

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství

STRACH Z BOLESTI

Bakalářská práce

Autor: Vendula Klimentová, obor fyzioterapie

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Praha 2017

Jméno a příjmení autora: Vendula Klimentová

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Rok obhajoby: 2017

Bibliografická identifikace

KLIMENTOVÁ, Vendula. *Strach z bolesti*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, 2017. 69 s. Vedoucí práce PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou strachu z bolesti. Je rozdělena do tří částí. První, teoretická část, pojednává o bolesti. Zabývá se příčinami jejího vzniku, dělením podle různých hledisek, měřením bolesti. Jsou zde představeny dvě hlavní emoce, se kterými je bolest spojena – strach a úzkost. V závěru první části je podrobněji probráno studium chronické bolesti. Speciální část se věnuje chronickým bolestem v bederní páteři a fyzickým a psychickým faktorům, které se k ní vztahují. Představuje možnosti hodnocení strachu z bolesti a možnosti ovlivnění bolesti a případného strachu. Práci doplňuje kazuistika, která demonstruje působení a vliv cvičení a pohybu na fyzické, jakož i na psychosociální úrovni.

Klíčová slova

strach, bolest, strach z bolesti, já, identita

Bibliographical record

KLIMENTOVÁ, Vendula. Fear of pain. Prague: Charles University, 2nd Faculty of Medicine. 2017. 69 p. Supervisor PhDr. Jaroslava Raudenská, PhD.

Abstract

This bachelor thesis deals with the issues of the fear of pain. It is divided into three parts. First theoretical part deals with the pain. It deals with the causes of its origin, the division according to the different points of view, the measurements of pain. In this part two pain connected emotions are introduced – fear and anxiety. In the end of first part the studium of chronic pain is discussed in detail. Special part is devoted to chronic low back pain and its physical and psychological factors. It introduces the ways of influencing of the pain and of the potential fear. The case history completes this thesis. This case history demonstrates the effect and the influence of exercise and movement on physical and psychosocial level.

Key words

fear, pain, fear of pain, self, identity

Prohlašuji, že jsem předloženou práci zpracovala a samostatně pod vedením PhDr. Jaroslavy Raudenské, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Praze 2017

Vendula Klimentová

Poděkování autora

Děkuji PhDr. Jaroslavě Raudenské, Ph.D. za cenné rady a návrhy při vedení a zpracování této práce a dále pí. Daně Horské za ochotu a pomoc při zpracování praktické části. Děkuji také pacientovi za poskytnuté informace a umožnění provedení terapie.

Obsah

1 Úvod	11
2 Teoretická část	12
2.1 Bolest.....	12
2.1.1 Etiologie bolesti.....	12
2.1.2 Patofyziologie bolesti	12
2.1.3 Dělení bolesti.....	13
2.1.4 Měření a hodnocení bolesti	15
2.2 Emoce spojené s bolestí	15
2.2.1 Vymezení pojmu emoce strachu a projevy strachu	16
2.2.2 Vymezení pojmu emoce úzkosti projevy úzkosti.....	17
2.2.3 Rozlišování mezi strachem a úzkostí	18
2.3 Chronická bolest a její specifčnost.....	19
2.3.1 Chronická bolest jako nemoc	19
2.3.2 Faktory spojené s chronickou bolestí	20
2.3.3 Vnímání chronické bolesti.....	21
2.3.4 Reakce trpícího a okolí na jeho bolest.....	22
2.3.5 Zvládání chronické bolesti. Bolestivé chování.....	23
2.3.6 Koncepty prožívání chronické bolesti	23
2.3.7 Bolest bederní páteře	25
2.4 Strach z bolesti	26
2.4.1 Objekty strachu u bolesti.....	26
2.4.2 Zasahování chronické bolesti do každodenního života pacientů.....	27
2.4.3 Identita.....	28
3 Speciální část	34
3.1 Pasivita a ztráta fyzické kondice při bolestech v bederní páteři.....	34
3.1.1 Pasivita, syndrom pasivity a syndrom ztráty fyzické kondice.....	34
3.1.2 Behaviorální copingové strategie	35
3.1.3 Fyzická aktivita v každodenním životě pacientů s chronickou bolestí v bederní páteři a její hodnocení	36
3.1.4 Ztráta fyzické kondice a fyziologické, funkční a psychosociální změny	37
3.2 Hodnocení strachu a úzkosti spojených s bolestí	37
3.2.1 Měření kognice a emocí	38
3.2.2 Fyziologická měření a měření otevřených chování.....	40
3.3 Přehled terapeutických cvičení pro pacienty s bolestí v bederní páteři.....	40
3.3.1 Výběr z terapeutických metod využívajících pohyb a cvičení	40
3.3.2 Výběr z terapeutických metod fyzikální terapie.....	42

3.3.3	Výběr z psychologických terapeutických metod – Kognitivně behaviorální terapie	43
4	Kazuistika	46
4.1	Hypotézy	46
4.2	Vyšetření provedené autorkou práce	46
4.2.1	Anamnéza	46
4.2.2	Vstupní kineziologický rozbor	48
4.2.3	Záznam terapií	51
4.2.4	Grafické vyhodnocení	55
5	Diskuze	58
5.1	Diskuze k teoretické části	58
5.2	Diskuze ke speciální části	59
5.3	Diskuze k praktické části	60
6	Závěr	61
7	Referenční seznam	62

Seznam zkratek

aj.	a jiné
angl.	anglicky
ASI	The Anxiety Sensitivity Index
atd.	a tak dále
BFI	The Brief Perception Inventory
cm, cm ²	centimetr, centimetr čtvereční
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervová soustava
CT	Computed Tomografy
DK, DKK	dolní končetina, dolní končetiny
et al.	et alii
FABQ	The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire
FPQ-III	Fear of Pain Questionnaire-III
HK, HKK	horní končetina, horní končetiny
HSS	hluboký stabilizační systém
IASP	International Association for the Study of Pain
IM	infarkt myokardu
kg	kilogram
KRBS	komplexní regionální bolestivý syndrom
LDK	levá dolní končetina
LIS	lumboischiadický syndrom
LOC	Locus of control
Lp	bederní páteř
m.	musculus
MPQ	The McGill Pain Questionnaire
např.	například
n. l.	našeho letopočtu
PASS	Pain Anxiety Symptoms Scale
PDK	pravá dolní končetina

RTG	Radioisotope thermoelectric generator
s.	strana
SI	sakroiliakální
SIAS	spina ischiadica anterior superior
SIPS	spina ischiadica posterior superior
SM	stabilizační a mobilizační
SOC	Sence of coherence
TENS	transkutánní elektrostimulace
TSK	Tampa Scale of Kinesiophobia
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
VAS	Visual Analogue Scale
W	Watt
WHO	World Health Organization
°C	stupeň Celsia

1 Úvod

Bolest je dnes často používaným výrazem, ovšem je to pojem těžko uchopitelný. Vzhledem k tomu, že se jedná o subjektivní prožitek, který je jen těžko popsateľný druhé osobě, stejně jako je obtížné ho měřit a objektivizovat či nalézt jeho konkrétní příčiny.

Bolest lze dělit podle několika hledisek. Často užívaný pohled je podle délky trvání bolesti, kdy takto rozeznáváme akutní, rekurentní a chronickou bolest.

Chronicita bývá dlouhodobou záležitostí, nezřídka kdy i celoživotním problémem. Často bolest pro člověka chronicky trpícího bolestí nepředstavuje největší obtíž. S bolestí je spojena celá řada emocí, mezi nimiž nejčastější jsou strach a úzkost. Jejich působení je negativní i pozitivní. Ovšem v případě chronické bolesti se téměř ve většině případů objevuje hlavně jejich negativní dopad. Ten lze pozorovat v několika oblastech. Jedná se o fyzickou i psychickou stránku. V oblasti psychické se každý jedinec se strachem vyrovnává jiným způsobem, tedy volí jinou copingovou strategii.

Bolest disponuje několika vlastnostmi, z nichž nejvýznamnější a pro trpícího chronickou bolestí nejpodstatnější je její schopnost ohrozit identitu člověka a vědomí sebe sama ve všech časových rovinách.

Tato práce popisuje pojem bolesti a věnuje se především její chronické podobě. Zaměřuje se na emoce z ní vyplývající a strategie a předpoklady osob pro zvládnutí bolesti. Ve druhé části rozpracovává problematiku chronicity bolesti zad v bederní páteři, její důvody a dopady s ní spojené. Rovněž se snaží přinést možnosti jejího ovlivnění a následného efektu, což je demonstrováno v praktické části.

2 Teoretická část

2.1 Bolest

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) a Mezinárodní asociace pro studium a léčbu bolesti (IASP) je bolest definována jako „*nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutní nebo potenciálním poškozením tkáně a je vždy subjektivní*“ (Raudenská, 2011a, s. 163). V závěru definice je předložen důležitý dodatek, že bolest je záležitostí subjektivní, tudíž je její vnímání odlišné a záleží na věku, pohlaví rase a etniku (Raudenská, 2011a; Rokyta, 2009a).

2.1.1 Etiologie bolesti

Původ bolesti je mnohočetný. Na vzniku bolesti se mohou podílet chemické, biologické nebo fyzikální noxy, stejně jako psychické faktory, kdy dochází k poruše vnímání bolesti (psychogenní bolest). Význam bolesti je dvojitý:

Signální – u akutní bolesti, hlásí, že v je něco v nepořádku v organismu, že je poškozena tkáň nebo varuje před jejím dalším poškozením, tato složka je tedy varovná, upozorňuje před možným nebezpečím.

Patognomický – představuje chronickou bolest, lze ji chápat jako nemoc samotnou. Specializace v lékařství, která se zabývá léčbou a mírněním bolesti, se nazývá algeziologie (Rokyta, 2009b; Raudenská, 2011a).

2.1.2 Patofyziologie bolesti

2.1.2.1 Druhy bolesti. Místo jejich vzniku.

Podle toho, kde bolest vzniká, rozlišujeme dva základní druhy bolesti – nociceptivní a neuropatickou. Bolest nociceptivní vzniká na receptorech bolesti tzv. nocisenzorech. Druhým typem je neuropatická bolest, která nezačíná na nocisenzorech, ale přímo na nervových vláknech. V tomto případě se jedná o hypersenzitivitu samotných nervových vláken, změnu uspořádání neuronálních kanálů a poruchu těchto kanálů (Rokyta, 2011a).

2.1.2.2 Receptory bolesti

Popisujeme tyto typy nociceptorů:

1. *Vysokoprahové mechanoreceptory* – zaznamenávají tlak, tah a vibrace. Pokud jsou silněji podrážděny, reagují jako nociceptory. Do této skupiny řadíme např. Vater-Paciniho tělíška, Merkelovy destičky aj.
2. *Polymodální nociceptory* – vnímají bolestivé tepelné a chladové podněty. Patřily by sem Ruffiniho (teplo) a Krauseho (chlad) tělíška.
3. *Vlastní nocisenzory* – jedná se o receptory, které slouží výhradně k zaznamenávání bolesti. Mají podobu volných nervových zakončení. Přezdívá se jim „silent receptors“

(mlčící receptory). Název je odvozen od situace, kdy receptory nereagují až do té doby, než přijde bolestivý podnět.

Z výše uvedeného vyplývá, že nociceptory jsou stimulovány různými podněty, ať už se jedná o mechanickou, chemickou, termickou nebo přímou stimulaci draselnými ionty. V těle jsou rozmístěny různě. Lze je najít v kůži, kde přenášejí informace o povrchové bolesti. Ve svalech a kloubních pouzdrech odpovídají za hlubokou bolest a ve vnitřních orgánech za viscerální bolest (Rokyta, 2009a; Rokyta, 2011a; Erbenová, 2016).

2.1.2.3 Vedení bolestivého podnětu z místa vzniku do mozku

V případě nociceptivní bolesti je informace o bolesti vedena z nociceptorů pomocí nervových vláken (nemyelizovanými C, myelizovanými Adelta) do míchy. Jak již bylo zmíněno výše, neuropatická bolest nevzniká na nociceptorech, ale přímo na nervových vláknech, odkud je vedena jako bolest nociceptivní. Může ale začít i nikoliv na periférii, ale také již přímo v CNS (mozku nebo míše) (Rokyta, 2011a; Erbenová, 2016).

Bolestivý podnět se dostává v míše do šedé hmoty míšní a do v ní lokalizovaných Rexedových zón. Celkem pět drah, z nichž hlavní je dráha spinotalamická a spinoretikulární, pak tento podnět dále vede do různých částí mozku, kde je tento podnět zpracováván mozkovou kůrou (Rokyta, 2011a; Erbenová, 2016).

Ještě rozlišujeme dráhy sestupné bulbospinální, které odstupují z prodloužené míchy a které bolest potlačují (Rokyta, 2011a).

2.1.3 Dělení bolesti

Bolest lze dělit z několika hledisek, např. podle délky trvání, podle patofyziologie bolesti a podle jejího původu (Hakl, 2011).

2.1.3.1 Dělení bolesti podle délky jejího trvání

Z hlediska časového trvání rozdělujeme bolest na akutní, chronickou a rekurentní (Raudenská, 2011a):

Akutní bolest – je náhlá a na rozdíl například od chronické bolesti krátkodobá. Plní účel varovného signálu. Vyznačuje se prudkým nárůstem intenzity, na druhou stranu na léčbu reaguje velice dobře a rychle přichází zmírnění. Pokud ovšem nebude tato její léčba dostačující, hrozí riziko přechodu do chronicity (Fricová, 2009; Raudenská, 2011a).

Rekurentní bolest – zde se jedná o bolest, která je přechodem mezi akutní a chronickou. Charakterizuje jí proměnlivost v čase, kdy dosahuje svého vrcholu a následně ustupuje až do stádia bez bolesti. Poté může docházet k opětovným návratům, ty se objevují převážně nepravidelně.

Taktéž intenzita se mění v čase. Na rozdíl od výše zmíněné bolesti neplní funkci varovného signálu (Raudenská, 2011a).

Chronická bolest – v současné době je otázka chronické bolesti velkým problémem. Raudenská (2011a) uvádí, že asi 50% populace trpí tímto typem bolesti. Jako chronickou označujeme takovou bolest, jejíž trvání přetrvává více jak 3 měsíce, ovšem může se jednat i o kratší dobu, pokud doba této bolesti neodpovídá obvyklému trvání pro dané onemocnění či poruchu. Chronicitu lze charakterizovat intenzitou bolesti měnící se v čase, lokalizací a různým typem bolesti. Ta může být píchavá, tupá, pálivá atd. (Fricová, 2009; Raudenská, 2011a).

2.1.3.2 Dělení bolesti podle její patofyziologie

Podle patofyziologického hlediska dělíme bolest na nociceptivní, neuropatickou, dysautonomní, psychogenní a smíšenou (Hakl, 2011):

Nociceptivní bolest – tento druh bolesti je výsledkem dráždění nociceptorů na periférii. Podle lokalizace nociceptorů dělíme dále tuto bolest na somatickou a viscerální. Do této skupiny spadají bolesti pohybového aparátu, vnitřních orgánů a akutní bolest (Erbenová, 2016; Anwar, 2016).

Neuropatická bolest – v tomto případě se jedná o dysfunkci nervového systému. Bolest vzniká na periférii nebo centrálně. Periferní představuje buďto jednostranně lokalizovanou neuropatii, nebo systémovou polyneuropatii. Povětšinou se popisuje jako šlehavá, ostrá a pálivá (Erbenová, 2016; Anwar, 2016).

Dysautonomní bolest – hlavní ukázkou tohoto typu je komplexní regionální bolestivý syndrom (KRBS I), dříve častěji označovaný jako Sudeckův syndrom. Jedná se o situaci, kdy je bolest vnímána často následkem úrazu nebo chirurgického zákroku (Hakl, 2011; Anwar, 2016).

Psychogenní bolest – zde hraje roli psychická složka. Našli bychom ji u některých depresivních poruch nebo neuróz. Projevuje se jako bolesti břicha či zad (Hakl, 2011; Erbenová, 2016).

Smíšená bolest – představuje stavy, ve kterých se uplatňuje více výše zmíněných typů bolesti. (Hakl, 2011; Erbenová, 2016).

2.1.3.3 Dělení bolesti podle jejího původu

Podle tohoto hlediska dělíme bolest na onkologickou a neonkologickou (Hakl, 2011):

Onkologická bolest – onkologická nebo také nádorová bolest je reakcí na probíhající nádorové onemocnění (Hakl, 2011; Erbenová, 2016).

Neonkologická bolest – jedná se o chronickou bolest a její výskyt je nejčastější. Nejběžnějšími příčinami jsou degenerativní postižení pohybového aparátu (Hakl, 2011).

2.1.4 Měření a hodnocení bolesti

Jak již bylo řečeno v úvodu, bolest je prožívána subjektivně a z toho důvodu ji nedokážeme měřit tak jako třeba teplotu či krevní tlak. Snaha o objektivizaci tak často vede k mylným závěrům, že dotyčný přehání a my ho můžeme nesprávně pokládat za „hypochondra“ (Strouhalová–Janáčková, 2006).

Pokusy o měření bolesti započaly v raném 19. století v návaznosti na nové objevy a poznatky o struktuře a fungování nervového systému. Po druhé světové válce pak rostl zájem o tuto oblast. Existují tři způsoby, jak měřit a hodnotit bolest. Jsou jimi psychofyzika, standardizované testy a škály měření bolesti (Beitler, 2015).

Psychofyzika se pokouší určit množství podnětů, které vytváří bolest, a podnětů, jež se podílejí na zvýšení intenzity bolesti. Druhou volbou jsou standardizované testy, za pomoci kterých pacient popisuje intenzitu bolesti, její místo, trvání, charakter možné příčiny aj. Jedním ze stovek takovýchto testů jsou např. The McGill Pain Questionnaire (MPQ, 1975) nebo The Brief Perception Inventory (BFI, 1982). Nakonec zde jsou škály měření bolesti, které jsou pravděpodobně nejpoužívanější metodou v klinické praxi. Mohou mít podobu vizuální, verbální, numerickou nebo v sobě mohou být kombinací těchto prvků. Nejpoužívanější vizuální škálou pro hodnocení intenzity bolesti je vizuální analogová škála (VAS, Visual Analogue Scale, 1970). Představuje přímku o délce 100 mm se stupnicí 0–10 nebo 0–100, na níž pacient označí místo, které odpovídá intenzitě jeho bolesti, přičemž na levém konci (hodnota 0) je stav bez bolesti a na pravém konci (hodnota 10) je nejhorší bolest, jakou si pacient dovede představit. Poté se změří vzdálenost od levého konce k označenému bodu. Naměřená hodnota odpovídá intenzitě bolesti. Pro lidi s vyjadřovacími problémy, staré, nemocné, ale i jiné, a zejména pak pro děti lze použít obličejovou škálu, kde pacient ukáže na jeden ze zjednodušených výrazů obličeje, který vystihuje to, jak se momentálně cítí. Nejčastěji používanou verbální metodou je škála o pěti stupních, kde opět nejnižší číslo 1 je žádná a číslo 5 nesnesitelná bolest (Beitler, 2015; Hakl, 2011; Strouhalová–Janáčková, 2006).

2.2 Emoce spojené s bolestí

Název emoce vychází ze sloves moveo – hýbu. Tímto termínem rozumíme prožívání příjemných a nepříjemných událostí. Pojem emoce zahrnuje pocity, city, afekty a nálady, které prožíváme. Lze je dělit na kladné a záporné. Hlavní úlohy hrají naše motivace, jejichž vnějším projevem jsou emoce (Rokyta, 2011b; Honzák et al., 2006).

Hlavním centrem emocí v mozku je limbický systém. Tento systém je zodpovědný za citové a náladové části osobnosti a za chování. Je s ním spojena mozková kůra a také nižší etáže CNS,

kteřá jsou centrem vegetativního systému. To tedy znamená, že každá emoce je doprovázena i vegetativní reakcí různé intenzity a někdy i celkovou tělesnou reakcí (Honzák et al., 2006).

Chování je výsledkem složek, jako jsou složky emoční, motivační, kognitivní a složky osobnosti. Každý člověk pak má své specifické chování, kterým se projevuje a my podle něj můžeme odhadovat jeho psychické vlastnosti (Honzák et al., 2006).

2.2.1 Vymezení pojmu emoce strachu a projevy strachu

Strach (angl. fear) je obecně popisován jako nepříjemná emoce, která vzniká jako reakce na stávající nebo hrozící nebezpečí ve smyslu vnějšího a vnitřního ohrožení, tedy fyzická přítomnost hrozby a nepřítomnost jistoty představované nebo myšlené. Gramlich (2016) odkazuje na Johna B. Watsona, který považuje strach spolu se vztekem a láskou za tři základní emoce. Rovněž se Gramlich (2016) odvolává na Charlese Darwina, který již ve své knize *The Expression of the Emotions in Man and Animals* z roku 1872 uvádí, že strach je vrozenou emoci. Lze ho pokládat za nejsložitější emoci a tzv. „toxickou emoci“, jelikož strach extrémní intenzity může představovat pro jedince i smrt. Strach je také velmi nakažlivý, jestliže se totiž objeví alarmující zpráva, která vyvolává strach, tak ten se začne mezi lidmi rychle šířit. Hlavní funkcí strachu je ochrana před nebezpečím. Podněcuje jedince k vyhledání bezpečí a to způsobem úniku nebo boje tzv. flight or fight reakce. Současně má i adaptivní funkci, osoba se naučí některé hrozby strachu předvídat a zároveň se naučí, jak je zvládat nebo se jim vyhnout (Nakonečný, 2012; Gramlich, 2016).

Každá emoce má dvě složky projevu – fyziologickou a psychologickou. Obě probíhají současně během doby, kdy člověk emoci prožívá (Nakonečný, 2012; Gramlich 2016).

Fyziologická složka se skládá z reakcí viditelných i neviditelných na tváři a na těle, za které je zodpovědná aktivace autonomního vegetativního systému. Odpovědí na bezprostřední ohrožení je rozšíření očních štěrbin, rozšíření ústních koutků či otevření úst, zastavení produkce slin a pocit sucha v ústech, dilatace zornic a rozšíření nosních dírek. Pokud intenzita ohrožení stoupá, přidává se rovněž svalový třes, zvyšuje se dechová a srdeční frekvence a krevní tlak, kůže je celkově bledá, dostavuje se studený pot a „husí kůže“, rovněž v útrokách probíhají odpovídající reakce a celkově dochází k aktivaci vlivem vyplavení stresových hormonů (především adrenalinu a kortizolu). V ojedinělých případech může jedinec ze strachu vysoké intenzity i zemřít, nejčastěji z důvodu srdeční arytmie (Nakonečný, 2012; Gramlich 2016).

Psychologická složka se projevuje zastřeným nebo narušeným hlasem či ztrátou hlasu, pocity tísně, sklíčenosti, bezmocnosti. Během prožívání strachu může člověk křičet, volat o pomoc atd. (Nakonečný, 2012).

Jak již bylo zmíněno výše odpovědí na strach je reakce flight or fight. Flight si lze představit jako únik ve smyslu motoriky, tedy od místa hrozby nebezpečí. Je zde ale ještě únik, který může být prezentován jako situace, ze které nelze utéct a která vede k boji, tedy druhý pojem fight, nebo minimálně k redukci vlastního nebezpečí (Nakonečný, 2012).

Nakonečný (2012) uvádí C. E. Izarda, který pojmenoval podněty vyvolávající strach jako „přirozené spouštěče“. Těmito podněty nemusí být jen nebezpečí, ale také třeba hrozba bolesti, osamění, cizost aj. Nakonečný (2012) předkládá rovněž Ribota, který rozpoznával mezi dvěma druhy strachu. Prvním je strach instinktivní a druhý je strach založený na předchozí zkušenosti, kterou již dotyčný prožil a dává mu tušit očekávané nebezpečí. Takovýto strach se nazývá strach naučený. Je formován společenskými podmínkami a z toho důvodu se změnily i podněty, které vedou k vyvolání strachu. Na počátku bylo podnětem, který vyvolával strach, ohrožení života, tedy vlastní existence v biologickém smyslu. Nyní kvůli společenským podmínkám hovoříme i o ohrožení života sociálního, např. strach ze ztráty společenského statusu nebo ztráty zaměstnání (Nakonečný, 2012).

Bázlivost je povahový rys, který je spojován s emocí strachu. Základ bázlivosti je položen v genetice a utvářen zkušenostmi. Podle Darwina, kterého cituje Nakonečný (2012), se pocit strachu objevuje ve čtvrtém měsíci (Nakonečný, 2012).

Strach má několik forem. Chorobný strach se označuje jako fobie, strach ze selhání jako tréma a známe i příjemnou formu strachu např. v podobě sledování filmových hororů (Nakonečný, 2012).

2.2.2 Vymezení pojmu emoce úzkosti a projevy úzkosti

Úzkost (angl. anxiety) je popisována jako nepříjemný duševní emoční stav, který je následovaný tušením nejasného nebezpečí, tedy hrozby, kterou osoba není schopna přesně definovat. Je chápána jako normální a pochopitelná reakce a v tomto smyslu je také užitečnou reakcí. V tomto případě je její hlavní funkcí poskytnutí varovného signálu a zlepšení mentální a fyzické výkonnosti. O patologické úzkosti hovoříme, jestliže nemá zjevnou příčinu nebo je její intenzita nepřiměřená. Takováto úzkost pak vede ke zhoršení výkonnosti a celkově k nepříjemným emočním a fyzickým pocitům. Je rozlišeno několik forem patologické úzkosti, obecně nazývaných jako úzkostné poruchy (např. separační úzkost, agorafobie, panická ataka aj.) (Nakonečný, 2012, Hartmann, 2016).

Již antika popisovala pocit úzkosti, který byl často připisován magickým příčinám. Vysvětlení obávaných událostí v lidském životě pak popisují antické mýty. Zajímavý pohled na příčiny úzkosti poskytl Sigmund Freud, který se podle Hartmanna (2016) domníval, že úzkost pramení

ze zakázaných tužeb v nevědomí, které jsou v rozporu s tím, co si člověk myslí, že je přijatelné. Tento mentální konflikt se nazývá „úzkostná neuróza“ (Hartmann, 2016).

Různí autoři se shodli na některých situacích, které jsou schopné vyvolat úzkost. Mezi takové nejčastěji patří např. snižování a ztráta prestiže, nemoc a fyzické ohrožení, školní práce a zkoušky, finanční těžkosti i abstraktní problémy. Úzkost nesmí být zaměňována s depresí. Ta je pouze jedním z projevů deprese, která je již sama o sobě psychopatologickým jevem. Pro psychiku je tato emoce nepříjemná, proto si proti ní vyvine obranu ve formě nevědomé snahy vyhnout se tomuto pocitu nebo jej redukovat. Tento proces souvisí s obrannými mechanismy já (regrese, bagatelizace, racionalizace aj.). Ale i stereotypní chování v podobě různých rituálů je obranným mechanismem (kontrol vypnutých spotřebičů aj.) (Nakonečný, 2012).

Podobně jako strach, tak také úzkost má fyziologickou složku. K fyziologickým komponentám patří zvýšené svalové napětí, zrychlená tepová a dechová frekvence, zažívací a trávicí potíže, bolest na hrudi aj. (Nakonečný, 2012).

2.2.3 Rozlišování mezi strachem a úzkostí

Jak již bylo zmíněno výše, strach a úzkost jsou emoce, které mají ochranný charakter, tedy hlavní funkcí je zachování existence jedince. Nicméně mohou se stát i patologickými a působit fyzicky i psychicky destruktivně (Sylvers & Lilienfeld & Lapraririe, 2011).

Navzdory tomu, že dnes se poměrně hodně hovoří o např. úzkostných poruchách, literatura ohledně vztahu strachu a úzkosti je teprve na začátku. Hranice definic strachu a úzkosti jsou prozatím nejasné. Někteří autoři mezi těmito pojmy nerozlišují a zaměňují je, jiní je již chápou jako dvě odlišné emoce (Sylvers & Lilienfeld & LaPrairie, 2011).

Pavlov se zabýval odpověďmi ve formě strachu, které byly vyvolány určitými podněty a které se vyvinuly, aby nás chránily před ohrožením. Pavlov tak nepřímou říká, že strach je zapříčiněn podněty, které nám dávají tušit nebezpečí a hlavní jeho funkcí je vyvolat obranné chování pomocí aktivace příslušného neurobehaviorálního obvodu, který je schopen toto chování člověku k obraně poskytnout. Tímto tvrzením se nepřímou shoduje s pohledem Sigmunda Freuda, který od sebe odlišil strach a úzkost. Ten říká, že strach je očekávanou odpovědí na specifickou a konkrétní věc, zatímco úzkost je z jeho pohledu podobný emoční stav, ale bez konkrétní příčiny. S výpovědí Freuda se shoduje i Nakonečný (2012), který uvádí, že strach je obavou z něčeho konkrétního (ztráta zaměstnání, nemoc aj.), ale ve stavu úzkosti neexistuje obava z něčeho konkrétního. Cituje i shodné stanovisko Drvoty, který též uvádí, že strach se vztahuje na určitý objekt, zatímco úzkost je bezpředmětná a vázána na něco budoucího, zatímco strach na přítomnost. Rovněž podle Drvoty, jak ho cituje Nakonečný (2012), se strach týká více objektu, úzkost subjektu. Ve stavu úzkosti

člověk nedokáže hrozbu lokalizovat v místě a čase, odstranit ji nebo se jí vyhnout, jsou pro ni příznačné obavy z vlastní bezmocnosti a ztráty integrity vlastní osobnosti (Perusini & Fanselow, 2015; Hartmann 2016; Nakonečný, 2012).

Zajímavé je i srovnání pojetí strachu a úzkosti v klinické a neurovědecké literatuře. Sylvers, Lilienfeld a LaPrairie (2011) se odkazují na autory v klinické literatuře Becka a Emeryho, kteří zmiňují, že strach je kognitivní reakce na hrozbu a úzkost je emoční reakce na strach. Dalším autorem klinické literatury, kterého Sylvers, Lilienfeld a LaPrairie (2011) uvádějí, je Epstein, který považuje strach za emoční reakci, která pramení z toho, jak vykládáme signály prostředí jako hrozbu a strach se pak následně promítá do vyhýbavého a útěkového chování. Naproti tomu úzkost může vznikat třemi cestami. První cestu pojmenoval jako „nevyřešený strach“ – samotné vyhýbání se podnětům, které mohou způsobit strach, je narušeno. Druhou cestu představuje jedinec, který přeceňuje potenciál hrozby v nejednoznačných situacích. Ohrožení je tedy neurčité a zaměřené na budoucnost. Tuto tezi podporuje i řada současných klinických autorů. A nakonec třetí, kdy osobě se nevyplní to, co očekávala. Epstein své poznání shrnuje tak, že úzkost vyvolává nadměrnou koncentraci na nejistotu (Sylvers & Lilienfeld & LaPrairie, 2011).

Neurovědecká literatura pojímá strach a úzkost mnohem jasněji. Strach je považován za averzivní reakci na vědomé nebo nevědomé vnímání podnětů ohrožení. U savců existují tři možné vzory chování v odpovědi na strach – útěk, boj a nehybná pozice na místě. Nejvíce studií pracuje s fyzickou hrozbou, která vyvolává strach. Avšak White a Depue, které citují Sylvers, Lilienfeld a LaPrairie (2011), zastávají názor, že nezáleží na typu hrozby, ale na specifičnosti a stupni hrozby. Tedy že sociální situace mohou být příčinou strachu u lidí, protože častěji se vyskytuje sociální poškození, které může být stejně devastující jako fyzické poškození. Naproti tomu úzkost je chápána jako dlouhotrvající zvýšená pozornost k očekávání nějaké hrozby nebo reakce na tuto hrozbu, která ale není jasně definována (Sylvers & Lilienfeld & LaPrairie, 2011).

2.3 Chronická bolest a její specifičnost

2.3.1 Chronická bolest jako nemoc

Jak již bylo zmíněno v předcházejících kapitolách chronická bolest je přetrvávající a patologická. Představuje nemoc samu o sobě, ukazuje na stav, kdy uzdravování neprobíhá dobře. Zasahuje fyzickou, kognitivní i behaviorální složku jedince. Podle Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) je za chronickou bolest považována každá bolest, kterou není možné přesně přiřadit k určité diagnóze ani lokalizovat do přesného místa v těle, může nabývat všech stupňů intenzity a trvá déle jak tři měsíce. Ačkoliv chronická bolest vykazuje některé znaky, které lze zaznamenat dříve než před třemi měsíci. Odhaduje se, že 7%–64% populace trpí chronickou

bolestí. Takováto šíře je vzhledem k rozdílům v přesné definici, ke sběru dat a atd. Nový přírůstek nemocných je 5–10% za rok. Rozlišujeme 4 typy chronické nemoci:

1. *Typ* – ohrožují člověka na životě (rychle progredující nádory, závažné kardiovaskulární potíže jako CMP nebo infarkt myokardu)
2. *Typ* – nejsou akutní, i když ohrožení na životě také z dlouhodobého hlediska přinášejí (diabetes mellitus 2. typu, hypertenze, osteoartritida aj.)
3. *Typ* – choroby progresivní (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza aj.)
4. *Typ* – nepředstavují ohrožení života, ale v průběhu času se mění a z toho důvodu je jejich zvládnutí obtížné (chronický únavový syndrom) (Hecke & Smith, 2015; Raudenská, 2011b).

Každopádně dopady této nemoci pozorujeme v několika oblastech. Osoby mají snížené fyzické a psychické zdraví, zvyšuje se mortalita těchto jedinců, jen omezeně provozují své aktivity (společenské, pracovní, volnočasové), zhoršuje se celková kvalita jejich života, ve zvýšené míře využívají zdravotnické péče (zvýšené dávky medikace, návštěvy specialistů). Zažívají těžkosti na poli finančním i sociálním. Jejich ekonomická zátěž je i zátěží pro celou společnost. Oliver van Hecke a Blair H. Smith (2015) udávají, že finanční náklady na péči o tyto osoby se za rok 2008 vyšplhaly v Evropě na 300 miliónů dolarů a ve Spojených státech na 635 miliónů dolarů (Hecke & Smith, 2015).

2.3.2 Faktory spojené s chronickou bolestí

Ačkoliv je chronická bolest čistě individuální a může mít samostatnou primární příčinu, jsou známy i rizikové faktory, které mají vliv na trvání, intenzitu aj. a které se rozdělují na ovlivnitelné a neovlivnitelné. K nejvíce rizikovým faktorům patří bolest sama. Včasný zásah a ošetření akutní bolesti je důležité, aby nedošlo k rozvoji chronicity, protože jak se ukazuje, anatomické změny v mozku se objevují již v raných stádiích bolesti. Prognózu zhoršuje také špatná psychika (úzkost, deprese aj.). U lidí, kteří trpí více nemocemi, je prevalence chronické bolesti vyšší než u těch, kteří jimi netrpí. Je podstatné, aby chronická bolest nebyla řešena izolovaně, ale současně s ostatními chorobami. K dalším rizikovým faktorům patří kouření. Lidé, kteří nikdy nekouřili, ohlašují méně bolestivých míst s menší intenzitou než kuřáci. Ovšem není známo, zdali zanechání kouření vede ke zlepšení bolesti. Přesto kouření zůstává hlavním rizikovým faktorem kardiovaskulárních chorob, které se podílejí na mortalitě ve skupině lidí s chronickou bolestí. Se snížením rizika kardiovaskulárních chorob a tudíž i s prevencí chronické bolesti souvisí obezita, jež je dalším faktorem. Nástupu chronické bolesti lze také předejít, pokud jsou vyřešeny problémy s přerušovaným spánkem. Dlouhodobé obtíže v této oblasti obecně vedou k depresivním náladám a tím přispívají k výskytu chronicity bolesti. Ještě je nutno zmínit pracovní statut a faktory

zaměstnání. Ukazuje se, že osoby ohlašovaly více chronické bolesti, pokud během nemoci nebyly schopny práce než osoby zaměstnané (Hecke & Smith, 2015).

Nelze ovšem ovlivnit věk. Neexistují studie ohledně toho, že by byla nějaká spojitost mezi věkem a bolestí, ovšem lze prohlásit, že vyšší prevalenci najdeme ve vyšším věku. Rovněž pohlaví řadíme k neovlivnitelným faktorům. Vyšší výskyt bolesti se nachází u žen. Je to vysvětlováno několika důvody – ženy častěji vyhledávají pomoc ohledně bolesti, mají také nižší práh bolestivosti, zažívají větší nepříjemnosti nebo intenzitu bolesti. Co se týká etnického a kulturního pozadí, tak podle WHO World Mental Health Surveys je prevalence v rozvinutých a rozvojových zemích podobná. Zajímavé jsou ovšem zjištění ohledně socioekonomického pozadí. Lidé, kteří pocházejí z horších socioekonomických podmínek, nejenže mají více zkušeností s bolestí, ale ta je i vážnější. V neposlední řadě hrají roli i genetické faktory a dědičnost. U dětí rodičů, kteří mají ve své anamnéze chronickou bolest, lze předpokládat, že mohou mít sklony také k rozvoji stejného problému. Pravděpodobně existuje dědičný fenotyp, částečně podmíněn geny. Vzájemnou interakcí těchto „genů bolesti“ s psychosociálními faktory a faktory životního stylu vzniká následně chronická bolest (Hecke & Smith, 2015).

2.3.3 Vnímání chronické bolesti

Vnímání je proces, který organizuje, rozpoznává a interpretuje sensorické informace z okolního prostředí i z našeho organismu. Dovoluje nám udělat si představu o tom, co v daný okamžik cítíme, vidíme, slyšíme, vnímáme dotykem. Prvním krokem je počitek. Představuje situaci, kdy receptory byly aktivovány určitým podnětem a zachycenou zprávu přenáší nervový systém dál do mozku, kde dochází ke zpracování a následnému uvědomění si stimulu, v našem případě bolestivého stimulu (Keenan, 2016; Honzák et al., 2006).

Na jedné straně stojí vlastní patofyziologie bolesti a na druhé její prožívání pacientem a jeho okolím. Chronická bolest je zásahem do oblasti fyzické, psychické i sociální, a to nejenom pro trpícího člověka, ale také pro jeho okolí (rodiče, příbuzné, zaměstnance aj.). Situaci ztěžuje i fakt, že příčiny chronické bolesti jsou multidimenzionální, z toho důvodu je také obtížné najít vhodnou metodu léčby, což může být také frustrující. Ovšem vnímání bolesti je čistě subjektivní, proto někteří lidé vnímají bolest jako něco „dobrého“, co směřuje k žádoucímu výsledku, ale většina spíše, a to hlavně v případě chronické bolesti, jako něco „zlého“, co mu přináší utrpení a značí na neblahý výsledek. Každý sám tedy dotváří pocit bolesti a svým pojetím si prožívání bolesti usnadňuje, nebo naopak zlehčuje (Balcar, 2009; Dansie & Turk, 2015).

2.3.4 Reakce trpícího a okolí na jeho bolest

Každý člověk, jenž zakouší bolest, na ni svým způsobem reaguje – odezvou v těle, v myslí, v chování. Tato odpověď se různí podle toho, zda jde o bolest akutní či chronickou. Dále se budu věnovat jen druhé zmíněné v pořadí (Balcar, 2009).

Chronická bolest je úzce spjata s psychikou, která může být jejím prvotním zdrojem nebo naopak se chronická bolest podepisuje na psychice. Vyvolává řadu pocitů od krátkodobých afektů až po dlouhodobé naladění. Reakce na bolest se vyvíjí v několika fázích, přičemž délka trvání každé z nich je ovlivněna zdravotním stavem, perspektivou dané situace a stupněm zralosti jedincovy osobnosti. Jednotlivé fáze podle Strouhalové–Janáčkové (2006) jsou:

Výkřik – projevuje se citovou reakcí často ve formě vnitřní paniky – strach, obavy, zmatek, zděšení; i vnější – emocionální projev.

Popření – snaha o vědomé potlačení nastalé situace. Projevuje se citovou otupělostí a lhostejností. Pozornost a vnímání jsou sníženy. Obranným mechanismem může být regrese nebo útěk do náhradní činnosti.

Intruze – neustálé vkrádání myšlenek ohledně aktuální situace a s ní spojené citové zabarvení se snahou tyto myšlenky potlačit.

Vyrovnaní – fáze, kdy osoba hledá nové způsoby.

Smíření – vyrovnaní se s problémem a nalezení jeho řešení.

Poslední smíření vyžaduje určitou změnu. Ta představuje úsilí pacienta svůj stav změnit. Rozvíjí své adaptivní zvládací mechanismy, to znamená, že experimentuje se svým stavem a zkouší různé možnosti. Sám je aktivní. V kontrastu stojí neadaptivní přizpůsobení se, kdy jedinec rezignuje a pasivně se s realitou smíří (Balcar, 2009; Neudertová, 2011; Strouhalová–Janáčková, 2006).

Chronicita pro člověka vždy znamená ztrátu. Na prvním místě se jedná o ztrátu zdraví a psychické pohody. Jedinec je neustále konfrontován stálým utrpením, proto lze mluvit i o ztrátě životní energie a elánu. Stává se méně aktivním a činorodým, snižuje se jeho pracovní výkon, čímž přichází o možnost posouvat se v rámci budování své kariéry. Dochází rovněž ke změnám jeho sociální role a role v rodině. Bolest současně narušuje jeho představy o plánech do budoucna a jeho sny. Zasažena bývá i spirituální stránka, kdy si klade otázku, proč právě on musí trpět. Prožívání je tím horší, čím jsou změny větší (Balcar 2009; Neudertová, 2011).

Pro pacienta a jeho stav je důležitá i reakce a přijetí jeho stavu okolím, včetně lékaře a zdravotního personálu. Všichni reagují s důvěrou nebo nedůvěrou, snaží se pomoci nebo se distancují. Příčina chronické nemoci je ve většině případů dlouho nedohledatelná a bolest přetrvává i po nasazení léčby. Lékař se tak může neprávem domnívat, že původ nemusí být

somatický, ale psychologický a tak přímo či nepřímo obviňovat pacienta. Ten po čase může převzít vinu za svoji bolest, vyhýbat se kontaktu s lékařem či zkreslovat svůj skutečný stav, jen aby ho lékař vnímal jako „normálního“. Každopádně takovýto vztah pacient – lékař se odráží v chování trpícího a nepříspěvá k dobrému zvládnání choroby. Podpůrné zázemí vyhledává nejenom ve zdravotním zařízení, ale i v rodině, u přátel nebo v práci (Raudenská, 2011b).

2.3.5 Zvládnání chronické bolesti. Bolestivé chování

Bolestivé chování (angl. pain behaviour) zavedl v roce 1982 Keefe jako označení pro verbální i nonverbální projev člověka, který trpí bolestí a utrpením, a který sleduje lékař nebo jiný pozorovatel. K nonverbálnímu vyjádření patří grimasování, změněná a abnormální chůze, abnormální postoje, používání pomůcek (berle, vozík aj.) či vyhýbání se dosavadním aktivitám (rodinným, společenským, pracovním aj.). Dlouhodobá bolest pacienta sužuje a vyvolává u něj řadu negativních emocí, které se s délkou trvání bolesti prohlubují a tím pádem ovlivňují verbální projev. Ovšem stejně jako je prožívání individuální, liší se u každého i vlastní chování, které je ovlivněno několika faktory (intenzita bolesti, zasažení všech oblastí života, emoční strádání). Pacientovo chování je také ukázkou jeho copingové strategie – strategie ohledně řešení nových nastalých životních situací, kterou mohou už zmíněné faktory maladaptivně ovlivnit (Raudenská, 2011b; Paraschiv-Ionescu & Aminian & Perruchoud & Rutschmann & Buchser, 2016; Strouhalová-Janáčková, 2006).

Zvládnání bolesti je proces, který se neustále vyvíjí a je jedinečný. Každý bolest zvládá podle svých aktuálních a osobnostních dispozicích. Existuje několik koncepcí, které se zabývaly faktory, jež ovlivňují způsob zvládnání (např. angl. concept sence of coherence Aarona Antonovského, 1987; angl. concept hardiness Susan Kobasové, 1982) (Neudertová, 2011).

Lidé trpící bolestí jsou klasifikováni podle toho, jakou copingovou strategii si zvolili, do tří skupin. Máme pacienty, kteří sice optimisticky pohlížejí na svoji nemoc, ovšem tento optimismus je důsledek snižování závažnosti postižení. Ve druhé skupině jsou ti, kteří smýšlejí pesimisticky a pocítují nadměrnou obavu, očekávají komplikace, pohlížejí záporně na svoji budoucnost. Třetí skupinu tvoří lidé s realistickým pohledem. Osoby dlouhodobě sužované chronickou bolestí spontánně vytvářejí negativní náhled do budoucna. Objevuje se u nich touha se bolesti v budoucím období vyhnout, tím se rozvíjí vyhýbavé chování (Strouhalová-Janáčková, 2006; Neudertová, 2011).

2.3.6 Koncepty prožívání chronické bolesti

V této kapitole budou krátce nastíněny tři koncepty, které se zabývají osobnostními činiteli, které ovlivňují výsledné prožívání bolesti (Neudertová, 2011).

2.3.6.1 Koncept Locus of control

Locus of control (LOC, koncept místa kontroly) je pojem, kterým psychologie osobnosti nazývá koncept klinického a sociálního psychologa Juliana B. Rottera (1916–2014) a který se zabývá tím, s jakou mírou jedinci věří, že jsou hlavními hybateli svého života a věcí, které se jim dějí. Rotter rozdělil lidi na internalisty a externalisty, tedy podle toho odkud přichází „vládnoucí síla“. Internalisté jsou přesvědčeni o tom, že to, jak žijí je dílem jich samotných, záleží na jejich úsilí a schopnostech a podle toho bude vypadat jejich život i úspěch, kterého dosáhnou, proto i to, zda jsou zdraví či nemocní, je výsledkem jejich chování. Oproti tomu externalisté mají pocit, že ten, kdo řídí jejich bytí, je vně. To, co se jim přihodí, závisí na vnějších faktorech (vnějších událostech, ostatních silnějších lidech, náhodě, štěstí aj.) a oni je nemohou ovlivnit. Pokud prožívají bolest, bývají depresivnější, pociťují beznaděj a volí maladaptivní copingové strategie. Vyhracené případy externalismu se nazývají learned helplessness (naučená bezmocnost), kdy osoby odmítají učinit cokoliv, aby změnili stav vnějších okolností (Neudertová, 2011; Keenan, 2016; Baštecká, 2015).

2.3.6.2 Koncept sence of coherence

Sence of coherence (SOC, smysl pro integritu) neboli také „šestý smysl pro přežití“, který se utváří do 30. věku, je konceptem americko-izraelského sociologa Aarona Antonovského (1923–1994), který ho představil v roce 1987. Poukázal v něm na tři rozměry lidské osobnosti, které určují to, zda se člověk nechá těžkostmi a překážkami lehko zlomit, nebo jim čelí. Prvním rozměrem je srozumitelnost. Pod ní si představoval, že svět je vnímán jako srozumitelný, poznatelný a uspořádaný celek, jehož fungování má logiku, složka kognitivní. Druhá je zvladatelnost, neboli um ovlivňovat, kontrolovat a zvládat životní role a cíle, složka chování. Poslední smysluplnost představuje nalezení smyslu vlastního bytí, které by mělo být spolu s chováním, prožíváním a se vztahy k druhým lidem chápáno jako smysluplné, složka motivační (Neudertová, 2011; Baštecká, 2015).

Aaron Antonovsky je také tvůrcem pojmu salutogeneze, neboli vědy, jež se zabývá tím, jak vzniká zdraví a co ho posiluje a podporuje. Přinesl tedy do tradiční medicíny zajímavou myšlenku, a to obrátit pozornost od původu nemoci (patogeneze) k původu zdraví (salutogeneze) (Moos, 2014; Kada, 2014; Baštecká, 2015).

2.3.6.3 Koncept hardiness

Hardiness (nezdolnost typu hardiness) od psycholožky Suzanne Kobasaové se věnuje podobné osobnostní charakteristice jako Antonovsky. Anglicky hardiness jako něco pevného a tvrdého přirovnává k vlastnosti člověka být pevný a tvrdý vůči překážkám jakou je bezesporu např. chronická bolest. Rysy tvrdosti se někdy popisují jako tři „c“ podle jejich anglického pojmenování.

První commitment (vlození se) znamená vlastní vklad do věcí s vírou v ně a jejich smysl v práci, rodině, životě. Druhá challenge (výzva) představuje rys člověka, který chápe překážku jako výzvu. Poslední control (vláda) popisuje vládu nad vlastním životem. Jestliže disponuje těmito vlastnostmi, pak se, podle studií, na nemoc lépe adaptuje a lépe se i o sebe postará, vybírá si účinnější copingovou strategii, častěji hledá a využívá sociální podpory (Neudertová, 2011; Baštecká, 2015).

2.3.7 Bolest bederní páteře

Od 50. let 20. století se upřela pozornost na zvětšující se čísla počtu lidí ve vyspělých zemích, kteří trpí bolestmi zad, které se vyskytují v jejich různých částech. V této kapitole bude pojednáno o bolestech bederní páteře, která je nejčastější oblastí. Asi 50% až 80% dospělé populace ve svém životě již zažilo bolest bederní páteře. Je to také současně pátý nejčastější důvod, proč lidé navštíví svého lékaře, což také znamená velký ekonomický dopad na společnost (Kozák, 2009; Mičánková Adamová, 2011; Dorsi & Belzberg, 2015).

Příčina bolestí zad bederní páteře, pro které se v anglicky píšící literatuře vžil název low back pain, leží ve spinálních a paraspinálních strukturách v oblasti lumbosakrální páteře. Bolest se může lokalizovat od oblasti lopat kosti kyčelní až po kostrč. I zde můžeme bolest rozdělit do dvou základních skupin, na akutní a chronickou, přičemž závisí na ukazatelích popsanych v příslušných předchozích kapitolách, kam bolest řadíme (Dorsi & Belzberg, 2015).

Z etiologického pohledu vznikají dvě skupiny možných příčin. Převládají mechanické příčiny nad nemechanickými. Do první skupiny spadají všechny onemocnění, jež vznikají funkčními a degenerativními změnami páteře, např. herniace disku, spondylolýza, zlomeniny, osteoporóza s kompresní frakturou aj., a do druhé příčiny na podkladě organického onemocnění nedegenerativní povahy, jako např. záněty, karcinomy, abscesy aj. Oblast zad je ale i místem, které odráží choroby vnitřních orgánů (onemocnění ledvin, gastrointestinálního traktu aj.). Přičemž není vůbec jednoduché jednu přesnou příčinu určit. Udává se, že u 50% až 80% pacientů, kteří mají bolesti zad z mechanického přičinění, není možné pomocí fyzického vyšetření ani pomocí diagnostického testování zjistit důvod bolesti. V diagnostice pro odlišení vážnějšího stavu od nespecifické bolesti zad byl zaveden pojem red flags. Jedná se o sadu varovných příznaků, které by měly poukázat na závažnost situace (věk nad 50 a pod 20 let, předchozí výskyt karcinomu, zhoršující se bolest v noci aj.). Samozřejmě, že každá nemoc, má svá specifika a různý projev, podle kterého je možné diferencovat původ bolesti. Proto je tedy nutné pečlivé vyšetření zahrnující jednak fyzikální vyšetření, ale i zobrazovací metody. Následuje jasná diagnóza a konkrétní

možnosti léčby sahající od fyzických aktivit až po orální medikaci (Dorsi & Belzberg, 2015; Mičánková Adamová, 2011).

2.4 Strach z bolesti

Bolest je signálem, který upozorňuje na ohrožení organismu. Vede k utrpení a v době své přítomnosti na sebe váže pozornost, zasahuje do probíhajících procesů a vyvolává negativní emoční reakce jako depresi, úzkost a především pak strach, který bolest zpětnově ovlivňuje, tedy zesiluje ji. Častokrát je větší intenzity než bolest samotná. Navíc může přetrvávat a zachovávat psychické změny způsobené bolestí, a to i po odstranění její příčiny a vyléčení patofyziologického procesu. To, jak bude jedinec bolest zvládat, jak ji dokáže čelit a jak získá zpět psychickou stabilitu, závisí na strachu. Pokud je menší intenzity, nemusí zpětnově vůbec působit a proces rekonvalescence nenarušuje. Silné intenzity narušuje proces zvládnutí, objevuje se úzkost, zlost, deprese a zasaženo je i kognitivní vnímání, kdy trpící negativně hodnotí sebe a svoji situaci. To vše udržuje a ještě více prohlubuje nepříznivé psychické změny a přináší negativní hodnocení (Knotek & Knotková & Raudenská, 2015; Raudenská & Javůrková & Kozák, 2013a).

Strach z bolesti je v odborné literatuře uváděn jako algofobie či odynofobie. Jeho rozvinutí se odvíjí od prožitých zážitků s nemocí, bolestí, úrazem, operací, zdravotnickými výkony i chováním rodiny a zdravotnického personálu. Nejenom strach, ale i úzkost, pozornost, katastrofizace a vyhýbavé chování souvisí s bolestí. Formy úzkosti, kterými pacienti s chronickou bolestí trpí, jsou nejčastěji generalizovaná úzkost nebo panická porucha. Pozornost trpícího se více zaměřuje na bolest, na její léčbu a únik od ní. Z toho se odvozuje budoucí vyšší stres a nadměrné využívání zdravotní péče. Bolest s sebou přináší i katastrofické myšlení. Poslední v řadě je vyhýbání se, kdy se člověk vyhýbá aktivitě, která vede k invaliditě a snížení svalové i kardiovaskulární kondice, což je primárně spojeno se strachem z bolesti, nikoliv s bolestí. Reakcí na chronickou bolest je frustrace a jejím důsledkem deprese, která se vyskytuje u 19–54 % pacientů a jejíž součástí je často hněv a snížené sebehodnocení (Raudenská & Javůrková & Kozák, 2013a; Raudenská & Javůrková & Kozák, 2013b).

2.4.1 Objekty strachu u bolesti

Lidé trpící chronickou bolestí se obávají více věcí než jen toho, že bude bolest přetrvávat. Existuje mnoho „obávaných objektů“, tedy věcí, událostí, ze kterých mají osoby strach a které jsou dopadem právě dlouhodobé bolesti. Tyto objekty mohou mít konkrétní podobu, stejně jako mohou být abstraktní a slovy jen těžko popsatelné, jako např. obava ze změnění identity nebo snížení sebeúcty (Morley & Eccleston, 2004).

Změnou identity u pacientů s chronickou bolestí se zabývala Daviesová, již jako příklad zmiňují Morley a Eccleston (2004), která zkoumala pomocí jednoduchých otázek a odpovědí, jak by mohlo v budoucnosti vypadat jejich já. Dala jim dva body k zamyšlení. První – kým doufají, že budou, a druhé – kým se obávají, že budou. Jejich výsledné obavy shrnula do pěti kategorií (bolest, vlastní existence, zdravotní, finanční, sociální a rodinné). První kategorii týkající se bolesti se vztahovala k jejímu možnému zhoršení, dalšímu trvání a rozšíření. Druhá obsahovala následky bolesti v běžném životě, třeba obavu neschopnosti pracovat až po obavu z nemožnosti provozovat jakoukoliv aktivitu a trvalou invaliditu se ztrátou vlastní sebeobsluhy a závislosti na druhých. Kategorie zdraví představuje strach z budoucího možného zdravotního stavu a taky z lékařské péče a výkonů. Finanční kategorie se dotýká dostatečného finančního zajištění. Poslední sociální a rodinná kategorie zahrnuje obavy z nedostatečného plnění své sociální role nebo dokonce její ztrátu, obavy z důsledků vlastního změněného chování a především velmi častou obavu ze situace, kdy se trpící člověk stane přítěží pro milovanou osobu nebo blízkou rodinu. Paradoxem chronické bolesti je fakt, že lidé se bojí sociální izolace, avšak záměrně se sociálním aktivitám vyhýbají, aby nedali nikomu záminku vidět je jako nemohoucí anebo stát se pro někoho již zmíněným břemenem. Na této studii lze tedy ukázat, že pacienti s chronickou bolestí prožívají celou řadu obav od těch z bolesti a invalidity až k rodinným, sociálním a existenčním. Chronická bolest se výlučně nevztahuje pouze k emocím úzkosti a strachu, ale také například i k hněvu či agresi. Vysvětlení je jednoduché. Bolest neustále narušuje každodenní život pacienta, který je logicky frustrován a tím u něj dochází k vyvolání hněvu a agrese. Frustrace je hlavní emoce, která spojuje pacienty trpící chronickou bolestí s těmi s akutní bolestí, ačkoliv i ti prožívají v různé kvantitě depresi, strach, úzkost nebo hněv (Morley & Eccleston, 2004).

Knotek, Knotková a Raudenská (2015) ve své práci zmiňují, že do nedávna byl opomíjen fakt působení psychologických procesů při chronické bolesti. Domnívají se, že strach z bolesti je určován nejenom samotnou bolestí a jejím kognitivním zpracováním, ale rovněž i předpokladem osoby s větší mírou úzkostnosti (Knotek & Knotková & Raudenská, 2015).

2.4.2 Zasahování chronické bolesti do každodenního života pacientů

Bolest má tři důležité schopnosti – přerušování, zasažení a ohrožení identity. Vyvolává řadu obávaných objektů a taktéž je silným spouštěčem úzkosti a dalších negativních emocí, na čemž mají podíl hlavně tyto tři schopnosti. První dvě zmíněné jsou v následujícím textu stručně popsány, identitě je věnován větší prostor. Porozumění těmto třem I, jak jsou v anglicky píšící literatuře nazývány (angl. interruption, interference, identity), dovádí k poznání, proč bolest představuje tak vysoký stupeň ohrožení a proč u pacientů najdeme mnohokrát nespočet obávaných objektů. Jistě

takto působí i mnoho dalších chronických nemocí, ovšem chronická bolest je hrozbou pro každou úroveň lidské existence (Morley & Eccleston, 2004).

2.4.2.1 Přerušení

Jedním z rysů bolesti je v momentě přerušit aktuální chování. Pokud k tomu dochází častěji a to tak, že bolest na sebe v tu chvíli strhne veškerou pozornost, vede to často k hypervigilanci. Tuto bezprostřední zkušenost s bolestí nazveme jako primární přerušení. Za sekundární považujeme kognitivní mechanismy, tzv. katastrofizování, tedy černé myšlenky o možných poškozujících mechanismech a dopadech, které má stejný dopad na současnou situaci. Pacient začne v okamžiku hodnotit svůj zdravotní stav a přemýšlet nad ním, což ho rozptyluje a odvádí v tu chvíli jeho pozornost od dokončení úkolu (Morley & Eccleston, 2004).

2.4.2.2 Zasahování

Druhá mimořádná schopnost bolesti je prostupovat do vědomí a zasahovat do kognitivních procesů v každodenním životě pacientů s chronickou bolestí. Následky tohoto děje jsou patrné – osoby si často vytvoří frustraci a důsledky se značí i v míře invalidity, kterou vyhodnocuje mnoho testů od jednoduchých jako Pain Disability Index až po složité jako Sickness Impact Profile. Ačkoliv bolest disponuje touto vlastností, nemusí být nutně kompletně zasaženo aktuální chování. K zasažení probíhajícího chování může dojít náhle, ale pořád jedinec bude schopen uspokojivě dokončit svůj úkol. Zpočátku je časté zasahování do každodenních aktivit zdrojem frustrace, ovšem poté záleží na člověku, jestli dokáže tuto překážku překonat a jak na ni bude pohlížet. Ovšem opakující se zasažení bolestí znemožňuje dokončení určitého úkolu. Buďto proto, že toho není jedince jednoduše schopen, nebo neustále se vracející bolest snižuje jeho výkonnost natolik, že on sám vyhodnotí samotné provedení úkolu jako neuspokojivé, pokud ho porovná se svým běžným standardem v době, kdy bolest nepocíťoval, nebo pokud provedení neodpovídá jeho osobním požadavkům a nárokům. Uskutečnění úkolu nezáleží jen na pozornosti, která se v daný moment upírá k bolesti a nikoliv na právě prováděnou činnost, ale souvisí i se ztrátou pracovní paměti. Skupina činností, do nichž bolest zasahuje, je velká. Jsou to činnosti, jejichž přerušování znamená pro jedince značný sociální a ekonomický dopad, jako zaměstnání. Na druhé straně stojí aktivity běžného dne na „nízké úrovni“. Ale právě ty jsou sociálně a psychologicky významné, neboť nezvladatelnost plné sebeobsluhy představuje závislost na druhých a tudíž obraz zátěže pro ostatní. To nutí člověka přehodnotit pohled na sebe samého (Morley & Eccleston, 2004).

2.4.3 Identita

2.4.3.1 Pozadí pojmu

Co je to identita? Na tuto otázku začalo hledání odpovědi především ve dvacátém století a pokračuje i ve dvacátém prvním. Zodpovězení není důležité pouze pro odbornou veřejnost,

ale poslouží k porozumění šíře osobních a sociálních problémů v každodenním životě. Každý člověk si ve svém životě položí jednu otázku „Kdo jsem?“, která zvýšeně rezonuje hlavně v období dospívání. Jejím primárním cílem je poznat a rozvinout své já. Jedinec toho dosahuje experimentováním s rolemi v různých sociálních prostředích, kterým může být domov, škola, náboženství, sport aj. Svoje já prezentuje pomocí osobnostních charakteristik i materiálních věcí a tak se snaží odpovědět na úvodní větu. Zastávání určité role v některém z prostředí osoba sama sebe přiřazuje k určité skupině a vytváří ze sebe unikátní neopakovatelnou bytost (Mercadal, 2014; Carter, 2015).

K nejvýznamnějším teoriím, které se snažily objasnit pojem identita, patří zejména angl. the theory of psychosocial development (teorie psychosociálního rozvoje) a the identity status theory (teorie statusu identity). Teorie psychosociálního rozvoje nebo také Eriksonova teorie identity představuje osm etap rozvoje a poprvé také používá termín krize identity. Typická je pro adolescenty, kteří v tomto stádiu experimentují, snaží se pochopit, kdo jsou a do budoucna si utvořit svou identitu. Jestliže krize není vyřešena, osoby si nejsou jisty svou identitou a nestojí si pevně za rolemi, které v dospělé společnosti později hrají. Druhá teorie známá jako Marciov vzorec statusu identity (angl. identity status paradigm) rozpracovala klíčové body Eriksonovy teorie, krize (angl. crisis) a odevzdání (angl. commitment). Odevzdání se vykládá jako fáze po výběru řady identit, jakési přiznání k zvolené identitě a angažování se ve zvolených aktivitách. Teorie rozděluje identitu do čtyř statutů podle zastávání stanovisek v určitých oblastech. Lidé s nízkým stupněm si málo stojí za svou volbou, krizi identity nevyřešili. Opačně to mají osoby se čtvrtým stupněm, které se plně odevzdaly zvolené identitě. Ta je po celý život formována prostředím, ve kterém žije. V dnešní době mají výraznou formovací úlohu média. Média a popkultura významně ovlivňují vztah mezi pohledem společnosti na jedince a jeho vlastní vnímání sebe sama (Mercadal, 2014).

2.4.3.2 Identita ve vztahu k chronické bolesti

Běžně je chronická bolest ve spojení s utrpením, ale toto pravidlo neplatí vždy. Morley a Eccleston (2004) představují práci Leventhala (et al., 1999), který přišel s kognitivně psychologickým konceptem o já-schématech (angl. self-schema). Psychologie tímto termínem rozumí jedincovo povědomí o sobě a vnímání sebe sama, tedy dojem, jaký sám ze sebe cítí. Leventhal a jeho kolegové považují při ohrožení identity za klíčovou otázku, zdalipak se nějakým způsobem projeví na já-schématu, a tedy i na identitě, opakované přerušování bolestí a její zasahování do cílů jedince, které se u každého liší. Jako příklad uvádí Chapman a Gavrín, na které se odkazují Morleyho a Ecclestona (2004) artritidu prstů horní končetiny, která pro lidi ve středním

věku představuje jistý problém, ale pro profesionálního pianistu bude devastující. V tomto případě je ohrožen jeho pohled na to, kým je a kým doufá, že v budoucnu bude. Tedy podstaty identity, kdo jsem. Což vyvolává řadu emocionálních reakcí včetně strachu a úzkosti. Jak již bylo řečeno, identita se formuje v čase interakcí osob s jejich sociálním a materiálním prostředím a zhodnocení této interakce. Existují aspekty, které jsou schopny měnit já. K nim Jacksonová, kterou zmiňují Morley a Eccleston (2004), poznamenává, že nemusejí být nutně vlastností bolesti. Spíše je přisuzuje k velmi silnému zásahu do života, které člověk do té doby nepoznal. U všech ohromujících pocitů bychom našli tuto vlastnost měnit já. Např. pocit hluboké zamilovanosti také způsobí oprostění se od každodenního života a změnu pohledu na své já (Ungvarsky, 2016; Morley & Eccleston, 2004).

Aktuální úkoly, ale i plány a cíle, jsou zasaženy chronickou bolestí, která přerušuje život pacienta. Ten mění pohled na sebe nejenom z hlediska budoucího, ale ohlíží se i do minulosti. Častou představou je, že až bolest zmizí, vrátí se ke svému původnímu „skutečnému“ já. Mnohokrát to ovšem není možné, právě proto, že se jedinci odkazují a touží vrátit ke svému já do minulosti. Mají představu, že budou opět aktivní a vrátí ke sportovním aktivitám, které provozovali, ale přitom si neuvědomují, že s nimi přestali třeba před deseti lety od úrazu, který vyvolal bolest. Vidí návrat k aktivní a zdatné fázi svého života, která, jak se domnívají, je součástí jejich identity. Příkladem nemusí být jen sportovní aktivity, ale i třeba přání spát nepřerušovaně celou noc, jako když byli mladí. Opět neberou na vědomí, že se stárnutím se přirozeně objevuje více period, kdy se lidé během spánku probouzejí. Z toho tedy vyplývá závěr, že cíle léčby by měly být stanoveny reálně a tak aby odpovídaly současnému věku pacienta. Snažit se o stejnou výkonnost jako v minulosti je zavádějící. Zajímavý je i pohled pocitu do budoucnosti. Chronická bolest přetřává očekávanou křivku vývoje. Výraznou roli zde hrají dva aspekty. Jedním z nich je myšlenka na to, že by mohli být vrženi do budoucí vzdálenější životní etapy a cítit se tak starší, než skutečně jsou. Druhý aspekt je možná více znepokojující a je těžší ho emočně vstřebat. Znázorňuje narušení životní dráhy, která byla očekávána. Přichází pocit „předčasného stáří“ v některých situacích a nenaplnuje se očekávání původně myšlené zdatnosti a výkonnosti. To podněcuje emoční strádání doprovázené úzkostí, které zabraňují adaptovat se na nastalou situaci a racionálně řešit další budoucnost (Morley & Eccleston, 2004).

2.4.3.3 Cíle a identita

Změna pocitu vlastní identity je určována motivací. Výrazným znakem u lidí trpících chronickou bolestí je jejich chování zaměřené na cíle. Snaží se své plány plnit a podle toho organizují své chování a zároveň o sobě smýšlejí v jiném kontextu. Takto naplánované chování jedinec chápe jako konkrétní behaviorální čin (např. jít nakoupit) nebo o něm nemusí mít přesnou

představu (např. postarat se jednou o své rodiče ve stáří). Představy o splnění cíle se liší, stejně jako doba, ve které se mají uskutečnit. Psychologie dnes přemýšlí o cílech v několika bodech. Zaprvé je chápe jako vyjádření vnitřní touhy, které jsou krátkodobé jako momentální uspokojení biologických požadavků až po dlouhodobé jako přání být úspěšný ve své kariéře. Zadruhé, cíle jsou uspořádány v určité hierarchii, tzn., že aby se vyplnil cíl na vyšší úrovni, musí být nejdříve dokončen cíl na nižší úrovni. Zatřetí, lidé jsou schopni ve stejném okamžiku usilovat o více cílů. Odborníci se zabývají otázkou, co rozhoduje o tom, že ve specifickém okamžiku jsou některé cíle upřednostňovány a které faktory napomáhají posunu od jednoho cíle k druhému. Z bodu dva a tři vyplývá, že cílů na vyšším hierarchickém žebříčku lze dosáhnout několika různými cestami a že jednotlivé činy mohou mít hodně významů a tudíž uspokojit více cílů. Z toho lze tedy vyvodit závěr, že cíle s mnoha způsoby naplnění jsou méně citlivé k narušení než ty s jedním přístupem (Morley & Eccleston, 2004; Vlaeyen & Morley & Crombez, 2016).

Cíle jsou buďto vyjádřené, nebo skryté. Vyjádřené jsou takové, které si člověk připouští, na kterých vědomě pracuje. Skryté nemusí být plně vyjádřeny až do doby, kdy dojde k jejich ohrožení, jako v případě pacientů s chronickou bolestí a nemocemi. Ať již skryté, či vyjádřené, oba druhy se podílejí na osobní identitě (Morley & Eccleston, 2004).

Existuje vztah mezi nenaplněním a jeho emočním dopadem. Zablokování cíle produkuje frustraci a hněv. Odstoupení od cíle vyvolává v člověku pocit ztráty, sklíčenosti, depresi, ale i úlevu. Ohrožení cíle pak strach a úzkost. Rozdělují se také na vyhýbavé (angl. avoidance goals) a přístupové (angl. approach goals). Přístupové cíle podporují a přispívají k vnitřní motivaci na rozdíl od vyhýbavých. Pohyb k přístupovému cíli přináší radost, od něj smutek a depresi. Pohyb od vyhýbavého cíle navozuje úlevu, zatímco k němu úzkost a strach. Protože cíle mnoha lidí obsahují kombinaci vyhýbavých i přístupových motivací, lze očekávat, že lidé s chronickou bolestí prožijí celou škálu emocí, protože bolest zasahuje do všech jejich aktivit, které jsou spojené s jejich cíli (Elliot, 2006; Morley & Eccleston, 2004).

2.4.3.4 Studování identity pomocí self-discrepancy

Jedním ze způsobů, jak studovat identitu je pomocí self-discrepancy theory, volně přeloženo do češtiny jako rozpor já. Tato teorie předpokládá, že já se skládá ze tří částí – anglicky actual self, ideal self a ought self a dvou pohledů – vlastním (angl. own) a významným (angl. significant). Actual self reprezentuje současné já jedince, ideal self pak takové já, po kterém osoba touží a ought self jaké by mělo být. Kombinace hledisek a tří verzí já vytváří šest reprezentujících já stavů. Tato metoda se zaměřuje především na znaky, které člověk věří, že by měl mít. Např. mohl by si přát mít určitou vlastnost. Jednak proto, že si dané vlastnosti sám váží, ale i proto, že společnost si cení

lidí, kteří jí disponují, což je pro jedince motivací k jejímu získání nebo udržení. Ukazuje se, že výrazné jsou sociální obavy založené na pocitu sociální povinnosti zajistit si současnou pozici ve společnosti. Myšlenka na sociální izolaci vzbuzuje silnou úzkost (Morley & Eccleston, 2004; Barnett & Moore & Harp, 2017).

2.4.3.5 Já ve vztahu k bolesti

Morley a Eccleston (2004) uvádějí práci Markuse a Nuriuse, kteří představili koncept možných já. Možná já zpodobňují jedincovy vize o tom, kým se v budoucnosti stane. Možné já v sobě zahrnuje osobní naděje, cíle, obavy a hrozby, které člověku přinášejí smysl a určují jeho směr v chování a poskytují mu pro něj motivaci. Zajišťují mu i kritéria proti, aby pomocí nich mohl zhodnotit výsledky toho, co učinil. Chronická bolest znamená jasnou změnu v možném já. Klíčový znak, který určuje, zda chronická bolest nějakým způsobem ovlivní identitu jedince, je míra, s jakou jsou části já zapojeny do zkušenosti s bolestí. Enmeshment, česky volně přeloženo „zavzetí“, reprezentuje míru, s jakou jsou části já závislé na přítomnosti nebo absenci bolesti (Morley & Eccleston, 2004).

Morley a Eccleston (2004) dále zmiňují Pincuse a Morleyho, kteří studovali já, které ovlivňuje bolest. Tuto skutečnost lze nazvat jako self-pain enmeshment. Vycházeli ze studií o kognitivním zkreslení (ang. cognitive bias), což jsou chybné úsudky o realitě vytvořené iracionálními myšlenkovými procesy, které se mohou objevit ve vzpomínkách, interpretaci, pozornosti. Lidé si vytvářejí vlastní náhled na realitu. Jedná se tedy o tendenci reagovat na některé informace přednostně určitým způsobem. Zjistili, že především pacienti zažívající trápení se k takovému zkreslení uchylují a že zkreslení vyplývá z toho, jak se informace o bolesti a částech já navzájem prolínají. Informace vztahující se k bolesti jsou spojené s těmi o klíčových částech já a naopak. Psychologové tuto kombinaci informací nazývají jako schéma. Pincus a Morley chtěli změřit zavzetí a proto požádali účastníky svého výzkumu, aby nejdříve sestavili seznam očekávaných vlastností já a následně u každé zodpověděli ano nebo ne podle toho, jestli si myslí, že ji skutečně získají, jestliže bolest přetrvá. Z této studie vyvodili závěr, že zavzetí je část záporné odpovědi, tzn., že nedosáhnout očekávaných vlastností, jestliže bolest zůstane. Jedinci se snaží od sebe separovat já a bolest, na kterou pohlížejí jako na agresora, někoho cizího. Je to pro ně způsob, jak se vypořádat s útoky bolesti. Tento mechanismus je zachován až do doby, kdy pacienti přestanou bolest brát za útočníka a přijmou ji. Na pain-self enmeshment musí být tedy pohlíženo jako na přirozenou odpověď lidí žijících s hrozbou chronické bolesti a s ní spojenou invaliditou (Ruth, 2016; Morley, 2010; Morley & Eccleston, 2004).

2.4.3.6 Obavy a nová identita

Chronická bolest vytváří celou řadu obav, nejenom těch spojených s bolestí, ale i s mezilidskými vztahy. Obava je v podstatě chápána jako složka úzkosti. Vyvolává přirozenou potřebu vést rozhovor se sebou samým, ať již nahlas, nebo v myslí. A tento rozhovor se samozřejmě vztahuje k tématu ohrožení budoucího já. Primární funkcí obavy je udržovat člověka bdělého k vnímání ohrožení budoucího já a vyburcovat ho k odstranění hrozby nebo vyhnutí se jejím následkům. Ale u pacientů s chronickou bolestí je tomu jinak. Natolik jsou jejich myšlenky prostoupeny bolestí, jejími důsledky a budoucností jejich já, že nedokáží myslet na jiné věci, a tudíž jsou tyto obavy pro ně nesmírně rušivé, ale těžko je mohu potlačit. Obavy u nich plní tedy jen první funkci bdělosti, ale nikoliv druhou a to podpory k efektivnímu řešení problému (Morley & Eccleston, 2004; Vlaeyen & Morley & Crombez, 2016).

Přemýšlení o budoucím já vzbuzuje potřebu ohlédnout se ke svému minulému já a položit si několik otázek. Jako třeba kolik z něj zůstane zachováno? Co vše je pro to potřeba udělat? A spoustu dalších. Ovšem dokud nedojde ke změně, řešení se nedostaví. Pacienti s chronickou bolestí se snaží snížit riziko, aby chronická bolest přemohla jejich život. Protože skutečnost, že by mohla přetrvat po zbytek života, je reálnou obavou. Avšak musejí si tento stav permanentnosti přiznat a připustit, stejně jako že určité změny jsou nutné. Významným bodem je i uznání, že akceptování bolesti není známka slabého charakteru a neznamena žít neplnohodnotný a nesmyslný život. Pro většinu osob je k akceptování bolesti podstatné, jaký dopad bude mít na jejich fungování ve společnosti (Morley & Eccleston, 2004).

3 Speciální část

3.1 Pasivita a ztráta fyzické kondice při bolestech v bederní páteři

V posledních několika letech se většina modelů, které se zabývají hodnocením bolesti, přiklání k domněnce, že fyzická pasivita je jedním z faktorů, které přispívají k chronicitě. Za pasivitu pokládají snížený stupeň fyzické aktivity v každodenním životě, což by mohlo hrát pozdější roli v úplné ztrátě kondice a nízké zdatnosti. Již řadu let se pacientům s chronickou bolestí doporučuje, aby opět začali s fyzickou aktivitou. Během doby pro ně dokonce vzniklo několik rehabilitačních programů s cílem obnovit jejich kondici. Ovšem pasivita se netýká pouze pacientů, ale dnes obecně celé populace ve vyspělých zemích. Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) uvádějí, že až u 60% dospělých v USA je fyzická aktivita kratší než 30 minut po dobu 5 dní v týdnu (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

3.1.1 Pasivita, syndrom pasivity a syndrom ztráty fyzické kondice

20. století přineslo pojem pasivita (angl. disuse). Ale pasivita není novým objevem, již v roce 1199 n. l. mluvil Maimonides o bolesti a ubývání síly, pokud člověk vede sedavý životní styl a to dokonce i tehdy, pokud dbá všech lékařských zásad, jí vhodné potraviny a jiným způsobem o sebe pečuje. Významnou knihou v této problematice byla Dopady aktivity a pasivity na nerv a sval (angl. The effects of use and disuse on nerve and muscle), kterou v roce 1946 napsal Young a poukázal v ní na nepoužívání muskuloskeletálního systému během imobility. Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) se na Younga odkazují, stejně jako na Bortze, který poté roku 1984 hovoří o syndromu pasivity (angl. disuse syndrome). Zabývá se následky dlouhotrvající inaktivity a navrhuje, aby byl pasivita brána spíše jako symptom, než syndrom. Kromě symptomu pasivity popsal i další, podle kterých lze poukazovat na samotný syndrom, třeba náchylnost ke kardiovaskulárním obtížím, obezitu, fragilitu muskuloskeletálního systému, depresi a předčasné stárnutí. Svůj koncept syndromu pasivity sepsal především z fyziologického pohledu a nezohlednil v něm chování, které k němu vede. To je ovšem důležitý bod, neboť syndrom se zřídkakdy vyskytuje sám. Téměř vždy se jedná o příčinu deprivace, kdy se jedinec vyhýbá fyzické aktivitě i sociální interakci, ty zase zapříčiňují psychické dopady zdravotních problémů. Na rozdíl od Bortze se Mayer a Gatchel, které rovněž Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) zmiňují, zabývali otázkou, zda se muskuloskeletální bolest nějak projeví na aktivitě jedince. Zavedli pojem syndrom ztráty fyzické kondice (angl. deconditionig syndrome), ve kterém zohlednili fyzickou i psychickou ztrátu kondice. Do první skupiny řadí svalovou atrofii, sníženou kardiovaskulární odolnost, sníženou nervosvalovou odolnost aj. Druhá skupina zahrnuje psychické a behaviorální problémy, které jsou důsledkem snahy, jak se s bolestí vypořádat. Samotný syndrom tedy pramení z interakce

obou rovin. Mayer a Gatchel tedy v kontrastu k Brotzovi tvrdí, že psychické následky jsou reakcí na bolest a není to pouze výsledek inaktivity (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

Tedy pasivita se odvolává na behaviorální složku, která je příčinou inaktivity. Fyzická ztráta kondice znamená snížený stupeň fyzické zdatnosti a jeho fyzické projevy na lidském těle, způsobené inaktivitou. A konečně syndrom pasivity je důsledek dlouhodobé pasivity, která má vliv i na psychosociální následky, které vznikají jako reakce na ni (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

3.1.2 Behaviorální copingové strategie

Behaviorální copingové strategie jsou pacientovy způsoby, pomocí kterých se svým chováním vypořádává s bolestí. Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) rozeznávají dvě – vyhýbavé chování (angl. avoidance behavior) a potlačující chování (angl. suppressive behavior) (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

Současný model zabývající se otázkou vyhýbání se strachu (angl. fear-avoidance model) říká, že malé procento pacientů s chronickou bolestí v bederní páteři se obává zvýšení intenzity bolesti nebo opětovného zranění, pokud zvýší stupeň své fyzické aktivity, proto se jí raději vyhýbají. V extrémních případech mluvíme o kineziofobii, tedy iracionálním strachu z pohybu a aktivity. Tím, že se jedinec pohybu obává, dochází i ke změnám v pohybových vzorech a člověk se uchyluje k antalgickému držení, které je odpovědí na bolest. Tato maladaptivní postura je velice nebezpečná. Sice přináší úlevu od bolesti, ale po krátké době se abnormální pohyb fixuje a rovněž se nesprávně zatěžují struktury muskuloskeletálního systému (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004; Volders & Boddez & De Peuter & Meulders & Vlaeyen, 2015; Raudenská & Javůrková & Kozák, 2013b).

Hasenbring (et al.) poprvé uveřejnil avoidance-endurance model of pain chronicity. Obdobně jako fear-avoidance model zmiňuje fakt vyhýbání se fyzickým aktivitám u pacientů s chronickou bolestí v bederní páteři, čímž u nich dochází ke ztrátě fyzické kondice. Kromě těchto jedinců, kteří se snaží vyhýbáním se vypořádat s bolestí, poukazuje ještě na ty, kteří ji zvládají tak, že ji jednoduše ignorují, nepřipouštějí si ji. Domnívají se, že touto trpělivostí bolest sama zmizí. Toto opomíjející chování se označuje jako potlačující chování. Ovšem dostavuje se stejný výsledek jako u pasivity. Záměrným nevšímáním si bolesti, člověk „nadužívá“ své svaly, přetěžuje je a to vede k jednostrannosti, špatnému svalovému tonu a přispívá k chronicitě bolesti. Tudíž úroveň fyzické aktivity, bude vysoká nebo se bude dokonce zvětšovat až do doby, než se znovu ozve bolest, kdy jedinec své tempo zmírní. Poté aktivitu znovu obnoví buďto kvůli frustraci z inaktivity, nebo protože bolest odezní. Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) citují Murphyho (et al., 1997), který

pro tento cyklus, kde se střídá maximální aktivita s nulovou, používal název „všechno nebo nic“. Časem ale i oni dospějí ke stejnému výsledku jako jedinci s vyhubavým chováním, a tím je nízká úroveň fyzické aktivity a po ní následující syndrom pasivity (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

3.1.3 Fyzická aktivita v každodenním životě pacientů s chronickou bolestí v bederní páteři a její hodnocení

Studie různých autorů došly k závěru, že lidé s chronickou bolestí, kteří i přesto nadále docházejí do zaměstnání, budou mít snahu toto své povolání nadále navštěvovat, tudíž si budou udržovat alespoň minimální aktivitu, aby práce byli schopni. Rozdíl je ale v tom, jaký stupeň aktivity pacienti popisují a jaký je skutečně pozorován (např. jejich terapeuti), protože většina hodnotících metod je založena na sebehodnocení. Obecně lidé s chronickou bolestí v bederní páteři mají tendenci svoji výkonnost podceňovat (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

Aby bylo možné pacientovu fyzickou aktivitu zhodnotit, musí se sledovat po dobu více jak jednoho dne, aby odrážela průměrnou zátěž v běžném dni. Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) se odkazují na Gretebecka a Motoye (1992), kteří stanovili podmínky měření – zaznamenávání nejméně 5 nebo 6 dní a to všedních i víkendových (Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

Jednou z metod hodnocení je již zmíněné sebehodnocení např. formou deníkových zápisů nebo dotazníků. Příkladem takového dotazníku je i Baeckeho dotazník (angl. Baecke Physical Activity Questionnaire), který zahrnuje pracovní i volnočasové aktivity. Vzorové otázky jsou: V době svého volného času chodím na procházku/sportuji nikdy/zřídka/někdy/často/velmi často, a stejné možnosti u dalších položek jako třeba „V práci zvedám těžká břemena“. Další již zmíněným je pozorování, jednak druhou osobou nebo videozáznamem. Tato metoda je ale z časového a administrativního hlediska velmi náročná, a proto se s ní lze potkat velmi zřídka. Na opačném konci stojí systémy s pohybovými senzory, které snímají pohyb, jako například pedometry nebo akcelerometry. Přístroje zaznamenávají postury i aktivity během pohybu. Například akcelometr sbírá informace v průběhu dne o změnách v pohybových vzorcích během velkého množství aktivit. A poslední zde uvedenou možností je fyziologické měření založené na fyziologických odpovědích na cvičení. K takovýmto základním metodám patří i čtyřadvacetihodinový záznam tepové frekvence. Ovšem nevýhodou právě této formy je možné zkreslení třeba u zvýšení tepové frekvence způsobené stresem, proto se obecně tento způsob neukazuje jako vhodný (Lin & McAuley & Macedo & Barnett & Smeets & Verbunt, 2011; Verbunt & Seelen & Vlaeyen, 2004).

3.1.4 Ztráta fyzické kondice a fyziologické, funkční a psychosociální změny

Pod pojmem fyzická zdatnost se rozumí několik fyzických parametrů, mezi které patří odolnost svalů, svalová vytrvalost, flexibilita, kardiovaskulární kapacita aj. Na tyto jednotky má nízká úroveň fyzické aktivity nepříznivý dopad (Verbunt & Seelen & Vlaeyen. 2004).

Je prokázáno, že pokud je člověk neaktivní, dochází ke změnám v tkáních. Nejvíce patrné je to u svalů. Nejenže se mění složení svalů, ale také ubývá svalové hmoty (svalová atrofie). Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) uvádějí, že tendenci k dřívější ztrátě kondice a snížení svalové síly prokazují svaly v oblasti trupu a dolních končetin. Samozřejmě, že tyto fakta se netýkají pouze posturálních svalů a svalů dolních končetin, ale jedná se zde o všeobecný problém, který vede k nízkému stupni fyzické aktivity. Jiný následek na svalech je změna v jejich složení, kdy se předpokládá, že nízký stupeň fyzické aktivity vede k přeměně pomalu se kontrahujících tonických vláken v rychle se kontrahující a unavitelnější fázická. Kromě atrofie a změn ve složení se omezuje rozsah pohybu a vznikají kontraktury. Změny v metabolismu jako redukce plazmatického objemu nebo ortostatická hypotenze se pravděpodobně u chronické bolesti v páteři tak často nevyskytují. Spíše než důsledkem inaktivity, jsou důsledkem imobility. Vliv obou ale lze vidět na osteoporóze. Nedostatečným svalovým tahem ubývá vápníku, je vylučován močí a chybí v kostech, které tím pádem řidnou a objevují se patologické fraktury. Ne přímo následkem, ale spíše příčinou bolesti zad je obezita, ačkoliv u lidí dlouhodobě upoutaných na lůžko se procento tělesného tuku zvyšuje úměrně s ubývajícím svalovou hmotou. V neposlední řadě je třeba se podívat na následky neurochemického a funkčního zvratu, který zvyšuje sensitivitu neurální sítě k vnímání bolesti. Porucha neuromuskulárního propojení se projevuje zhoršením koordinace a aktivace svalů a tím i rovnováhy (Verbunt & Seelen & Vlaeyen. 2004; Wand & Parkitny & O'Connell & Luomajoki & McAuley & Thacker & Moseley, 2011).

Nakonec je ještě nezbytné zmínit se o psychosociálních změnách, neboť ty jsou v přímé souvislosti se stupněm fyzické aktivity. Lidé s nižším stupněm fyzické aktivity oproti lidem s vyšší úrovní vykazují také horší náladu a objevuje se u nich strádání, deprese a úzkost (Verbunt & Seelen & Vlaeyen. 2004; Wand & Parkitny & O'Connell & Luomajoki & McAuley & Thacker & Moseley, 2011).

3.2 Hodnocení strachu a úzkosti spojených s bolestí

Úzkost a strach se užívají k popisu negativních emočních stavů. Vědecké a klinické pohledy tyto dva koncepty posuzují jako opodstatněné reakce na bolest, které zahrnují motorické, fyziologické a kognitivní aktivity. Ačkoliv jsou pořád ještě tyto dva termíny v literatuře zaměňovány, je obecně uznán jejich dopad na bolest, stejně jako jejich ovlivnění bolestí. Dokonce existuje jistá závislost mezi těmito stavy. Jestliže je totiž bolest pokládána za chorobný jev, pak je

strach na místě nebo ho lze minimálně očekávat. Jeho absence by byla známkou jiné patologické situace a to popření. Protože dochází k vzájemnému prolínání, je individuální hodnocení pojmů poměrně obtížnou záležitostí. Tudíž se ještě stále mnoho metod hodnocení spoléhá na formu sebehodnocení od pacientů a při tom přehlíží pacientovo chování. Sebehodnocení vlastních současných pocitů má nejčastěji podobu ústního popisu, písemného popisu za pomoci značek na vizuálních analogových stupnicích nebo zahrnuje metody využívající počítač. Kromě sebehodnotících metod je známo i hodnocení pomocí pozorování otevřeného motorického chování zřejmého i nepatrného. Za nejlepší metody lze pokládat multimetody a ty, které jsou víceúčelové (McNeil & Vowles, 2004).

V diagnostice strachu souvisejícího s bolestí se uplatňují specifické dotazníky, rozhovor a behaviorální testy. Metoda sebehodnocení úzkosti a strachu z bolesti se zaměřuje hlavně na kognitivní a emoční stavy. A protože se sebehodnocení prosazuje nejvíce, bude mu věnován i největší prostor, a to v podobě čtyř měřících metod, jež ho uplatňují k vyhodnocení strachu souvisejícího s bolestí. Krátce pak bude pojednáno i o dalších metodách založených na stejném principu, které ale nemají tak široké zastoupení, a i o těch, které hodnotí projevené fyziologické a behaviorální projevy (McNeil & Vowles, 2004; Raudenská & Marusič & Amlerová & Kolář & Javůrková, 2016).

3.2.1 Měření kognice a emocí

Dotazníky, které měří kognice a emoce, se liší v hodnotící oblasti spojené se strachem. Rozlišujeme je na dotazníky zkoumající strach vztahující se k práci, fyzické aktivitě a jiným aktivitám, strach spojený s bolestí zaměřující se na postoj k bolesti, strach z pohybu a možného poškození a operace jako důsledek z pohybu. Na následujících stránkách budou z každé skupiny vybráni jednotliví zástupci (Raudenská & Marusič & Amlerová & Kolář & Javůrková, 2016).

3.2.1.1 Strach vztahující se k práci, fyzické aktivitě a jiným aktivitám

Dotazník The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) vytvořil Waddell (et al.) v roce 1993 a obsahuje 16 položek a 2 substupnice: (1) názory na možné zranění vyplývající z fyzické aktivity (angl. FABQ-Physical) sleduje 5 položek a (2) názory na možné zranění z pracovních specifických aktivit (angl. FABQ-Work) sleduje 11 položek. Položky jsou vyhodnoceny pomocí Likertovy škály na stupnici 0–6. Ve Physical subscale se nacházejí tvrzení jako: „Fyzickou aktivitou si mohu poškodit záda“ nebo „Neměl bych provádět žádné fyzické aktivity, které zhorší/mohou zhoršit moji bolest“. Work subscale zahrnuje položky jako: „Moje práce zhoršuje nebo by mohla zhoršit moji bolest“ nebo „Moje práce zhoršila moji bolest“ (McNeil & Vowles, 2004; Raudenská & Marusič & Amlerová & Kolář & Javůrková 2016).

3.2.1.2 Strach spojený s bolestí zaměřující se na postoj k bolesti

Dotazník Fear of Pain Questionnaire-III (FPQ-III) vytvořili McNeil a Rainwanter v roce 1998. Byl vyvinut z potřeby hodnotit strach spojený s oběma typy bolesti, jak akutní, tak i chronické, napříč různými prostředními, pro případy, kdy zranění může vést k chronické bolesti. Obsahuje 30 položek. Pacienti v nich mají za úkol označit pomocí Likertovy škály, jak moc se bojí bolesti spojené se specifickými situacemi. Hodnota 1 představuje žádný strach, hodnota 5 extrémní. Součtem ze všech položek se získá totální skóre a 3 substupnicová skóre: strach z velké bolesti (angl. Fear of Severe Pain), strach z malé bolesti (angl. Fear of Minor Pain) a strach z lékařských výkonů (angl. Fear of Medical/Dental Pain). V roce 2001 Kennedy (et al.) publikoval zkrácenou verzi zahrnující 9 položek. Stejně jako u originální verze je dosaženo celkového skóre a 3 substupnicových skóre. FPQ-III slouží pro hodnocení v klinické i neklinické populaci, taktéž pro pacienty s chronickou bolestí i pro jedince obávajících se dentálních zákroků. Podle výběru populace a pohlaví se liší celkové skóre. Obecně lze říci, že vyšší skóre vykazují ženy než muži (McNeil & Vowles, 2004).

Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) byl vyvinut McCrackenem (et al.) roku 1992. 40 položkový dotazník také hodnotí chování vázané na strach spojený s bolestí. Jedinec posuzuje každou položku číslicí od 0 (nikdy) do 5 (pořád) na Likertově škále. Výsledkem je totální skóre a 4 substupnicová skóre. Substupnice s 10 položkami se zaměřuje na vyhodnocení vyhýbání se bolestivým aktivitám, negativní a úzkostné kognice spojené s bolestí, myšlení plného strachu z bolesti a psychických symptomů spojených s bolestí. Původně byl dotazník výlučně používán pouze u pacientů s chronickou bolestí, pro které byl také navržen. Jeho uplatnění je ale možné i u osob trpících akutní bolestí. Larsen (et al.) roku 1997 dotazník přepracoval a vytvořil 5 faktorový model. McCracken a Dhingra v roce 2002 původní verzi zkrátily na 20 položek se současným zachováním 4 dřívějších substupnic (PASS-20) (McNeil & Vowles, 2004).

3.2.1.3 Strach z pohybu a možného poškození a operace jako důsledek z pohybu

Tampa Scale of Kinesiophobia – Kineziofobie je termín pro nadměrný a iracionální strach z fyzické aktivity, jehož příčina leží ve vnímané náchylnosti k bolesti nebo (opětovného) zranění. Poprvé ho užil Kori (et al., 1990) a pro hodnocení tohoto strachu vytvořil Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK). Z ohodnocení 17 položek na škále od 1–4 je možné získat jediné skóre. Ukázka položek: „Bolest vždy znamená, že mám poškozené tělo“ nebo „Kdybych se to snažil překonat, tak by se mi bolest ještě zvýšila“. Vyloučením 4 dřívějších položek vytvořil Clark (et al., 1996) zkrácenou verzi o 13 položkách. Dvě substupnice TSK jsou Pathological Somatic Focus subscale, která posuzuje názory účastníka, jestli bolest značí vážné skryté tělesné

poškození, a Activity Avoidance subscale, která hodnotí názory ohledně aktivit, které zvyšují bolest a člověk by se jich měl stranit (McNeil & Vowles, 2004).

3.2.1.4 Další měření využívající sebehodnocení

Kromě výše zmíněných dotazníků existují i další, které využívají metodu sebehodnocení. Například se jedná o 9 položkovou the Burn Specific Pain Anxiety Scale od Taal a Fabera, který svoji pozornost upírá na obavy a strach spojené s procesem léčení bolesti a zranění. Další 16 položkový the Pain Sensitivity Index od Grosse (1992) posuzuje kognice ve vztahu ke strachu souvisejícího s bolestí, 13-ti položkový Pain Catastrophizing Scale od Sullivana (et al., 1995) měří pocity a myšlenky během projevů bolesti. Jako všeobecné měření sloužící k vyhodnocení strachu a úzkosti spojených s bolestí se uplatňuje McGill Pain Questionnaire (MPQ; Melzack, 1975) a druhý je the Anxiety Sensitivity Index (ASI; Peterson a Reiss, 1992) (McNeil & Vowles, 2004).

3.2.2 Fyziologická měření a měření otevřených chování

Stále více se ukazuje, jak je důležité zaznamenávat nejenom psychiku, ale i fyziologii, aby bylo možné pochopit psychopatologické stavy, zejména úzkostné poruchy. To přispěje i k objasnění strachu a úzkosti spojených s bolestí. Norton a Asmundson navrhli, aby fear-avoidance model of chronic pain byl vylepšen psychofyziologicky (McNeil & Vowles, 2004).

Stejně jako psychofyziologické měření i měření otevřených chování je poměrně málo rozvinuto v porovnání s metodami využívající sebehodnocení. Ale právě mimika je ideální pro hodnocení prožívání bolesti emocí, jako je strach. Dají se takto vysledovat procesy, které souběžně probíhají s prožitkem bolesti (McNeil & Vowles, 2004).

3.3 Přehled terapeutických cvičení pro pacienty s bolestí v bederní páteři

V této kapitole budou nastíněny některé z terapeutických metod, které mohou být doporučeny u pacientů s chronickou bolestí v bederní páteři, tedy bolestí přetrvávající více jak 12 týdnů (Quinones & Robles, 2015).

3.3.1 Výběr z terapeutických metod využívajících pohyb a cvičení

Williamsovo cvičení – Sada cvičebních prvků zaměřená na flexi v bederní páteři. Posílením břišních svalů, m. gluteus maximus a hamstringů a pasivním strečinkem flexorů kyčle a svalů v oblasti bederní páteře se dospěje ke zlepšení trupové stability v oblasti beder a redukci bolesti. Pacienti cvičí náklony pánve, přitahování kolene k hrudníku v poloze na zádech, squaty nebo flexi trupu v sedě aj. Cvičení nachází největší uplatnění při lumbálních stenózách.

McKenzie – Metoda je diagnostická a zároveň cvičební. Jejím základem je directional preferences. Jedná se o sérii pozic, ve kterých musí pacient vydržet, a opakovaných pohybů. Příkladem je leh na břicho, leh na břicho s oporou o lokty, cvik „kobra“, „postupná kobra“ za použití

polštářů pod hrudníkem, extenze trupu ve stoji aj. Pacient na tyto pozice a pohyby reaguje a tak poskytuje terapeutovi informace, podle kterých diferencuje problém. Metoda podporuje edukaci pacienta a jeho aktivní účast na terapii.

Posílení core – Svaly core neboli středu těla zajišťují stabilitu bederní páteře. Tím, jak pracují, vytvářejí jakýsi korzet, který nabízí podporu páteři a podílí se na správné mechanice těla. Korzet si lze představit jako krychli, jejíž přední (ventrální) stranu tvoří m. transversus abdominis, m. rectus abdominis, m. internus et externus obliquus a zadní (dorzální) stranu: mm. multifidii, hlavní stabilizátor m. quadratus lumborum, m. erector spinae a hluboké svaly páteře. Horní (kraniální) stranu krychle představuje bránice a spodní (kaudální) svaly kyčelního kloubu a svaly pánevního dna.

Alexandrova technika – Metoda, jejíž cílem je vylepšit zažitý vzorec postury a ovlivnit napětí svalů. Terapeut slovně navádí a instruuje pacienta ke změně postury, tak aby bylo dosaženo během celého pohybu elongace svalů podél páteře. Technika klade důraz na individuální osobní přístup. Jedince přivádí k rozpoznání vlastních škodlivých návyků, během kterých zapojují určité svaly tak, aby se vyhnuli bolestivým pohybům (Cacciatore & Gurfinkel & Horak & Cordo & Ames, 2011; Quinones & Robles, 2015).

Metoda pilates – Metoda pilates se také řadí do pohybové terapie. Kombinuje v sobě posilování s protahováním svalů. Dbá na dýchání během celého pohybu. Správným prováděním cviků podporuje posílení svalů středu těla a správnou techniku dýchání a tím obnovuje rovnováhu svalově kosterního systému. Pohyblivost, stabilita, síla a rovnováha svalu je ovlivňována každým cvikem. Kvalita pohybu je upřednostněna před kvantitou, proto se počet opakování pohybuje v rozmezí od 6 do 10. Svaly tak dostávají možnost se zapojit a pracovat v krátkém čase až do únavy. Tím, že klade důraz na správnou techniku provedení, je jejím největším přínosem v rehabilitaci to, že pacient se naučí vnímat prováděný pohyb, který je navíc bezpečný a účinný (Blahušová, 2010; Quinones & Robles, 2015).

Tai chi – Tato metoda pochází původně z Číny, ale dnes ji lidé široce praktikují pro zlepšení celkového zdraví a duševní pohody i v ostatních zemích, hlavně západních jako Spojené státy, Britské království a dalších. Tai chi zobrazuje jemnou formu cvičení a kombinuje v sobě pomalé kontrolované pohyby, které na sebe plynule navazují a kdy člověk v přechodové fázi přenáší váhu z jedné nohy na druhou, s dechem a meditací. Pozitivně působí nejenom na muskuloskeletální systém, ale i na psychiku, jakož i na celý organizmus. Pacient pocítuje zlepšení v rovnováze, koordinaci, je vnímavější ke svému tělu a lépe mu rozumí a výrazně je u něj redukována míra stresu. Tai chi je dnes mezi odborníky obecně uznávanou metodou jako forma léčby. Největší

dopad je u lidí s větší mírou úzkosti a sklonům k depresi. U nich se objevuje nezářídka kdy katastrofizování, které má vliv i aktuální bolest. Teoretický model tai chi ukazuje, že tato jemná kombinace cvičení a meditace markantně redukuje katastrofizování, což má pozitivní dopad na intenzitu bolesti a vnímání nepříjemné přítomnosti bolesti a pomáhá předcházet invaliditě (Hall & Kamper & Emsley & Maher, 2016; Quinones & Robles, 2015).

Back school – Back school je edukační program, který učí pacienta self-managementu, tedy managementu sebe sama. Zde jsou myšleny znalosti o svém stavu a jejich zvládnání svépomocí. Většinou se jedná o 7 sezení pořádaných pro skupinku pacientů. Časová náročnost každého z těchto sezení je 60 minut a tým, který ho vede je interdisciplinární. Tým tvoří lékař s psychologem, kteří jsou přítomni na každém sezení, a fyzioterapeut, jež se účastní obvykle 5 sezení, respektive odborníci školení v problematice rehabilitace zad. Teoreticky řízený přístup má připravit pacienta na cvičení a současně v něm vyvolává i behaviorální změny, neboť psychosociální faktory pokládá back school v populaci trpící bolestí zad za primární. Zatím ale back school stojí mimo dnešní tradiční zdravotnický systém. Provozován bývá ve většině případů velkými společnostmi anebo v zahraničí centry, která se zabývají pracovním zdravím (ang. occupational health centre) (Peters, S. & Faller, H. & Pfeifer, K. & Meng, K., 2016; Quinones & Robles, 2015).

Functional restoration programs – Anglická literatura tyto programy pojmenovává také work hardening. Functional restoration programs jsou programy, jež si dávají za cíl obnovit funkční a pracovní kapacitu. To znamená, že se u pracovníků snaží zlepšit sílu, výdrž, flexibilitu a jejich celkovou zdatnost. Součástí programů je testování pacientova pracovního nasazení. To může být simulováno nebo se jedná o aktuální pracovní výkon pod dohledem odborníka. Vzhledem k náročnosti provedení je tato forma multidisciplinární. Často zahrnuje fyzioterapii a ergoterapii. Rozdíl mezi functional restoration programs a back school je v přístupu. Zatímco programy back school jsou využívány pro skupiny, programy functional restoration si zakládají na individuálním vztahu (Quinones & Robles, 2015).

3.3.2 Výběr z terapeutických metod fyzikální terapie

Mnoho pacientů s chronickou bolestí bederní páteře dochází na fyzikální terapii, která podporuje léčení a tišení bolesti. Nemůže být ale majoritním léčebným prostředkem, spíše doplňkovou formou. Nejběžněji se lze setkat s termoterapií a elektroterapií (Quinones & Robles, 2015).

Quinos a Robles (2015) rozděluje termoterapii na kryoterapii, superficiální teplo (angl. superficial heat) a hluboké prohřívání (angl. deep heating). V rámci kryoterapie se uplatňuje

ledová masáž nebo se pacientovi na oblast beder, chráněnou několika vrstvami bavlněné látky, přikládají chladné sáčky po dobu 10–15 minut. Dalším příkladem je aplikace chladného vzduchu ofukem, který o vysoké rychlosti proudí ze speciálního přístroje po dobu asi 10 minut na kůži ze vzdálenosti 5–20 cm. Superficiální teplo způsobuje vazodilataci a celkově urychluje proces uzdravení tkání. Aplikuje se v podobě hydrokolátorových sáčků. Dnes je součástí většiny z nich pro oblast beder také pásek, což umožňuje se s nimi i pohybovat. Nebo je možné využít mokré horké sáčky. Hluboké prohřívání se provádí za pomoci ultrazvuku, kdy se v hluboko uložených tkáních vytváří teplota až 46°C. Dávka záření je v rozmezí od 0,5 do 2,0 W/cm² a aplikuje se 5–10 minut. V elektroterapii je nejčastěji používanou metodou transkutánní elektroneurostimulace (TENS), která je založena na vrátkové teorii bolesti autorů Melzacka a Walla a která ulevuje od bolesti a stimuluje nerv (Quinones & Robles, 2015; Poděbradský & Poděbradská, 2009).

Fyzikální terapie pacientům s chronickou bolestí v bederní páteři dále nabízí mechanoterapii, z ní pak zejména manipulace, které jsou také běžně užívané. Manipulační léčbu si vyžadují diagnózy jako SI blokáda, syndrom piriformis, syndrom faset, ischias, lumbago a další somatické dysfunkce. Quinones a Robles (2015) dělí manipulace na nárazové a nenárazové. Nárazové manipulace v oblasti páteře se provádí velkou rychlostí a často jedním manévrem. Oproti tomu nenárazové se realizují kontrolovaným pomalým pohybem. K takovým se řadí mobilizace, muscle energy technique, během které ošetřovaný provádí maximální izometrickou kontrakci, dále myofasciální masáž (ang. myofascial release therapy), counterstrain, měkké techniky. V oblasti bederní páteře se příliš neuplatňují trakce, respektive nejsou zde tolik efektivní jako u krční páteře. Jinou formou jsou masáže, které přinášejí největší efekt, pokud doplňují probíhající ústřední terapeutickou metodu. Jejich primární dopad spočívá v uvolnění svalových spazmů (Quinones & Robles, 2015; Poděbradský & Poděbradská, 2009).

3.3.3 Výběr z psychologických terapeutických metod – Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální model terapie se pro léčbu bolesti volí nejčastěji. Za jeho průkopníky jsou považováni Beck a Ellis, kteří byli přesvědčeni, že maladaptivní kognice přispívá k udržování emočního strádání a behaviorálním problémům. Za maladaptivní kognici považoval Beck všechny názory nebo schémata o světě, sobě samém, budoucnosti, které jedinci ve specifických situacích utvářely zcela automatické myšlenky. Předpoklad originálního modelu byl, že pomocí terapeutických strategií se změna maladaptivní kognice projeví i na změně emočního strádání a problematického chování. Od svého vzniku prošel značným vývojem a dnes v něm rozlišujeme mezi třemi přístupy: operantní, kognitivní a kognitivně-behaviorální. Dále jsou rozvedeny dva (Hofmann & Asnaani & Vonk & Sawyer & Fang, 2012; Raudenská, 2011a).

Operantní přístup zdůrazňuje při ovlivňování chování vnitřní psychické procesy. Pod nimi si představuje zejména myšlení a očekávání, které mohou přispět k žádoucí změně chování. Za zakladatele operantního přístupu je považován W. E. Fordyce, který v roce 1976 uveřejnil psychologické metody v léčbě bolesti, které jsou založeny na behaviorálních metodách. Raudenská (2011a) uvádí Fordyceovu definici chování: chování je „pozorovatelná a potenciale měřitelná reakce organismu, tedy pozorovatelný pohyb“. Známe je jeho přirovnání k „testu mrtvého“ (angl. dead man test), v němž se říká: jestliže mrtvý dokáže provést chování, tak se to již nedá považovat za chování, protože mrtvý mluvit, chodit, ani plakat nemůže. Jestliže ale jeho chování pozorujeme, pak nedokážeme určit, zda myslel či ne, cítil nebo necítil se smutný atd. Z toho vyplývá, že Fordyce za chování myšlení nepovažoval. Přínosem Fordyceho práce bylo prosazení tvrzení, že bolestivé chování ustupuje, pokud je ignorováno a naopak pochváleno pozitivní („zdravé“) chování. Rovněž se zabýval vyhýbáním se. Pro pacienty s tímto jevem vymyslel cvičební program, do kterého zahrnul aerobní, posilovací, protahovací cvičení a ergoterapii. Fordyce vyzdvihuje zejména sociální aspekty, které se podle něj podílejí na chronickém bolestivém chování, a poukazuje na vliv učení na chování vztahující se k bolesti (angl. pain related-behaviour). Svůj původní model později obohatil ještě o efekt emočního působení a medikace na chování (Raudenská, 2011a).

Kognitivně behaviorální přístup je zcela odkloněn od operantního přístupu. Jeho autorem je D. C. Turk (et al.), který v roce 1983 vydal knihu *Bolest a behaviorální medicína: kognitivně-behaviorální perspektivy*, kde uveřejnil své myšlenky. Turk (et al.) předpokládal, že způsob, jakým si pacient vytváří subjektivní realitu, ovlivňuje emoce a chování. Terapie by mu měla umožnit poznat objektivní realitu a upravit jeho zkreslené domněnky a přesvědčení. Pacient dostává tedy příležitost přehodnocovat a získat sebekontrolu nad maladaptivní kognicí, pocity a chováním. Zaměření na sebekontrolu a kognitivní mechanismy přináší změnu nálady i chování. V terapii s kognitivně-behaviorálním přístupem je aktivní jak terapeut, tak i klient. Terapeutická analýza má podobu tzv. modelu A-B-C. A (angl. antecedents) znázorňuje spouštěč, pod B (angl. behaviour) se skrývá chování, které je spouštěčem změněno, a se kterým jedinec jako s problémem přichází. C vyvolává následky (angl. consequence), se kterými se člověk musí poté ve svém životě potýkat. Jestliže je následující model aplikován u chronické bolesti, pak strach z bolesti (A) vede k vyhýbání se jakékoliv fyzické aktivitě, protože její i mírné zvýšení znamená bolest, a to přispívá k sociální izolaci, depresi a ztrátě kondice. Tento přístup má ale i své stinné stránky v podobě právě myšlenek a představ, které jsou jen obtížně měřitelné a dostupné jsou především skrz pacientovo sociální nebo verbální prostředí (Raudenská, 2011a; Morley & Eccleston, 2004).

Současná terapie v sobě zahrnuje kognitivní a behaviorální techniky, pomocí kterých se snaží jedince s chronickou bolestí naučit rozpoznat a změnit negativní myšlenky, představy, emoce a chování. Základem v léčbě je kognitivní restrukturalizace (1) a nácvik dovedností k zvládnání bolesti a stresu (2). (1) U trpícího chronickou bolestí nalézáme tendenci k automatickým negativním myšlenkám, což přispívá k jeho pocitu beznaděje a bezmoci a projevuje se i zhoršením příznaků. Proto je nutné vysvětlení, že myšlení zásadně ovlivňuje emoční reakce na bolest. Pokud toto jedinec pochopí, dojde většinou ke zlepšení emoční, behaviorální i fyziologické složky. (2) Aby byl pacient schopen naučit se zvládat bolest a stres, musí být edukován multidisciplinárním týmem o svém problému, včetně příčiny vzniku bolesti, objasnění diagnózy, léčebného postupu a psychosomatických vztazích. Ke zlepšení celkového stavu vede i pozitivní instruktáž směřována k sobě samému. Odvrátit stres lze zase pomocí relaxace. A neméně důležité je i zvýšení pohybové aktivity, které vyvrací představu o neschopnosti provádět zátěž s bolestí a efekt je pozorován i na sebevědomí pacienta (Raudenská, 2011a; Morley & Eccleston, 2004).

4 Kazuistika

Kazuistika byla provedena u pacienta, který trpí bolestmi v oblasti bederní páteře s iradiací do pravé dolní končetiny. Konzultace s pacientem byly naplánovány na 10 setkání. Setkání s pacientem proběhla v ambulanci paní Dany Horské, která funguje v areálu DC Jihlava.

Pro zjištění psychologické a sociální stránky a anamnestických dat, která s bolestí souvisí, jsem na prvním setkání provedla s pacientem rozhovor. K většímu objasnění této stránky a ke změnám, ke kterým v ní během terapií docházelo, měl pacient za úkol před zahájením každé terapie ohodnotit svoji bolest a problémy, které se k ní vztahují. K tomu jsem využila tři přímky (Jak velká je moje bolest za poslední 1–2 dny?; Jak moc mi vadí, že mám bolest?; Jak velký strach z bolesti/pohybu mám?), na kterých měl pacient označit svůj aktuální stav. Každá přímka měřila 10 cm. Na začátku přímky byla hodnota 0, představující minimální nebo žádný stav, naopak hodnota 10, která byla na konci úsečky, představovala maximální vyjádření. Výsledkem jsou 3 grafická vyjádření, která popisují pacientovu bolest a reakci na ni v čase.

4.1 Hypotézy

Hypotéza 1: Pacient trpící bolestí, která ho omezuje ve všech oblastech, bude pociťovat strach z bolesti. Tento strach bude vyjádřen jako strach z pohybu a následné omezení pohybu. Dále se bude promítat na psychosociální úrovni.

Hypotéza 2: Vhodně zvolenou pohybovou terapií, instruktáží o správném stereotypu dýchání, instruktáží o škole zad a zácvikem do autoterapie je možné ovlivnit bolest a následně i snížit strach z bolesti.

4.2 Vyšetření provedené autorkou práce

4.2.1 Anamnéza

Osobní údaje:

Jméno pacienta: K. J.

Věk: 55

Výška: 190 cm

Hmotnost: 95 kg

BMI: 26,3

Vzdělání: střední odborné

Zaměstnání: dělnické

Lékařská zpráva:

V dubnu 2015 byl pacient vyšetřen kvůli bolestem v kříži vyzařujícím do PDK. Byla zjištěna hypestésie L5/S1, Lassegue bilaterálně, dále na RTG L páteře osteochondrosa L3/4, na CT L páteře herniace disku L3/4 vpravo intraforaminálně. Závěrem lékařské zprávy byl polyradikulární LIS syndrom bilat.prec.dx. Stav byl řešen obstříky v oblasti beder.

Nynější onemocnění:

Bolest bederní páteře, která přechází přes pravou hýždi na přední stranu stehna, pokračuje ke kolenu, jde přes holeň a končí na dorsální straně palce.

Osobní anamnéza:

Asi v 8 letech dislokován levý kyčelní kloub, jinak běžné dětské nemoci. V dospělosti po 40. roce dvakrát artroskopie levého kolene. V obou případech došlo během fotbalu k parciálnímu natržení mediálního menisku, v obou případech řešeno suturou mediálního menisku. Stejná situace i ve stejném počtu na pravém kolenu, řešeno opět suturou. Všechny čtyři parciální ruptury vznikly v různou dobu nezávisle na sobě. Asi ve 44 letech při hokeji opět parciální ruptura laterálního menisku současně s totální rupturou mediálního menisku a totální rupturou ligamentum cruciatum anterior na PDK. Řešeno artroskopií s resekcí mediálního menisku, suturou laterálního menisku a suturou ligamenta. Ve 49 letech IM.

Rodinná anamnéza:

Otec 85 let, IM ve 38 letech; matka 85 let, léčí se s hypertenzí.

Pracovní anamnéza:

Celý život pracuje jako dělník na stavbách a vykonává fyzickou práci náročnou na nošení těžkých břemen.

Sociální anamnéza:

Pacient bydlí s manželkou v jednopatrovém rodinném domě. Do prvního patra vede asi 20 schodů.

Farmakologická anamnéza:

Po prodělaném IM pravidelná farmakologická léčba (Betoloc, Anopyrin, Tritace).

Alergie:

Žádné zjištěné.

Abúzus:

Kouřil od svých 21 let 10–15 cigaret denně. S kouřením přestal po prodělaném IM, tedy nyní nekouří asi 6 let. Alkohol pije příležitostně. Denně vypije 2–3 šálky kávy.

Sportovní anamnéza:

Po celý život sportovně aktivní, hlavně hokej a fotbal v mládí. Nyní 2–3x do týdne hraje hokej na rekreační úrovni. Příležitostně kolo v letních měsících.

Rehabilitační anamnéza:

Po prvním vypuknutí bolesti před 2 lety vyhledal z vlastní iniciativy fyzioterapeuta, absolvoval asi 10 návštěv. Po ukončení pocíťoval zlepšení stavu. Nyní kvůli stupňujícím obtížím opět vyhledává odbornou pomoc.

Fyziologické funkce:

Bez potíží

4.2.2 Vstupní kineziologický rozbor

Statické vyšetření:

Aspekce zezadu:

U hlavy více patrná lateroflexe a větší rotace doprava. Levé rameno elevováno a levá lopatka více abdukována. Pravá HK více addukována, levá HK držena ve vnitřní rotaci. Reliéf i kůže obou HKK v normě. Pravý thorakobrachiální trojúhelník téměř vymizelý. Tajle symetrické. Trup vykazuje větší lateroflexi doprava. Levá infragluteální rýha výše. Reliéf i kůže obou DKK v normě.

Aspekce z boku:

Posunutě těžiště vpřed, což je kompenzováno viditelným záklonem celého trupu. Lze pozorovat předsun se současnou extenzí v krční páteři. Zřetelná protrakce obou ramen. Mírně zvětšená kyfóza v oblasti střední hrudní páteře. Prominence břišní stěny. Na obou chodidlech nepatrně snížena podélná klenba.

Aspekce zepředu:

U hlavy patrná lateroflexe doprava s její větší rotací doprava. Levé rameno elevováno. Mírně zvětšená pravá podkličková i nadkličková jamka. U pacienta lehce prominují dolní žebra na obou stranách. Levá bradavka více vlevo a zevně rotována. Umbilicus přetažen lehce doleva. Prominující břišní stěna. Obě DKK zevně rotovány s drobně vyjádřeným halugs valgus na obou DKK, na levém chodidle více.

Vyšetření pánve palpací:

Dolní úhel pravé lopatky níže. Palpací dále zjištěno, že levá crista iliaca je posunuta výše současně i levá SIAS a SIPS výše. Testy fenomén předbíhání a spine sign na obou stranách byly negativní.

Vyšetření olovnicí:

Spuštěná olovnice ze středu protuberantia occipitalis externa kopíruje páteř bez zjevných výchylek páteře ve frontální rovině. Dále probíhá 1 cm vpravo od intergluteální rýhy a poté dopadá mezi paty.

Spuštěná olovnice ze zevního zvukovodu nebylo provedeno z důvodu neobjektivitu měření, jelikož pacient má protrakci ramen a předsun hlavy, a tudíž by mohlo dojít ke zkreslení výsledků.

Dynamická vyšetření:

Schoberova vzdálenost (prodloužení minimálně o 5 cm): došlo prodloužení o 3 cm

Stiborova vzdálenost (prodloužení o 7–10 cm): došlo k prodloužení o 2 cm

Ottova vzdálenost (prodloužení minimálně o 3 cm): došlo k prodloužení o 2 cm

Čepojevova vzdálenost (prodloužení minimálně o 2,5–3 cm): došlo k prodloužení o 3 cm

Thomayerova zkouška: dodržena norma, bez pokrčení kolenou se pacient dotkne konečky prstů podlahy

Zkouška lateroflexe:

Při úklonu na levou stranu je vzdálenost od 3. prstu k podlaze 50 cm k podlaze, na pravou stranu 52 cm se současnou bolestí v bederní páteři. Při úklonu doprava byla hrudní střední a dolní páteř napřimena, vznikly dva bodu zlomu – v přechodu střední a dolní hrudní páteře a v přechodu hrudní a bederní páteře. Při úklonu doleva páteř vytvořila oblouk.

Vyšetření chůze:

Chůze dopředu plynulá za současného správného odvíjení chodidel. Slyšitelný dupot při dopadu na levou patu. Během chůze dochází k souhybům HKK a rotaci trupu. Chůze po patách probíhala za značné flexe trupu. Chůze po špičkách a pozadu pacientovi nečinila obtíže.

Trendelenburgova zkouška:

Pacient byl v této zkoušce negativní.

Testování hlubokého stabilizačního systému:

Stereotyp dýchání:

Dechová vlna jde distoproximálně při nádechu i výdechu, při nádechu i výdechu do všech hrudních segmentů, sternum a horní žebra taženy kraniálně.

Extenční test:

Extenze trupu byla provedena se současnou extenzí krční páteře, aktivací paravertebrálního svalstva, aktivací obou m. gluteus maximus a hamstringů na obou DKK.

Brániční test:

Žebra jsou během testu tažena kraniálně, nepatrně laterálně. Dochází k nedostatečnému pohybu hrudníku posteriorně a laterálně.

Test nitrobřišního tlaku:

Pacient nedokázal aktivovat břišní stěnu proti odporu tak, aby došlo k odtlačení obou terapeutových palců.

Orientační neurologické vyšetření:

Lassegue (bilaterálně): u obou DKK lze dosáhnout 90° s extendovanými kolenními klouby, v závěru pnutí v bederní páteři při zvedání LDK

Reflex patelární: na obou DKK výbavný

Reflex Achillovy šlachy: méně výbavný na obou DKK

Reflex medioplantární: méně výbavný na obou DKK

Taktilní cití: symetrické v normě, na akru LDK cítí více, na pravém akru přítomna parestézie a hypestézie při doteku

Antropometrie:

Funkční délka:	PDK 102 cm	LDK 102 cm
Anatomická délka:	PDK 94 cm	LDK 94 cm
Umbilico-maleolární vzdálenost:	PDK 111 cm	LDK 111 cm

Nebyly zjištěny žádné rozdíly.

4.2.3 Záznam terapií

1. setkání, 17. 2. 2017

Na prvním setkání jsem se seznámila s pacientem a vedla s ním vstupní rozhovor, který se týkal aktuálních pacientových obtíží a měl především objasnit reakce, které se s nimi pojí na psychosociální úrovni. Dále jsem odebrala anamnézu a provedla kineziologické vyšetření.

V rozhovoru pacient popsal bolest jako intenzivní a ostrou „jako břitva“. Poprvé tuto bolest pocítil před dvěma roky. Bolest nevyvolalo trauma ani specifický pohyb. V čase se bolest mění, střídavě klesá i roste její intenzita. Pokud je snížena, tak přetrvává v oblasti beder za současného brnění palce. Charakter bolesti v čase je stále stejný, tedy ostrý a intenzivní. Podle pacienta je obecně bolest horší po ránu, než se rozcvičí, právě cviky bolest zmírňují. Při větší intenzitě bolesti se pacient snaží bolest překonat a dokončit aktuální činnost. Někdy ale bolest dosahuje takové intenzity, že v dokončení bolesti brání.

Pacient jmenuje vztek jako emoci, kterou u něj bolest vyvolává. Rovněž pocítuje strach a úzkost, viz graf „Jak velký strach z bolesti/pohybu mám?“. Strach se projevuje obavou, aby neudělal „špatný“ pohyb, který by bolest zhoršil. Na strach se snaží nemyslet. Rovněž se obává z důvodu bolesti a jejích následků toho, aby mohl nadále pokračovat ve svých zájmech a především ve své práci. Přiznává, že omezil některé společenské a sportovní aktivity kvůli bolesti a snaží se jim vyhýbat. Své obavy vnímá jako oprávněné. Současně si nemyslí, že by se stal přítěží pro své okolí kvůli svým obtížím. Domnívá se, že ho bolest změnila a v určitých okamžicích se chová jinak, než by se choval dříve. Jeho okolí tuto změnu ale podle něj nepozoruje.

V aktuální fyzioterapeutickou léčbu má důvěru, jelikož věří, že za její pomoci by se jeho stav mohl zlepšit.

2. setkání, 27. 2. 2017

Terapii jsem zahájila ošetřením měkkých tkání v oblasti bederní páteře a pokračovala uvolněním SI kloubu dle Mojžíšové. Poté jsem se soustředila na aktivaci HSS, která je, jak jsem z kineziologického vyšetření zjistila, porušena. Pacient nevyužívá brániční dýchání. K nácviku bráničního dýchání jsem zvolila polohu vleže na zádech s podložením DKK gymnastickým míčem, tak aby v kyčelních a kolenních kloubech byla flexe 90°. HKK spočívaly volně podél těla v zevní rotaci, hlava byla podložena menším polštářkem a v prodloužení osy páteře. Pacient byl instruován o správném provádění bráničního dýchání. Pacientovi se především nedařilo rozvíjet břišní stěnu laterálně. Podařilo se mu to až ke konci terapie, výrazněji na levé straně. Na konci návštěvy byl pacient poučen o vhodném zvedání se z lehu na zádech do sedu na podložce, a to přidržením jednoho pokrčeného kolene a „zhoupnutím“ se do sedu.

3. setkání, 1. 3. 2017

Jelikož pacient nebyl v minulé terapii příliš úspěšný v nácviku bráničního dýchání, začala jsem jeho opakováním. Před tím jsem ještě ošetřila pomocí měkkých technik oblast hrudníku, a to kůži, podkoží a fascie. Poté jsme již přešli k nácviku, který probíhal ve stejné poloze jako v minulé terapii. Pacientovi se opět dlouho nedařilo rozvíjet hrudník laterálním směrem, úspěšný byl až po delší době. Po zvládnutí aktivace HSS ve statické poloze, jsem do nácviku zařadila dynamické prvky. Pacient měl za úkol mezi dlaněmi držet overball, se kterým střídavě předpažoval a vzpažoval. Poté jsem se zaměřila na pohyb DKK. Za současné aktivace HSS pacient mírně nadlehčoval jednu DK. Pro pacienta bylo také těžké udržet hlavu v prodloužení osy páteře, jelikož po krátké chvíli docházelo k její rotaci doprava. Na závěr mi pacient předvedl správné provedení přechodu z lehu do sedu.

4. setkání, 3. 3. 2017

Na počátku jsem ošetřila měkkými technikami bederní páteř a následně hrudník. Opět jsme pokračovali v nácviku správného bráničního dýchání v poloze na zádech. Pacient došel již po kratší chvíli ke správnému provedení, ačkoliv zvládá vpravo lépe laterální rozvíjení břišní stěny. Znovu jsme zopakovali mírné nadzvednutí postupně jedné dolní končetiny od gymnastického míče za současné aktivace HSS. Poté jsem pacienta zaučila ve správném způsobu sedu dle Brügera. V této pozici jsme nacvičovali správný stereotyp dýchání. Za současné aktivace HSS poté pacient střídavě mírně držel jednu dolní končetinu v nadlehčení.

Pacientovi jsem doporučila, aby kromě nácviku bráničního dýchání vleže na zádech, které provádí v domácím prostředí, přidal i nácvik vsedě podle dnešní terapie.

5. setkání, 6. 3. 2017

Opět jsem před zahájením terapie provedla ošetření oblasti hrudníku měkkými technikami. Protahitelnost fascií v oblasti hrudníku je již výrazně lepší, hlavně v místě hrudní kosti a dolních žebere, která byla na počátku našich setkání téměř nulová.

Aktivovali jsme HSS v poloze na zádech. Pacient již po krátké době předvedl správné provedení bráničního dýchání. Stále je lepší laterální rozvíjení břišní stěny na pravou stranu. Za aktivace HSS a bez prohnutí v bedrech se pokusil na krátkou dobu nadlehčit obě semiflektované dolní končetiny. Zopakovali jsme aktivaci HSS v poloze v sedu.

Nově jsme dnes přidali cvik na posílení dolního břišního svalstva a celkově středu těla. Pacient „přisedl“ overball na zemi. Dolní končetiny byly pokrčené a opřené o plošky, horní končetiny mírně pokrčené. Pacientovým úkolem bylo pomalé pokládání se na overball bez flexe nebo hyperlordózy v bederní páteři. V krajní pozici pacient vydržel několik sekund za současné aktivace HSS.

6. setkání, 8. 3. 2017

Po ošetření oblasti beder měkkými technikami jsme zopakovali nácvik správného bráničního dýchání v poloze na zádech. K tomuto opakování přistupuji při každé návštěvě, jelikož pacient správné provedení ještě plně nezvládá.

Navázali jsme na minulé setkání a pokračovali v posílení středu těla za aktivace HSS. Nejprve pacient zopakoval cvik z minulé lekce, pak jsme přidali nový. Pacient byl v pozici na čtyřech. Pod jedno koleno vložil overball. Jeho úkolem se bylo zpevnit a vyrovnat tělo na labilní ploše. Poté, co tuto situaci pacient zvládl, předpažil kontralaterální paži a v této pozici několik vteřin vydržel. Cvik několikrát zopakoval a následně prostřídal strany.

Jelikož pacienta v příštích dnech čekala fyzicky náročná dlouhotrvající zátěž, instruovala jsem ho, jak správně podle školy zad zvedat těžká břemena, aby nedocházelo ke zvýšenému přetížení páteře.

7. setkání, 10. 3. 2017

Pacient byl po dlouhodobé fyzické zátěži, proto jsem ošetření oblasti beder věnovala více času. Použila jsem měkké techniky a manuální trakci páteře.

Po přípravě oblasti bederní páteře jsme pokračovali v terapii za využití SM systému. Výhodou je, že pacient vlastní SM lana, která si zakoupil a podle internetu již cvičil doma. Zvolila jsem cvik, ve kterém jsou aktivovány především musculus latissimus dorsi a šikmé břišní svaly a to základní variantu cviku s opřenými ploskami o zem. Za současného správného uchycení lan pacient prováděl aktivaci a protažení svalů a to čelem k uchycení lan. Při tom musel své tělo stabilizovat a využívat bráničního dýchání v jednotlivých fázích cviku, tedy výdech během flexe trupu a nádech v extenzi.

Poté proběhl nácvik bráničního dýchání, který posloužil k pacientově relaxaci a zklidnění.

8. setkání, 13. 3. 2017

Stejně jako při minulém setkání jsem si připravila oblast bederní páteře měkkými technikami a manuální trakcí. Poté jsme již přešli k opakování cviku z minulé terapie za pomoci SM lan. Pacient cvičil s SM lany dle internetového návodu ještě před naší spoluprací. Při terapii prováděl pacient cviky technicky správně, pouze je nutné ho korigovat, aby celé tělo zůstalo zastabilizováno během pohybu. Menší obtíže pacientovi činí vložení výdechu a nádechu do jednotlivých fází cviku.

Po zopakování jsem pacientovi předvedla druhý cvik opět na musculus latissimus dorsi a šikmé břišní svalstvo. Tento cvik byl prováděn bokem k uchycení lan a posloužil k protažení svalů a následně k jejich posílení ve stabilizování.

Na závěr proběhl nácvik bráničního dýchání, jehož provedení již pacientovi nezpůsobuje větší problémy, ovšem lepší laterální rozvíjení břišní stěny je stále vpravo.

9. setkání, 15. 3. 2017

Pro lepší efekt následného cvičení, jsem ošetřila oblast bederní páteře měkkými technikami a manuální trakcí. V dnešní terapii jsme zopakovali oba cviky za pomoci SM systému z předešlých setkání. Ačkoliv jejich základní provedení nečiní pacientovi větších obtíží, doporučila jsem mu, aby pokračoval v dalším cvičení pod odborným dohledem.

Po nácviku bráničního dýchání v poloze na zádech jsem pacientovi ukázala cvik na uvolnění páteře a relaxaci. Pacient při něm leží na podložce na zádech. Jedna HK je extendována v loketních kloubech a v 90° abdukci spočívá na podložce. Druhá HK se dotýká kontralaterální DK flekované v kyčelním a kolenním kloubu. Druhá DK je extendovaná. Pacient se nadechne a s výdechem přetáčí flektovanou DK na jednu stranu za pomoci HK a současně hlavu přetáčí na opačnou stranu.

10. setkání, 17. 3. 2017

Na poslední terapii jsem ošetřila oblast beder měkkými technikami. Zopakovali jsme nácvik bráničního dýchání v poloze na zádech a vsedě v pozici dle Brügera. Pacient provádí brániční dýchání bez problémů. Rovněž pacient předvedl oba cviky z SM systému.

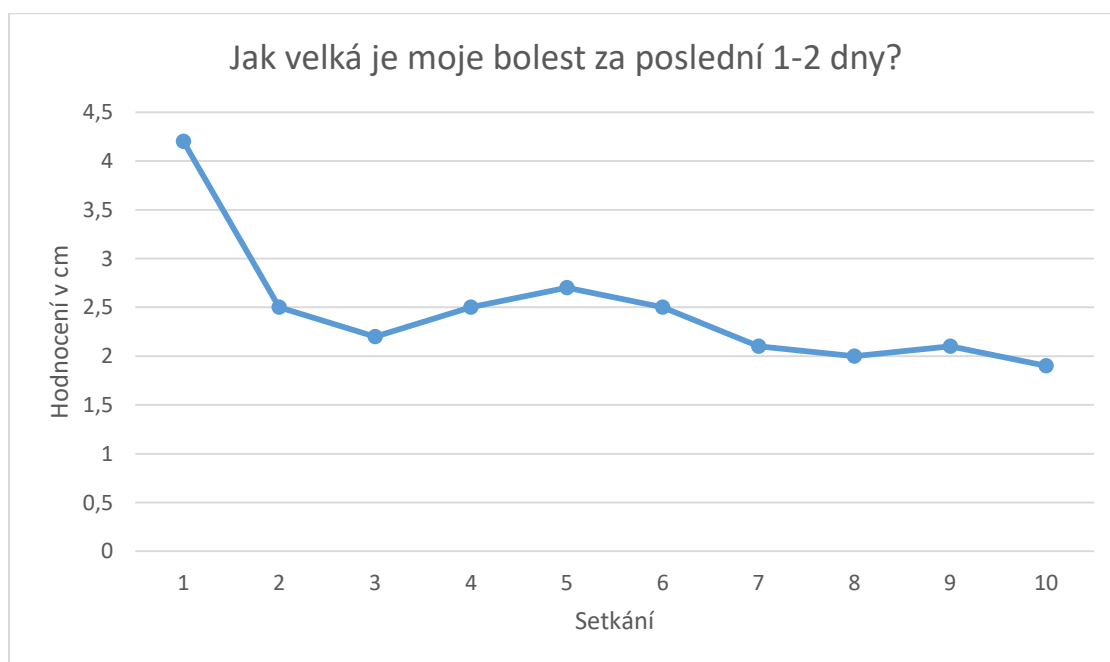
Na závěr jsem pacienta požádala o krátký rozhovor, kterým shrnul dopad cvičení na jeho psychickou stránku.

Pacient hodnotí cvičení jako pozitivní. Efekt mělo podle něj na zdravotní i psychickou stránku. Bolest do dolní končetiny již nevystřeluje a ani v zádech v současné době není přítomna, ale parestézie v prstech ještě pociťuje. Svůj strach z pohybu a s ním spojená bolest je podle něj menší. Uvědomil si to především v práci, kdy se již nebojí určitých pohybů, kterým se dříve vyhýbal. Rovněž hodnotí kladně psychický efekt. Má lepší náladu a cvičení ho motivuje v dalším pohybu.

4.2.4 Grafické vyhodnocení

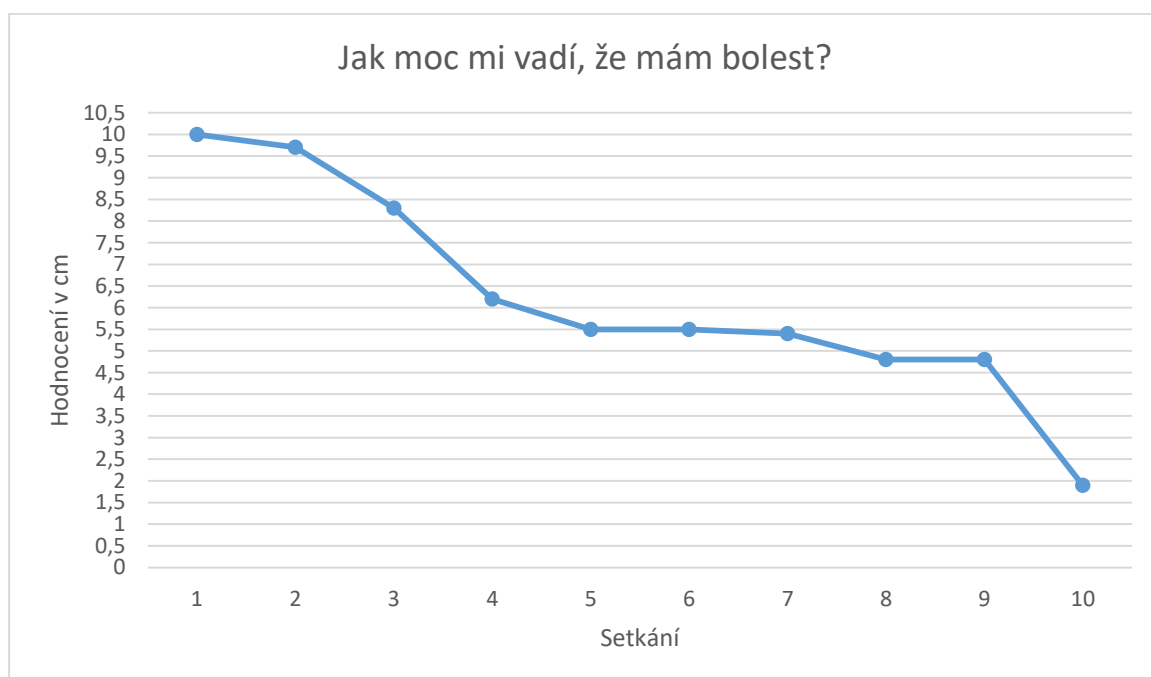
Graf. 1 Jak velká je moje bolest za poslední 1-2 dny?

Z měření intenzity bolesti na škále VAS je vidět, že vstupní intenzita bolesti byla subjektivně spíše nižší na VAS a významně klesla již ve druhém setkání, mohl to způsobit mimo jiné i empaticky vedený rozhovor a opravdový zájem o pacienta i v jeho psychosociálních oblastech. Také dlouhodobě z diagnostiky intenzity bolesti je patrné efektivní snížení bolesti a její pokles s každou další návštěvou.



Graf. 2 Jak moc mi vadí, že mám bolest?

Z měření dopadu bolesti na emoční prožívání je viditelné, že vstupní emoční dopad (jak moc pacientovi vadilo, že má bolesti) byl o mnoho vyšší, než intenzita bolesti samotná a to téměř dvojnásobně. Přesto tento měřený faktor také pomalu klesal, zejména od 2 a 3 setkání. Významnou roli tady také mohlo sehrát ujistění o zájmu, opravdovost a naslouchání fyzioterapeutky včetně provedených fyzioterapeutických technik.

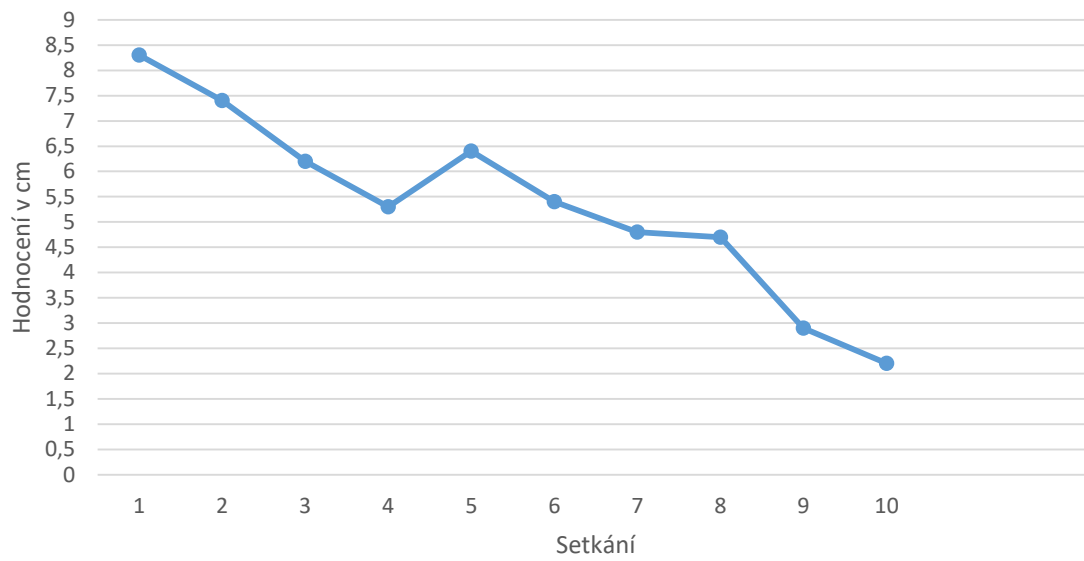


Graf. 3 Jak velký strach z bolesti/pohybu mám?

Měření strachu a jeho postupný pokles ukazuje na možnost snížení strachu z bolesti opravdovým zájmem, provázením a oporou.

Celkově je důležité zdůraznit, že bolest samotná a její vstupní intenzita u tohoto pacienta byla dvakrát méně intenzivní, než vstupní emoční doprovod bolesti ve smyslu ohrožení bolestí a strachu z bolesti. Z tohoto důvodu je důležité při diagnostice bolesti a její léčbě měřit i emoční komponenty bolesti.

Jak velký strach z bolesti/pohybu mám?



5 Diskuze

5.1 Diskuze k teoretické části

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo v teoretické části přinést dosud známé poznatky o bolesti a její problematice se zaměřením na chronickou bolest a emoce, se kterými je spojená, především pak strachem.

Definici bolesti uvádím dle Raudenské (s. 12), která cituje WHO. Začátek formulace zní: „nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost“ a konec: „je subjektivní“. První část, tedy sensorickou, lze chápat ve smyslu patofyziologickém. Takto chápané bolesti se věnuje řada autorů (Rokyta, 2011a; Hakl, 2011; Erbenová, 2016), kteří přináší různá hlediska dělení bolesti. Jedním z nich je i dělení dle délky trvání bolesti – akutní, rekurentní a chronická. Jednotliví autoři se liší v procentech trpících chronickou bolestí v populaci (s. 14, 19). Příčiny jejího vzniku jsou taktéž různé (s. 14). Van Hecke a Smith (2015) přesto nastiňují některé faktory, jež mohou být základem chronicity bolesti (s. 20). Prevalence chronické bolesti je podle WHO Mental Health Surveys v rozvinutých a rozvojových zemích podobná. Nicméně ročně vzroste počet nemocných o 5–10% (s. 20).

Chronickou bolest lze tedy chápat jako nemoc samu o sobě. Vzhledem k svému dlouhotrvajícímu charakteru se stává postupem času nejenom překážkou na fyzické úrovni, ale zasahuje i do oblasti psychosociální a vyvolává škálu emocí, které mají nejenom psychologický projev, ale i různý vegetativní doprovod. Práce uvádí dvě časté emoce – strach a úzkost. Gramlich (2016) zmiňuje J. B. Watsona a Ch. Darwina, kteří se zabývali strachem a shodně ho pokládali za vrozenou dispozici (s. 16). Především Darwin přisuzoval strachu adaptivní složku a zkoumal ho z fyziologického hlediska. Oproti tomu Nakonečný (2012) jmenuje autory C. E. Izarda a Ribota, kteří na strach pohlížejí také s psychosociálního hlediska (s. 17). C. E. Izard se pak dotýká myšlenky, že strach může být i před hrozbou bolesti. I v odborné literatuře je často strach zaměňován s úzkostí, která ale na rozdíl od strachu nemá konkrétní příčinu. Autoři, které práce uvádí, chápou strach a úzkost jako dvě odlišné jednotky. Na tomto stanovisku, kdy je mezi těmito dva pojmy rozlišováno, se shoduje např. Freud, Nakonečný nebo Drvota (s. 17-18; Nakonečný, 2012; Sylvers & Lilienfeld & LaPrairie, 2011). Nikoliv tedy jen sensorická, nýbrž i emocionální zkušenost je podstatou chronické bolesti.

Dopad chronické bolesti je tedy mnohočetný. Od stránky fyzické, tedy prvního počítku, kdy jsou aktivovány receptory bolesti, se postupně bolest přesouvá i na psychosociální úroveň, která dozná značných změn. Trpící jedinec volí, podle svých dispozic, různé strategie, jak bolest zvládnout. Škálou osobnostních charakteristik ve vztahu ke zdraví se zabývalo několik autorů, kteří v průběhu let představili své koncepty (s. 23). Časem tedy získává bolest nový rozměr a

strhává na sebe větší pozornost jedince v negativním slova smyslu. Tuto skutečnost lze nazvat jako strach z bolesti (s. 26), který ještě více situaci fyzicky i psychosociálně zhoršuje a nemocný se dostává do „začarovaného kruhu“. Díky svým vlastnostem (s. 27) bolest udeří i na samotnou osobní podstatu jedince, jeho identitu, cíle, jeho já (s. 28–33). To se zdá být daleko více devastující než skutečnost fyzického prožitku.

Zasažen je nejenom samotný trpící, ale změnu pocituje i jeho okolí a v širším měřítku bolest ovlivňuje celou společnost (s. 20, 22). Jenom v Evropě se za rok 2008 roční náklady na péči o tyto osoby pohybovaly okolo 300 miliard dolarů a v Severní Americe byla částka více jak 2x větší (s. 20).

5.2 Diskuze ke speciální části

Stěžejním tématem speciální části je pasivita, jakožto faktor přispívající k chronicitě, dále přehled možností hodnocení strachu a úzkosti z bolesti a možnosti ovlivnění bolesti.

Pasivita je aktuálním tématem nejenom u nemocných chronickou bolestí, ale i u současné populace ve vyspělých zemích. Dnes se tomuto faktoru opět přikládá na významu, ačkoliv se jím zabývali autoři již ve 12. století. Opět bylo nejdříve na tento fenomén pohlíženo z fyziologického hlediska. Young si všiml změn, které se odehrávají v muskuloskeletálním systému během imobility. Jaké následky bude mít inaktivita na psychiku zkoumal Bortz. Mayer a Gatchel tento pohled otočili ve směru, kdy psychické následky vznikají jako reakce na bolest. Na rozdíl od Borzta tak nezastávají myšlenku, že výlučně inaktivita negativně dopadá na psychiku (s. 34). Výsledek je ovšem vždy stejný, jedinec je pasivní a pohybu se vyhýbá a tím předchází, jak se domnívá, i bolesti. Toto chování lze označit za copingovou strategii, která následně vede ke ztrátě fyzické kondice. Verbunt, Seelen a Vlaeyen (2004) zohledňují ztrátu fyzické a psychické kondice v pojmu syndrom (ang. deconditioning syndrome, s. 34). Druhou skupinu, kteří naopak bolest ignorují, jsou osoby s potlačujícím chováním. I oni ale nakonec k pasivitě podle Verbunta, Seelena a Vlaeyena (2004) dospějí.

V definici bolesti je jasně dáno, že je to jev subjektivní, nicméně existuje snaha o objektivizaci, tedy měření bolesti. Většina měřících metod je přesto založena na sebehodnocení. K hodnocení strachu z bolesti vyvinuli autoři několik dotazníků (s. 36–40), některé z nich byly v čase přepracovány.

Quinones a Robles (2015) vyjadřují domněnku, že pasivním osobám obávajícím se pohybu a trpícím bolestí může být pomoci právě pomocí fyzické cvičení. Připouštějí ale i pozitivní vliv fyzikální terapie. Na nápravu v psychické oblasti se soustředili Beck a Ellis, kteří rozpracovali

kognitivně-behaviorální model terapie, ve kterém existují různé přístupy. Aby ale došlo k nápravě a případnému odstranění bolesti, je nutný návrat k pohybu.

5.3 Diskuze k praktické části

V praktické části jsem od pacienta odebrala podrobnou anamnézu a provedla důkladný kineziologický rozbor, který doplnil anamnestická data a poskytl informace pro budoucí terapii. Rovněž byly pacientovy položeny otázky týkající se změn v jeho psychosociální oblasti v reakci na bolest. Byly stanoveny dvě hypotézy.

Pro pacienta jsem připravila terapii zaměřenou primárně na jeho bolesti zad vystřelující do dolní končetiny. Terapie probíhaly třikrát do týdne a pacient rovněž cvičil v domácím prostředí. Nebyl zvolen jednotný systém cviků. Zpočátku jsem se soustředila na aktivaci HSS, která pacientovi činila dlouhý čas obtíže. Pokračovali jsme přes posílení středu těla až k celkové svalové stabilizaci základních cviků z SM systému. Pacient po celou dobu terapií docházel do zaměstnání, které se z většiny času vyžaduje fyzickou zátěž s nošením těžkých břemen.

Každé terapii předcházely tři přímky, na kterých pacient hodnotil svůj aktuální stav za poslední 1–2 dny. Tyto informace posloužily k vytvoření grafického vyjádření (viz 4.2.4).

Hypotéza č. 1 byla potvrzena vstupním rozhovorem. Pacient přiznává, že se pohybu vyhýbá, aby se vyhnul bolesti. Jeho zaměstnání pohyb ale vyžaduje, tudíž je nucen často bolest překonat. Pokud ovšem vypukne o větší intenzitě, činnost nedokončí. Jak udává bolest má dopad i na jeho psychosociální oblast, kdy kvůli ní musel omezit některé své dříve provozované sportovní záliby a také došlo k větší sociální izolaci (s. 51).

Hypotéza č. 2 byla rovněž v práci potvrzena. Grafické vyjádření ukazuje na snížení ve všech 3 sledovaných parametrech. V prvním grafu se bolest do druhé návštěvy snížila, ačkoliv terapie ještě na prvním setkání nebyla prováděna. V dalších dnech dochází k výchytkám s největším nárůstem při 5. terapii. Po poslední terapii pacient hodnotí intenzitu bolesti na přímce 1,9 cm. Výchytky přikládám k stále probíhajícímu zaměstnání, kdy pacient nehodnotil míru zátěže v předchozích dnech a tudíž souvislost mezi intenzitou zátěže a bolestí. Vzhledem k tomu, že se jedná o subjektivně hodnotící metodu, přikládám význam psychické složce v poklesu hodnot mezi 1. a 2. terapií. Druhý a třetí graf doplňují potvrzení hypotézy č. 2. Na třetím grafu se objevují pravděpodobně největší výchytky v hodnocení. Opět největší se nalézají před 5. terapií. Význam opět přikládám roli psychiky, kdy pacienta čekala fyzicky náročnější aktivita v zaměstnání (s. 53). I přesto hodnota na 10. terapii je 2,2 cm, tedy nejnižší ze všech hodnocení v této kategorii.

Ačkoliv obě hypotézy stanovené na začátku praktické části byly potvrzeny, bylo by vhodné provést rozsáhlejší studii u více pacientů, která by předložené výsledky potvrdila.

6 Závěr

Studium bolesti je velice obsáhlé a zabývá se jím mnoho autorů. Méně rozvinuté je studium strachu z bolesti, i když v posledních letech na toto téma vzniká řada prací. Tato bakalářská práce ve formě rešerše se pokusila tyto práce doplnit.

Cílem práce bylo rozšířit povědomí o tomto fenoménu a poukázat na některé skutečnosti. Ve dvou obecných částech předkládá dosud známé poznatky ohledně bolesti a emocí. Důraz klade především na chronickou bolest a rozpracovává její specifčnost, která spočívá v příčinách jejího vzniku a dopadem na biopsychosociální úroveň jedince.

Praktická část vychází z obou obecných částí. Demonstruje působení fyzioterapeutických terapií a pohybu na psychickou stránku jedince.

Fyzioterapie je u nás doposud mladým oborem, který se stále vyvíjí. Svou náplní se prolíná do řady jiných profesí ve zdravotnictví i mimo něj. Jednou z této oblasti je i psychologie. Při své práci je fyzioterapeut denně konfrontován s psychikou klienta. Mnoho poruch pohybové soustavy má svou příčinu právě v psychice. Fyzioterapeut tedy svým působením značně ovlivňuje psychologickou stránku klienta buď vědomě, nebo nevědomě. Propojení fyzioterapie a psychologie je evidentní. Tato práce nastínila téma strachu z bolesti, kterou může představovat i pohyb. Zde se propojují obě výše zmíněné profese. Jak již bylo řečeno v úvodu, studium této problematiky není do dnešních dnů příliš obsáhlé. Domnívám se však, že seznámení se s ním může fyzioterapeutům v řadě případů pomoci. Neboť se často setkávají s lidmi, jejichž bolest, ať už pramení s pohybového aparátu, či nikoliv, omezuje jejich pohyb. Na redukci pohybu se mnohdy podílejí i sami klienti, kteří se jakékoliv aktivity obávají, jelikož jsou přesvědčeni, že by se jejich bolest mohla zhoršit. Důsledkem toho vznikají i změny v jejich sociální oblasti. A právě na tomto místě je vhodný citlivý zásah fyzioterapeuta, který by měl myslet na psychiku pacienta a zvážit možnost strachu z bolesti, nikoliv jen neochotu k pohybu. Neboť často hlavně aktivita je pro nemocné klíčovým aspektem jejich uzdravení a v neposlední řadě má i pozitivní psychosociální dopad.

7 Referenční seznam

ANWAR, K. Pathophysiology of pain. *Disease-a-Month* [online]. 2016, **62**(9), 324-329 [cit. 2016-10-18]. DOI: 10.1016/j.disamonth.2016.05.015. ISSN 00115029. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0011502916300505>

BALCAR, K. (2009). Psychoterapie a psychologické zvládání bolesti. In R. Rokyta et al. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory* (125-144). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

BARNETT, M. D. & MOORE, J. M. & HARP, A. R. Who we are and how we feel: Self-discrepancy theory and specific affective states. *Personality and Individual Differences* [online]. 2017, **111**, 232-237 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1016/j.paid.2017.02.024. ISSN 01918869. Dostupné z: <http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?ID=doi:10.1016/j.paid.2017.02.024&genre=article&atitle=Who%20we%20are%20and%20how%20we%20feel%3A%20Self-discrepancy%20theory%20and%20specific%20affective%20states&title=Personality%20and%20Individual%20Differences&issn=01918869&isbn=&volume=111&issue=&date=20170601&au last=Barnett,%20Michael%20D.&spage=232&pages=232-237&sid=EBSCO:ScienceDirect:S0191886917301010&svc.fulltext=yes#>

BAŠTECKÁ, B. (2015). Cesty, zdraví, zdraví na cestě. In B. Baštecká & J. Mach et al. *Klinická psychologie* (680-701). Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0617-0.

BEITLER, S. Measurement and Subjectivity in the History of Pain. *Western Humanities Review*[online]. 2015, **69**(3), 324-345 [cit. 2016-10-19]. ISSN 00433845. Dostupné v PDF z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=11&sid=9fba7f3f-08a7-43b9-a031-799fed17a63b%40sessionmgr4006&hid=4102&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZS ZzY29wZT1zaXRl#AN=110916491&db=hus>

BLAHUŠOVÁ, E. (2010). *Pilates pro rehabilitaci: zdravé cvičení bez bolesti*. Praha: Grada. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-3307-4.

CARTER, M. Me, my self, and i(t): Conceptualizing information technology identity and its implications. *MIS Quarterly* [online]. 2015, **39**(4), 931-957 [cit. 2016-11-13]. ISSN 02767783. Dostupné v PDF z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=fa9ad68b-281a-4bab-ac22-efcbe1fe25c4%40sessionmgr103&vid=4&hid=103>

CACCIATORE, T. W. & GURFINKEL, V. S. & HORAK, F. B. & CORDO, P. J. & AMES, K. E. Increased dynamic regulation of postural tone through Alexander Technique training. *Human Movement Science* [online]. 2011, **30**(1), 74-89 [cit. 2016-11-23]. ISSN 01679457. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074502/>

DANSIE, E. J. & TURK, D. C. (2015). Chronic Pain Assessment and Measurement. In Staats P. S. & Wallace M. S. *Pain Medicine and management: just the facts* (43-48). Second edition. Chicago: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0-07-181745-5.

DORSI, M. J. & BELZBERG, A. J. (2015). Low back pain. In Staats P. S. & Wallace M. S. *Pain Medicine and management: just the facts* (211-216). Second edition. Chicago: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0-07-181745-5.

ELLIOT, A. J. The Hierarchical Model of Approach-Avoidance Motivation. *Motivation* [online]. 2006, **30**(2), 111-116 [cit. 2016-11-16]. DOI: 10.1007/s11031-006-9028-7. ISSN 01467239. Dostupné v PDF z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=f0d16523-645a-469c-8331-ab96394c841b%40sessionmgr4006&vid=1&hid=4110>

ERBENOVÁ, H. *Historie léčby bolesti. [History of the pain treatment]*. Praha, 2016. 75 s., 23 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mellanová, Alena.

FRICOVÁ, J. (2009). Akutní a chronická bolest. In R. Rokyta et al. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory* (32-40). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

GRAMLICH, Ch. A. Fear. *Salem Press Encyclopedia of Health* [online]. 2016 [cit. 2016-10-21]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=9fba7f3f-08a7-43b9-a031-799fed17a63b@sessionmgr4006&vid=4&hid=4102&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT11ZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl&thePreGuestLoginUrl=/eds/detail/detail#AN=93871929&db=ers>

HAKL, M. (2011). Dělení a hodnocení bolesti. In M. Hakl et al. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (31-36). Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2473-0.

HALL, A. M. & KAMPER, S. J. & EMSLEY, R. & MAHER, Ch. G.. Does pain-catastrophising mediate the effect of tai chi on treatment outcomes for people with low back

pain? *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 2016, **25**, 61-66 [cit. 2016-11-23]. DOI: 10.1016/j.ctim.2015.12.013. ISSN 09652299. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0965229915300340>

HARTMANN, P. M. Anxiety. *Magill 19s Medical Guide (Online Edition)* [online]. 2016 [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=e5a5ac88-e927-4a73-b233-e096f1ff9c32@sessionmgr4006&vid=8&hid=4102&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZSZzY29wZT1zaXRl&thePreGuestLoginUrl=/eds/detail/detail#AN=89093346&db=ers>

HECKE, O. van & SMITH, B. H. (2015). The Epidemiology of chronic pain. In Staats P. S. & Wallace M. S. *Pain Medicine and management: just the facts* (15-19). Second edition. Chicago: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0-07-181745-5.

HOFMANN, S. G. & ASNAANI, A. & VONK, I. J. J. & SAWYER, A. T. & FANG, A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research* [online]. 2012, **36**(5), 427-440 [cit. 2016-11-25]. DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1. ISSN 0147-5916. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10608-012-9476-1>

HONZÁK, R. et al. (2006). *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-377-X. Karolinum. ISBN 80-246-1138-4.

KADA, O. Auf den Spuren von Aaron Antonovsky. *Prävention und Gesundheitsförderung* [online]. 2014, **9**(1), 1-2 [cit. 2016-11-07]. DOI: 10.1007/s11553-013-0427-9. ISSN 18616755. Dostupné z: <http://link.springer.com.ezproxy.is.cuni.cz/article/10.1007/s11553-013-0427-9>

KEENAN, M. Locus of control. *Salem Press Encyclopedia of Health* [online]. 2016 [cit. 2016-11-07] Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/detail/detail?sid=4376a5c7-b8c0-4202-a299-c9f7daf64992@sessionmgr101&vid=3&hid=108&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1aWQmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU=&thePreGuestLoginUrl=/eds/detail/detail#AN=100259348&db=ers>

KNOTEK, P. & KNOTKOVÁ, H. & RAUDENSKÁ, J. Chronická bolest a strach. *Ceskoslovenska Psychologie* [online]. 2015, **59**(1), 71-80 [cit. 2016-11-08]. ISSN 0009062X. Dostupné v PDF z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=86c43d3c-13bb-4852-8e3c-97cb97da942a%40sessionmgr4009&hid=4110>

KOLÁŘ, P. et al. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOZÁK, J. (2009). Bolesti zad. In R. Rokyta et al. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. (49-57). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

LIN, Ch.-W. Ch. & MCAULEY, J. H. & MACEDO, L. & BARNETT, D. C. & SMEETS, R. J. & VERBUNT, J. A. Relationship between physical activity and disability in low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* [online]. 2011, **152**(3), 607-613 [cit. 2016-11-28]. DOI: 10.1016/j.pain.2010.11.034. ISSN 03043959. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395910007190>

MCNEIL, D. W. & VOWLES, K. E. (2004). Assessment of fear and anxiety associated with pain: Conceptualization, methods and measures. In Asmundson, G. J. G. & VLAEYEN, J. W. S. & CROMBEZ, G. *Understanding and treating fear of pain*. (189-212). New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0198525141.

MERCADAL, T. Identity formation. *Salem Press Encyclopedia* [online]. 2014 [cit. 2016-11-13] Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/detail/detail?sid=c9787fff-4579-4d64-9bdb-89ee4dcfb4b3@sessionmgr107&vid=3&hid=119&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2tpZSx1aWQmbGFuZzljcyZzaXRIPWVkeyl1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU=&thePreGuestLoginUrl=/eds/detail/detail#AN=90558354&db=ers>

MICÁNKOVÁ ADAMOVÁ, B. (2011). Bolesti páteře. In M. Hakl et al. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (153-167). Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2473-0.

MOOS, P. (2014). Autor: admin. Salutogeneze: Podpora zdraví, nikoli pěstování strachu z nemocí. In: moos-psycholog.cz [online]. 8. 11. 2014. [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: <http://moos-psycholog.cz/salutogeneze-podpora-zdravi-nikoli-pestovani-strachu-z-nemoci/>

MORLEY, S. & ECCLESTON, Ch. (2004). The object of fear in pain. In Asmundson, G. J. G. & J. W. S. Vlaeyen & G. Crombez. *Understanding and treating fear of pain*. (163-188). New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0198525141.

MORLEY, S. The Self in Pain. *British Journal of Pain* [online]. 2010, **4**(1), 24-27 [cit. 2016-11-17]. DOI: 10.1177/204946371000400106. ISSN 2049-4637. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4590061/>

NAKONEČNÝ, M. (2012). *Emoce*. Vyd. 1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-614-2.

NEUDERTOVÁ, H. (2011). Psychosociální souvislosti chronické bolesti. In Marek Hakl et al. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. (37-51). Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2473-0.

PARASCHIV-IONESCU, A. & AMINIAN, K. & PERRUCHOUD, C. & RUTSCHMANN, B. & BUCHSER, E. Quantifying dimensions of physical behavior in chronic pain conditions. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* [online]. 2016, **13**(1) [cit. 2016-11-02]. DOI: 10.1186/s12984-016-0194-x. ISSN 17430003. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=831ddb53-cf38-446f-ad72-c98e9105fd74%40sessionmgr4009&vid=3&hid=4113>

PERUSINI, J. N. & FANSELOW, M. S. Neurobehavioral Perspectives on the Distinction between Fear and Anxiety. *Learning* [online]. 2015, **22**(9), 417-425 [cit. 2016-10-25]. ISSN 10720502. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561408/>

PETERS, S. & FALLER, H. & PFEIFER, K. & MENG, K. Experiences of Rehabilitation Professionals with the Implementation of a Back School for Patients with Chronic Low Back Pain: A Qualitative Study. *Rehabilitation Research & Practice* [online]. 2016, 1-9 [cit. 2016-11-24]. DOI: 10.1155/2016/6720783. ISSN 20902867. Dostupné v PDF z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ae9a5413-0dbd-486a-8448-f02720c87810%40sessionmgr120&vid=3&hid=111>

PODĚBRADSKÝ, J. & PODĚBRADSKÁ, R. *Fyzikální terapie: manuál a algoritmy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2899-5.

QUINONSES, C. M. & ROBLES, J. C. (2015). Rehabilitation evaluation and treatment in patients with low back. In Staats, P. S. & Wallace, M. S. *Pain Medicine and management: just the facts* (449-458). Second edition. Chicago: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0-07-181745-5.

RAUDENSKÁ, J. (2011a). Bolest. In J. Raudenská & A. Javůrková. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* (163-191). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.

RAUDENSKÁ, J. (2011b). Chování a možnosti jeho změny. In J. Raudenská & A. Javůrková. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* (41-81). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.

RAUDENSKÁ, J. & JAVŮRKOVÁ, A. & KOZÁK, J. Model terapie chronické bolesti zad v centrech léčby bolesti. *Rehabilitation & Physical Medicine / Rehabilitace a Fyzikalni Lekarstvi* [online]. 2013a, **20**(3), 123-128 [cit. 2016-11-08]. ISSN 12112658. Dostupné v PDF z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7169ce88-cac2-4df8-9337-97fea1b0b696%40sessionmgr104&vid=5&hid=103>

RAUDENSKÁ, J. & JAVŮRKOVÁ, A. & KOZÁK, J. Fear of pain and movement in a patient with musculoskeletal chronic pain. *Neuroendocrinol Letters*. 2013b, **34**(6): 101-104. ISSN 0172-780X (IF 0,932 2012)

RAUDENSKÁ, J. & MARUSIČ, P. & AMLEROVÁ, J. & KOLÁŘ, P. & JAVŮRKOVÁ, A. Strach související s bolestí u pacientů s chronickou bolestí dolní části zad. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* [online]. 2016, **79**(6), 644-648 [cit. 2016-11-20]. ISSN 12107859. Dostupné v PDF z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9cfacc1f-7fa4-4a47-ad88-9b9e517f67c7%40sessionmgr101&vid=3&hid=103>

ROKYTA, R. (2009a). Kde je bolest umístěna, jak ji vnímáme, jak se šíří a kde je zpracovávána. In R. Rokyta et al. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory* (21-25). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R. (2009b). Etiologie a epidemiologie bolesti. In R. Rokyta et al. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory* (15-20). Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROKYTA, R. (2011a). Patofyziologie bolesti. In M. Hakl et al. *Léčba bolesti: Současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (15-26). Vyd. 1. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2473-0.

ROKYTA, R. (2011b). Fyziologie a patofyziologie emocí. In Praško, J. & Rokyta, R. & Höschl, C. et al. *Emoce v medicíně* (41-51). Vyd. 1. Praha: Academia Medica Pragensis. ISBN 978-80-86694-99-3.

RUTH, M. Cognitive bias. *Salem Press Encyclopedia of Health* [online]. 2016 [cit. 2016-11-17]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=c235706d-4501-4d28-b037->

e318a44c4d40@sessionmgr102&vid=4&hid=114&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc210ZT11ZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl&thePreGuestLoginUrl=/eds/detail/detail#AN=100259337&db=ers

STROUHALOVÁ-JANÁČKOVÁ, L. (2006). Bolest. In Radkin Honzák et al. *Základy psychologie* (109-117). Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-377-X. Karolinum. ISBN 80-246-1138-4.

SYLVERS, P. & LILIENFELD, S. O. & LAPRAIRIE, J. L.. Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review* [online]. 2011, **31**(1), 122-137 [cit. 2016-10-25]. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.08.004. ISSN 02727358. Dostupné v PDF z: http://ac.els-cdn.com.ezproxy.is.cuni.cz/S0272735810001315/1-s2.0-S0272735810001315-main.pdf?_tid=e4c9550a-9ab5-11e6-8852-00000aab0f02&acdnat=1477401850_f44e583e61ae18e68d4f014deb0a9973

UNGVARSKY, J. Self-schema. *Salem Press Encyclopedia* [online]. 2016 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.muni.cz/eds/detail/detail?sid=49fffa35-4210-432a-bcef-b41413c39e47@sessionmgr106&vid=3&hid=112&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLGNvb2t2pZSx1aWQmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVkcylsaXZlJnNjb3BIPXNpdGU=&thePreGuestLoginUrl=/eds/detail/detail#AN=109057131&db=ers>

VERBUNT, J. A. & SEELEN, H. A. & VLAEYEN, J. W. S. (2004). Disuse and physical deconditioning in chronic low back pain . In Asmundson, G. J. G. & VLAEYEN, J. W. S. & CROMBEZ, G. *Understanding and treating fear of pain*. (163-188). New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0198525141.

VLAEYEN, J. W. S. & MORLEY, S & CROMBEZ, G. The experimental analysis of the interruptive, interfering, and identity-distorting effects of chronic pain. *Behaviour Research and Therapy* [online]. 2016, **86**, 23-34 [cit. 2017-04-19]. DOI: 10.1016/j.brat.2016.08.016. ISSN 00057967. Dostupné z: <http://sfx.is.cuni.cz/sfxlcl3?ID=doi:10.1016/j.brat.2016.08.016&genre=article&atitle=The%20experimental%20analysis%20of%20the%20interruptive%2C%20interfering%2C%20and%20identity-distorting%20effects%20of%20chronic%20pain&title=Behaviour%20Research%20and%20Therapy&issn=00057967&isbn=&volume=86&issue=&date=20161101&aulast=Vlaeyen,%20Johan%20W.S.&spage=23&pages=23-34&sid=EBSCO:ScienceDirect:S0005796716301462&svc.fulltext=yes>

VOLDERS, S. & BODDEZ, Y. & DE PEUTER, S. & MEULDERS, A & VLAEYEN, J. W. S. Avoidance behavior in chronic pain research: A cold case revisited. *Behaviour Research and Therapy* [online]. 2015, **64**, 31-37 [cit. 2016-11-27]. ISSN 00057967. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S0005796714001806>

WAND, B. M. & PARKITNY, L. & O'CONNELL, N. E. & LUOMAJOKI, H. & MCAULEY, J. H. & THACKER, M & MOSELEY, G. L. Cortical changes in chronic low back pain: Current state of the art and implications for clinical practice. *Manual Therapy* [online]. 2011, **16**(1), 15-20 [cit. 2016-11-29]. ISSN 1356689X. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.is.cuni.cz/science/article/pii/S1356689X10001116>