

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Fyzioterapie



Kateřina Krupičková

Úloha fyzioterapie u psychosomatických onemocnění

Jóga a její využití v psychosomatice

Role of physiotherapy in psychosomatic disorders

Yoga and its use in psychosomatics

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Ing. Eva Konopáčová

Praha 2018

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce, paní Ing. Evě Konopáčové, za odborné vedení, cenné poznámky, podnětné připomínky a náměty při psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a blízkému okolí, které mě motivovalo a podporovalo v průběhu psaní této bakalářské práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne: 8.4.2018

Kateřina Krupičková

Identifikační záznam:

KRUPÍČKOVÁ, Kateřina. Úloha fyzioterapie u psychosomatických onemocnění. Jóga a její role v psychosomatice. [Role of physiotherapy in psychosomatic disorders. Yoga and its use in psychosomatics]. Praha, 2018. 87 s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce Ing. Eva Konopáčová.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení autora: Kateřina Krupičková

Vedoucí práce: Ing. Eva Konopáčová

Oponent práce:

Název bakalářské práce:

Úloha fyzioterapie u psychosomatických onemocnění. Jóga a její využití v psychosomatice

Abstrakt:

Tato bakalářská práce pojednává o problematice psychosomatické medicíny a o využití jógy při terapii psychosomatických onemocnění. Práce je kombinací teoretické a praktické části.

Teoretická část je rozdělena na tři oddíly. První oddíl obsahuje teoretická východiska psychosomatické medicíny a problematiku psychosomatických onemocnění (definici, epidemiologii, etiopatogenezi, diagnostiku, terapii atd.). Ve druhém oddílu je nastíněna role a možnosti fyzioterapie v psychosomatice – přehled fyzioterapeutických metod, které lze využít v terapii psychosomatických onemocnění. Třetí oddíl poskytuje přehled problematiky z oblasti jógy, zaměřuje se na historii, její druhy, a také stručně popisuje techniky, které jóga nabízí.

Praktická část bakalářské práce obsahuje jednu kazuistiku pacienta s diagnózou psychosomatického onemocnění VAS (chronická bolest krční páteře). Dále obsahuje metodologii práce, cíle práce, kritéria pro výběr pacienta, literární rešerši, vstupní vyšetření a podrobné záznam terapeutických jednotek.

Cílem této práce je poskytnout přehled problematiky v dané oblasti. Zjistit, zda fyzioterapeutická intervence s využitím prvků jógy dokáže ovlivnit tělesný i psychický stav pacienta s VAS.

Klíčová slova: fyzioterapie, jóga, psychosomatika, biopsychosociální přístup

BACHEROL THESIS ABSTRACT

Author's first name and surname: Kateřina Krupičková

Bachelor thesis supervisor: Ing. Eva Konopáčová

Oponent:

Title of bachelor thesis:

Role of physiotherapy in psychosomatic disorders Yoga and its use in psychosomatics

Abstract:

This bachelor thesis covers the topic of psychosomatic medicine and the use of yoga in the treatment of psychosomatic diseases. This thesis is a combination of theoretical and research part.

The theoretical part is divided into three sections. First one contains theoretical basis of psychosomatic medicine and the issue of psychosomatic diseases (definition, epidemiology, etiopathogenesis, diagnostics, therapy etc.). The second section outlines the role and possibilities of physiotherapy in psychosomatic medicine – an overview of physiotherapeutic methods that can be used in the treatment of psychosomatic diseases. The last section covers the topic of yoga, its history, different types and briefly describes techniques that yoga offers.

The research part of this bachelor thesis contains one case report of a patient that has been diagnosed with a psychosomatic disease (chronic cervical spine pain). It also contains methodology of this work, its objectives, criteria for patient selection, review of the literature, initial examination and training units.

The aim of this work is to provide an overview of the topic. Find out whether physiotherapeutic intervention using yoga features can influence the physical and mental state of a patient with vertebral algic syndrome.

Key words: physiotherapy, yoga, psychosomatics, biopsychsocial approach

Obsah

ÚVOD	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1 Psychosomatická medicína	12
1.1.1 Definice a vymezení pojmu	12
1.1.2 Historie	13
1.1.3 Epidemiologie	14
1.1.4 Ekonomická stránka	14
1.1.5 Etiopatogeneze	14
1.1.6 Faktory uplatňující se při vzniku MUS	17
1.1.7 Příznaky	18
1.1.8 Diagnostika	19
1.1.9 Terapie	19
1.1.10 Stres	21
1.2 Psychosomatický přístup ve fyzioterapii	24
1.2.1 Vstupní vyšetření	24
1.2.2 Fyzioterapie v péči o duševní zdraví	27
1.2.3 Možnosti fyzioterapie v péči o duševní zdraví	28
1.3 Jóga	31
1.3.1 Definice a vymezení pojmu	31
1.3.2 Historie	31
1.3.3 Druhy (rozdělení) jógy	33
1.3.4 Asány	37
1.3.5 Pránajáma	38
1.3.6 Jógová relaxace	41
1.3.7 Vliv jógy na organismus	44
2 PRAKTICKÁ ČÁST	47

2.1	Cíle práce	47
2.2	Metodologie bakalářské práce.....	47
2.2.1	Literární rešerše	47
2.2.2	Získávání dat	47
2.2.3	Kritéria pro výběr pacienta.....	47
2.2.4	Parametry terapie.....	48
2.3	Kazuistika.....	49
2.3.1	Anamnéza.....	49
2.3.2	Kineziologický rozbor	50
2.3.3	Stanovení cílů fyzioterapie.....	57
2.3.4	Provedení terapie	58
2.3.5	Závěr fyzioterapeutické intervence	67
3	DISKUSE	69
4	ZÁVĚR.....	72
5	SEZNAM ZKRATEK	73
6	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
7	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	83
8	PŘÍLOHY	84

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o problematice psychosomatické medicíny a o využití jógy při terapii psychosomatických onemocnění. Práce je kombinací teoretické a praktické části.

Teoretická část je rozdělena na tři oddíly. První oddíl obsahuje teoretická východiska psychosomatické medicíny a problematiku psychosomatických onemocnění (definici, epidemiologii, etiopatogenezi, diagnostiku, terapii atd.). Ve druhém oddílu je nastíněna role a možnosti fyzioterapie v psychosomaticce – přehled fyzioterapeutických metod, které lze využít v terapii psychosomatických onemocnění. Třetí oddíl poskytuje přehled problematiky z oblasti jógy, zaměřuje se na historii, její druhy, a také stručně popisuje techniky, které jóga nabízí.

Praktická část bakalářské práce obsahuje jednu kazuistiku pacienta s diagnózou psychosomatického onemocnění – VAS (chronická bolest krční páteře). Dále obsahuje metodologii práce, cíle práce, kritéria pro výběr pacienta, literární rešerši, vstupní vyšetření a podrobný průběh terapie.

Každé fyzické onemocnění je, ať už méně, nebo více, ovlivněno psychickým stavem a sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije. Jak reagujeme na nemoci, a jak se vyrovnáváme s onemocněním, se velmi liší od člověka k člověku. U některých jedinců hraje vliv psychosociální složky na rozvoj onemocnění významnější roli než u jiných.

Termín psychosomatická porucha (nemoc) se většinou používá k označení somatického onemocnění, které je způsobeno nebo podpořeno psychosociálními faktory. Jsou to nemoci, v jejichž etiopatogenezi se často uplatňuje stres. Mezi onemocnění, která jsou s psychickým stresem často spojována patří například psoriáza, ekzém, žaludeční vředy, vysoký krevní tlak a srdeční onemocnění. Nejedná se však pouze o tyto typické nemoci, ale může se jednat o jakékoliv onemocnění, které je způsobeno, podpořeno, či udržováno psychologickými faktory. Právě u těchto nemocí je velice důležitý komplexní přístup, jak ze strany odborného personálu, tak ze strany pacienta (aktivní přístup). Nestačí se zaměřit pouze na léčbu somatických projevů, ale je nutné se soustředit také na psychosociální faktory, které mohou přispívat k rozvoji a udržování nemoci. Tedy kromě farmakologické či operační léčby by měly být do léčebného plánu zařazeny například techniky zvládnání stresu, relaxační techniky, či odborná psychologická péče.

Právě tento holistický přístup je typický také pro jógu. Vnímá totiž člověka jako celek – působí jak na tělo (soma), tak i na psychickou stránku (psyché), ale je schopna

také uspokojit duchovní potřeby člověka. Tento koncept vede k vnímání a pochopení vlastního těla, získání samostatnosti a částečné nezávislosti na medicíně (od určitých symptomů si může ulevit svépomocí). Z tohoto důvodu se zdá být jóga ideální doplňkovou metodou při léčbě psychosomatických onemocnění.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Psychosomatická medicína

Psychosomatické onemocnění je celosvětovým fenoménem. Odborné studie popisují, že existuje více než dvacet procent nemocných, u nichž nelze vysvětlit příčinu potíží. Tyto příznaky se souhrnně nazývají medicínsky nevysvětlitelné příznaky (MUS). (Haller, 2015)

Současná západní medicína se v terapii zaměřuje především na biologické faktory a somatické příznaky nemoci, což je ale u pacientů s psychosomatickým onemocněním (cca 20%) léčba naprosto nedostačující a neúčinná. Z takových pacientů se stávají pacienti chroničtí, kteří následně finančně významnou měrou zatěžují náš zdravotnický systém. (Jirásková, 2008) Kromě ekonomického dopadu (špatné zacílení léčby) mají medicínsky nevysvětlitelné příznaky také dopad na psychiku pacienta. Jedinci, u nichž není možné objektivně vysvětlit původ jejich problému, často propadají zmatku a úzkosti. (Chvála, 2015)

Termín psychosomatické onemocnění lze použít k definování jakéhokoliv onemocnění, které je způsobeno, podpořeno či udržováno psychologickými faktory. Mnoho fyzických příznaků, které mají původ v psychice se často spontánně upraví (například bolest břicha před zkouškou). U některých pacientů však mohou tyto potíže vést k závažnému narušení zdravotního stavu. (Clinical advisor, 2016)

Psychosomatická medicína zabývající se těmito stavy je obor poměrně mladý, přestože koncept vnímání člověka jako celku je známý od nepaměti. Psychosomatika v dnešním pojetí vznikla jako protiváha lineárního modelu klasické medicíny (biologické agens je příčinou nemoci). Toto pojetí vychází z biopsychosociálního modelu - tzn., že vznik nemoci je podmíněn nejenom biologickými faktory (agens), ale také psychologickými a sociálními vlivy. (Lipsit, 2016)

1.1.1 Definice a vymezení pojmu

Psychosomatika je široký holistický koncept, který se zabývá vlivem psychosociálních faktorů na fyzické zdraví.

Existuje mnoho názorů a mnoho definic na to, co je psychosomatická medicína. V současné době se můžeme na psychosomatické onemocnění dívat z několika úhlů. Jeden z nich vnímá psychosomatické onemocnění v užším slova smyslu, a to jako onemocnění v jehož etiopatogenezi se ve větší míře uplatňují psychosociální faktory.

Podle této definice, tedy do kategorie psychosomatických onemocnění spadají např. asthma bronchiale, žaludeční vředy, revmatoidní artritida, psoriáza a další. Druhé pojetí je o poznání širší. Vnímá člověka v bio-psycho-sociálním kontextu a tvrdí, že každá nemoc ale i zranění mají psychosociální podklad (i dopad). (Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993) Nejednotnost panuje i mezi jednotlivými obory, které se touto problematikou zabývají. Psychologie vnímá psychosomatická onemocnění jako projevy duševního onemocnění skrze tělesné příznaky. Kdežto všeobecné lékařství hovoří o lékařsky nevysvětlitelných příznacích a funkčních poruchách. (Havelková, Slezáčková, 2017)

Vymezení pojmu psychosomatické onemocnění

Následující podmínky představují velmi obecná kritéria, která by mělo onemocnění splňovat, aby mohlo být považováno za psychosomatické.

podle Weisse musí onemocnění splňovat alespoň jednu ze čtyř podmínek:

- etiologie nemoci může být přímo vztažena k předchozí psychologické události (životní událost)
- průběh nemoci (nezávisle na její etiologii) je významně ovlivňován psychologickými faktory
- primární příznak má přímý vztah k jinému psychologickému faktoru
- příznaky neúměrně intenzivní nebo nepřiměřeně protrahované a manifestují se v kontextu somatického onemocnění (Baštecký et al., 1993)

1.1.2 Historie

První zmínky o celostním přístupu k nemoci pocházejí ze starověkého Egypta, Číny a Indie. V Evropě se celostní přístup objevil o něco později na přelomu 3. a 4. století před naším letopočtem, a to v práci řeckého lékaře Hippokrata. Hippokrates věřil, že nemoc je ovlivněna nejen biologickými, ale i psychologickými faktory. Svou prací tak položil základy psychosomatické medicíny. S nástupem středověku byly naneštěstí Hippokratovy myšlenky na dlouhou dobu zapomenuty a nahrazeny náboženským monismem a znovuobjeveny byly až s příchodem renesance a osvícenství. (Lipsit, 2016)

Důležité milníky psychosomatické medicíny přineslo především 19. a 20. století. V roce 1818 německý lékař J. CH. Heinroth poprvé použil termín psychosomatika, a to v souvislosti vztahu insomnie a duševního stavu. Nicméně trvalo ještě přibližně sto let, než se význam slova psychosomatika ustálil do podoby, ve kterém

ho známe dnes. Dále díky práci Benjamina Rushe – *Medical Inquiries and Observation upon Diseases of the Mind* (1821), začala být psychologie vnímána lékařskou obcí jako svébytný obor. (Lipsit, 2016)

1.1.3 Epidemiologie

Zjistit přesnou prevalenci lékařsky nevysvětlitelných příznaků není jednoduché. Jeden z důvodů je, že výsledky studií se velmi různí. Pohybují se mezi 7 % a 39 %. Výsledky se rozcházejí pravděpodobně z důvodu nejednotné definice medicínsky nevysvětlitelných příznaků. (Chvála, et al., 2015)

Studie, která proběhla v Mexiku v roce 2016 uvádí, že 7 % konzultací u všeobecných praktických lékařů se týkalo MUS. (Rodriguez, 2016) Holandská studie dospěla k výsledku 13 %. (Van der Weijden, 2003) Studie z Velké Británie uvádí prevalenci 19 % a s pomocí dotazníků se toto číslo vyšplhalo až na 35 %. (Peveler, 1997) Studie zkoumající prevalenci MUS u pacientů s duševním onemocněním odhalila MUS u téměř 65 %. (Osugo, 2017)

Důležitým faktorem MUS je, že se často vyskytují spolu s depresivní poruchou (až 50%), úzkostnou poruchou (Chvála, et al., 2015), zneužíváním psychoaktivních látek a/nebo poruchou osobnosti. Dalším zajímavým fenoménem je, že ženy bývají postiženy dvakrát častěji než muži. (Sekot, 2013)

1.1.4 Ekonomická stránka

Pacienti s MUS spotřebují přibližně dvakrát více ambulantních a hospitalizačních zdrojů a tím pádem mají také dvakrát vyšší průměrné náklady na zdravotní péči za rok. Léčba MUS je nejen nákladná, ale také frustrující jak pro lékaře, tak pro pacienta. (Barsky et al, 2005) Pacient nespokojen s výsledky léčby, lékaře často střídá a dožaduje se dalších a dalších vyšetření. S využitím konkrétní specifické léčby (přístupu) mohou zdravotníci vybudovat silný terapeutický vztah, zlepšit kvalitu života pacientů a v neposlední řadě využít finanční zdroje efektivně. (Sekot, 2006)

1.1.5 Etiopatogeneze

Znalost faktorů uplatňujících se při vzniku psychosomatických onemocnění je zcela zásadní pro porozumění pacientovi a jeho nemoci, a také při nastavování vhodné léčby. Nutno podotknout, že příčina vzniku psychosomatických onemocnění není zcela vyjasněna. Existuje několik teorií, které se touto problematikou zabývají. Na rozdíl

od somatických nemocí, kde se uplatňují především biologické faktory, se u psychosomatických nemocí dostávají do popředí faktory psychologické a sociální. (Baštecký, 1993) Fakt, že doposud chybí jednoznačné vysvětlení vzniku psychosomatických onemocnění může být jeden z faktorů, proč se moderní medicína dlouho zdráhala přijmout psychosomatiku jako legitimní obor.

Teorie stresu

Teorie stresu vychází ze studie maďarsko-rakouského lékaře Hanse Selye, který ve svých studiích odhalil, že tělo reaguje na negativní podmínky vždy stejnou reakcí, a to obecným adaptačním syndromem. Reakce organismu na stres probíhá ve třech fázích, které budou podrobněji popsány v samostatné kapitole. Podle některých odpůrců je teorie stresu nespecifická či dokonce překonaná. (Baštecký, 1991)

Bio-psycho-sociální model

Tento model vychází z publikace G. Engela z roku 1977, který jej vytvořil jako nezbytnou protiváhu nedostačujícího biologického modelu. V současné době představuje nejucelenější a nejkompaktnější koncept, s jehož pomocí je možné pochopit zdraví a nemoc člověka. Je to tedy koncept, který bere v úvahu vzájemné vztahy a působení biologických, psychologických a sociálních faktorů. (Společnost psychosomatické medicíny ČLS, 2015) Již v roce 1977 byl přijat Světovou zdravotnickou organizací a během několika dalších let ověřen empirickými výzkumy a poznatky z neurovědy. Nicméně v našem zdravotnictví ještě stále nebyl převeden do praxe. (Jirásková, 2008)

Tento model, potažmo i psychosomatická medicína předpokládá, že jedinec je součástí tří úrovní, které od sebe nelze oddělit. Tyto roviny jsou: tělesná, psychická a sociální. Ve výsledku to znamená, že se příznaky stejného onemocnění mohou projevit jak v tělesné, tak v duševní podobě a zasahovat i do sociální oblasti jedince. Jestliže má být léčba úspěšná je nutné zasáhnout na více úrovních – tj. komplexně. Pro zajištění komplexní péče, je velice důležitá multidisciplinární spolupráce. Mohou se na ní podílet různé zdravotnické odbornosti např. lékař, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, ošetrovatelský personál, nutriční terapeut, a další. (Společnost psychosomatické medicíny ČLS, 2015)

Teorie životních událostí

Tato teorie vychází z myšlenky, že některé životní události mohou podmiňovat vznik psychosomatických chorob. Otázkou životních událostí se zabývalo mnoho vědců,

nejvýznamnějšími však byli Holmes a Rahe, kteří sestavili seznam zátěžových životních situací a nazvali jej Social readjustment rating scale (česká varianta je Škála sociální readaptace). Události v tomto seznamu jsou sestupně seřazeny podle míry zátěže, kterou pro jedince představují. Po sečtení hodnot všech položek, které pacient označil, získáme výsledné skóre, které nám pomůže orientačně zjistit, jak náchylný pacient je pro vznik psychosomatického onemocnění. (Baštecký, 1991)

Neurobiologický přístup

Moderní medicína se často na psychosomatiku dívá skrz prsty. Jedním z důvodů může být i fakt, že doposud chyběly neurologické podklady. V nedávno publikované studii byl zkoumán vliv mozkové kůry na funkci dřeně nadledvin. Podařilo se zde identifikovat klíčové oblasti mozkové kůry, které jsou spojeny prostřednictvím specifických multisynaptických okruhů s dřením nadledvin. Jeden z těchto obvodů spojuje kortikální oblasti (konkrétně oblasti zprostředkující pohyb, kognici a emoce) s kontrolou funkce orgánů. Právě tento obvod může zprostředkovat účinky vnitřních stavů jako je chronický stres nebo deprese na funkci orgánů, a tím poskytnout substrát pro některé psychosomatické nemoci. (Dum, 2016)

Psychoanalytická teorie

Tato teorie vychází původně z Freudovy práce, ve které ustanovil, že člověk v dětství prochází třemi obdobími – orální, anální, falické. Věřil, že rozvoj a vznik psychosomatických onemocnění spočívá v intrapsychickém konfliktu v průběhu nejrannějších vývojových období – orální a anální. (Havelková, Slezáčková, 2017) (Baštecký, 1991) Tento předpoklad je podpořen faktem, že v prvních dvou letech života dochází ke vzniku a upevnování základních fyziologických reakcí a také k rozvoji emoční reaktivity. (Baštecký, 1991)

1.1.6 Faktory uplatňující se při vzniku MUS

Je jasné, že v praxi mezi jednotlivými faktory není úplně ostrá hranice, ale Chvála et al. je ve své práci pro didaktické účely rozdělují do tří skupin.

Tabulka 1: Faktory uplatňující se při vzniku MUS, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)

FAKTORY UPLATŇUJÍCÍ SE PŘI VZNIKU MUS		
PREDISPONUJÍCÍ FAKTORY	VYVOLÁVAJÍCÍ FAKTORY	UDRŽUJÍCÍ FAKTORY
osobní historie	akutní tělesné onemocnění	dlouhodobé snížení zátěže zhoršuje zdatnost
snížená psychická odolnost	sociální událost	chyby ve stravě a chybné zdravotní návyky
zvýšená vnímavost	trauma tělesné či psychické (popř. obojí)	chybné pracovní návyky (např. nadměrná zátěž, nedostatek odpočinku)
snížená zdravotní gramotnost	radikální změna stravování či životního stylu (hubnutí, extrémní diety)	finanční odměna za trvajícím symptom (PN, důchod)
obtížná sociální situace	obtížná sociální situace	udržování patologické rovnováhy v rodině symptomem
genetika	genetika	trvajícím psychický stres o kterém se nemluví (hrozící rozvod rodičů, zneužívání, dluhy, exekuce...) závislost (léky, osoba)
		abnormální sledování informací o nemoci na internetu

Predisponující faktory

Faktory, díky kterým je jedinec náchylnější k rozvoji MUS. Rozvoj MUS může být podmíněn geneticky či osobní historií (ztráta rodiče v dětství, zneužívání atd.) sníženou psychickou odolností nebo sníženou zdravotní odolností. (Chvála et al., 2015)

Vyvolávající faktory

Faktorů, které jsou pro rozvoj MUS rozhodující je celá škála – od akutních somatických onemocnění (např. infekce GIT) přes těžké životní situace (viz škála sociální readaptace), až po nevhodné životní podmínky. (Chvála et al., 2015)

Udržující faktory

Udržování či dokonce prohlubování nemoci může být zapříčiněno například špatným životním stylem, sníženou schopností pohybu, trvajícím psychickým stresem nebo dokonce výhodami plynoucími z nemoci (PN, důchod, úlevy). (Chvála et al., 2015)

1.1.7 Příznaky

Příznaky spadající pod skupinu MUS jsou u každého pacienta značně variabilní. K nejčastějším patří:

Tabulka 2: Příznaky MUS, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)

PŘÍZNAKY MUS	
PŘÍZNAKY	PROJEVY
systémové	únava, insomnie, obtížná koncentrace, poruchy paměti, světloplachost, slabost, třes, ...
kardiopulmonální	bolest na hrudi, palpitace, dyspnoe, hyperventilace, dušnost bez námahy, ...
gastrointestinální	nevolnost, zácpa, průjem, abdominální diskomfort, pálení jazyka, bolest zubů, bolest břicha, škytání, říhání, nadýmání, ...
gynekologické	bolest v oblasti pánve, vulvodynie, dysmenorea, dyspareunia, ...
muskuloskeletální	bolesti končetin, bolesti kloubů, bolesti svalů, ztuhlost, pocit obrny, pocity mravenčení či změny citlivosti v končetinách

1.1.8 Diagnostika

Diagnostika psychosomatických onemocnění je značně komplikována faktem, že neexistuje jednotná definice pro psychosomatické onemocnění.

Psychiatrie je v diagnostice psychosomatických onemocnění přeci jen o něco napřed. Vychází z teorie, že fyzické příznaky jsou projevem duševního onemocnění – somatizace. Psychiatrie pro diagnostiku vytvořila nástroje (DSM-IV, DSM-V), avšak diagnostické jednotky ani zde nejsou jednotné. (Havelková, Slezáčková, 2017)

Tam kde psychiatrie hovoří o konkrétních diagnózách, má všeobecné lékařství pouze neurčité obecné pojmy jako lékařsky nevysvětlitelné příznaky (MUS) či funkční poruchy. (Havelková, Slezáčková, 2017)

Snahy o vytvoření jednotného diagnostického nástroje vyvrcholily vznikem Diagnostických kritérií pro psychosomatický výzkum (DCPR). DCPR je soubor 12 "psychosomatických syndromů", které jsou rozděleny do 3 oblastí. První okruh se týká vnímání, prožívání a pacientova vyhodnocení zdravotního stavu, zahrnuje obavy o zdraví, nozofobii, tanatofobii a popření. Druhý zahrnuje symptomy v jejichž etiopatogenezi se uplatňuje somatizace – perzistující somatizace, funkční symptomy přidružené k psychické poruše, konverzní symptomy a výroční reakce. Poslední okruh zahrnuje behaviorální odpověď – podrážděná nálada, A-typ chování, demoralizace a alexitimie. (Honzák, 2011) Pro zjišťování dvanácti psychosomatických syndromů bylo vytvořeno 58-mi položkové strukturované interview (Porcelli & Sonino, 2007).

1.1.9 Terapie

Komplexní terapie psychosomatického onemocnění by neměla ovlivňovat pacienta pouze po dobu návštěvy odborníka, ale měla by se snažit pacienta motivovat k dodržování režimových opatření i mimo dobu terapie. Vhodné je například zařazení adekvátních fyzických aktivit, ergonomie a racionální výživy. (Kolář, 2012) Proto je na místě, aby na uzdravení pacienta spolupracoval multidisciplinární tým, jehož součástí je praktický lékař, psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut atd. (Poněšický, 2010). Takováto péče pokrývá všechny úrovně biopsychosociálního modelu. Pracuje tedy na úrovni fyzické (neurologie, fyzioterapie, ergoterapie), úrovni psychické (psychologie, psychoterapie, psychiatrie) a úrovni sociální (sociální pracovník, psychoterapeut – rodinné terapie) (Masner, 2016)

Farmakoterapie

V některých případech je nutné léčbu podpořit pomocí farmakoterapie. Nejčastěji se jedná o anxiolytika, antidepresiva či hypnotika. Musíme si však uvědomit, že farmakoterapie může mít řadu vedlejších účinků (ovlivnění vnímání bolesti, spasmolytický efekt atd.) a tento fakt reflektovat v terapii. (Kolář, 2012)

Psychoterapie

Aby došlo k ovlivnění psychosomatických obtíží v celé jejich šíři, je často nutné pacienta odkázat na pomoc psychologa. Toto doporučení by mělo přijít ve správnou chvíli (když si získáme pacientovu důvěru) a mělo by být podáno citlivě. Je s výhodou, odkážeme-li pacienta na psychoterapeuta, který se zaměřuje na psychosomatickou problematiku. Pacient může docházet na individuální, skupinovou či rodinnou (např. v případě hyperprotektivity rodiny) terapii. Využívají se především prvky kognitivně behaviorální terapie, která slouží ke korekci názorů, edukaci a změně postojů pacienta. (Kolář, 2012)



Obrázek 1: Formy terapie, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)

1.1.10 Stres

Dlouhodobý stres vede nejen k rozvoji duševních onemocnění jako je deprese, úzkostné stavy či únavový syndrom, ale bylo také prokázáno, že má podíl i na rozvoji některých (psycho)somatických onemocnění jako je například diabetes mellitus, asthma bronchiale, hypertenze, ateroskleróza žaludeční vředy, kožní problémy, autoimunitní onemocnění a další. (Esch et al., 2003) Sice nebyl prokázán přímý vliv stresu na rozvoj rakoviny, ale studie ukazují, že stres usnadňuje metastatické procesy. (Salleh, 2008) Dobrá zpráva je, že na rozdíl od genetických faktorů, věku či pohlaví, jej můžeme ovlivnit, a tím výraznou měrou snížit riziko rozvoje těchto chorob.

Proto je výhodné aktivně vyhledávat u pacientů, jestli netrpí nadměrnou stresovou zátěží a zařadit do svého portfolia fyzioterapeutických metod, metody zaměřující se na prevenci stresu a s ním spojených nemocí (jógová relaxace, autogenní trénink, režimová opatření atd.)

Ačkoliv je slovo stres v současné době nadužíváno, jeho jednotná definice však chybí. Pro potřeby této práce budeme hovořit o stresu psychickém.

Pro pochopení stresu je důležité si uvědomit, že stres je reakce na podnět. Tato reakce probíhá víceméně stejně u každého jedince a její jednotlivé fáze budou popsány níže. Co se u každého jedince liší je právě to, co vnímá jako stresující podnět neboli stresor. Například někdo může vnímat jízdu na horské dráze jako příjemnou kratochvíli, kdežto pro jiného jedince může představovat velmi silný stresor. Dalším důležitým faktem je, že stres není pouze škodlivou reakcí – určitá míra stresu je často vnímána jako tvůrčí síla, která nás motivuje a žene kupředu. Tento předpoklad nám umožňuje rozdělit stres na eustres a distres. Eustres je popisován jako pozitivní zátěž jedince, která ho motivuje k lepším výkonům. Kdežto distres je vnímán jako nadměrná zátěž, která může poškodit duševní i tělesné zdraví nebo v krajním případě způsobit i smrt. Co však rozhoduje o tom, jestli se stres stane pozitivní tvůrčí silou nebo škodlivým agens? Záleží na tom, jak se k situaci postavíme a jak ji vyhodnotíme (Procházková, Honzák, 2008) (viz obrázek 2)

Fáze stresu

Pro pochopení vzniku psychosomatické nemoci je dobré znát průběh stresové reakce, a to zejména její poslední fáze (vyčerpání).

a) Poplachová fáze

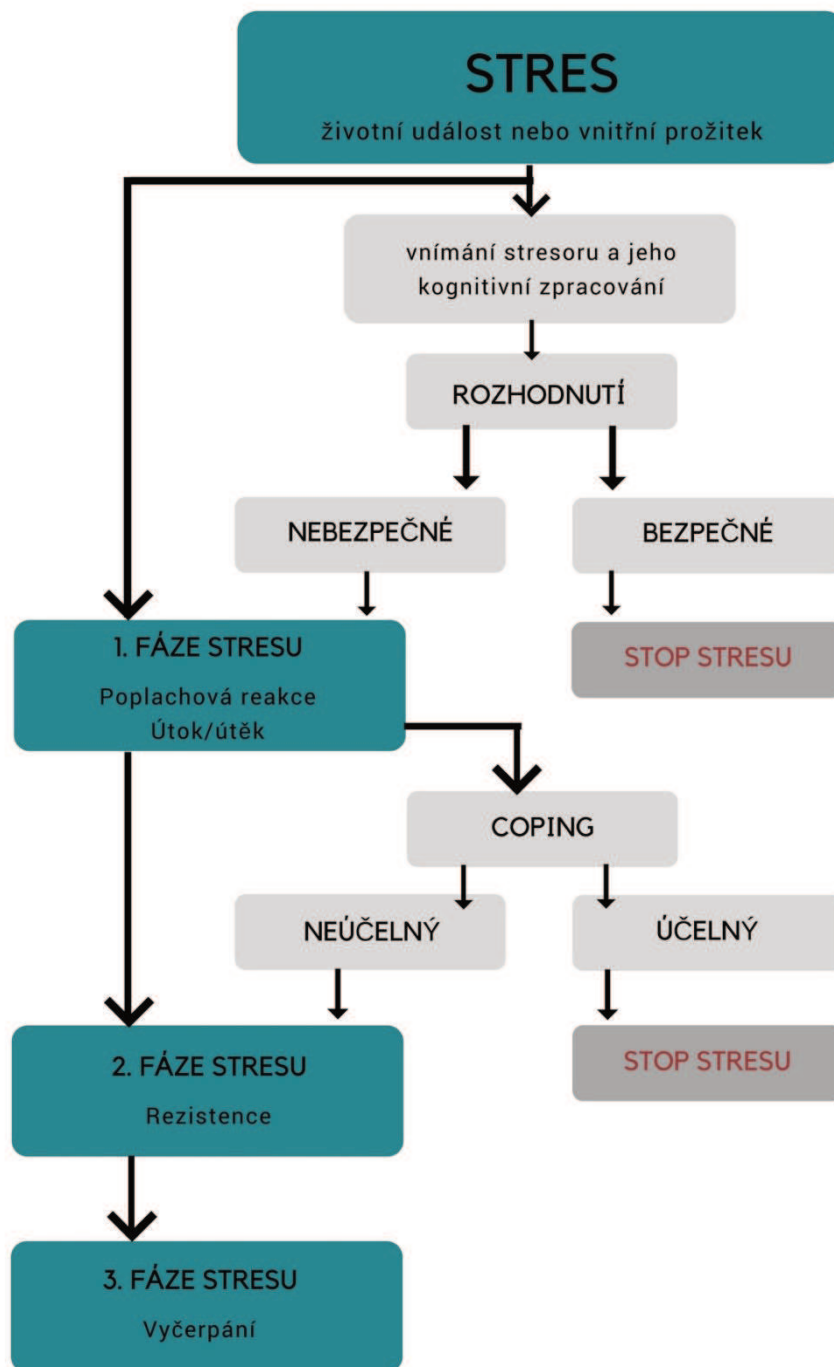
- Začíná ve chvíli, kdy se organismus setká s podnětem, který považuje za potenciální hrozbu. Dochází zde k aktivaci sympatiku a adrenokortikotropního systému, které jsou zodpovědné za vyplavení katecholaminů – adrenalinu a noradrenalinu. (Maďa, Fontana 2015) Tato přirozená reakce tělo připravuje buď k útěku, nebo k útoku v nebezpečných situacích. (Higuera, 2017)

b) Adaptační

- V případě, že nedojde k eliminaci stresoru, nastává fáze adaptace, tělo se adaptuje na stres a snaží se ho minimalizovat. V opačném případě, když se tělo se stresem vypořádá, dochází k návratu do klidového stavu. (Maďa, Fontana 2015) Cílem této fáze je zabezpečit dostatečné množství energie pro přežití v nepříznivých podmínkách. (Honzák, 2017) V adaptační fázi dochází k převaze parasympatiku produkci kortizolu, a s tím spojenému útlumu organismu. Aktivita parasympatiku se projevuje především snížením srdečního rytmu, zvýšením perfúze vnitřních orgánů (zejména trávicího traktu) a zúžením průsvitu průdušek. (Maďa, Fontana, 2015)

c) Vyčerpání

- Stresová odpověď je velice energeticky náročná, protože organismus v ohrožení (nebo domnělém) života získává energii velice neekonomicky. Fáze vyčerpání nastává v případě, když stresová situace stále přetrvává, ale tělo už nemá dostatek energetických rezerv na jeho zvládnutí. (Honzák, 2017) Tělo již není schopno se stresu bránit a adaptační mechanismy se stávají škodlivými. Tato fáze hraje klíčovou roli pro vznik chorobných stavů jako je hypertenze, imunitní deficity, steroidní diabetes a další. (Maďa, 2015)



Obrázek 2: Fáze stresu, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)

1.2 Psychosomatický přístup ve fyzioterapii

1.2.1 Vstupní vyšetření

Zprvu je dobré si uvědomit, že „diagnostika“ (jedná se pouze o pracovní hypotézu ne o přesnou diagnózu) psychosomatické nemoci není vůbec jednoduchá a vyžaduje citlivý přístup a zvýšenou pozornost terapeuta. Stává se, že pacienti s psychosomatickou poruchou jsou léčeni pouze z hlediska somatických příznaků, které na léčbu nereagují adekvátně nebo se brzy vracejí. Stejně jako u každé jiné nemoci je i zde velice důležité pečlivé odebrání anamnézy.

Existují určitá vodítka, která nám pomohou vyslovit podezření na psychosomatickou problematiku.

- stupeň subjektivních obtíží neodpovídá objektivnímu nálezu
- přetrvání problémů i po obvyklém léčebném postupu nebo časté recidivy
- nestálost obtíží – charakter, střídání různých tělesných systémů
- psychické problémy a nepříznivé životní události (rozvod, úmrtí blízké osoby atd.)
- konfliktní sociální prostředí
- a další (Kolář, 2012)

Pokud již máme podezření, že se v etiopatogenezi nemoci ve větší míře uplatňuje vliv psychosociální složky, měli bychom zaměřit pozornost především na tyto oblasti.

- psychický stav pacienta, poruchy spánku, nálada,
- životní styl – fyzická aktivita, stravování atd.
- sociální situace – rodinné problémy, pracovní prostředí atd.
- informace od členů rodiny či blízkých (Kolář, 2012)

Vstupní rozhovor

Vstupní rozhovor mezi terapeutem a pacientem je základním kamenem pro úspěšnou vzájemnou spolupráci, proto je velice důležitou součástí fyzioterapeutické intervence. Je obecně známým faktem, že první dojem je nejdůležitějším a rozhodujícím aspektem při navazování nových vztahů. Proto je úspěšnost terapie, kromě dalších aspektů, závislá i na kvalitním vztahu a vzájemné důvěře. (Chvála et al., 2015)

Hlavním cílem vstupního rozhovoru je získání informací o pacientovi, vytvoření vztahu a porozumění pacientově nemoci v kontextu jeho života. V psychosomatickém přístupu se vstupní rozhovor liší od rozhovoru v klasickém biologickém modelu. Je to

dialog zaměřený především na pacienta jako celek, a ne pouze na nemoc a její příznaky. Psychosomatický přístup tedy obohacuje biologický přístup o složku psychologickou a sociokulturní. (Fava, Sonino, Wise, 2012)

Při vedení vstupního rozhovoru jsou zásadní dvě věci, klást otevřené otázky a nechat pacientovi dostatek času na jejich promyšlení a zodpovězení. (Nada L. Stotland, 2008) Prostřednictvím otevřených otázek získáme více informací o pacientovi, jeho životě a jeho pohledu na nemoc, což jsou informace, které se pomocí uzavřených otázek velmi obtížně získávají. Je proto pochopitelné, že se pro odebrání anamnézy doporučuje semistrukturovaný rozhovor. Při dialogu se dotýkáme různých oblastí pacientova života, a proto je na místě citlivý přístup – naslouchání, respektování odpovědí, neodsuzování. (Stotland, 2008) (Chvála et al., 2015) (Paulley, Pelsler, 2012)

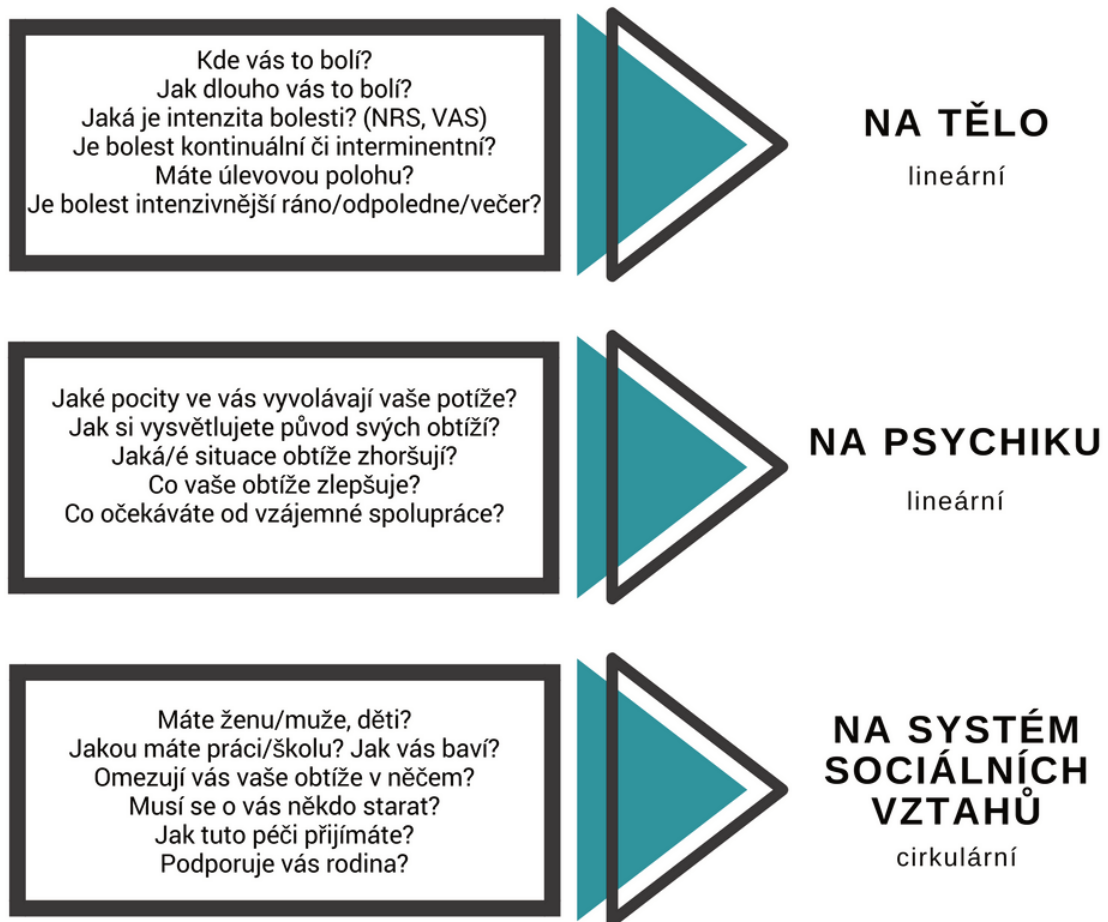
Kromě obsahové stránky slovního projevu pacienta, je důležité sledovat také formu sdělení a mimovolní chování. Například volbu slov, napětí svalů, zaťaté zuby, pocení, červenání, neklid rukou a podobně. Tato vodítka nám mohou mnoho napovědět o psychickém rozpoložení pacienta, i v případě, kdy toho sám není schopen (neuvědomuje si to, nechce se svěřit). (Paulley, Pelsler, 2012)

Motivační rozhovor

Jak již bylo výše řečeno, léčba psychosomatických onemocnění nezahrnuje pouze návštěvy u odborníků a pasivní přijímání terapie, naopak vyžaduje se zde aktivní spolupráce pacienta a často výrazná změna životního stylu. A právě k započetí takovéto změny a motivaci pacienta může sloužit motivační rozhovor.

Motivační rozhovory vycházejí z humanistických teorií Carla Rogerse, který věřil, že každý člověk má možnost se svobodně rozhodnout ke změně a tuto změnu uskutečnit pomocí sebeaktualizace. (Center for Substance Abuse Treatment, 1999) Původně byla tato metoda určena pro pacienty se závislostí (tabák, alkohol, drogy atd.), v současné době slouží jako nástroj pomáhajícím profesím pro motivaci pacientů. (Fava, Sonino, Wise, 2012)

Cílem motivačního rozhovoru je, aby pacient ve svém současném jednání odhalil chování, které poškozuje jeho zdraví a brání mu v uzdravení a poté se svobodně rozhodl pro změnu. (Fava, Sonino, Wise, 2012) Hlavními prvky jsou empatie, vyhýbání se přímému konfliktu (mezi terapeutem a pacientem), podpora pacientových schopností a vyhledávání rozporů (mezi současným chováním a dlouhodobým cílem). (Center for Substance Abuse Treatment, 1999)



Obrázek 3: Okruhy otázek, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)

Klinické vyšetření

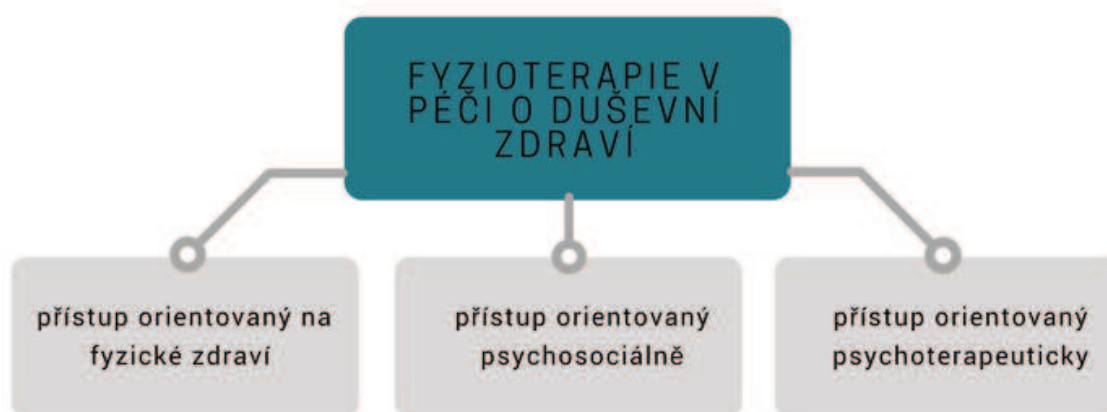
Pacient nepřichází s diagnózou psychosomatického onemocnění, to odkrýváme postupně, a po celou dobu zůstává pouze pracovní teorií. Na začátku provedeme všechna potřebná vyšetření, abychom vyloučili/potvrdili organický podklad příznaků (Chvála et al., 2015) Příznaky, které mohou poukazovat na psychosomatické onemocnění:

- projevy zvýšené neurovegetativní dráždivosti (souměrně výrazné šlachookosticové reflexy)
- pozitivní Chvostkův příznak
- citlivost či bolestivost nervových výstupů
- svalové napětí, trigger points, tender points
- třes (funkčního charakteru)
- červenání, dermografie, pocení, akrocyanóza, aktivní jizvy
- dechový stereotyp
- celkový dojem z pacienta (Kolář, 2012)

1.2.2 Fyzioterapie v péči o duševní zdraví

Role fyzioterapie v psychologii a psychiatrii je často přehlížena a podceňována, i přes fakt, že v některých zemích má více než padesátiletou tradici (skandinávské země). (Probst, Skjaerven, 2017)

V závislosti na kontextu a celkovém obrazu problémů pacienta a jeho života, fyzioterapeut určí, jaký přístup zvolí. Na výběr má ze tří možností – přístup orientovaný na fyzické zdraví, psychosociální či psychoterapeutický přístup. (Probst, Skjaerven, 2017)



Obrázek 4: Možnosti fyzioterapie, vlastní tvorba (Probst, Skjaerven, 2017)

Přístup orientovaný na fyzické zdraví

Cílem tohoto přístupu je zlepšení celkového fyzického stavu u osob s psychickými problémy. Studie dokazují, že lidé s psychickými problémy jsou náchylnější k inaktivitě a sedavému způsobu života. Kromě toho psychotropní medikace může hrát roli při rozvoji metabolického syndromu, obezity, osteoporózy a kardiovaskulárních chorob. V přístupu orientovaném na fyzické zdraví se zaměřujeme na kompenzaci a prevenci těchto přidružených problémů. (Probst, Skjaerven, 2017)

Psychosociální přístup

Psychosociálně orientovaný přístup je založen na získávání nových mentálních a fyzických dovedností pomocí pohybu, za účelem zlepšení kvality života. K dosažení těchto cílů slouží trénink psychomotorických, senzomotorických, kognitivních, sociálních a emočních dovedností. Využívají se zde relaxační techniky, techniky zvládnání stresu, dechová cvičení a další. (Probst, Skjaerven, 2017)

Psychoterapeutický přístup

Tento přístup neklade tak velký důraz na získávání dovedností, ale spíše na prožívání zkušeností. Pomocí pohybových aktivit fyzioterapeut vytváří prostředí, které pacientovi usnadňuje získat lepší přehled o fungování vlastního těla a o sobě samotném. V psychoterapeutickém přístupu jsou pacienti směřováni mimo komfortní zónu a zkoušejí nové věci, během toho si uvědomují své emoce, myšlenky a chování a sdílí je s fyzioterapeutem. Hlavní roli zde tedy nehraje fyzická aktivita, ale pacientovo prožívání nové zkušenosti. (Probst, Skjaerven, 2017)

1.2.3 Možnosti fyzioterapie v péči o duševní zdraví

Cílem této kapitoly je nastínění role fyzioterapie a představení některých fyzioterapeutických metod, které lze využít u pacientů s psychosomatickými obtížemi či jinou psychologickou nebo psychiatrickou problematikou.

Fyzioterapeuti, kteří se pohybují v oblasti péče o duševní zdraví, na prvním místě využívají klasické fyzioterapeutické metody, které dále podle potřeby doplňují dalšími znalostmi a dovednostmi (psychopatologie, komunikace, ...). Jednotlivé metody lze mezi sebou libovolně kombinovat. Přístup volíme vždy s ohledem na přání a preference pacienta. (Probst, Skjaerven, 2017)

Norská psychomotorická fyzioterapie (NPMP)

Kořeny Norské psychomotorické fyzioterapie sahají k počátku 50. let minulého století. Tento koncept byl vytvořen norským psychiatrem Trygvem Braatoy ve spolupráci s fyzioterapeutkou Aadel Bülow-Hansen a s úspěchem se využívá dodnes ve většině Skandinávských zemí. (Dragesund, Kvale, 2016)

Předpokladem této metody je, že fyzický, psychický i sociální tlak může ovlivňovat fungování celého těla – napětí svalů, dýchání, držení těla, stabilitu, pohyb a flexibilitu. Cílem NPMP je ovlivnit posturu a napětí svalů pomocí masáže, doteků a pohybů zaměřených na uvolnění dechu. Dále využívá trénink stoje a chůze, balanční, protahovací a relaxační techniky. (Thornquist, 1991)

Relaxace

Zařazení relaxace do terapie je vhodné při řešení stresu a s ním spojených problémů.

Výraz relaxace je označení pro různorodou skupinu technik, které se zaměřují na snížení stresu, úzkosti a napětí, pomocí vytvoření klidného stavu mysli. Lze ji tedy

využít jako prevenci, léčbu nebo jako zvládací techniku stresu. Relaxace probíhá ve 3 fázích: (1) nácvik relaxační techniky, (2) zhodnocení účinnosti relaxace a po získání dostatečné praxe i (3) využití relaxace ve stresových situacích. (Probst, Skjaerven, 2017)

Nejznámějšími technikami jsou Jacobsonova progresivní relaxace a Schultzův autogenní trénink. Za zmínku ale jistě stojí i u nás méně známé techniky jako aplikovaná relaxace dle Östa nebo Mitchellova metoda. Také lze využít alternativní metody jako Tai Chi, Qi Gong, Jóga, Pilates a další. (Probst, Skjaerven, 2017)

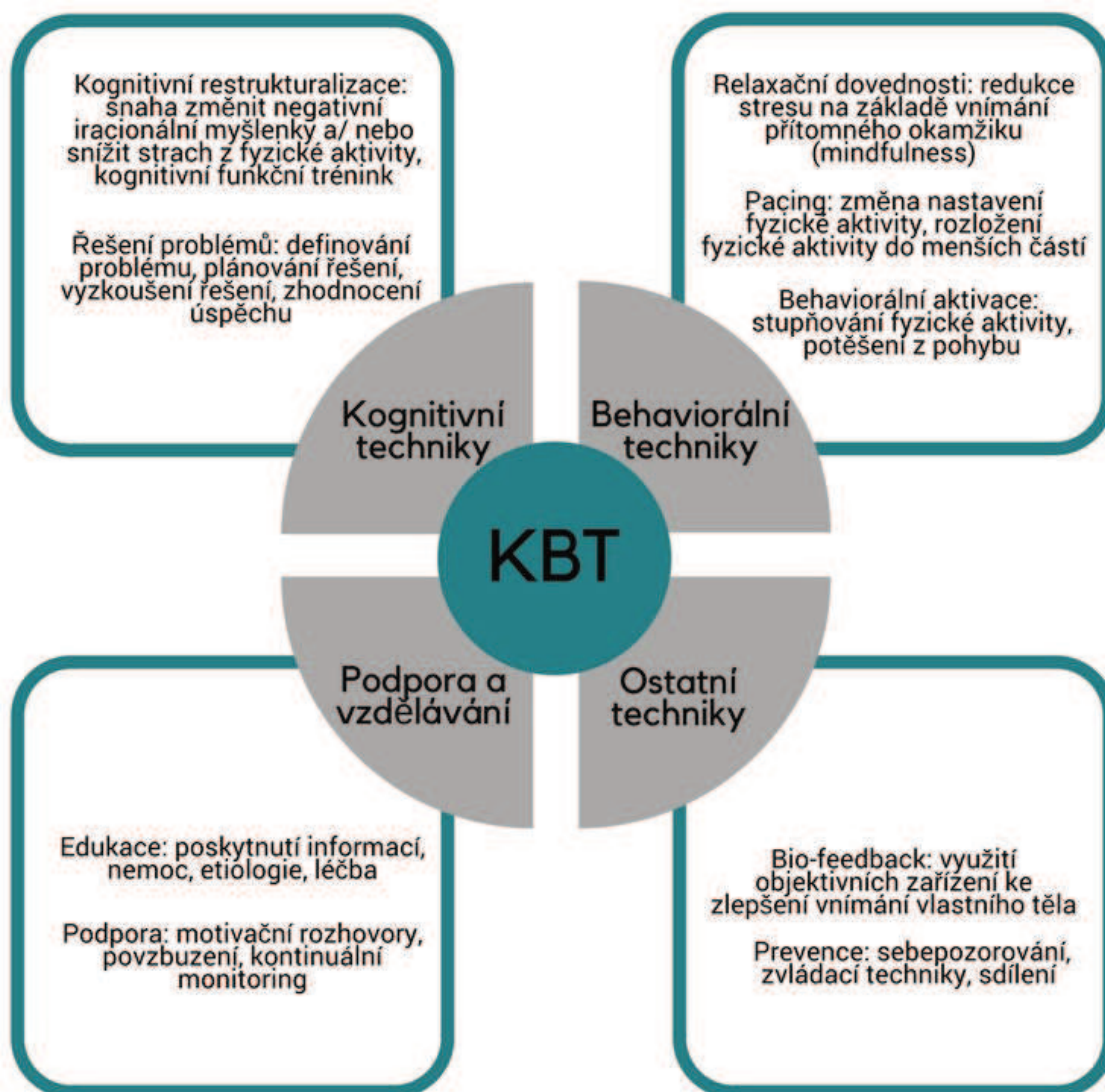
Body awareness therapy

Techniky uvědomění si vlastního těla se hojně užívají jak v psychologii, tak v psychiatrii. Odkazuje na schopnost vnímat své tělo a vjemy a pocity, které člověku poskytuje. (Vancampfort et al, 2016) Vnímání vlastního těla je vysoce subjektivní vjem zprostředkovaný propriocepcí a interocepcí a ovlivněný mnoha faktory – pozornost, interpretace, vzpomínky atd. Existují mnohé metody, které s vnímáním vlastního těla pracují a rozvíjejí ho, například Tai Chi, Jóga, Feldenkraisova metoda, Alexandrova metoda, Basic Body Awareness Therapy a další. (Probst, Skjaerven, 2017)

Psychosomatický přístup

Základem psychosomatického přístupu k pacientovi je získání důvěry a rozpoznání klíčových faktorů (sociálních, psychologických a behaviorálních), které se podílejí na tělesných příznacích a ovlivňují kvalitu života. Z tohoto důvodu se zde klade velký důraz na vztah terapeut – pacient, který je v tomto případě spíše partnerský. Pacientovi je poskytnut prostor k úvahám, jak jeho chování, vnímání, emoce a myšlenky ovlivňují jeho fyzický stav. Fyzioterapeutická intervence se sice zaměřuje na fyzické obtíže, ale reflektuje/respektuje psychofyziologický a behaviorální podtext pacientových obtíží. Cílem je získat náhled na komplexní vztah mezi pohybovým aparátem a psychikou pacienta a pozitivně ovlivnit poškozené vnitřní a vnější regulační mechanismy. (Probst, Skjaerven, 2017)

K tomu můžeme využít prvky z kognitivně behaviorálního přístupu – například postupné navyšování zátěže, či aktivní stimulační terapii. Dále se využívají techniky zaměřené na zlepšení vnímání vlastního těla, relaxační techniky, dechová cvičení, biofeedback, strategie zvládaní problémů a stresu. (Probst, Skjaerven, 2017)



Obrázek 5: Nástroje kognitivně behaviorální terapie, vlastní tvorba (Probst, Skjaerven, 2017)

1.3 Jóga

1.3.1 Definice a vymezení pojmu

Jóga je komplexní starověký indický životní styl založený na harmonizaci těla, mysli a duše za účelem dosažení vnitřního klidu a osvobození. (Sengupta 2012) Tradiční jógové praktiky zahrnují kontrolu dýchání (pránájama), meditaci, provádění specifických tělesných postojů (asány) a sebereflexi. (Stephens, 2017) Cílem jógy je dosažení stavu nejvyššího vědomí (*samadhi*) a díky tomu osvobození duše jedince z koloběhu reinkarnací. (Bartoňová, 1971)

V tradičním pojetí má jóga také náboženský rozměr, protože se vyvíjela společně s Hinduismem a díky tomu mají společné základy. Vyznávání Hinduismu není samozřejmě podmínkou pro praktikování jógy, nicméně je dobré o tomto spojení vědět, abychom jógu byli schopni vnímat v jejím sociokulturním kontextu. Současná praxe jógy se v západních zemích spíše odklání od duchovního a náboženského směru jógy a preferuje především tělesná cvičení a zabývá se benefity, které přináší. Jóga, která dříve bývala doménou lidí s alternativním způsobem života se nyní přesunuje i do oblasti medicíny, kde se zkoumají možnosti využití jógy jako doplňkové metody při léčbě rozličných, často civilizačních chorob.

1.3.2 Historie

Informace o původu a historii jógy se v různých pramenech rozcházejí, shodují se však v tom, že jóga je minimálně tři tisíce let stará praktika. Pro didaktické účely můžeme jógu rozdělit do pěti období. (Sengupta, 2012)

Védské období

Védy jsou posvátné texty, jejichž vznik je datován asi 1700 let před naším letopočtem a jsou to nejstarší dochované texty pojednávající o Hinduismu. Pojednání o józe tvoří značnou část védických textů, proto jógu z tohoto období nazýváme Védská jóga. Védy se skládají ze 4 textů – Rigveda, Yajurveda, Samaveda a Atharvaveda, které pojednávají o rituálech, ceremoniích, a vybízejí k praktikování jógy za účelem sjednocení těla a duše. Texty původně nebyli určeny pro širokou veřejnost, ale pouze pro kněze (Brahmány) a jasnovidce. (Burgin, 2007)

Před-klasická jóga

Toto období zahrnuje téměř 2000 let a sahá až do 2. století před naším letopočtem. V této době se objevily mnohé texty jako Brahmany, Upnishady, Bhagavad Gita, Ramayana a Mahabharata. Všechny tyto texty obsahovaly různé druhy jógy, které rozličnými způsoby vysvětlovaly princip jednoty vesmíru. Prostřednictvím příběhů inspirovali lidi, aby se postavili za právo a aktivně bojovali proti zlu. Jógové učení se zaměřovalo především na meditaci a seberealizaci. (Fields, 2001)

Klasické období

Klasické období je považováno za nejpłodnější a nejvýznamnější. (Basavaraddi, 2015) Vyznačuje se vznikem Jóga-Suter, jejichž autorem byl myslitel Patandžálí, a jejichž vznik se datuje přibližně do druhého století. Jóga před Patandžálím byla nesystematická změř často protichůdných informací. Patandžálí tvrdil, že je nutné oddělit mysl od těla, čímž se vyhranil vůči předchozím dvěma etapám, které naopak kladly důraz na jednotu těla a mysli. Definoval tak osmistupňovou cestu jógy, také nazývanou osm větví klasické jógy. Dochovaly se ale i jiné texty, například komentáře odkazující na Bhagavad Gita. (Burgin, 2007)

Post-klasická jóga

S rozvojem alchymie, která dala základy moderním vědám, začala být jóga vnímána a zkoumána i z jiného než duchovního úhlu. V přechodných etapách se totiž jogíní zaměřovali hlavně na duševní prožitky a dosažení vyššího vědomí. V tomto období byly vyzdvihovány především blahodárné účinky jógy na tělesnou schránku. Tato změna vedla ke vzniku Hatha jógy, která se hojně vyučuje i v dnešní době. (Burgin, 2007)

Moderní jóga

Za počátek moderní jógy lze považovat návštěvu guru Svámí Vivékanandy v USA v roce 1893, kdy jógu poprvé oficiálně představil západnímu světu. V průběhu 20. století začal příliv indických učitelů, kteří velkou měrou přispěli k šíření jógy po celém světě. (*History of Yoga: How it all Started*, 2014) Nejdůležitější z nich byli Paramahansa Yogananda, Yogendra Mastamani, Ramacharaka, Selvarajan Yesudian, Shri Prabhupada, Swami Sivananda a další. (Basavaraddi, 2015) Současné době se jóga těší obrovské popularitě, což dokazuje i nepřehledné množství kurzů a literatury, které jsou na trhu. Jóga nezůstala rigidním cvičením či životním stylem, ale naopak se stále rozvíjí, posouvá svoje hranice a přizpůsobuje se západnímu světu.

1.3.3 Druhy (rozdělení) jógy

Jóga pracuje na úrovni těla, mysli, emocí a energie. (Basavaraddi, 2015) To dalo vzniknout čtyřem širokým klasifikacím jógy, kterým se také říká čtyři cesty jógy. Řadíme sem: karma jógu, bhakti jógu, džňána jógu, a rádža jógu. (Bodhinatha, 2012) Někteří autoři ještě udávají další cesty jógy, například hathajógu (Bartoňová, 1971), kryjajógu (Basavaraddi, 2015) a další. Všechny jmenované cesty však mají stejný účel, a to dovést člověka ke svobodě duše.

"Každá duše je potenciálně božská. Cílem je projevit toto Božství ovládnutím vnější přírody a vnitřní přirozenosti. Dosáhni toho nezištnou činností, vroucí zbožností, psychickou sebevládou nebo filosofickým poznáním – jedním, vícero nebo i všemi těmito prostředky – a buď svobodný."

Svámi Vivékananda (McClanahan, 2016)

Každý systém jógy, který je v současné době praktikován, je kombinací těchto čtyř (popř. pěti) druhů.

Karmajóga

Slovo karma pochází ze sanskrtského kořene kri, který v překladu znamená konat či jednat. Karma zahrnuje veškerou vědomou aktivitu člověka, myšlenky, slova i činy. V dnešním významu lze říct, že karmajóga učí člověka morálním hodnotám. (Mulla et al., 2014) Karmajóga je odvětví jógy, které se zabývá sobectvím a jeho soustavným odstraňováním z osobnosti jedince skrze jeho skutky. Platí zde takzvaný karmanový zákon, což je zákon o odplatě vědomých činů, který platí pro vše živé ve vesmíru. Tento zákon říká, že každý čin, který konaný za nějakým účelem, ať už je dobrý nebo špatný, musí být oplacen stejnou mincí a zanechává po sobě stopu. Právě stopy těchto činů, uvězní člověka v koloběhu reinkarnací. Odstraňováním sobectví ze svého jednání, můžeme své předchozí přestupky odčinit a postupně se vymanit z tohoto koloběhu. (Bartoňová, 1971)

Bhaktijóga

Filosofie bhaktijógy je čistě náboženská a její praktikování je velice podobné praktikování jakéhokoliv jiného náboženství. Bhakti jóga je cesta oddanosti a lásky k bohu. V praxi se zaměřuje na poslech příběhů o Bohu, zpívání hymnů, poutě, opakování mantrických textů a uctívání boha v chrámech a domácích svatyních. (Bodhinatha, 2012)

Džňánajóga

Džňánajóga je odvětví jógy, které se zabývá sebepoznáním a rozumovou stránkou člověka. Bývá také považována za nejobtížnější cestu jógy. Nicméně jako jediná ze čtyř cest jógy má trvalý efekt, na rozdíl od karma, bhakti a rádža jógy, u nichž platí, že absolutna lze dosáhnout pouze pravidelným tělesným či psychickým cvičením, pokud však tato cvičení přestaneme provádět, kýžený efekt se vytrácí. (Bartoňová, 1971). Jedná se o filozofickou cestu, při které se snažíme sebepoznání docílit studiem, cvičením a praktickými zkušenostmi. (joga-online.cz, 2016)

Princip Džňájógy spočívá v oproštění od veškerých hmotných věcí, za něž považuje jógové učení nejen vnější svět, tělo a orgány, ale také smysly a rozum (odosobnění). Poznávání světa skrze toto ne-já je považováno za relativní a podmíněné. Člověk, který chce dosáhnout poznání se musí vzdát veškerých dosavadních představ o světě i o sobě samém, oprostít se od poznávání věci pomocí smyslu a vědomostí a zaměřit se na vnímání čistého vědomí. Jako nástroje pro dosažení tohoto účelu by měly sloužit intuice, která je v józe považována za zdokonalený stav myšlenky, dále také koncentrace a meditace. (Bartoňová, 1971)

V džňánajóze se rozlišují 4 překážky, které brání v dosažení poznání. Jsou to:

- tělesné nedostatky – nemoci,
- nedostatky smyslů – obrácení pozornosti směrem ven,
- nedostatky mysli – pochybnost, váhavost,
- nedostatky buddhi – neschopnost koncentrace.

Nedostatky tělesné lze odstranit pomocí nesobeckých činů, nedostatky smyslů pomocí přísně disciplíny a sebekázně, třetí pomocí rozjímání a poslední pomocí opakovaných pokusů o meditaci. (Bartoňová, 1971)

Rádžajóga – Pataňdžaliho systém jógy

Vznikl asi 300 let před naším letopočtem a bývá považován za přirozeně pokračování systému sánkhja. Sánkhja systém pracuje s představou dualistického realismu, jehož základ tvoří dvě reality – duch a hmota. A jeho cílem je osvobození ducha od hmoty. Pataňdžali k tomuto systému přidal několik změn, které mají pomoci k psychickému rozvoji a dosažení duševní kontroly. Nesnaží se tedy vytvářet nové teorie, ale snaží se o jejich vylepšení a systematizaci. (Bartoňová, 1971)

Cílem těchto cvičení je rozvinutí mysli člověka, takovým způsobem, aby byl schopen vnímat vyšší principy a zákonitosti a díky tomu se mohl osvobodit od hmoty.

K dosažení tohoto cíle je nutné dodržování přísné sebekázně. Pataňdžali proto svůj systém rozdělil do 8 stupňů, přičemž každý stupeň má svůj význam a nemůže být vynechán. (Vivekananda, 2016)

1) zákazy – jama

První stupeň obsahuje pět zákazů. Ideální je dodržovat všechny tyto zákazy vždy, za všech okolností.

- *ahimsa* (neublížování) – Jedná se o základní zákaz, od něhož se odvozují všechny ostatní. Spočívá nejen v neublížování, ale také ve odpoutání se od se veškeré nenávisti. (Vivekananda, 2016)
- *satja* (pravdomluvnost) – Být pravdomluvný nejen v mluveném slovu, ale i myšlenkách a činech. (Bartoňová, 1971)
- *asteja* (nekradení) – Je založen na vykořenění závisti a žádostivosti a zničení touhy po krádeži. (Iyengar, 1976)
- *brahmačarja* (pohlavní zdrženlivost) – Odkazuje k dodržování celibátu jak fyzického, tak psychického. Slouží k uchování energie, která je potřebná pro přechod na vyšší úroveň vědomí. (Sengupta, 2012)
- *aparigraha* (nehrabivost) – Úzce souvisí se zákazem astéja. Jogín se musí naučit vnímat zbytečnost a pomíjivost hmotných statků a ocenit skutečnou podstatu sama sebe. (Sengupta, 2012)

2) příkazy – nijama

Příkazy jsou druhým stupněm Patandžalioho systému a jsou představovány pěti příkazy.

- *šauča* (čistota těla a mysli) – Techniky pro udržování vnitřní i vnější čistoty, jsou součástí systému hathajóga. Zabývá se čistotou jedince, ale i jeho životního prostředí. (Sengupta, 2012)
- *šantóša* (spokojenost) – Vnímána jako nepřítomnost chťiče a klidné přijímání života. Přijímání veškerých útrap i úspěchů s klidem. (Bartoňová, 1971)
- *tapas* (askeze) – umírněný život bez přepychu. Askeze by měla představovat vyvážený střídavý způsob života. Přílišná askeze by mohla vést ke strádání těla a ztížení tělesného i mentálního cvičení, což není jejím cílem. (Bartoňová, 1971)

- *svadhjaja* (sebepoznávání) – studium zaměřené na poznání sebe sama. Je důležité studium provádět se značnou důkladností, aby přinášelo kýžený účinek (Sengupta, 2012)
- *íšvara* (pranidhana) – poslušnost a uctívání. Spočívá v uctívání osobního boha, který jogína provádí cestou k vyššímu vědomí, jeho existenci si vysvětluje všechny překážky a úspěchy, na které během své cesty narazí. (Bartoňová, 1971)

3) pozice – ásana

Asány jsou cvičební polohy charakteristické pro jógu. Asány se rozdělují do dvou skupin – dynamické (gymnastické) a statické (meditační). Statické (meditační) pozice, jsou asány, u kterých se předpokládá dlouhé setrvání v jedné poloze, slouží k relaxaci a k celkovému zklidnění těla i mysli. Pozice dynamické (gymnastické) jsou zaujímány jen na krátkou dobu a slouží k rozvoji tělesné zdatnosti – protahují svaly, zvyšují krevní cirkulaci. (Sengupta, 2012) Hlavním kritériem, které Patandžálí pro pozice udává, je to, aby byli cvičícímu pohodlné, a aby mohl dosáhnout plné relaxace a mohl bez napětí meditovat. (Bartoňová, 1971)

4) ovládnání dechu – pránájáma

Tento stupeň by měl vést k nácviku uvolněného dýchání při meditacích. Pokud dýchání není uvolněné může docházet k narušování koncentrace. Pro účel meditace by mělo být dýchání klidné a pomalé, mělo by se podobat spíše dýchání ve spánku. Pokud žák pociťuje obtíže či nedostatky při meditaci Pataňdžálí doporučuje 1x až 2x denně provádět dechová cvičení. (Bartoňová, 1971)

5) ovládnání smyslů – prájáhara

Odtážení pozornosti od smyslových vzruchů. Toto cvičení spočívá v tréninku odvádění pozornosti z vnějšího světa do vlastního nitra. K tomuto účelu autor doporučuje zaměření se na svůj vlastní dech, který v tomto případě tvoří jakýsi záchytný bod pro smysly. (Bartoňová, 1971)

6) koncentrace – dharana

Nácvik koncentrace spočívá v opakovaném zaměřování mysli na jeden předmět či myšlenku s cílem, nenechat pozornost sklouznout k jinému tématu. Toto upevnění pozornosti může být dosaženo každodenním tréninkem, který může trvat i roky. Zpočátku postačuje nácvik koncentrace 15-20 minut denně, avšak důležitou podmínkou je, aby nedošlo k únavě, protože podle Pataňdžáliho unavená mysl ztrácí svou sílu. Postupem času s přibývajícím zkušenostmi je možné čas koncentrace několikanásobně prodloužit. (Bartoňová, 1971)

7) meditace – dhjana

Meditace je definována jako stálá duševní snaha ve vztahu ke zvolenému předmětu či otázce. Je to vlastně souvislý myšlenkový tok zaměřený na jeden předmět. Pro dosažení plné meditace je nutné splnit dvě podmínky: odstranění překážek, a to ve smyslu nepozornosti, spánku, netrpělivosti a neklidu. Druhou podmínkou je uskutečnění rostoucího vlivu vnitřního vědomí, což umožní očištění emocí a myšlenek. Existuje mnoho postupů, kterými lze dosáhnout stavu meditace, nicméně pro účely této práce nejsou stěžejní. (Bartoňová, 1971)

8) kontemplace – samadhi

Slovo kontemplace je odvozeno z latinského slova *contemplari* – pozorně se dívat, pozorovat. Kontemplativní postupy zahrnují zaměřování pozornosti na vnější či vnitřní podněty. Běžné techniky využívají zaměření pozornosti na proces dýchání jako kotvu k zachycení přítomného okamžiku. (Shapiro et al., 2014)

1.3.4 Asány

Pro mnoho lidí asány představují synonymum jógy, avšak asány jsou pouze jedním stupněm z Patandžálího osmistupňového systému. Slovo *asána* bylo původně označení pouze pro polohu v sedě, ale postupem času se jeho význam rozšířil jako obecné označení všech jógových pozic. (Lysebeth, 1984). Podle starých textů existuje 8 400 000 pozic, přičemž pouze 32 z nich mohou cvičit smrtelníci. (Bartoňová, 1971) V reálné praxi se však využívá 84 klasických asán a jejich variací. (Svatmarama, 2002)

Jógové pozice působí na dvou úrovních, jednak na úrovni tělesné a jednak na úrovni duševní (vnitřní klid, odpoutání od každodenních starostí). Abychom mohli plně využít blahodárné účinky jógových pozic, musíme striktně dodržet několik zásad. Lysebeth (1984) je shrnul takto:

- Cvičíme na lačno, 4-5 hodin po těžkém jídle (nejvýhodnější je proto ráno).
- Cvičíme, pokud možno pravidelně a ve stejný čas.
- Asány neprovádíme silou.
- Asány provádíme pomalu, stejně tak návrat do výchozí pozice.
- Využíváme pouze svaly, které jsou pro pohyb nezbytné, ostatní svaly jsou relaxované.
- Během cvičení se soustředíme pouze na provádění pohybu.
- Mezi jednotlivé asány vždy zařadíme odpočinek, uvolníme všechny svaly (včetně mimických).

- Pokud nemáme dostatek času, omezuje počet asán, ne jejich délku.
- Asány provádíme vždy ve stejném pořadí.
- Cvičení vždy zakončíme šavasánou (relaxační pozice) (Lysebeth, 1984)

1.3.5 Pránajáma

Pro pochopení pranájámy je důležité pochopit význam slova prána.

"Prána je souhrn všech energií obsažených v tomto vesmíru"

Svámi Šivánanda (Lysebeth, 1999)

Prána je tedy univerzální, všudypřítomná energie, která řídí celý vesmír. Tato energie je součástí vody, potravin a slunečního světla. Hlavním zdrojem prány pro člověka je však vdechovaný vzduch. Z tohoto důvodu jogíni přikládají dechu obrovský význam, a proto není divu, že je systém dechových technik tak obsáhlý. (Lysebeth, 1999)

Slovo pranájáma tedy zaštiťuje techniky, které pracují s dechem za účelem zefektivnění přijímání pránické energie. Je to podrobně rozpracovaný a rozsáhlý systém dechových technik, z nichž některé jsou velice podobné západním dechovým technikám. (Lysebeth, 1999)

Pránické techniky

Existuje nespočet pránických technik a jejich kombinací, aby byly účinné a zdraví prospěšné, je nutno dodržovat několik základních zásad. Hlavní zásady jsou: páteř musí být vždy napřímená a není-li uvedeno jinak cvičí se v pozici lotosu (popřípadě v sedě na židli), aby byly zabezpečeny optimální podmínky pro dýchání. Nácvik všech technik by měl být pozvolný a pomalý. Cvičení vždy provádíme v maximálním soustředění. (Lysebeth, 1999)

V následující kapitole budou představeny některé dechové techniky.

Džalanéti

Jedná se o techniku čištění nosu pomocí průplachu slanou vodou. Měla by předcházet dechovým cvičením a je dobrou prevencí zánětu dutin a rýmy. (Kumar, 2016)

Střídání levé a pravé nosní dírky

Cílem je synchronizovat nosní dírky (často dýcháme jednou dírkou více). Měla by předcházet dechovým cvičením, aby optimalizovala podmínky pro dechová cvičení. (Lysebeth, 1999)

Kumbháka

Kumbhaka, neboli zadržení dechu je jedna z nejdůležitějších technik pránájámy. Jejím cílem je podpoření vnitřního dýchání (výměna plynů mezi krví a tkáněmi) a efektivnější využití vdechovaného vzduchu. Zadržení dechu lze zařadit jak na konec nádechu (s plnými plicemi), tak na konec výdechu, popřípadě v obou fázích v rámci jednoho dechového cyklu (výdech – zadržení dechu – nádech – zadržení dechu). Zadržení dechu se pohybuje od několika vteřin po desítky vteřin (údajně i desítky minut) v závislosti na úrovni cvičícího. Návik by měl být prováděn pozvolna, nikdy ne na hranici bezvědomí. Vždy, nebo téměř vždy je kombinovaná s mulabandhou (viz níže) Důležitou informací je, že kumbhaka není vhodná pro jedince s kardiální dekompenzací. ((Lysebeth, 1999)

Rytmické dýchání

Rytmus tvoří velice důležitý prvek jógového dýchání, hlavním předpokladem je, že dech by měl být synchronizován se srdeční frekvencí. V ideálním případě by nádech měl odpovídat 4 srdečním stahům a výdech 8 srdečním stahům. (nádech a výdech je tedy v poměru 1:2). Při náviku nám jako vodítko může posloužit tep na arterii radialis (lepší) či tikot hodinek. Po zvládnutí základního rytmu se do cyklu začleňuje ještě zadržení dechu, a to v poměru 1:4:2. Variantami tohoto cvičení jsou úplné rytmické dýchání a střídavé rytmické dýchání. (Lysebeth, 1999)

Vilómapránájama

Vilómapránájama probíhá ve dvou cyklech – postupný nádech a postupný výdech. Tato technika připomíná aktivní cyklus dechových technik, který známe z respirační fyzioterapie.

- Cyklus A – postupný nádech
 - Během prvního cyklu dochází k postupnému naplnění plic. K náviku opět slouží vlastní tep – na dva údery provádíme nádech, na dva údery zadržení dechu, takto pokračujeme, dokud se plíce kompletně nenaplní, poté zadržíme dech na 5-10 úderů a následuje pomalý výdech. (Lysebeth, 1999)
- Cyklus B – postupný výdech
 - Postup druhého cyklu je analogický, s tím rozdílem, že místo nádechu vydechujeme. (Lysebeth, 1999)

Jako jedno z mála dechových cvičení ho lze provádět v leže na zádech. Pro zvýšení obtížnosti lze ve fázi zadržení dechu přidat mulabandhu či cvičit při chůzi. (Lysebeth, 1999)

Pránamudra (šantimudra)

Jedná se o propojení plného jógového dechu se specifickými pozicemi rukou. Je označována jako jedno z nejučinnějších dechových cvičení. Zvláštností tohoto cvičení je, že je doporučeno ho provádět o samotě. (Lysebeth, 1999)

Plný jógový dech

Plný jógový dech je děj, při němž se zapojují všechny dýchací svaly a kapacita plic je plně využita. (Jóga-online.cz, 2016). Skládá se ze tří fází – brániční, kostální a klavikulární. Pouze propojení všech fází umožňuje ideální zapojení svalů. Při převaze či absenci jedné z fází, dochází k rozvoji svalových dysbalancí a vzniku funkčních poruch.

Brániční dýchání

Je zabezpečováno vyváženou spoluprací bránice a břišních svalů. Lysebeth zdůrazňuje, že jak ve fázi výdechu, tak ve fázi nádechu by břišní stěna neměla být relaxovaná, ale naopak aktivně kontrahovaná (ne křečovitě). V opačném případě dochází k deformaci břišní stěny (často u mužů) a díky tomu břišní svaly nemohou plnit efektivně svojí funkci. Nevzniká dostatečný nitrobřišní tlak a dechová vlna probíhá neideálně. Ideálně by při výdechu mělo dojít k vypuzení vzduchu za přispění kontrakce břišních svalů. Při nádechu by měla břišní stěna zůstat kontrahována, a to zejména ve spodní části břicha. V horní části je díky excentrické kontrakci umožněno lehké vyklenutí břicha (ne více než je úroveň sternu). Aktivní břišní stěna umožní zvýšení nitrobřišního tlaku, který provádí účinnou mikromasáž vnitřních orgánů, čímž urychluje krevní oběh a zlepšuje jejich funkci. Dále poskytuje vhodné podmínky pro další fáze dechu. (Lysebeth, 1999)

Kostální dýchání

Je zabezpečováno mezižeberními svaly. Pohyb žeber by měl probíhat do stran, ne dopředu.

Klavikulární dýchání

Samostatné klavikulární dýchání je nevýhodné a nedostačující, protože umožňuje pouze povrchní prodechnutí plic. Díky tomu je aktivní plocha plic velice omezena. Význam tedy má pouze u plného jógového dechu. (Lysebeth, 1999)

Nácvik plného jógového dechu

Každá fáze by se měla nejprve nacvičovat odděleně a teprve po zvládnutí techniky jednotlivých fází by mělo dojít k propojení do jedné dechové vlny. Nejvhodnější je začínat v leže na zádech a s postupem času se dostávat do vyšších pozic. Při dýchání by měly být zapojeny pouze příslušné svaly, je tedy nutné uvolnit svaly rukou, obličeje a krku. (Lysebeth, 1984)

Bandhy

Bandha znamená uzavření či stažení. Jedná se o cvičení, při nichž dochází ke stažení svalů některého, z tělesných otvorů, za účelem ovlivnění krevního oběhu. Bandhy se nejčastěji provádějí ve fázi zadržení dechu, ale lze je provádět v jakékoliv fázi dechu. Rozlišujeme celkem 3 bandhy, lze je provádět buď samostatně nebo všechny zároveň (trajabandha). (Jóga-online.cz, 2016)

- Džalandharabandha – přitažení brady k hrudníku
- Múlabandha – stažení svalů pánevního dna
- Uddijánabandha (břišní uzávěr) - "nádech" s uzavřenou epiglottis (Jóga-online.cz, 2016)

Kapálabhátí

Expektorační technika, která využívá rychlých prudkých stahů břišních svalů k evakuaci hlenu. Při této technice je výdech aktivní a nádech téměř pasivní (nádech 2-3x delší). (Kumar, 2016)

Další techniky

Bhastrika, Udžadžají, čtvercová prána, mudry, a další. (Lysebeth, 1999)

1.3.6 Jógová relaxace

Jen uvolněný člověk je skutečným tvůrcem a myšlenky ho napadají rychlostí blesku.

Cicero (Lysebeth, 1984)

Relaxace představuje jednu ze základních jógových technik, má mnoho variant, od hodinových relaxačních cyklů, po několikaminutové. V současné době, kdy se nároky na jedince stále zvyšují, relaxační techniky nabývají na významu. Pokud jsou prováděny správně a pravidelně, jsou účinným prostředkem v boji proti stresu a jeho následkům.

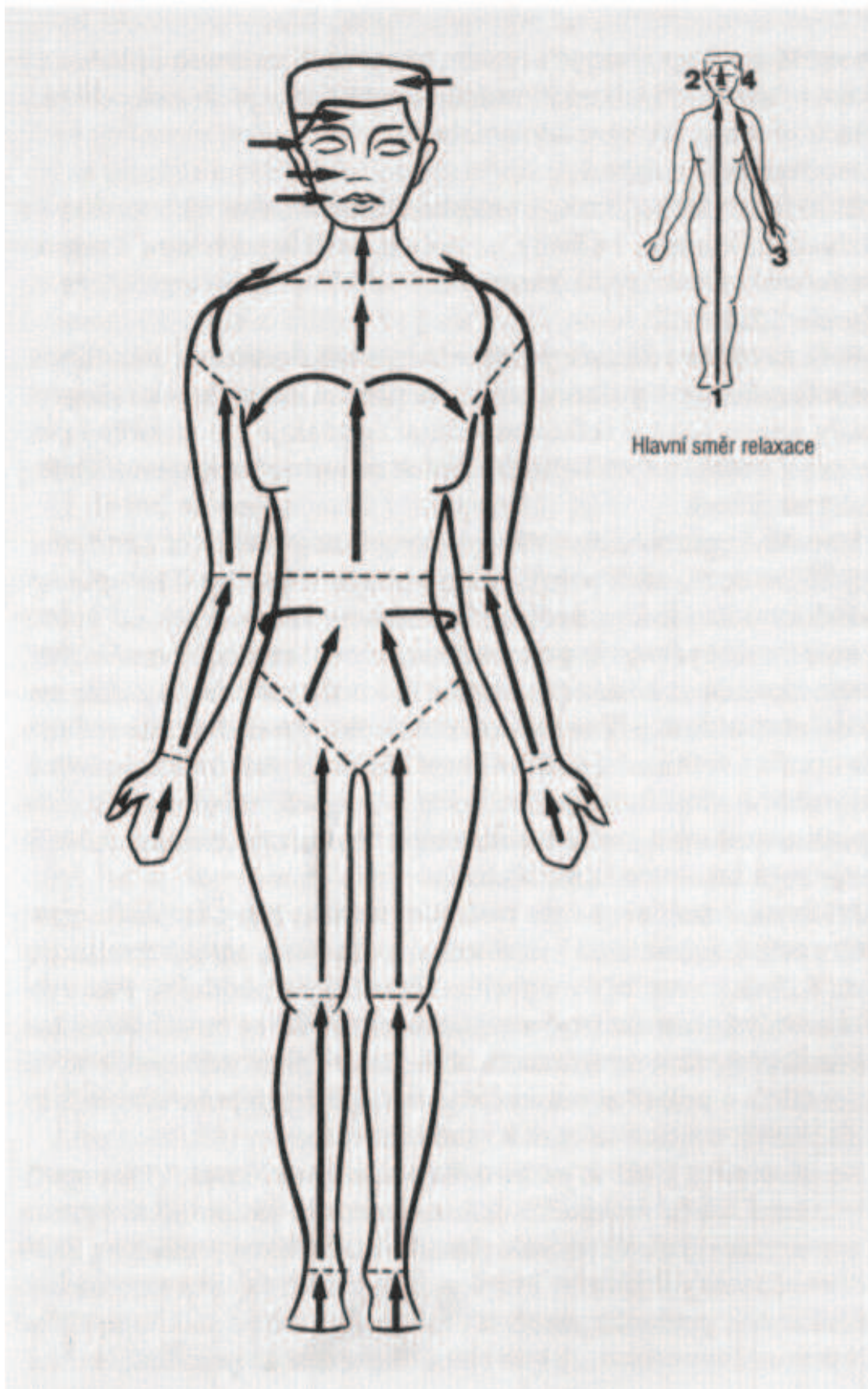
V následující kapitole bude popsán pouze jeden z mnoha způsobů relaxace a to úplná integrální relaxace.

Na začátku tréninku, než se se jedinec naučí správně relaxovat, je vhodné zajistit co nejlepší podmínky pro průběh relaxace. Měly by být v maximální míře vyloučeny smyslové podněty, které by mohly rozptylovat soustředění – hluk, ostré světlo, těsné oblečení, obuv atd. Relaxace by měla probíhat v dobře větrané, tiché místnosti s tlumeným osvětlením a pokud možno o samotě. (Lysebeth, 1984)

Před začátkem samotné relaxace je důležité naučit se relaxovat jednotlivé segmenty. K tomuto účelu slouží různá cvičení, nejčastěji kyvadlové pohyby. Důležitost tohoto cvičení spočívá v tom, že jedince naučí vnímat rozdíl mezi kontrakcí a relaxací. (Lysebeth, 1984)

V další fázi následuje samotná relaxace. Ta probíhá nejčastěji v poloze na zádech (šivásana) - horní i dolní končetiny jsou v lehké abdukci, předloktí v supinaci. Z počátku se soustředění zaměřuje pouze na dýchání, které by mělo být klidné a uvolněné (platí poměr nádech:výdech 1:2. Po několika minutách klidného dýchání, přecházíme k uvolňování svalů. Směr relaxace probíhá odspodu nahoru od aker ke kořenovým kloubům. (viz obrázek 6) s relaxací se začíná od dolních končetin (prsty, nárt, kotníky, lýtko atd.), dále následuje trup (břicho, hrudník, záda), krk a obličej. V další fázi dochází k relaxaci horních končetin, po níž opět následuje relaxace obličeje (relaxace mimických a žvýkacích svalů je velmi náročná, proto se jí věnuje tolik času). Je výhodné zopakovat celý tento cyklus ještě 1-2 x. (Lysebeth, 1984)

Po důkladném uvolnění všech svalů následuje uvědomění si stavu relaxace a pocitů, které nám tento stav přináší. Kýženým pocitem je pocit tíže a tepla. V tomto stavu setrváváme dle libosti. Po skončení relaxace se protáhneme a pomalu se vracíme k běžným denním činnostem. (Lysebeth, 1984)



Obrázek 6: Směr relaxace (Lysebeth, 1991)

1.3.7 Vliv jógy na organismus

V nedávných studiích byla pozorována spojitost mezi stresem a některými nemocemi. Bylo prokázáno, že stres může přispět ke vzniku a rozvoji imunologických, kardiovaskulárních a neurodegenerativních onemocnění.

Se zvyšujícím se vědeckým zájmem o jógu se zkoumají i její léčebné aspekty. Výsledky výzkumů ukazují, že jóga snižuje stres a úzkost, zlepšuje autonomní funkce tím, že spouští neurohormonální mechanismy potlačením sympatické aktivity, a dokonce několik studií naznačuje, že jóga může být přínosná pro fyzické zdraví pacientů s rakovinou.

Neurohormonální aktivita

Dostupné studie dokazují, že jóga může zmírnit dopad stresové reakce. Působí především přes regulaci HPA osy, která je aktivována jako reakce na psychický či fyzický stresor. (Chandra, 2012) Při neregulované stresové reakci dochází k vyčerpání energetických rezerv a v návaznosti na to, se mohou rozvinout některé nemoci jako obezita, diabetes mellitus, deprese nebo kardiovaskulární onemocnění. (Sterling, 2004) (McEven, 2000)

Dále byla také prokázána zvýšená hladina kortizolu v moči. (Selvamurthy, 1998) Jógová relaxace pomáhá snížit sympatickou aktivitu a ovlivnit klinické příznaky neurohormonální aktivity – snížit srdeční frekvenci, vodivost kůže, spotřebu kyslíku, čímž se zvyšuje ochrana před ICHS a infarktem myokardu. (Vempati, 2000)

U následujících chorob je studiem prokázáný vliv stresu na jejich vznik či rozvoj.

Imunologická onemocnění

Metaanalýza z roku 2004 (Segrerstrom, Miller, 2004) potvrdila předpoklad, že působení stresu ovlivňuje imunitu. Akutní stress (trvajících v řádech minut) zvyšuje působení nespecifické imunity (některých jejích složek) a současně snižuje působení některých funkcí imunity specifické, což je při krátkodobém působení pro organismus prospěšné. Kdežto chronický stres je zodpovědný za potlačení funkce přirozené imunity, a to jak buněčné, tak i humorální složky. (Segrerstrom, Miller, 2004)

Studie přinesly zajímavé zjištění, že jóga může být přínosná pro pacienty trpící rakovinou. Figuruje zde jako doplňková terapie při zvládání přidružených obtíží jako vyčerpání, nespavost, poruchy nálad, stres a celkové snížení kvality života. Nejrozsáhlejší průzkum probíhal u žen s karcinomem prsu. Nicméně dostupné studie jsou nekonzistentní

a je nutný další výzkum v této oblasti, zejména u účinků jógy na fyzické zdraví. (Sengupta, 2012)

Hypertenze

Stres hraje významnou roli u kardiovaskulárních onemocnění – zejména u hypertenze může být velmi významným rizikovým faktorem především v kombinaci s nedostatkem fyzické aktivity. (Bo Hu et al., 2015)

Je známo, že léčba antihypertenzivy je spojená mnoha nežádoucími vedlejšími účinky, z výzkumů vyplývá, že by jóga mohla být vhodnou alternativou medikamentózní léčby u pacientů, kteří nemohou nebo nechtějí užívat léky. V randomizované kontrolované studii bylo prokázáno, že pravidelné provádění jógy je stejně účinné jako terapie antihypertenzivy. (Murugesan, 2000) Jóga, společně s relaxací, biofeedbackem, transcendentální meditací a psychoterapií, má přesvědčivý antihypertenzní účinek. (Anand, 1999)

Jako jeden z hlavních příčinných faktorů esenciální hypertenze je považována zhoršená citlivost baroreflexu. (Selvamurthy, 1998) Ukázalo se, že provádění asán obnovuje citlivost baroreflexu – zvláště účinné se ukázaly být asány v polohách hlavou dolů. Testy prokázaly progresivní snížení aktivity sympato-adrenální osy a systému renin-angiotenzin vlivem cvičení jógy. Studie dokazují, že prostřednictvím obnovení citlivosti baroreceptorů došlo k významnému snížení krevního tlaku u pacientů, kteří prováděli jógové cvičení. (Selvamurthy, 1998) (Manjula, 2016)

Jóga se také ukázala jako účinná při zvládnání sekundárních srdečních komplikací chronické hypertenze. Hypertrofie levé komory může vést k rozvoji komplikací jako je ischemie myokardu, kongestivní srdeční selhání a poškození diastolických funkcí. Bylo prokázáno, že kardiovaskulární odezva asánu Sarvangasana (pozice svíčky) je obzvláště přínosná při prevenci a léčbě hypertrofie levé komory (spojené s hypertenzí) a diastolické dysfunkce. (Konar, 2000)

Bolest zad a artritida

American College of Rheumatology uvádí, že cvičení a fyzická aktivita je nezbytná součást léčby u pacientů s osteoartritidou a revmatoidní artritidou, protože hraje zásadní roli při udržování vitality kloubů a zastavení progresu nemoci. (Hochberg et al., 2012) Pacienti, kteří pravidelně cvičí vykazují menší bolestivost kloubů, lepší vitalitu, lepší kvalitu spánku a nižší ranní ztuhlost kloubů. Jóga působí na

propriocepci, koordinaci pohybů, rovnováhu, uvědomění si vlastního těla, což je výhodné právě u pacientů s onemocněním kloubů. (Excercise and Arthritis, 2017)

Doposud největší studie zkoumající vliv jógy na pacienty se sedavým způsobem života s osteoartritidou a revmatickou artritidou přinesla zjištění, že pravidelné cvičení jógy přináší značné fyzické i psychické benefity jako snížení bolesti, zvýšení vitality, zlepšení ADL, rovnováhy, a zvýšení síly horní části těla. Výsledky přetrvávaly i devět měsíců po ukončení studie. (Moonaz, 2015)

Dále v komplexním přehledu studií vyšlo najevo, že u pacientů s chronickou bolestí bederní páteře je pravidelné cvičení jógy účinnější než fyzikální terapie, a to v parametrech bolesti, funkce, rozsahu pohybu a také deprese a úzkosti. (Tilbrook et al., 2011) (Tekur et al., 2012)

Diabetes mellitus

V nedávné studii bylo dokázáno, že jóga dokáže u jedinců s DM 2. typu účinně snižovat hladinu glukózy jak na lačno (FBS), tak po jídle (PPBS). Studie zahrnovala také kontrolní skupinu jedinců bez DM, u kterých snížení hladiny glukózy nebylo signifikantní. (Chimkode, 2015) Výsledky této studie souhlasí s výsledky dalších nezávislých studií. (Bijlani et al., 2005)

Předpokládaný účinek jógy je připisován zvýšení inzulínové senzitivity v cílových tkáních a tím snížení inzulínové rezistence a periferní utilizaci glukózy. (Sahay, 2007) Další studie dokazují, že jóga také regeneruje beta pankreatické buňky. (Chimkode, 2015)

V souvislosti s diabetem 2. typu byly provedeny studie, které se zaměřovaly také na vliv jógy na lipidový profil. Výsledky prokázaly, že i krátkodobá jógová intervence (9 dní) dokáže ovlivnit bilanci lipoproteinů. Během intervence došlo ke snížení hladiny LDL i VLDL, a tím k vyrovnání poměru celkového cholesterolu k HDL cholesterolu a celkovému snížení triglyceridů v séru. (Bijlani et al., 2005)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

- Zjistit, zda fyzioterapeutická intervence s využitím prvků jógy dokáže ovlivnit tělesný i psychický stav pacienta s VAS.

2.2 Metodologie bakalářské práce

2.2.1 Literární rešerše

K vyhledávání literárních zdrojů do teoretické a praktické části bakalářské práce byly využity databáze GoogleScholar, discovery služba Univerzity Karlovy – UKAŽ, ResearchGate a MEDLINE. K vyhledání relevantních informací byla použita tato klíčová slova: psychosomatika, stres, somatizace, jóga, asány. Dále byly využity služby Národní lékařské knihovny, knihovny 1. LF UK.

2.2.2 Získávání dat

Data byla získána pomocí rozhovoru s pacientem, pozorováním a měřením během vstupního a výstupního kineziologického vyšetření. Dále byl pro získávání dat využit dotazník (Univerzitní škála stresu), vizuální analogová škála a numerická škála bolesti (NRS).

2.2.3 Kritéria pro výběr pacienta

Hlavní kritérium pro výběr pacienta pro praktickou část bylo psychosomatické onemocnění, ať už jako hlavní příčina somatických příznaků nebo jako jejich podpůrný faktor pro jejich rozvoj.

Dále byla využita Univerzitní škála stresu pro screening psychosociálního stresu. Hlavním důvodem bylo, že svými položkami lépe pokrývá životní situaci vysokoškolských studentů, a proto lépe odpovídá potřebám práce (pacientka studuje vysokou školu) než tradičně využívaná Škála sociální readaptace. Položky ve Škále sociální readaptace nepokrývají situace, se kterými se vysokoškolák běžně setkává. (např. otázky týkající se pracovního prostředí či manželství)

Univerzitní stresová škála zachycuje míru prožitého stresu (za předchozí měsíc) u vysokoškolských studentů. Jedná se o 21 položkový dotazník, který zachycuje kognitivní zpracování zátěže enviromentálních stresorů, se kterými se studenti setkávají.

Pacient hodnotí všechny položky na stupnici od 0-3 (0-vůbec – 3-pořád) podle toho, jak často se stresor objevil během předešlého měsíce. Umožňuje rychlé zhodnocení oblastí, které jsou pro dotazovaného stresující a také jaká je intenzita daného stresoru. (Stallman, Hurst, 2016)

Na rozdíl od Škály sociální readaptace není restriktivní – položky v dotazníku jsou formulované obecně, aby si dotazovaný mohl sám určit, které situace v rámci dané položky jsou pro něj stresující a do jaké míry. Další výhodou je, že se zaměřuje také na minoritní skupiny studentů jako jsou zahraniční studenti či studenti s dětmi. (Stallman, Hurst, 2016)

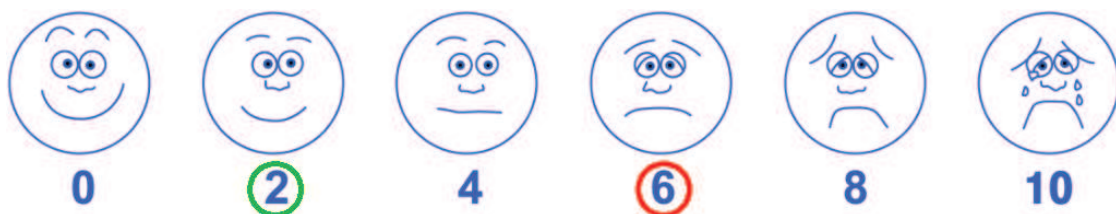
Prozatím neexistuje oficiální český překlad dotazníku, překlad byl vytvořen pouze pro potřeby této práce.

2.2.4 Parametry terapie

Parametry terapie vycházejí z metastudie z roku 2012 (Sherman, 2012), která se zabývala otázkou, jaké by měly být optimální parametry jógových intervencí pro lékařské účely.

Terapie bude probíhat po dobu 6 týdnů, 45-60 minut dvakrát týdně, po zbylé dny bude pacient instruován k samostatnému cvičení. Náplní terapií budou běžně fyzioterapeutické techniky doplněné o dechová cvičení, relaxační cvičení a provádění asán se zvláštním důrazem na uvědomění si vlastního těla. Domácí cvičení bude pacient provádět denně podle svých možností a potřeb, alespoň 20 minut denně. Pacient bude pro domácí cvičení vybaven deníkem, kam bude zapisovat, zda a co cvičil.

Pro orientační hodnocení nálady pacientky bude využita klasická Wong-Baker stupnice bolesti. Stav před terapií bude označen červenou barvou, stav po terapii bude označen zeleně.



Obrázek 7: Wong-Baker stupnice, (Wong-Baker Faces, 2016)

2.3 Kazuistika

2.3.1 Anamnéza

Základní údaje

Jméno: K.L.

Rok narození: 1997

Pohlaví: žena

Diagnóza: VAS Cp, migrény

NO: pacientka trpí častými atakami bolesti Cp s omezením hybnosti, dále časté bolesti hlavy špatně reagující na analgetika cca 8x/měsíc

- bolest hlavy od dětství, vyšetření na neurologii bez pozitivního nálezu, bere léky na migrény, ale bez významného efektu, minimálně 1 týdně
- bolest krční páteře – poprvé na podzim v roce 2015, od té doby bolesti přetrvávají, někdy jsou výraznější, někdy méně, jinak přítomné téměř každý den, při delším sezení se vždy projeví, často kvůli nim nemůže usnout
- předchozí terapie: podzim 2015 krční límec (cca 3 týdny), poté RHB v Barna medical, kombinovaná elektroterapie, mobilizace žeber, cvičení (dle popisu pacientky)

OA: běžná dětská onemocnění, úrazy – pád na koleno leden 2017,

RA: babička z matčiny strany – generalizovaný karcinom ledvin; dědeček z matčiny strany – karcinom příštítných tělísek, karcinom prostaty, angina pectoris; babička z otcovy strany – gonartróza, koxartóza;

FA: HA neguje, analgetika na migrény

AA: susp. na alergii na fluor

Abúzus: alkohol příležitostně – cca 2x-3x/měsíc, drogy neguje, cigarety neguje

GA: menarché ve 14 letech, nyní nepravidelný cyklus a bolestivá menstruace, zvláště pokud je ve stresu (NRS 8/10), těhotenství neguje

SA: bydlí s rodiči v bytě, studuje VŠO

Pohybová anamnéza: většinu času tráví ve škole, sport příležitostně – jízda na kole, nyní téměř rok bez sportu – úraz, pád na koleno

Spánek: dlouhodobé potíže s usínáním (cca 1 hodinu, někdy více), nebudí se, necítí se odpočínutá, největší únavu pociťuje odpoledne, spí přes den (1-2 hodiny/každý den)

2.3.2 Kineziologický rozbor

Aspekční vyšetření

Kůže

Prokrvená, akrocyanóza, drobné hematomy na holeních a kolenou

Jizvy

Jizva na pravém kolenním kloubu cca 2x3 cm

Otoky

Končetiny bez viditelných otoků, průsak v oblasti sacra

Stereotyp dýchání

Dýchání slabé, povrchní, převaha horního hrudního segmentu, bez aktivity břišního segmentu a rozvíjení žeber do šířky

Zpředu

- hallux valgus bilaterálně, výraznější vlevo
- příčně plochá noha bilaterálně
- lýtka přiměřená trofika
- deviace patel mediálně
- valgózní postavení kolen bilaterálně
- jizva na pravém koleni – cca 2x3 cm
- pravé rameno výš
- hlava inklinuje doprava
- VR v kyčlích
- pravá SIAS výš
- pupek v ose

Zezadu

- podélně plochá noha bilaterálně (výraznější vlevo)
- valgózní postavení kotníků
- Achillovy šlachy symetrické
- průsak v oblasti sacra
- lopatky prominují
- olovnice dopadá

Z boku

- rekurvace kolen

- anteverze pánve
- hyperlordóza bederní páteře
- kyfóza hrudní páteře
- protrakce ramen
- předsun hlavy

Vyšetření stability a chůze

Stoj

- Stabilita stoje byla vyšetřena pomocí Rombergova testu I-III.
- Romberg I a II bez pozitivního nálezu, Romberg III lehké oscilace trupu a zvýšená aktivita svalů nohy.

Chůze

- Chůze jistá, stabilní
- Převažuje vnitřní rotace v kyčelních kloubech. Při dopadu nohy nedochází k izolované fázi heel strike, ale noha dopadá na zevní hranu plosky. Odval nohy není plynulý, ale probíhá spíše en bloc. Během stojné fáze hlavička prstce palce není v dostatečném kontaktu s podložkou.

Palpace

Kůže

- Krk – posunlivost symetrická v normě, protažitelnost snižená v oblasti klíčků, horizontální vrásky v oblasti přechodu krku a hrudníku, snižená protažitelnost (kraniokaudálně) na laterální straně krku výraznější vpravo
- Jizva – aktivní, bolestivá na dotek, omezení posunlivosti i protažitelnosti zvláště v hlubších vrstvách
- Teplota – akra velmi chladná, zvýšená potivost na nohách
- Kiblerova řasa – řasu nelze nabrat v oblasti beder, o v oblasti C/Th přechodu

Fascie

- Krk – snižená posunlivost na pravé straně
- Klavipektorální – v normě
- Th/L – snižená posunlivost kraniokaudálním směrem, protažitelnost v normě

Periostové body

- occiput
- transversální výběžek atlasu vpravo

- temporomandibulární kloub
- processus xyphoideus
- os pubis
- SIPS bilaterálně

Svalové napětí

- žvýkací svaly – bilaterálně
- krátké extenzory krku – bilaterálně
- m. SCM – vpravo
- m. trapezius – pars descendens – bilaterálně
- m. pectoralis major – horní snopce – vpravo
- m. rectus abdominis – horní část
- paravertebrální svaly v oblasti bederní páteře

Vyšetření pohyblivosti páteře

Tabulka 3: Dynamické vyšetření páteře

DYNAMICKÉ VYŠETŘENÍ PÁTEŘE		
	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ
SCHOBEROVA VZDÁLENOST	6,5 cm	4,5 cm
STIBOROVA VZDÁLENOST	9,5 cm	9 cm
OTOVA INKLINAČNÍ VZDÁLENOST	3 cm	3
OTOVA REKLINAČNÍ VZDÁLENOST	6,5 cm	3 cm
THOMAYEROVA ZKOUŠKA	0 cm	-10 cm
ČEPOJOVA VZDÁLENOST	1 cm	2 cm
FORESTIEROVA FLECHE	2 cm	0 cm

Tabulka 4: Rozsahy Cp

ROZSAHY Cp				
	VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ		VÝSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	
	levá (aktiv./pasiv.)	pravá (aktiv./pasiv.)	levá (aktiv./pasiv.)	pravá (aktiv./pasiv.)
ZKOUŠKA FLEXE Cp	45° /45°		55° /55°	
ZKOUŠKA EXTENZE Cp	20°/70°		70°/70°	
ZKOUŠKA LATEROFLEXE Cp	45°/45°	50°/50°	50°/50°	50°/50°
ZKOUŠKA ROTACE Cp	60°/65°	65°/65°	75°/80°	75°/75°

Goniometrické vyšetření HKK a DKK

Goniometrické vyšetření se zaměřovalo především na pohyblivost horních končetin. Rozsahy pohybů v kořenových kloubech na HKK i na DKK neodpovídají fyziologickým hodnotám, vzhledem k přítomnosti konstituční hypermobility. Zvětšený rozsah pohybu je především v oblasti kolenního a loketního kloubu a dále je značný v oblasti páteře (především flexe Thp a extenze Lp). Rozsahy pohybů jsou bez omezení jak pasivně, tak aktivně.

Svalová síla

Svalová síla byla orientačně vyšetřena dle svalového testu dle Jandy. Testování se zaměřovalo na pletenec ramenní a HKK. Dále byla testována flexe krku a flexe trupu. Svalová síla omezena u hlubokých flexorů krku a u břišních svalů. Dále také při abdukci PHK (4) a extenzi lokte LHK (4). Svalová síla svalů lopatky byla snížena bilaterálně při kaudálním posunu a na PHK při abdukci s rotací. (odpovídala hodnotě 4)

Antropometrické vyšetření

Vyšetření délek DKK bez asymetrií. Obvody končetin bez výrazných stranových asymetrií.

Vyšetření hypermobility

Pro hodnocení hypermobility bylo provedeno vyšetření dle Jandy. Při vyšetření byl kladen důraz na správné provedení, aby se předešlo falešně pozitivním výsledkům.

Z výsledků vyplývá, že je hypermobilita přítomná téměř ve všech segmentech horních končetin, kromě prstů. Hypermobilita je přítomná i na dolních končetinách, což se kromě pozitivní zkoušky posazení na paty projevuje i značnou rekurvací kolen a instabilitou v kotnících (pacientka si stěžuje na bolest a podlamování)

Tabulka 5: Vyšetření hypermobility

VYŠETŘENÍ HYPERMOBILITY		
	NORMA	PACIENT/KA
ZKOUŠKA ROTACE	až 80°	45-50°
ZKOUŠKA ŠÁLY	loket ve střední čáře, konečky prstů u trnů krčních obratlů	pravá - 6 cm přes trny obratlů levá 10 cm přes trny obratlů
ZKOUŠKA ZAPAŽENÝCH PAŽÍ	dotýkají se pouze konečky prstů	pravá (vrchní) - 4 cm přesah, levá (vrchní) - norma
ZKOUŠKA ZALOŽENÝCH PAŽÍ	konečky prstů na úrovni acromionu	prsty překrývají 1/3 lopatky
ZKOUŠKA EXTENDOVANÝCH LOKTŮ	extenze v lokti do 110°	180°
ZKOUŠKA SEPJATÝCH RUKOU	90° mezi dlaní a předloktím	75°
ZKOUŠKA SEPJATÝCH PRSTŮ	80° mezi dlaněmi	65°
ZKOUŠKA PŘEDKLONU	konečky prstů se dotýkají podložky	přesah 10 cm
ZKOUŠKA ÚKLONU	kolmice spuštěná z axily prochází intergluteální rýhou	axila přesahuje přes intergluteální rýhu
ZKOUŠKA POSAZENÍ NA PATY	hýždě na spojnici mezi patami	dosedne až na zem

Vyšetření hlubokého stabilizačního systému (HSSP)

Brániční test

- Při spontánním dýchání aktivita laterodorzální části břišní stěny nulová, při nádechu se pohyb přesouvá až do oblasti ramenních pletenců, po instrukcích dokáže malou silou překonat odpor, při expiraci neudrží dosažené postavení.

Test nitrobřišního tlaku vsedě

- Spontánní aktivita v oblasti třísel nulová, po instrukci pacientka dokáže aktivovat dolní oblast břicha, při expiraci nedokáže udržet dosažené postavení, zvýšená aktivita paravertebrálních svalů.

Test flexe kyčlí vsedě

- Pacientka není schopna udržet pánev v neutrální pozici – dochází k úklonu na kontralaterální stranu tahem m. quadratus lumborum.

Test nitrobřišního tlaku vleže

- Již ve výchozí pozici je hrudník v nádechovém postavení, tato patologie se ještě více zvyrazňuje při odlehčení jedné DKK. Dále dochází k protrakci ramen. Oblast laterodorzální strany břišní stěny propadlá, což svědčí pro insuficienci HSSP.

Test flexe hlavy a trupu

- Pacientka pohyb zahajuje pomocnými povrchovými flexory (m. SCM, mm. pectorales) - předsunem hlavy → nedochází k plynulé obloukovité flexi hlavy a trupu.

Test extenze

- Výrazná aktivita PV svalstva – maximum je v oblasti dolní hrudní a horní bederní oblasti páteře.

Test elevace paží nad 120

- Pacientka není schopná udržet neutrální postavení hrudníku, ramena v protrakci, při přesáhnutí 90° dochází k lordotizaci Th/L přechodu a nastavení hrudníku do inspiračního postavení.

Vyšetření pohybových stereotypů podle Jandy

Vyšetření svalových stereotypů bylo provedeno dle Jandy. Byly provedeny testy zaměřující se na krk a HKK.

Flexe trupu

- pohyb je zahájen předsunem hlavy (lordotizace krční páteře), výrazná protrakce ramen, nedostatečná svalová síla břišních svalů nahrazována prací svalů hrudníku (m. pectoralis major) a DKK (dochází ke zdvižení DKK), obloukovitá flexe trupu pouze v oblasti hrudníku

Flexe hlavy vleže na zádech

- flexe hlavy je zahájena předsunem, chybí iniciální předkyv → převaha m. SCM, po 10 s nástup svalového třesu

Abdukce v ramenním kloubu pravé a levé horní končetiny

- LHK – porušený scapulohumerální rytmus, lopatka aktivní již od prvních stupňů abdukce, pohyb lopatky není plynulý, při pohybu dochází k mírné rotaci trupu doleva, při fázi návratu hyperaktivita m. trapezius, hypoaktivita dolních fixátorů lopatky, rozsah pohybu fyziologický
- PHK – hyperaktivita m. trapezius, scapulohumerální rytmus zachován, lopatka dostatečně fixována, rozsah pohybu fyziologický

Stereotyp klik – vzpor

- Při počáteční fázi lopatky nedostatečně fixované, hyperaktivita m. trapezius (zejména na pravé straně), hlava v mírném předsunu, HKK v nedostatečné opoře (prsty u sebe), ve fázi návratu se patologie ještě zvyrazňuje, pro nedostatečnou svalovou sílu, je schopna fázi návratu pouze naznačit

Neurologické vyšetření

Neurologické vyšetření bylo zaměřeno především na oblast krku a horních končetin.

Hlavové nervy – vyšetření hlavových nervů bez patologického nálezu

Taxe – cílená

Čítí

- Povrchové – intaktní
- Polohocit – intaktní
- Pohybocit – intaktní
- Vibrace – intaktní

Reflexy na HKK a DKK – symetricky výbavné

Iritační jevy – bez pozitivního nálezu

Zánikové jevy – bez pozitivního nálezu

Valsalvova zkouška – negativní

Spurlingův test – negativní

Závěr vyšetření

Pacientka přichází kvůli opakovaným bolestem v oblasti krční páteře (od r. 2015) a chronické bolesti hlavy (od dětství). Je orientovaná časem místem i osobou.

V univerzitní škále bolesti označila jako stresující 13 položek, což naznačuje významný psychosociální stres.

Aspekčně viditelný výrazný předsun hlavy, protrakce ramen a kyfotické držení hrudní páteře. V oblasti dolních končetin vnitřně rotační postavení v kyčlích, valgozita kolenních kloubů, plochonoží a bilaterálně hallux valgus.

Snížená protažitelnost kůže a fascií krku s převahou vpravo. Palpačně bolestivá jizva v oblasti kolenního kloubu, změněná posunlivost i protažitelnost vůči podkoží. Dále byl u pacientky napalpován hypertonus žvýkacích svalů (bilaterálně), krátkých extenzorů šíje (bilaterálně), m. SCM, m. trapezius (bilaterálně), horní snopce m. pectoralis major (výraznější vpravo), horní část m. rectus abdominis a paravertebrálních svalů v oblasti Lp.

Pohyblivost v oblasti krční páteře omezená ve všech pohybech (nejvýraznější do extenze), hrudní páteř omezená do extenze, bederní páteř kompenzačně v hyperlordóze. Omezení pohybu při rotaci hlavy je kompenzováno pohybem v hrudní páteři.

Svalová síla omezena u hlubokých flexorů krku a u břišních svalů. Dále také při abdukci PHK a extenzi lokte LHK. Svalová síla svalů lopatky byla snížena bilaterálně při kaudálním posunu a na PHK při abdukci s rotací.

Hypermobilita přítomná téměř ve všech segmentech horních končetin, kromě prstů. Hypermobilita je přítomná i na dolních končetinách, což se kromě pozitivní zkoušky posazení na paty projevuje i značnou rekurvaci kolen a instabilitou v kotnících (pacientka si stěžuje na bolest a podlamování). Zvýšená pohyblivost v páteři se projevila i na výsledcích dynamických testů páteře.

Při vyšetření HSSP zjištěna jeho insuficience. Dýchání povrchní především v horní části hrudníku, přetěžování pomocných nádechových svalů. Nádechové postavení hrudníku a nedostatečné zapojení laterodorzální strany břišní stěny.

2.3.3 Stanovení cílů fyzioterapie

- Krátkodobý plán
 - snížení napětí hypertonických svalů
 - normalizace měkkých tkání

- zvýšení rozsahů pohybu Cp
 - zvýšení mobility Thp (extenze)
 - zvýšení svalové síly HKK
 - snížení aktivity pomocných nádechových svalů
 - nácvik relaxace
 - aktivace plosky nohy
 - zlepšení ergonomie prostředí
 - snížení bolesti a omezení
- Dlouhodobý plán
- celkové zlepšení kondice
 - motivace pacientky k dlouhodobé spolupráci
 - zlepšení vnímání těla
 - změna dechového stereotypu
- Cíle pacienta
- odstranění bolesti
 - zlepšení rozsahu pohybu, zejména rotace (aby mohla jezdit autem, v současném stavu se nemůže rozhlédnout)
 - zlepšit svalovou sílu v HKK
 - celkové zlepšení kondice

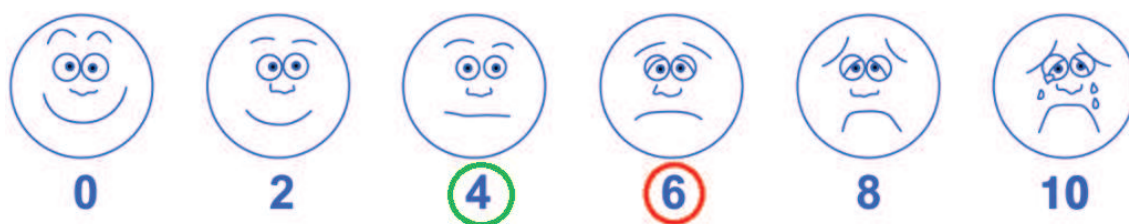
2.3.4 Provedení terapie

Terapie probíhaly po dobu 6 týdnů, v období od 5.2. – 18. 3. 2018, dvakrát týdně. Pacientka po zbytek týdne samostatně cvičila zadaná cvičení, která zanášela do deníku, který obdržela při 1. terapii. Terapeutická jednotka probíhala 45-60 minut dle potřeby.

1. terapie

Datum: 5.2. 2018

Subjektivně: bolest Cp NRS 4/10



Obrázek 8: Psychické ladění během 1. terapie

Během 1. terapie byla odebrána anamnéza a bylo provedeno vstupní kineziologické vyšetření v souladu s psychosomatickým přístupem. Pacientka vyplnila Univerzitní škálu stresu a obdržela deník pro domácí cvičení. V souladu s vyšetřením byl vytvořen plán terapií, který byl konzultován s pacientkou.

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- nácvik jednotlivých fází dechové vlny a edukace pacientky o důležitosti správného dýchání (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů
- PIR na krátké extenzory šíje
- aktivní cvičení v sedu s důrazem na správný dechový stereotyp (cvičení v poloze sukhasána)
- korekce sedu a edukace pacientky o významu ergonomie prostředí
- nácvik relaxace a edukace pacientky o důležitosti relaxačních technik (+ zadání domácího cvičení)

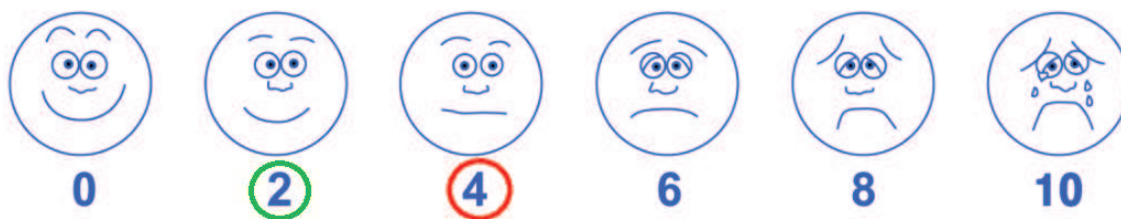
Shrnutí

Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do LFX a FX. Pacientka subjektivně pociťovala „volnější krk“ a menší bolestivost při provádění pohybu (NRS 3/10)

2. terapie

Datum: 9.2.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 3/10



Obrázek 9: Psychické ladění během 2. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- nácvik jednotlivých fází dechové vlny a následné propojení do plynulé dechové vlny (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů
- PIR na krátké extenzory šíje
- aktivní cvičení v sedu a na čtyřech s důrazem na správný dechový stereotyp (cvičení v poloze sukhasána a Marjariasana)
- relaxace

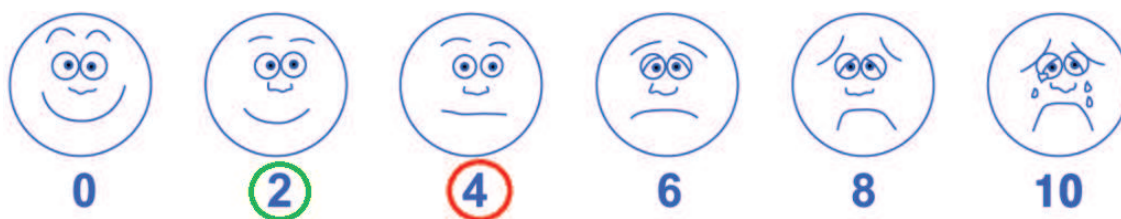
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do LFX a FX. Pacientka po skončení terapie udává stále stejnou intenzitu bolesti (NRS 3/10).

3. terapie

Datum: 12.2.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 4/10, bolest temporomandibulárního kloubu vpravo – NRS 2/10



Obrázek 10: Psychické ladění během 3. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- TMT na oblast temporomandibulárního kloubu a skalpu

- Plný jógový dech a nácvik rytmu dechu, poměr 1:2 (nádech:výdech) (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů krku
- PIR na žvýkácké svaly
- aktivní cvičení v sedu a na čtyřech s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku (cvičení v poloze sukhasána a marjariasana)
- relaxace s důrazem na oblast krku a obličeje

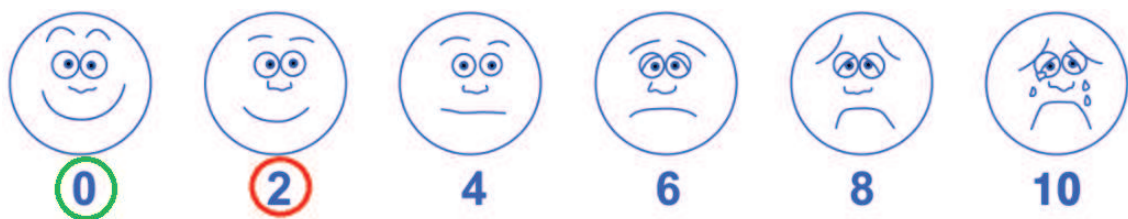
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posuvnost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává stále stejnou intenzitu bolesti (NRS 4/10) v oblasti Cp naopak zlepšení udává v oblasti TMK (1/10)

4. terapie

Datum: 16.2.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 3/10



Obrázek 11: Psychické ladění během 4. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- Plný jógový dech a nácvik rytmu dechu, poměr 1:2 (nádech:výdech) (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů krku
- relaxace s důrazem na oblast krku a obličeje

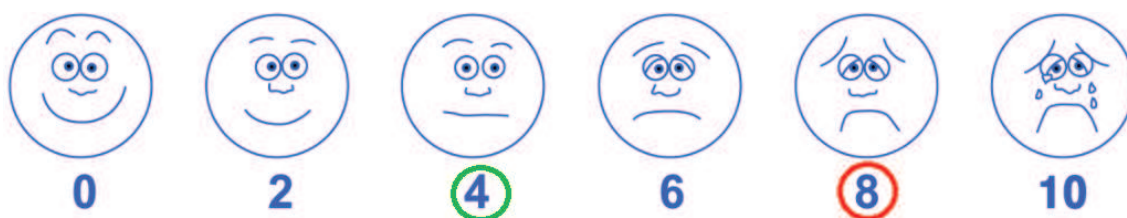
Shrnutí

Pacientka pociťovala únavu a celkovou slabost, proto se terapie zaměřovala především na dechové techniky a relaxaci. Terapie proběhla bez komplikací. Pacientka po skončení terapie udává snížení intenzity bolesti Cp (NRS 2/10).

5. terapie

Datum: 19.2.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 3/10, bolest hlavy NRS 5/10



Obrázek 12: Psychické ladění během 5. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku, šíje a skalpu
- Plný jógový dech a nácvik rytmu dechu, poměr 1:2 (nádech:výdech) (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů krku
- centrace ramen (příprava pro oporu na extendovaných HKK)
- aktivní cvičení v sedu, na čtyřech a v pozici „planku“ s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku (cvičení v poloze sukhasána a marjariasana)
- relaxace s důrazem na oblast krku a obličeje

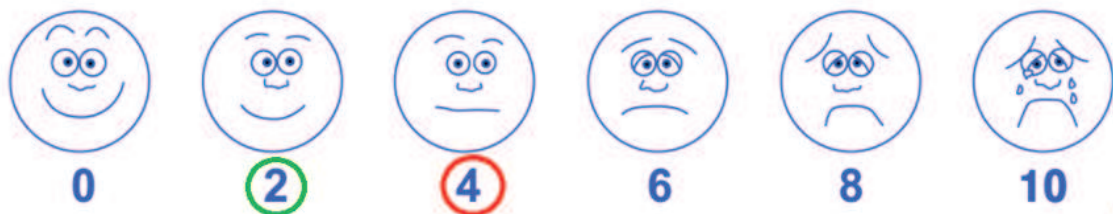
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává stále stejnou intenzitu bolesti (NRS 2/10) v oblasti Cp, bolest hlavy se snížila (NRS 2/10).

6.terapie

Datum: 23.2.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 3/10



Obrázek 13: Psychické ladění během 6. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- plný jógový dech a nácvik zadržetí dechu po výdechu (+ zadání domácího cvičení)

- protahování zkrácených svalů krku
- TMT na oblast plosky a meziprstních prostorů
- nácvik malé nohy a aktivní abdukce palce (+ zadání domácího cvičení)
- aktivní cvičení „pozdrav slunci“ s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku
- relaxace

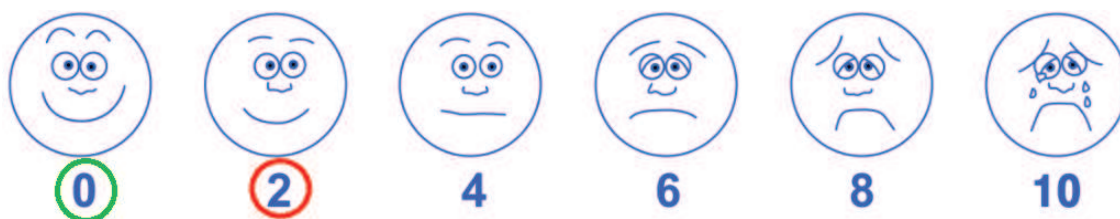
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posuvlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává stejnou intenzitu bolesti NRS 3/10.

7. terapie

Datum: 26.2.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 2/10



Obrázek 14: Psychické ladění během 7. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- plný jógový dech a nácvik zadržetí dechu po výdechu (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů krku
- TMT na oblast plosky a meziprstních prostorů
- nácvik malé nohy a aktivní abdukce palce (+ zadání domácího cvičení)
- aktivní cvičení ve všech polohách s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku
- relaxace

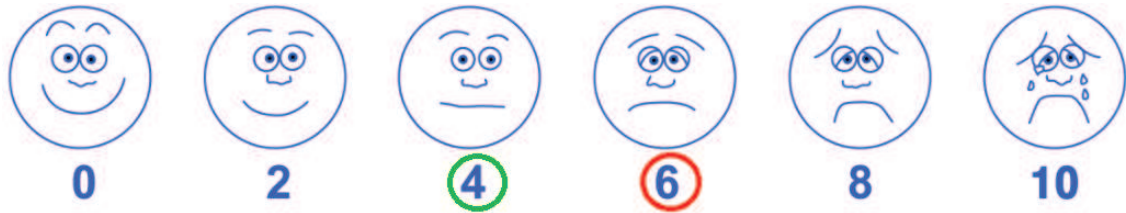
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává snížení intenzity bolesti (NRS 1/10).

8. terapie

Datum: 2.3.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 3/10, nachlazení a celková únava



Obrázek 15: Psychické ladění během 8. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- jógové techniky na uvolnění nosních dírek
- plný jógový dech a nácvik zadržetí dechu po výdechu (+ zadání domácího cvičení)
- relaxace

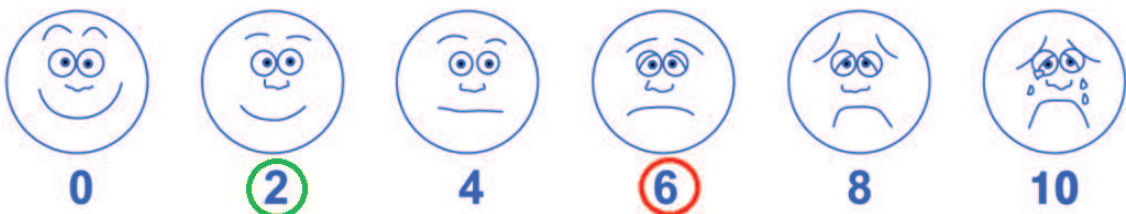
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Vzhledem k nachlazení a celkové únavě pacientky se terapie soustředila především na dechová a relaxační cvičení. Pacientka se po skončení terapie cítila lépe a nebyla tolik unavená. Intenzita bolesti Cp beze změny.

9. terapie

Datum: 5.3.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 3/10, nachlazení a celková únava



Obrázek 16: Psychické ladění během 9. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- jógové techniky na uvolnění nosních dírek
- plný jógový dech a nácvik zadržetí dechu po výdechu (+ zadání domácího cvičení)
- relaxace

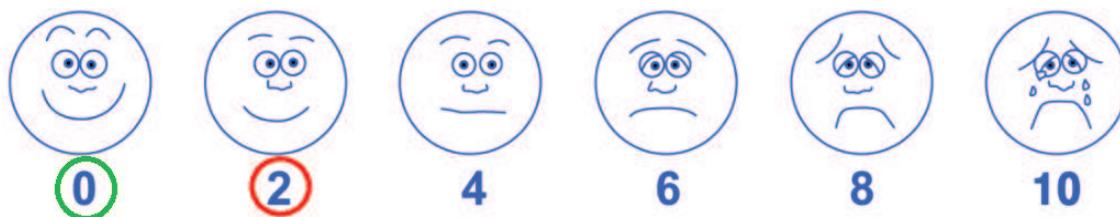
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Vzhledem k nachlazení a celkové únavě pacientky se terapie soustředila především na dechová a relaxační cvičení. Pacientka se po skončení terapie cítila lépe a nebyla tolik unavená. Intenzita bolesti Cp se snížila na NRS 2/10.

10. terapie

Datum: 9.3.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 2/10,



Obrázek 17: Psychické ladění během 10. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- plný jógový dech, rytmus, zadržetí dechu
- protahování zkrácených svalů krku
- TMT na oblast plosky a meziprstních prostorů
- aktivní cvičení ve všech polohách s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku
- relaxace

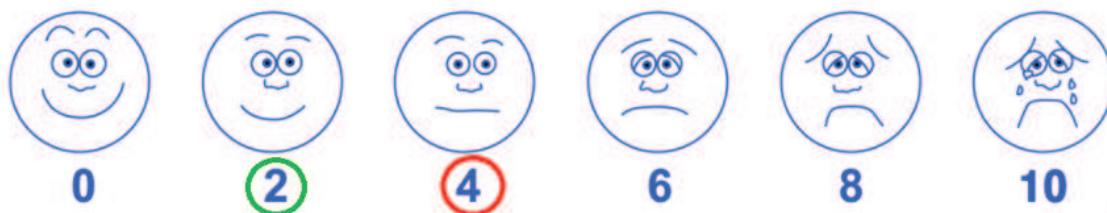
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává stejnou intenzitu bolesti (NRS 2/10).

11. terapie

Datum: 12.3.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 2/10, bolest hlavy 6/10



Obrázek 18: Psychické ladění během 11. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- TMT na oblast TMK a skalpu
- plný jógový dech, rytmus, zadržetí dechu
- protahování zkrácených svalů krku
- TMT na oblast plosky a meziprstních prostorů
- aktivní cvičení ve všech pozicích, s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku
- relaxace

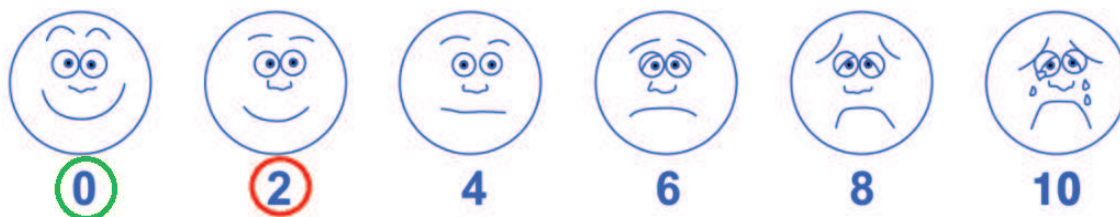
Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává snížení intenzity bolesti Cp (NRS 2/10) i snížení bolesti hlavy (4/10).

12. terapie

Datum: 16.3.2018

Subjektivní stav: bolest Cp NRS 2/10



Obrázek 19: Psychické ladění během 12. terapie

Průběh terapie

- TMT na kůži, podkoží a fascie v oblasti krku a šíje
- plný jógový dech, rytmus, zadržetí dechu (+ zadání domácího cvičení)
- protahování zkrácených svalů krku
- TMT na oblast plosky a meziprstních prostorů
- aktivní cvičení ve všech pozicích, s důrazem na správný dechový stereotyp a přesné provádění cviku
- relaxace

Shrnutí

Terapie proběhla bez komplikací. Při terapii se podařilo částečně obnovit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií a dále mírně zlepšit rozsah krční páteře do všech směrů. Pacientka po skončení terapie udává snížení intenzity bolesti v oblasti Cp (NRS 1/10).

2.3.5 Závěr fyzioterapeutické intervence

Subj.: Pacientka popisuje postupný ústup obtíží. Svou bolest by v průměru označila NRS 2/10. Po ránu stále pociťuje ztuhlost a omezení rozsahu, tyto příznaky se však po cvičení minimalizují. Cítí se lépe, má lepší náladu, více energie a cvičení ji baví. Dále popisuje, že se jí lépe usíná, „protože se tolik nesoustředí na bolest krku“. (před spaním provádí relaxaci). Začala cvičit pilates.

Obj.: Během 12 fyzioterapeutických jednotek se podařilo:

- zvýšit rozsahy pohybu Cp a částečně snížit bolest
- snížit svalový tonus trapézových svalů, krátkých extenzorů šíje a žvýkacích svalů
- zlepšit posunlivost a protažitelnost kůže a fascií v oblasti Cp
- zlepšit posunlivost a protažitelnost jizvy
- částečně upravit dechový stereotyp
 - snížit aktivitu pomocných nádechových svalů
 - prohloubení dechu a aktivace břišního dýchání
 - omezit zadržování dechu při obtížných cvicích
- zvýšení svalové síly pletence HKK
- aktivace HSSP
- aktivace plosky nohy a docílení aktivní abdukce palce
- zlepšení vnímání vlastního těla a svalové koordinace
- celkové zlepšení kondice a aktivizace pacientky

- zlepšení nálady

Doporučení

Pacientce bylo doporučeno provádět dechová a relaxační cvičení i po skončení terapie a pokračovat ve fyzické aktivitě dle libovolného výběru se zaměřením na protahování zkrácených svalů a posilování oslabených. Dále byla edukována o správném držení těla v sedu, stojí a v běžných denních aktivitách a také o důležitosti ergonomie prostředí. Pro zlepšení ergonomie prostředí byla doporučena změna polštáře a výměna kabelky za batoh. Byla poučena o důležitosti psychohygieny a kompenzačního cvičení.

3 DISKUSE

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, zda fyzioterapeutická intervence rozšířená o prvky jógy dokáže ovlivnit tělesný a psychický stav pacienta s psychosomatickými obtížemi (VAS v oblasti Cp).

Psychosomatický přístup s využitím jógy byl demonstrován na pacientce s chronickou bolestí Cp a častými bolestmi hlavy špatně reagujícími na farmakoterapii.

Bolest krční páteře se vyskytuje s prevalencí mezi 15 až 50 % populace, přičemž častěji postihuje ženy ve středním věku. Často se vyskytuje v kombinaci s bolestí hlavy, bolestí zad, depresí či artralgiemi. Podle studie z roku 2010 bolest Cp představuje čtvrtou nejčastější příčinu pracovní neschopnosti. Téměř u 50 % pacientů po akutní atace bolesti Cp přetrvává bolest dlouhodobě nebo dochází k častým recidivám. (Cohen, 2015)

Ve vědeckých kruzích je dobře známým faktem, že obor fyzioterapie má velmi málo (téměř žádné) nástrojů pro kvantifikaci a objektivní hodnocení sledovaných parametrů a jejich změn (svalová síla, napětí svalů, elastické vlastnosti kůže atd.) To však v žádném případě neznamena, že ke změnám nedochází nebo, že jsou zanedbatelné, ale pouze to, že medicína založená na důkazech neuznává hmat jako objektivní nástroj. Hodnocení těchto parametrů v této práci, tedy proběhlo podle objektivních měřítek terapeuta a mohlo tudíž dojít ke zkreslení výsledků.

V souladu s očekáváním došlo ke změně napětí měkkých tkání – kůže, fascií a svalů. Pro optimalizaci vlastností byly využity techniky měkkých tkání dle profesora Lewita, Kiblerova řasa a dále také metoda horké role dle Brügera, které se s úspěchem využívají v terapii reflexních změn MT. Tytéž techniky byly využity i při terapii aktivní jízvy v oblasti kolene, s dobrým výsledným efektem.

K zanedbatelným změnám došlo i v oblasti nálad pacientky, a to především v krátkodobém horizontu v rámci jednotlivých intervencí. Nálada pacientky se po každé intervenci zlepšila minimálně od dva body. I v dlouhodobějším horizontu bylo možné pozorovat změny, i když je nelze jednoznačně kauzálně spojovat s terapií (možné vlivy prostředí).

K částečným změnám došlo také v oblasti svalové síly a kondice. Pro výraznější efekt by bylo vhodné prodloužit dobu terapie či zařadit silová a vytrvalostní cvičení.

Změna dechového stereotypu je dlouhodobá a náročná záležitost, která vyžaduje velkou motivaci a aktivní účast pacienta. I přes relativně krátký čas se podařilo částečně utlumit aktivitu pomocných nádechových svalů a zapojení břišního dýchání.

Pacientka se během terapie naučila princip relaxace a začala ho využívat v praxi. Relaxace je velice užitečnou dovedností zvláště u jedinců vystavených výraznému psychosociálnímu stresu, jimž pacientka dle orientačního vyšetření je.

Překvapivým zjištěním bylo, že došlo k lepšímu zapojení hlubokého stabilizačního systému páteře, i když se na něj terapie nezaměřovala.

Změny intenzitě bolesti nebyly tak jednoznačné, jedním z důvodů může být fakt, že léčba chronické bolesti není lineární, jako je to v případě bolesti akutní, ale je komplexní a může být ovlivněna mnoha faktory. Je dobré si uvědomit, že léčba chronické bolesti je složitá (patofyziologické mechanismy jsou zde velmi komplexní) a často dlouhodobá záležitost. Nebývá výjimkou, že u pacientů trpících chronickou bolestí, analgetika neposkytují dostatečnou úlevu a kvůli tomu pacienti často zvyšují dávky analgetik, avšak bez valného efektu. (Nosková, 2010) Aby byly zajištěny shodné výchozí podmínky pro mapování bolesti byla pacientka požádána, aby po dobu terapie (6 týdnů) minimalizovala užívání analgetik a v době fyzioterapeutických intervencí neužívala analgetika vůbec, pokud to nebude nutné. Toto opatření mohlo ovlivnit výsledky fyzioterapeutické intervence ve smyslu snížení efektu terapie.

Jedním z faktorů, který mohl ovlivnit účinnost terapie je, že neprobíhala ve spolupráci s dalšími odbornostmi – psychoterapeut, sociální pracovník atd., čímž nebyla dodržena podmínka multidisciplinarity, na kterou je v léčbě chronické bolesti (i u psychosomatických onemocnění) kladen velký důraz. Poskytovaná péče se sice zaměřovala na komplexní přístup k pacientovi, nicméně některé oblasti nebyl terapeut schopen pokrýt na profesionální úrovni. Například motivace pacienta, prvky z kognitivně behaviorální terapie a další složky spadající pod psychoterapeutickou/psychologickou odbornost byly poskytnuty intuitivně bez hlubší znalosti problematiky. Pro tyto účely by bylo vhodné další vzdělávání v této oblasti. Otázka sociální podpory v této práci nebyla řešena vůbec.

Dále je důležité uvažovat o možném vlivu placebo efektu na výsledek terapie. Placebo efekt je psychicky zprostředkovaný vliv léku, zákroku, prostředí či situací na zlepšení zdravotního stavu. Placebo reakce je zprostředkována očekáváním změny, pozitivním motivačním laděním či působením osobnosti terapeuta, které toto očekávání vyvolává. (Kolář, 2012) Výsledky studií dokazují, že placebo efekt a očekávání snížení bolesti snižuje aktivitu struktur zodpovědných za zpracování a interpretaci bolesti (thalamus, insula, amygdala atd. a emocí. (Atlas, Wager, 2014) Stejně tak, jako je placebo schopné pozitivně ovlivnit efekt terapie dokáže nocebo efekt vyvolat nebo zhoršit

příznaky pacienta. Nocebo efekt je vyvolán očekáváním negativního efektu, které může být vyvoláno například po přečtení vedlejších účinků léku v příbalovém letáku, při podpisu informovaného souhlasu či necitlivým přístupem zdravotníků. (Kolář, 2012) S působením placebo úzce souvisí osobnost a charisma terapeuta, které může usnadnit a zefektivnit procesy placebo efektu. Charismatickým vystupováním pak můžeme docílit pozitivního afektivního ladění, omezení kritičnosti k poskytovaným informacím a také zvýšení sugestibility. Může se však stát, že dojde ke zvýšení závislosti pacienta na terapeutovi. Zvláště v rehabilitaci je důležité umět s tímto faktorem pracovat, vzhledem k tomu, že po pacientovi vyžadujeme aktivní přístup a často radikální změnu životního stylu. (Kolář, 2012)

I přes všechny tyto faktory se podařilo ovlivnit celkový stav pacientky, došlo ke snížení bolesti a zlepšení nálady a kondice. Nelze odlišit, zda k léčebnému efektu došlo prostřednictvím fyzioterapeutických metod a jógy nebo díky psychosomatickému přístupu k pacientovi, protože stejně tak jako dokáže tělesná aktivita ovlivňovat psychickou pohodu jedince, může i psychické ladění ovlivňovat tělesné projevy. Předpokládejme tedy, že ke změně zdravotního stavu došlo za současného působení na somatickou a psychosociální stránku pacientky, což je v souladu s biopsychosociálním modelem nemoci.

Pozitivní změny dosažené během terapie jsou podmíněné setrváním u změny životního stylu, pokračováním ve cvičení a tréninku zvládání stresových situací.

4 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat problematiku psychosomatické medicíny a možností fyzioterapie v této oblasti. Praktická část si kladla za cíl zjistit, zda fyzioterapeutická intervence s využitím prvků jógy dokáže ovlivnit tělesný i psychický stav pacienta s VAS.

Z výsledků vyplývá, že celkový stav pacientky, intenzita bolesti i psychické ladění bylo pozitivně ovlivněno. Zůstává však otázkou, který z aspektů fyzioterapeutické intervence má tento efekt na svědomí. V úvahu přichází účinnost klasických fyzioterapeutických metod (TMT, senzomotorika), alternativního přístupu jógy (relaxační, dechová cvičení, asány) nebo psychosomatický přístup fyzioterapeuta (psychoterapeutické působení).

Hlavním principem biopsychosociálního přístupu (psychosomatického) je, že vnímá člověka v rámci jeho biopsychosociálního prostředí a snaží se přizpůsobit léčbu jeho individuálním potřebám. Ze stejného principu vychází i jóga, což je koncept cvičení zasahující do sféry tělesné, duševní i sociální. Jóga je i přes své stáří velice moderní metodou či spíše životním stylem. Důvodem může být fakt, že západní kultura se snaží znovu objevit schéma propojení těla i duše jako celku, od kterého se, i když neúmyslně odvrátila s rozvojem moderní medicíny. Jógové techniky a postupy jsou velmi propracované a vzájemně se doplňují a díky tomu působí na člověka jako celek. Jako fyzioterapeuti a vysokoškolsky vzdělaní lidé, musíme k józe přistupovat kriticky a realisticky vnímat její možnosti a hranice a aplikovat jí jako doplňkovou metodu ne jako řešení všech onemocnění (v tomto směru bychom měli edukovat i pacienta). Určité prvky jógy sice lze využít téměř u každého pacienta, ale ne každý pacient z nich bude těžit stejně. Například člověk, kterému se protíví alternativní přístupy, nebude z jógy těžit stejně jako člověk, který je těmto technikám nakloněn. Proto je dobré naslouchat přáním a potřebám pacienta, a ne pouze vlastnímu přesvědčení.

Fyzioterapie má k dispozici velké množství metod, a jóga je stejně tak jako všechny ostatní metody, pouze jedním z mnoha možných přístupů.

5 SEZNAM ZKRATEK

1. LF UK – 1. lékařská fakulta

ADL – běžné denní aktivity

Cp – krční páteř

ČLS – Česká lékařská společnost

DKK – dolní končetiny

DM2 – diabetes mellitus 2. typu

DPCR – Diagnostic criteria for psychosomatic research/ Diagnostická kritéria pro psychosomatický výzkum

DSM-IV – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition/ Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, páté vydání

DSM-V – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, čtvrté vydání

FA – farmakologická anamnéza

FBS – fasting blood sugar/hladina cukru v krvi na lačno

FX – flexe

GIT – gastrointestinální trakt

HA – hormonální antikoncepce

HDL – high density lipoprotein/ cholesterol o vysoké hustotě

HKK – horní končetiny

HPA – Hypotalamicko-Pituitární-Adrenalinová osa

HSSP – hluboký stabilizační systém páteře

ICHS – ischemická choroba srdeční

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LDL – low density lipoprotein/ cholesterol o nízké hustotě

LFX – lateroflexe

LHK – levá horní končetina

m. – musculus

MT – měkké tkáně

MUS – medically unexplained symptoms/lékařsky nevysvětlitelné příznaky

NO – nynější onemocnění

NPMP - Norwegian psychomotor physiotherapy/ Norská psychomotorická fyzioterapie

NRS – numerická škála bolesti
OA – osobní anamnéza
PHK – pravá horní končetina
PIR – postizometrická relaxace
PN – pracovní neschopnost
PPBS – postprandial blood sugar/hladina cukru v krvi po jídle
PV – paravertebrální
RA – rodinná anamnéza
SA – sociální anamnéza
SCM – sternocleidomastoideus
SIAS – spina illiaca anterior superior
SIPS – spina illiaca posterior superior
st. – stupeň
Thp – hrudní páteř
TMT – techniky měkkých tkání
VAS – vertebrogenní algický syndrom
VLDL – very low density lipoprotein/ cholesterol o velmi nízké hustotě
VR – vnitřní rotace
VŠO – Vysoká škola obchodní

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANAND, M. P. Non-pharmacological management of essential hypertension. *Journal of Indian Medical Association* [online]. Medknow. 1999, **97**(6), 220-225 [cit. 28.5.2017].. ISSN 00195847. Dostupné z: <https://goo.gl/UMRCLn>
- ATLAS L.Y., WAGER T.D. A Meta-analysis of Brain Mechanisms of Placebo Analgesia: Consistent Findings and Unanswered Questions. In: Benedetti F. et al. Placebo. Handbook of Experimental Pharmacology, Berlin/Heidelberg: Springer. ISBN 978-3-662-44518-1.
- BALAJI, P. A., VARNE, S. R., ALI, S. S. Physiological Effects of Yogic Practices and Transcendental Meditation in Health and Disease. *North American Journal of Medical Sciences* [online]. 2012, **4**(10), 442–448 [cit. 28.5.2017]. ISSN 2250-1541. Dostupné z: 10.4103/1947-2714.101980
- BARSKY, A., J., ORAV, E., BATES, D.W. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Archives of General Psychiatry* [online]. JAMA. 2005, **62**(8), 903–910 [cit. 13.11.2017]. ISSN 0003-990X. Dostupné z: doi:10.1001/archpsyc.62.8.903. Dostupné z: 10.1001/archpsyc.62.8.903
- BARTOŇOVÁ, M., BAŠNÝ, Z., MERHAUT, B., SKARNITZL, R., *JÓGA (Od staré Indie k dnešku)*. Praha: Avicenum, 1971. ISBN 08-027-71.
- BASAVARADDI, I. V. Yoga: Its Origin, History and Development. In: *Ministry of External Affairs, Government of India* [online]. 2015 [cit. 13.10.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/A2b4HX>
- BAŠTECKÝ, J., et al. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
- BIJLANI, R. L. et al. A brief but comprehensive lifestyle education program based on yoga reduces risk factors for cardiovascular disease and diabetes mellitus. *Journal of alternative and complementary medicine* [online]. Liebertpub. 2005, **11**(2), 267-274 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1557-7708. Dostupné z: 10.1089/acm.2005.11.267
- BODHINATHA, V. S. Which Yoga Should I Follow? *Hinduism Today* [online]. Himalayan Academy. 2012, **34**(3), 10–11 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0896-0801. Dostupné z:
- BURGHIN, T. History of Yoga. In: *Yoga Basics* [online]. 2007 [cit. 13.11.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/y9ZUq1>

Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Dostupné z: <https://goo.gl/U6wrTi>

COHEN, S. P. Epidemiology, Diagnosis, and Treatment of Neck Pain. *Mayo Clinic Proceedings* [online]. Elsevier 2015, 90(2), 284 – 299 [cit. 14.3.2018]. ISSN 0025-6196. Dostupné z: 10.1016/j.mayocp.2014.09.008

DRAGESUND, T., KVÅLE, A. Study protocol for Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education in combination with active individualized physiotherapy in patients with long-lasting musculoskeletal pain – a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* [online]. Springer. 2016. **17** [cit. 28.5.2017]. ISSN 1471-2474. Dostupné z: 10.1186/s12891-016-1159-8

DUM, R. P., LEVINTHAL, D. J., STRICK, P. L. Motor, cognitive, and affective areas of the cerebral cortex influence the adrenal medulla. *Proceedings of the National Academy of Sciences* [online]. 2016, **113**(35) [cit. 14.10.2017]. ISSN 0027-8424. Dostupné z: doi:10.1073/pnas.1605044113

ESCH, T. et al. The therapeutic use of the relaxation response in stress-related diseases. *Medical Science Monitor* [online]. 2003, 9(2) [cit. 5.3.2018]. ISSN 1643-3750.

Exercise and Arthritis. In: *American College of Rheumatology* [online]. 2017 [cit. 18.11.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/Auku9S>

FAVA, G., A., SONINO, N., WISE, T.N. *The Psychosomatic Assessment: Strategies to Improve Clinical Practice*. Karger Medical and Scientific Publishers, 2012. ISBN 978-3-8055-9853-8.

FIELDS, G., P. *Religious Therapeutics: Body and Health in Yoga, Ayurveda and Tantra*. Albany: State University of New York Press, 2001. ISBN 0-7914-4916-5.

HALLER, H., CRAMER, H., LAUCHE, R., DOBOS, G. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Deutsches Ärzteblatt International* [online]. German Medical Association. 2015, **112**(16) [cit. 28.5.2017]. ISSN 1866-0452. Dostupné z: doi:10.3238/arztebl.2015.0279

HAVELKOVÁ, A., SLEZÁČKOVÁ, A. Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetím, vývojem a současnými tématy. *E-psychologie* [online]. Českomoravská psychologická společnost. 2017, **11**(3), 39-50 [cit. 3.11.2017]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <https://goo.gl/i3ZbCJ>

HIGUERA, V. What Is General Adaptation Syndrome? In: *Healthline* [online]. 2017 [cit. 4.11.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/s6vri5>

- History of Yoga: How it all Started. In: *Yoga.com* [online]. 2015 [cit. 4.11.2017].
Dostupné z: <https://goo.gl/Z4PKRB>
- HOCHBERG, M. et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care & Research* [online]. American College of Rheumatology. 2012, **64**(4), 465–474 [cit. 28.5.2017]. ISSN 2151-4658.
Dostupné z: <https://goo.gl/3RmvVx>
- HONZÁK, R. Jak se dívat na psychosomatickou medicínu. *Vnitřní lékařství* [online]. ČIS. 2011, **57**(11), str. 903-907 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1801-7592.
Dostupné z: <https://goo.gl/GXcph3>
- HONZÁK, R. *Psycho-somatická prvouka*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7479-912-4.
- HU, B. et al., Effects of Psychological Stress on Hypertension in Middle-aged Chinese: A Cross Sectional Study. *PLOS one* [online]. 2015. 10(6) [cit. 28.5.2017]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0129163>.
- CHANDRA, A. K., SENGUPTA, P., GOSWAMI, H., SARKAR, M. Excessive Dietary Calcium in the Disruption of Structural and Functional Status of Adult Male Reproductive System in Rat with Possible Mechanism. *Molecular and Cellular Biochemistry* [online]. Springer. 2012, **364**(1-2), 181-191 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1573-4919.
Dostupné z: 10.1007/s11010-011-1217-3
- CHIMKODE, S. M., KUMARAN, S., D., KANHERE, V., V., SHIVANNA, R. Effect of Yoga on Blood Glucose Levels in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* [online]. 2015, **9**(4) [cit. 28.5.2017]. ISSN 2249-782X.
Dostupné z: 10.7860/JCDR/2015/12666.5744
- CHVÁLA, V., HONZÁK, R., MASNER, O., ROČŇOVÁ, M., SEIFERT, M., SEIFERT, B., TRAPKOVÁ, L., 2015. *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky*. [online]. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství [cit. 20.9.2017]. ISBN 978-80-86998-84-8.
Dostupné z: <https://goo.gl/E3WVbK>
- ISAAC, M. L., PAAUW, D.S. Medically Unexplained Symptoms. *Medical Clinics of North America* [online]. Elsevier. 2014, **98**(3) [cit. 14.10.2017]. ISSN 0025-7125.
Dostupné z: doi:10.1016/j.mcna.2014.01.013
- JIRÁSKOVÁ, T. Biopsychosociální model nemoci. In: *Psychosomatická klinika* [online]. 2008. [cit. 28.5.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/HcYqtu>

- KOLÁŘ, P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KONAR, D., LATHA, R., BJVANESVARAN, J. S. Cardiovascular response to head down-body-up postural exercise (Sarvangasana) *Indian Journal of Physiology Pharmacology* [online]. IJPP. 2000, **44**(4), 392-400 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1121-4493. Dostupné z: <https://goo.gl/XHCsa6>
- KUMAR, R. Role of Yoga in Purifying body. *Journal of Indian Psychology* [online]. IJIP. 2016, **3**(2) [cit. 28.5.2017]. ISSN 2348-5396. Dostupné z: <https://goo.gl/zrf2F2>
- LIPSITT, Don R., 2016. *Foundations of Consultation-Liaison Psychiatry: The Bumpy Road to Specialization*. New York: Routledge. ISBN 978-1-317-44345-2.
- LYSEBETH, A.V. *Pránájáma – technika dechu*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-172-4.
- MAĎA, P., FONTANA, F. Stres. In: *Funkce buněk a lidského těla:Multimediální skripta* [online]. 2015 [cit. 4.11.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/EhPVsh>
- MAĎA, P., FONTANA, F. Autonomní regulační systém. In: *Funkce buněk a lidského těla:Multimediální skripta* [online]. 2015 [cit. 3.11.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/tFtVdc>
- MASNER, O. Psychosomatický přístup k funkčním poruchám hybnosti. *Neurologie pro praxi* [online]. SOLEN. 2016, **17**(2), 92-94 [cit. 28.2.2018]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://goo.gl/Yi7iS1>
- MCCLANAHAN, L. Two Ways Hinduism Looks at Karma Yoga. *Hinduism Today*. 2016, **38**(1), 39–39. ISSN 0896-0801.
- MCEWEN, B.S. Allostasis and allostatic load: Implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology* [online]. Springer. 2000, **22**(2), 108–124 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1740-634X. Dostupné z: 10.1016/S0893-133X(99)00129-3
- MOONAZ, S.H., BINGHAM, C.O., WISSOW, L., BARTLETT, S.J. Yoga in Sedentary Adults with Arthritis: Effects of a Randomized Controlled Pragmatic Trial. *The Journal of Rheumatology* [online]. JR. 2015, **42**(7), 1194-1202 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1499-2752. Dostupné z: 10.3899/jrheum.141129
- MORGAN, N., IRWIN, M. R., CHUNG, M., WANG, C. The Effects of Mind-Body Therapies on the Immune System: Meta-Analysis. *PLOS ONE* [online]. 2014, **9**(7) [cit. 13.11.2017]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0100903

MULLA, Z. R., KRISHNAN, V. R. Karma-Yoga: The Indian Model of Moral Development. *Journal Of Business Ethics* [online]. Springer. 2014, **123**(2), 339–351 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0167-4544. Dostupné z: 10.1007/s10551-013-1842-8

MURUGESAN, R., GOVINDARAJALU, N., BERA, T.K. Effect of selected yogic practices in the management of hypertension. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* [online]. APPI. 2000, **44**(2), 207–10 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0019-5499. Dostupné z: <https://goo.gl/sYVQXY>

NOSKOVÁ, P. Chronická bolest, diagnostika, terapie. *Interní medicína* [online]. SOLEN. 2010, **12**(4), 200-204 [cit. 28.3.2018]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://goo.gl/ikfXSj>

O psychosomatic. In: *SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS* [online]. 2016 [cit. 28.5.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/Xfaevf>

OSUGO, M., MORRISON, J., ALLAN, L., KINNEAR, D., COOPER, S. A. Prevalence, types and associations of medically unexplained symptoms and signs. A cross-sectional study of 1023 adults with intellectual disabilities: Medically unexplained symptoms and signs. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. IASSID. 2017, **61**(7) [cit. 20.9.2017]. ISSN 0964-2633. Dostupné z: doi:10.1111/jir.12372

PAULLEY, J.W., PELSER, H.E. *Psychological Managements for Psychosomatic Disorders*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2012. ISBN 978-3-642-73731-2.

PEVELER, R., KILKENNY, L., KINMONTH, A. L. Medically unexplained physical symptoms in primary care; a comparasion of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. Elsevier. 1997, **42**(3), 245-52 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0022-3999. Dostupné z: <https://goo.gl/ukj8fU>

PONĚŠICKÝ, J. Psychosomatické lékařství. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. ISBN 978-80-9045-418-7.

PORCELLI, P., SONINO, N. Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM-V. *Advances in Psychosomatic Medicine* [online]. Karger. 2007, **28**, 57-71 [cit. 3.11.2017]. ISSN 1662-2855. Dostupné z: 10.1176/appi.psy.48.2.103

PROBST, M., SKJAERVEN, L.H. *Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry: a scientific and clinical based approach*. Elsevier Health Sciences. 2017. ISBN 978-0-7020-7269-7.

Psychosomatic illness. In: *Clinical Advisor* [online]. 2016 [cit. 28.5.2017]. Dostupné z: <https://goo.gl/PMd79o>

RODRIGUEZ, G., et al. Health care utilization of mexican patients with medically unexplained physical symptoms. *Colombia Medica* [online]. 2016, **47**(3), 155–159 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1657-9534. Dostupné z: <https://goo.gl/T95D2L>

SAHAY, B. K. Role of yoga in diabetes. *The Journal of the Association of Physicians in India* [online]. JAPI. 2007, **55**, 121-126 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0004-5772. Dostupné z: <https://goo.gl/hDqNmZ>

SALLEH, Mohd. Razali, Life Event, Stress and Illness. *The Malaysian Journal of Medical Sciences* [online]. USM. 2008, **15**(4), 9–18 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1394-195X. Dostupné z: <https://goo.gl/SUfjwa>

SEGERSTROM, C.S., MILLER, E.G. Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry. *Psychological Bulletin* [online]. APA. 2004, **130**(4). 601-630 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0033-2909. Dostupné z: 10.1037/0033-2909.130.4.601

SEKOT, M. Medicínsky nevysvětlitelné symptomy – diagnostika a léčba, *Interní medicína pro praxi* [online]. SOLEN. 2013, **15**(3–4).121–124 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1803-5256.

SEKOT, M. Pacient s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky. *Postgraduální medicína – příloha*. [online]. Mladá fronta. 2006, 5. 40-44 [cit. 13.11.2017]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://goo.gl/gkWLBY>

SELVAMURTHY, W., et al. A new physiological approach to control essential hypertension. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* [online]. APPI. 1998, **42**(2), 205-213 [cit. 28.5.2017]. ISSN 0019-5499. Dostupné z: <https://goo.gl/TvZ9wL>

SENGUPTA, P. Health Impacts of Yoga and Pranayama: A State-of-the-Art Review. *International Journal of Preventive Medicine* [online]. Elsevier. 2012, **3**(7), 444–458 [cit. 28.5.2017]. ISSN 2008-7802. Dostupné z: <https://goo.gl/CaSd2p>

SHAPIRO, S., et al. Contemplation in the Classroom: a New Direction for Improving Childhood Education. *Educational Psychology Review* [online]. Springer. 2014, **27**(1) [cit. 28.5.2017]. ISSN 1040-726X. Dostupné z: <https://goo.gl/Kc1AJm>

SHERMAN, Karen J. Guidelines for Developing Yoga Interventions for Randomized Trials. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* [online]. Hindawi. 2012 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1741-427X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/143271>

STALLMAN, H. M., HURST, C. P. The University Stress Scale: Measuring domains and extent of stress in university students. *Australian Psychologist* [online]. Australian

Psychological Society. 2016, **51**(2), 128-134 [cit. 28.5.2017]. ISSN 1742-9544.
 Dostupné z: <https://goo.gl/GNHUWP>

STEPHENS, I. Medical Yoga Therapy. *Children*. 2017, **4**(2), ISSN 2227-9067.

STERLING, P. *Principles of allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2004. 17–64.

SURI, M., SAINI, N., GUPTA, S. Exploring the Physiological Effects of Integrated Intervention of Yoga and Diet Counseling. *International Journal of Physical Education, Sports and Health* [online]. Khel. 2016, **3**(6), 316-320 [cit. 18.3.2017]. ISSN 2394-1693.
 Dostupné z: <https://goo.gl/WHa4un>

SWATMARAMA, S. *The Hatha Yoga Pradipika*. Z originálu přeložila B. D. AKERS. Woodstock: YogaVida.com, 2002. ISBN 0-9716466-0-0.

TEKUR, P., NAGARATHNA, R., CHAMETCHA, S., HANKEY, A., NAGENDRA, H.R. A comprehensive yoga programs improves pain, anxiety and depression in chronic low back pain patients more than exercise: An RCT. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. Elsevier. 2012, **20**(3), 107-118 [cit. 4.1.2018]. ISSN 0965-2299.
 Dostupné z: 10.1016/j.ctim.2011.12.009

THORNQUIST, E., BUNKAN, B. H. *What Is Psychomotor Physiotherapy?* Oslo: Norwegian University Press, 1991.

TILBROOK H.E., et al. Yoga for chronic low back pain: A randomized trial. *Annals of Internal Medicine* [online]. ACP. 2011, 155(9), 569–578 [cit. 30.11.2017]. ISSN 0003-4819. Dostupné z: 10.7326/0003-4819-155-9-201111010-00003

VAN DER WEIJDEN, T., et al. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations, and professionals' test-ordering behavior. *Medical Decision Making* [online]. SAGE. 2003, **23**(3), 326-331 [cit. 9.1.2018]. ISSN 1552681X.
 Dostupné z: 10.1177/0272989X03023003004

VANCAMPFORT D., SIENAERT, P., WYCKAYERT, S., DE HERT, M., STUBBS, B., PROBST, M. Sitting time, physical fitness impairments and metabolic abnormalities in people with bipolar disorder: an exploratory study. *Psychiatry Research* [online]. Elsevier. 2016, 242. 7–12 [cit. 14.12.2017]. ISSN 0165-1781.
 Dostupné z: 10.1016/j.psychres.2016.05.023

VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., HONZÁK, R. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*[online]. SOLEN. 2008, 10(4), 188-192 [cit. 4.2.2018]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://goo.gl/JLCf9f>

VEMPATI, R. P., TELLES, S. Yoga based guided relaxation reduces sympathetic activity judged from baseline levels. *Psychological Reports* [online]. SAGE. 2000, **90**(2), 487–94 [cit. 4.12.2017]. ISSN 1558-691X. Dostupné z: 10.2466/pr0.2002.90.2.487

VIVEKANANDA, Swami. *Raja Yoga: Conquering the Internal Nature*. Kolkata: Advaita Ashrama. Kolkata: Advaita Ashrama, 2016. ISBN 978-81-7505-811-8.

Wong- Baker FACES Pain Rating Scale. In: Wongbakerfaces [online]. ©2016 [cit. 12.3.2018]. Dostupné z: <http://wongbakerfaces.org/>

7 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Faktory uplatňující se při vzniku MUS, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)	Error! Bookmark not defined.
Tabulka 2: Příznaky MUS, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015).....	18
Tabulka 3: Dynamické vyšetření páteře	52
Tabulka 4: Rozsahy Cp.....	53
Tabulka 5: Vyšetření hypermobility	54
Tabulka 6: univerzitní škála stresu, vlastní tvorba (Stallman, Hurst, 2016).....	84
Obrázek 1: Formy terapie, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015).....	20
Obrázek 2: Fáze stresu, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)	23
Obrázek 3: Okruhy otázek, vlastní tvorba (Chvála et al., 2015)	26
Obrázek 4: Možnosti fyzioterapie, vlastní tvorba (Probst, Skjaerven, 2017).....	27
Obrázek 5: Nástroje kognitivně behaviorální terapie, vlastní tvorba (Probst, Skjaerven, 2017)	30
Obrázek 6: Směr relaxace (Lysebeth, 1991).....	43
Obrázek 7: Wong-Baker stupnice, (Wong-Baker Faces, 2016)	48
Obrázek 8: Psychické ladění během 1. terapie	59
Obrázek 9: Psychické ladění během 2. terapie	60
Obrázek 10: Psychické ladění během 3. terapie	60
Obrázek 11: Psychické ladění během 4. terapie	61
Obrázek 12: Psychické ladění během 5. terapie	62
Obrázek 13: Psychické ladění během 6. terapie	62
Obrázek 14: Psychické ladění během 7. terapie	63
Obrázek 15: Psychické ladění během 8. terapie	64
Obrázek 16: Psychické ladění během 9. terapie	64
Obrázek 17: Psychické ladění během 10. terapie	65
Obrázek 18: Psychické ladění během 11. terapie	66

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Univerzitní škála stresu

Tabulka 6: univerzitní škála stresu, vlastní tvorba (Stallman, Hurst, 2016)

UNIVERZITNÍ ŠKÁLA STRESU					
		Vůbec 0	Občas 1	Opakovaně 2	Pořád 3
1	Školní povinnosti				
2	Prokrastinace				
3	Prostředí univerzity				
4	Finanční problémy				
5	Ubytování				
6	Přeprava/dojíždění				
7	Psychické problémy				
8	Zdravotní problémy				
9	Rodičovské problémy				
10	Péče o dítě/děti				
11	Rodinné vztahy				
12	Kamarádké vztahy				
13	Partnerské vztahy				
14	Rozpad vztahu				
15	Práce				
16	Očekávání rodičů/rodiny				
17	Vyvážení poměru studium/osobní život				
18	Diskriminace				
19	Problémy se sexuální orientací				
20	Jazyková či kulturní bariéra				
21	Jiné požadavky				

Bodování:

Rozsah skóre položek = počet položek s vyšší hodnotou než 0 = 0-21

Rozsah skóre = součet všech položek = 0-66

Interpretace:

Skóre ≥ 13 nasvědčuje pro významnou psychologickou zátěž

(Stallman, Hurst, 2016)

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

1. Já, níže podepsaný/á souhlasím s účastí v BP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány formou kazuistiky. Je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP a jejích postupech, průběhu zpracování, a formě mé spolupráce. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
3. Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to, jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje účast v kazuistice BP je dobrovolná.
4. Kazuistika bude v BP uveřejněna přísně anonymně bez jakýchkoliv osobních údajů.
5. S účastí v kazuistice BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis studenta

