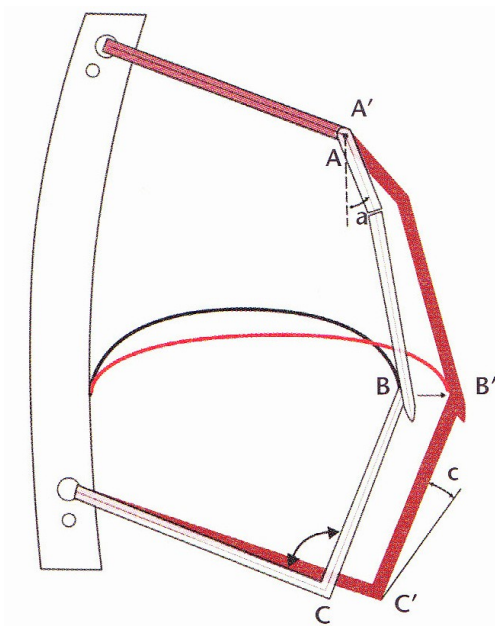


Obrázek č. 1. Distribuce TrPs ve svalech pánevního dna (Kolář, 2009)

- **porucha dechového stereotypu a kontrola nitrobřišního tlaku** - pohyblivé složky hrudníku zabezpečují dýchací pohyby za fyziologické situace (obr. č. 2 a 3) nezávisle na pohybu hrudní páteře. Porucha této funkce má zásadní patokineziologický význam, jelikož také ovlivňuje vytvoření punctum fixum pro svaly s převodním vlivem na horní a dolní končetiny.



Obrázek č. 2. Kontrakce bránice a svalů břišní dutiny za fyziologické situace (Kolář, 2009)

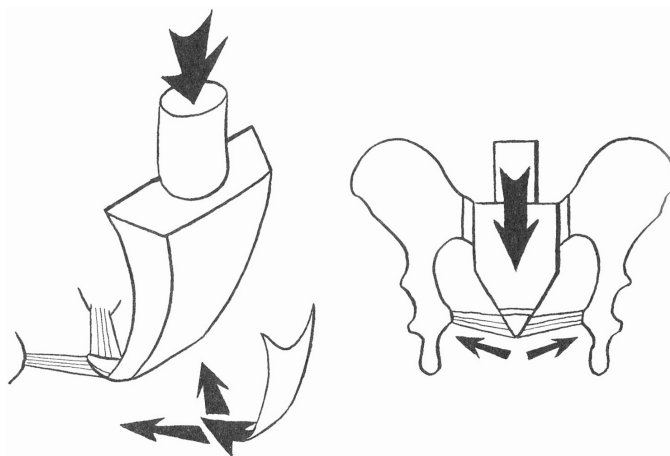


Obrázek č. 3. Fyziologické dýchání. Sternum se pohybuje ventrálně (BB') bez vertikálního souhybu (AA'). Pohyb se děje ve sternoklavikulárním skloubení (Kolář, 2009)

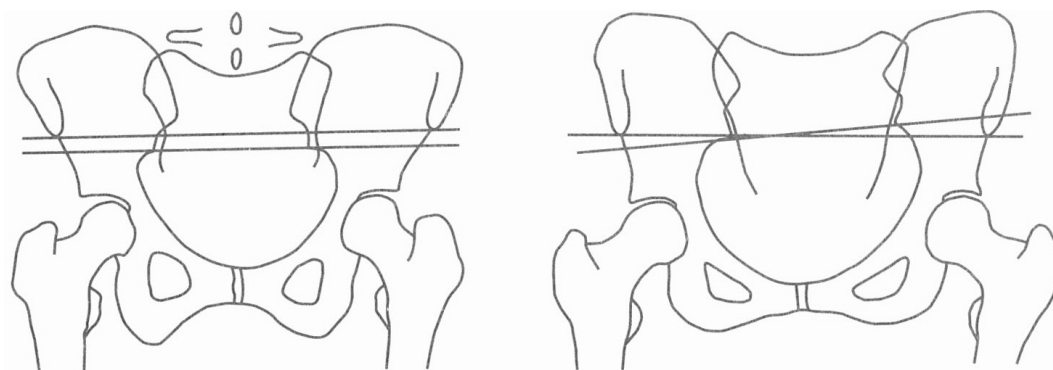
- **blokády žeber a střední hrudní páteře** - čím větší je hrudní kyfóza, tím větší je napětí ve sternokostálních kloubech společně se spazmem velkého prsního svalu.
- **spasmy s TrPs břišních svalů a adduktorů kyčelních kloubů**

Napjatá životní situace např. v partnerském soužití, zvyšuje i svalové napětí v osovém

orgánu s prevalencí v krční a pánevní oblasti. Lokálně zvýšené napětí svalů a vazů pánevního dna způsobuje poruchu prokrvení a změnu uložení vnitřních orgánů, pohyblivost řasinek a svaloviny vejcovodů a posléze funkční neplodnost ženy. Děje se tak jednak díky vzájemnému naléhání reprodukčních orgánů a svalů pánevního dna, a také cestou nervově reflexní z lumbálních a sakrálních segmentů páteře. Dysfunkce svalů a vazů upínajících se ke kostrči (obr. č. 4) je klinicky známá jako kostrčový syndrom. Kostrčový syndrom se změnou tvaru pánve (obr. č. 5) způsobuje také špatná funkce bránice, blokády páteře, žeber nebo kloubů dolních končetin a cestou zřetězení ovlivňuje zpětně funkci svalů pánevního dna (Hnízdil, 1996; Tichý 2009).



Obrázek č. 4. Pákový mechanismus přenosu hypertonu svalů pánevního dna na křížokyčelní kloub (Tichý, 2009).



Obrázek č. 5. Změna tvaru pánve u kostrčového syndromu (vpravo) (Tichý, 2009)

1.2.2.2 Psychogenní příčiny

Psychogenní příčina může být samostatná nebo součástí dalších příčin. Žena, snažící se otěhotnět, je velmi často úzkostlivá a přecitlivělá. Touze počít dítě podřizuje celý svůj sexuální život. Její sexuální chování je naprosto cílené, každý pohlavní styk pečlivě plánuje do období ovulace. Takovéto situace vedou často k neshodám mezi partnery (Trapková, 2009).

Gynekologická léčba se zabývá léčbou oblastí, kde se setkává emotivita, sexualita a afektivita. Tyto motivy jsou v psychoanalýze nejcitlivějším tématem. Dalo by se tedy říct, že gynekologie a porodnictví jsou pro psychosomatiku jaksí předurčeny. Negativní vliv působení stresu na reprodukci je znám již dlouho. Neplodnost neorganického původu může způsobit např. stresem vyvolaná vyšší hladina prolaktinu, která narušuje ovulaci. Stresová reakce mobilizuje funkce organismu ke znovunastolení homeostázy, jež byla narušena. Děje se tak cestou hypotalamo - hypofýzo - kortikoviscerální osy a cestou sympatiku a medulo - adrenální. Tato mobilizace energie inhibuje všechny neuroendokrinní systémy, které se obnovení homeostázy neúčastní. Jde o soustavy vývoje a rozmnožování. Stres ovlivňuje reprodukční systém prostřednictvím řady hormonů a neuromediátorů. Funkce hormonální osy hypotalamo - hypofýzo - ovarium je vnímavá vůči zevním i vnitřním faktorům. Osa gonadotropů je citlivá na interakce se členy sociální skupiny (Líbalová in Chromý, 2005).

Velké množství gynekologických potíží bývá označováno jako „hysterické“. Vzájemný vztah těla, psychiky, sociálních, kulturních a ekonomických okolností se u žen projevuje specifickým způsobem. Jejich zdraví je velkou měrou určováno průběhem puberty, menstruačního cyklu, těhotenství, porodu, šestinedělí a klimakteria. Intermitentní poruchy celkového zdravotního stavu (např. několik dní před menstruací nebo v letech přechodu) nejsou chorobné stavy. Lékařskou péči vyžadují, pokud se v jejich důsledku sníží aktivita nebo je narušena sociální či pracovní funkčnost (Růžička, 2006).

Kromě hormonálních mechanismů ženského těla mohou dle Morschitzkeho (2007) vznik chorob podporovat i okolnosti partnerské, sociální a společenské. Zatížení ženy domácností, zaměstnáním a péčí o děti bez podpory partnera je rizikový faktor psychofyzického vyčerpání a dlouhotrvajících psychosomatických chorob. Pokud je žena bez stresu v práci i doma, působí to samozřejmě pozitivně na její zdraví a sebehodnocení.

Muži si například mnohem méně stěžují na psychosomatické potíže, jako je závrať, mdloba, bolesti hlavy a poruchy gastrointestinálního traktu.

Ženy, které zaujímají v sociální skupině dominantní postavení bez vlivu stresu, jsou vysoce fertillní. U těch, jež toto postavení nemají nebo ho ztratí, lze pozorovat snížení bazální sekrece luteinizačního hormonu, oslabení pozitivní zpětné vazby estrogenu a anovulační cykly. V okamžiku, kdy žena opět zaujme v sociální skupině významné místo, dojde v první řadě ke zvýšení její dominance a následně k normalizaci sexuálního cyklu. V několika publikacích se dokládá vzájemný vztah mezi klinickými projevy a zvýšení hladiny neutrofilů, snížení množství lymfocytů T a B, oslabení aktivity pomocných T-lymfocytů, cytotoxických lymfocytů a imunosupresorů (Líbalová in Chromý, 2005).

Neplodnost se u ženy podle Trapkové (2009) dotýká její podstaty, narušuje její sebepojetí, sebeobraz a sebecit. Některé studie uvádějí i narušení tělesného schématu u neplodných žen. Jakákoliv sterilita je zdrojem stresu, který se opět projevuje v pohybovém aparátu a často situaci sekundárně zhoršuje. Pro některé ženy může být realizace mateřství také definována jako část jejich pozitivního sebepojetí, jako oblast sebeúcty, tedy kladného vztahu a respektu k sobě. Přes vědomou touhu po dětech mohou nevědomě existovat obavy z těhotenství, porodu a života s dítětem. Často má dítě zvyšovat hodnotu vlastní role v rodině nebo dávat životu teprve smysl.

Hnízdil (1996) uvádí, že manželství, které je bezdětné, je pro ženu jenom částečně naplněné a ona si musí celoživotně hledat kompenzaci např. v práci, v péči o postižené nebo zdravé děti. Neplodná manželství se dotýkají základní lidské potřeby mít potomka jako pokračovatele životních hodnot. Jako důkaz psychogenní sterility bývá uváděno otěhotnění dlouho neplodných žen po první návštěvě lékaře, ještě před zahájením jakékoliv léčby. Koncepce je v těchto případech vykládána zmírněním duševní tenze pacientky v důsledku uklidnění po rozmluvě s lékařem. Často také dochází k otěhotnění po adopci. Pak se adoptované dítě může stát pro ženu ujištěním, že je mateřství a výchovy dítěte schopná. Pokud léčení sterility trvá déle než dva roky, nachází se u těchto žen kolísání nálad, celková sklíčenost, snížení životního elánu nebo pocit nepotřebnosti. Pro ženu nepřestává pocit bezdětnosti nikdy existovat. V době reprodukčního věku je pro ni sterilita neukojenou pudovou fází, ve staří je potom pro ni nezhojitelnou ranou nenaplněného mateřského pudu, citovou prázdnotou a trvalou lidskou bolestí.

Nezřídka existuje také naděje, že dítě by mohlo nově oživit partnerství, které již není

dobré. Bohužel se často zapomíná na skutečnost, že vztah tří bytostí je mnohem složitější, než vztah dvou lidí. Bylo by dobré, pokud by již na začátku léčby sterility byla provedena psychodiagnostika. Vliv prostředí a nervového systému může působit na hormonální regulaci a tím na zabránění ovulace, nebo vytvořením svalových křečí vejcovodů. Ukazuje se, že přání počít dítě přichází do intimního prostoru manželů jako požadavek nebo očekávání zvenčí, například od jejich rodičů, kteří se nemohou dočkat vnoučete (Tress, 2008).

Někdy je zase muž tak úzkostný, že se mu svět jeví nebezpečný pro každé dítě. V takové situaci může žena vycítit mužovu nespolehlivost nebo nezralost a její imunitní systém převáží na stranu likvidace zárodku. Samovolný zánik plodu se nám zde může jevit kromě celé řady tělesných příčin jako zdravá psychosociální ochrana, přirozený výraz nezralosti páru k rodičovství. V takových případech může být nebezpečné řešit problém adopcí, která obchází možnost přirozené zábrany početí. Sterilita, jakkoliv těžce ženou prožívaná, je dobrou ochranou proti rodičovství, na které není ve skutečnosti pár vnitřně připraven. Pak je ovšem třeba paradoxně pokládat ji za zdravou a je chyba ji léčit. Psychodynamika sterilního manželství jako takového ukazuje, že také v něm samotném mohou být příčiny funkční sterility. Nabízí se otázka, zda je dobré prolamovat operativně či invazivně nevědomou obranu těhotenství místo toho, aby byl poskytnut čas pro kauzální psychoterapii. Jak silné mohou být nevědomé síly odporu při vědomé touze po dítěti, dokládají vysoké počty potratů a předčasných porodů po oplodnění in vitro. Tak v případě sterility páru může masivní technologická léčba znamenat pyšné překračování hranic, které příroda sama klade tam, kde pro dítě nejsou z hlediska vztahů v rodině připravené podmínky (Trapková, 2009).

1.3 Terapie funkční ženské sterility

1.3.1 Vybrané fyzioterapeutické metody

Fyzioterapie se především zaměřuje na symptomatologii onemocnění. Pro léčbu jsou zásadní funkčních projevy onemocnění jako např. oslabení svalové síly, omezení hybnosti,

poruchy rovnováhy, změny svalového napětí apod. Porucha funkce pohybové soustavy bývá často způsobena nebo provázena strukturálním nálezem. Vzhledem ke značným autoreparačním a adaptačním schopnostem organismu se strukturální změny zpravidla projevují až tehdy, když působí změnu funkce (Lewit, 2003; Houghlum, 2005).

Gynekologické patologie a také fyziologické procesy jako např. těhotenství, mají vliv na funkci pohybového systému. Tato úzká provázanost je základem pro rehabilitační postupy. Pro výběr vhodné terapie se vychází z anamnézy a kineziologického rozboru. Cílem je ovlivnění funkčních poruch měkkých tkání, kloubů, svalů, koordinace nitrobršního tlaku a zlepšení prokrvení malé pánve (Kolář, 2009).

Donedávna byla k terapii funkční ženské sterility používána převážně metoda Ludmily Mojžíšové tak, jak ji koncipovala autorka. V posledních letech dochází k modifikacím tohoto postupu praktikujícími fyzioterapeuty v kontextu nových poznatků z oblasti rehabilitace. Například se klade větší důraz na reedukaci správné trupové stabilizace v kontextu vývojové kineziologie.

1.3.1.1 Metoda Ludmily Mojžíšové

Posoudit přínos L. Mojžíšové k terapii funkčních poruch motoriky a k terapii funkční sterility není jednoduché, přestože je doložen a potvrzen několika vědeckými pracemi. Její osobní zkušenosti jí dovedly k poznání, že části lidského těla spolu úzce souvisí tak, že se navzájem ovlivňují a že jejich funkci nelze chápat izolovaně. Vlastními zkušenostmi dospěla k holistickému chápání funkcí lidského těla. Vyšla z předpokladu, že všechny orgánové funkce jsou pod vlivem CNS, tedy i pod vlivem psychickým. Také způsob její komunikace s pacienty působil v podstatě psychoterapeuticky. Snažila se jim ukázat nový smysl života, vlastní důvod, proč bojovat proti neplodnosti. Zodpovědnost za výsledek terapie přenesla na neplodné ženy tím, že je zaúkolovala náročným domácím cvičením (Hnízdil, 1996).

Pánevní dno podpírá orgány pánve, udržuje je ve správné poloze a zároveň funguje jako hlavní uzávěrový sval konečníku. Dále spolupracuje s bránicí a břišními svaly při dýchání. Funkce svalů pánevního dna se promítá do držení těla stejně jako funkce bránice. Mojžíšová pomocí mobilizačních technik, uvolnění m. levator ani per rectum a sestavou

cviků zaměřených na koordinaci svalů břišních a hýžd'ových, zasáhla do regulačních pochodů CNS. Touto cestou reflexně ovlivnila tonus a prokrvení svaloviny malé pánve, což způsobilo funkční zlepšení gynekologických obtíží (Hnízdil, 1996; Věle, 2006).

Mojžíšová všem zdůrazňovala hned během první návštěvy, že si organismus musí poradit sám, ale je k tomu potřeba určité organizované cvičení. Návštěvy se konaly jednou za 1-2 menstruační cykly. Ženy se postupně během docházení na terapii učily relaxaci svalů se zvýšeným napětím a posílení svalů oslabených, uvolňování zablokovaných kloubů páteře a sakroiliakálního (dále jen SI) kloubu. Cviky se provádějí v určitém pořadí. Během druhé návštěvy se provádí relaxace svalů pánevního dna a mobilizace kostrče per rectum (Hnízdil, 1996).

Někdy se v souvislosti s metodou paní Mojžíšové hovoří o tzv. placebo-efektu. Navozené očekávání, že je to poslední postup, který jí může pomoci, spouští uzdravné procesy. S placebo-efektem je potřeba počítat při jakékoliv terapii. Symptomatologie v oblasti pohybového aparátu je u některých gynekologických poruch (funkční ženská sterilita, amenorea nebo dysmenorea) velmi podobná (Hnízdil, 1996; Kolář, 2009).

1.3.1.2 Spirální dynamika

Koncept, který se zabývá držením a koordinací pohybového aparátu. Využívá poznatků z anatomie, fyzikálních zákonů a vývoje lidského pohybového systému ke správnému vedení a uvědomění si pohybu, který je vždy trojrozměrný a dynamický. Jeho využitelnost je jak v prevenci, tak v terapii bolestí hybného systému (Kazmarová, 2009).

1.3.1.3 Vojtova reflexní lokomoce

Profesor Václav Vojta na základě experimentální zkušenosti začínající v roce 1954, rozvinul diagnostický a terapeutický systém reflexní lokomoce. Vycházel z představy, že základní pohybové vzory jsou programovány geneticky v CNS každého jedince. Metodu tvoří tři pohybové komplexy: reflexní plazení, reflexní otáčení a proces vzpřimování.

Přesně definovanou tlakovou stimulací z periferie v těchto polohách dochází k vyvolání určité motorické odpovědi. Pomocí reflexní lokomoce lze aktivovat CNS z narušené situace, s cílem normalizovat porušenou svalovou funkci. Pro účely terapie dysfunkce svalů pánevního dna lze využít s výhodou proces vzpřimování v 1. pozici (Kolář, 2009).

1.3.1.4 Dynamická neuromuskulární stabilizace

Obvyklým doprovodným symptomem gynekologických syndromů je chybná stabilizace trupu a kontrola nitrobřišního tlaku. Během vyšetření se zjišťují poruchy souhry mezi bránicí, břišními svaly, extenzory páteře a pánevním dnem. Charakteristická je zvýšená aktivita pomocných dechových svalů s inspiračním držením hrudníku. Během respirace se hrudník pohybuje kраниokaudálně jako celek, chybí rozšíření dolního hrudního koše a oblasti břišní dutiny všemi směry. Nácvik správné trupové stabilizace se řadí mezi obecné fyzioterapeutické postupy (Kolář, 2009).

1.3.2 Psychosomatický přístup k terapii

V diagnostice, léčbě a prevenci je dle Koláře (2009) nutné myslet na to, že lidský život probíhá za určitých podmínek biologických (genetické vlivy, prenatální vlivy apod.), sociálně psychologických (rodinné prostředí), materiálně ekonomických (např. finanční zázemí, obava o práci) a ekologických (hluk, pracovní podmínky apod.). Za vlivu těchto podmínek se člověk rodí, žije, pracuje, odpočívá i umírá. Pod těmito vlivy člověk stůně a podstupuje terapii.

Asi u čtvrtiny všech pacientů se nedaří nalézt ani s veškerou nejmodernější technologií organickou příčinu jejich potíží. Mnohé pak neuspokojí diagnóza bez nálezu a začnou navštěvovat lékaře různých odborností. U mnoha dalších sice tělesné obtíže vycházejí z organických příčin, ale přidávají se k nim psychické a sociální faktory, které dokáží nepříznivě ovlivnit průběh choroby (Morschitzky, 2007).

Psychosomatika používá termíny „coping“ (zpracování nemoci) a „compliance“

(přijímání terapie). Velké množství předepsaných léků, plánování diet nebo pohybu putuje u mnoha pacientů do koše na odpadky, neboť postižení nepochopili ani svou chorobu, ani nutnost její léčby (Danzer, 2010; Chromý, 2005).

Tress (2008) uvádí tři oblasti, které psychosomatická terapie ovlivňuje:

- působit na samotné orgány prostřednictvím lékařských zásahů, fyzioterapeutických postupů a psychologické intervence
- pomocí partnerské nebo rodinné terapie dosáhnout změny psychosociálního pozadí
- vytvořit nový vztah ke svému tělu a k poškozenému orgánovému kruhu pomocí individuální psychoterapie.

Samotný proces léčby lze shrnout do čtyř fází:

1. porozumět svým psychosomatickým problémům
2. využití vlastních schopností ke změnám
3. aktivní přístup ke změně dosavadního životního postoje
4. opatření nezbytná pro vyléčení nebo zlepšení kvality života nemocného.

Pacient si společně s terapeutem stanovuje postupné reálné cíle terapie, učí se zvládat stresové situace a relaxovat, trénuje zvládání emocí, zvyšuje si sebejistotu, zlepšuje vnímání vlastního těla a nastavuje opatření ke zvládnutí recidiv (Morschitzky, 2007).

Léčení psychosomatických poruch by dle Bašteckého (in Höschl, 2002) a Trapkové (2009) mělo být realizováno v týmové spolupráci následujících odborností: somatický lékař, psychiatr, fyzioterapeut, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník a další. V současnosti existuje na 400 psychoterapeutických směrů. Lze je rozdělit do následujících skupin:

- **dynamická psychoterapie** - věnuje pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže
- **kognitivně - behaviorální psychoterapie** - převážně učí překonávat současné problémy a potíže nácvikem žádoucího chování a myšlení
- **humanistická psychoterapie** - směřuje k sebeuskutečňování, rozvoji vnitřního prožívání a vlastních možností, naplňování životního smyslu
- **transpersonální psychoterapie** - užívá změněných stavů vědomí k otevírání vnitřního prožívání a objevování vlastních možností.

V psychoterapii žen s relevantními gynekologickými potížemi je dobře vidět, že léčba má výsledky tehdy, zaměřuje-li se na celou osobnost. Podle situace může být záměrem

ošetření vždy něco jiného. Někdy se terapeut soustředí na posílení ženského sebehodnocení, pozitivní prožívání těla, uspokojivý sexuální život, kontrolu chování podle rolí, lepší sebevymezení vůči druhým osobám nebo zvládnání traumatických zážitků. Jindy jde o přijetí odchylek od společností hláсанého ideálu krásy, o zvládnutí emocionálních krizí či zlepšení partnerského vztahu (Růžička, 2006).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Kazuistika 1

Zahájení terapie: 8/2013

Žena, 32 let., výška 165 cm, 67 kg

NO: chronické bolesti bederní a hrudní páteře, většinou po dlouhodobé statické zátěži, občasná iradiace do podbřišku, bolesti hlavy spíše spojené s únavou, pokouší se otěhotnět asi 1,5 roku, březen - červen 2014 2x pokus o inseminaci, v plánu in vitro fertilizace (dále jen IVF)

OA: běžné dětské nemoci

RA: rodiče bez obtíží, sestra svobodná, bezdětná,

SA: farmaceut, příležitostně turistika, rekreačně plave

GA: menarche od 12 let, menses pravidelný s dysmenorheou, nutná analgetika, antikoncepce vysazena 2 roky, porod 0, bez strukturálních změn reprodukčních orgánů

AA: nejuje

FA: doplňky stravy, hormonální léčba, příležitostně analgetika

Abúzus: nekuřák, abstinent

Manžel: mírně snížený spermioqram, celiakie, psoriáza, nadváha

Vstupní kineziologický rozbor:

Aspekce:

- **stoje zepředu:** snížení příčné klenby bil., vnitřně rotační postavení kolenních a kyčelních kloubů, pately ve stejné výši, snížení svalového tonu břišních svalů, pupek s deviací doprava, inspirační postavení hrudníku, ramena v protrakci více vpravo, hluboké nadklíčkové jamky, zvýšený tonus mm. scaleni
- **stoje z boku:** hyperextenze kolenních kloubů, anteverze pánve, hyperlordóza bederního úseku páteře, oploštělá křivka hrudní páteře (dále jen Thp), protrakce ramen, předsunuté držení hlavy s hypertonelem v oblasti cerviko-thorakálního přechodu (dále jen C-Th)

- **stoje zezadu:** valgózní postavení pat bil., snížená podélná klenba nohy bil., valgózní postavení kolen, pravá gluteální rýha níže a protáhlejší, snížený svalový tonus mm. glutei, prosáklé sacrum, prohloubená bederní lordóza, hypertonus paravertebrálních svalů v thorakolumbálním přechodu (dále jen Th-L), scapulae alatae, hypertonus horních fixátorů hrudníku

Palpace:

- hypertonus adduktorů kyčle bil.
- zafixovaná nutace pánve vpravo nazad
- trigger point (dále jen TrP) v m. piriformis bil., TrP v m. gluteus medius vlevo
- citlivost kostrče, hypertonus paravertebrálních svalů v Th-L oblasti
- palpační bolestivost v oblasti úponů bránice více vpravo
- blokáda sternokostálního (dále jen SC) skloubení 2.- 4. žebra vpravo, 5. žebro bil.
- citlivost mm. scaleni a krátkých extenzorů šíje

Vyšetření zkrácených svalů dle Jandy:

- adduktory kyčelních kloubů – zkráceny bil., st. 2
- m. iliopsoas – zkrácen bil., vpravo st. 1, vlevo st. 2
- m. quadratus lumborum – zkrácen bil., vpravo st.1, vlevo st. 2
- m. pectoralis major – zkrácen bil., st.1
- m. trapezius (horní část) – zkrácen bil., vpravo st. 2, vlevo st. 1
- m. levator scapulae – zkrácen bil., vpravo st. 2, vlevo st. 1

Vyšetření pohybových stereotypů:

- stereotyp abdukce kyčelního kloubu – kvadrátový mechanismus s vnitřně rotační složkou, stejné na obou DKK
- stereotyp vzporu (vyšetřován vzhledem k trupové stabilizaci) – v průběhu pohybu dochází k elevaci lopatek současně se s scapulae alatae, pozitivní oslabení m. serratus anterior bil.

Funkční vyšetření:

- Thomayerova vzdálenost +10 cm (pozitivní zkouška)
- Schoberova vzdálenost – rozvinutí bederní páteře o 2 cm (pozitivní zkouška)
- Stiborova vzdálenost – rozvinutí Thp a bederní páteře o 5 cm (pozitivní zkouška)
- test nitrobřišního tlaku – převaha aktivity horní části m. rectus abdominis s migrací umbiliku kraniálně, nedostatečná aktivace břišní stěny proti palpaci terapeuta ve spodní části břišní muskulatury
- brániční test – nadměrná aktivita paravertebrálních svalů s nedostatečnou exkurzí laterální stěny hrudníku
- délka dolních končetin (dále jen DKK) stejná, rozsahy kloubů DKK bez omezení
- stoj – statické vyšetření: stabilní, Romberg I – III v normě
- stoj na jedné noze – Trendelenburgova zkouška pozitivní vlevo (pokles pánve na straně stojné DK)
- chůze vláčná, kolébavá proximálního typu, s omezenou extenzí v kyčelních kloubech, hlasitý došlap, ploska se odvíjí po laterální hraně, délka kroku symetrická, zvýrazněná rotace pánve a lordotizace dolní Thp, omezení rotability Th páteře a souhybů horních končetin (dále jen HKK), ramena v protrakci

Stanovení krátkodobého rehabilitačního plánu a cíle terapie:

Cílem fyzioterapie je odstranění funkčních poruch pohybového aparátu a jeho prostřednictvím i ovlivnění funkčních změn ženských reprodukčních orgánů. K odstranění svalového hypertonu a zlepšení posunlivosti kůže, podkoží a fascií, zejména v trupové oblasti, budou použity techniky měkkých tkání. Blokády odstráním pomocí mobilizačních technik dle Mojžíšové. Pro sagitální stabilizaci bude nutné správně zaktivovat funkci bránice a reedukovat fyziologický stereotyp dýchání. Cvičení povedu dle konceptu DNS. Terapeutický přístup dle Spiraldynamik je vhodným nástrojem k nácviku aktivace koordinace pánve nejprve izolovaně, poté aplikovaně při chůzi. Vrcholem terapie bude využití naučených aktivit při nácviku koordinovaného sedu, stoje a opory nohou. Autoterapii doplním sestavou vybraných cviků dle Mojžíšové.

Terapeutické techniky:

- techniky měkkých tkání
- mobilizační techniky
- kinezioterapie se zaměřením na reedukaci posturální funkce bránice
- terapie a autoterapie zaměřená na normalizaci pohyblivosti páteře a sakroiliakálního skloubení
- koordinace a nácvik pohybové aktivity pánve
- aktivace trupové stabilizace
- nácvik koordinovaného sedu, stoje a opory nohou

Průběh terapie:

1. návštěva:

Během první návštěvy byla nejprve odebrána anamnéza a provedeno kineziologické vyšetření.

Terapie: Ošetření měkkých tkání – hrudní a lumbodorzální fascie, odstraněny blokády dle kineziologického rozboru. Pacientka byla zacvičena a edukována o dechové a posturální funkci bránice.

Pozn.: Během úvodní anamnézy pacientkajevila velký zájem o navrhovanou terapii, chápala nutnost spolupráce a osobní disciplínu. Byly ovšem vidět známky znepokojení nad dlouhodobostí rehabilitačního plánu. Možnost rychlejšího způsobu početí cestou IVF, která je pacientce nabízena gynekologem, je pro ní velice atraktivní. Úlohu hraje silná touha po dítěti.

2. návštěva:

Pacientka se subjektivně cítí dobře. Objektivně přetrvává blokáda horních žeber, hypertonus mm. scaleni, nově omezené pružení SI kloubu vlevo.

Terapie: Ovlivnění měkkých tkání hrudníku a šíje, mobilizace SI a horních žeber, kontrola cviku z předchozí návštěvy. Doplnění cvičební jednotky cviky ze Série I, č. 2 a 3 dle

Mojžíšové (viz. příloha 1) a nácvik práce s pánví dle konceptu Spiraldynamik v rovině sagitální, frontální a longitudinální pro aktivaci pánevního dna a hlubokých stabilizátorů páteře. Aplikace do ADL, zejména při stání v práci.

Pozn.: Pacientka se projevuje jako velmi precizní jedinec. V zaměstnání zastává vedoucí pozici, kde jsou na ni kladeny nároky na fungující chod lékárny. A myslím, že i ona sama na sebe klade veliké nároky. Při diskuzi ohledně volnočasových sportovních aktivit, kterým ale příliš času nevěnuje, jsme se dotkly tématu ohledně společných zálib s manželem. Pravděpodobně se dosti rozcházejí. Pacientka není příliš sdílná ohledně svého soukromí.

3. návštěva:

Pacientka neudává žádné zhoršení stavu. Naopak se zlepšila tolerance dlouhodobého stání v práci. Objektivně hypertonus šijových svalů a blokáda 1. a 2. SC skloubení a AC kloubu vpravo.

Terapie: Mobilizace blokády 1. a 2. SC skloubení a AC kloubu vpravo. Během ošetření per rectum palpují citlivost kostrče z ventrální strany a hypertonus pravděpodobně v iliococygeální části m. levator ani. Provedena PIR svalů a mobilizace kostrče. Lehká nevolnost po terapii.

Pozn.: Povzbuzení do pokračování cvičení.

4. návštěva:

Pacientka se cítí fyzicky dobře. Bolesti hlavy se stále vyskytují. O víkendu, během pěšího výletu do hor, nepocítovala zvýšenou bolestivost v oblasti bederní páteře, pouze se dostavila bodavá bolest do pravé kyčle po několika hodinách chůze. Palpačně stále citlivost m. piriformis bilat., ale nebolestivá kostrč. Převládá hypertonus adduktorů kyčlí. Blokáda SC skloubení, 2. žebra vpravo a 4. žebra bilat.

Terapie: Odstranění výše uvedených blokády, ovlivnění TrP m. piriformis a adduktorů DKK technikou PIR.

Kontrola cviků z minulé návštěvy. Doplnění autoterapie všemi cviky ze série II. dle

Mojžíšové (viz. příloha 1). Dále trénink koordinovaného sedu a stoje, opory o plošky, začlenění do ADL.

Pozn.: Během terapie jsem se pacientky podrobněji ptala na příčiny bolesti hlavy. Z rozhovoru vyplynulo, že určitou roli v životě pacientky, hraje její matka, která je velice tradiční a konzervativní. Matka, která plně řídí život své rodiny a tento trend se snaží prosadit i do partnerského života pacientky. Manžel zatím „nájezdy tchýně“ toleruje, ale otázkou je, jak dlouho bude toto zasahování do partnerských záležitostí snášet. Dle tradic rodiny by po svatbě měl přijít potomek. Odpovědnost, za zatím neplodnou situaci, na sebe bere pacientka, která je ochotna podstoupit cokoliv. Velkou roli tady hraje zdravotní stav manžela, který podstupuje farmakologickou a fyzikální léčbu psoriázy. Bezlepkovou dietu se mu nedaří plně dodržovat. Postoj pacientky, zejména ten emoční, k celé situaci není úplně čitelný. Je tu ale velká sympatie k farmakologii všeho druhu.

5. návštěva:

Pacientka přiznává, že necvičí tak často, jak je doporučeno. Stále se vyskytují občasné bolesti hlavy, užití analgetik. Diskomfort hrudní páteře při statické zátěži méně častý. Dismenorhea ano, řešena spasmolytiky.

Terapie: Měkké techniky hrudní a dorzolumbální fascie. Revize autoterapie z předchozích návštěv. Modifikace cvičení pánve s měkkým míčkem dle Spiraldynamik (vleže, vsedě, stojí) a možnost aplikace do ADL.

Pozn.: Během této návštěvy pacientka projevila skepsi ke konzervativní terapii. Přesto bude pokračovat ve cvičení. Cítí se fyzicky lépe. Při návštěvě u gynekologa byla diskutována možnost IVF. Pacientka potřebuje silnou motivaci ze strany terapeuta, ale hlavně podporu manžela. Nabídnu možností příští společné terapie. Zmíněna možnost psychoterapie pro získání jiného náhledu na současnou situaci.

6. návštěva:

Pacientka udává celkové zlepšení hybnosti. Méně obtíží v práci při delší statické zátěži. Bolesti hlavy ustoupily. Dysmenorhea se stále vyskytuje, ale nejsou potřeba silná

analgetika. Objektivně zlepšení dechového stereotypu, lepší koaktivace ventrální muskulatury, ale hypertonus adduktorů a flexorů kyčlí, stále znatelný hypertonus šijových svalů. Manžel se nedostavil z časových důvodů.

Terapie: Spočívala spíše v diskuzi ohledně naučeného cvičení a jejího využití v běžném životě. Pacientka si efekt cvičení chválila, ale známka zklamání z nepočetí potomka byla v rozhovoru znát. Možnost psychoterapie zatím odmítá. Nevylučuje využití IVF.

Doporučená návštěva fyzioterapie dle potřeby.

Výstupní kineziologický rozbor:

Aspekce:

Celkové zlepšení držení těla s méně výraznou anteverzí pánve. Koordinovanější postavení hrudníku s bráničním dýcháním. Kyčelní a kolenní klouby více v centrovaném postavení. Opora o plošky více v ose. Patrné zvýšení šijových svalů.

Palpace:

- hypertonus adduktorů kyčle bil.
- TrP v m. piriformis vlevo
- hypertonus paravertebrálních svalů v Th-L oblasti
- palpační bolestivost v oblasti úponů bránice minimální
- blokáda SC skloubení 4. žebra bil.
- citlivost krátkých extenzorů šíje, TrP m. levator scapulae vpravo

Vyšetření zkrácených svalů dle Jandy:

- adduktory kyčelních kloubů – zkráceny bil., st. 1
- m. iliopsoas – zkrácení st. 0
- m. quadratus lumborum – zkrácení st. 0
- m. pectoralis major – zkrácení st. 0
- m. trapezius (horní část) – zkrácen bil., st. 1
- m. levator scapulae – zkrácen bil., vpravo 1

Vyšetření pohybových stereotypů:

- stereotyp abdukce kyčelního kloubu – pohyb iniciován koordinovaně, postupně převažuje tenzorový mechanismus
- stereotyp vzporu (vyšetřován vzhledem k trupové stabilizaci) – iniciační stereotyp lopatek koordinovaný, během pohybu uvolnění dolních fixátorů lopatky

Funkční vyšetření:

- Thomayerova vzdálenost +5 cm (pozitivní zkouška)
- Schoberova vzdálenost – rozvinutí o 5 cm (negativní zkouška)
- Stiborova vzdálenost – rozvinutí Thp a bederní páteře o 8 cm (negativní zkouška)
- test nitrobřišního tlaku – souměrná aktivity ventrální muskulatury bez kraniálního souhybu umbiliku, zlepšena aktivace břišní stěny proti palpaci terapeuta ve spodní části břišní muskulatury
- brániční test – ještě přítomna výrazná aktivita paravertebrálních svalů, laterální rozvíjení hrudníku výraznější
- stoj na jedné noze – Trendelenburgova zkouška pozitivní vlevo (pokles pánve méně výrazný)
- chůze více koordinovaná s výraznější extenzí v kyčelních kloubech, stále viditelná rotace pánve a lordotizace dolní Thp, aktivnější souhra hrudníku a pohybů HKK, hrudník otevřený s napřímeným držením hlavy

Zhodnocení terapie:

Pacientka z počátku spolupracovala velmi dobře. Dodržovala doporučení a aktivně se podílela na domácí terapii. S postupujícím časem bylo vidět, že motivace ustupuje, možná i podpora manžela nebyla optimální. Přesto došlo k výraznému zlepšení postury a efektivnějšímu využití pohybových stereotypů v denních činnostech. Pacientka udává úlevu ve formě snížení intenzity bolesti zejména v hrudní páteři při statické zátěži a méně frekventované bolesti hlavy.

Dlouhodobý rehabilitační plán:

Do budoucna jsem pacientce doporučila dodržet cvičební plán, zařadit do denního života pohybové aktivity spíše v rekreačním smyslu, nedoporučovala bych jízdu na kole a plavání, pokud neplave technicky správně. Vhodné je zařadit relaxační techniky, ať již ve formě autogenního tréninku nebo odpočinku jinou formou. Důležitost kladu na uvědomění si pohybových stereotypů a návyků během denních činností, které značnou měrou ovlivňují celkové držení těla. V neposlední řadě je velice důležitá péče o psychiku. Pacientka zatím nevyužila možnost konzultace u psychoterapeuta.

2.2 Kazuistika 2

Zahájení terapie: 3/2014

Žena, 39 let., výška 164 cm, 60 kg

NO: chronické obtíže krční a hrudní páteře, časté bolesti hlavy

OA: běžné dětské nemoci

RA: rodiče bez obtíží, bratr – 2 děti

SA: inženýrka ekonomie, pilates, příležitostně turistika, rekreačně jízda na kole, lyžování

GA: polycystická ovaria, menarche od 13 let, hormonální antikoncepce od 17 let z důvodu regulace menses, antikoncepce vysazena 3 roky, porod 0, podstoupena hormonální stimulace pro IVF – neúspěšné, zákrok neopakovala z důvodu výskytu hyperstimulačního syndromu

AA: pyl

FA: příležitostně analgetika

Abúzus: nekuřák, abstinent

Manžel: zdrav

Vstupní kineziologický rozbor:

Aspekce:

- **stoje zepředu:** snížení příčné klenby bil., genua valga, pately ve stejné výši, oslabené břišní svaly, pupek symetrický, inspirační postavení hrudníku, méně zvýrazněné tajle, protrakce ramen, zvýrazněné nadklíčkové jamky, hypertonus mm. scaleni a m. sternocleidomastoideus vpravo
- **stoje z boku:** více zatížené plosky distálně, hyperextenze kolenních kloubů, anteverze pánve, křivky páteře oploštělé, protažená bederní lordóza, prosáknutí C-Th přechodu, předsunutá držení hlavy
- **stoje ze zadu:** snížená podélná klenba nohy bil. (více vlevo), snížený svalový tonus mm. glutei (více vpravo), prosáknuté sacrum, hypertonus paravertebrálních svalů v Th-L a C-Th přechodu, hypertonus horních fixátorů hrudníku

Palpace:

- TrP ve střední a mediální straně lýtky
- hypertonus adduktorů kyčle bil.
- TrP v m. piriformis bil.
- palpační citlivost kostrče vpravo
- omezené pružení SI vpravo, anteverze pravé pánevní kosti
- hypertonus paravertebrálních svalů v Th-L a C-Th oblasti více vpravo
- omezené pružení L4, L5
- palpační bolestivost v oblasti úponů bránice bil.
- blokáda SC skloubení 3.- 4. žebra bil., 5. a 6. žebro vpravo
- citlivost m. sternocleidomastoideus více vpravo
- blokáda atlantooccipitálního skloubení vlevo

Vyšetření zkrácených svalů dle Jandy:

- adduktory kyčelních kloubů – zkráceny bil., st. 2
- m. iliopsoas – zkrácen bil., vpravo st. 2, vlevo st. 1
- m. quadratus lumborum – zkrácen bil., vlevo st. 2, vpravo st. 1
- m. pectoralis major – zkrácen bil., st. 1
- m. trapezius (horní část) – zkrácen bil., st. 2
- m. levator scapulae – zkrácen bil., st. 1

Vyšetření pohybových stereotypů:

- stereotyp abdukce kyčelního kloubu – tenzorový mechanismus s mírnou vnitřně rotační složkou, stejné na obou DKK
- stereotyp vzporu (vyšetřován vzhledem k trupové stabilizaci) – v průběhu pohybu dochází k elevaci lopatek, nesouměrný pohyb obou lopatek (pravá předbíhá a více abdukuje)

Funkční vyšetření:

- Thomayerova vzdálenost +20 cm (pozitivní zkouška)
- Schoberova vzdálenost – rozvinutí Lp o 3 cm (pozitivní zkouška)

- Stiborova vzdálenost – rozvinutí Thp a Lp o 6 cm (pozitivní zkouška)
- test nitrobřišního tlaku – nedostatečná laterální a kaudální aktivita břišní muskulatury proti palpaci terapeuta
- brániční test – výrazný kraniální souhyb ramen během inspira s anteverzí pánve
- stoj – statické vyšetření: stabilní, Romberg I – III v normě
- stoj na jedné noze – Trendelenburgova zkouška pozitivní vpravo (pokles a mírné laterální vychýlení pánve na straně stojné DK)
- chůze energická s tvrdým došlapem na střední část nohy, plosky v zevních rotacích, peroneální typ chůze s předsunutým držením trupu, zvýrazněná aktivita paží, nepatrná rotace trupu

Stanovení krátkodobého rehabilitačního plánu a cíle terapie:

Cílem fyzioterapie je odstranění funkčních poruch pohybového aparátu a jeho prostřednictvím i ovlivnění funkčních změn ženských reprodukčních orgánů. K odstranění svalového hypertonu a zlepšení posunlivosti kůže, podkoží a fascií, zejména v trupové oblasti, budou použity techniky měkkých tkání. K odstranění blokád použiji mobilizační techniky dle Mojžíšové a Lewita. Pro trupovou stabilizaci bude nutné správně zaktivovat funkci bránice a nastavit lepší stereotyp dýchání. Cvičení povedu dle konceptu DNS. Terapeutický přístup dle Spiraldynamik využiji k nácviku aktivace rotability hrudníku a koordinace pánve nejprve izolovaně, poté aplikovaně při chůzi. Během návštěv zakomponuji naučené aktivity do nácviku koordinovaného sedu, stoje a opory nohou. Autoterapii doplním sestavou vybraných cviků dle Mojžíšové.

Terapeutické techniky:

- techniky měkkých tkání
- mobilizační techniky
- kinezioterapie se zaměřením na reedukaci posturální funkce bránice
- terapie a autoterapie zaměřená na normalizaci pohyblivosti páteře a sakroiliakálního skloubení
- koordinace a nácvik pohybové aktivity hrudníku a pánve
- aktivace trupové stabilizace

- nácvik koordinovaného sedu, stoje a opory nohou

Průběh terapie:

1. návštěva:

Během první návštěvy byla nejprve odebrána anamnéza a provedeno kineziologické vyšetření.

Terapie: Ošetření měkkých tkání – hrudní a dorzální fascie, svalů šíje a TrP v m. piriformis, odstraněny blokády dle kineziologického rozboru. Pacientka byla zacvičena a edukována o dechové a posturální funkci bránice a správnosti sedu a stoje. Poučení o nevhodných polohách při denních aktivitách (spánek, sed, nošení břemen, práce v předklonu) a nevhodných sportech.

Pozn.: Pacientka byla srozuměna s nutnou aktivní spoluprací. Jelikož prodělala již několik neúspěšných, zejména farmakologických terapií, po kterých se cítí vyčerpána, snaží se k celému rehabilitačnímu plánu přistupovat optimisticky a ozdravně pro svůj organismus.

2. návštěva:

Pacientka se subjektivně cítí dobře. Objektivně přetrvává blokáda 4. žebra bilaterálně, hypertonus v oblasti šíje, bez blokády v atlantooccipitální kloubu. Udává bolest bederní krajiny zejména při delším sezení – nalezeny reflexní změny v paravertebrálních svalech v Lp, omezené pružení L4

Terapie: Ovlivnění měkkých tkání Lp, hrudníku a šíje, mobilizace žeber a obnovení joint play v L4, kontrola cviků z první návštěvy. Doplnění cvičební jednotky cviky pro autoterapii SI skloubení ze série I, cvik č. 3 a všechny cviky ze série II dle Mojžíšové (viz. příloha 1). Uvolnění hrudníku dle Spiraldynamik, výběr cviků pro autoterapii. Aplikace do ADL, zejména úprava sedu u PC v pracovní době. Na další terapii je plánovaná masáž m. levator ani.

Pozn.: Pacientka dodržuje veškerá doporučení. I přesto, že byla obeznámena lékaři o svém zdravotním stavu a gynekologické diagnóze, nebere tento stav jako konečný. Snaží se změnit svůj životní styl, zejména životosprávu. Plánuje návštěvu ordinace čínské medicíny.

Při dnešní terapii se ale vyjádřila, že jí rodinný život bez potomka velice trápí a nedovede si takto budoucnost představit.

3. návštěva:

Pacientka neudává žádné nové obtíže. Menses se nedostavila (v jejím případě nic abnormálního, chybí ovulace).

Terapie: V průběhu vyšetření per rectum nacházím palpační citlivost kostrče vpravo, TrP v m. coccygeus vpravo. Ošetření technikou PIR, masáží a mobilizací. Průběh bez obtíží.

Pozn.: Pacientka hovořila o průběhu návštěvy u terapeutky čínské medicíny. Užívá pravidelně bylinné čaje. Udává mírné snížení váhy, což považuje za úlevu po prodělané hormonální léčbě, během které navýšila svou hmotnost o 15kg! Dle jejích slov, manžel veškeré její aktivity podporuje. Je velice zaměstnaný, tedy se účastní terapií jen v nutných případech. Touží po potomkovi, ale nepovažuje to za životně důležité.

4. návštěva:

Pacientka se cítí fyzicky dobře. Bolesti hlavy ustoupily. Neudává momentálně žádnou obtěžující bolest.

Terapie: Spočívala v uvolnění hrudníku a žeber do rotací dle konceptu Spiraldynamik, a nácviku autoterapie. Kontrola cviků z minulé návštěvy. Doplnění autoterapie cvikem č. 2 ze série I dle Mojžíšové (viz. příloha 1).

Pozn.: Pacientka je celkově koncentrována na zlepšení svého stavu. Její každodenní život doprovází frustrace z nepodařeného těhotenství, i když se snaží tento fakt nedávat nijak najevo. Její manžel tráví dlouhé hodiny v práci jako podnikatel a poté i večery jsou většinou věnovány jeho práci. Pacientka zvažuje návštěvu psychologa. Také zde byla úvaha o možné adopci. Toto může být ale komplikováno věkem žadatelů. Ze strany gynekologa je navržena laparoskopie ovarií.

5. návštěva:

U pacientky se dostavila první spontánní menzes. Nové obtíže neudává.

Terapie: Revize autoterapie z předchozích návštěv. Modifikace cvičení pánve a hrudníku s měkkým míčkem dle Spiraldynamik (vleže, vsedě). Diskuze o ergonomii (sed u PC, jízda v autě, zvedání břemen).

Pozn.: Pacientka se jevila velmi pozitivně naladěná. Je sama se sebou spokojená. I nadále se daří snižovat nadváhu.

6. návštěva:

Pacientka zaznamenává celkové zlepšení fyzické zdatnosti. Lépe zvládá delší vynucený sed v práci. Bolesti hlavy méně frekventované. Objektivně zlepšení dechového stereotypu, lepší koaktivace ventrální muskulatury, stereotyp chůze relaxovaný, napřímený s výraznější souhrou trupu a HKK.

Terapie: Diskuze o probraném cvičení a nutnosti jeho pokračování. Pacientka si efekt cvičení chválila.

Celkově se stále věnuje změně životního stylu a životosprávy.

Doporučená návštěva fyzioterapie dle potřeby.

7. návštěva:

Pacientka se dostavila na fyzioterapii s odstupem dvou měsíců pro bolest v oblasti horního okraje pánve vpravo. Dle vyšetření blokáda SI kloubu vpravo.

Pacientka v mezidobí prodělala laparoskopii vaječnicků, která nebyla dokončena pro těhotenství.

Terapie: Nеспецифická mobilizace SI skloubení dle Mojžíšové. Doplněná a modifikovaná autoterapie vzhledem ke stávající graviditě.

Výstupní kineziologický rozbor:

Aspekce:

Celkově zlepšená vzpřímená postura s normotonem břišních svalů. Kaudální postavení hrudníku s bráničním dýcháním. Aktivnější opora plosek, zvýrazněné křivky gluteálních svalů, menší prosáknutí sacra. Stále znatelný hypertonus šijových svalů.

Palpace:

- TrP ve střední a mediální straně lýtky nepalpuji
- mírný hypertonus adduktorů kyčle bil. přetrvává
- TrP v m. piriformis bil. nepalpuji
- kostrč klidná
- hypertonus paravertebrálních svalů C-Th oblasti
- pružení L4, L5 volné
- citlivost mm. scaleni
- citlivost úponů krátkých extenzorů šije

Vyšetření zkrácených svalů dle Jandy:

- adduktory kyčelních kloubů – zkráceny bil., st. 1
- m. iliopsoas – zkrácen bil., st. 1
- m. quadratus lumborum – zkrácen vlevo, st. 1
- m. pectoralis major – zkrácen bil., st. 1
- m. trapezius (horní část) – zkrácen bil., st. 1
- m. levator scapulae – zkrácen bil., st. 1

Vyšetření pohybových stereotypů:

- stereotyp abdukce kyčelního kloubu – pohyb koordinovaný do 20 st., poté nástup vnitřní rotace
- stereotyp vzporu – iniciační stereotyp lopatek koordinovaný, během pohybu lehká abdukce více vpravo, rychlost pohybu symetrická

Funkční vyšetření:

- Thomayerova vzdálenost +10 cm (zkouška pozitivní)
- Schoberova vzdálenost – rozvinutí Lp o 6cm (negativní zkouška)
- Stiborova vzdálenost – rozvinutí Thp a Lp o 8cm (negativní zkouška)
- test nitrobřišního tlaku – zlepšení kaudální aktivity břišní muskulatury proti palpaci terapeuta, ještě nedostatečná laterální aktivita
- brániční test – ještě mírný kraniální souhyb ramen během inspiria, avšak již bez anteverze pánve
- Trendelenburg negativní bil.
- chůze peroneálního typu s více napřímeným držení trupu, viditelné odvíjení plosek přes patu, výraznější rotační aktivita trupu se souhybem HKK

Zhodnocení terapie:

Pacientka spolupracovala velmi dobře, dodržovala doporučení a aktivně se podílela na domácí terapii. Výsledkem terapie je výrazné zlepšení postury s efektivním využitím pohybových stereotypů v denních činnostech. Pacientka udávala snížení bolestivosti páteře, zejména při dlouhodobém sedu a téměř vymizení bolestí hlavy. Úspěchem terapie je gravidita.

Dlouhodobý rehabilitační plán:

Do budoucna jsem pacientce doporučila dodržet cvičební plán pro těhotné, zařadit do denního života vhodné pohybové aktivity spíše v rekreačním smyslu. Vhodné je využití relaxačních technik, pravidelný odpočinek a spánek. Důležitost kladu na uvědomění si pohybových stereotypů a návyků během denních činností, které značnou měrou ovlivňují celkové držení těla.

3 DISKUZE

Sterilita je pro každou ženu velmi citlivé téma, které se přímo dotýká samotné ženské podstaty. Dopad tohoto stavu na ženské psyché je mnohdy hlubší, než by se mohlo na první pohled zdát.

Vymětal (2010) se domnívá, že psychosomatický přístup v medicíně jako základní pohled na člověka ve zdraví a nemoci je zde a patří budoucnosti. Lidé jsou bytosti sociální a bez vztahu ke druhému a druhým nemyslitelný. Z tohoto pohledu jsou psychogenní činitelé vždy psychosociální. Každá porucha zdraví má tedy stránku bio-psycho-sociální. Tento novější terapeutický přístup s prastarou tradicí vychází z poznání, že na řadě potíží dosud léčených ženským, interním, kožním lékařstvím atd. se při vzniku a průběhu podílejí zcela evidentně psychosociální vlivy. Tedy to, jak člověk sebe a svět vnímá, hodnotí a prožívá, jakým způsobem se vyrovnává s náročnými životními situacemi či v jakých vztazích vyrostl a momentálně žije.

První kazuistika popisuje pacientku velmi úzkostnou s chronologicky vypracovaným životním schématem. Uzavření manželství a početí potomka jsou pro ni existenčně důležité etapy. V průběhu terapie se u pacientky začala projevovat nedůvěra v úspěch otěhotnění a následné ochabnutí zájmu z důvodu dlouhodobosti terapeutického plánu a nejistého výsledku. Pacientka se opět dostavila na fyzioterapii cca po 13 měsících od poslední návštěvy pro bolest v oblasti bederní páteře. Během odebrání anamnézy zjišťují absolvování neúspěšné inseminace a následně dvojité podstoupení IVF s úspěchem.

V hodnocení prvního případu zastávám názor Tresse (2008) o „tlaku“ do intimního prostoru manželů, jak lze vyčíst z poznámek z terapie. Trapková (2009) k tomu dodává, že i nadměrné úsilí ruší spontánní početí. Po uzavření manželství byl totiž jako další „životní krok“ očekáván příchod potomka jak ze strany matky pacientky, tak jí samotné.

V současnosti je pacientka matkou 7týdenního chlapečka, narozeného Císařským řezem 2 týdny před termínem. Dále se svěřila s pocitem neschopnosti ztotožnění se s rolí matky a objevily se určité odmítavé postoje vzhledem k dítěti. Toto se pravděpodobně odrazilo i v průběhu laktace a ukončení kojení. Dle jejího vyjádření se představy harmonického mateřství rozcházejí s náročným obdobím v šestinedělí. Myslí si, že jako matka selhává v základních potřebách dítěte. Popisované pocity považuji za podvědomé odmítání dítěte při

vědomé touze po vytvoření úplné rodiny, jak tvrdí Trapková (2009). Tyto situace často doprovází opakované potraty a předčasné porody, problémy s laktací a nesoulad mezi matkou a dítětem. To by mohlo v kontextu psychosomatiky naopak ilustrovat nepřipravenost páru k založení rodiny.

V příkladu druhé kazuistiky můžeme spatřovat typickou posloupnost léčby. Tato žena ale nejprve podstoupila farmakologickou mašinerii s neúspěšným IVF. Vše mělo za následek celkovou fyzickou a psychickou dekonkci. Výsledné vyčerpání jí motivovalo k přehodnocení celé situace a probudilo zájem o jiné možnosti řešení. Bylo ale zapotřebí změnit postoj k životu a jeho hodnotám. Dle mého názoru to, že pacientka uchopila situaci zcela do vlastních rukou, využila možnosti konzervativní léčby metodou Mojžíšové, snížila nadváhu, pravděpodobně nastartovalo fyziologickou funkci ovarií a spontánně počala. Klíčovým psychologickým činitelem mohlo být i rozhodnutí o přijetí nevlastního dítěte – adopce. Toto mohlo zapůsobit jako zklidňující faktor, podobně jako první návštěva a rozmluva s lékařem, jak se zmiňuje Hnízdil (1996). V dnešní době má tato žena dva zdravé syny.

Metoda Ludmily Mojžíšové byla v roce 1990 oficiálně uznána Ministerstvem zdravotnictví jako metoda léčby některých druhů funkční ženské sterility. Je tedy otázkou, proč v dnešní době není upřednostňována neinvazivní léčba, která je finančně méně nákladná, nezatěžuje zdraví a má míru úspěšnosti 30 %. Velmi častým krokem je naopak nejprve hormonální léčba, inseminace a IVF, které jsou jednak pro organismus velmi stresující po fyzické i psychické stránce a pak také finančně nákladné.

Průzkumy v čekárnách dle Tresse (2008) ukazují, že zhruba 20 % pacientů trpí depresemi nebo úzkostnými poruchami a dalších 20 % psychogenními funkčními onemocněními. Více jak polovina těchto nemocných není praktickým ani gynekologickým lékařem diagnostikováno a nedostanou tudíž adekvátní terapii. To vede k horším léčebným výsledkům, což způsobuje zvýšené náklady na zdravotní systém.

Vybíral (2010) uvažuje, že pracoviště složená z lékařů, psychologů a dalších odborníků, kteří se společně podílejí na léčbě psychosomatických pacientů, mají největší naději na snížení nákladů na léčbu této skupiny nemocných až o celou čtvrtinu.

Psychosomatická péče je především v zájmu pojišťoven, jelikož ušetří jejich finanční prostředky, bude-li rozšířena (Chvála in Tress, 2008).

V USA se prostřednictvím tzv. liaison psychiatrické intervence např. u nemocných s

frakturou krčku, zkrátila dobu hospitalizace o 12 dnů, což představovalo úsporu financí ve výši pětinasobku platu psychiatra (Chromý, 2005).

Vzhledem k historii psychosomatiky v ČR bude cesta k přijetí bio-psycho-sociálního modelu nemoci, uznanému Světovou zdravotnickou organizací již v roce 1977, ještě těžká.

ZÁVĚR

Práce shrnuje teoretické i klinické poznatky u léčby funkční ženské sterility se zaměřením problematiky do oblasti psychosomatiky. Hlavní léčbou výše uvedené diagnózy v rámci fyzioterapie je metoda Ludmily Mojžíšové. Moderní přístupy současné fyzioterapie využívají nových poznatků vývojové kineziologie a hlubokého stabilizačního systému lidského těla. Tento komplexní pohled umožňuje zasáhnout nejen v regionu pánevního dna, ale ovlivňuje motorické poruchy v kontextu celého těla.

Do terapie prezentovaných pacientek jsem zařadila několik technik a cviků. Spolu s využitím přístupu dle Mojžíšové jsem použila prvky z konceptu Dynamické neuromuskulární stabilizace, které jsou v současnosti vnímány jako základ terapie funkčních poruch pohybového aparátu.

V rámci této práce jsem se věnovala nejen pohybovým aspektům terapie, ale snažila se vnímat i emoční naladění žen, řešící problém otěhotnění. Pozorování, popsané v kazuistikách, potvrzují možný vliv psychického naladění na funkci vnitřních orgánů. V prvním uvedeném případě vidíme spíše negativistický a skeptický přístup. U druhé pacientky je dobře čitelný pozitivní postoj, aktivní spolupráce a změna v přístupu k životnímu stylu. Obě se nakonec staly matkou. Každá jiným přičiněním.

Fyzioterapie je velice účinnou konzervativní léčbou bez vedlejších účinků. Aktivní vytrvalá spolupráce a disciplína pacientek je nedílnou součástí léčby a zároveň jejím úskalím.

Téma jsem zvolila na základě vlastních postřehů z klinické praxe, ve které se s touto poruchou fyzioterapeut často setkává. Tato práce může obohatit orientaci v problému ženské sterility dalším kolegům, kteří chtějí přistupovat k terapii komplexně. Poznatky z praxe rovněž poukazují na vhodnost psychosomatického vzdělávání gynekologů.

ANOTACE

Autor:	Lucie Doležalová, DiS.
Instituce:	Rehabilitační klinika LF v Hradci Králové
Název práce:	Fyzioterapie funkční ženské sterility v psychosomatickém kontextu
Vedoucí práce:	Mgr. Pavlína Savková
Počet stran:	53
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2015
Klíčová slova:	funkční sterilita, metoda Mojžíšové, pánevní dno, psychosomatika

Bakalářská práce pojednává o přístupu k funkční ženské sterilitě z pohledu fyzioterapie a psychosomatiky. Hlavním vodítkem jsou klinické zkušenosti ambulantní léčby funkční ženské sterility metodami fyzioterapie. Teoretická část shrnuje poznatky o možné spojitosti funkční ženské sterility s psychikou pacientek a funkčními poruchami pohybového aparátu.

Praktická část přibližuje kazuistiky dvou pacientek přijatých k léčbě funkční ženské sterility metodou Ludmily Mojžíšové. Průběh a hodnocení terapie je rozšířeno o subjektivní pozorování psychického stavu pacientek tak, jak se s ní fyzioterapeuti setkávají v každodenní praxi.

The Bachelor thesis discusses the approach to functional female sterility in terms of physiotherapy and psychosomatics. The main guidance is clinical experience of outpatient treatment of functional female sterility with methods of physiotherapy. The theoretical part summarizes the findings of possible associations of functional female sterility, psychological state of patients and functional disorders of the musculoskeletal system.

The practical part describes two case-study reports of patients admitted for the treatment of functional female sterility by Mojzis method. The process and evaluation of therapy is extended by a subjective observation of the psychological state of patients as physiotherapists encounter this in everyday practice.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

1. BAŠTECKÝ, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7
2. DANZER, G. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. 2. vyd. Praha: Portál 2010. 244 s. ISBN 978-80-7367-718-3
3. HNÍZDIL, J. a kol. *Léčebné rehabilitační postupy Ludmily Mojžíšové*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 213 s. ISBN 80-7169-187-9
4. HÖSCHL, C. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5
5. HOUGLUM, P. *Therapeutic exercise for musculoskeletal injuries*. 2nd ed. Human Kinetics, 2005. 1005 p. ISBN 0-7360-5136-8
6. CHROMÝ, K., HONZÁK, R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 216 s. ISBN 80-247-1473-6
7. KAZMAROVÁ, L. Osobní sdělení. 2009
8. KOBILKOVÁ, J. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
9. KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
10. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 6. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. 408 s. ISBN 978-80-262-0302-5
11. LEWIT, K. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. přeprac. vyd. Praha: Sdělovací technika ve spolupráci s Českou lékařskou společností J.E. Purkyně, 2003. 411 s. ISBN 80-86645-04-5
12. MORSCHITZKY, H., SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 181 s. ISBN 978-80-7367-218-8
13. RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 316 s. ISBN 80-7254-750-X

14. TICHÝ, M. *Dysfunkce kloubu. II, Pánev*. 2. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2009. 142 s. ISBN 80-239-7742-4
15. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. 227 s. ISBN 978-80-7367-561-5
16. TRESS, W. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3
17. ULČOVÁ-GALLOVÁ, Z. *Neploďnost : útok imunity : metody vyšetření, příčiny neploďnosti, důvody potráčivosti, metody léčby, nejčastější otázky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 141 s. ISBN 80-247-1493-0
18. VÉLE, F. *Kineziologie : přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2. rozš. a přeprac. vyd. V Praze: Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-837-9
19. VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. 744 s. ISBN 978-80-7367-682-7
20. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada, 2010. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0

SEZNAM ZKRATEK

AA - alergologická anamnéza

AC - akromioklavikulární skloubení

ADL - activities of daily living

bil. - bilaterálně

CNS - centrální nervový systém

DKK - dolní končetiny

DNS - dynamická neuromuskulární stabilizace

FA - farmakologická anamnéza

GA - gynekologická anamnéza

HKK - horní končetiny

IVF - in vitro fertilizace

Lp - lumbální páteř

m., mm. - musculus, muscoli

NO - nynější onemocnění

OA - osobní anamnéza

PIR - postizometrická relaxace

RA - rodinná anamnéza

SA - sociální anamnéza

SC - sternoklavikulární skloubení

SI - sakroiliakální

Thp - thorakální páteř

Th/L - thorakolumbální

TrP, TrPs - trigger point(s)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Distribuce TrPs ve svalech pánevního dna

Obrázek č. 2 - Kontrakce bránice a svalů břišní dutiny za fyziologické situace

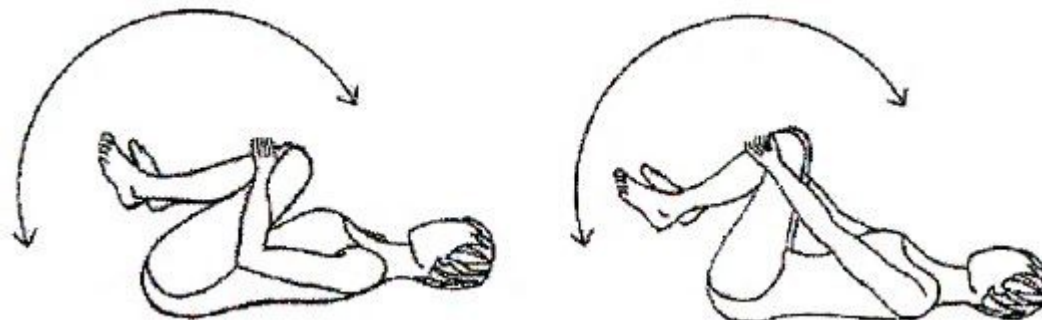
Obrázek č. 3 - Fyziologické dýchání

Obrázek č. 4 - Pákový mechanismus přenosu hypertonu svalů pánevního dna na křížokyčelní kloub

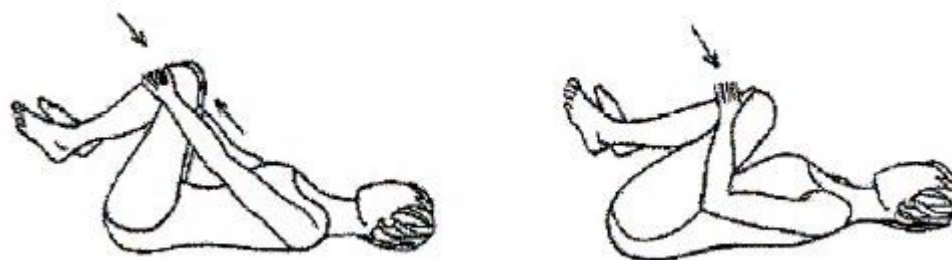
Obrázek č. 5 - Změna tvaru pánve u kostrčového syndromu

PŘÍLOHY

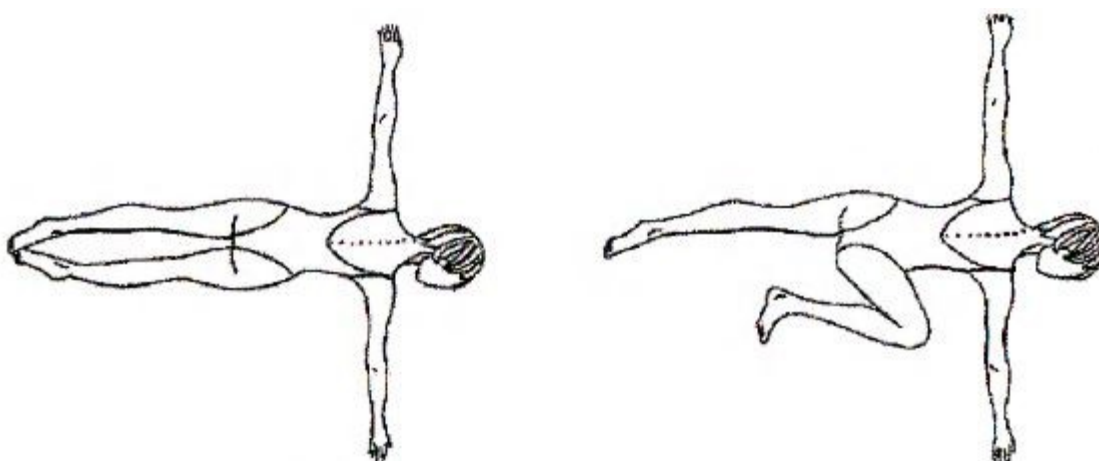
Příloha 1 – cviky dle Mojžíšové



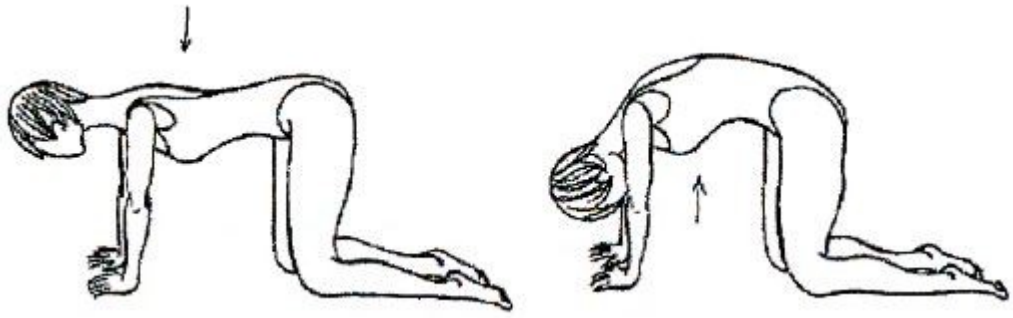
Série I cvik 1



Série I cvik 2



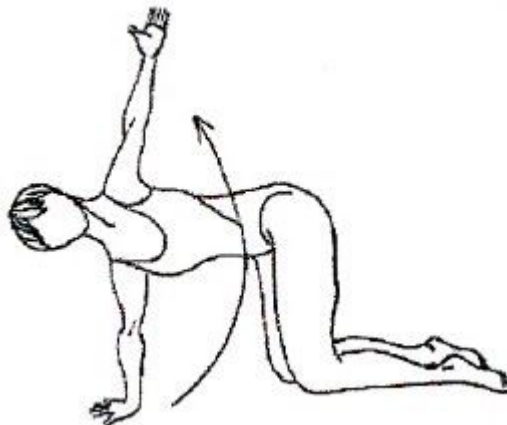
Série I cvik 3



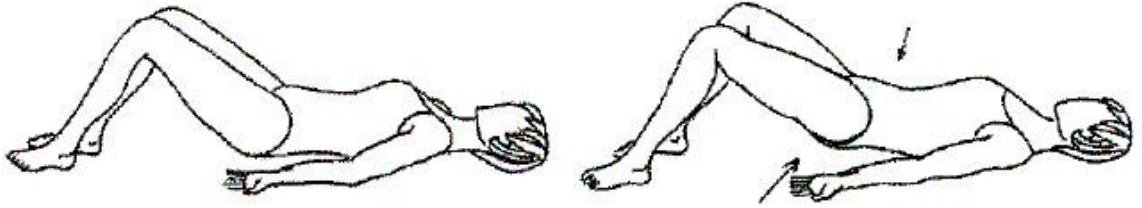
Série II cvik 1



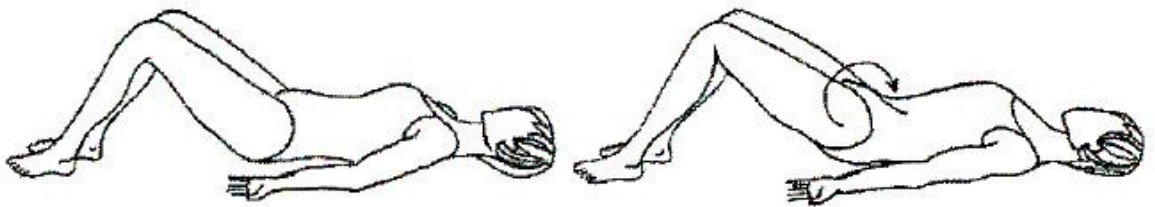
Série II cvik 2



Série II cvik 3



Série III cvik 1



Série III cvik 2