

UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Klinika rehabilitačního lékařství

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Květa Foitová

**Psychosomatika a její role u lidí s chronickými bolestmi
zad**

Psychosomatics in People with Chronic Back Pain

Bakalářská práce

Praha, září 2024

Autor práce: Květa Foitová

Studijní program: Fyzioterapie

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Kajzar

Pracoviště vedoucího práce: Mgr. Jiří Kajzar, Týnská 17, 110 00 Staré Město

Předpokládaný termín obhajoby: září 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 4. 8. 2024

Květa Foitová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala za spolupráci vedoucímu práce Mgr. Jiřímu Kajzarovi a pacientům z jeho pracoviště, kteří mi prokázali službu svou účastí ve výzkumu. Také bych ráda vyjádřila dík své rodině a přátelům z oboru i mimo obor, kteří mi byli při vytváření této práce velkou oporou.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce zkoumá roli psychosomatiky u lidí s chronickými bolestmi zad z pohledu fyzioterapie. Cílem je zjistit, jaké jsou možnosti fyzioterapeutické léčby v ovlivnění chronické bolesti zad u pacientů se zvýšenou psychickou zátěží, s ohledem na značný vliv psychosomatických jevů. Dalším cílem je pozorovat účinek fyzioterapeutických intervencí u těchto pacientů na tělesné a psychické úrovni ve srovnání s účinkem dosaženým jejich kombinací s psychoterapeutickou léčbou.

Teoretická část práce pojednává o povaze onemocnění chronických bolestí zad a úskalí jeho léčby, poskytuje vhled do principů psychosomatického přístupu a jeho současné situace a nastiňuje principy vzniku psychosomatických poruch. Dále se také věnuje mechanismům vlivu stresu na lidský organismus a diskutuje možnosti fyzioterapie v léčbě chronických bolestí zad.

Praktická část obsahuje výsledky dotazníkových šetření a jejich analýzu u čtyř pacientů s chronickými vertebrogenními obtížemi a významnou vstupní psychickou zátěží. Zkoumány byly dvě skupiny těchto pacientů – jedna skupina docházela na fyzioterapeutické intervence a druhá skupina podstupovala na stejném pracovišti fyzioterapeutické intervence kombinované s psychoterapeutickou léčbou. Dotazníkové šetření se věnovalo aktuální bolesti a psychickému stavu, které byly zkoumány před a po absolvování osmi týdnů léčby. Vybrané demonstrativní případy jsou představeny v rámci kasuistik, které jsou spojeny s grafickým a tabelárním zpracováním výsledků a jejich popisným rozbořením se zhodnocením účinků léčby. V závěru praktické části je uvedena také statistická analýza, která se zabývá úspěšností v ovlivnění bolesti a psychických potíží jednou a druhou léčbou.

Výsledky naznačují, že správně vedená fyzioterapie dokáže pacienty s chronickými bolestmi zad psychosomatické povahy do významné míry zlepšit, a to jak z hlediska bolesti, tak i z hlediska psychického stavu, a to napříč psychopatologickými příznaky. Statisticky významný rozdíl v obou těchto sledovaných parametrech přinesla jak léčba kombinovaná, tak fyzioterapie samotná.

Tento výzkum ukazuje, že při znalosti psychosomatické problematiky a schopnosti využít dostupný potenciál fyzioterapie je možné u lidí s chronickými bolestmi zad psychosomatického charakteru docílit znatelného zlepšení bolesti a psychického stavu. Výzkumný soubor by bylo vhodné rozšířit o větší počet subjektů, doplnit profily pacientů o podrobnější psychosociální anamnézu, či prodloužit dobu pozorování.

Klíčová slova: chronické bolesti zad, vertebrogenní algický syndrom, psychosomatika, stres, fyzioterapie, psychoterapie

ABSTRACT

This bachelor thesis explores the role of psychosomatics in people with chronic back pain from the physiotherapeutical point of view. The objective is to discover, what are the capabilities of physiotherapy in affecting chronic back pain in patients with increased psychological strain regarding significant influence by the psychosomatic phenomenons. Another objective is to observe the effect of physiotherapeutical interventions in these patients on physical and mental level, comparing it with the effect attained by their combination with psychotherapy.

The theoretical part is discussing characteristics of the chronic back pain state and difficulties of its treatment, it offers an insight into the principles of psychosomatic approach with its current situation and outlines the principles of a development of psychosomatic disorders. It also focuses on the mechanisms of the influence of stress on the human organism and discusses the options of physiotherapy in treatment of chronic back pain.

The practical part contains the results of the questionnaire surveys and their analysis in four patients with chronic vertebrogenous difficulties and a significant input mental strain. Two groups of these patients were observed – the first group attended physiotherapeutical interventions and the second group underwent physiotherapeutical interventions combined with psychotherapy at the same workplace. The questionnaire survey focused on the present pain and mental state, which were observed before and after experiencing eight weeks of treatment. The chosen demonstrative cases are presented within case histories which are supplemented with a graphic and tabular processing of the results and their description with an assessment of the treatment effects. At the end of the practical part, a statistical analysis is also presented, which deals with an effectivity of one and the other treatment in influencing pain and psychological difficulties.

The results are suggesting that properly administered physiotherapy can significantly improve the state of patients with psychosomatic chronic back pain – both in terms of pain and psychological state, across psychopathological symptoms. Both combined treatment and physiotherapy alone produced a statistically significant difference in the two observed parameters.

This study shows that with knowledge of psychosomatic issues and the capability to use the available potential of physiotherapy, a noticeable improvement in pain and psychological state in people with psychosomatic chronic back pain can be achieved. It would be appropriate

to expand the research sample by a larger number of subjects and to supplement the patients' profiles with a more detailed psychosocial history, or to extend the observation period.

Key words: chronic back pain, vertebrogenous painful syndrome, psychosomatics, stress, physiotherapy, psychotherapy

Obsah

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST	2
2.1	Chronické bolesti zad.....	2
2.1.1	Etiologie	2
2.1.2	Léčba	3
2.2	Diferenciální diagnostika bolestí zad.....	5
2.3	Psychosomatika a psychosomatické poruchy	6
2.4	Současná situace psychosomatického přístupu.....	8
2.5	Patofyziologie psychosomatických onemocnění	9
2.5.1	Stres, stresor a stresové osy	10
2.5.2	Vliv chronického stresu na lidský organismus	11
2.5.3	Vliv chronického stresu psychosociální povahy na lidský organismus.....	12
2.5.4	Vliv emocí na pohybovou soustavu	13
2.6	Teorie a rizikové faktory vzniku psychosomatických poruch	14
2.6.1	Teorie učení.....	14
2.6.2	Stresová hypotéza.....	15
2.6.3	Alexitymická hypotéza.....	15
2.6.4	Rizikové faktory	15
2.7	Možnosti fyzioterapie v léčbě chronických bolestí zad	16
2.7.1	Aplikace psychologických principů ve fyzioterapii	17
2.8	Léčba psychosomatických poruch pomocí psychoterapie	18
3	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	20
3.1	Cíl práce.....	20
3.2	Stanovení hypotéz.....	20
4	PRAKTICKÁ ČÁST	21
4.1	Metodika	21
4.1.1	Příprava a provedení výběru.....	21
4.1.2	Charakteristika podstupované léčby.....	22
4.1.3	Důvěrnost získaných informací	22
4.1.4	Informovaný souhlas	23
4.1.5	Žádost o souhlas etické komise 3. LF UK.....	23
4.1.6	Metoda sběru dat	23
4.1.7	Sběr dat.....	23
4.1.8	Použité nástroje a metody pro analýzu dat	26
4.2	Výsledky	26
4.2.1	Charakteristika vybraného souboru.....	26

4.2.2	Kasuistiky.....	26
4.2.2.1	Pacientka č. 1 – skupina FT	26
4.2.2.4	Pacient č. 2 – skupina FT	31
4.2.2.7	Pacient č. 3 – skupina FT + PT	34
4.2.2.10	Pacientka č. 4 – skupina FT + PT.....	38
4.2.3	Shrnutí výsledků.....	42
4.2.4	Statistické zpracování výsledků	42
4.2.5	Test hypotéz	43
5	DISKUZE.....	45
5.1	Limity výzkumu.....	46
6	ZÁVĚR.....	49
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	50
	SEZNAM PŘÍLOH	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	59

1 ÚVOD

Psychosomatický přístup v současné době zaznamenal velký rozmach a my jsme konfrontováni s mnoha otázkami – jak moc je pro nás, budoucí fyzioterapeuty, problematika psychosomatiky významná? Do jaké míry a jakým způsobem zapojit její principy do našich terapií a postuniverzitního vzdělávání? Jak často se budeme v praxi s psychosomatikou setkávat, respektive jak mocnou roli mohou mít v léčbě onemocnění psychosociální faktory?

Neměla jsem bohužel nikdy možnost pozorovat význam psychogeneze onemocnění v praxi, tudíž jsem se rozhodla pokusit o zmapování role tělesně-duševních vztahů na takovém rozšířeném reprezentativním případě, jako jsou chronické bolesti zad, porovnáním výsledků léčebného procesu kombinovaného (včetně zapojení psychoterapie) oproti v současné době užívaným fyzioterapeutickým postupům.

Práce v teoretické části nabídne vhled do historie a současných poznatků psychosomatického přístupu, pohovoří o specifikách diferenciální diagnostiky u somatoformních bolestivých poruch a popíše chronické bolesti zad jako onemocnění i běžné fyzioterapeutické postupy užívané v současnosti v jeho léčbě. Další součástí bude sumarizace v dnešní době dostupných informací o míře významu psychosociálních faktorů u chronických bolestí páteře.

V praktické části bude poté pozorován jejich význam v genezi onemocnění v praxi porovnáním léčebných přístupů somatického a kombinovaného. V konečné části práce budou zhodnocena posbíraná data a porovnána úspěšnost obou typů léčby na základě odpovědí z dotazníků týkajících se bolesti a psychického stavu a dat z vyšetření pacientů.

Cílem práce je také odpovědět na otázku, jakým způsobem v praxi přistupovat k pacientům, u nichž zjevně jejich psychická zátěž souvisí s chronicitou a negativním průběhem jejich onemocnění, jelikož je spolupráce s psychology a psychoterapeuty pro mnohé pacienty do určité míry tabu. Vnímám jako důležité do budoucí praxe zmapovat, jak postupovat, když u pacienta narazíme na limit našich užívaných postupů a je třeba léčbu začít orientovat jiným směrem.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Chronické bolesti zad

Bolesti páteře jsou, hned za onemocněním z nachlazení, druhou nejčtenější příčinou návštěvy ordinace praktického lékaře (Ryba et al., 2022). Někdy jsou označovány termínem „civilizační choroba“, neboť vznik onemocnění souvisí se současným způsobem života, který, v kontextu vyspělých zemí, často znamená provádění stereotypních pohybů a velkou míru statické zátěže. Ty nerovnoměrně zatěžují pohybový aparát a v dlouhodobém měřítku způsobují významné dysbalance, které způsobují vznik poruch. Velmi častý je také nedostatek kvalitního, pestrého pohybu a prožívání velké míry stresu, což jsou další faktory přispívající k rozvoji chronických bolestí zad (Rychlíková, 2008).

Chronické bolesti zad jsou důvodem až jedné třetiny pracovních neschopností, jejich incidence je nejvyšší u ekonomicky aktivní populace ve věku 45-60 let (Ryba et al., 2022, Kolář, 2009). V poslední době se, bohužel, čím dál častěji objevují i pacienti nižšího věku. Roční prevalence u dospělých v produktivním věku se pohybuje okolo 35 %, až třetina z těchto případů poté progreduje do chronicity (Kolář, 2009). Čím déle bolest zad trvá, tím vyšší je výskyt a intenzita bolestí, které na sebe v chronickém stadiu „nabalují“ také sekundární psychické potíže. Nejběžněji se lze setkat s lokalizací bolesti v bederní páteři, dále v krční a nejméně v hrudní, a to v poměru 4 : 2 : 1 (Ryba et al., 2022). Lokalizace bolesti také mívá tendenci se v čase měnit – šířit se z místa svého vzniku na jiné části pohybového aparátu (Vacek, 2005).

Důvodem tak vysokého výskytu chronických bolestí zad je skutečnost, že stav má širokou škálu možných příčin.

2.1.1 Etiologie

Pohled na původ a procesy vzniku vertebrogenních obtíží se v poslední době neustále vyvíjí. I přes významný pokrok je však kvůli vysoké variabilitě příčin diferenciativní diagnostika značně obtížná. Stanovení definitivní diagnózy je komplikováno také nízkou korelací symptomatiky a nálezů ze zobrazovacích metod (Kolář, 2009, Vacek, 2005).

Patologické nálezy na zobrazovacích metodách sice byly v minulosti jedním z nosných pilířů koncepce terapie, výsledky výzkumů však ukázaly, že závažnost nálezů není přímo úměrná bolesti a naopak, mnoho pacientů s bolestí může být bez nálezů. Mezi nimi například výzkum **Jensena et al.** (1994), dle kterého bylo z 98 bezpříznakových jedinců, vyšetřených

za pomoci MRI, pouze 36 % bez patologického nálezu; u zbytku subjektů bylo nalezeno od vyklenutí disku až po extruze, vše subjektivně bez příznaků. **Brinjikji et al.** (2015) zase prokázali, že mnoho nálezů degenerativních změn je spíše součástí procesu stárnutí a často nesouvisí s bolestí.

Tato skutečnost je způsobena jednak tím, že páteř má značně větší adaptační možnosti než periferní klouby (Kolář, 2009), tudíž se bolest zad v mnoha případech nemanifestuje, na druhé straně pak také vlivem psychosociálních faktorů, které hrají u bolestí zad významnou roli a zároveň negenerují žádné strukturální změny (Linton & Shaw, 2011).

Dle **Ryby et al.** (2022) můžeme klasifikovat bolesti zad podle specifických strukturálních příčin v rámci pěti kategorií:

- *mechanické* – nejčastěji trauma páteře, disků, měkkých tkání,
- *degenerativní* – artrotické změny, stenóza páteřního kanálu či zlomeniny vzniklé osteoporózou,
- *zánětlivé* – zánětlivá onemocnění páteře, jako např. Bechtěrevova choroba,
- *onkologické*,
- *infekční* – infekční onemocnění páteře a abscesy přilehlých svalů a měkkých tkání,
- *nespecifické* (dominantní skupina) – onemocnění s tzv. „funkční příčinou“ bez jasného organického korelátu. Je uváděno, že se tento typ poruch vyskytuje u 85 % pacientů (Ryba et al., 2022, Hnízdil et al., 2005).

Kolář (2009) dále dělí tyto funkční příčiny do tří podskupin:

- porucha ve zpracování nocicepce;
- porucha řídicí funkce centrálního nervového systému;
- porucha psychiky.

2.1.2 Léčba

Jak již bylo zmíněno, léčení chronických bolestí zad je pro jejich často nevýrazný objektivní nález obzvláště složité a mnohdy vyžaduje spolupráci vícero medicínských oborů (Hnízdil et al., 2005). Strategii léčení je nutno z důvodu multifaktoriální etiologie onemocnění volit individuálně. Multidisciplinární spolupráce se dle **Van Middelkoop et al.** (2011) ukázala jako úspěšnější v redukci bolesti z dlouhodobého hlediska. Základním pilířem léčby

chronických bolestí zad je fyzioterapie. U tohoto typu obtíží je důležité klást důraz na kvalitní odebrání anamnézy (Vacek, 2005). Dle cíle léčby jsou používány specifické postupy, jakými jsou techniky měkkých tkání, mobilizace, práce se spoušťovými body, různé druhy fyzikální terapie a konkrétní fyzioterapeutické koncepty. Dominantním postupem v konzervativní léčbě je cílené cvičení, ovlivňující pacientův stav pomocí vnitřních sil (Rychlíková, 2008, Kolář, 2009). Mezi využívané fyzioterapeutické přístupy patří dynamická neuromuskulární stabilizace (DNS), spinální cvičení dle Čumpelíka, McKenzie terapie, cvičení dle Brügger konceptu, senzomotorická stimulace, metoda Ludmily Mojžíšové a další. Vzhledem k podpoře rozvoje onemocnění nevhodným životním stylem mají nemalý význam také režimová a ergonomická opatření (Kolář, 2009).

Hojně užívaná je farmakologická léčba v podobě nesteroidních antirevmatik, analgetik a centrálních myorelaxans, velmi častá je také aplikace kortikosteroidů a lokálních anestetik formou injekčních obstríků. Stále častěji je pro předpoklad účasti psychické složky na potížích využíváno i anxiolytik či antidepressiv (Rychlíková, 2004, Kolář, 2009). Dnešní možnosti farmakoterapie vertebrogenních poruch jsou sice rozsáhlé, dle **Rychlíkové** (2004) dochází však ke standardizaci léčebných postupů a vzniku nesmyslné schematizace.

Poměrně častá je i léčba chirurgická, která by měla být indikována při selhávajícím konzervativním přístupu a zejména u kořenových syndromů (Rychlíková, 2004). Z výzkumů však vyplývá, že jsou v mnohých případech indikovány i u méně akutních stavů, přestože se neukazují jako efektivnější ve srovnání s intenzivní rehabilitací. Je uváděno, že optimální výsledky po operaci pocítí méně než polovina pacientů (Chou et al., 2009, Deyo et al., 2009).

V současné době jsou do léčby chronických bolestí zad zařazovány také alternativnější prvky, jako je praktikování Tai Chi, jóga, nebo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Všechny tyto přístupy, zaměřené na vědomou práci s tělem a psychickou relaxaci, se ukázaly jako efektivní a podstatně snižující bolest (Chou et al., 2017). Své místo v léčbě postupně zaujala i psychoterapie. V souhrnu klinických doporučení z roku 1994 byl adresován význam zahrnutí vlivu psychosociálních faktorů v léčbě chronických bolestí zad, psychoterapie jako taková se však stala součástí až později (Kim Burton & Waddell, 1998). Dnes se již nachází v dokumentech mezinárodních doporučení pro efektivní léčení tohoto onemocnění, přičemž je z psychoterapeutických technik zmiňována specificky kognitivně-behaviorální terapie (Airaksinen et al., 2006).

Pacientům se dá od obtíží tedy ulevit mnoha různými způsoby – většina autorů se však shoduje, že častokrát vyžadované pasivní procedury, jako například masáže, elektroterapie či spinální manipulace přinesou sice rychlou úlevu od bolesti, jejich dlouhodobá účinnost je však sporná a považují se za vhodné zejména coby příprava na aktivní cvičení (Vacek, 2005, Khadilkar et al., 2005, Cherkin et al., 2003, Hnízdil et al., 2005). Panuje shoda, že to přístupy kladoucí důraz na aktivní participaci pacienta v procesu léčby dokáží přinést dlouhodobé zlepšení a mohou být udržitelným, kauzálním řešením; zejména pak již zmiňovaná multidisciplinární rehabilitace (Bemani et al., 2023, Vacek, 2005, Hayden et al., 2005).

2.2 Diferenciální diagnostika bolestí zad

Komplexnost a problematika diagnostiky bolestí zad již byla výše zmíněna. V této kapitole jsem se zásady diferenciální diagnostiky bolestí zad pokusila přiblížit a přidat souhrn charakteristik, které mohou být pro terapeuta vodítkem k odhalení psychosomatického charakteru onemocnění.

Z funkčních příčin bolestí zad je v první řadě nutné vyčlenit určitá závažná organická onemocnění – specifickou skupinou jsou závažná onemocnění páteře, která tvoří asi 1 % případů, přesto je však zásadní na ně při anamnéze a vyšetření myslet. Mohou na ně upozornit tzv. „červené praporky“, výrazněji odchylné nálezy, které by měly znamenat pro terapeuta podezření na latentní akutní stav a směřovat ho k primární snaze příslušným vyšetřením tento stav vyloučit. Mezi tyto „red flags“ patří například pozitivní onkologická anamnéza, věk vyšší 50 anebo naopak nižší 20 let, užívání imunosupresiv a další (Ryba et al., 2022).

Pro správné provedení diferenciální diagnostiky je rovněž zásadní rozlišit od bolestí původem z páteře a přilehlých tkání bolest přenesenou z vnitřních orgánů a kůže v rámci tzv. viscerovertebrálních vztahů. Tyto vztahy jsou dány propojením páteřních segmentů s příslušným dermatomem a viscerotomem prostřednictvím vystupujících nervových kořenů. Tyto vzájemně propojené oblasti kůže a vnitřních orgánů tvoří tzv. Headovy zóny, jež představují hlavní proměnnou v úvahách o přenesené bolesti (Ryba et al., 2022).

Někteří autoři uvádějí, že je možné až v 90 % případů pacientů s psychosociální anamnézou pozitivní na prokazatelné zátěžové faktory vymezit funkční poruchu vůči primárně organicky způsobeným poruchám. Z těchto důvodů považují za správný přístup vyvinout v první řadě úsilí na diferenciální diagnostiku a odhalení charakteru poruchy, a až poté směřovat vyšetření k organickým příčinám obtíží (Morschitzky, 2007, Hnízdil et al., 2005).

Morschitzkyho (2007), **Poněšického** (2002) a **Bašteckého** (1993) poznatky stran diferenciální diagnostiky lze shrnout do několika pozorovatelných charakteristik, které nás v praxi mohou navést k úvahám o psychosomatickém onemocnění oproti bolestem podmíněným primárně organicky:

- neurčitá či proměnlivá lokalizace bolestí
- intenzita bolesti se v čase nemění ani změnou obvykle zhoršujících či ulevujících faktorů
- pacienty popsané dráhy bolestí nekorrespondují s anatomickými hranicemi oblastí jednotlivých nervových drah
- pacient vystaven dlouhodobé únavě a napětí
- neustálé vyhledávání lékařů a vyžadování specializovaných vyšetření
- odmítání psychologických interpretací onemocnění, tlak na léčbu tělesných symptomů
- orientace na sebe sama a své obtíže
- chronický průběh onemocnění s prezentací stále nových symptomů
- obraz tzv. „obtížného pacienta“ – obtížná až nepříjemná komunikace s pacientem, působící až dojmem úmyslného vykořisťování zdravotníka
- nízká míra spolupráce při navržené terapii.

V rámci anamnestického rozhovoru autoři popisují jako typický pocit, že v konverzaci s pacientem je „řeč o něčem jiném“ - terapeut čelí obtížím při odhalování skutečných trápení pacienta, protože se pacient neustále zaměřuje na své fyzické obtíže (Baštecký, 1993, Poněšický, 2002). Jak uvádí **Chromý a Honzák** (2005): „*Někdy může být příznak to jediné nebo to nejdůležitější, čím nemocný komunikuje se svým okolím.*“

2.3 Psychosomatika a psychosomatické poruchy

Pojem psychosomatika byl poprvé použit v 19. století v kontextu jedné z poruch spánku, u níž lékaři pojali podezření na původ v náladách a psychickém prožívání. Později se stal synonymem pro přirozené a neoddelitelné propojení těla a duše, jejichž vzájemnost utváří z každého člověka komplexní, doplňující se celek. Do globálního pohledu na člověka v rámci diagnostiky a terapie zahrnuje oblast **tělesnou** – náš hmotný organismus, **duševní** – naše chování, prožívání, emoce aj., **sociální** – naši vztahovost a vztahy, v rámci kterých existujeme nebo jsme existovali, a **spirituální** – naše odpovídání si na otázky smyslu, existence. Tento

komplexní celek, lidská bytost, se snaží fungovat vůči okolí i sám vůči sobě v určité rovnováze. V důsledku neustálých energetických výměn a interakcí mezi jednotlivými součástmi i okolím musí každá změna působit nějakou reakci – ta se poté nějakým způsobem otiskne v celém systému (Orel, 2012).

Přední německý psychosomatický lékař **Danzer** (2001) ve své knize říká: „*U člověka vlastně nikdy ne onemocní primárně jen duše, duch nebo tělo; vždy ochoří celá „bio-psycho-sociální jednotka člověk”, i když se přitom dostanou do popředí jednotlivé aspekty.*”

Oblast psychosomatiky je různými přístupy vykládána rozličnými způsoby. Psycholog, psychoterapeut a psychoanalytik **Morschitzky** (2007) hovoří o psychosomatice jako o dvou fenoménech. Na jedné straně je nadoborovou myšlenkovou koncepcí, jenž při diagnostice a terapii zvažuje význam psychických a sociálních faktorů stejně jako těch biologických. Na straně druhé je samostatným klinickým oborem a oblastí výzkumu, jejíž snahou je odhalit aspekty a mechanismy vzájemného působení duše a těla při konkrétních onemocněních.

Podle jedné z nejběžnějších definic se psychosomatika zabývá psychickými příčinami tělesných poruch, jejich sekundárními důsledky v psychosociální sféře a vztahem terapeut-pacient.

Psychiatr, věnující se psychoterapii a psychosomatice, **Orel et al.** (2012) popisuje vztahy psychosomatické a somatopsychické jako dva případy vychýlení součástí lidské jednotky z rovnováhy:

- „přetlak psychiky" se zčásti somatizuje – tělesná symptomatika deprese či úzkosti
- „přetlak těla" najde své následky v psychickém prožívání – chronické tělesné choroby pomohou rozvinout depresivní symptomatiku.

Onemocnění, která bychom do kompetence psychosomatické medicíny primárně zařadili, však nejsou pouze jednoho rázu. **Morschitzky** (2007) definuje čtyři specifické, různě závažné typy psychosomatických poruch:

- *Poruchy celkového tělesného schématu* – v minulosti označovány jako neurotické, **Praško** a kol. (2002) obdobnou definicí popisuje tzv. *Somatizační poruchy*. Jejich příčinou je v první řadě psychická anebo psychosociální zátěž. Rozumíme jimi tělesné obtíže, které však neústí v žádné chronické poruchy ani patologické změny

na tkáních – nejčastěji jsou to bolest hlavy či žaludeční obtíže. Základem cílené léčby je psychoterapie, jako doplňková léčba farmakoterapie.

- *Somatoformní poruchy* – tento termín je užívaný mezinárodní klasifikací MKN-10. Označují se jím stavy, které působí jako tělesného původu, avšak jejichž bližší vyšetření tělesný původ vyloučí. V současnosti se používá namísto dřívějšího označení „tělesné funkční poruchy psychického původu“. Považují se za ně vegetativní dysfunkce příčinně související se zřejmým stresem a životními potížemi. Terapie je založena na podpůrné psychoterapii a strukturovaném klinickém vedení, vyžadujícím specifický přístup lékaře (Praško a kol., 2002).
- *Psychosomatické poruchy v užším smyslu* – také *přetrvávající somatoformní bolestivé poruchy*. Jedná se o poruchy tělesných funkcí, jejichž organické příčiny je nevysvětlují v celém jejich rozsahu. Považují se tedy za podněcené či posilované psychosociálními faktory. Příkladem podobných „dvojích diagnóz“ je ekzém, žaludeční a střevní vředová choroba, asthma bronchiale a další. Do této kategorie bychom řadili i zmiňované chronické bolesti zad, kterým se bude tato práce věnovat. Zde je alfou a omegou terapie pevné klinické vedení, rehabilitace a psychoterapie (Praško a kol., 2002).
- *Somatopsychické poruchy* – somatická onemocnění kladoucí takové nároky na psychické zpracování pacientem či působící takové důsledky, že dochází k nasedajícím (sekundárním) psychickým symptomům. Pouze medicínální léčba zpravidla neposkytuje takto postiženým pacientům dostatečnou úlevu.

2.4 Současná situace psychosomatického přístupu

Pojem psychosomatický poprvé spatřil světlo medicínského světa již před 200 lety, holistický přístup k léčbě člověka byl prosazován už od samých začátků lékařství. Po obrovském rozmachu vědecké medicíny nicméně začal být přístup, zohledňující u diagnostiky chorob i faktory sociální a psychologické, zastíněn přívalem nových biologických poznatků. Pod vlivem slavného dogmatu pruského patologa Virchowa, že „každé tělesné onemocnění je následkem organického poškození tkáně“, vznikl tzv. biomedicínský přístup a lékařství se v průběhu let stalo v přístupu k pacientovi jistým způsobem odosobněným a schematizovaným. Hlavním nástrojem léčení se stal objektivní nález a do jeho rámce se medicína do velké míry uzavřela (Honzák, 2015; Chromý, Honzák, 2011).

Pilířem fyzioterapeutických postupů se stal objektivní nález, dnes je však dokázáno, že korelace mezi klinickými obrazy pacientů a přítomností patologických změn na zobrazovacích metodách není příliš silná – asymptomatický jedinec může mít poměrně významný patologický nález, a naopak, lidé zažívající velké bolesti mohou být bez nálezu.

Na tento problém i v průběhu let biomedicínský přístup narazil – přibývalo pacientů s těmito tak zvanými MUS = Medically Unexplained Syndromes, u nás po léta známy pod pojmem „funkční poruchy“, dnes spíše jako psychosomatické, psychogenní či somatoformní poruchy – tedy bolestivé stavy, ke kterým nebyl nalezen jasný somatický korelát.

Podle **Honzáka** (2015) a **Morschitzkyho** (2007) dnes tvoří nemocní s „funkčními“ či somatizačními obtížemi dokonce až čtvrtinu pacientů ordinací praktických lékařů. Tito pacienti trpí stejně jako pacienti s prokázaným somatickým nálezem, v rukou striktně biomedicínského přístupu se však často setkávají s neurčitými diagnózami, následně putují od odborníka k odborníkovi a podstupují velký počet vyšetření, mezi něž patří mnohdy i invazivní zákroky (Praško a kol., 2002). Nedostatek edukace o tělesně-duševní problematice a nepochopení s lékaři je přivádí k pocitu nedocení jejich stavu a úzkosti, jenž jejich příznaky dále potencuje (Honzák, 2015; Chromý, Honzák, 2005).

Morschitzky (2007) tvrdí, že je bezpodmínečně nutné, abychom pochopili, že tělo a duše se vzájemně ovlivňují – na jedné straně kvůli narůstající ekonomické zátěži, ale především, jelikož psychosomatictí pacienti trpí.

S psychosomatickou medicínou se tedy můžeme v současnosti setkat coby bio-psycho-sociálním léčebným přístupem. **Honzák** (2015) zároveň zdůrazňuje, že psychosomatický přístup v žádném případě neusiluje o vytlačení medicíny založené na důkazech, nýbrž je voláním po rozšíření pohledu a jakési reformy dnešní praxe „medicíny bez duše“.

2.5 Patofyziologie psychosomatických onemocnění

Samotná existence psychosomatických jevů a fakt, že se psychické a sociální faktory na vzniku či průběhu nemocí podílejí, není zase tak zvláštním poznatkem. Zdá se do velké míry logické, že tělo a duše nejsou dva nezávisle na sobě fungující systémy, nýbrž prvky tvořící spolupracující celek, tedy že je člověk souborem systémů ovlivňujících se navzájem.

Jakým způsobem jsou ale fyziologické mechanismy v těle vlivem negativního psychického prožívání narušeny? Co mohou na strukturální úrovni akutní či dlouhodobé psychosociální stresory způsobit? Tyto otázky byly a jsou předmětem dlouhodobých spekulací.

Pro existenci těchto vztahů sice totiž svědčí stovky zkušeností z praxe, pro jejich komplexnost a složitost je však náročné jevy prokázat a najít pro ně jednotící výklad (Baštecký, 1993).

Cílem této kapitoly je přiblížit fungování psychosomatických vztahů a vysvětlit mechanismy působení akutní a chronické stresové zátěže na funkci nejen pohybového systému těla.

2.5.1 Stres, stresor a stresové osy

Pro pochopení následujících podkapitol je potřeba vysvětlit si význam těchto tří pojmů. Dle Rokyty et al. (2015) na základě současných poznatků definovali vědci stres takto: „*Stres je stav ohrožení homeostázy (tj. stálého vnitřního prostředí organismu). Během stresu se aktivuje adaptivní kompenzační specifická odpověď organismu pro udržení homeostázy. Adaptivní odpověď představuje aktivaci specifických centrálních drah, je geneticky programovaná a soustavně modulovaná environmentálními faktory.*“

System zajišťující stresovou reakci našeho organismu se dělí na dvě hlavní složky: centrální nervový systém a autonomní nervový systém (Rokyta et al., 2015).

Centrální nervový systém je sídlem nervových struktur vyplavujících hormony zásadní pro spuštění, průběh a regulaci stresové reakce. V jejích procesech hrají klíčovou roli specifické části mozku. Stresová reakce konkrétně závisí na neuronových drahách mozkové kůry, hypotalamu, limbického systému, hypofýzy a talamu. Mozková kůra je esenciální pro vyšší nervovou činnost člověka. Hypotalamus je nedílnou součástí kvůli své roli „koordinátora“ reakce endokrinní soustavy a vazeb na autonomní nervový systém. Limbický systém je úzce spojen s pocity a emočním prožíváním a talamus funguje jako převodník informací, jenž se podílí na příjmu a třídění smyslových vjemů. Tyto dráhy jsou úzce propojeny také s činností imunitního systému a vytváří společně tzv. imuno-neuro-endokrinní smyčku (Rokyta et al., 2015, Chaudhuri, 2019).

Autonomní nervový systém je také odpovědný za zachování homeostázy a je členěn na dvě složky, jež fungují antagonisticky – sympatikus a parasympatikus, a třetí složku, kterou je enterický nervový systém, který je součástí trávicího ústrojí člověka. Primární roli v kontextu stresové reakce hraje sympatický systém, zodpovědný za reakci „boj nebo útěk“. Parasympatický systém mu tvoří protiváhu v klidové fázi organismu, kdy se stává dominantním – aktivuje se například při trávení. Nervová tkáň autonomního nervového systému je přítomna ve všech tkáních a poměr aktivity těchto dvou systémů v závislosti na situaci, ve které se organismus nachází, aktivizačně či inhibičně ovlivňuje činnost orgánů.

Jak tedy bylo zmíněno, v závislosti na podmínkách daných okolím se aktivita přirozeně z jednoho do druhého systému přelévá, v celkovém souhrnu však pracují ve vzájemné rovnováze a svou aktivitou se doplňují (Wehrwein et al., 2016). Autonomní nervový systém je úzce spjat s mnoha projevy chování, emocemi, a také imunitním systémem (Gibbins, 2013).

Účinky stresové reakce jsou zprostředkovávány pěti endokrinními osami, z nichž hlavní řídicí osou je *osa HPA* (hypotalamo-hypofyzo-nadledvinová osa) (McEwen, Wingfield, 2003). Při působícím stresu je zásadní přeměřovat užití energie k potřebným orgánům a spustit systémy zajišťující mobilizaci energetických rezerv. Za stimulaci energetických mechanismů jsou odpovědné metabolické hormony adrenalin a noradrenalin (katecholaminy), kortizol a somatotropin, jejichž působení bude dále probíráno níže (Rokyta et al., 2015).

Stresorem nazýváme podnět narušující homeostázu, tedy tělesnou nebo/i psychickou integritu člověka. Mohou jím být nejrůznější podněty povahy fyzikální/somatické (bolest, chlad, horko) a biologické (infekce, zánět), ale i sociální (rozpad rodiny, ztráta zaměstnání) a psychické (úzkost, frustrace) – ty se pro silnou vzájemnou provázanost často slučují do skupiny stresorů *psychosociálních* (Rokyta et al., 2015, Stackeová, 2011, Höschl et al., 2002).

2.5.2 Vliv chronického stresu na lidský organismus

Když je tělo vystavené stresovému podnětu dlouhodobě, může v závislosti na jeho charakteru a intenzitě dojít ke změně stresové reakce. V případě dlouhodobého vlivu méně intenzivního stresoru se stresová odpověď často sníží, mechanismy adaptace se uplatní a tělo se podnětu přizpůsobí (Rokyta et al., 2015).

Opakovaná a dlouhotrvající aktivace adaptačních mechanismů vlivem opakovaných či dlouhodobých stresorů může však vést k patologickým změnám a kumulování tzv. alostatické zátěže organismu. (V kontextu chronického stresu a jeho důsledků se ve studiích často setkáme s termínem „allostasis“ – česky alostáze. Alostáze znamená schopnost organismu změnou navrátit ztracenou stabilitu.) Dle **McEwena** (2007) a **Dickerson** a **Kemeny** (2004) může tato kumulovaná alostatická zátěž ovlivnit funkci HPA osy, a to způsobením její hypo- či hyperfunkce, což ovlivní funkci imunitního, kardiovaskulárního a metabolického systému. Tímto mechanismem se tedy mohou dlouhodobé či opakované stresory stát rizikovým faktorem pro rozvoj psychických, metabolických či kardiovaskulárních onemocnění (Rokyta et al., 2015).

Tělo se aktivací připraví na výdej energie, svalovou práci pro „útok nebo únik“, která však, v případě duševní zátěže, či pouze obav nebo předpokládání něčeho ohrožujícího, nedojde svého užití. Opakovaná kumulace této „energie“ může po čase způsobit rozlad rovnováhy sympatického a parasympatického systému a změny ve fungování imunitního systému, které mají individuálně různé projevy, jedním z nich ale často bývají tzv. funkční poruchy, tedy porušení funkce orgánu bez narušení jeho struktury (Stackeová, 2011).

Jak akutní, tak chronický stres může tedy mít dlouhodobé dopady. Následky chronického stresu mohou být redukovány úměrným cvičením – fyzická kondice jedince má zřejmý vliv na jeho schopnost přiměřeně reagovat na stresové stimuly (Flier et al., 1998).

2.5.3 Vliv chronického stresu psychosociální povahy na lidský organismus

V kontextu na organismus škodlivě působících chronických stresorů je zmiňován zejména vliv stresorů psychických či psychosociálních, jež sice oproti somatickým stresorům působí obvykle slabší neuroendokrinní reakci, avšak jejich chronické působení může mít velmi negativní dopady. S rozvojem zvýšené alostatické zátěže souvisí změny v činnosti komponent neuroendokrinního a imunitního systému, což je spojováno se vznikem *se stresem spojených bolestivých poruch* (McEwen, Kalia, 2010, Wippert, Wiebking, 2018).

O tom, zda stresová reakce na psychosociální stresory probíhá stejně a má stejné dopady na organismus jako stresová reakce na stresory fyzické a tělesné povahy, se pro jejich náročnou průkaznost vedly spory. Dnes již literatura zkoumající tyto mechanismy u zvířat i lidí deklaruje, že psychologické faktory stejně jako „fyzické stresory“ spouští stresovou osu hypotalamus-hypofýza-nadledviny (HPA), která reguluje vyplavování kortizolu a navozuje reakci sympatiku. Kortizol, jak již bylo zmíněno výše, je důležitým hormonem úzce spojeným s psychologickým, fyziologickým a fyzickým zdravím (Dickerson & Kemeny, 2004, Stackeová, 2011).

HPA osa je zásadní pro podporu normální fyziologické funkce a regulování ostatních systémů. Kortizol, jak již bylo naznačeno výše, hraje kritickou roli v metabolismu a mobilizování energetických zdrojů pro zajištění „paliva“ tělu – čehož je primárně docíleno zvýšením hladiny glukózy v krvi. Výsledkem jeho činnosti je uvolnění energetických rezerv, které umožní adekvátní funkci metabolismu (Dickerson & Kemeny, 2004).

Okolo poloviny minulého století byl objeven paradox, že fyziologické systémy aktivace stresu mohou působit nejen protektivně a reparačně, ale také tělo poškozovat (Flier et al., 1998). Prolongovaná aktivita kortizolu, způsobená častým vystavením stresorům či selháváním

ukončení stresové odpovědi při jejich odeznění, je spojena s mnoha negativními účinky na zdraví. Tyto účinky jsou spojeny s rozvojem a/nebo progresí chronických onemocnění (Dickerson & Kemeny, 2004, Blalock, 1989).

Ve chvíli, kdy se organismus ve skutečnosti nebrání zánětlivému podnětu, ale stresoru jiného charakteru, může permanentní excitace osy HPA společně s vysokými hladinami katecholaminů a kortizolu způsobit dlouhodobou supresi činnosti imunitního systému, což zvýší náchylnost k onemocněním různé povahy. Je uváděno, že toto riziko platí zejména pro stres psychosociální – u lidí, kteří jsou mu často vystaveni, později převáží immunosupresivní vlivy stresových os účinky imunoaktivizačních hormonů, což vede až k dlouhodobému imunitnímu deficitu (Rokyta et al., 2015).

Psychosociální stresory mohou tedy významně přispět k chronickému charakteru onemocnění.

2.5.4 Vliv emocí na pohybovou soustavu

Dle výzkumů sledujících mechanismy vlivu emocí na hybný systém vyšlo najevo, že se emoční stav do těla propisuje primárně skrze změny ve svalovém napětí a procesu dýchání. Například bylo zjištěno, že je u úzkostných pacientů nejčastějším společným klinickým znakem zvýšené svalové napětí až bolest svalů. Tomuto typu zvýšeného svalového napětí se i pro jeho původ v „emočním mozku“ již v praxi vžil termín „limbický hypertonus“ (Stackeová, 2015).

Psychické rozpoložení přímo ovlivňuje také dechový stereotyp, který rovněž úzce souvisí s distribucí svalového tonu a dalšími tělesnými funkcemi. Při stresové reakci se dech zrychlí, stane se povrchním a začne převažovat horní typ dýchání. Při dlouhodobém stresu postupně dochází až k fixované změně stereotypu, která navíc začne podněcovat negativní sekundární změny. Právě s ohledem na tento vztah mezi rozpoložením a dechem můžeme pro úpravu fyzického i psychického stavu využít dechových cvičení (Stackeová, 2015).

Změna procesu dýchání se u lidí s úzkostí projevuje hyperaktivací svalů v oblasti šíje, ramen a krku, což má za následek permanentní držení ramen v elevaci, protrakci lopatek a kraniální posun bránice. Klidový výdech se stává aktivním úkonem a vytratí se přirozená fáze relaxace mezi nádechem a výdechem. Po čase se vytvoří obraz typického nádechového postavení hrudníku s „rozpojením“ břišního lisu, spojeným s jeho dysfunkcí. Následkem klesne plicní ventilace, což dokazuje objevený vyšší výskyt plicních onemocnění u lidí s úzkostnou či depresivní symptomatikou (Stackeová, 2015).

Bránici se často přezdívá „nejdůležitější sval v těle“, z čehož se dá odtušit, že nepříznivé dopady zhoršení její funkce v důsledku posunu do nefyziologické polohy budou široké. Zejména jsou jimi ovlivněny funkce vnitřních orgánů a přispění k rozvoji jejich chorob. Zmíněný posun sníží rozsah pohybu bránice, a tím se omezí přísun krve do pánevní oblasti včetně svalů pánevního dna, což má vliv na jejich funkci a funkci zde uložených orgánů. Hrozí tedy riziko sexuálních poruch, poruch menstruačního cyklu, vznik hemoroidů, poruch močení či rozvoj syndromu bolestivé pánve u žen (Stackeová, 2015).

Obecně lze tedy říci, že dlouhodobá úzkost a stres mimo jiné mění dechový stereotyp, což způsobuje zvýšenou aktivitu svalů zapojených do dýchání. To může kaskádou změnit podnítit rozvoj bolestivých stavů pohybového aparátu, které působí jako další stresor a dále zhoršují funkci hybného systému. Tímto způsobem může tedy v konečném důsledku vzniknout „bludný kruh“ bolesti a úzkosti, který sám sebe udržuje a prohlubuje. Jedním ze způsobů, jak tento kruh přerušit, je cílená pohybová aktivita (Stackeová, 2015).

2.6 Teorie a rizikové faktory vzniku psychosomatických poruch

Praško et al. (2002) a **Chromý a Honzák** (2005) se shodují, že o specifických mechanismech, stojících za vznikem těchto typů poruch, máme dosud jen minimum znalostí; jsou však předmětem intenzivních výzkumů. O příčinách tzv. psychosomatických poruch se v současné době hovoří v kontextu několika psychoanalytických teorií a známých rizikových faktorů různého charakteru.

Praško et al. (2002) a **Tress** (2008) říkají, že nejbližší příbuzní častěji onemocní stejnou poruchou. To prý může naznačovat buď význam vlivu genetických predispozic, či podporovat teorii vzniku příznaků nápodobou důležité osoby – tak zvané Teorie učení.

2.6.1 Teorie učení

Teorie učení tvrdí, že psychogenní bolest je naučeným chováním. Vychází ze skutečnosti, že v mnoha případech dochází k mezigeneračnímu přenosu psychosomatických poruch ze „somatizujících“ rodičů na potomky. Proces je popisován jako přenesené naučené věnování nadprůměrné pozornosti zdravotnímu stavu. Bolest a s ní spojené „bolestivé chování“ je udržováno benefity na něj nasedajícími, jako je pozornost a péče – bolest tak může být prostředkem záměrné i neuvědomělé manipulace s okolím. Z této teorie vychází i nynější snahy tyto poruchy ovlivnit pomocí kognitivně-behaviorální terapie – tedy změnit s bolestí spojené myšlení a chování (Craig et al., 2002, Praško et al., 2002).

2.6.2 Stresová hypotéza

Stresová hypotéza pracuje s předpokladem, že určitým způsobem biologicky disponovaní jedinci, mající navíc specifické psychologické charakteristiky, pod vlivem stresu rozvinou psychosomatické onemocnění. Některé výzkumy opravdu prokázaly, že jedinci s přítomností onoho vyvolávajícího biologického faktoru v organismu společně s určitou osobnostní predispozicí jsou, vystaveni stresu, mnohokrát náchylnější k rozvoji psychosomatické poruchy (Chromý, Honzák, 2005).

2.6.3 Alexitymická hypotéza

Jako alexitymie je popisována neschopnost rozpoznat vlastní emoce a vyjadřovat je, což vede k jejich prožívání na tělesné úrovni. Touto cestou dle hypotézy dochází k tzv. somatizaci emocí, a tedy vzniku psychosomatického onemocnění. Nejspíše se jedná o vrozený deficit či získaný obranný mechanismus, vzniklý nevědomě za účelem vytěsnění silně negativních pocitů (Chromý, Honzák, 2005, Mrlinová, 2009). Tato vlastnost vytváří obraz pacienta s plochým světem emočního prožívání, emočně nekomunikujícího, fixovaného a soustředěného na své tělesné obtíže, které dostanou chronický charakter. U řady psychosomaticky nemocných se s tímto fenoménem opravdu setkáváme (Chromý, Honzák, 2005); meta-analýza **Aaron et al.** (2019) konkrétně ukázala, že alexitymie je u lidí s chronickou bolestí dvakrát častější než v běžné populaci.

2.6.4 Rizikové faktory

Lékař a psycholog **Tress** (2008) popisuje ve své knize výsledky výzkumů prediktorů somatizačních poruch v dospělém věku na společných, typických rysech těchto pacientů. Mluví o osobnostech s narušenou schopností vytvářet zdravé přátelské vazby, majících často konflikty a patologické a nestálé partnerské vztahy. Tyto interpersonální problémy vyplývají z dalších typických vlastností somatoformně nemocných, jako jsou snížené sociální kompetence, nezralé mechanismy psychického zpracovávání a nevhodné vzorce zvládání zátěžových situací (Tress, 2008, Ryba et al., 2022).

Jako riziková jsou také popisována různá raně dětská zatížení, například nemoc rodičů (Hotopf et al., 1999), dysfunkční či zanedbávající rodina (Arnou, 2004), těžká finanční situace (Immbierowicz a Egle, 2003), nemanželská narození (Tress, 2008), či výchova s vysokou mírou kontroly (Lackner et al., 2004). Také se v anamnéze osob se somaticky nevysvětlitelnými

příznaky mnohdy setkáme s historií zneužívání tělesného či sexuálního charakteru (Morschitzky, 2007; Stein et al., 2004).

Biologické hledisko ukazuje na vliv hladiny serotoninu a endorfinů, podílejících se na modulaci bolesti v mozku. Jejich snížená hladina souvisí se zesílením senzorních podnětů, což způsobí amplifikaci bolestivých vjemů. Proto může být u těchto poruch do jisté míry efektivní medikamentózní léčba pomocí SSRI – antidepresiv posilujících zpětné vychytávání serotoninu, k níž bývá přistupováno (Praško et al., 2002).

Dále je rizikovým faktorem příbuzenstvo s depresivní či úzkostnou poruchou, nebo také abúzem alkoholu či jiných návykových látek. Typická je i koncepce sebe sama jako „bezbranného a depresivního“ jedince. (Tress, 2008; Praško et al., 2002, Chromý, Honzák, 2011).

2.7 Možnosti fyzioterapie v léčbě chronických bolestí zad

Vzhledem k psychosomatické povaze chronických bolestí zad by se mohlo zdát, že má fyzioterapie v práci s tímto onemocněním relativně „svázané ruce“. Variabilita a komplexnost postupů ve fyzioterapii je však značná a terapeut znalý psychosomatických vztahů v pohybovém systému a působení rozličných druhů pohybové aktivity na psychiku je schopen i stavy této povahy významně ovlivňovat. V kontextu psychosomatických onemocnění máme například možnost využít specifických metod, které cílí na konkrétní psychologické principy a tím maximalizovat psychologický benefit pohybu (Stackeová, 2015).

Díky prokázanému anxiolytickému, antidepresivnímu a abreaktivnímu účinku, ve smyslu odpoutání se od stresu prožitkem „flow“ při pohybu, by se dalo říci, že každá cílená pohybová aktivita je pro terapii psychosomatických stavů vhodná (Stackeová, 2015). Kinezioterapie však nabízí vícero možností. Při psychosomatických poruchách je tělo prožíváno především skrze bolest a dochází k patologickým změnám vnímání tělesného schématu. Pro jejich ovlivnění fyzioterapie nabízí techniky zaměřené na vnímání vlastního těla, jakými je Feldenkraisova metoda, Alexanderova metoda či například cvičení s jógovými prvky. Dále se ukázala jako efektivní práce s regulací dechu a svalového napětí a různé formy dechových cvičení (Stackeová, 2010).

Jak již bylo zmíněno, chronický charakter onemocnění a s ním související jeho proměnlivý, nevyzpytatelný průběh s sebou často nese výskyt úzkostí a depresivní symptomy. Jedním ze stavů nejčastěji progredujících do chronicity, mnohdy vleklých v řádech let, jsou

právě chronické bolesti zad. U pacientů s depresivními rysy velmi pozitivně funguje aerobní aktivita, lidé s vysokou anxiozitou zase nejlépe benefitují ze silového tréninku, jenž pomáhá redukovat jejich úzkost. Výzkumy rozkryly i provázanost úzkosti s funkcí posturálního systému, na základě které zlepšují stav anxiózních pacientů balanční cvičení (Stackeová, 2015).

Jak již bylo zmíněno v kapitole *Vliv emocí na pohybovou soustavu*, u psychosomatických potíží nezdědka dochází ke změně dechového stereotypu, která se zpravidla negativně propisuje do zbytku hybného systému a podílí se na vzniku nasedajících bolestivých stavů (Stackeová, 2015). S ohledem na tyto změny se fyzioterapie zabývá prací s dechovým stereotypem prostřednictvím jeho reedukace, s cílem ovlivnit dechovou vlnu a zpomalit dechovou frekvenci (Stackeová, 2005).

Nezanedbatelný význam má v léčbě těchto stavů také terapeutický dotek, jenž snižuje psychické napětí (Stackeová, 2010). Potřebu po doteku nemá bohužel v dnešní „bezkontaktní“ době velké množství lidí saturovanou, což je jedním z důvodů, proč mohou mít techniky s dotekem pracující znatelně větší úspěch. Pacienti se zvýšenou úzkostí mají často tendence se doteku vyhýbat, pro ty pak může být terapeutický dotek zase prostředkem k obnově kladného vztahu k fyzickému kontaktu (Stackeová & Eide, 2010).

2.7.1 Aplikace psychologických principů ve fyzioterapii

Podobnou problematikou se zabývala publikace **Lintona** a **Shawa** (2011), zpracovaná pod hlavičkou Americké fyzioterapeutické asociace. Pojednává o psychologických principech, které je doporučeno pro jejich vliv na rozvoj přetrvávající bolesti a disability zohledňovat při fyzioterapeutických intervencích a tím zlepšit jejich účinek. Výsledkem je set doporučení založených na vědeckých důkazech, jenž mohou přispět k úspěchu léčby.

Zmiňován je například nepříznivý vliv katastrofizace bolestivého stavu, kterou může terapeut korigovat edukací o onemocnění, a tedy úpravou pacientovy interpretace bolesti. Pacienti s chronickou bolestí mají také přirozeně tendenci propadat strachu z pohybu a omezovat své aktivity na nezbytné minimum. Toto chování je důležité adresovat a pokusit se s dotýcnými hledat cesty, jak čelit strachu a do pohybové rutiny je vrátit, tak aby se předešlo následkům z inaktivity (Linton & Shaw, 2011).

Dále je vhodné klást důraz na přeformulování pacientových nerealistických léčebných cílů na menší a realistické, a tím omezit jeho úzkost z dojmu, že se jeho stav nezlepšuje. Tato úzkost zbytečně prohlubuje potíže nemocného, namísto získávání motivace z reality, která

může být často objektivně jiná. Součástí léčebného procesu by mělo být také posouzení a práce s pacientovou strategií zvládnání stresu a bolesti (Linton & Shaw, 2011).

V neposlední řadě by měl terapeut věnovat úsilí práci s klientovou sebedůvěrou – je zásadní, aby pacient věřil, že dokáže převzít kontrolu nad svým stavem a pomoci si od bolesti sám. Nízká sebedůvěra vede k pocitům bezmoci a dojmu, že je bolest nezvládnutelná, a tím ji podporuje. S tím souvisí i význam vedení nemocného k přijetí odpovědnosti za své zdraví a zaměření se na hodnotné činnosti, které mu pomohou získat moc nad bolestí vlastní aktivitou (Linton & Shaw, 2011).

2.8 Léčba psychosomatických poruch pomocí psychoterapie

Tématu psychoterapie a konkrétně také kognitivně-behaviorální terapie (dále jen „KBT“) je v této práci věnován prostor kvůli formě praktické části, v nichž právě s účinky této psychoterapeutické metody budou fyzioterapeutické jednotky srovnávány.

Vyhledávání zdrojů k této kapitole ukázalo, že v posledních zhruba 10 letech výrazně narostl počet studií o efektivitě psychoterapie prováděné u jedinců s chronickými bolestmi zad – zřejmě pro jejich čím dál více alarmující prevalenci, markantní ekonomické dopady a častou bezvýchodnost z procesu léčby, která ve své běžné podobě není, pro komplexnost stavu a časté vlivy psychických faktorů, schopna stav dlouhodobě řešit.

Kognitivně-behaviorální terapie je již pro prokázanou komplexnost etiologie chronických bolestí zad do léčebných programů běžně zařazována, míra její účinnosti je, nicméně, stále nejasná. Meta-analýza zahrnující 22 studií, která zkoumala efektivitu KBT na dospělých pacientech s chronickou bolestí zad v rámci parametrů Bolest, Disabilita, Strach z pohybu a Sebedůvěra, prokázala statisticky významné zlepšení všech těchto parametrů po KBT intervencích. Také naznačovala vhodnost volby KBT jako podpůrné terapie ve prospěch dalšího snížení bolesti a disability (Yang et al., 2022).

Jiná rozsáhlá meta-analýza se zabývala porovnáním psychologické léčby s ostatními přístupy u dospělých pacientů s chronickými bolestmi zad. Primárními výchozími parametry byly Míra funkčního omezení a Intenzita bolesti. Klíčová zjištění ukázala, že psychoterapeutické přístupy, konkrétně KBT a edukace o bolesti, aplikované spolu s fyzioterapií, přináší klinicky významné zlepšení v obou hlavních parametrech. Je však diskutabilní jejich dlouhodobý efekt, který ve studiích nebyl zkoumán. Celkově studie jako nejefektivnější přístup v léčbě chronických bolestí zad hodnotí kombinaci

psychoterapeutických intervencí s fyzioterapeutickou léčbou, zejména pak strukturovaným cvičením (Ho et al., 2022).

Další studie v rámci hodnocení efektů KBT u chronických bolestí zad porovnávala její účinnost s jiným široce testovaným přístupem pracujícím s psychikou pacienta, Mindfulness-Based Stress Reduction (dále jen „MBSR“), a dále s běžnou péčí. Studie se zúčastnilo 342 lidí s průměrnou dobou trvání bolesti 7,3 roku. Klinicky významného zlepšení stavu v rámci intenzity bolesti a fyzické limitace dosáhlo 44,9 % pacientů ze skupiny léčené KBT a 43,6 % ze skupiny praktikující MBSR, oproti pouhým 26,6 % pacientů absolvujících běžnou léčbu. Výsledky studie tedy naznačují, že psychologicky pracující přístupy mohou být efektivnější a, v rámci 26-týdenního sledování, udržitelnější metodou v léčbě chronických bolestí zad, a že nejen cílená snaha změnit s bolestí spojené chování a myšlení, ale i řízeně praktikované meditace a jóga mohou takto nemocným lidem významně zlepšit kvalitu života (Cherkin et al., 2016).

Výsledky současného bádání přisuzují KBT v kontextu léčby chronických bolestí zad schopnost významného zlepšení intenzity bolesti, funkčního deficitu a s tím spojené disability. Více studií se shodovalo na tvrzení, že nejefektivnějším přístupem v léčbě chronické bolesti zad je kombinovaná léčba psychoterapeutická a aktivní fyzioterapeutická.

3 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

3.1 Cíl práce

Cílem práce je:

1. Zjistit, jakým způsobem a do jaké míry dokážou fyzioterapeutické intervence ovlivnit chronické bolesti zad u pacientů se zvýšenou psychickou zátěží, s ohledem na značný vliv psychosomatických jevů?
2. Porovnat účinek fyzioterapeutických intervencí u těchto pacientů na tělesné a psychické úrovni s účinky dosaženými jejich kombinací s psychoterapeutickou léčbou.

3.2 Stanovení hypotéz

H1: Jak u skupiny léčené fyzioterapií, tak u skupiny léčené kombinovaně dojde po stanovené době terapie ke statisticky významnému snížení bolesti.

H2: Jak u skupiny léčené fyzioterapií, tak u skupiny léčené kombinovaně dojde po stanovené době terapie ke statisticky významnému snížení psychické zátěže.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika

Výzkum byl prováděn na pacientech v rámci pracoviště vedoucího této práce, Mgr. Jiřího Kajzara – soukromé ambulanci v areálu DPS Týnská, kde jsou v rámci komplexní péče nabízeny služby fyzioterapie a psychoterapie. Sledován byl účinek fyzioterapie prováděné místním terapeutickým personálem, včetně vedoucího práce, ve srovnání s účinkem dosaženým její kombinací s psychoterapeutickými intervencemi MUDr. Petry Ročkové, PhD., která pacientům poskytovala sezení metodou kognitivně-behaviorální terapie. Sběr dat probíhal dotazníkovým šetřením, autorce studie byly rovněž poskytnuty informace z karet pacientů.

4.1.1 Příprava a provedení výběru

Oslovení pacientů, jejich propojení s autorkou práce a předání informovaného souhlasu bylo z důvodu zacházení s kontaktními údaji v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů uskutečněno prostřednictvím vedoucího práce. Pacientům byla nabídnuta účast na základě následujících kritérií:

Inkluzivní kritéria

- chronicita stavu (trvání ≥ 3 měsíce);
- dorzalgie;
- ženské pohlaví;
- pacient si subjektivně spojuje stav se zvýšenou psychickou zátěží.

Exkluzivní kritéria

- specifická diagnóza (tj. spinální stenóza, malignita, mechanické trauma, fraktura obratle, infekce a zánětlivá onemocnění);
- věk < 18 let.

Pacienti byli osloveni pro výběr do skupin podle toho, zda vstupují pouze do léčby fyzioterapeutické, či do léčby kombinované. Cílem bylo získat minimálně 10 probandů, z toho 5 do každé ze skupin, ideálně více, mimo jiné kvůli možnosti co největší homogenizace vzorku.

Vedoucí práce oslovil v rámci pracoviště 20 pacientek, které naplňovaly vstupní kritéria. Více než polovina z nich projevila o výzkum zájem a byl jim dán k přečtení informovaný souhlas, obsahující všechny náležitosti výzkumu. Finálně se však ke spolupráci ozvaly

v horizontu jednoho měsíce pouze tři z nich. Vstupní kritéria byla tedy redukována o kritérium ženského pohlaví, načež vedoucí práce oslovil dalších osm mužských pacientů spadajících do kritérií. Z oslovených mužů se ozvali ke spolupráci znovu pouze tři. Do výzkumného souboru se tedy podařilo zahrnout pouze šest subjektů, a to tři do skupiny vstupující do fyzioterapeutické péče a tři do skupiny vstupující do fyzioterapeutické péče kombinované s psychoterapeutickou.

4.1.2 Charakteristika podstupované léčby

Ačkoli dotyčné pracoviště není přímo psychosomatickou klinikou, je místní fyzioterapeutická péče obohacena o některá specifika. K jejich zajištění vedla snaha o komplexnější léčebný přístup. Místní terapeutický personál je veden pacienty edukovat o psychosomatické a somatopsychické problematice a je zkušený v rámci technik, které se zaměřují na ovlivnění fyzická i psychická skrze práci s dechem, práci se zvědoměním těla, relaxačních metod a podobných. Sběr anamnestických dat při vstupu do péče má zde o něco celostnější charakter. Fyzioterapeuti mají také povinnost účastnit se pravidelných supervizních setkání vedených psychiatrem, kde mají možnost reflektovat své vztahy s pacienty, léčebné postupy a přinášet jakákoliv témata spojená s terapií.

Psychoterapie je zde poskytována již zmíněnou formou kognitivně-behaviorální terapie, jenž je mimo jiné v posledních dekáдах používána jako doplňková terapie v léčbě chronických bolestí zad. Kognitivně-behaviorální terapie v tomto kontextu usiluje o změnu patologických vzorců chování spojeného s bolestí a chybných mechanismů kognitivního zpracování, které mohou bolest na úrovni centrální nervové soustavy udržovat. Zároveň psychologická péče nabízí cílenou práci s úzkostí a depresivními symptomy, přispívajícími ke chronickému průběhu onemocnění.

4.1.3 Důvěrnost získaných informací

Autorka této bakalářské práce se zavázala, že bude zachovávat přísnou důvěrnost a anonymitu osobních údajů i výsledků studie v souladu se Zákonem o ochraně osobních údajů. Veškeré osobní údaje byly do jednoho dne od jejich získání anonymizovány a uloženy do počítače zabezpečeného heslem.

4.1.4 Informovaný souhlas

Před zahájením výzkumu si museli všichni probandi prostudovat a podepsat informovaný souhlas, kterým projevili souhlas s jejich dobrovolnou účastí ve výzkumu a s jejím průběhem. Jeho znění je uvedeno na konci práce v Příloze 1.

4.1.5 Žádost o souhlas etické komise 3. LF UK

O souhlas etické komise bylo elektronickou formou požádáno dne 4. 11. 2023.

4.1.6 Metoda sběru dat

Sběr dat, která byla postupně analyzována, probíhal během dubna až července 2024. Výsledky bylo původně zamýšleno zpracovat statistickými metodami jako porovnání účinků léčebných přístupů z hlediska bolesti a psychického stavu v rámci dvou skupin pacientů podstupujících rozdílnou léčbu. Cílem bylo pozorovat efektivitu a vliv fyzioterapie v léčbě chronického onemocnění s významným psychologickým podkladem ve srovnání s účinky dosaženými její kombinací s cílenou psychoterapií.

Pro značně nižší než plánovaný počet získaných probandů jsem přemýšlela, pro vysoké potenciální zkreslení výsledků, zda od této analýzy neupustit. Rozhodla jsem se tedy poskytnout alespoň hlubší vhled do jednotlivých případů metodou vícečetné případové studie pacientů s chronickými bolestmi zad a zvýšenou psychickou zátěží. Nejprve byly popsány dva případy pacientů léčených fyzioterapií s rozborem účinků léčby na jejich psychický stav a bolest, zakončené shrnutím, zda se fyzioterapií podařilo stav těchto pacientů zlepšit a co se konkrétně podařilo ovlivnit. Poté byly rozebrány dva případy pacientů, kteří docházeli na fyzioterapeutickou léčbu kombinovanou s psychoterapeutickými intervencemi, se stejnou následnou analýzou a závěrem. O porovnání účinků jsem se pokusila alespoň popisným rozborem výsledků.

Plánované statistické výpočty a ono statistické srovnání jsem uskutečnila alespoň v závěru praktické části, aby bylo možno tyto výsledky pozorovat, byť s velkým zkreslením. Ke všem limitům, kterými byly výpočty bohužel ovlivněny, se vyjadřuji v oddílu Diskuze.

4.1.7 Sběr dat

Dotazování bylo uskutečněno poprvé při vstupu do léčby a podruhé znovu po osmi týdnech. Při volbě časového intervalu mezi prvním a druhým šetřením bylo potřeba zohlednit skutečnost, že účinky psychoterapie, či přímo KBT potřebují určitou dobu, aby měly možnost

se do fyzického a psychického zlepšení propsat. Tento interval byl tedy stanoven na základě výzkumů efektivity KBT u somatizačních obtíží, jejichž souhrn prokázal signifikantní účinnost KBT u všech studií, ve kterých bylo aplikováno osm a více terapeutických sezení (Menon et al., 2017). Časové rozmezí mezi prvním a druhým šetřením bylo tedy voleno tak, aby v mezidobí proband stihl podstoupit minimálně tento počet sezení, která probíhají jednou týdně. Pacienti mají vypsané jednou týdně také fyzioterapeutické jednotky, počet intervencí obou terapií v mezidobí tedy koresponduje.

V rámci zhodnocení účinků léčby na klinickou bolest byl zvolen dotazník BPI-SF v upravené, zkrácené verzi. Jedná se o jeden z nejpoužívanějších nástrojů pro zhodnocení klinické bolesti (Cleeland, 2009). Dotazník byl zvolen ve snaze o komplexní posouzení aktuální bolesti. Skládá se nejenom z hodnocení její závažnosti prostřednictvím čtyř položek, ale nabízí i vzhled do toho, do jaké míry bolest zasahuje pacientům do různých oblastí života.

Závažnost bolesti dotazovaný hodnotí zodpovězením těchto čtyř otázek:

- 1) nejhorší bolest za posledních 24 hodin
- 2) nejmenší intenzita bolesti za posledních 24 hodin
- 3) průměrná intenzita bolesti
- 4) intenzita bolesti právě teď.

Každou z otázek může pacient hodnotit stupněm 0 až 10, přičemž 0 se rovná stavu bez bolesti a 10 nejhorší představitelné bolesti. Závažnost se vyhodnocuje prostým výpočtem průměru ze zaznamenaných hodnot. Do dotazování byla zařazena i doplňující oblast Vliv bolesti na život, která zahrnuje hodnocení vlivu bolesti na sedm podpoložek (Obecná aktivita, Nálada, Schopnost chůze, Běžná práce doma i mimo domov, Vztahy s jinými lidmi, Spánek, Radost ze života) během posledních 24 hodin. Její vyhodnocení se také uskutečňuje součtem položek dělených jejich počtem a výsledkem je index Celková interference bolesti, který byl mimo jiné při výzkumu sledován.

Dotazník SCL-90, který je celosvětově oblíbeným nástrojem pro užití v psychosomatické diagnostice a výzkumu, kvantitativně hodnotí 9 psychopatologických domén. Jeho autory jsou Degoratis, Covi a Lipman. Ačkoli je tento dotazník primárně kvantitativně hodnotícím nástrojem, využila jsem i možnosti kvalitativního rozboru dat, což doplňuje kvantitativní data o popis jednotlivých položek. Dotazník byl použit pro hodnocení aktuální psychické zátěže a sledování míry výskytu jednotlivých psychopatologických symptomů. Jedná se o soubor 90

tělesných a fyzických příznaků doplněných o pětibodovou verbální analogovou škálu. Na škále pacient vybírá z pěti možností popisujících, do jaké míry je daným příznakem obtěžován. Možnosti jsou „0 – vůbec ne“, „1 – trochu“, „2 – středně“, „3 – dosti silně“, „4 – velmi silně“.

Osmdesát tři symptomů je přiřazeno k vlastní z devíti sledovaných psychopatologických dimenzí: Somatizace, Obsese-kompulse, Interpersonální senzitivita, Depresivita, Anxiozita, Hostilita, Fobie, Paranoidita, Psychoticismus. Pro lepší porozumění připojuji popis jednotlivých škál:

- Somatizace – mírné tělesné obtíže až funkční poruchy
- Obsese-kompulse – mírné poruchy koncentrace a poruchy pracovní činnosti až vyhraněné obsese
- Interpersonální senzitivita – mírná sociální nejistota až pocit úplné neschopnosti interpersonálního kontaktu
- Depresivita – smutek až těžká deprese
- Anxiozita – pocíťovaná nervozita na tělesné úrovni až silný strach
- Hostilita – nevyrovnanost, sklon ke snadnému rozrušení, až silná agresivita s nepřátelskými aspekty
- Fobie – mírný pocit ohrožení až masivní fobická úzkost
- Paranoidita – nedůvěra, pocity nedostačivosti až silně paranoidní myšlení
- Psychoticismus – mírný pocit izolace až dramatické známky psychotického prožívání.

Zbýlých 7 příznaků spadá pod tzv. Nezařazené položky. Skóre v každé doméně se vypočítá součtem bodů dosažených u všech příznaků pod ni spadajících vyděleno počtem těchto příznaků. Každá dimenze má potom svou hranici normy a hranici psychopatologie, které jsou rozdílné pro muže a pro ženy. Tyto mezní hodnoty byly stanoveny na základě výsledků vyšetření zdravých osob a pacientů denního sanatoria pro neurotická onemocnění (Baštecký, 1993).

Příznaky se vyhodnocují jak v rámci své dimenze, tak i souhrnného ukazatele Obecný ukazatel závažnosti (GSI – Global Severity Index), jehož hodnota se získává součtem skóre dosaženého v celém dotazníku, děleného celkovým počtem položek. Ze zaznamenaných hodnot tedy získáme přehled o stavu pacienta jak z hlediska jednotlivých symptomových škál, tak i obecně za pomoci souhrnného ukazatele, který má taktéž svou určenou hranici normy a patologie (Baštecký, 1993).

4.1.8 Použité nástroje a metody pro analýzu dat

Nasbíraná data byla zaznamenávána do programu Microsoft Excel, pomocí něhož byla provedena i jejich analýza. K analýze bylo užito hodnot průměru, směrodatné odchylky a párový t-test. Hladina statistické významnosti p byla stanovena na 0,05.

4.2 Výsledky

4.2.1 Charakteristika vybraného souboru

Konečný počet zájemců splňujících kritéria byl šest, z toho tři muži a tři ženy v průměrném věku 31 let a s průměrnou dobou trvání chronické bolesti zad 6,5 roku. Tři zájemci absolvující fyzioterapeutickou péči (dva muži, jedna žena) a tři absolvující fyzioterapii kombinovanou s psychoterapií (jeden muž, dvě ženy).

4.2.2 Kasuistiky

4.2.2.1 Pacientka č. 1 – skupina FT

Pacientka č. 1 docházela do zařízení pouze na fyzioterapii, kterou absolvovala jednou týdně.

Do péče se dostala kvůli bolestem v oblasti hrudní páteře, které ji intermitentně obtěžovaly poslední 4 roky. Při vstupním vyšetření uváděla i nespecifické bolesti kloubů. Stav dle jejích slov začaly doprovázet úzkosti, které vyústily až v panickou ataku, pro níž zůstala v posledních dnech na home office.

4.2.2.2 Vybrané anamnestické údaje Pacientky č. 1

Ročník: 1996

NO: vertebrogenní algický syndrom Th páteře

Doba trvání obtíží: 4 roky

Jakákoli akutní onemocnění v posl. 12 měsících: neguje

Zaměstnání: manažerka

SA: žije s partnerem

SpA: florbal – aktivně

Medikace: neguje

Abusus: neguje

Psychické obtíže: úzkosti, výskyt panické ataky

Uvádí zažívací potíže a problémy se spánkem.

4.2.2.3 Výsledky dotazování u Pacientky č. 1

Bolest – dotazník BPI-SF

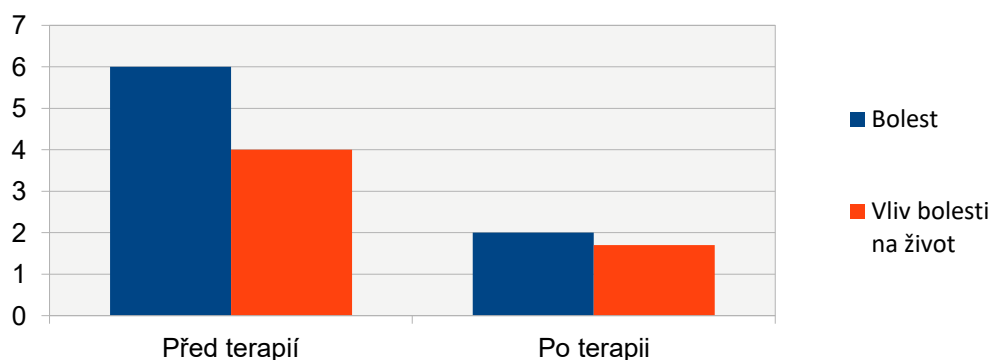
Při vstupu do terapie pacientka skórovala v parametru Bolest hodnotou 6 – tento stupeň je dle dotazníku BPI-SF hodnocen jako „střední bolest“. V rámci parametru Pain interference, tedy Vliv bolesti na život, dosáhla pacientka skóre 4; bolest ji nejvíce omezovala v práci doma i mimo domov, značně jí ovlivňovala náladu, a také radost ze života.

Po osmitýdenní péči se snížila pacientky bolest až na hodnotu 2, tedy „mírnou bolest“. Bolest jí přestala zasahovat do vztahů s ostatními, a ani v ostatních hodnocených položkách skóre po terapii nepřesáhlo 3/10.

Podrobný náhled na skóre pacientky se srovnáním jeho hodnoty před a po terapii poskytuje tabulka níže, doplněná o souhrnný srovnávací graf. Tato znázornění jsou pro lepší představu o výsledcích uvedena u každého z pacientů.

Tabulka 1: Výsledky dotazníku BPI-SF u Pacientky č. 1.

		VSTUPNÍ SKÓRE	VÝSTUPNÍ SKÓRE
BOLEST		6	2
VLIV BOLESTI NA ŽIVOT	<i>celková aktivita</i>	5	3
	<i>nálada</i>	6	3
	<i>schopnost chodit</i>	0	0
	<i>běžná práce</i>	8	2
	<i>vztahy s jinými lidmi</i>	2	0
	<i>spánek</i>	2	1
	<i>radost ze života</i>	5	3
	CELKOVÝ VLIV	4	1,7



Graf 1: Grafické výsledky dotazníku BPI-SF u Pacientky č. 1.

Psychický stav – dotazník SCL-90

Ve výsledcích vstupního dotazování celkový index závažnosti psychické zátěže GSI u Pacientky č. 1 dle skóre 2,01 silně překročil hranici onemocnění (1,18). Hodnoty ve všech škálách vyšly poměrně výrazně přes hranici patologie, což naznačuje, jak silně se může psychický stav pacientky účastnit na jejím onemocnění.

V doméně Somatizace, kde se dá vzhledem k onemocnění nadprůměrná hodnota očekávat, skórovala pacientka 2,17, tedy vysoce nad hranici patologie (1,32). Hodně ji obtěžovaly nejen bolesti páteře, ale také návaly horka nebo chladu, pocity krátkosti dechu, pocity tíže v končetinách či „knedlíku v krku“.

Dominantní škálou v hodnocení příznaků se u Pacientky č. 1 stala také Depresivita, kdy hodnotila stupněm 3 ze 4, tedy že obtěžují „středně“, 6 z celkových 13 příznaků. Mezi ně patřily například pocit osamělosti a smutku, „vnímat vše jako námahu“ a pocit beznaděje do budoucna. Stupněm 2 byl dokonce pacientkou ohodnocen příznak „Myšlenky na ukončení života“.

Pacientka se dle svého dojmu dá snadno podráždit, což vede k občasným náhlým výbuchům emocí, které nedokáže ovládat. Dostává se do častých sporů, při kterých mívá až touhy ničit věci či myšlenky na ublížení lidem. Z těchto výsledků na škále hostility (2 při hranici patologie 0,98) se dá usuzovat, že má nižší hladinu frustrační tolerance.

Do psychosociální zátěže pacientky přispívá i její silná interpersonální senzitivita (2,11 při hranici patologie 1,28). Často ji trápí pocit, že jí druzí nerozumí a má sklony se cítit plachá či nesvá vůči opačnému pohlaví.

Zajímavým se dá označit výsledek na škále úzkosti, který se i při okolnostech pohyboval ze všech škál nejnižše nad hranicí patologie (1,9 při hranici 1,58).

U pacientky se dá tedy předpokládat již dlouhotrvající psychická frustrace projevující se dlouhodobým smutkem, sklíčeností, nejistotou, nedostatkem motivace a energie překonávat každodenní překážky, a ústící až v silnou somatizaci, která ji přiměla vložit se do rukou fyzioterapeuta. Otázkou je, zda či do jaké míry je fyzioterapeut a fyzioterapie samotná schopna člověka trpícího bolestmi s takto významnou psychologickou problematikou léčit, popřípadě co je v moci jejích technik ovlivnit.

Pokud se týká výsledků výstupního dotazování, fyzioterapeutické intervence dokázaly poměrně významně pacientky psychický stav zlepšit. Dle dotazníku se podařilo téměř dvakrát zmenšit index závažnosti GSI (1,17 ze 2,01 před vstupem do péče) a tím ho snížit těsně pod hranici onemocnění (1,18).

Dle hodnocení pacientky se podařilo dosáhnout jisté pozitivní změny ve všech sledovaných parametrech. Zajímavé je, že i po týdnech péče je stále poměrně vysoké skóre somatizace (1,58 při hranici patologie 1,18), přestože z původních 26 bodů v součtu se jej podařilo snížit na celkových 19. Pacientka sice významně méně pociťovala bolesti zad, zato však hodnotila výše bolesti hlavy a nezměnily se dle jejího hodnocení bolesti svalů ani pocity tíže v ruce či nohou. Důvodem tohoto výsledku by potenciálně mohlo být přechodné zhoršení, ke kterému může v reakci na zasažení do chronicky bolestivých míst dojít. Svůj podíl na zmíněném může mít také přetrvávající úzkost (1,6, tedy stále nad hranicí patologie 1,58).

Že se při redukci bolesti dostaví nějaké pozitivní změny v psychickém stavu by se dalo očekávat, podle mého názoru však stojí za pozornost, jak silnou změnu dokázala fyzioterapeutická péče přinést a rovněž, že se podařilo zmírnit i příznaky, které nejsou běžně s přítomností chronické bolesti spojovány, jako je symptomatika úzkosti a deprese.

Nemálo indexů závažnosti domén se dokonce snížilo pod hranici patologie či až k hranici normy. Největší zlepšení se dá pozorovat na škále Depresivita – pacientka dle svého hodnocení pocítila větší naději do budoucna, zmírnil se její dojem, že „za nic nestojí“ a přestala mít pocit apatie. To má jistě příčinu v dosažené úlevě od bolesti. Pravděpodobně se ovšem pacientku také podařilo edukací a indikací vhodné autoterapie, která pomohla bolest redukovat, přivést k větší důvěře sama v sebe a své schopnosti dostat bolest pod vlastní kontrolu, a také ji motivovat k proaktivnějšímu přístupu k životu.

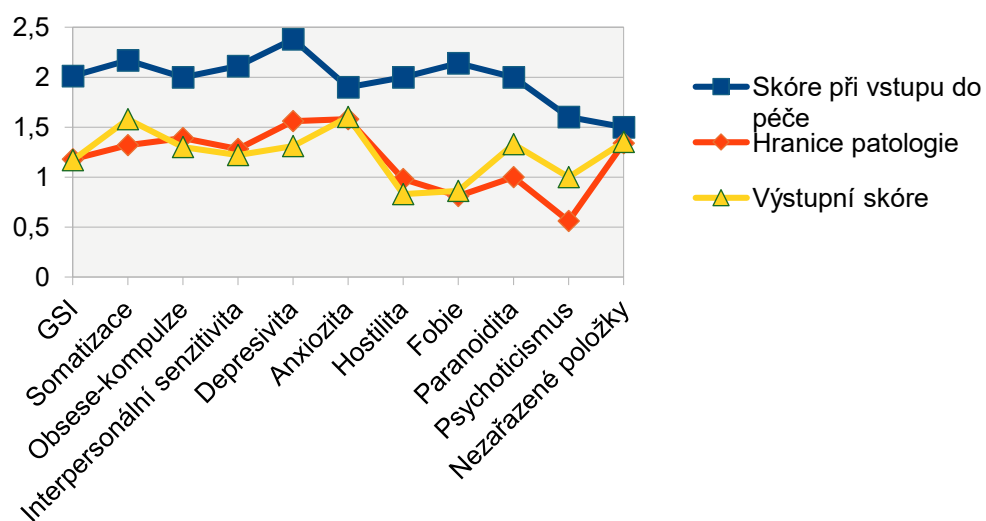
Významně se snížilo i skóre v rámci škál Interpersonální senzitivita (1,22 z původních 2,11) a Hostilita (0,83 z původních 2), kdy došlo nejen ke zmírnění pacientky pocitu méněcennosti a nejistoty ve společnosti, ale také hostilních tendencí zlostně křičet na lidi, rozbíjet věci či se dostávat často do sporů.

Z toho by se dalo usuzovat, že částečné zvládnutí stavu pomohlo pacientce k větší vyrovnanosti a zvýšení prahu frustrační tolerance. Zmírnění pocitů nejistoty či méněcennosti koresponduje s již zmíněnými domněnkami o pozvednutí pacientčiny sebedůvěry.

Vstupní i výstupní skóre Pacientky č. 1 jsou k nahlédnutí v tabulce a grafu níže. Červeně jsou v tabulce znázorněny hodnoty přesahující hranici patologie, zeleně hodnoty pod touto hranicí.

Tabulka 2: Výsledky dotazníku SCL-90 u Pacientky č. 1.

Hodnocení Ženy				
	Vstupní hodnota	Výstupní hodnota	Hranice normy	Hranice patologie
GSI	2,01	1,17	0,81	1,18
Somatizace	2,17	1,58	0,92	1,32
Obsese-kompulze	2	1,3	1,26	1,39
Interpersonální senzitivita	2,11	1,22	0,88	1,28
Depresivita	2,38	1,31	0,97	1,56
Anxiozita	1,9	1,6	1,03	1,58
Hostilita – agresivita	2	0,83	0,68	0,98
Fobie	2,14	0,86	0,48	0,81
Paranoidita	2	1,33	0,61	1,00
Psychoticismus	1,6	1	0,32	0,56
Nezařazené položky	1,5	1,35	0,87	1,34



Graf 2: Grafické výsledky dotazníku SCL-90 u Pacientky č. 1.

4.2.2.4 Pacient č. 2 – skupina FT

Pacient č. 2 docházel do zařízení pouze na fyzioterapii.

Péči fyzioterapeuta vyhledal pro chronickou bolest páteře v oblasti C-Th přechodu, kterou pociťuje již přes 4 roky. Společně se somatickými příznaky uvádí však také úzkosti, kterými v posledních měsících trpěl. Připouští, že mohou mít spojitost s jeho tělesnými obtížemi.

4.2.2.5 Vybrané anamnestické údaje Pacienta č. 2

Ročník: 1988

NO: chronická bolest páteře v oblasti C-Th přechodu

Doba trvání obtíží: déle než 4 roky

Jakákoli akutní onemocnění v posl. 12 měsících: neguje

Zaměstnání: manažer

SA: žije sám

SpA: fitness 2x týdně

Medikace: neguje

Abusus: neguje

Psychické obtíže: úzkosti

4.2.2.6 Výsledky dotazování u Pacienta č. 2

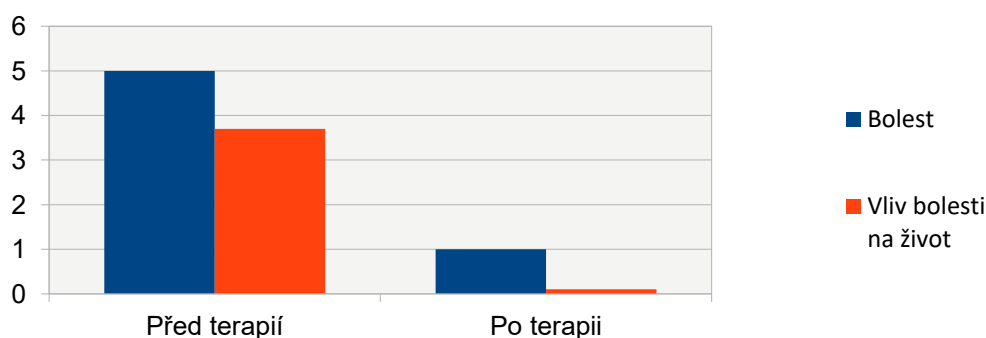
Bolest – dotazník BPI-SF

Dle vstupního dotazování pacient vstoupil do terapie s bolestí stupně 5, tedy „střední“ intenzity. Vliv bolesti na svůj život vnímal výrazně v rámci své nálady, s čímž souvisí i relativně vysoké skóre interference v oblasti interpersonálních vztahů, radosti ze života a celkové aktivity – celkový index dosáhl hodnoty 3,7.

Z výsledků **výstupního dotazování** je patrné, že fyzioterapeutické intervence přinesly pacientovi značnou úlevu – bolest sice nezmizela zcela, hodnotil ji však nízkým stupněm 1. Zajímavé je, že bolesti ustoupily z oblasti C-Th přechodu a přesunuly se na bederní páteř – to by korespondovalo s tvrzením, že lokalizace bolesti má při „psychogenních“ bolestech zad tendenci se měnit, jak bylo uvedeno v literárních zdrojích. Vliv bolesti na život po terapii pacient již vnímal jen minimálně (0,1), a to pouze v malé míře, pokud se týká pracovní výkonnosti.

Tabulka 3: Výsledky dotazníku BPI-SF u Pacienta č. 2.

		VSTUPNÍ SKÓRE	VÝSTUPNÍ SKÓRE
BOLEST		5	1
VLIV BOLESTI NA ŽIVOT	<i>celková aktivita</i>	5	0
	<i>nálada</i>	6	0
	<i>schopnost chodit</i>	0	0
	<i>běžná práce</i>	4	1
	<i>vztahy s jinými lidmi</i>	5	0
	<i>spánek</i>	1	0
	<i>radost ze života</i>	5	0
	CELKOVÝ VLIV	3,7	0,1



Graf 3: Grafické výsledky dotazníku BPI-SF u Pacienta č. 2.

Psychický stav – dotazník SCL-90

Vstupní dotazování ozřejmilo účast psychických faktorů na pacientově stavu. Hodnota GSI nepřekročila hranici patologie vysoko, avšak dostala se nad ni (0,97 při hranici 0,89).

Úzkost pacienta byla kvantifikována skóre 1,4 (mez patologie 1,23), kdy často pociťoval nepříjemné napětí a vnitřní neklid, přicházely na něj myšlenky, že se s jeho tělem děje něco vážného a byl přepadán neurčitými pocity strachu. Se zvýšenou úzkostí se u pacienta vyskytla také silná paranoidita – nevěří většině svého okolí, má často pocit, že o něm druzí hovoří a že jeho názory nejsou ve společnosti dobře přijímány.

Nejistoty a strachy v těchto oblastech pravděpodobně pacientovi pomáhají překonávat obsedantně-kompulzivní návyky. Ve škále Obsese-kompulze skóroval mimořádně

nad psychopatologickou hranici, především v položkách „Nesnášíte povrchnost, nedbalost a nepořádnost“, „Potřeba kontrolovat a překontrolovávat po sobě to, co děláte“ a „Nechtěné vtíravé myšlenky, slova, nápady nebo melodie, kterých se nemůžete zbavit“.

Škála Somatizace ukázala na přítomnost vícero příznaků, patrně souvisejících s lokalizací bolesti v C-Th přechodu – mimo vertebrogenních obtíží se objevovala bolest hlavy, pocity závratí a návaly horka nebo chladu.

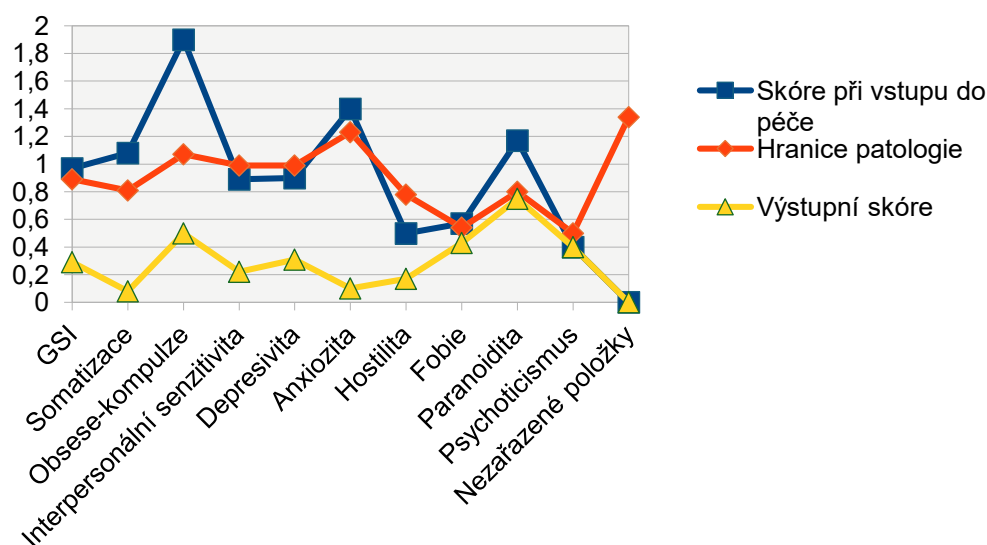
Výsledky po osmi týdnech fyzioterapie odrážejí značnou úlevu od somatických symptomů – společně se snížením bolesti v oblasti přechodu krční a hrudní páteře ustoupily bolesti hlavy, návaly a závratě. Zajímavé však je, že se objevily slabé obtíže v bederní páteři, které pacient dosud neměl.

Pozoruhodné jsou výsledky ostatních domén, kdy se pacienta patrně podařilo do jisté míry zbavit jeho úzkostí a paranoidních myšlenek. Došlo k signifikantnímu poklesu skóre Anxiozity, a to až na 0,1, skóre Paranoidity se povedlo snížit těsně pod hranici patologie (0,75 při hranici 0,80). Jak bylo zvažováno výše, s poklesem skóre zmíněných dvou škál došlo i k poklesu hodnot u obsedantně-kompulzivní symptomatiky, a to až do nepatologické hladiny.

Pacientovy úzkostné stavy, náhlé návaly nervozity a paranoidní strachy mohly zřejmě souviset s chronickou bolestí a její nepředvídatelností, stejně jako jejím dlouhodobým zasahováním do jeho života. Jakmile se bolest podařilo do velké míry dostat pod kontrolu, našel pacient znovu klid a zastavila se možná progresse úzkostných příznaků. V rámci dat z výstupního vyšetření jsem obdržela informaci, že v době výstupního dotazování pacient projevil zájem i o psychologické služby.

Tabulka 4: Výsledky dotazníku SCL-90 u Pacienta č. 2.

	Hodnocení Muži			
	Vstupní hodnota	Výstupní hodnota	Hranice normy	Hranice patologie
GSI	0,97	0,29	0,64	0,89
Somatizace	1,08	0,08	0,75	0,81
Obsese-kompulze	1,9	0,5	0,99	1,07
Interpersonální senzitivita	0,89	0,22	0,65	0,99
Depresivita	0,9	0,31	0,66	0,99
Anxiozita	1,4	0,1	0,80	1,23
Hostilita – agresivita	0,5	0,17	0,71	0,78
Fobie	0,57	0,43	0,36	0,54
Paranoidita	1,17	0,75	0,61	0,80
Psychoticismus	0,4	0,4	0,34	0,50
Nezařazené položky	0	0	0,87	1,34



Graf 4: Grafické výsledky dotazníku SCL-90 u Pacienta č. 2.

4.2.2.7 Pacient č. 3 – skupina FT + PT

Pacient č. 3 absolvoval v zařízení fyzioterapeutické intervence kombinované s psychoterapií.

Péči vyhledal kvůli chronickým bolestem bederní páteře a SI kloubu, s nimiž se potýkal již přibližně 6 let. K bolestem se přidala také iradiace do levé dolní končetiny. Tyto dlouhodobé potíže ho přiměly navštívit fyzioterapeuta. Jelikož při vstupním vyšetření uváděl přítomnost úzkostí a nedávné prodělání panické ataky, byla mu také nabídnuta možnost podpůrné

psychoterapie v rámci pracoviště. Tu se pacient nakonec rozhodl vyzkoušet, docházel tedy týdně jak na fyzioterapeutické jednotky, tak na sezení s psycholožkou.

4.2.2.8 Vybrané anamnestické údaje Pacienta č. 3

Ročník: 1996

NO: vertebrogenní algický syndrom L páteře, iradiace do LDK

Doba trvání obtíží: přibližně 6 let

Jakákoli akutní onemocnění v posl. 12 měsících: neguje

Zaměstnání: trenér

SA: žije sám

SpA: fitness, běh 3x týdně

Medikace: neguje

Abusus: neguje

Psychické obtíže: úzkosti, výskyt panické ataky

4.2.2.9 Výsledky dotazování u Pacienta č. 3

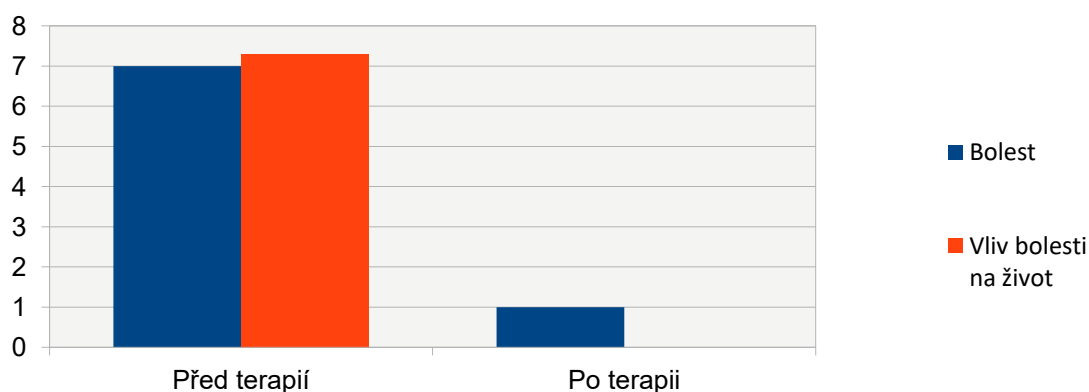
Bolest – dotazník BPI-SF

Při vstupu do péče pacient dosáhl v parametru Bolest skóre 7, tedy „závažná bolest“. V rámci ukazatele Vliv bolesti na život pacient skóroval hodnotou 7,3 – bolest pro něj měla vliv do míry 8-9 z 10 možných na většinu sledovaných aspektů, konkrétně na schopnost chůze, celkovou aktivitu, náladu, spánek, a také radost ze života.

Po absolvování devíti týdnů fyzioterapeutické léčby s podpůrnou psychoterapií došlo u Pacienta č. 3 k výrazné úlevě od bolesti, a to z původních 7 až na stupeň 1. Podobně se proměnila i hodnota Vlivu bolesti na život – pacient se v době výstupního dotazování již necítil bolestí v ničem omezen.

Tabulka 5: Výsledky dotazníku BPI-SF u Pacienta č. 3.

		VSTUPNÍ SKÓRE	VÝSTUPNÍ SKÓRE
BOLEST		7	1
VLIV BOLESTI NA ŽIVOT	<i>celková aktivita</i>	9	0
	<i>nálada</i>	9	0
	<i>schopnost chodit</i>	9	0
	<i>běžná práce</i>	7	0
	<i>vztahy s jinými lidmi</i>	0	0
	<i>spánek</i>	8	0
	<i>radost ze života</i>	9	0
	CELKOVÝ VLIV	7,3	0



Graf 5: Grafické výsledky dotazníku BPI-SF u Pacienta č. 3.

Psychický stav – dotazník SCL-90

Výsledky vstupního dotazování Pacienta č. 3 přinesly velmi vysoká skóre napříč sledovanými ukazateli. Obecný ukazatel závažnosti GSI hodnotou 2,24 mohutně převýšil hranici patologie (0,89).

Skóre Somatizace u Pacienta č. 3 téměř třikrát překročilo hranici patologie, kdy ho mimo bolestí zad značně obtěžovaly také návaly pocitu na zvracení, bolesti svalů, pocity slabosti a pocity nedostatku vzduchu.

K silnému převýšení mezí psychopatologie však došlo také u všech ostatních sledovaných škál – při vyhodnocování bylo možno pozorovat jak silné úzkostné a kompenzační obsedantně-kompulzivní rysy, tak i poměrně závažné psychotické příznaky.

Ukázalo se, že pacient má velmi silné příznaky Deprese (hodnocení 4/4 u „54. Pocit beznaděje do budoucnosti“, 2/4 bodů u „15. Myšlenky na ukončení Vašeho života), s čímž pravděpodobně souvisí vysoká citlivost v rámci interpersonálních vztahů (skóre 2,67 při hranici patologie 0,99). Mimořádně mnoho u sebe pacient pozoroval pocit nezájmu a sklony k přejídání.

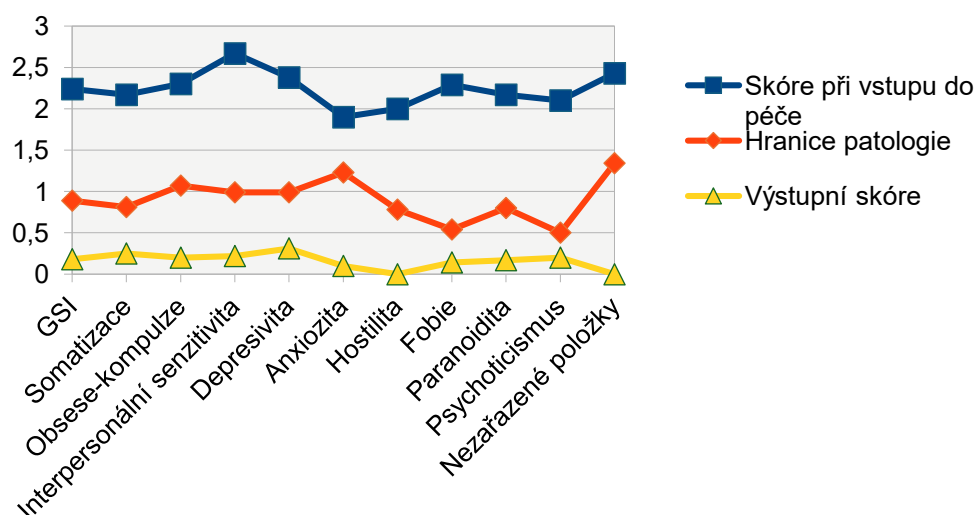
Po absolvování osmi týdnů kombinované péče došlo k velmi výraznému zlepšení po všech stránkách pacientova psychického stavu – skóre v některých doménách kleslo až na nulu, jak je patrné z tabulky uvedené níže. Podařilo se ulevit pacientovi jak psychicky, kdy markantně klesla jeho vztahová senzitivita a skóre Depresivity, tak od tělesných obtíží – s ústupem psychických problémů přestal pacient trpět téměř všemi somatickými příznaky, vyjma lehkých potíží s bolestmi hlavy.

Kombinovanou léčbou se tedy patrně podařilo obnovit jeho energii do života, důvěru v sebe a své okolí, od kterého se před vstupem do terapie cítil izolován.

Zdá se, že tělesné příznaky, které pacienta trápily natolik, že do terapie přišel, byly pouze „špičkou ledovce“ – potenciálním vyústěním dlouhodobých psychických potíží a smutků, jejichž řešení se pacient nevěnoval. Primárně se tedy dostal do rukou fyzioterapeuta, na němž bylo pacienta o psychosomatické problematice edukovat.

Tabulka 6: Výsledky dotazníku SCL-90 u Pacienta č. 3.

	Hodnocení Muži			
	Vstupní hodnota	Výstupní hodnota	Hranice normy	Hranice patologie
GSI	2,24	0,18	0,64	0,89
Somatizace	2,17	0,25	0,75	0,81
Obsese-kompulze	2,3	0,2	0,99	1,07
Interpersonální senzitivita	2,67	0,22	0,65	0,99
Depresivita	2,38	0,31	0,66	0,99
Anxiozita	1,9	0,1	0,80	1,23
Hostilita – agresivita	2	0	0,71	0,78
Fobie	2,29	0,14	0,36	0,54
Paranoidita	2,17	0,17	0,61	0,80
Psychoticismus	2,1	0,2	0,34	0,50
Nezařazené položky	2,43	0	0,87	1,34



Graf 6: Grafické výsledky dotazníku SCL-90 u Pacienta č. 3.

4.2.2.10 Pacientka č. 4 – skupina FT + PT

Pacientka č. 4 absolvovala v zařízení fyzioterapeutické intervence kombinované s psychoterapií.

Tato pacientka přišla do ambulance primárně kvůli řešení svých potíží s úzkostmi. Na pohovoru u psychiatricky, kde zmínila, že už dlouhodobě trpí také vertebrogenními obtížemi a trápivají ji silné migrény, jí byla mimo psychoterapie doporučena i léčba

fyzioterapeutická. Absolvovala tedy každý týden jedno psychoterapeutické sezení a jednu fyzioterapeutickou jednotku.

4.2.2.11 Vybrané anamnestické údaje Pacientky č. 4

Ročník: 1995

NO: chronické bolesti páteře v oblasti C-Th, silné migrény

Doba trvání obtíží: přechodně už od dospívání

Jakákoli akutní onemocnění v posl. 12 měsících: neguje

Zaměstnání: manažerka

SA: žije s partnerem

SpA: florbal – aktivně

Medikace: neguje

Abusus: neguje

Psychické obtíže: úzkosti

Uvádí zažívací potíže a problémy se spánkem.

4.2.2.12 Výsledky dotazování u Pacientky č. 4

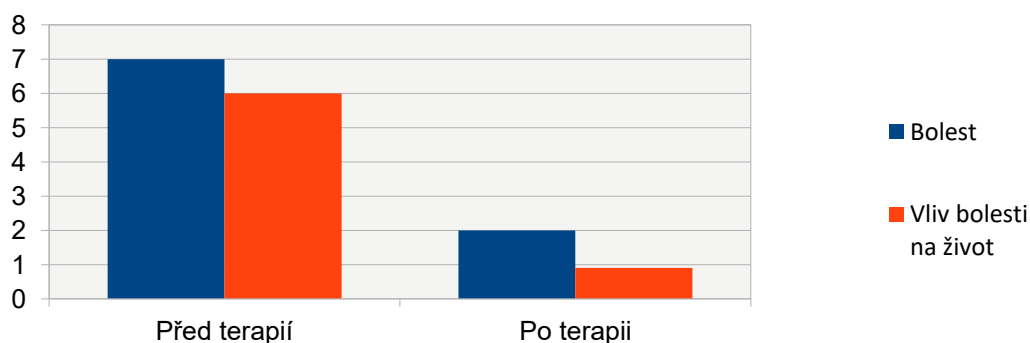
Bolest (dotazník BPI-SF)

Počáteční dotazování ukázalo, že pacientka vstupovala do terapie velmi bolestivá; svůj stav ohodnotila z možných 10 stupněm 7. Jak významně vnímala interferenci bolesti ve svém životě je viditelné na hodnotách všech sledovaných položek. Bohužel nejznatelněji, co se týká radosti ze života. Útlum vlivem bolesti pacientka pociťovala v rámci vztahů s jinými lidmi, bolest jí značně znepríjemňovala také chůzi.

Dle výsledků výstupního dotazování pomohlo osm týdnů kombinované léčby pacientky bolest významně zredukovat, a to až na stupeň 2. Tato úleva pro ni znamenala jak velký přínos ve vztazích a v práci, tak i navrácení radosti ze života.

Tabulka 7: Výsledky dotazníku BPI-SF u Pacientky č. 4.

		VSTUPNÍ SKÓRE	VÝSTUPNÍ SKÓRE
BOLEST		7	2
VLIV BOLESTI NA ŽIVOT	<i>celková aktivita</i>	7	1
	<i>nálada</i>	5	1
	<i>schopnost chodit</i>	6	1
	<i>běžná práce</i>	5	1
	<i>vztahy s jinými lidmi</i>	6	0
	<i>spánek</i>	5	1
	<i>radost ze života</i>	8	1
	CELKOVÝ VLIV	6	0,9



Graf 7: Grafické výsledky dotazníku BPI-SF u Pacientky č. 4.

Psychický stav – dotazník SCL-90

Vstupní výsledky dotazníku SCL-90 bohužel potvrdily výskyt psychosomatického onemocnění, kdy mimo vysokého skóre Somatizace překročily pacientky hodnoty hranice psychopatologie ve všech sledovaných symptomových škálách; hodnota GSI dokonce dosáhla téměř dvojnásobku mezní hodnoty patologie.

Bližší pohled na výskyt somatizačních obtíží v doméně Somatizace odhalil nejen přítomnost vertebrogenních obtíží a bolestí hlavy, ale i velký počet dalších příznaků, jako jsou časté pocity na omdlení, bolesti u srdce, nevolnost a pocity krátkosti dechu.

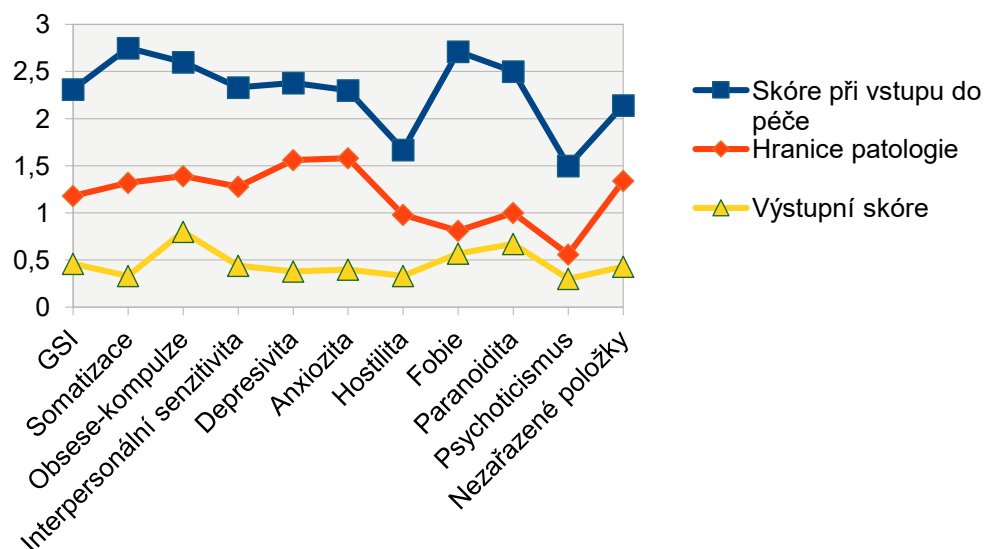
Zbytek výsledků dotváří obraz psychické zátěže s dominantními rysy fobického strachu a paranoidity. Pacientka většinou lidem nedůvěřuje a bojí se, že ji využijí. Trpí také strachem z otevřených prostranství a cest veřejnou dopravou.

Výstupní výsledky přinesly velmi pozitivní změnu, o které vypovídá snížení Obecného ukazatele závažnosti až pod hranici normy (0,81), na hodnotu 0,46.

Při podrobnějším rozboru je patrné, že se kombinovanou léčbou podařilo skóre všech domén dostat do blízkosti či pod hranici normy. Do nepatologické formy se zredukovaly silné pacientčiny strachy, úzkost a kompenzační obsedantně-kompulzivní tendence, společně s nimiž ustoupily i vertebrogenní obtíže, migrenózní bolesti hlavy a související somatizační symptomy.

Tabulka 8: Výsledky dotazníku SCL-90 u Pacientky č. 4.

	Hodnocení Ženy			
	Vstupní hodnota	Výstupní hodnota	Hranice normy	Hranice patologie
GSI	2,31	0,46	0,81	1,18
Somatizace	2,75	0,33	0,92	1,32
Obsese-kompulze	2,6	0,8	1,26	1,39
Interpersonální senzitivita	2,33	0,44	0,88	1,28
Depresivita	2,38	0,38	0,97	1,56
Anxiozita	2,3	0,4	1,03	1,58
Hostilita – agresivita	1,67	0,33	0,68	0,98
Fobie	2,71	0,57	0,48	0,81
Paranoidita	2,5	0,67	0,61	1,00
Psychoticismus	1,5	0,3	0,32	0,56
Nezařazené položky	2,14	0,43	0,87	1,34



Graf 8: Grafické výsledky dotazníku SCL-90 u Pacientky č. 4.

4.2.3 Shrnutí výsledků

Z kasuistik pacientů z obou skupin je patrné, že oba léčebné přístupy dokázaly v léčbě chronických bolestí zad psychosomatické povahy přinést jak úlevu od bolesti, tak i významné zlepšení psychického stavu. Za povšimnutí stojí, že se jak fyzioterapií kombinovanou s psychoterapií, tak i fyzioterapií samotnou podařilo ovlivnit nejen výskyt příznaků, které jsou s přítomností chronické bolesti spojovány (domény Depresivita, Anxiozita), ale také, mnohdy i poměrně znatelně zasáhnout do psychopatologické symptomatiky napříč škálami.

4.2.4 Statistické zpracování výsledků

Pro doplnění popisných rozborů skupin přikládám zmiňovanou statistickou analýzu výsledků. Jak je však zmíněno níže v sekci Limity výzkumu, při velikosti vzorku a nemožnosti redukovat jeho nesourodost jsou výsledky velmi zkreslené. Pozorovat se dá pouze jistý trend ve změně parametrů u jednotlivých skupin.

Pro zhodnocení léčebných účinků z hlediska parametrů Bolest a Psychická zátěž byl použit párový t-test. Hodnotou parametru Psychická zátěž se rozumí hodnota Obecného indexu závažnosti dotazníku SCL-90, tedy souhrnného ukazatele GSI (Global Severity Index). V rámci analýzy bylo použito hodnot průměru a směrodatné odchylky.

U skupiny FT byla průměrná hodnota parametru Bolest před terapií 5 (SD = 0,82) a po absolvování osmitýdenní fyzioterapeutické léčby 1,33 (SD = 0,47). Výsledek párového

t-testu ukázal p-hodnotu 0,008, což naznačuje statisticky významný rozdíl mezi průměry při hladině významnosti 0,05.

Stejný závěr přinesla analýza výsledků v parametru Psychická zátěž, kdy průměr vstupních hodnot dosáhl 1,483 (SD = 0,42) a průměr výstupních hodnot 0,547 (SD = 0,44) za výsledné p-hodnoty 0,036, což by znamenalo, že fyzioterapie dokázala u pacientů statisticky významně snížit jak bolest, tak i psychickou zátěž.

Pacienti ve skupině FT + PT vstupovali do terapie s průměrně vyšší bolestí (6,667, SD = 0,47), což by mohlo souviset také s průměrně vyšší hodnotou vstupní psychické zátěže (2,103, SD = 0,24). Bolest se osmi týdny fyzioterapie kombinované s psychoterapeutickou léčbou podařilo redukovat na průměrných 1,667 (SD = 0,47), výsledkem je statisticky významný rozdíl (p-hodnota 0,013 < 0,05). Psychickou zátěž se z vysokých hodnot podařilo po osmi týdnech intervencí snížit až na průměrných 0,3 (SD = 0,12), což při p-hodnotě 0,008 rovněž znamená statisticky významný rozdíl.

Všechny hodnoty, s nimiž bylo při rozboru pracováno, jsou přehledně uvedeny v tabulce níže. Zeleně jsou vyznačeny p-hodnoty, které vyšly jako statisticky významné.

Tabulka 9: Výsledky zkoumaných skupin vyhodnocené pomocí párového t-testu.

	Parametr	Před terapií ($d \pm SD$)	Po terapii ($d \pm SD$)	p-hodnota
Skupina FT	Bolest	5 \pm 0,82	1,333 \pm 0,47	0,008
	Psychická zátěž (GSI)	1,483 \pm 0,42	0,547 \pm 0,44	0,036
Skupina FT + PT	Bolest	6,667 \pm 0,47	1,667 \pm 0,47	0,013
	Psychická zátěž (GSI)	2,103 \pm 0,24	0,3 \pm 0,12	0,008

FT = fyzioterapie, PT = psychoterapie, d = průměrná hodnota, SD = směrodatná odchylka

4.2.5 Test hypotéz

H1: Jak u skupiny léčené fyzioterapií, tak u skupiny léčené kombinovaně dojde po stanovené době terapie ke statisticky významnému snížení bolesti.

U skupiny léčené fyzioterapií došlo při porovnání hodnot na začátku a na konci experimentu ke statisticky významnému snížení parametru Bolest, p-hodnota 0,008, stejně jako tomu je u skupiny léčené kombinovaně, p-hodnota 0,013. Obě terapie tedy u pacientů dosáhly statisticky významného snížení bolesti.

Potvrzujeme hypotézu, že jak u skupiny léčené fyzioterapií, tak u skupiny léčené kombinovaně dojde po stanovené době terapie ke statisticky významnému snížení bolesti.

H2: Jak u skupiny léčené fyzioterapií, tak u skupiny léčené kombinovaně dojde po stanovené době terapie ke statisticky významnému snížení psychické zátěže.

Vyhodnocení rozdílu hodnot Psychické zátěže na začátku a na konci experimentu u skupiny pacientů léčených fyzioterapií přineslo statisticky významný rozdíl při p-hodnotě 0,036. Stejného výsledku bylo dosaženo i léčbou kombinovanou s p-hodnotou 0,008. Obě terapie tedy byly úspěšné i u redukce psychopatologických symptomů.

Potvrzujeme hypotézu, že jak u skupiny léčené fyzioterapií, tak u skupiny léčené kombinovaně dojde po stanovené době terapie ke statisticky významnému snížení psychické zátěže.

5 DISKUZE

Tato bakalářská práce se věnuje roli psychosomatiky u lidí s chronickými bolestmi zad z pohledu fyzioterapie. Jsou zkoumány možnosti fyzioterapie v jejich léčbě, zvláště pak pokud je v rámci onemocnění zjevná zvýšená účast psychických faktorů.

V současné době jsou chronické bolesti zad onemocněním s alarmující četností výskytu v populacích vyspělých zemí napříč věkovými kategoriemi. Důvodem je především sedavý životní styl s nedostatkem kvalitního pohybu a naopak nadbytkem psychické zátěže, kterou dnešní doba dennodenně přináší. Naše těla mají po tisíciletí stejné mechanismy na to, jak čelit zátěži. Tyto mechanismy však v kontaktu se současnými civilizačními stresory často selhávají, v důsledku čehož má spousta lidí problém se s nároky vyrovnávat. Neschopnost adaptace v dlouhodobém měřítku znamená rozvoj funkčních onemocnění s multifaktoriální etiologií, jejichž léčba může být více či méně náročná.

Tato psychosomatická problematika je bohužel v současnosti často opomíjena, což se nepříznivě propisuje do délky léčby. **Tress** (2008) popisuje výskyt až 25 % psychosomatických obtíží v dospělé populaci, zahrnujících jak pacienty sekundárně psychosomatické, tak čistě psychogenní. Otázka zní, jaké možnosti, u pacientů tohoto charakteru, fyzioterapie má a jakým způsobem k nim přistupovat.

Kolář (2009) upozorňuje, že při absenci dodržování komplexního přístupu v terapii snadno dojde k opomenutí či přehlédnutí psychických a sociálních potíží pacienta, což může léčbu negativně ovlivňovat způsobem, který byl zmíněn výše. Přístup fyzioterapeuta k pacientovi by měl být tedy individuální a terapeut by měl mít dostatek času na anamnestický rozhovor, stejně jako na kvalitní komunikaci s pacientem v průběhu intervencí. Měl by být pozorný k psychosociálnímu kontextu pacienta a možným interferujícím faktorům z této oblasti. Tyto zásady však bohužel nejsou v mnoha zdravotnických zařízeních aplikovány – mimo jiných příčin, počet pacientů s potřebou léčby silně převyšuje kapacity terapeutů a časová dotace pro intervenci často nepřesáhne půl hodiny.

Výsledky výzkumu uskutečněného v rámci této práce naznačují, že správně vedená fyzioterapie může mít, nejen v kombinaci s psychoterapií, moc přinést zlepšení i u těch pacientů, na jejichž onemocnění má účast psychických faktorů významný podíl (viz vysoké vstupní ukazatele závažnosti psychické zátěže GSI a subjektivně popisované psychické potíže). Z dotazování po setu fyzioterapeutických intervencí vyplývá, že se u těchto pacientů podařilo jak redukovat bolest, tak i pozitivně ovlivnit nejrůznější psychické parametry. Zajímavé je, že

se toto pozitivní ovlivnění podařilo statisticky významně pomocí obou zkoumaných způsobů léčby a že oba způsoby léčby také přinesly zlepšení v míře výskytu příznaků napříč psychopatologickými doménami.

Na základě výsledků se tedy zdá, že pokud budeme ve fyzioterapii dbát zásad správného přístupu a naučíme pacienty vnímat své tělo, pokud je budeme edukovat o psychosomatické a somatopsychické problematice, budeme působit na motivaci, sebedůvěru, proaktivní přístup klientů, povedeme je ke kvalitnímu pohybu, či naopak k relaxaci a vytvoříme jim bezpečné prostředí pro sdílení svých potíží, můžeme i u komplikovanějších psychosomatických pacientů ovlivnit mnohé a potenciálně významně pozitivně působit na jejich psychický stav.

Je však nutné zmínit, že je pozitivita výsledků jistě způsobena i určitou souhrou faktorů a pozorovaný výsledek by pravděpodobně neplatil pro všechny podobné pacienty. Nejedná se také o výzkum prokazující dlouhodobý léčebný efekt – znovunalezení psychické rovnováhy, ani několikátýdenní fyzioterapeutická péče nejsou jistě všespásné. Pokud by se pacientovi s chronickými bolestmi zad a sedavým zaměstnáním dostalo kvalitní fyzioterapeutické péče a podařilo se zharmonizovat jeho psychiku, ale nevytvořil by si po výstupu z terapie optimální pohybové návyky, aby kompenzoval statickou zátěž, bolest zad by po čase tak jako tak recidivovala.

Důležité je také zmínit, že jistě nebudou výjimkou setkání s případy, které naše terapeutické schopnosti a kompetence přesáhnou. Vnímavý fyzioterapeut by měl umět vyhodnotit, zda je pacient schopen svým potížím čelit, či je vhodné mu nabídnout psychoterapeutickou péči. Přesvědčení pacienta je ale, i kvůli určitým charakteristickým rysům takto postižených, mnohdy náročný a dlouhodobý proces – proto je významný vztah terapeut-pacient, k jehož vytvoření je však třeba dostatek prostoru a času (Kolář, 2009).

5.1 Limity výzkumu

Je nutné zmínit i limity tohoto výzkumu, kterých není málo. Výzkum byl kvůli problematickému navázání spolupráce proveden na velmi malém počtu probandů, což vnímám jako nejvýznamnější limitující faktor. Bohužel se ukázalo, že s pacienty se specifiky jako je nadprůměrná psychická zátěž a chronické onemocnění, které je často doprovázeno úzkostmi, je velmi problematické navázat spolupráci, alespoň ve smyslu dotazníkového šetření týkajícího se jejich bolesti a psychického stavu. Pacienti trpící obtížemi tohoto charakteru mají sklony k uzavřenosti a může pro ně být náročné už vytvořit si důvěrnou vazbu s terapeutem, natož potom,

dle mé zkušenosti, vložit údaje o svém stavu do dotazníku vytvořeného studentem. Proto byla spolupráce s účastníky rozvleklá a náročnější z hlediska domluvy, jelikož navzdory transparentní komunikaci provádění důkladné anonymizace všech dat měli někteří pacienti obavy o své údaje a zdráhali se je sdílet. Přesto byla s některými pacienty spolupráce velmi příjemná a vřelá, čehož si vážím. Při přemýšlení o tom, jak by bylo možné tato data ke zkoumání shromáždit a vyhnout se těmto problémům, či zda je nějaký lepší prostředek, jsem došla k závěru, že by bylo nejspíše potřeba oslovovat pacienty z role terapeuta. V takovém případě by již byla nějaká bariéra sdílení z principu překonána a při kladném navázaném vztahu terapeut-pacient by mohl být problém s nedůvěrou a sběrem dat značně menší.

Pro dosažení alespoň určité míry homogenizace vstupního vzorku pacientů by bylo vhodné vybrat ty s podobnou mírou vstupní psychické zátěže, což bylo původně zamýšleno uskutečnit výběrem jedinců s podobným souhrnným indexem psychické zátěže GSI v rámci dotazníku SCL-90. Případně by bylo možné využít parametru z jiného dotazníku; zvažováno bylo použití Škály sociální readaptace dle Holmese a Raheho, kde by byla výstupem procentuální šance na rozvoj psychosomatického onemocnění, dle níž by bylo možné pacienty rozřadit. To by mohlo zajišťovat větší relevanci údajů o rozdílech v počátečních a konečných hodnotách parametrů.

Pro nízký počet pacientů, kteří přijali spolupráci, bylo nutné upustit od některého ze vstupních kritérií, z nichž bylo vybráno ženské pohlaví. Do výzkumu byli tedy zařazeni i muži, což je dalším zkreslujícím prvkem z důvodu odlišného stresového prožívání, hormonálních vlivů, rozdílných tendencích k somatizaci mezi pohlavími a dalších.

Další zkvalitnění by dle mého názoru přineslo doplnění profilů pacientů o některé další informace, které by mohl přinést například strukturovaný rozhovor s cílem získání podrobnější psychosociální anamnézy. Nejen, že bych se s pacienty setkala a mohla vnímat, jakým způsobem se projevují, byl by také jasnější jejich kontext a zázemí, které mohou onemocnění ovlivňovat. To by pomohlo komplexněji a v užších souvislostech rozebrat jejich výsledky. Strukturovaný rozhovor bohužel nebylo z důvodu časových možností pacientů možné uskutečnit a získat přístup k podrobnějším informacím alespoň zprostředkovaně bylo rovněž problematické.

Limitem je také vhodné označit, i přes mou snahu být objektivní, mou subjektivní a v zásadě neodbornou popisnou interpretaci výsledků, pro níž je nutné ji brát s rezervou. Je také vhodné zmínit, že výsledky studie tohoto charakteru vždy utrpí značným zkreslením, a to s ohledem na komplikovanost problematiky, kterou se autor snaží zachytit a širokou škálu

faktorů, která se jí účastní. Mnozí autoři zmiňují, že studií, věnujících se psychosomatické problematice, je málo a často disponují nedostatečně relevantními výsledky s ohledem na značný počet zkreslujících faktorů. Přesto si však myslím, že pokračovat v podobných výzkumech je důležité, aby se na snahy zlepšit léčebné přístupy u psychosomaticky nemocných nerezignovalo.

6 ZÁVĚR

Závěrem bych ráda dodala, že se ve své budoucí praxi budu snažit využít poznatků, které jsem při vytváření této práce načerpala. Je mnoho poměrně jednoduchých prvků, jejichž implementace do terapie může značně zlepšit její efekt a komplexnost jejího účinku.

Na mou práci by se dalo navázat provedením obdobného výzkumu (pokud možno s redukcí limitujících faktorů) s přidáním dotazování po delším časovém intervalu, například šesti měsíců, pro sledování dlouhodobého efektu fyzioterapie, či obou léčebných přístupů.

Také bych ráda zmínila, že ač je vzorek, který se pro můj výzkum podařilo získat, malý, daly se v něm pozorovat jisté podobnosti – všechny zúčastněné ženy, například, trpěly vertebrogenními bolestmi hrudní páteře a shodně uváděly obtíže s trávením a se spánkem. Všichni muži zase shodně trpěli vertebrogenními bolestmi v oblasti beder. Velmi zajímavá mi připadala také skutečnost, na kterou jsme s vedoucím práce náhodně narazili v rámci informací o pacientech, absolvujících na pracovišti kombinovanou léčbu – ukázalo se, že jsou v zásadě dvě skupiny takových pacientů. Ti, kteří přišli se závažnými chronickými somatickými příznaky na fyzioterapii a pro jejich mimochodem zmíněné psychické obtíže byli odkázáni na psychoterapeuta, kterého poté začali simultánně navštěvovat – téměř zpravidla muži. A pak ti, kteří přišli primárně řešit své psychické potíže k psychoterapeutovi a bylo jim pro přítomnost somatické symptomatiky doporučeno docházet také na fyzioterapii – téměř zpravidla ženy. I tyto záležitosti by dle mého názoru stály za pozornost a mohlo by být zajímavé se jim nějakým způsobem výzkumně věnovat.

REFERENČNÍ SEZNAM

- AARON, Rachel V.; FISHER, Emma A.; DE LA VEGA, Rocio; LUMLEY, Mark A. a PALERMO, Tonya M. *Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis* [online]. Pain. 2019, roč. 160, č. 5, s. 994-1006. ISSN 0304-3959. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001487>. [cit. 2024-07-19].
- AIRAKSINEN, O.; BROX, J. I.; CEDRASCHI, C.; HILDEBRANDT, J.; KLABER-MOFFETT, J. et al. *Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain* [online]. European Spine Journal. 2006, roč. 15, č. S2, s. s192-s300. ISSN 0940-6719. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>. [cit. 2024-07-09].
- ARNOW, Bruce A. *Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization* [online]. J Clin Psychiatry, 2004. ISSN 1531-5472. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15315472/> [cit. 2023-11-30].
- BAŠTECKÝ, Jaroslav; ŠAVLÍK, Jiří a ŠIMEK, Jiří. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
- BEMANI, Sanaz; SARRAFZADEH, Javad; DEHKORDI, Shohreh Noorizadeh; TALEBIAN, Saeed; SALEHI, Reza et al. *Effect of multidimensional physiotherapy on non-specific chronic low back pain: a randomized controlled trial* [online]. Advances in Rheumatology. 2023, roč. 63, č. 1. ISSN 2523-3106. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s42358-023-00329-9>. [cit. 2024-07-10].
- BLALOCK, J E. *A molecular basis for bidirectional communication between the immune and neuroendocrine systems* [online]. Physiological Reviews. 1989, roč. 69, č. 1, s. 1-32. ISSN 0031-9333. Dostupné z: <https://doi.org/10.1152/physrev.1989.69.1.1>. [cit. 2024-05-17].
- BRINJIKJI, W.; LUETMER, P.H.; COMSTOCK, B.; BRESNAHAN, B.W.; CHEN, L.E. et al. *Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations* [online]. American Journal of Neuroradiology. 2015, roč. 36, č. 4, s. 811-816. ISSN 0195-6108. Dostupné z: <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>. [cit. 2024-07-08].
- CIECHANOWSKI, P. S. *Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization*. [online]. Psychosomatic Medicine. Roč. 64, č. 4, s. 660-667. ISSN 00333174. Dostupné z: <https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/pages/default.aspx> [cit. 2023-11-30].
- CLEELAND, CH. S. *The Brief Pain Inventory: User Guide* [online]. 1. Huston, 2009. Dostupné z: [BPI User Guide \(mdanderson.org\)](https://www.mdanderson.org/bpi-user-guide) [cit. 2024-07-03].
- CRAIG, T. K. J.; COX, A. D. a KLEIN, K. *Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children* [online]. Psychological Medicine. 2002, roč. 32, č. 05. ISSN 0033-2917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0033291702005846> [cit. 2023-11-30].
- DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Spektrum (Portál). Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.

- DEYO, R. A.; MIRZA, S. K.; TURNER, J. A. a MARTIN, B. I. *Overtreating Chronic Back Pain: Time to Back Off?* [online]. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2009, roč. 22, č. 1, s. 62-68. ISSN 1557-2625. Dostupné z: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.01.080102>. [cit. 2024-07-10].
- DICKERSON, Sally S. a KEMENY, Margaret E. *Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research* [online]. Psychological Bulletin. 2004, roč. 130, č. 3, s. 355-391. ISSN 1939-1455. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.355>. [cit. 2024-05-17]
- DIENSTBIER, Richard A. *Arousal and physiological toughness: Implications for mental and physical health* [online]. Psychological Review. 1989, roč. 96, č. 1, s. 84-100. ISSN 1939-1471. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.1.84>. [cit. 2024-05-17].
- FLIER, Jeffrey S.; UNDERHILL, Lisa H. a MCEWEN, Bruce S. *Protective and Damaging Effects of Stress Mediators* [online]. New England Journal of Medicine. 1998, roč. 338, č. 3, s. 171-179. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>. [cit. 2024-05-17].
- GIBBINS, Ian. *Functional organization of autonomic neural pathways* [online]. Organogenesis. 2014, roč. 9, č. 3, s. 169-175. ISSN 1547-6278. Dostupné z: <https://doi.org/10.4161/org.25126>. [cit. 2024-05-14].
- HAYDEN, Jill; VAN TULDER, Maurits W; MALMIVAARA, Antti a KOES, Bart W. *Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain* [online]. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011, roč. 2011, č. 2. ISSN 14651858. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000335.pub2>. [cit. 2024-07-10].
- HNÍZDIL, Jan; ŠAVLÍK, Jiří a BERÁNKOVÁ, Blanka. *Bolesti zad: mýty a realita: pro ty, kteří bolesti zad léčí, i ty, kteří jimi trpí*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-659-7.
- HO, Emma Kwan-Yee; CHEN, Lingxiao; SIMIC, Milena; ASHTON-JAMES, Claire Elizabeth; COMACHIO, Josielli et al. *Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis* [online]. BMJ. S. /bmj/376/bmj-2021-067718.atom. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067718>. [cit. 2024-04-21].
- HONZÁK, R. *Jak se dívat na psychosomatiku* [online]. Vnitřní lékařství, 2011. ISSN 5790-3907. Dostupné z: . [cit. 2023-10-25].
- HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír (ed.). *Psychiatrie*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- HOTOPEF, Matthew; MAYOU, Richard; WADSWORTH, Michael a WESSELY, Simon. *Childhood Risk Factors for Adults With Medically Unexplained Symptoms: Results From a National Birth Cohort Study* [online]. American Journal of Psychiatry. 1999, roč. 156, č. 11, s. 1796-1800. ISSN 0002-953X. Dostupné z: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.156.11.1796> [cit. 2023-11-30].

CHAUDHURI, Arunima. *Pathophysiology of stress: a review* [online]. International Journal of Research and review. 2019, roč. 6, č. 5. ISSN 2349-9788. Dostupné z: [Pathophysiology of Stress: A Review \(researchgate.net\)](https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323)

CHERKIN, Daniel C.; SHERMAN, Karen J.; BALDERSON, Benjamin H.; COOK, Andrea J.; ANDERSON, Melissa L. et al. *Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain* [online]. JAMA. 2016, roč. 315, č. 12. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>. [cit. 2024-04-21].

CHERKIN, Daniel C.; SHERMAN, Karen J.; DEYO, Richard A. a SHEKELLE, Paul G. *A Review of the Evidence for the Effectiveness, Safety, and Cost of Acupuncture, Massage Therapy, and Spinal Manipulation for Back Pain* [online]. Annals of Internal Medicine. 2003, roč. 138, č. 11. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-11-200306030-00011>. [cit. 2024-07-09].

CHOU, Roger; BAISDEN, Jamie; CARRAGEE, Eugene J.; RESNICK, Daniel K.; SHAFFER, William O. et al. *Surgery for Low Back Pain* [online]. Spine. 2009, roč. 34, č. 10, s. 1094-1109. ISSN 0362-2436. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181a105fc>. [cit. 2024-07-10].

CHOU, Roger; DEYO, Richard; FRIEDLY, Janna; SKELLY, Andrea; HASHIMOTO, Robin et al. *Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline* [online]. Annals of Internal Medicine. 2017, roč. 166, č. 7. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <https://doi.org/10.7326/M16-2459>. [cit. 2024-07-09].

CHROMÝ, Karel a HONZÁK, Radkin. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

IMBIEROWICZ, Katrin a EGGLE, Ulrich T. *Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder* [online]. European Journal of Pain. 2003, roč. 7, č. 2, s. 113-119. ISSN 1090-3801. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/S1090-3801%2802%2900072-1> [cit. 2023-11-30].

JENSEN, Maureen C.; BRANT-ZAWADZKI, Michael N.; OBUCHOWSKI, Nancy; MODIC, Michael T.; MALKASIAN, Dennis et al. *Magnetic Resonance Imaging of the Lumbar Spine in People without Back Pain* [online]. New England Journal of Medicine. 1994, roč. 331, č. 2, s. 69-73. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/NEJM199407143310201>. [cit. 2024-07-08].

KHADILKAR, Amole; MILNE, Sarah; BROSSEAU, Lucie; WELLS, George; TUGWELL, Peter et al. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for the Treatment of Chronic Low Back Pain: A Systematic Review* [online]. Spine. 2005, roč. 30, č. 23, s. 2657-2666. ISSN 0362-2436. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.brs.0000188189.21202.0f>. [cit. 2024-07-09].

- KIM BURTON, A. a WADDELL, Gordon. 2 *Clinical guidelines in the management of low back pain* [online]. Baillière's Clinical Rheumatology. 1998, roč. 12, č. 1, s. 17-35. ISSN 09503579. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0950-3579\(98\)80004-6](https://doi.org/10.1016/S0950-3579(98)80004-6). [cit. 2024-07-09].
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- LACKNER, Jeffrey M; GUDLESKI, Gregory D a BLANCHARD, Edward B. *Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients*. [online]. Behaviour Research and Therapy. 2004, roč. 42, č. 1, s. 41-56. ISSN 00057967. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579670300069X?via%3Dihub> [cit. 2023-11-30].
- LINDEN, W.; EARLE, T.L.; GERIN, W. a CHRISTENFELD, N. *Physiological stress reactivity and recovery: Conceptual siblings separated at birth?* [online]. Journal of Psychosomatic Research. 1997, roč. 42, č. 2, s. 117-135. ISSN 00223999. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00240-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00240-1). [cit. 2024-05-17].
- LINTON, Steven J. a SHAW, William S. *Impact of Psychological Factors in the Experience of Pain* [online]. Physical Therapy. 2011, roč. 91, č. 5, s. 700-711. ISSN 0031-9023. Dostupné z: <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>. [cit. 2024-07-08].
- MCEWEN, Bruce S. *Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain* [online]. Physiological Reviews. 2007, roč. 87, č. 3, s. 873-904. ISSN 0031-9333. Dostupné z: <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>. [cit. 2024-05-12].
- MCEWEN, Bruce S. a KALIA, Madhu. *The role of corticosteroids and stress in chronic pain conditions* [online]. Metabolism. 2010, roč. 59, s. S9-S15. ISSN 00260495. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2010.07.012>. [cit. 2024-05-12].
- MCEWEN, Bruce S a WINGFIELD, John C. *The concept of allostasis in biology and biomedicine* [online]. Hormones and Behavior. 2003, roč. 43, č. 1, s. 2-15. ISSN 0018506X. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0018-506X\(02\)00024-7](https://doi.org/10.1016/S0018-506X(02)00024-7). [cit. 2024-05-12].
- MENON, Vikas; RAJAN, Tess Maria; KUPPILI, Pooja Patnaik a SARKAR, Siddharth. *Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Controlled Trials* [online]. Indian Journal of Psychological Medicine. 2017, roč. 39, č. 4, s. 399-406. ISSN 0253-7176. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_17_17. [cit. 2024-07-14].
- MORSCHITZKY, Hans a SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Spektrum (Portál). Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-218-8.
- MRLINOVÁ, Lenka. *Alexithymie u pacientů s chronickými bolestmi bederní páteře*. Praha, 2009. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie.
- NICHOLAS, Michael K.; LINTON, Steven J.; WATSON, Paul J. a MAIN, Chris J. *Early Identification and Management of Psychological Risk Factors ("Yellow Flags") in Patients With Low Back Pain: A Reappraisal* [online]. Physical Therapy. 2011, roč. 91, č. 5, s. 737-753. ISSN 0031-9023. Dostupné z: <https://doi.org/10.2522/ptj.20100224>. [cit. 2023-12-04].

- OREL, Miroslav. *Psychopatologie. Psyché* (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Psychologická setkávání. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8.
- ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
- RYBA, Luděk; VYSKOČIL, Robert a MARKOVÁ, Iva. *Differential diagnosis of back pain, indications for physiotherapy* [online]. *Medicína pro praxi*. 2022, roč. 19, č. 4, s. 272-278. ISSN 12148687. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2022/04/07.pdf> [cit. 2023-12-01].
- RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 3., rozš. vyd. Jessenius. Praha: MAXDORF, 2004. ISBN 80-7345-010-0.
- RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Manuální medicína: průvodce diagnostikou a léčbou vertebrogenních poruch*. 4., rozš. vyd. Jessenius. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-169-1.
- STACKEOVÁ, Daniela. *Psychosomatika ve fyzioterapii* [online]. *PsychoSom*. 2005, roč. 5, č. 3, s. 151-158. ISSN 1214-6102. Dostupné z: [Psychosom 5 2005 - IMG_FULL \(medvik.cz\)](#). [cit. 2023-07-06].
- STACKEOVÁ, Daniela, EIDE, Pernille. *Využití fyzioterapie v terapii úzkostných poruch* [online]. *PsychoSom*. 2010, roč. 8, č. 3, s. 199-205. ISSN 1214-6102. Dostupné z: [Psychosom 3 2010 web - IMG_FULL \(medvik.cz\)](#). [cit. 2023-07-06].
- STACKEOVÁ, Daniela. *Relaxační techniky ve sportu: [autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace]*. Fitness, síla, kondice. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3646-4.
- STACKEOVÁ, Daniela. *Využití kinezioterapie v léčbě psychosomatických pacientů* [online]. *PsychoSom*. 2015, roč. 13, č. 2, s. 102-112. ISSN 1214-6102. Dostupné z: [Psychosom 2 2015 zlom - IMG_FULL \(medvik.cz\)](#). [cit. 2023-07-06].
- TAYLOR, R. E.; MANN, A. H.; WHITE, N. J. a GOLDBERG, D. P. *Attachment style in patients with unexplained physical complaints* [online]. *Psychological Medicine*. Roč. 30, č. 4, s. 931-941. ISSN 00332917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0033291799002317> [cit. 2023-11-30].
- TRESS, Wolfgang; KRUSSE, Johannes a OTT, Jürgen. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
- VACEK, J. *Vertebrogenní algický syndrom* [online]. *Practicus* 2005. Roč. 4, s. 244-247. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <https://www.practicus.eu/data/Practicus2005/practicus05-06.pdf>. [cit. 2024-07-08].
- VAN MIDDELKOOP, Marienke; RUBINSTEIN, Sidney M.; KUIJPERS, Ton; VERHAGEN, Arianne P.; OSTELO, Raymond et al. *A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain* [online]. *European Spine Journal*. 2011, roč. 20, č. 1, s. 19-39. ISSN 0940-6719. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1518-3>. [cit. 2024-07-09].

VYBÍRAL, Zbyněk a ROUBAL, Jan (ed.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

WALLER, Elisabeth; SCHEIDT, Carl Eduard a HARTMANN, Armin. *Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders* [online]. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 2004, roč. 192, č. 3, s. 200-209. ISSN 0022-3018. Dostupné z: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/2004/03000/attachment_representation_and_illness_behavior_in.5.aspx [cit. 2023-11-30].

WEHRWEIN, Erica A, ORER Hakan S. a BARMAN Susan M. *Overview of the Anatomy, Physiology, and Pharmacology of the Autonomic Nervous System* [online]. *Comprehensive Physiology*. 2016, roč. 6, č. 3. ISSN 1239-78. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cphy>. → TERJUNG, Ronald (ed.). *Comprehensive Physiology*. Online. Wiley, 2011. ISBN 9780470650714. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/cphy>. [cit. 2024-05-14].

WIPPERT, Pia-Maria a WIEBKING, Christine. *Stress and Alterations in the Pain Matrix: A Biopsychosocial Perspective on Back Pain and Its Prevention and Treatment* [online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018, roč. 15, č. 4. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph15040785>. [cit. 2024-04-27].

YANG, Jiajia; LO, Wai Leung Ambrose; ZHENG, Fuming; CHENG, Xue; YU, Qiuhua et al. *Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self-Efficacy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis* [online]. *Pain Research and Management*. 2022, roč. 2022, s. 1-15. ISSN 1918-1523. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2022/4276175> [cit. 2024-04-21].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Informovaný souhlas

Příloha 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka studie

Název: Psychosomatika a její role u lidí s chronickými bolestmi zad

Popis a průběh studie:

Cílem projektu je pozorovat úspěšnost a vliv fyzioterapie v léčbě onemocnění chronických bolestí zad s významným psychologickým podkladem a sledovat její účinky ve srovnání s účinky dosaženými její kombinací s cílenou psychoterapií.

Ve studii budou zaznamenávány některé demografické údaje (jméno, rok narození), data vztahující se k vlastnostem onemocnění (délka onemocnění, informace o bolesti) a údaje v rámci psychosociální anamnézy (pracovní zátěž, rodinná situace).

Při vstupním vyšetření v rámci Vašeho vstupu do péče bude provedeno první dotazníkové šetření. To sestává ze zodpovězení dvou dotazníků – dotazníku pro hodnocení klinické bolesti a dotazníku pro hodnocení psychické zátěže. Druhé dotazníkové šetření bude provedeno prostřednictvím stejných dvou dotazníků po uplynutí 9 týdnů Vaší léčby.

1. Souhlasím se svou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl/a jsem podrobně informován/a o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, jaká data budou sbírána a proč. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Na otázky kladené v rámci dotazníkových šetření odpovím pravdivě a co možná nejpřesněji, aby byly výsledky studie co nejméně zkreslovány.
4. Vím, že svou účast ve studii mohu kdykoliv svobodně přerušit či odstoupit – má účast je plně dobrovolná.
5. Souhlasím s přístupem autorky studie k informacím o mém stavu zaznamenaným pracovníky soukromé ambulance Mgr. Jiřího Kajzara (Týnská 17, Staré Město) v rámci mého vstupu do péče. Je mi známo, že se autorka studie zavazuje data při zpracovávání anonymizovat.
6. Beru na vědomí, že s účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné finanční odměny.
7. Převzal/a jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Jméno účastníka projektu:

Podpis účastníka projektu:

Podpis autora projektu:

Dne:

Dne:

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DPS – dům s pečovatelskou službou

FT – fyzioterapie

HPA – hypotalamo-pituito-adrenální

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MRI – magnetická rezonance

NO – nynější onemocnění

PT – psychoterapie

SA – sociální anamnéza

SD – směrodatná odchylka

SpA – sportovní anamnéza

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu