

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Nácvik autogenního tréninku jako metody
k ovlivnění chronické bolesti**

Eva Bruková, DiS.

vedoucí práce: Mgr. Lenka Procházková

Praha 2011

Prague collage of psychosocial studies



Practicing Autogenic Training in Order to Influence Chronic Pain

Eva Bruková, DiS.

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Lenka Pro-
cházková

Praha 2011

Čestně prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně. Uvedla jsem v ní veškerou literaturu a ostatní užitečné zdroje.

V Praze dne 2. května 2011

Eva Bruková, DiS.

Poděkovat bych chtěla především své rodině, za trpělivost a péči nejen v době psaní bakalářské práce. Můj velký dík patří magistře Lence Procházkové, za to že se ujala vedení této bakalářské práce. Dále děkuji všem svým konzultantům a respondentům, kteří mi byli nápomocni při tvorbě této studie.

Obsah

Úvod.....	7
1 Pacienti s bolestí.....	9
1.1 Definice bolesti.....	9
1.2 Akutní, chronická a psychogenní bolest	12
2 Fyziologie bolesti.....	15
3 Diagnostika	19
4 Léčba.....	23
4.1 Invazivní techniky	23
4.1.1 Analgezie	23
4.1.2 Neurochirurgické metody	24
4.2 Akupunktura a akupresura	24
4.3 Neinvazivní techniky	25
4.3.1 Farmakologická léčba	25
4.3.2 Fyzioterapie.....	26
4.3.3 Psychoterapie.....	28
4.3.4 Relaxace.....	30
5 Autogenní trénink	33
5.1 Princip autogenního tréninku	34
5.2 Nácvik autogenního tréninku	36
5.2.1 Základní stupeň autogenního tréninku.....	37
5.2.2 Nácvik základního stupně autogenního tréninku	
40	
6 Mapovací popisný průzkum	44
6.1 Zvolené metody a jejich ověření.....	44
6.2 Respondenti	46
6.3 Vybrané kazuistiky pacientů	47
6.4 Výsledky a prezentace dat	56
6.5 Diskuse	61
Závěr	64

Seznam literatury	65
Přílohy	68
Anotace	102

Úvod

Ve světě stále narůstá počet lidí, kteří trpí chronickými bolestmi vyvolanými psychosomatickým působením. Přestáváme vnímat a naslouchat svému tělu. První příznaky, že něco není v pořádku, smeteme ze stolu jako obtížný hmyz. Toto jednání se nám dříve nebo později vrátí s mnohem větší intenzitou.

Pojem bolesti má v obecné řeči mnohé významy, vystihuje mnohá lidská trápení. Každý má své skryté a většinou ani ne plně uvědomované bolesti duše. Denně prožíváme ztráty, když se nás něco „dotkne“. Řešíme „společenské a ekonomické bolesti“. Bolest psychickou velmi často současně vnímáme jako bolest tělesnou.

Bolest je nutno zkoumat v širších souvislostech, než jako jednoduchou dráhu od poškozené oblasti do mozku. Je potřeba brát v úvahu emocionální složku bolesti, která bývá často opomíjena. Bolest nejčastěji vzniká jako následek akutního tkáňového poškození. To však není jediný způsob vzniku bolesti. Může vzniknout kdekoliv na nervové dráze.

K bolesti je nutné přistupovat jako k souhrnnému prožitku, který ovlivňuje naše prožívání a chování. Do vyhodnocení podnětu jako bolestivého zasahují i naše emoce, předchozí vzpomínky a nevědomé paměťové záznamy (JANÁČKOVÁ, 2007).

O problematice bolesti je mnohé napsáno. Přední světoví i čeští odborníci se tímto tématem zabývají již řadu let, s některými se lze setkat v této práci. Nejen odborníci mají své teorie bolesti. Každý jedinec si vytváří svou představu o bolesti. Prožitek bolesti je současně určován prožitými emocemi, očekáváním a sociokulturní představou bolesti.

Předkládaná práce je úvodním náhledem do složité problematiky bolesti. Stěžejními tématy, kterými se v této práci budu zabývat, jsou prožitek bolesti a vnímání autogenního tréninku. V krátkosti představím bolest jako komplexní vjem, který ovlivňuje naše chování a prožívání. Seznámíte se s názory předních odborníků na patofyziologii bolesti, její diagnostiku a způsoby měření. Poté se budu věnovat možným způsobům léčby chronické bolesti. Zaměřím se na nejrozšířenější relaxační metodu - autogenní trénink.

V empirické části se budu zabývat tím, jak vnímají nácvik autogenního tréninku lidé trpící chronickou bolestí. Mapovací průzkum je počátečním stádiem výzkumu. Jeho cílem je přispět těmito výsledky k empiricky ověřitelnému stanovení dalšího výzkumu.

1 Pacienti s bolestí

1.1 Definice bolesti

Bolest provází člověka celým životem od nepaměti. V bolesti se narodíme, v průběhu života pocítíme častokrát bolest a v bolesti i často umíráme.

Podle **Praktického slovníku medicíny** je bolest „*jeden z nejtypičtějších příznaků onemocnění ...jehož biologickým smyslem je upozornit na vznikající chorobu. Mechanismus vzniku ... není zcela jasný. Uplatňují se chemické látky dráždící nervy ...bolest může být upravována vlivy nervovými ... Místo vnímání b. nemusí vždy odpovídat postiženému místu ...*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s. 51).

Podle **Mezinárodní asociace na studium bolesti** (IASP – International Association for the Study of Pain) je bolest „*An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage. ... Pain is always subjective*“ (cit. dle MERSKEY, 2011).

To je mnohem širší pojetí než jakou popisuje v 17. století **Descartes**. Představoval si, že bolest má jednu jednoduchou dráhu – od poškozené tkáně do mozku. Pojetí bolesti, vychází z jeho představy o světě. Rozlišuje dva světy, svět hmoty a svět ducha. Zaznamenaný vjem rozezvučí vzhůru jdoucí jemné vlákno, které je spojeno s poškozeným místem na kůži a na druhé straně s mozkem. Jeho představa bolesti a zvoníka, vedla ke snaze zabránit bolesti pomocí neurochirurgického přetětí dostředivých drah, které vedou bolestivý vzruch příslušnými nervovými vlákny do mozku. Další výzkumy ukázali, že toto jednoduché pojetí bolesti je nedostačující (cit. dle MELZAC, 1973).

V 19. století **Goldscheider** vytvořil teorii o periferním kódování informace a o vedení bolestivých podnětů na úrovni míchy. Ve stejné době H. R. **Marschall** poukázal na fakt, že bolest je složitější jev. Zdůrazňoval emocionální a afektivní složku bolesti, motivaci a vědomé složky. Ve 20. století **Livingston** studoval fantomové bolesti. Hovořil o centrálním kódování vjemu bolesti, kdy údaje o bolesti přicházejí z organismu do mozku. V témže století **Noordenbos** přišel s novými poznatky o silných a slabých nervových vláknech vedoucích vzruchy bolesti. Tím vysvětloval pásové bolesti při chirurgickém přetnutí míšní dráhy (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

Přelomovým objevem ve výzkumu bolesti byla **vrátková teorie** vytvořená R. Melzackem a P. D. Walslem roku 1965. Tato teorie říká, že mícha obsahuje neutrální „*vstupní kontrolní vrátka*“, která blokují signály bolesti směřující do mozku, je-li zaplavena signály konkurenčními“ (KASSIN, 2007, s. 102). Dnes již víme, že vrátková teorie nemůže zcela vysvětlit všechny fenomény bolesti.

V návaznosti na vrátkovou teorii **Synder** poukázal na to, že chod zprávy může být modulován: osobnostní charakteristikou pacienta, náladou, vlivem prostředí, okolnostmi, situací a vlivem učení. Významným objevem v oblasti regulace a modulace bolesti byl **Hugheseho** a **Kasterlitzeho** výzkum neurotransmiterů na dráze přenosu bolesti. Zjistili, že v mozku existují substance, které se podobají opiátům. Tyto látky vykazují vlastnosti morfinu, a byly nazvány endorfiny (endogenní opiáty, dnes označeny epinef- rin) (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

Bolest sice nejčastěji vzniká poškozením tkáně, ale svůj specifický význam zde hraje zkušenost doprovázená vědomými i nevědomými vzpomínkami, které s emocionální pamětí dávají bo-

lesti určitý význam. Bolest však nemusí vycházet z přímého poškození tkáně, ale může vzniknout kdekoliv na nervové dráze. Takto si lze vysvětlit bolesti fantomové (amputovaná končetina) a myofasciální (zdroj bolesti je jinde než-li v místě, kde se projevuje) a analgie (bolestivé zranění není vnímáno).

Zdrojem bolesti může být tkáňové postižení, porucha na drahách a strukturách vedení. Může být vyvolána i psychologickým, emočním či sociálním podnětem. Nejčastěji se však jedná o kombinaci všech výše uvedených vlivů.

Bolest je **komplexní vjem**, který ovlivňuje naše prožívání a chování. Projevuje se specificky v oblasti biologické, psychologické i sociální.

Psychologická rovina bolesti je určena emoční kvalitou a směsicí pocitů, která je současně kognitivně zpracována a vyhodnocena do konečného prožitku bolesti. Strategie zvládnání bolesti (coping) jsou individuální od modlitby a meditace, přes řízenou imaginaci až k fyzické aktivitě či abreakci. A. Yamamotová k tomu dodává toto: „*Jestliže bude bolestivý podnět působit dlouhodobě, může se v oblasti poranění i v okolí nepoškozené tkáni rozvinout hyperalgezie, tj. zvýšená vnímavost vůči bolesti, přecitlivělost na bolest*“ (YAMAMOTOVÁ, 2011, s. 33).

Sociální rovina bolesti, tedy to jak se k projevům bolesti staví nejbližší okolí pacienta, je důležité pro přijetí nebo nepřijetí bolestivého chování a modulaci osobního prožitku. Motivace k léčbě je individuální a liší se dle toho, zda je bolestivé chování pacienta odměňováno (starost, péče) nebo odmítáno (nezájem, trestající strategie).

Tolerance k bolesti je zcela individuální. Obecně závisí na individuálním prahu bolesti, různých časových úsecích (životní úsek, cirkadiánní rytmus), významu přikládanému bolesti (známá

a neznámá bolest), na etnickém a kulturním zakotvení (bolest jako součást rituálu), očekávání velikosti nastávající bolesti, na míře úzkosti, strachu a tenze z nastávající bolesti (zhoršení v důsledku snížení prahu bolesti) a na vzájemných vztazích v rodině (ATKINSON aj., 2003).

1.2 Akutní, chronická a psychogenní bolest

Bolest můžeme rozdělit z hlediska průběhu času na dvě obecné kategorie, na akutní a chronickou.

Akutní bolest vzniká na základě narušení integrity organismu. Má význam signálu nemoci. Její začátek je náhlý a časově omezený (trvá několik hodin, dnů a týdnů). Při vyšší intenzitě představuje velkou psychickou zátěž, na kterou organismus reaguje fyziologickými změnami obdobnými jako při stresu (viz Příloha č. I. Reakce na stres). Lokalizovat akutní bolest lze zpravidla dobře, zásadní je léčit prvotní příčinu a efektivně tlumit bolest.

Mechanismus akutní bolesti se skládá ze specifických fyziologických mechanismů, nespecifických modulačních procesů a vnějších procesů a vlivů. Rozvoj prožitku akutní bolesti lze rozdělit do několika fází: percepční vnímání (uvědomění si bolestivého podnět), nocicepční (podněty vyvolávající bolest) procesy, pocit bolesti (intenzita, rozsah), kognitivní zhodnocení (význam, jaký je bolesti přikládán) a sekundární somatizace (odpověď organismu na bolest). Vliv na prožitek bolesti má i vnitřní prožívání této bolesti (reflexní citová reakce, citový útlum, vtíravé myšlenky, hledání řešení) a reakce okolí (bagatelizace, agrese, snaha pomoci (JANÁČKOVÁ, 2007).

„Bolestivý podnět vyvolá uvolnění chemických látek v kůži, které potom stimulují určité receptory s vysokým prahem (transdukční stadium)“ (ATKINSON aj., 2003, s. 142).

Bolest je sensorický vjem, který varuje před poškozením tkáně nebo signalizuje vznik poškození. Tato koncepce je použitelná jen pro krátce trvající bolest. Trvá-li bolest příliš dlouho, ztrácí biologický signál svůj smysl. Zatímco akutní bolest napomáhá přežití, chronická bolest má destruktivní účinky na tělesné, psychické i sociální zdraví.

Chronická bolest (často označována jako chronická benigní bolest) je příznačná tím, že její příčina nemusí být známa, a nebo je neodstranitelná. Stížnost na bolest trvá déle než 3-6 měsíců. Často u ní nelze prokázat vztah mezi poškozením tkáně a prožitkem pacienta. Obvykle je bolest neúměrně silná oproti původnímu podnětu, který ji vyvolal. Pozbývá varovné funkce, a stává se samostatným onemocněním, syndromem. Pacient s chronickou bolestí bývá často frustrován, prožívá bezmoc, depresi, vyskytují se u něj poruchy spánku, snižuje se chuť k sexuálnímu styku, mění se chování a způsob myšlení (generalizace, katastrofické myšlení, selekce, agrese), omezuje sociální kontakty a uzavírá se do sebe. Obvykle vyzkoušel mnoho terapií, které byly neúčinné. Chování pacienta často vzbuzuje dojem, jakoby trpěl vědomím, že nikdo nevěří jeho bolesti. Pacient se pak snaží lékaře přesvědčit o své bolesti, vyžaduje další vyšetření při hledání objektivních příčin obtíží, které nenachází, a stále hlouběji upadá do deprese (KŘI-VOHLAVÝ, 1992).

Chronická bolest je komplex čtyř hlavních oblastí: fyziologické, kognitivní, emocionální, behaviorální a sociální. V některých případech lze zjistit poškození organismu nebo dysfunkci fyziologické činnosti, neexistuje však lineární vztah mezi fyziologickým poškozením a intenzitou chronické bolesti. To jak pacient prožívá chronickou bolest závisí na jeho představách o bolesti, jeho přesvědčení nebo víře. Dlouhodobé působení bolesti

vyvolává u pacienta strach, úzkost a beznaděj. Člověk se stává podrážděným, setkává se s řadou psychosociálních problémů. „Dochází ke snížení prahu bolesti. Pacient je pak citlivý na sebe-menší podněty ... dochází k postupné sociální izolaci. Nastupuje deprese“ (JAROŠOVÁ, 2007, s. 57).

Chronická maligní bolest (onkologická bolest) byla done-dávna chápána jako součást pojmu chronická bolest. V praxi se však tento přístup ukázal jako nedostačující. Onkologická bolest tvoří samostatnou část diagnostiky a léčby bolesti. Maligní bolest souvisí s vlastním nádorovým onemocněním. Léčba onkologic-kých pacientů je v současnosti na vysoké úrovni, perspektiva na vyléčení se zvýšila, ale stále přetrvává nedostatečné tlumení bo-lesti (JAROŠOVÁ, 2002). Ovlivnění bolesti u onkologických pa-cientů se zabývalo a zabývá i řada českých odborníků v této ob-lasti (DOSTÁLOVÁ, 1986, ŠEVČÍK a VORLÍČEK, 2004).

Zvláštním případem chronické bolesti je **psychogenní bo-lest**. Ta nemá zjevný organický původ, má však biologický základ a vzniká především na úrovni limbického systému a mozkové ků-ry. Intenzitu psychogenní bolesti ovlivňuje stupeň úzkosti, emoč-ní strádání a látky snižující intenzitu vnímaného prožitku bolesti (endorfin, dynorfin, enkefalin, endomorfín). „Léčba psychogenní bolesti spočívá v komplexním přístupu a využívá psychofarmak, psychoterapie a eventuálně i neurochirurgických operací“ (JA-NÁČKOVÁ, 2007, s.37).

2 Fyziologie bolesti

Anatomické a fyziologické základy bolesti jsou studovány a upřesňovány několik posledních desetiletí.

Receptory (periferní struktury) zachycují poškození tkáně a tento impuls vedou do centrálního nervového systému (CNS). Zde je vjem zpracován a následně se utváří specifická reakce. Receptory bolesti jsou volná, holá nervová zakončení, která reagují na různé druhy podráždění (tlak, tah, teplo, chlad, apod.). Periferní nocisenzory zahrnují **nociceptory volných nervových zakončení** nacházejících se v kůži, vnitřních orgánech, sliznicích i proprioceptivních orgánech (šlachy, klouby, vazy), dále **vysokoprahové mechanosenzory** vnímající mechanické změny (tlak, tah, dotyk), a specializované **polymodální receptory** které jsou vysokoprahovými receptory pro chlad a teplo. Nejvíce nocisenzorů (nociceptorů) pro bolest se nachází v periferní tkáni (kůži) (ROKYTA, 2003).

Z těchto nocisenzorů vedou vzruchy z periferních orgánů (v kůži, sliznici, svalech a žlázách) dva typy vláken: **vlákna typu A-delta** a **vlákna typu C**. Vlákná typu A-delta mají čtyři podskupiny, alfa, beta, gama a delta, které se liší šířkou myelinové pochvy a rychlostí vedení vzruchu. Obecně vedou vzruch relativně pomalu. Vlákná typu C nemají žádnou myelinovou pochvu a vedou vzruchy ještě pomaleji než vlákna A-delta (JANÁČKOVÁ, 2007).

Bolest vyvolávají nejen vnější podněty (noxy), ale také **látky** tělu vlastní, které dráždí **chemickou** cestou. Můžeme je rozdělit na ty, které **přímo vyvolávají bolestivou stimulaci**, a na látky které **vyvolávají větší vnímavost bolesti** u nocisenzorů. Látky přímo vyvolávající bolestivou stimulaci jsou většinou ty, které vyvolávají zánět. Patří sem histamin (kyselá reakce při svalové

únavě), bradykinin (silný bolestivý účinek, vasodilatační vliv), serotonin (neurotransmitter, vliv na tonus svalů a krevní srážlivost), ionty draslíku (vliv na osmotický tlak tělních tekutin, udržování acidobazické rovnováhy, činnost svalů), a látky bílkovinného typu jako např. substance P (neurotransmitter, předává informaci o bolesti uhlíkovými vlákny). Mezi senzitivizující látky patří leukotrieny (látky uvolňované při zánětlivých a alergických reakcích) a prostaglandiny (vznik v různých orgánech, vliv na prokrvení a tvorbu dalších látek), které nastavují nižší práh bolesti (ROKYTA, 2008).

Vlákna A-delta a C vedou bolestivý vzruch zadními míšními kořeny do **zadních míšních rohů** a do **šedé míšní hmoty**. Šedá hmota míšní je rozdělena do deseti Rexedových zón. Pro vnímání bolesti jsou důležité zóny I, II, III, V, VIII a X. Všechny bolestivé vzruchy vedou přes I. a II. zónu. V nich jsou uloženy struktury substantia gelatinosa Rolandi a Lissauerův trakt a nocisenzory aktivní při vnímání bolesti. Tyto buňky jsou za normálních okolností neaktivní.

Z míchy vede bolestivou informaci několik drah. **Spinotalamická dráha** „vede povrchní bolest z Redexových zón I, II a III do laterálního ventrobazálního komplexu (VB). ...pro projekci z těla je určeno jádro nucleus VPL (ventroposterolateralis) a z oblasti obličejové VPM (ventroposteromedialis)“ (ROKYTA, 2003, s. 285). Bolest je vedena z míchy přímo do thalamu (thalamických jader) nejkratší cestou. Přenáší především bolest ostrou, kožní, akutní a zánětlivého typu. Touto cestou je vedeno nejen bolestivé čítí, ale i pocity chladu, tepla a dotyku. **Dráha spinoretikulotalamická** „vede bolest viscerální – hlubokou, ale vede ji přes retikulární formaci do mediálních intralaminárních jader v talamu – centrum medianu (CM), nucleus centralis latera-

lis (CL) a nucleus parafascicularis (pF)“ (ROKYTA, 2003, s. 285). Bolestivý vzruch vedený z míchy prochází retikulární formací do thalamu. Jedná se o roztroušený difúzní systém buněk uložený v celém mozkovém kmeni (v prodloužené míše, Varolově mostu a středním mozku). Bolest se dále převádí přes jádra difúzních buněk do **limbického systému**, především do hypothalamu a z něj pak do thalamu. V thalamu vznikají bolesti hluboké, útrobní, viscerální (nespecifická útrobní bolest) a chronické (především nádorové). **Dráha spinoparabrachiální** vede informace do hypothalamu a amygdaly, tyto dráhy jsou zodpovědné za afektivně emoční složku bolesti (JANÁČKOVÁ, 2007).

Z thalamu se bolest promítá do mozkové kůry lokalizované v gyrus postcentralis parietálního laloku, kde je zmenšená projekce celého těla nazvaná **homunkulus** (človíček), v němž jsou jednotlivé části zastoupeny v rozsahu, který odpovídá jejich funkčnímu významu. V mozku se bolest zpracovává, interpretuje a vnímá a s přidáním psychologického fenoménu vede k subjektivnímu prožitku bolesti. To dokládá i Rokyta ve své publikaci: „*Z hypothalamu a z limbického systému vůbec je ovlivňována především emotivní složka bolesti. Retikulární systém má vztah k locus coeruleus, který má přímý vztah k emocím strachu a úniku, a proto se významně účastní na modulaci bolesti*“ (ROKYTA, 2003, s. 285).

Organismus má kromě látek zvyšujících prožitek bolesti i **látky k tlumení bolesti**. Tělo dovede vytvořit látky podobné morfinu, tzn. **endorfiny**, které jsou tvořeny převážně v mozku, a **enkefaliny**, které se tvoří v míše. Při bolestivém dráždění organismu se uvolní endorfin a obsadí receptor bolesti. Další látkou je např. estrogen. Hladina těchto látek v těle kolísá.

Centrální nervový systém (CNS) bolestivou informaci nejen zpracuje, ale dokáže si ji také zapamatovat, tzv. **memory-like proces**. Nepříjemná zkušenost dává vzniknout podmíněné nepříjemné reakci na bolest. Vzniká tím odpor k situacím, při kterých může bolest vzniknout. Tímto způsobem si bolest pamatují především děti.

Pomocí memory-like procesu si lze vysvětlit i **fantomové bolesti**. Tedy bolesti pociťované v amputované končetině, které prožívá intenzivně a se všemi projevy jako bolest skutečnou. L. Janáčková k tomu dodává toto: „*Při každém typu bolesti se mění vzorec (enagram) v centrálních nervových strukturách.*“ *To dokládají fantomové bolesti, kdy i po amputaci končetiny zůstane v mozku jeho projekce*“ (JANÁČKOVÁ, 2007, s. 31). Bolest vzniká drážděním některého místa nervové dráhy, kterou paměť pro tělesné schéma vyhodnotí tak, jak ji vyhodnocovala v období, kdy organismus byl ještě celistvý.

Původ **projikované (přenesené) bolesti** je lokalizován jinde než v orgánu, v němž je pociťován. Nejčastěji se s tímto typem bolesti lze setkat u onemocnění viscerálních orgánů. „*Často vzniká např. kompresí spinálních nervů při lumbosakrálním syndromu a projikuje se do celé dolní končetiny, do dutiny břišní a do varlat ... Nocicepční stimulace vnitřních orgánů vyvolá bolest nejen v příslušném viscerálním orgánu, ale také ve vzdáleném orgánu či na povrchu těla*“ (ROKYTA, 2003, s. 288).

3 Diagnostika

Bolest je zážitek, který nás vytrhuje z každodenního života. S různou intenzitou zasahuje naši mysl a hlásí se o pozornost. Bolest nás upozorňuje, že se děje něco důležitého, co vyžaduje naši pozornost. Bolest však není vždy jen negativním důsledkem poranění, ale dá se říci, že „...*je bolest rozhodující pro přežití, protože slouží jako rudý prapor, výstražný systém signalizující nebezpečí a hrozbu poškození tkáně. Život bez bolesti zní možná lákavě, ale asi by takový život netrval moc dlouho*“ (KASSIN, 2007, s. 102).

Při pocitu bolesti obvykle člověk ví, kde ho to bolí. Většinou je schopen přesně označit bolestivé místo, např. při poranění prstu. V jiných případech pacient pociťuje bolest v určité oblasti, ale nelze přesně lokalizovat postižené místo. To je obvyklé při bolestech břicha. Důležitý je i charakter bolesti popsán slovy, např. zda to pálí, píchá, že máme křeče, cítíme ostrou nebo bodavou bolest, apod.

Nejpalčivější otázkou zůstává, jak silně pacienta něco bolí. Intenzita bolesti nemusí být pociťována stále stejně, často kolísá. Obecně bolest bývá silnější ráno, dopoledne ustoupí a večer se opět vrátí.

Při diagnostice bolesti je vždy důležité uvědomit si, že bolest je subjektivní. Nikdo jiný než sám zasažený bolest nemůže lépe popsat. Častou chybou zdravotnického personálu je toto hledisko podceňovat a dát spíše na zprostředkovaný popis bolesti druhou osobou (SOFAER, 1997).

Způsobů **jak měřit bolest**, je mnoho. Různí autoři uvádějí různý počet možných cest diagnostikování bolesti. Rozdělit je lze na dva velké bloky. Nejčastěji používanými metodami jsou dotaz-

níky a škály, které jsou často doplňovány o rozhovory s pacienty. Oba tyto způsoby lze upřesnit a rozdělit podle struktury: kde to bolí (lokalizace a topologie bolesti), jak moc to bolí (problematika intenzity bolesti), kdy to bolí (časová dimenze bolesti), jak to bolí (kvalita bolesti) a za jakých okolností se bolest zhorší či poleví (ovlivnitelnost bolesti).

Nejpřirozenější cestou jak zjistit něco o pacientově bolesti je **anamnestický rozhovor** vedený mezi lékařem a pacientem. Rozvoj a kladení většího důrazu na provázanost těla a duše vede lékaře ke zkoumání nejen životopisného rámce pacienta, ale i k významným psychologickým prvkům pacienta (především zvládnutí současné životní situace). Cílem je zjistit, co vše předcházelo návštěvě u lékaře, seznámit se s historií bolesti, jaký je sociální život pacienta, zaznamenat další pacientovy těžkosti, bolesti a nemoci, apod. Anamnéza tvoří součást komplexního klinického vyšetření. Její pečlivé provedení je předpokladem správné diagnostiky a také navození důvěry mezi lékařem a pacientem. J.Křivohlavý zdůrazňuje, že: *„Nejde zde jen o slyšení toho, co pacient říká, ale i o registraci mimoslovních – nonverbálních údajů“* (KŘIVOHLAVÝ, 1992, s. 14).

Kde to pacienta nejčastěji bolí pomáhá odkrýt **topologie bolesti**. J.Kabat a Zinna v r. 1983 sestavili „Dotazník bolesti“ (Body Parts Problem Assessment). Použití tohoto dotazníku je snadné. Před návštěvou lékaře pacient v dotazníku vyznačí příslušná bolestivá místa a na pětistupňové škále označí jejich intenzitu (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

Přesnější informace získáme z „**Mapy bolesti**“ (The Pain Chart) M.S.Margolese z r. 1983. Pacient zakresluje místo a intenzitu bolesti na obrázku postavy člověka zobrazené z různých stran.

Při zjišťování **intenzity bolesti** se nejčastěji používá analogová stupnice intenzity bolesti (VAS – Visual Analogue Scale). Tuto metodu popsal E.C.Huskisson v r. 1974. Pacientovi je předložena vizuální nebo numerická škála (NRS), kde jsou vyznačeny extrémní polohy bolestivé zkušenosti (cit. dle GOULDY, 2001).

Druhou často užívanou metodou je **srovnávací metoda**, tzv. tourniquetové vyšetření intenzity bolesti, jehož autorem je D.Lewis. Cílem je určit příslušné místo v rozpětí dvou extrémních stavů „vůbec to nebolí“ a „bolest je nesnesitelná“. Princip je podobný jako při vyšetření tlaku. Pacientovi je nandána gumová manžeta, která se postupně nafukuje. V průběhu vyšetření pacient sděluje lékaři jak intenzivně cítí bolest (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

K **verbálnímu zhodnocení intenzity bolesti** se používá podobný princip jako u metody analogové stupnice, kdy se určuje horní a dolní práh bolesti. Vytvoření slovní škály je velmi obtížné, zabýval se jím Dallenbach v r. 1939, navázali na něj Melzack a Torgenson, J.Křivohlavý a další (MELZAC, 1978; KŘIVOHLAVÝ, 1992). Zatímco analogová škála ponechává prostor mezi dvěma extrémy zcela volný, naproti tomu verbální způsob se snaží zjišťování intenzity bolesti členit do mezníků, které jsou od sebe stejně vzdálené. J.Křivohlavý v r. 1987 navrhl stupnici o pěti bodech: nepatrná bolest, mírná bolest, vážná bolest, mučivá a týrající bolest, a zcela nesnesitelná bolest (KŘIVOHLAVÝ, 1992).

Intenzitu bolesti lze změřit i pomocí „**dolů**“. I tato metoda vychází z extrémních hodnot. Krajiní body od sebe oddělují menší úseky zvané „doly“ („dolor“ latinské slovo pro bolest). Jeden „dol“ pak označuje nejmenší rozlišitelný stupeň bolesti. Této metody se používá ve výzkumu analgetického vlivu různých léků.

Intenzita bolesti se v **průběhu času** často mění. Bolest může být intenzivní pouze krátký okamžik, a nebo trvat déle. A právě u této dlouhotrvající bolesti rozeznáváme různé stupně. Do záznamového archu si pacient poznamenává intenzitu bolesti i jiné okolnosti související s bolestí. Tyto údaje se dají graficky zpracovat. K.D.Keele v r. 1983 definoval záznamový list průběhu bolesti (Pain chart). Tento diagram zachycuje průběh intenzity bolesti v průběhu času (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

Kvalitou bolesti rozumíme emocionální prožitek bolesti, který je vždy individuální. První pokus, souhrnně popsat a kategorizovat kvalitu bolesti, učinil r. 1939 Dallenbach. Po něm pokračovali Melzac a Torgerson v r. 1971, dále Kremer a Atkinson v r. 1983. Metodou MPQ (McGill Pain Questionnaire) vyvinutou R.Melzackem, měříme afektivní, sensorické a hodnotící údaje o kvalitě bolesti (cit. dle JAROŠOVÉ, 2002).

Zážitek bolesti může být sdělen i jinak. Z **neverbálních projevů** můžeme vyčíst to, že pacienta něco bolí. K.D.Craig a K.M.Prkachin v r. 1983 uvedli přehled těchto mimoslovních deskriptorů: paralingvistické a mimické projevy, pohyby končetin (ustrnutí, tření příslušného místa rukou,...), posturologické non-verbální projevy (obrana před nebezpečím, ustrnutí,...), nebo aktivitu autonomního nervového systému (zvracení, zrudnutí kůže,...). Výzkumem těchto projevů se dále zabýval Leventhal a Sharp (Systém kódování mimických projevů bolesti u rodících žen), a v r. 1978 Ekman a Friesen (FACS - The Facial Action Coding System) (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

4 Léčba

4.1 Invazivní techniky

4.1.1 Analgezie

Analgezie se využívá pro dočasné snížení vnímání bolesti. Jedná se o podání analgetik do krevního řečiště nebo přímo do mozkomíšního moku. B. Sofaer hovoří ve své knize o síle analgetik: „...musíme rozlišovat mezi opioidními a neopiodními analgetiky. Opioidní analgetika působí přes centrální nervový systém, kdežto neopiodní působí na nervy v místě bolesti“ (SOFAER, 1997, s. 72).

Subarachnoidální podání léčiva je aplikace léčiva přímo do míšního vaku, tzn. vazivového pouzdra obsahujícího mozkomíšní mok. Tato metoda poskytne pacientovi téměř okamžitou úlevu od bolesti s použitím menšího množství anestetik.

Epidurální anestézie je aplikace léčiva před tvrdou plenu míšní, kdy po zavedení katétru pomocí jehly a cévky se do epidurálního prostoru vpraví anestetika, načež se katétr přilepí k záďům náplastí. Výhodou je, že pacient neztrácí hybnost těla a končetin. Pacient pocítí úlevu již po několika minutách (SOFAER, 1997).

K **blokádě periferních nervů** dochází tehdy, blokujeme-li nervové vedení jinde než v oblasti páteře. Tato technika vychází z anatomických znalostí průběhu nervů. Léky se aplikují do blízkosti periferních nervů. Tento postup je efektivní, ale u chronických obtíží se musí opakovaně aplikovat (JANÁČKOVÁ, 2007).

4.1.2 Neurochirurgické metody

Neurochirurgie je medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou a následnou rehabilitací onemocnění, která postihují celý nervový systém (mozek, periferní svalstvo, míchu a páteř). Cílem neurochirurgů je co nejrychlejší chirurgické řešení, které vrací pacienta do plnohodnotného života. Funkčními nervovými onemocněními (bolestivé stavy, epilepsie, apod.) se zabývá **cévní chirurgie**.

K chirurgickému zákroku se lékař rozhodne, až po selhání všech možností klasické medicíny. Pacientovi je neurochirurgickým zásahem **přerušena dráha bolesti**. Nervy, tedy dočasně nebo trvale ztrácí schopnost vést jakýkoliv signál včetně bolesti (JANÁČKOVÁ, 2007).

V naší zemi je chirurgie bolesti propracována velmi precizně již dlouhou dobu. Už prof. MUDr. Arnold Jirásek podal v šedesátých letech minulého století její velmi kvalifikovaný přehled (JIRÁSEK, 1961).

4.2 Akupunktura a akupresura

Akupunktura je forma tradiční čínské medicíny, která pomocí vpichu vlasově tenkých jehliček do určitých bodů na těle stimuluje proudění čchi (přirozené léčivé energie). Zkušený praktik je dokáže umístit do potřebného bodu bezbolestně. Čchi proudí tělem speciálními kanály zvanými meridiány a k nemoci dochází následkem jejich zablokování. Léčení akupunkturou nepotřebuje žádné léky a nehrozí vedlejší účinky ani závislost.

Akupunkturu u nás zaváděli lékaři již v minulém století, není to tedy žádná nová metoda (UMLAUF, 1970; UMLAUF, 1975). Za zmínku stojí i ušní akupunktura, která má také co říci k otázce tlumení bolesti (ESLER, 1994).

Akupresura se podobá akupunktuře, ale místo jehel se používá tlaku prstů. V Orientu se používá po celá staletí k léčbě nej-různějších bolestí, k překonání únavy a snížení napětí. Podstatou akupresury je vyvíjení tlaku na určitá místa s cílem zrychlovat nebo zpomalovat proudění životní energie meridiány (HANEL, 1989). Intenzita tlaku, který je nutno vyvinout, a způsob pohybu palcem nebo prsty nad příslušným bodem závisí na potížích, které chceme léčit.

4.3 Neinvazivní techniky

4.3.1 Farmakologická léčba

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje pro léčbu bolestí analgetika dle třístupňového analgetického žebříčku (neopioidní analgetika, slabé a silné opioidy) v kombinaci s tzv. koanalgetiky, zejména antidepresivy a antikonvulzivy.

Antidepresiva jsou „*léky působící na patologicky pokleslou náladu a další příznaky depresivního syndromu*“ (SVOBODA aj., 2006, s. 63). V léčbě bolesti jsou využívána pro jejich analgetický účinek, a to bez ohledu na to, zda je nebo není přítomna deprese u nemocného. Působí příznivě na neuropatické bolesti a spastické svalové bolesti. Využít lze i jejich anxiolytických a sedativních účinků.

Používání **anxiolytik** vychází z předpokladu, že úzkost a deprese negativně ovlivňuje prožívání bolesti. Nejužívanějšími anxiolytiky jsou benzodiazepiny a preparáty využívající myorelaxační efekt. Vedou k uklidnění a relaxaci pacienta. Využívají se především pro léčbu akutních bolestí. Nejsou vhodné pro dlouhodobé podávání. Nevýhodou je celkový útlum, zvyšování tolerance a možnost návyku. Po vysazení se mohou znovu objevit původní symptomy.

Neuroleptika snižují dráždivost dopaminových receptorů. Využívají se jejich sedativní a spánek navozující účinky. Jsou vhodné k léčbě chronické bolesti.

Antikonvulziva se uplatňují u tlumení neuralgií a dalších bolestí neuropatického charakteru. Na buněčné úrovni stabilizují membránu, podporují inhibiční procesy a redukují excitační přenos.

Steroidy se využívají pro příznivý účinek u zánětlivých bolestí. Mají především lokální protizánětlivý i centrální účinek.

Dále lze využít i **placebo efektu**, tedy podání neúčinné látky. McCaffery definuje placebo jako *„každou lékařskou terapii, která na pacienta působí v důsledku předpokládaného nebo nepochybného léčebného úmyslu a nikoliv svou specifickou charakteristikou“* (cit. dle JAROŠOVÉ, 2002). L.Janáčková upozorňuje na to, že *„...nemocný reaguje příznivě na placebo terapii, neznamená, že netrpí skutečnou bolestí“* (JANÁČKOVÁ, 2007, s. 77). Působení placebo efektu nelze jednoznačně vysvětlit. Nejde pouze o labilitu nebo vysokou sugestibilitu pacienta, ale lze ji vysvětlit jako podmíněnou reakci.

4.3.2 Fyzioterapie

Fyzioterapie užívá přírodních prostředků k léčbě nemocných. Využívá se působení různých druhů energií, např. tepelná, světelná, elektrická, zvuková, mechanická, radiační, energie vodních a plynových částic, které jsou prováděny pomocí různých přístrojů.

Elektroléčebné procedury využívají různých druhů elektrických proudů, které zlepšují prokrvení tkání, uvolňují napětí svalů nebo je naopak posilují. Jsou založeny na aplikaci stejnosměrného, nebo střídavého elektrického proudu. Stejnosměrný

proud umožňuje vpravování různých látek do organismu. Střídavého nízkofrekvenčního proudu se využívá při použití transkutánní nervové stimulace (TENS). Dále se využívá distanční (bezkontaktní) elektroléčby, ionoforézy (galvanický proud vpravuje léky do povrchových vrstev kůže nebo sliznic), galvanizace (galvanický stejnosměrný proud se stálou intenzitou podporuje výměnu kationtů a aniontů v tkáni), diatermie (vysokofrekvenční energie využívající tepelného účinku), diadynamický proud (nízkofrekvenční proud s analgetickými účinky), interferenční proud (vzájemné ovlivňování dvou středněfrekvenčních proudů přímo ve tkáni), Träbertův proud (nízkofrekvenční pulsní proud má analgetický účinek) a elektrostimulace (dráždivé účinky nízkofrekvenčních proudů při prevenci ochabnutí svalstva) (MELZAC, 1978).

Vodoléčba a jiné formy léčby teplem patří k nejdéle používaným prostředkům léčby. Vodu lze používat k povzbuzení nebo uvolnění, nebo jako prostředí v němž lze cvičit a odpočívat. Kromě účinku tlaku vodního sloupce se využívá tepla nebo chladu. Existuje řada metod a způsobů použití vody, od mírných podnětů (omývání, tření, kartáčování, studené polévání) přes středně silné (celkové nebo částečné koupele, vířivé lázně, perličkové lázně, sprchy, podvodní masáže, napařování, sauna) až po silné (horké lázně, parní lázně, střídavé stříky teplou a studenou vodou, celkové zábaly). Využívá se nejen pro tlumení bolesti, ale i ke zvýšení celkové odolnosti organismu (JANÁČKOVÁ, 2007).

Fototerapie využívá světelné energie, která má všeobecně podpůrný biologický vliv na metabolismus tkání. Ultrafialové světlo se přestalo používat kvůli nebezpečí vzniku rakoviny kůže. Je nahrazeno infračerveným zářením a laserovým paprskem.

Sonoterapie používá zvukové energie, která pomocí ultrazvukových vln vytváří v hloubi tkáně teplo.

Magnetoterapie spočívá v působení umělého magnetického pole, které je buď trvalé (kontinuální) nebo přerušované (pulzní). Využívá se pro zlepšení propustnosti buněčných membrán, zlepšení vodivosti nervů a jejich reaktivitu.

Vakuová terapie používá různých přístrojů, které působí na základě střídání podtlaku a normálního tlaku ve vzduchotěsných válcích. Využívá se např. baňková masáž, kdy se přikládají zahřáté skleněné baňky na tělo. V místě aplikace dochází k výraznému prokrvení, což má za následek rychlý a větší přítok okysličené krve a živin do ošetřované tkáně a zrychlený odtok škodlivin z těla.

Radiační terapie používá volných částic energie, především měkkého záření pomocí rentgenových lamp.

Masáže jsou založeny na souhře různých tlaků a tahů na lidský organismus. Podstatou je působení rukou maséra na kůži a měkké tkáně nemocného. Dochází ke zlepšení prokrvení a uvolnění látek, snižujících vnímání bolesti.

Velmi instruktivní je po této stránce kniha o masáži (LIDELLOVÁ aj., 1994).

Bolestem v oblasti páteře a kloubů se věnoval známý chiropraktik prof. MUDr. Karel Lewit. Sestavil pro takto trpící pacienty celou řadu účelných cvičení, která pomohla mnohým pacientům ke zlepšení kvality života (LEWIT, 1975).

4.3.3 Psychoterapie

Psychoterapie je „...léčebné působení psychologickými prostředky. využívání těchto prostředků je záměrné a plánovité ...je upravováním narušené činnosti organismu ...má odstranit i jejich příčiny, v průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta“ (KRATOCHVÍL, 2006, s. 11).

Předmětem psychoterapie je působení na duševní život člověka, jeho chování, prožívání a projevy. Vnímá člověka jako psychosomatický celek, tedy jako těsný a neoddělitelný vztah mezi tělesnými a duševními procesy. J. Poněšický k tomuto tématu uvádí, že *„Duševní choroby či hrubší duševní poruchy začínají tam, kde se koherence osobnosti hroutí, kde člověk ztrácí pocit jednotlivosti a porozumění sám sobě...“* (PONĚŠICKÝ, J. 2004, s. 13). Psychoterapeut využívá psychických prostředků, kterými působí nejen na psychickou ale i tělesnou stránku člověka. Změna je u pacienta navozena prostřednictvím vědomě použitých metod psychologické povahy. Základem psychoterapeutické práce je komunikace a vztah mezi terapeutem a pacientem.

Sugesce nepůsobí na logické myšlení pacienta, ale snaží se je obejít a ovlivňovat myšlení magické. Využívá autority terapeuta, přesvědčivě podaných tvrzení zaměřených na odstranění potíží. Účinnost závisí na sugestibilitě pacienta, tj. na jeho vnímavosti k sugescím.

Hypnóza je pozměněný stav vědomí. Hypnotický polospánek je stav „soustředěné mysli“, při kterém zhypnotizovaný není ani plně při vědomí, ani úplně nespí. Kratochvíl o hypnóze říká toto: *„Hypnóza je dočasně změněný psychický stav charakterizovaný a) zvýšením sugestibilita, b) vztahem závislosti hypnotizovaného na hypnotizérovi, c) změněným stavem vědomí“* (KRATOCHVÍL, 2006, s. 133). Změny zhypnotizovaný prožívá, jakoby odpovídaly skutečnosti. Často je jeho stav provázen relaxací, ospalostí a útlumem. Změněné a zúžené vědomí můžeme zaměřit požadovaným směrem. U pacientů s chronickou bolestí lze navodit fyziologické změny. Její přínos je v odklonění pozornosti od bolesti. Při pravidelném a opakovaném použití můžeme dosáhnout zmírnění bolestivých stavů pacienta.

Kognitivně-behaviorální terapie změnila způsob pohledu na léčbu bolesti. Poukazuje na možnost využití motivace a poznávacích procesů v léčbě bolesti, jak dokazuje následující tvrzení E.Sarafina: „*Gate-control theory changed the way many health care workers conceptualize pain by proposing that pain can be controlled not only by biochemical methods that alter sensory input directly, but by modifying motivational and cognitive processes, too*” (SARAFINO, 1998, s. 365). KBT vychází z teze, že lidé jsou vesměs racionální a logické bytosti. Člověk aktivně zpracovává vnímané vjemy. V léčbě je proto využíváno procesů myšlení. Terapeut pomocí své autority, technik a spolupráce s pacientem ovlivňuje zkreslené myšlení a dysfunkční jednání. Tím pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata, která se často projevují jako somatické bolesti, deprese a bezmoc. Nácvik různých prvků chování má pomoci pacientovi zlepšit kvalitu jeho života.

Psychodynamické směry kladou důraz na nevědomí a intrapsychické konflikty. Pacienti s chronickou bolestí často nevědomě řeší své problémy a konflikty únikem do nemoci. Jejich bolest je součástí životního příběhu, který „pomáhá“ zachovat vnitřní stabilitu jedince nebo jeho rodiny. Terapeut pomáhá pacientovi v hledání sebe sama, aby mohl žít plnohodnotný život (VYMĚTAL, 2003).

4.3.4 Relaxace

Pojem relaxace byl do Evropy přinesen z východu. Většina dnes známých technik pochází ze zemí jako je Indie a Čína. Tento výraz již používali středověcí myslitelé. Latinský výraz *relaxatio* znamenal odpočinek, oddech a uvolnění. I v současné době se běžně užívá ve významu odpočinku.

Relaxace je uvolnění svalového a duševního napětí v místech, kde dochází k napětí v důsledku psychického onemocnění. Je stavem psychofyziologické intenzivní regenerace organismu. Relaxace také vyvolává výrazné změny mozkové aktivity. Mozek pracuje ve čtyřech vlnových funkcích. Všechny mají svůj vlastní rytmus. *Vlny alfa* se objevují v situaci, kdy je naše mysl aktivní ale uvolněná. *Vlny beta* odpovídají každodenní aktivitě. *Vlny delta* jsou přítomné během spánku. *Vlny théta* nastupují ve chvíli, kdy se nám zdají sny. Při relaxaci v mozku převládá činnost vln alfa a théta. Což znamená, že jsme klidní, hluboce uvolnění a přitom stále bdělí, avšak mysl je zbavena napětí a zmatku. Tyto vlny se objevují téměř okamžitě, jakmile začneme relaxovat. Jak se postupně uvolnění prohlubuje, jejich frekvence se zvyšuje, a to umožní jasnější a konstruktivnější myšlení. V relaxovaném stavu se zvyšuje vylučování *serotoninu*, hormonu vyvolávajícího pocit štěstí a spokojenosti.

Relaxace obnovuje životní sílu a umožňuje odpoutání se od starostí. Dále je tím myšleno fyzické a psychické cvičení s cílem zlepšit zdravotní stav a celkovou fyzickou a psychickou kondici. V tomto smyslu jde o „*ustálení rovnovážného stavu, a proces nebo stav uvolnění psychického napětí*“ (LINHART aj., 2004, s. 319). V kombinaci s tělesným cvičením působí preventivně v léčbě mnoha nemocí jako nespavost, astma, kožní onemocnění a bolestivé stavy.

Relaxační metody „...*v sobě zahrnují celou řadu postupů, jež vycházejí ze vzájemných souvislostí a ovlivňování mezi třemi skupinami proměnných z oblastí svalového napětí, psychického napětí a funkčního stavu vegetativní nervové soustavy*“ (VYMĚTAL, 2003, s. 78). Nevyřeší za nás sice naše problémy a potíže, ale dokáže účinně oslabit jejich tíhu. Má blahodárné psycho-

somatické účinky. Dokáže uvolnit pocity duševního i tělesného napětí, odstranit úzkost, fobické příznaky, a přeladit člověka do „klidového režimu“. Prohloubené formy relaxace mohou koncentrovat mysl člověka k určitým tématům s cílem zvýšit jeho sebevěru, zlepšit jeho schopnost sebeuvědomění, jakož i vnímavost ke vztahům. J.Vymětal dodává: *„Klasické relaxační metody by měl dobře znát každý psychoterapeut, neboť nalézají široké uplatnění už tím, že u většiny pacientů mohou nahradit anxiolytika a jsou základem dalších psychoterapeutických postupů“* (VYMĚTAL, 2003, S.37).

„Psychologie nyní disponuje indikátory, které dovedou relaxaci prokázat. ... elektroencefalografu (EEG), ve stavu klidu se ukáže ... alfa vlny. ...Indikátorem aktivity jsou naopak beta vlny“ (POHLER, 1995, s. 15).

5 Autogenní trénink

„Autogenní trénink je z řad tzv. relaxačních metod, jako je hypnóza nebo jóga, s širším významem než jen relaxačním (uvolňujícím). Je zároveň metodou sebeprožívání i sebeovládání, sebeřízení, seberegulace, je metodou léčebnou i zdokonalující“ (VOJÁČEK, 1988, s. 11).

Pojem **autogenní** vznikl složením dvou řeckých slov *autos*, sám, a *genos*, rod, původ, vznik. Autogenní trénink je tedy metodou, kterou člověk sám vládne, může sebe sám dotvořit, „znovuzrodit“. Je to stav dosažení vnitřního uvolnění na základě spoluúčasti dvou složek, relaxace a koncentrace. V tomto stavu může člověk působit sám na sebe, tzn. ovlivnit sám sebe autosuggestivně příslušnými formullemi.

Autogenní trénink (dále jen AT) vytvořil německý psychiatr a neurolog prof. I.H.Schultz. Metodu sestavil na základě svých zkušeností s hypnózou. Chtěl, aby pacient mohl dosáhnout stejných výsledků i bez pomoci hypnotizéra. Jde o nejznámější relaxační metodu na světě. Vyučuje se nejen v Evropě, ale i v Americe a v Asii, zejména v Japonsku. Pomocí autogenního tréninku se lze naučit relaxaci, přičemž existují poznatky také o pozitivním vlivu na průběh nemoci. U nás tuto metodu navozování relaxace popisuje řada odborníků, např. L.Míček v r. 1986 nebo K.Vojáček v r. 1988. Rehfisch a Basler v r. 1990 po zhodnocení klinického využití autogenního tréninku říkají: *„Autogenní relaxační trénink by neměl být jedinou psychoterapeutickou metodou k tišení bolesti“* (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992, s. 47).

Karel Vojáček ve své publikaci z r. 1988 popsal tři možné **stupně nácviku** AT: základní, střední (praktický) a vyšší stupeň.

V **základním stupni** nacvičuje pacient tíži, teplo, klidný tep a volný dech, vnitřní teplo a chlad na čele.

Střední stupeň je praktickým využitím AT v běžném životě. Vede k harmonizaci celé osobnosti. Využívá se zde individuálních formulí k pozitivnímu ovlivňování tělesných i duševních prožitků, ke zdokonalení sebeprožívání a sebeovlivňování.

V **nejvyšším stupni** je stěžejním tématem vizualizace pocitů a prožitků, různých vztahů a souvislostí. Formulky, které se používají u vyššího stupně autogenního tréninku, mohou být fyziologické nebo intenční. Fyziologické formulace mají posílit funkci orgánů. Intenční formulky mají vést ke změně jednání, chování a postojů.

5.1 Princip autogenního tréninku

Autogenní trénink se používá jako **psychoterapeutická metoda** k léčbě různých nemocí a obtíží, především neurotických a funkčních. Důležitou součástí je spolupráce pacienta, proto ji nelze používat u každého. Nácvik AT by měl vést zkušený terapeut. Tento požadavek je oprávněný, protože nesprávné cvičení AT může negativně ovlivnit účinky cvičení (VOJÁČEK, 1988).

Při nácviku **základního stupně** se doporučuje postupovat pomalu, co možná nejvíce harmonicky a postupně navozovat „pasivně“ pocity, nespíchat a nevnucovat nic. Špatný nácvik tíže, tepla a dechu nepřináší cvičícímu žádný efekt. Při nesprávném postupu nácviku pravidelného tepu, vnitřního tepla a chladného čela si může cvičící přivodit značně nepříjemné pocity, jako arytmií, žaludeční obtíže, migrénu, apod.

Ve **vyšším stupni** AT se přidávají další nebezpečí a úskalí. V tomto stupni se pracuje především s obrazovými symbolickými představami. Proto je nezbytné správně si nacvičit „odvolání“ vy-

volaných úkazů a představ. Pokud se tak nestane, mohou tyto vize přetrvávat nepřiměřeně dlouho nebo se nechtěně vracet. To může být velmi nepříjemné zvláště pokud jde o představy s nepříjemným obsahem. Obsahy vizí je nutné rozebrat s odborníkem, nejlépe terapeutem, který vede nácvik a rozumí dané problematice.

Vedle relaxace má AT i složku **koncentrace**. „*Jde tedy v AT o stav vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění*“ (VOJÁČEK, 1988, s. 47). Odtahením a izolací od vnějšího světa, lze dosáhnout ponoření se do svého nitra. Podněty jsou vnímány jen slabě a přestávají být rušivé. Člověk se ponoří do svého nitra a plně se věnuje tělesnému i psychickému vnímání. Pro navození těchto účinků se využívá **autosugesce**. Během cvičení je nezbytné se plně soustředit na své myšlenky a představy. Představy používané při cvičení AT mohou ovlivnit psychiku i fyziologické pochody v těle cvičícího.

AT spojuje v člověku tři velké oblasti vzájemně propojeny nervovými spoji. Jsou to, jak píše K.Vojáček: „*oblast psychická (vyšší nervová činnost), oblast somatická – svalová (lokomoční, animální) a oblast viscerální – útrobní (vegetativní, autonomní)*“ (VOJÁČEK, 1988, s. 49). Nejsnáze se ovládá motorická oblast, tedy svalstvo. Následně můžeme skrze reflexy ovlivnit i oblast vegetativní a psychickou. Děje řízené vegetativně se můžeme naučit ovládat i aktivně, což je smyslem AT. Přesněji to popisuje B.Geist: „*Autogenním tréninkem zasahujeme do průběhu autonomních procesů periferního vegetativního systému ...*“, (GEIST, 2004, s. 11).

Pocity, které se při AT objevují jsou reálné, tzn. subjektivně zcela zřetelné a sdružené s objektivně měřitelnými fyziologickými jevy. Příkladem může být změna povrchové teploty při vy-

volání pocitu tepla. Změny v činnosti mozku lze zachytit pomocí EEG. Stav autogenního uvolnění je přirozeným jevem dosažitelným pro všechny lidi. Každý k němu má dispozice, ale většina se s ním nenaučila zacházet a využívat ho. Důkazem toho může být fakt, že děti dosahují spontánně lepších výsledků než dospělí a není to pro ně nic mimořádného (JANÁČKOVÁ, 2007).

Úspěch AT je závislý na každém cvičícím, který musí dodržovat při cvičení příslušné instrukce a účinně spolupracovat s terapeutem. Ten může pouze ukázat danou metodu, pomoci při korekci chyb a přizpůsobit formule potřebám cvičícího. Vlastní nácvik však musí provádět sám cvičící.

5.2 *Nácvik autogenního tréninku*

Podle Schultze je cílem autogenního tréninku to, *„aby se člověk přesně předeepsanými cvičeními stále více vnitřně uvolňoval a ponořoval do sebe a aby dosáhl z nitra vycházející přestavby celého organismu, která umožňuje posílit to, co je zdravé, a zmírnit nebo odstranit to, co je nezdravé“* (cit. dle VOJÁČKA, 1988, s. 50).

Doktor Vojáček stav relaxace přirovnává k odpočinku živočichů. Popisuje ho jako stav, *„který nezná starosti, nemyslí, momentálně necítí žádnou tělesnou potřebu, je v klidu a bezpečí a v polospánkovém stavu vnímá pouze přítomný okamžik své fyzické existence“* (VOJÁČEK, 1988, s. 64).

Pro potřeby této práce podrobněji rozepíši pouze základní stupeň. Pro dokreslení představy o autogenním tréninku a jeho vyšších stupních je možné si přečíst Přílohu č.II. Střední a vyšší stupeň AT.

5.2.1 Základní stupeň autogenního tréninku

Zvládnutí základního stupně, který je podstatou celé metody, je pro dosažení praktických cílů a potřeb léčby chronické bolesti dostačující. Jeho zvládnutí je i podmínkou pro postup do dalších stupňů AT.

Základem je **šest cviků**, které na sebe plynule navazují a které jsou odvozeny z vyvolání pocitů při hypnóze. Cvičení navozuje vyvolání klidu v **relaxační poloze** (např. v leže, v sedě), ve které se svaly nemusí napínat vůbec nebo jen minimálně.

Doporučuje se ze začátku cvičit **tříkrát denně**, a to nejlépe ráno po probuzení, odpoledne a večer. Cvičit by se mělo pokud možno ve stejnou dobu, ve stejném prostředí a stejným způsobem. Je to z toho důvodu, aby se vypěstovaly pravidelné návyky a podmíněné reflexy napomáhající cvičení.

Délka jednoho cvičení je omezena tím, jak dlouho vydrží cvičící v relaxovaném stavu a jak dlouho se dokáže koncentrovat. Obecně je to v průměru asi 3-5 minut. V literatuře bývá toto rozmezí různorodé. Podle K.Vojáčka jsou postačující tři minuty: *„Délka jednoho cvičení je v průměru tři minuty. Jestliže se cvičící zpočátku špatně soustřeďuje, je možno omezit cvičení na jednu minutu, cvičit však případně častěji“* (VOJÁČEK, 1988, s. 57). Podobnou délku trvání uvádí i B.Geist *„Pokud se týče délky jednotlivých cvičení, ta se pohybuje v průměru od 3 do 5 minut“* (GEIST, 2004, s. 28). K.Nešpor uvádí, že průměr jednoho cvičení může být až 10 minut. *„Délka praktikování: Většinou 5 až 10 minut“* (NEŠPOR, 1998, s. 28). Jestliže se cvičící špatně soustředí, lze cvičení zkrátit, ale pak je třeba cvičit častěji. Mezi jednotlivými cvičeními by měla být alespoň jedna hodina.

Čas strávený nácvikem jednotlivých částí je u každého člověka individuální. Schultz doporučuje, věnovat se jednomu cviku dva týdny, a při nácviku nespíchat. Tento způsob popisuje ve své publikaci K.Vojáček, který se kloní k původnímu Schultzovu pojetí AT. Zdůrazňuje, že jednotlivé cviky a pocity se nemají procvičovat zvlášť. Vždy se postupně přidávají, tzn. v prvním cvičení nacvičujeme pocit tíže, po dvou týdnech přidáme pocit tepla, po dalších dvou týdnech (tedy po měsíci od začátku cvičení AT) cvičíme pocit tíhy, tepla a prožitek pravidelného tepu, atd. Jednotlivé formulace cviků opakujeme vždy asi šestkrát. Pro lepší navození pocitu klidu můžeme zopakovat formuli „*jsem zcela klidný*“.

Možný je i druhý způsob nácviku AT. V průběhu jednoho cvičení nacvičovat jednotlivé cviky společně. To znamená, že nejprve procvičujeme tíži, a postupně přidáváme další cviky: teplo, klidný tep, volný dech, vnitřní teplo a chladné čelo. Předchozí cviky se postupně zdokonalují, prohlubují a jejich nástup se zkracuje až na jednu minutu (nejméně půl minuty).

Podle Schultze se kvalitní výsledky po zvládnutí a vybroušení všech cviků projeví asi po roce cvičení. Ovšem drobných úspěchů si lze povšimnout i dříve (cit. dle VOJÁČKA, 1988).

„Klasické Schultzovo schéma předpokládá trojí krátké praktikování každý den po dobu tří měsíců. Výuka další formule se zařazuje až po té, co byla zvládnutá formule předchozí. V praxi se většina pracovišť spokojuje s kratším nácvikem a formule se často vyučují prakticky současně. To, co někdo považuje za neúspěch při nácviku autogenního tréninku, bývá často způsobeno jen nedostatkem času věnovaného nácviku“ (NEŠPOR, 1998, s. 28).

Pro nácvik cvičení je důležité si uvědomit **provázanost relaxace a koncentrace**. Smyslem cvičení je udržet pozornost. Sou-

středit se na jedno místo, jednu věc, jeden pocit a to zcela nenásilně. Je obvyklé, že myšlenky se občas „zatoulají“ jinam. V tom případě je dobré nepovažovat to za neúspěch, ale klidně se vrátit na správné místo.

Úvodní cvičení je uvedením se do tělesného i duševního klidu. Cvičení zahájíme předběžnou sugestivní myšlenkou „jsem zcela klidný“. Napomáhá odpoutat se od všeho co prožíváme a plně se koncentrovat na cvičení. Dává cvičícímu pocit, že má čas sám pro sebe a nikdo nemá právo ho v těchto několika minutách rušit. Tuto větu a představu si během cvičení lze opakovat.

Následuje **nácvik jednotlivých cviků**: pocit tíže, pocit tepla, prožitek srdeční akce, prožitek klidného samočinného dechu, prožitek tepla uvnitř těla a pocit svěžesti a chladu na čele. Přehledný sled cvičení podle K.Vojáčka lze najít v Příloze č. III. Přehled cvičení AT jako celku.

Každé cvičení je nutné zakončit správným „**odvoláním**“ obrazů, které se v průběhu relaxace objevily. Odvolání je důležité i pro aktivaci po cvičení. Používá se formule „*Napnout svaly, zhluboka dýchat, otevřít, oči, zacvičit rázně!*“, v tomto duchu je lze upravit pro potřeby cvičícího.

Po dokonalém zvládnutí nácviku jednotlivých formulí není nutné opakovat celé formule, ale stačí jednoslovná hesla, *tíže, teplo, klidné srdce, klidný dech, teplé nitro, chladné čelo*. Během času získá cvičící schopnost vyvolat jednotlivé pocity v relaxovaném stavu už jen pouhým vnitřním zaměřením mysli bez slovních formulí. Pro praktické užití to znamená, že i v bdělém stavu stačí k dosažení žádaných pocitů i jen částečné uvolnění.

5.2.2 Nácvik základního stupně autogenního tréninku

Výsledkem **nácviku pocitu tíže** je subjektivní prožitek tíže, objektivně uvolnění svalstva. Tímto cvičením se prohlubuje úvodní zklidnění. Schultz doporučuje soustředit se nejdříve na malou část těla. Začíná se u dominantní ruky (praváci u pravé, u leváci u levé). Formule, která se k ní vztahuje, zní „*pravá ruka je těžká*“. Postupuje se od rukou a paží k ramenům a potom dolů až do nohou. Po čase lze rozšířit formuli na větší oblast, „*obě paže jsou těžké*“, a za dalších několik dní „*paže i nohy jsou těžké*“ až „*celé tělo je těžké*“. Nakonec lze tuto formulaci zkrátit na jednoslovné heslo „*tíže*“. Ve své publikaci K.Vojáček uvádí i možné **alternativní formulace**: „...*pocit tíže je možno subjektivně změnit na pocit lehkosti (,ruka je lehká, pomalu volně se zvedá, vznáší', ,celé tělo je příjemně volné a lehké')*“ (VOJÁČEK, 1988, s. 72). Dověšením celého cvičení je uvolnění hlavy, především šíje a celého obličeje, včetně očí. V motorické i senzitivní oblasti mozkové kůry mají ruce a obličej společně větší plošnou prezentaci než ostatní části těla dohromady. Důležité je mít na paměti, že cvičení se začíná od dominantní ruky a ukončuje se uvolněním obličeje. Formule zní „*obličej je volný a těžký, čelist volně visí*“. (VOJÁČEK, 1988).

K **nácviku pocitu tepla** přistupujeme po zvládnutí pocitu tíže. Při nácviku tepla se rozšiřují cévy, proto jimi může proudit více krve, dochází k většímu prohrátí končetin. Opět se začíná u dominantní ruky, formule je „*pravá ruka je teplá*“, a postupuje se jako v nácviku tíže od rukou a paží k ramenům a potom dolů až do nohou. Postupně lze zvětšovat oblast „*obě ruce jsou teplé*“, „*ruce i nohy jsou teplé*“ a nakonec „*celé tělo je teplé*“. Po správném nácviku lze formu zkrátit na jednoslovné heslo „*tepló*“.

V tomto cvičení neprocvičujeme teplo hlavy, hlava v tomto případě zůstává neutrální, a až v posledním cvičení pak bude nacvičován pocit svěžesti a chladu na čele.

Jako další následuje v autogenním tréninku **představa srdeční akce**. Tento cvik se také týká oběhové soustavy. Jeho výsledkem má být prožitek klidného a pravidelného tepu srdce. Lze použít formulky „*srdce tepe klidně a pravidelně*“. Pokud někomu představa tlukotu srdce nevyhovuje, použijeme formulaci „*tep mého těla je pravidelný*“. Po dobrém zvládnutí stačí později heslo „*klidné srdce*“, „*tep*“ nebo „*srdce*“. Tímto cvičením se naučíme cítit srdce v těle, a v případě strachu a nervozity nechat srdce bít „*klidně a silně*“. Kratochvíl k tomu dodává: „*Koncentraci na srdeční činnost často vynecháváme, jelikož někteří pacienti mohou zpozorované nepravidelnosti srdeční činnosti hypochondricky zpracovávat*“ (KRATOCHVÍL, 2006, s. 171).

Po zvládnutí i této části se dostáváme k **představě klidného dechu**. Proces dýchání popsal Schultz jako mezní oblast vědomé a „bezvědomé“ činnosti. K poznatku, že dýcháním lze ovlivnit procesy v těle, které nejsou přístupné přímému záměrnému vlivu, dospěli pravděpodobně jako první již jogíni. To, že dýcháním docílíme uvolnění, se využívá v mnoha relaxačních metodách, rovněž i při nácviku meditace. Používá se formulace „*dech je klidný a pravidelný*“. Cílem cvičení je naučit se pozorovat svůj dech klidně a nezúčastněně, nechat jej volně plynout, nezasahovat do jeho činnosti a nechat se dýcháním naplnit a nést. To je značně obtížné. Jestliže začneme věnovat pozornost automatické činnosti, většinou nechtěně nepříznivě zasáhneme do jejího průběhu. Při cvičení se snažíme dýchat břichem (bránicí), a všímáme si vzduchu proudícího v nás. Po zvládnutí cvičení stačí k jeho vyvolání jen krátké heslo „*lehký dech*“ nebo „*dýchání*“.

Zde je na místě uvést, že odborníci vedou **diskuse o pořadí cviků**. Má-li být zařazeno nejprve cvičení srdeční činnosti a pak dechové cvičení nebo naopak. J.H.Schultz vždy zastával první variantu, která vyplývá z logické posloupnosti nácviku. Srdce je součástí oběhové soustavy stejně jako cévy (cit. dle VOJÁČKA, 1988). K.Kratochvíl však volí druhý způsob nácviku, protože je snazší (KARATOCHVÍL, 2006). K. Vojáček se ve své práci přiklání k názoru Schultze a dodává, že „...*při nesnázích s nácvikem tepu je možno tento cvik dočasně vynechat, přejít a navrátit se k němu až nakonec*“ (VOJÁČEK, 1988, s. 75).

Páté cvičení je zaměřeno na **představu tepla uvnitř těla**, tedy na regulaci funkce břišních orgánů. Je zaměřeno na jejich uvolnění, právě tak jako předchozí cvičení byla zaměřena na relaxaci kosterního svalstva, periferních cév, dýchacího a srdečního svalstva. Cílem tohoto cviku je sjednotit celou vnitřní oblast a pocity z ní do jednoho celku. Soustředíme se na myšlenku „*vnitřek těla je hřejivě teplý*“ nebo „*břicho je teplé*“. K.Vojáček doporučuje, nesnažit se násilně vyvolat pocit tepla, a raději navázat na vnitřní pocity z předchozích cvičení (VOJÁČEK, 1992). Po zvládnutí nácviku stačí jen heslo „*vnitřní teplo*“.

Po nacvičení vnitřního tepla spojíme v jeden celek všechny tři „vnitřní“ cviky (tep, klidný dech a vnitřní teplo). Tento souhrnný pocit „vnitřních cviků“ je umístěn v oblasti nadbřišku. Přidáme-li počáteční cviky (tíže a teplo), propojí se vnitřní teplo s vnějším. Vnější pocit tíže a uvolnění se promítne do tíže a uvolnění vnitřních orgánů. „*Všechny pocity se spojí v jeden komplexní, integrovaný somatický (tělový) celek, jehož komponenty se dále prohlubují a harmonizují, vzniká souhrnný niterný pocit*“ (VOJÁČEK, 1988, s. 79).

Poslední cvičení nižšího stupně AT je **pocit svěžesti a chladu na čele**. Ukončuje a „korunuje“ předchozí cviky. Tak jako „tíha těla“ rozvíjí relaxační složku AT, „chladné čelo“ prohlubuje koncentraci a cvičení uzavírá. Předchozí cviky byly zaměřeny převážně na uvolnění somatické části těla. Tento cvik prohlubuje soustředěnost a napomáhá zlepšit pozornost. Po zvládnutí nácviku pocitu chladu na čele, můžeme připojit další stupeň, imaginace. V tomto stavu se člověk vzdaluje od svého těla a může prožívat a procvičovat různé stavy mysli. Cvičná formule zní *„čelo je příjemně chladné“*. Slovo příjemné je zde záměrně použito, protože by kontrast mezi teplem a náhlým chladem mohl vést k bolestem hlavy. Formulaci lze doplnit *„mysl je klidná, jasná, vyrovnaná“*. Po zvládnutí cviku stačí jen heslo *„chladné čelo“* nebo *„jasná mysl“*. B.Geist dodává: *„Při obtížích s nástupem prožitku chladného čela může pomoci vnější stimulace ... místnost ... není neprodyšně, hermeticky uzavřena ...v ní proudí v různé intenzitě vzduch ... Stačí se pouze vůči tomuto proudění více ‚zcitlivět‘...“* (GEIST, 2004, s. 69).

Zakončující cvičení, tzv. „odvolání“ navozené relaxace, jak jsem již uvedla výše, je nezbytné pro opětovnou aktivaci organismu po relaxaci. Během cvičení se člověk nalézá ve zvláštním stavu tělesného uvolnění, zklidnění a harmonie, do nějž je - obrazně řečeno - „ponořen“. Proto je nutno tento stav po každém cvičení řádně ukončit, „odvolat“, „zrušit“, navrátit do původního stavu bdělosti a aktivity. Použít lze formulace jako *„Nápnout svaly! Zhluboka dýchat! Otevřít oči!“*, potom rázně zacvičit rukama nebo celým tělem. Pokud se tak nestane, může zůstat pocit únavy, ochablosti či rozladění, který může přetrvávat i delší dobu. Pouze pokud užíváme relaxačního cvičení přímo před usnutím jako metody, která má usínání navodit, relaxovaný stav nerušíme.

6 Mapovací popisný průzkum

Cílem průzkumu je zmapování toho, jak pacient vnímá účinnost zlepšení kvality života při nácviku AT. Protože jde o počáteční stadium výzkumu, není cílem ověřit konkrétní hypotézy, ale spíše přispět těmito výsledky k jejich empirickému ověřitelnému stanovení. Alespoň na obecné úrovni lze předpokládat, že

- vnímaná účinnost při zmírňování klinických obtíží souvisí s vnímanou úspěšností při nácviku AT.
- vnímaná úspěšnost nácviku AT souvisí s celkovou dobou a četností prováděných cvičení.

6.1 Zvolené metody a jejich ověření

Průzkum probíhal od listopadu 2010 do června 2011 ve skupině nacvičující AT pod dohledem magistry Lenky Procházkové v Centru léčby bolesti se sídlem ve FN Na Bulovce, Budínova 2, Praha 8. Podle zákona o ochraně osobních dat, jsem jména pacientů pozměnila. Při popisu klinických obtíží vycházím ze sdělení pacientů, proto ne vždy odpovídají jejich popisy medicínským termínům.

K ověření otázek mapovacího průzkumu byla použita jedna z nejčastějších metod výzkumu, **dotazník** (Příloha č. IV. Dotazník). Ten byl speciálně konstruován pro účely této studie. Použité metody jsem převzala z publikace J.Křivohlavého z r. 1992. Vycházím z metod anamnestického rozhovoru popsaného C.Francem a J.Hildebrandem v r. 1983, upraveným H.A.Baarem v r. 1987. Dále jsem použila Mapu bolesti navrženou M.S.Margolesem v r. 1983. Následovala metoda Visual Analogue Scale (VAS) E.C.Huskinssona z r. 1983 (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 1992).

Dotazník jsem rozdělila do 4 hlavních tématických celků. První část dotazníku zjišťuje demografické údaje o respondentovi: pohlaví, věk, diagnóza. Ve druhé části se zaměřuji na zmapování a popis aktuálního zdravotního stavu. Zjišťuji, jak se pacient cítí před relaxací a jak se změnilo jeho vnímání bolesti po ní. Následující otázky dotazníku se zabývají problematikou doprovodných symptomů. Třetí část se zabývá obecně vývojem bolesti: kdy a proč se bolest zhoršuje, kdy naopak poleví, jaké denní aktivity je ještě schopen pacient zvládnout sám. Zajímalo mě, zda bolestivé prožitky ovlivnily vztah k partnerovi a v rodině. Důležitou pro mě byla otázka pacientova postoje k nemoci. Poslední část je zaměřena na získání informací o nácviku AT: jak dlouho a pravidelně cvičí, jaká očekávání má od AT a jak probíhala aktuální relaxace.

K vyhodnocení získaných dat jsem použila metody **instrumentální případové práce** popsané Strakem, která se snaží o zachycení složitosti případu a popis vztahů v jejich celistvosti. Za instrumentální případy považujeme příklady obecnějších jevů, které reprezentuje několik případů, tedy malá skupina lidí vykazující obdobný jev. Cílem zde není specifický závěr jednotlivých případů, ale snaha přesáhnout daný případ a popsat jak a proč fenomén funguje v jeho současné podobě. Miles a Huberman v r. 1994 navrhli metodu, kterou lze použít jednak jako způsob pro analýzu jednoho případu. V druhém případě jako metodu, kterou je možné porovnávat několik případů současně (cit. dle HENDL, 2005). Podle této metody jsem jednotlivé případy pojala jako krátké kazuistiky a posléze porovnála četnost odpovědí respondentů na jednotlivé otázky.

6.2 Respondenti

Mapovací průzkum probíhal v otevřené skupině, která pod vedením psycholožky magistry Lenky Procházkové nacvičovala autogenní trénink. Respondenti se mohli dobrovolně rozhodnout, zda se chtějí tohoto průzkumu zúčastnit. Své rozhodnutí podpořit tento průzkum se nakonec rozhodlo deset pacientů, kterým byl opakovaně předložen již výše zmiňovaný dotazník. Zkoumaný soubor zahrnoval devět žen a jednoho muže, ve věku od 31 do 70 let.

Skupina relaxací je otevřená, probíhá jednou týdně po dobu 1,5 hodiny. Pacientovi je nabídnuta možnost naučit se zvládat své bolestivé stavy pomocí AT, který je nacvičován ve skupině. Tato skupina není psychoterapeutickou skupinou, ale je zaměřenou pouze na nácvik AT. **Kontrakt** s pacientem je uzavírán vždy pro návštěvu čtyř skupin. Po nich následuje individuální sezení s psycholožkou. Tato dohoda dává pacientovi možnost hlouběji a detailněji rozebrat pocity, které se u něj při cvičení AT objevují. Je zde dostatek prostoru pro vysvětlení pacientových otázek a doplnění informací o AT. Pacient má možnost popsat své fantazie a imaginace, které se mu během relaxace vybavují. S těmi lze následně lze pracovat a použít je jako základ k další terapeutické práci. Na konci návštěvy se pacient rozhodne zda kontrakt prodlouží nebo spolupráci ukončí.

Při **první návštěvě** skupinové relaxace je pacient informován od „starších“ pacientů, co je AT a jak probíhá skupina. Předávají mu své zkušenosti z relaxací, co pro ně osobně znamená relaxace, jakou vnímají souvislost mezi relaxací a svými klinickými obtížemi.

Průběh skupiny je vždy stejný. Začíná se stručnou rekapitulací „mezidobí“. Toto „mezidobí“ je u každého účastníka jinak dlouhé. V této skupině není vyžadována pravidelná docházka jako u klasických psychoterapeutických skupin. Následuje zakreslení aktuálního stavu do Mapy bolesti, který je pro účel a potřeby psycholožky zjednodušen a upraven. V úvodu se účastníci pomocí hlasování dohodnou, zda bude nacvičována tíha nebo lehkost. Pocit lehkosti v tomto průzkumu nacvičují dva respondenti. Následuje přípravná fáze, kdy si pacienti vytvářejí komfort pro relaxaci (vypnutí telefonu, výběr vhodné polohy, apod.). Vlastní relaxace začíná procházením jednotlivých částí těla a jejich uvědoměním. AT probíhá dle složení skupiny a pokročilosti jednotlivých členů, tzn. ne vždy se nacvičují všechny cviky AT. V závěru je přidána imaginace barev a obrazů, nejčastěji procházka krajinou. Poslední fází je odvolání imaginačních obrazů a aktivizace. Po relaxaci pacienti znovu zakreslují do Mapy bolesti aktuální pocity. V krátkosti si navzájem sdělí své zážitky z proběhlé relaxace, a je zde prostor pro otázky.

6.3 Vybrané kazuistiky pacientů

Z deseti vypracovaných případových studií, zde uvádím čtyři vybrané pacienty. Kazuistiky popisují vnímání účinku autogenního tréninku u pacientů s aktivním nebo pasivním přístupem v léčbě bolesti. První dvě kazuistiky popisují příklad pacientů volící převážně pasivní přístup k léčbě nemoci. Tito pacienti preferují masáže a rehabilitace. Autogenní trénink cvičí nepravidelně a většinou jen na skupině. Účinky AT, tedy uvolnění a zmírnění bolesti, vnímají pouze při heterosuggestivním imaginativním cvičení pod vedením terapeutky. Tito pacienti mají pocit, že cvičení AT není účinné a nepřináší jim očekávané zmírnění klinický obtí-

ží. Další dvě vybrané kazuistiky popisují pacienty, kteří se snaží zlepšit kvalitu svého života. Pravidelně cvičí AT a upravili si svůj životní styl. Popisují dlouhodobé zlepšení svých klinických obtíží, které přisuzují cvičení AT a úpravě životosprávy.

Šest zbývajících kazuistik, které zde chybí jsou k nalezení v příloze (Příloha č. V. Kazuistiky pacientů (pokračování)).

Paní Blanka P.

Paní Blanka P, narozena 1950, je v péči CLB kvůli bolestem krční a bederní páteře, má výrůstky na páteři a sužuje jí začínající osteoporóza levého ramenního kloubu. Také jí byla diagnostikována deprese. Do CLB dochází od roku 2010.

Nejčastěji se paní Blanka potýká s bolestí zad, hlavy, krku a končetin. Trápí ji pohybové a zažívací obtíže. Jako doprovodné symptomy se u ní vyskytly úzkost, smutek, únava, bezmocnost, strach a změny nálad.

Stav paní Blanky je trvale bolestivý. Klinické obtíže se zhoršují pozvolna při tělesném vypětí a změnách počasí.

Paní Blanka není zaměstnána. V domácnosti zvládá pouze menší domácí práce, při zhoršení zdravotního stavu nemůže až do polevení bolesti vykonávat žádnou práci.

Od bolesti jí na čas a jen někdy pomáhá akupunktura. Na začátku šetření poprvé začínala s AT. V posledním šetření uvádí, že jí AT pomáhá uvolnit se a na krátkou dobu (řádově několik hodin) ulevit od bolesti.

Paní Blanka je osamělá starší žena. Od dětství „*mi nikdo nechápe, jsem taková izolovaná od okolí*“, tedy si připadá nepochopená. Toto nepochopení vnímá jako izolovanost od okolního světa.

Byla by ráda, kdyby díky cvičení AT se zlepšil její život, aby mohla zvládnout každodenní úkoly, a uvolnilo se její psychické napětí. Také očekává zlepšení své fyzické kondice, že bude moci se bezbolestně narovnat, nebudou se jí třást nohy při práci nebo dlouhém stání. Ráda by se v noci v klidu vyspala, aniž by se budila zimou nebo bolestmi nohou, čímž by také nebyla tak často unavená.

Při cvičení AT doma má problémy se zapamatováním si formulek. Doma vnímá relaxaci více do hloubky. Přesto jí více vyhovují skupinové setkání, kde se více uvolní.

Paní Blanka mi vyplnila dva dotazníky, a to ve velkém časovém odstupu, 25.11.2010 a 13.3.2011.

Při prvním šetření byla poprvé na skupině, vše pro ní bylo nové. Cítila se mírně napjatá a nervózní z nových lidí i situace. Přišla s mírnou bolestí hlavy, svíravou bolestí v levém rameni a celkovou bolestí okolo páteře a v bedrech. Prožívala střední bolest (VAS 53 bodů). Po relaxaci jí bolela stále hlava i záda, šíje jí ztuhla a pociťovala v ní svíranou bolest „*jako by mi puknul krk*“. Její VAS test ukázal, že se cítí hůře než před relaxací, vnímala střední bolest (55 bodů). Poprvé se seznámila s AT, nacvičovala tíhu a teplo. Během relaxace jí ztuhla šíje a to až do aktivační formulek, pak odezněla. Byla příjemně překvapená, že se jí podařilo uvolnit se při nácvičku tíhy, procítit teplo jí šlo obtížně, cítila ho pouze místy ve dlaních, kolenou a ramenech.

Při druhém šetření cítila tupou bolest v hlavě, krku i končetinách. Cítila strašnou bolest, oproti minulému VAS testu (63 bodů). Po relaxaci cítila v končetinách, hlavě a krku celkovou bolest. Cítila se také o něco lépe, VAS stupnice ukázala střední bolest (53 bodů). Nacvičovala tíhu a teplo, ale také prý pociťovala chlad na čele. Stále se jí nedařilo pociťovat teplo v končetinách.

Paní Blanka je stárnoucí žena, která se cítí velmi izolovaná. Je tedy ráda, že může přijít na skupiny relaxací. Cítí jako životní křivdu, že jí nikdo nechápe, nejhůře to vnímá a je jí to líto u rodiny a blízkých přátel.

Paní Běta B.

Paní Běta B., narozena 1966, má diagnostikovanou artrózu kloubů a páteře. Bolesti ji trápí i kvůli ischiasu. Kvůli somatizační poruše jí bylo doporučeno navštívit CLB roku 2010.

Často jí sužuje palčivá bolest končetin a zad, dále tupá bolest na krku a řezavá bolest hlavy. Kvůli bolestem kloubů se špatně pohybuje. K bolestem hlavy se přidružuje horší vidění. Mívá občasné zažívací potíže. V noci ji budí zima a bolesti nohou. Většinu času se cítí unavená a „bez života“. Vůči své nemoci se cítí bezmocně, což u ní vyvolává hněv.

Bolest přetrvává, ke zhoršení dochází při prudkém pohybu nebo úklidu. Klinické obtíže se zhoršují tělesným a duševním vypětím, nebo při změnách počasí.

Paní Běta není zaměstnána kvůli svým klinickým obtížím. Tím, že přestala pracovat, jí odpadla starost s dojížděním a jak zvládat práci. Pracuje doma, skládá přáníčka, „*když se na to necítím, tak to odložím*“. V každodenním životě zvládá domácí práce, ale při zvýšení bolesti až do jejího polevení nemůže nic dělat.

Aby zmírnila své bolesti, vyzkoušela paní Běta masáže a rehabilitaci. Cvičí pravidelně AT a cviky na páteř, které jí trochu pomáhají. Snaží se s svou obtížnou situací vyrovnat, tím že aktivně cvičí.

Vůči partnerovi vnímá zvýšenou citlivost. Mrzí ji, že nemůže plnohodnotně prožívat sexuální život. Manžel se jí snaží zabavit a odreagovat výlety a společnou činností. Rodina je velmi sta-

rostlivá, nechtějí, aby dělala věci, které vedou ke zhoršení zdravotního stavu a větším bolestem. Tím se jí velmi ulevilo a nemusí přemýšlet, že v určitém čase musí stihnout několik věcí.

Díky AT by chtěla zlepšit svůj zdravotní stav a zlepšit partnerský vztah.

Paní Běta cvičí AT jednou denně doma a jednou za měsíc dochází na skupiny. V případě ostrých bolestí necvičí všechny cviky jak má, ale jen ty, které zvládne. Místo tíhy nacvičuje lehkost, více jí vyhovuje. Po relaxaci cítí většinou jen mírnou úlevu, která se rychle vytrácí a vrací se jí bolesti a podlamování a třes rukou.

Od paní Běty jsem získala vyplněné dva dotazníky, ze dne 25.11.2010 a 10.3.2011.

V prvním šetření uvedla, že cítí palčivou bolest v ramenou, zádech, v dolních i horních končetinách, a v okolí kyčlí. Svou bolest klasifikovala jako nesnesitelnou (VAS 84 bodů). Po relaxaci cítila částečnou úlevu, přetrvalo brnění v rukou a celkovou bolest v nohou. Na stupnici VAS zakreslila nesnesitelnou bolest (80 bodů). Při skupinovém nácviku AT se zaměřila na tíhu a teplo. Cvičí místo tíhy lehkost, a ta se jí daří nejlépe. Při nácviku tepla cítila brnění a pouze „střípky“ tepla.

Při druhém šetření uvedla, že jí trápí palčivá bolest v ramenou, zádech a pánvi a celkovou bolest v končetinách. Celkově se cítila lépe, a ve VAS testu označila svůj stav jako strašnou bolest (75 bodů). Po relaxaci vnímala celkovou bolest v těle a únavu. Přetrvala strašná bolest jen o něco menší než před relaxací (VAS 73 bodů). Nacvičovala lehkost, teplo a klidný dech. Lehkost jí pomáhá cítit se „lehoučká jako pápěří“, více se uvolní. Teplo jí šlo dobře. Zklidnit dech pro ní nebylo problémem.

Paní Běta má pocit, že jí nikdo nevěří, že má bolesti. Na rentgenech se totiž nenašel důvod, proč by měla bolest cítit. Cítí se velmi omezena bolestí ve svém životě. Má starost o rodinu, která se jí snaží pomoci. Ráda by zvládala všechno sama bez jejich pomoci.

Pan Petr Š.

Pan Petr Š., narozen 1961, je v péči CLB od roku 2010. Toto pracoviště mu byla doporučeno navštívit jeho ošetřujícím lékařem kvůli bolestem zad a končetin.

Z důvodu bolestivosti končetin, především kloubů, se pan Petr špatně pohybuje. Často se cítí bezmocný, a vůči své nemoci cítí zlost.

Bolest kloubů je stálá, pouze se občas zhorší při tělesném vypětí nebo při delším sezení či stání.

Běžně pan Petr zvládá s přemáháním denní činnosti (domácí práce, nákup, procházka, apod.). Při zhoršení klinických obtíží nemůže dělat vůbec nic.

Mimo cvičení AT se občas snaží cvičit i cviky na záda

Kvůli svým bolestem ztratil zaměstnání a je z toho frustrován. Doma velmi často řeší své problémy a to, že ho stále něco bolí, nepřispívá to k dobrému klimatu v rodině. Rodina je z jeho stálého stěžování si unavená a napjatá.

Od návštěv skupin AT si slibuje větší úlevu jeho psychického napětí. Ráda tyto skupiny navštěvuje, protože zde hledá kontakt s okolím a lidmi. Rád by se více zapojil do života.

Pan Petr cvičí AT jednou týdně ve skupině a doma cvičí 3-5krát za týden. Přesto usilovné cvičení necítí žádné změny, ani po tak dlouhé době. AT cvičí, protože se říká, že se má cvičit a že to

pomáhá. Zajímavé je, že léky mu pomáhají méně výrazně než cvičení AT. Po cvičení AT cítí úlevu po dobu několika málo hodin.

Od pana Petra jsem dostala vyplněné dva dotazníky, 27.11.2010 a 4.1.2011.

Při prvním šetření cítil celkovou bolest v nohou, a v chodidlech pak vnímal svíravou až palčivou bolest. Celkově pociťoval střední bolest (VAS 46 bodů). Po relaxaci cítil celkovou bolest v oblasti beder a nohou. Jeho VAS index byl téměř nezměněn, stále v rozmezí střední bolesti (45 bodů). Pan Petr cvičí již všechny cviky AT, proto i v tomto případě cvičil tíhu, teplo, klidný dech, vnitřní teplo a chladné čelo. S nácvikem nemá žádné problémy a cvičil nezávisle na skupině. Při relaxaci se natolik uvolnil, že usnul.

Při druhém šetření cítil celkovou bolest zad, která v oblasti beder byla palčivá. Dále pak pociťoval celkovou bolest nohou a tlak v kolenou. Cítil intenzivnější bolest než minule, podle VAS indexu strašnou bolest (65 bodů). Po relaxaci vnímal celkovou bolest v ramenou a nohou, i jeho VAS index byl vyšší než před relaxací (70 bodů), přesto v rozmezí strašné bolesti. Nacvičoval celou sestavu, ale více se zaměřil na tíhu, teplo a chladné čelo. Cítil se příjemně uvolněn. Když se zaměřil na dech, do té doby klidný a pravidelný, začal dýchat povrchně. Při imaginaci nevnímá žádné barvy. Při imaginaci „Cesty na horu“ se mu vyjevila představa snu o horách, celá tato představa byla v odstínech modré, to si vysvětluje jako uklidnění a nadhled.

Pan Petr se cítí kvůli svým obtížím izolován. Velmi těžko se vyrovnával s odchodem ze zaměstnání. Jeho neustálé stěžování si na bolesti rodinu rozladí, což si uvědomuje, ale nemůže s tím nic dělat. AT nepřináší dlouhodobější efekt, protože není přesvědčen, že mu něco nebo někdo pomůže. Uvádí, že se po cvičení

AT cítí lépe než po užití léků. Ale účinek AT rychle odezní, léky přetrvají déle. Zajímavé je, že při relaxaci mu vadí lidský hlas v hudební stopě, přesto hlas terapeutky vnímá jako příjemný a uklidňující.

Paní Věra L.

Paní Věra L., narozena 1968, byla do CLB odeslána ošetřujícím praktickým lékařem pro nespecifické bolestivé stavy. Paní Věra má diagnostikovanou poruchu přizpůsobení a situační fobii, která se projevuje zvýšenou úzkostlivostí a depresí.

Bolesti nejčastěji pociťuje v rukou, zádech, kolenou a pravou polovinou hlavy. Mezi přidruženými symptomy uvádí zhoršenou pohyblivost. Zažívací problémy jsou spojeny s bolestmi břicha a zvracením. Při bolesti hlavy mívá rozostřené vidění, vidí dvojité až trojitě nebo vidí „světýlka“. Říká o sobě, že „*později mi to zapaluje*“, tím vyjadřuje, že zapomíná cítí se unaveně a náladově. Bývá jí vše jedno, nevnímá jestli jede auto a klidně vstoupí do vozovky, apod.

Klinické obtíže stále přetrvávají. Zesilují neočekávaně a prudce. Nejčastější příčinou zhoršení zdravotního stavu je tělesné a duševní vypětí, neopatrné a prudké pootočení těla nebo špatné našlápnutí.

Paní Věra není zaměstnána. Při zhoršení svého zdravotního stavu nemůže vykonávat žádnou činnost. Před několika měsíci se jí udělalo špatně v autobuse, rozostřil se jí zrak, začala se motat a upadla. Po tomto zážitku trpí vzrůstající obavou, že se podobná situace může opakovat.

O vztazích v rodině říká, že „máme bezvadný vztah, to se málokde vidí, nemůžu si na ně naříkat“. Rodina se o ni stará, vozí ji do nemocnice, nakupují jídlo i vaří. Paní Věra je za tuto péči

vděčná, ale nechce, aby jí někdo „obsluhoval“. Byla celý život zvyklá, že vše co potřebuje si obstará sama.

Paní Věra je velmi motivovaný pacient, chce svou situaci změnit a dělá proto vše, co je v jejích silách. Snaží se cvičit, aby zlepšila svou pohyblivost. Využívá různých bylinek a přírodních mastí, aby lépe usnula nebo zmírnila bolestivé stavy. Dělá vše, aby nemusela brát léky, po kterých jí není dobře, zvrací po nich a celkově se cítí hůře. Velmi ráda chodí na masáže. Využívá sugescí, při nichž si říká, že jí nic nebolí. Také si vymýšlí různé hry na odreagování a přesunutí pozornosti, např. hraje hry na mobilu nebo se snaží posílit svou paměť. Ráno si po bytě schová 20 různých věcí, zapíše si, kam je schovala, a zbytek dne pak tyto předměty hledá. Večer zkontroluje svoji úspěšnost.

Od AT očekává zlepšení svého zdravotního stavu, a to že se psychicky uvolní.

Při nácviku AT se nejčastěji soustředí na práci s dechem. Od třetího skupinového setkání začala pravidelně cvičit i doma. Zapomínání formulek vyřešila velmi kreativně, napsala si je na kartičky a pověsila nad lůžku, kde cvičí AT.

Od paní Věry jsem získala dva vyplněné dotazníky, s datem 18.12.2010 a 3.2.2011.

Při prvním šetření cítila tupou bolest na pravé straně hlavy, celkovou bolest zad a od kyčlí do obou nohou jí vystřelovala svíravá až palčivá bolest. Podle VAS indexu prožívala strašnou bolest (62 bodů). Po relaxaci cítila celkovou bolest okolo páteře, v hlavě a nohou. Stále vnímala strašnou bolest, jen o něco slabší intenzity (59 bodů). Byla podruhé na skupině a nacvičovala tíhu a teplo. Tíha i teplo jí jdou cvičit bez větších obtíží. Celkově se cítila uvolněná.

Při druhém šetření pociťovala svíravou bolest ramenou, a ve středu hrudníku pak bolest bodavou. Opět ji bolely nohy a v kolenou cítila tupou bodavou bolest. Svůj celkový stav označila jako mírnou bolest (VAS 40 bodů). Po relaxaci vnímala příjemné teplo hlavy, na krku a ramenou. Stále přetrvávala bolest hrudníku a v nohou se objevilo nepříjemné brnění. Celkově se její VAS index nezměnil (40 bodů). Nacvičovala tíhu, teplo a přidala i klidný dech. Prvně cítila tíhu v nohou a takové „šimrání v nohou“. Klidný dech jí příliš nešel, jakmile se na něj zaměřila, začala mít obtíže ho uklidnit.

Paní Věra je v přístupu ke své léčbě velmi kreativní a aktivní. Snaží se nemyslet na bolest a najít si něco, čím se odreaguje. Špatně snáší, že se o ní manžel a děti tolik starají, ráda by, aby to vše zvládala sama jako dřív. Její bolestivé stavy nemají žádné somatické podložení, přesto cítí v těle až nesnesitelnou bolest. Domnívám se, že tato bolest může vycházet z jejího vnitřního napětí.

6.4 Výsledky a prezentace dat

V úvodu jsem si stanovila **základní otázky**, na které bych nyní chtěla odpovědět. Pro přehlednost a lepší orientaci je zde uvedu ještě jednou. Předpokládala jsem, že vnímaná účinnost při zmírňování klinických obtíží souvisí s vnímanou úspěšností nácviku autogenního tréninku. Druhým předpokladem bylo, že vnímaná úspěšnost nácviku AT souvisí s celkovou dobou a četností prováděných cvičení.

Návratnost dotazníků byla nižší než jsem očekávala. Původní idea byla získat od každého pacienta 3-4 vyplněné dotazníky, které by pacienti vyplnili vždy po jednom měsíci (tedy 4 týdnech) cvičení AT. Bohužel tento požadavek nemohl být realizo-

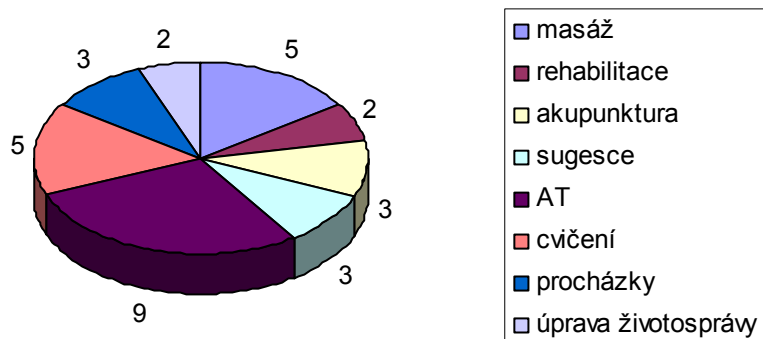
ván. To je dáno tím, že jde o otevřenou skupinu nevyžadující pravidelnou docházku. Pacienti docházejí nepravidelně, na skupině se scházejí v různém složení. Z těchto důvodů jsou data vyplnění dotazníků různá. Druhým důvodem je také, že ne všechny rozdané dotazníky mi byly pacienti vráceny.

Rozsah bakalářské práce je do značné míry omezen počtem stran. Z tohoto důvodu jsem vybrala data a grafy, které přímo souvisejí s výše položenými průzkumnými otázkami. Další zajímavé statistické údaje lze najít v Příloze č. VI. Statistické údaje mapovacího průzkumu (pokračování).

Bolest a její prevence

Na otázku, zda sami respondenti zaujímají aktivní roli při prevenci, léčbě a omezení bolesti odpověděla polovina kladně. Ostatní pacienti přiznali svůj pasivní postoj. Alternativní způsoby zvládnání bolesti ukazuje níže zobrazený graf. Metody autogenního tréninku využívá pro zlepšení svých klinických obtíží 9 respondentů. Často využívanými způsoby které vedou k úlevě jsou masáže (5 respondentů) a cvičení (5 respondentů). Všech deset respondentů uvedlo více metod, se kterými se setkali (Graf č. 9. Bolest a její prevence).

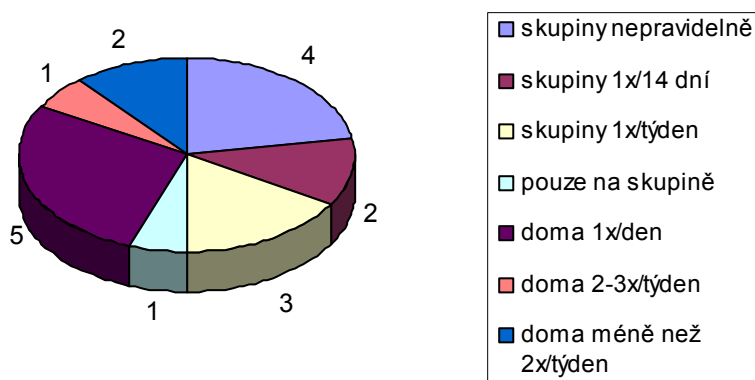
Graf č. 9. Bolest a její prevence



Pravidelnost cvičení AT

Na otázku, jak pravidelně cvičí AT, pacienti odpovídali následovně. Pravidelné návštěvy skupin absolvují jednou za týden 3 respondenti. Dále na skupiny pravidelně dochází 2 respondenti jednou za 14 dní. Zbývající 4 respondenti dochází na skupinová setkání občasně a nepravidelně. Velký počet respondentů cvičí doma každý den (5 respondentů). Doma cvičí nepravidelně jednou za den 4 respondenti. Je potřeba dodat, že jeden respondent po první návštěvě skupiny nacvičující AT, odmítl opětovně přijít (Graf č. 11. Pravidelnost cvičení AT).

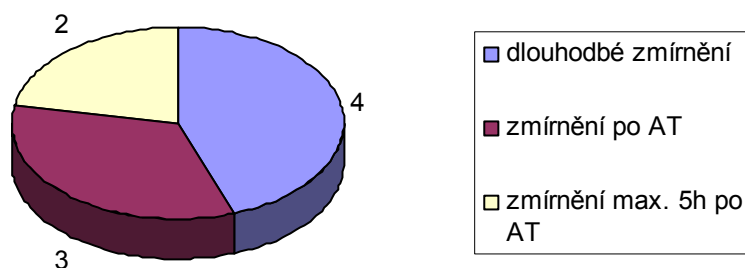
Graf č. 11. Pravidelnost cvičení AT



Účinnost AT

Autogenní trénink vnímali jako účinnou metodu při dlouhodobém zmírňování klinických obtíží 4 respondenti. Ostatní (5 respondentů) uvádí AT jako účinný po krátkou dobu, řádově několik hodin. V průběhu cvičení a těsně po relaxaci cítí úlevu 3 respondenti (Graf č. 12. Dlouhodobá účinnost AT).

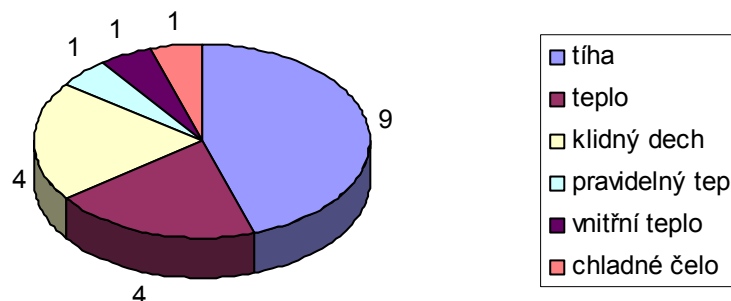
Graf č. 12. Dlouhodobá účinnost AT



Úspěšnost při nácviku AT

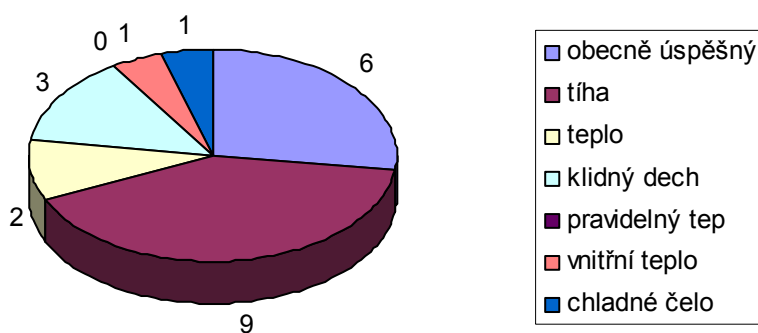
Pacienti docházející do skupiny nacvičující AT jsou na rozdílných úrovních nácviku AT. Všichni prošli nácvikem tíhy. Dále pak 4 z nich nacvičují teplo a klidný dech. Pouze jeden respondent již zvládl celou sestavu (Graf č. 13. Úroveň nácviku AT).

Graf č. 13. Úroveň nácviku AT



Každý pacient vnímá individuálně úspěšnost nácviku jednotlivých kroků při cvičení AT. Obecně nácvik AT vnímá jako úspěšný 6 respondentů. Nácvik tíhy nečiní žádné obtíže 9 respondentům z deseti. Při nácviku tepla se úspěšně cítí pouze 2 dotázaní. Nácvik klidného dechu vnímají 3 respondenti jako příjemný (Graf č. 14. Vnímaná úspěšnost nácviku AT).

Graf č. 14. Vnímaná úspěšnost nácviku AT



6.5 Diskuse

Tento průzkum v krátkosti mapuje základní problematiku deseti pacientů s chronickou bolestí. Již od svého začátku byl plánován jako mapovací průzkum, který měl sloužit jako úvodní pohled do celé problematiky.

Nízký počet respondentů byl dán počtem pacientů, kteří dochází do relaxační skupiny paní magistry Lenky Procházkové, a kteří byli ochotni se na tomto průzkumu podílet. Pro účely této kazuisticky založené studie však jejich počet postačuje.

Při vyhodnocování získaných dat, jsem se musela vyrovnat s problémem **validity interpersonálně nesourodých dat**. Vnímání bolesti je velmi individuální u každého pacienta, z tohoto důvodu proto nelze tyto údaje jednoznačně kategorizovat a interpretovat. Na základě poznatků odborníků a jimi vytvořených metod, jak zkoumat bolest, lze získaná data vyhodnotit a vzájemně porovnat.

Problém s velkou **různorodostí datumů** při sběru dotazníků, je dán nepravidelností návštěv respondentů. Skupinová setkání jsou různorodá, nikdy se nesejdou všichni pacienti, většinou jde o skupiny 3-5 pacientů. Každé skupinové sezení je složeno z jiných pacientů, kteří jsou jinak zkušení ve cvičení AT.

Nácvik autogenního tréninku probíhá dle pokynů H.Schultze, které pro českou veřejnost tlumočil K.Vojáček. Je otázkou, zda skupinový nácvik autogenního tréninku je **autosugescí** pacienta nebo **heterosugestivně řízenou imaginací**. V případě, že terapeut sugestivně působí na pacienta během relaxace, jde o heterosugesci. Jestliže si však pacient vědomě sám navozuje relaxovaný stav, a terapeut slouží jenom jako „pomocná paměť“ pacienta během relaxace, můžeme říci, že jde o autosugesci.

Pacienti s chronickou bolestí se **obtížně motivují** pro častější návštěvy a cvičení AT. Očekávají dlouhodobou úlevu již po prvních hodinách cvičení. Toto očekávání je však nesplnitelné, protože první účinky AT lze zpravidla pocítit nejdříve po několika týdnech pravidelného cvičení. Většina respondentů sice uvádí, že cvičí doma, ale současně jedním dechem dodávají, že jim více vyhovuje vedení terapeutky při skupinovém setkání, a že doma se obtížně soustředí a nepamatují si pokyny pro cvičení.

Způsob, jakým je autogenní trénink nacvičován ve skupině, je dán otevřeností skupiny a možnostmi, které skupina má k dispozici. Každý pacient je na jiné úrovni, a i přesto cvičí společně. Terapeutka během relaxace opakuje všechny cviky, nebo jejich podstatnou část. To může být pro začátečníka zmateční.

Z uvedených výsledků vyplývá, že většina pacientů považuje **cvičení AT za účinné**. Jedná se především o ty pacienty, kteří jsou aktivní v prevenci bolesti. Snaží se zlepšit kvalitu svého života a zmírnit klinické obtíže alternativními metodami, cvičí doma pravidelně AT i jiné cviky a dochází pravidelně na skupinová setkání. **Nácvik AT** pak tyto pacienti vnímají jako **úspěšný** a přinášející zlepšení jejich zdravotního stavu. Neúspěšně se cítí ti pacienti, kteří necvičí pravidelně, ve svém přístupu jsou méně aktivní nebo zcela pasivní. Tito pacienti očekávají, že po prvních několika cvičeních je přestane vše bolet. Při prvním neúspěchu, nebo při obtížnostech při nácviku AT pak od cvičení odejdou.

Překvapivým zjištěním pro mě bylo, že nikdo z pacientů si výrazněji nestěžoval na **nevyhovující vnější podmínky**. Místnost, kde relaxace probíhá, je neútulná, hlučná, není zde dostatek volného prostoru a možností, jak příjemně relaxovat. Také střídání různých míst v nemocnici, je dle mého mínění, velmi stresující a zúzkostňující. Fakt, že pacientům toto nevadí, nebo to neuvádí

jako výrazný problém asi souvisí s tím, že jsou na tyto nedostatky předem upozorněni. Jestliže chtějí do skupin chodit, tento fakt akceptují.

Nabízí se k hlubšímu prozkoumání otázka **reliability při opakovaném šetření** touto metodou a její validity, zda získané údaje opravdu vystihují momentální stav bolesti, nebo zda při odpovídání na otázky pacienti nepodléhají jiným vlivům.

Závěr

Cílem předkládané bakalářské práce bylo v krátkosti shrnout problematiku bolesti. Vycházela jsem z poznatků českých i zahraničních odborníků. V úvodní části práce se zabývám patofyziologií bolesti. Dále se věnuji problematice diagnostiky bolesti. Následuje část zaměřená na některé metody používané v léčbě pacientů s chronickou bolestí. Z možných alternativních způsobů léčby bolesti jsem se detailněji zaměřila na autogenní trénink.

V empirické části se zabývám tím, jak vnímají nácvik autogenního tréninku pacienti trpící chronickou bolestí. Tento mapovací průzkum je počátečním stadiem výzkumu. Smyslem průzkumu bylo přispět těmito výsledky k jejich empirickému ověřitelnému stanovení. Zjištěné výsledky jsou zpracovány metodou instrumentální případové práce popsanou Strakem, kterou dále rozvinuli Miles a Huberman. Touto metodou lze současně analyzovat jednotlivé případy a vzájemně je porovnávat. Podle této metody jsem jednotlivé případy pojala jako krátké kazuistiky a posléze porovnála četnost odpovědí respondentů na jednotlivé otázky z dotazníku.

Výsledky průzkumu ukázaly, že šest z deseti respondentů považuje nácvik autogenního tréninku za úspěšný. Čtyři z těchto respondentů uvádějí, že cvičením autogenního tréninku se dlouhodobě zmírnily jejich klinické obtíže. Z výsledků dále vyplývá, že respondenti kteří nácvik autogenního tréninku považovali za úspěšný, pravidelně dochází na skupinová setkání a každý den cvičí doma.

Seznam literatury

Monografie a články

- ATKINSON, Rita aj. *Psychologie*. 2. vyd. Přel. Erik Herman a kol. Praha: Portál, 2003. s. 141-145, 486-499. ISBN 80-7178-640-3.
- DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986. 207 s.
- ESLER, Milan. *Akupunktura ucha*. Praha: Grada – Avicenum, 1994. 134 s. ISBN 80-7169-133-X.
- GEIST, Bohumil. *Autogenní trénink*. 3. vyd. Praha: Vodnář, 2004. 128 s. ISBN 80-86226-45-4.
- GOULD, D. et al. Visual Analogue Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2001, 10, s. 697-706.
- HANEL, Ivo. *Akupresura*. Zlín: Mona, 1989. 108 s. ISBN neudáno
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnutí*. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- JIRÁSEK, Arnold. *Chirurgie bolesti*. Praha: ČSAV, 1961. 160 s.
- KASSIN, Saul. *Psychologie*. Přel. Dagmar Břejlová aj. Praha: Press, 2007. 800 s. ISBN 80-251-1716-2.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Bolest. Její diagnostika a psychoterapie*. Brno: IPVZ, 1992. 68 s. ISBN 80-7013-130-6.
- LEWIT, Karel. *Bolesti v zádech. Rady nemocným*. Praha: Avicenum, 1975. 120 s.
- LIDELLOVÁ, Lucinda aj. *Kniha o masáži*. Podrobný průvodce orientálními a západními technikami masáže. Košice: Východoslovenské vydavateľstvo, 1994. ISBN 80-234-006-0 (čes.).

- LINHART, J. aj. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2004. s. 319, 352. ISBN neuvedeno.
- MELZAC, R. *Záhada bolesti*. Přel. Otakar Keller aj. Praha: Avicentrum, 1978. s. 187. ISBN 08-041-78.
- NEŠPOR, K. *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada, 1998. 96 s. ISBN neuvedeno. Dostupné také z: <http://www.drnespor.eu/rkniha4.doc>
- POHLER, Gerald. *Relaxace a zdolávání stresu*. Přel. Zdena Knufnerová. Praha: Železný, 1995. 117 s. ISBN 80-237-2401-0.
- PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vyd. Praha: TRITON, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.
- ROKYTA, Richard a kol. *Fyziologie*. 2. vyd. Praha: ISV, 2008. 428 s. ISBN 80-85866-45-5.
- SARAFINO, Edward P. *Health Psychology*. 3.ed. New York: Wiley and Sons, 1998. s. 365-377.
- SOFAER, Beatrice. *Bolest. Příručka pro zdravotní sestry*. Přel. Dagmar Steinová-Friedová. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-x.
- SVOBODA, Mojmír a kol. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- ŠEFČÍK, Pavel, VORLÍČEK, Jiří. Bolest a možnosti jejího léčení. In VORLÍČEK Jiří, ADAM Zdeněk. *Paliativní medicína*. 2 vyd. Praha: Grada, 2004. s. 31-68. ISBN 80-247-0279-7.
- UMLAUF, Richard. Problémy soudobé akupunktury. *Prakt. Léč.* Praha. 1970, s. 50, 283-287.
- VOJÁČEK, Karel. *Autogenní trénink*. Praha: Avicenum, 1988. 205 s. ISBN 80-061-88.
- VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*, 5. rožš. vyd. Praha: Maxdorf, 1998. s. 51. ISBN 80-85800-81-0.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3.

YAMAMOTOVÁ, Anna. Trpíte chronickou bolestí? Možná potřebujete léčit depresi. *Psychologie Dnes*. 2011, 17, 2, s. 33-34. ISSN 1212-9607.

Internetové odkazy

MERSKEY, H. et al. Pain Terms. *IASP. Working Together for Pain Relief* /online/. ©1994, last revision 7th april 2011 /cit. 23.8.2011/.

Dostupné z: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&ContentID=1728

ROKYTA, R. Patofyziologie bolesti. *Postgraduální medicína* /online/. ©2003, poslední revize 28.7.2008 /cit. 23.8.2011/. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/patofyziologie-bolesti-151958>

Disertační a diplomové práce

JAROŠOVÁ, Darja. *Chronická bolest a její vliv na kvalitu života*. Atestační práce. Praha: IPVZ. 2002. Vedoucí práce: PhDr. Helena Hnilicová.

Přílohy

Příloha č. I. Reakce na stres

Příloha č. II. Přehled cvičení AT jako celku

Příloha č. III. Střední a vyšší stupeň AT

Příloha č. IV. Dotazník

Příloha č. V. Kazuistiky pacientů (pokračování)

Paní Jana F.

Paní Alena S.

Paní Helena K.

Paní Naděžda K.

Paní Miluše P.

Příloha č. VI. Statistické údaje mapovacího průzkumu (pokračování)

Příloha č. I. Reakce na stres

Vzrušení jako první zaregistruje **hypotalamus**, drobný shluk buněk v zadní části mozku, který kontroluje všechny automatické tělesné funkce a reakce. Ten uvolní do těla automatické látky zvané *endorfiny*, působící jako přirozené likvidátory bolesti. Otupují vnímání bolesti a duševního zmatku, a pomáhají nám vyrovnat se s situací tím, že potlačí faktory, které by nám jinak bránily vydat ze sebe maximum. Dále vytváří hormon *thyroptin*, který dále předává potřebné informace díky *neurotransmitterům*, chemické látky umožňující přenos dat, do **hypofýzy**. Stojí na nejvyšším stupni endokrinních žláz, pomocí jejích hormonů řídí ostatní žlázy s vnitřní sekrecí. Hormonů které vytváří je mnoho, pro příklad si uveďme ty, které souvisí se stresem: *thyrotropin-releasing hormon* (TRH, vliv na štítnou žlázu), *adrenocorticotropic hormon* (ACTH, vliv na nadledvinky), *endorfiny* (tlumí bolest), a další.

Tlumivý účinek má i *epinefrin*, dříve označovaný jako adrenalin. Působí zrychlení srdečního tepu, zvýšení tlaku a uvolnění živných látek. Současně ovlivňuje napětí svalů a dýchání, které je pak rychlejší a mělčí. Je jedním z hormonů tvořených **nadledvinkami**. Dalším je *nonepinefrin*, noradrenalin, spojovaný s pozitivním vzrušením. Hormon *kortizon* přeměňuje glykogen v játrech na krevní cukr, čímž okamžitě vytváří energii a uvádí mozek do stavu pohotovosti.

Svoji roli při vzrušení hraje i **štítná žláza**. Uvolňuje *thyroxin*, který stimuluje metabolickou soustavu, zvyšuje srdeční činnost a reguluje spotřebu kyslíku.

Potřebný přísun energie zajišťuje mužský hormon *testosteron*, u mužů je produkován **varlaty** a u žen v **nadledvinkách**.

Tělo v krizových situacích potřebuje zvýšený přísun energie. Automaticky proto odpojí ty systémy, které v tu chvíli nepotřebuje, a soustředí se na mobilizaci těch nezbytných. Trávicí proces se proto zpomaluje a krev se stahuje z kožních tkání i ze žaludku do svalů.

Ona aktivizace, která nás připravuje na útěk nebo útok, má za výsledek **autonomní sympatický nervový systém**. Opačný vliv má **autonomní parasympatický nervový systém**. Nastupuje po odeznění stresoru a reakce na nebezpečí. Uvede tělo opět do klidného stavu. Srdeční činnost se zpomalí, zornice stáhnou, dech zklidní a energie se začne uchovávat. Tělo i mysl se mohou uklidnit, uvolnit a vrátit do běžného stavu.

Příloha č. II. Střední a vyšší stupeň AT

Střední stupeň, nazývaný také praktický, navazuje na předchozí zvládnutí cvičení AT. V mnoha publikacích se o něm nelze dočíst. „*Existenci (vytvoření) prostředního stupně (PS) si vynutila praxe*“ (VOJÁČEK, 1988, s. 93). Jde o prostor mezi základním a vyšším stupněm AT. Skládá se z různých praktických složek, na sobě navzájem nezávislých. Oproti vyššímu stupni je snadnější a je užitečnější pro běžný život.

Po ukončení základního stupně lze pokračovat ve třech hlavních směrech.

Harmonizace somatická i psychická, neboli přístup fyziologický, je subjektivním plným prožíváním psycho-somatické eufunkce se zpětným objektivním ovlivněním. Jde o postup nejméně náročný a nejvíce využitelný v praxi. Principem je pokračovat v navozeném vnitřním pohroužení, nechat pocity doznívat, přetrvávat a vzájemně doladovat. Stav hlubokého tělesného uvolnění navozuje příjemný a hluboce uvolněný psychický stav (bazální eufunkční kladné niterné ladění). Vzájemné působení a ovlivňování psychického a tělesného stavu je dnes všeobecně uznáváno a prokázáno.

Formulace a nácvik **individuálních předsevzetí** je druhou linií prostředního stupně. V průběhu základního stupně se pracuje s autosugestivními formulami, se kterými se dá pracovat podrobněji. Individuálně se pracuje na vylepšení přetrvávajících závad a nedostatků, i na zdokonalování žádoucích vlastností. Soustavným cvičením lze dosáhnout odstranění funkčních potíží, nežádoucích vlastností a příznaků, nebo zlepšit, rozvíjet a posilovat schopnost a vlastnosti žádoucí, v oblasti tělesné i duševní. Formule vycházejí ze stejných pravidel jako formule základního stupně, jsou krátké, jasné, výstižné, úderné, přitom rytmické a dobře znějící,

emočně účinné, případně je lze i zveršovat, musí být dobře vstípitelné a cvičící jim musí „vnitřně věřit“ (VOJÁČEK, 1988). Důležité je aby formule byly pozitivně laděné, v oznamování podobě (nikoliv jako rozkaz, zákaz).

Třetí linie, **cvičení vnitřních center**, se obrací „dovnitř“ člověka. Je zdánlivě nejsložitější, ale po jeho zvládnutí člověk získá skutečnou bezprostřední „sebevládu“. Tím, že ovládneme jednotlivá vnitřní centra a jejich činnost, můžeme potom pocitově ovládat a navozovat různé žádané účinky v somatické a psychické oblasti. Toto cvičení spíše připomíná procvičování čaker v józe.

Metody AT můžeme uplatnit v různých životních situacích, jako techniku částečného uvolnění nebo techniku kumulovaného procvičování. Návčik klidného dechu nejvíce uplatníme při sportovní činnosti, jako běh, jogging, apod. Cvičení AT večer před spaním napomáhá usnutí, ovlivňuje průběh spánku i sny. S pomocí relaxace lze ovlivnit a zmírnit prožitek bolesti, jednak jako vjem sám o sobě, a nebo před lékařským zákrokem.

K **vyššímu stupni** autogenního tréninku můžeme přistoupit poté, co zvládneme stupeň základní a alespoň částečně projdeme praktickým stupněm. Jde o stupeň značně složitější, vyžadující delší a pracnější návčik a přípravu. Zatímco předešlé stupně jednaly převážně o tělesné stránce, jejím ovlivňování a praktickém využití získaných poznatků, vyšší stupeň se týká výhradně ovlivňování psychiky. Ve vyšším stupni je vnímání sama sebe a prožívání emocí hlubší a silnější. Prožívání je vizualizováno. **Vizualizace** musí být řádně nacvičena a to trvá dlouhou dobu.

Smyslem každého návčiku vnímavosti je to, že čím lépe známe sebe sama, tím lépe se můžeme orientovat v životě a mít méně problémů s jinými lidmi. Kromě toho lépe poznáme své slabé stránky a budeme vědět, jak změnit své špatné postoje. Vníma-

vost, která se pěstuje ve vyšším stupni autogenního tréninku, je srovnatelná s nácvikem meditace.

Vyšší stupeň je velmi obsáhlý a dává prostor pro mnoho variant. Na rozdíl od základního stupně, kde je nutné dodržovat přesně po sobě jdoucí cviky, ve vyšším stupni toto pravidlo neplatí. Jednotlivé části lze nacvičovat buď v následujícím doporučeném sledu, nebo si lze vybrat tu která nás nejvíce oslovuje a s tou poté pracovat a rozvíjet ji.

Z důvodu omezeného rozsahu práce uvedu pouze krátký přehled **nácviku vyššího stupně** AT dle Schultze. V přípravné části je potřebné zaměřit se na nácvik vizualizace a to s přístupem očekávajícím, prikazujícím nebo vciťujícím. Začíná se nejjednodušší vizualizace barev, postupně si uvědomujeme konkrétní předměty a osoby, a v konečné fázi vizualizujeme obrazy a celé scény. Nácvik emocionalizace a senzualizace pak pokračuje obdobným postupem. (VOJÁČEK, 1988)

Nácvik jak je popsán výše vel zdlouhavý a vyžaduje postupné, systematické nacvičování, existují i rychlejší a dynamičtější způsoby, jak dosáhnout stejných výsledků v kratší době. Nejznámější z **imaginativních cvičení** jsou „cesty“ Klause Thomase. Jde o cesty „do hlubin“ a „do výšin“, obojí má specifický symbolický význam, a přísluší k němu i mimovědomý mechanismy. Jde např. o „cestu po mořském dně“ (cesta do hlubin moře) a „cestu na vrchol hory světa“ (cesta do výšin hory). Vojáček uvádí třetí možnou cestu „cestu do cizího města“.

Příloha č. III. Přehled cvičení AT jako celku

Vojáček uvádí upravený sled cvičení AT dle Schultze, v knize Autogenní trénink, 1988 na straně 86.

(Zaujmout pozici.) – Je mi klidně, volně, dobře.

Ruce a nohy jsou těžké . . . („tíže“) . . . asi 6x, - jsem zcela klidný . . . („klid“) . . . asi 1x-2x.

Ruce a nohy jsou teplé . . . („teplo“) . . . asi 6x – „klid“.

Srdce tepe klidně a zdravě . . . („srdce klidné“) 6x – „klid“.

Dýchá se klidně a lehce . . . („dech je klidný“) 6x – „klid“.

Vnitřek těla je hřejivě teplý . . . („nitro je teplé“) 6x – „klid“.

Čelo je příjemně chladné . . . („čelo chladné“) – (+ „mysl klidná“) 6x.

Protáhnout, prodýchat, prohlédnout a procvičit! – (Rázně zacvičit pažemi a případně rázně vstát.)

Příloha č. IV. Dotazník

Praha, podzim 2010-jaro 2011

Vážený pane, Vážená paní.

V rámci studia a psaní své závěrečné práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, Hekrova 803, Praha, bych Vás ráda požádala o spolupráci.

Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku. Jde o soubor otázek mapující Vaše bolestivé stavy, a to jaké máte prožitky z relaxačního cvičení. Tento dotazník Vám v průběhu času rozdám vícekrát. Důvodem pro opakované vyplnění dotazníku je, abychom společně mohli zmapovat, jak je nácvikem relaxace ovlivňováno Vaše prožívání zdravotního stavu v průběhu času.

Dotazník a údaje v něm vyplněné podléhají zákonu o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb.). Dotazník je anonymní, avšak pro možnost sledování vývoje změn v čase, prosím o krátké iniciály (nejlépe začínající písmena vašeho jména), které budete používat i při vyplňování následujících dotazníků.

Děkuji za Vaši účast. Přeji mnoho úspěchu v životě.

Eva Bruková, DiS.

Datum vyplnění:

Vaše **iniciály**:

Pohlaví:

a) žena

b) muž

Věk:

Vyplnit PŘED relaxací !

1. Využijte, prosím, všech postav na tomto obrázku, abyste tím, sdělil/a, **kde** všude vás to **bolí** a **kam** tato bolest **vyzařuje** (vy-
střeluje). Do tohoto obrázku smí zakreslovat jen sám pacient –
nikdo jiný. Buďte proto, prosím, co nejpřesnější a každý detail
tam zanešte.

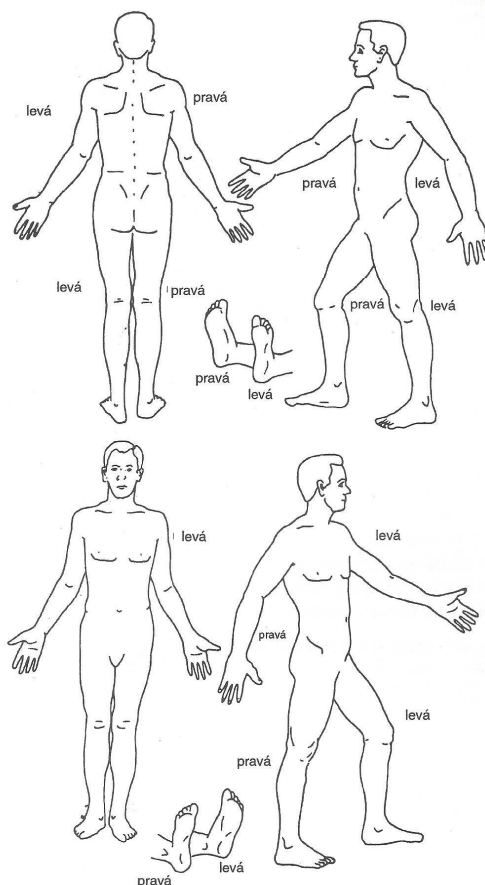
červená – palčivá bolest (pálí to)

modrá – bolest obecně (bolí to)

žlutá – tupá, bodavá či řezavá bolest

zelená – svíravá bolest (působící křeče)

Obr. č. 1 Mapa bolestí (podle M.S. Margolese, 1983)



2. Udělejte **křížek** na níže nakreslené ose podle toho, jak **velikou bolest** cítíte v tuto chvíli.



žádná bolest

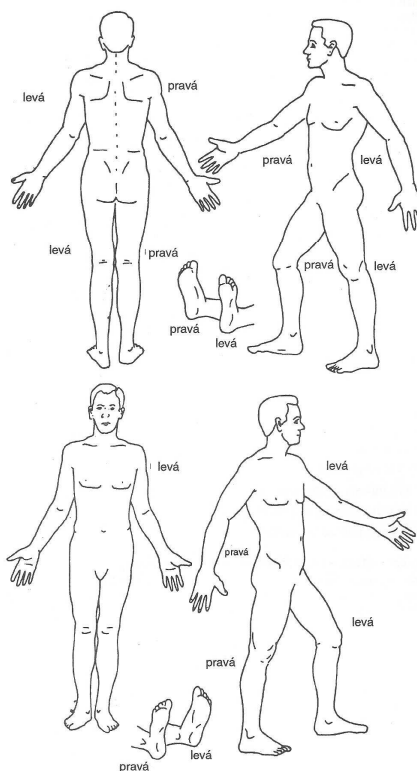
nesnesitelná bolest

Vyplnit **PO** relaxaci !

3. Využijte, prosím, všech postav na tomto obrázku, abyste tím, sdělil/a, **kde** všude vás to **bolí** a **kam** tato bolest **vyzařuje** (vystřeluje). Do tohoto obrázku smí zakreslovat jen sám pacient – nikdo jiný. Buďte proto, prosím, co nejpřesnější a každý detail tam zanešte.

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

Obr. č. 1 Mapa bolesti (podle M.S. Margolese, 1983)



4. Udělejte **křížek** na níže nakreslené ose podle toho, jak **velikou bolest** cítíte v tuto chvíli.



žádná bolest

nesnesitelná

bolest

5. Ve stručnosti popište **bolesti**, které vás sužují. Pokud znáte lékařskou diagnózu **onemocnění**, prosím napište ji.

6. Moje dlouhodobé **bolestivé** potíže jsou převážně vázány na tuto **část těla**:

- a) hlava
- b) krk
- c) končetiny
- d) hrudník
- e) břicho
- f) záda
- g) jiná

7. Míváte k bolestivému požitku přidruženy i **jiné příznaky** (symptomy)? (Může být více odpovědí.)

- a) oční obtíže – pálení, řezání, slzení, citlivost na světlo
- b) pohybové obtíže
- c) zažívací obtíže – nevolnost, zvracení, průjem, bolesti břicha
- d) psychické obtíže – změny nálad, úzkost, smutek, únava, zlost, bezmoc, strach, apod.
- e) nebývají
- f) jiné

8. Jaký je **nástup** vaší **bolesti** je:
- a) okamžitý
 - b) pozvolný
 - c) nemohu určit
 - d) bolest trvá stále
 - e) jinak
9. Co bývá **vyvolávajícím faktorem** (spouštěčem) vaší bolesti?
Která událost ve vás vyvolává bolest nejčastěji? (Může být více odpovědí.)
- a) alkohol
 - b) nikotin
 - c) tělesné vypětí
 - d) duševní vypětí
 - e) změny počasí
 - f) jídlo
 - g) bolest není závislá na vyvolávajícím faktoru
 - h) jiné
10. V průběhu bolestivé ataky (při bolesti) **můžete vykonávat**:
- a) plnohodnotně všechny činnosti
 - b) pouze menší domácí práce
 - c) až do polevení bolesti nemohu vykonávat žádné domácí práce
 - d) jsem zaměstnán/a
 - e) jinak
11. Ve stručnosti napište **kdy** vaše **bolest polevuje**. Př. za jakých důsledků (př. léky, po cvičení autogenního tréninku, apod.), za jakou dobu od nástupu bolest odezní.

12. Ovlivnila bolest váš **vztah k partnerovi a rodině**? (Ve stručnosti popište.)
13. Zaujímáte sami **aktivní** roli při **snižování bolesti** a její léčbě? V případě, že ano, uveďte jaké metody využíváte (hypnóza, masáže, rehabilitace, autogenní trénink, apod.), zda vám uleví od bolesti, na jak dlouho se vám uleví, jak často jich využíváte.
- a) ne
 - b) ano
14. Provádíte **nácvik autogenního tréninku** (dále jen AT)? **Jak dlouho a jak pravidelně**?
- a) navštěvuji nácvikové skupiny 1x týdně, dnes jsem tu (pokolikáté)
 - b) cvičím pouze na skupinovém setkání
 - c) doma cvičím každý den
 - d) doma cvičím v průměru 2-3x týdně
 - e) doma cvičím v průměru méně než 2x týdně
15. Jaké **očekávání** máte od cvičení AT?
- a) zmírní mé obtíže
 - b) zlepší kvalitu života a napomůže mi zvládat životní úkoly, které jsem dříve nezvládal/a
 - c) jiná očekávání
16. Kterou **část** nácviku AT jste **dnes** procvičoval/-a?
- a) tíha v končetinách

- b) teplo v končetinách
- c) klidný dech
- d) pravidelná srdeční činnost
- e) pocit tepla v nadbřišku
- f) chladné čelo

17. Jak jste vnímal/a **vnitřní** podněty a **pocity** při **dnešním** nácviku AT. Ve stručnosti popište vše, co vás v souvislosti s cvičením napadá, na co si vzpomínáte, co by jste chtěl/a sdělit. Př. co jste vnitřně prožíval/a, jaké tělesné pocity jste vnímal/a, co se vám dařilo/nedařilo, co bylo obtížné/snadné, ...

18. Jak jste vnímal/a své **okolí** během dnešní relaxace? Ve stručnosti uveďte zda vás něco rušilo či naopak uklidňovalo. Př. místnost, hudba, hlas terapeutky, čas společné relaxace, apod.

Děkuji za vyplnění. EB

Příloha č. V. Kazuistiky pacientů (pokračování)

Paní Jana F.

Paní Jana F., je narozena 1969. Centrum léčby bolesti (dále jen CLB) jí doporučil její ošetřující lékař roku 2010. V rámci léčby v CLB jí byl nabídnuta i psychologická péče a možnost navštěvovat relaxační skupiny.

Paní Janu sužují silné bolesti beder a kyčelních kloubů, kvůli kterým se špatně pohybuje. Časté bolesti v oblasti krčních svalů a páteře vyvolávají bolesti hlavy, které někdy přecházejí do migrény.

Nejvýraznějším doprovodným symptomem je u paní Jany únava. Mívá pocit tíhy v celém těle, říká „*jako by mě bolel celý člověk*“. Při bolestech hlavy a migréně je ve zvýšené míře citlivá na světlo.

Klinické obtíže označuje za trvalé, „*bolest nemá konce, jen občas se to zhorší*“. Co ke zhoršení přispívá, to neví.

Z důvodu trvalých silných bolestí nemůže paní Jana vykonávat zaměstnání. Zvládá běžné domácí práce, při zhoršení zdravotního stavu však nemůže dělat nic.

Chodí na rehabilitace a masáže, po nich cítí menší úlevu, ale jen několik hodin, poté se vše vrací do bolestivých prožitků.

Vztahy v rodině jsou dle jejích slov nezměněny.

Od AT si slibuje, že se zmírní její bolesti a zlepší se tak kvalita jejího života. Očekává, že cvičením AT se uvolní její ztuhlé svaly, a díky tomu jí přestane bolet hlava a bude se jí lépe chodit. Také si přeje zmírnit psychické napětí, které je vyvoláno jejím zdravotním stavem.

Pravidelně cvičí jednou denně doma a jednou za čtrnáct dní navštěvuje relaxační skupinu. Přiznává, že necvičí zcela pravidel-

ně, při zhoršení bolesti nemůže cvičit. Má pocit, že AT není účinný.

Paní Jana mi vyplnila 2 dotazníky, a to dne 18.12.2010 a 3.2.2011.

V prvním šetření uvádí, že se před relaxací cítí unaveně. Podle mapy bolesti vnímá bolest v celém těle, výrazněji v oblasti beder, hrudníku a pánve ze které vystřelovala řezavá bolest do nohou. Číselné údaje VAS testu ukázali, že cítí nesnesitelnou bolest (90 bodů). Po relaxaci se stále cítila „rozbolavělá“, přesto ustoupila palčivá bolest hrudníku a kyčlí, nově se objevila bolest hlavy. Stále pociťovala nesnesitelnou bolest (VAS 86 bodů). Při relaxaci se soustředila na nácvik tíhy, která jí je příjemná.

Při druhém šetření uvádí, že jí bolí celé tělo. Opětovně zakreslila bolest v celém těle. Výrazněji jí bolela hlava, cítila palčivou bolest a tlak táhnoucí se od čela dolů přes nos do dolní čelisti. Od krku přes ramena a v pravé ruce jí vnímala palčivou bolest, která se táhla i z pánevní oblasti do nohou. VAS stupnici označila svůj stav opětovně jako nesnesitelnou bolest, ale s nižším bodovým skóre (82 bodů). Po relaxaci bolest v těle přetrvávala, tlak a palčivá bolest se přesunuli na pravou stranu spánku a šíjí odkud vedla do pravé ruky. Bolest v bedrech se přesunula níže do oblasti kyčlí a pravé nohy. Pocit bolesti na VAS škále označoval strašnou bolest (78 bodů). Během relaxace vnímala nepříjemné brnění v nohách a také měla studená kolena. Nacvičovala tíhu, teplo a klidný dech. V rámci dohody na začátku relaxace nacvičovala lehkost, která jí nevadí, ale tíha jí je příjemnější. lehkost se jí nejlépe dařila v rukou, měla pocit „jakoby mi měly ruce uletět“. Zkoušela nacvičovat teplo, které jí dělá obtíže pociťtit.

Během cvičení mívá bodavé křeče a svaly v obličeji jí „jakoby klesají“. Vnímání tepla jí činí nemalé obtíže, většinou ho ani do souboru cviků nevkládá. Při řízené imaginaci nemívá žádné obrazy, ale spontánně se jí objevují během relaxace barvy, které z tmavých přecházejí do světlých. Nemá ráda hudbu při relaxaci, tak ji rozptyluje a je jí nepříjemná. Nejradyji cvičí sama pod vedením terapeutky, její hlas jí uklidňuje a pomáhá soustředit se.

Paní Jana je člověk, který v přístupu ke své léčbě není příliš aktivní. Upřednostňuje při zmírnění svých klinických obtíží léky a masáže. Vnímaná neúčinnost AT může být dána nepravidelností cvičení AT a velkou závislostí na heterosugestivním stylu vedení relaxace terapeutkou.

Paní Alena S.

Paní Alena S., narozená 1958 má diagnostikován únavový syndrom, sternu míšního kanálu s oploštělými obratli krční páteře, dále imunodeficienci a chronickou gastritidu. V péči CLB je od roku 2009, kde nastoupila i do péče psychologky.

Paní Alena nejčastěji pociťuje bolesti hlavy, ramenou, páteře a kyčlí. Únavový syndrom se projevuje celkovou únavou. Zhoršená pohyblivost je daná bolestí nohou, především stehem, třísel a kyčelních kloubů. Často vnímá „únavu za očima“. Paní Alena se cítí velmi úzkostně, protože se hůře soustředí na běžné úkoly, má pocit, že tyto povinnosti nezvládá.

Její klinické obtíže jsou trvalého charakteru. Ke zhoršení těchto obtíží dochází při tělesném a duševním vypětí. Jestliže odezní tyto problémy, odezní většinou i bolest. Bolestivý stav bývá vyvolán i zvýšenou úzkostlivostí z nezvládnutí povinností.

Přetrvávající bolestivé stavy jí nedovolují pracovat v zaměstnání. Snaží se zvládnout alespoň menší domácí práce.

Paní Alena využívá metod magnetoterapie a navštěvuje rehabilitace. Jak uvádí, úlevu od bolesti, cítí málokdy, což může být dáno nepravidelností návštěv u těchto specialistů. Snaží se ulevit bolesti i pomocí sugescí.

Se svým manželem se rozvedla před několika lety, od té doby žije sama. Celý život trpí pocitem, že něco „musí“. V individuální terapii se snaží učit říkat „ne“, zpomalit a celkově se uvolnit. Po mnoha letech pomalu začíná více myslet na sebe. Její nácviková formulka zní, „Mám pro sebe dost času a prostoru“.

Od AT očekává zmírnění svých obtíží, zlepšení kvality života, a především to, že se uvolní ztuhlé svaly. Paní Alena doufá, že pomocí AT se uvolní její psychické problémy a vymizí její úzkosti.

AT cvičí od roku 2009 s různými výkyvy úspěšnosti. Výraznější zlepšení pocítila při pravidelném cvičení po měsíci, kdy cvičila jednou týdně ve skupině a současně 1-2krát týdně doma.

Vždy se těší na skupinové cvičení AT, protože má pocit, že takto strávená relaxace je „více přesvědčivá“. Doma se hůře soustředí a dle jejích slov jí chybí disciplína.

Od paní Aleny jsem dostala vyplněné tři dotazníky, s daty 4.1.2011, 1.3.2011 a 13.3.2011.

V prvním šetření před relaxací popisovala bolesti v pravé ruce, kde z ramene vystřelovala palčivá bolest až do lokte. V obou tříslech cítí tlakovou bolest v obou tříslech. Celkově po cíťovala dle VAS stupnice mírnou bolest (26 bodů). Po relaxaci se cítila dobře v celém těle, únava odezněla. Dle VASu necítí žádnou bolest (0 bodů). Při tomto nácviku AT se soustředila na tíhu, teplo a klidný dech. Spontánně se jí podařila imaginace „Cesty na horu“. Dlouhodobě má problémy s navozováním tepla

v končetinách, také nemívá žádné imaginace barev. Z toho usuzuje, že nácvik AT nezvládá.

Při druhém šetření se paní Alena cítila více unavená. Bolest byla přítomna v celém těle, v tříselech pak intenzivní palčivá. Také VAS byl oproti předešlému šetření mírně zvýšen, avšak stále v mezích mírné bolesti (34 bodů). Při této skupinové relaxaci přidala nácvik klidného a pravidelného tepu. Teplo tentokrát pocítila v rukou. Místo bolesti po relaxaci se cítila unaveně.

Ve třetím šetření uvádí paní Alena celkovou bolest v rukou a pánvi. Cítí mírnou bolest (VAS 39 bodů). Po relaxaci je celková bolest na stejném místě. Bolest přetrvává mírná, přesto na VAS škále byl mírně nižší (35 bodů). Vrátila se k nácviku tíhy, tepla a klidného dechu. Nácvik pocitu tíhy jí jde nejlépe. Teplo opět vůbec nepocítila, pouze střípky v dlaních. Nácvik klidného dechu jí nedělal žádných obtíží.

Paní Alena více spoléhá na magnetoterapii, po které se vždy cítí báječně a uvolněně. Při pravidelném cvičení AT pocítila zlepšení svého zdravotního stavu. Přesto se více uvolněně cítí po skupinové relaxaci. Ke zlepšení zdravotního stavu přispívá i to, že si nechává více prostoru pro sebe, učí se říkat „ne“ a vymezovat hranice vůči svému okolí.

Paní Helena K.

Paní Heleně K., narozené 1951, doporučil ošetřující lékař z neurologie navštívit CLB kvůli silným migrénám a úzkostné poruše. V péči CLB je od roku 2011.

Kromě silných bolestí hlavy paní Helena často cítí tupou bolest na krku, která jí vystřeluje do ramen a celých zad.

Paní Helena se často cítila unavená a úzkostná, proto vyhledala pomoc u neurologa. Zde jí byla diagnostikována úzkostná

porucha a doporučena léčba. Bolesti hlavy jsou obvykle doprovázeny nevolností a zvracením. Bývá unavená i když nic nedělá, a ve své nemoci se cítí bezmocná.

Bolest se objevuje nepravidelně a většinou pozvolna, s různou intenzitou i dobou trvání. Spouštěčem bolesti je nejčastěji vyšší míra hluku, výrazné aroma, tělesné vypětí nebo dlouhé stání. Zlepšení pocítí, „*když si vezmu prášky*“. V případě, že je doma, pomáhá jí, když si lehne do tmavé a tiché místnosti s obkladem na čele.

Při atace se snaží zvládat běžné denní povinnosti v domácnosti i v zaměstnání. Bolestivý stav se při práci a únavě zhoršuje, pak nemůže dělat nic až do jejího polevení. To ji omezuje hlavně v zaměstnání.

Částečně jí při dlouhodobém zvládnutí bolesti pomáhá rehabilitace. Více si odpočine při masážích shiatsu, cítí se po nich uvolněná. Tento stav však netrvá déle než 2-3 dny, pak se vše vrací „do normálu“. Svůj zdravotní stav se snaží zlepšit i správnou životosprávou, tedy pečlivým výběrem potravin, nepije alkohol a přestala kouřit. Vyzkoušela akupresuru, ale má raději masáže. V začátku bolesti jí občas pomáhá stažení hlavy šátkem.

Rodina se paní Heleně snaží co nejvíce pomoci. Vztah s jejím partnerem je nezměněný.

Od AT si slibuje, že poleví a zmírní se její migrény a celkově selepší její zdravotní stav.

AT cvičí pouze jednou za měsíc na skupině. Doma necvičí, protože si nepamatuje formulky. V posledních měsících jí je výrazněji lépe, ale neví zda tento stav připisovat novým lékům či AT.

Od paní Heleny jsem dostala vyplněné tři dotazníky, jeden z 1.3.2011, 8.3.2011 a 3.4.2011.

V prvním šetření paní Helena pociťovala bolest v celém těle, výraznější svíravá bolest se projevovala na krku, odkud se táhla až po ramena. Cítila střední bolest (VAS 57 bodů). Po relaxaci vnímala svíravou bolest hlavy a ramenou. Její VAS index byl mírně vyšší (58 bodů), ale stále v rozmezí střední bolesti. Při tomto šetření byla poprvé na skupinové relaxaci. Ze začátku se cítila napjatá a unavená, ale postupně se uvolnila a uklidnila. Nacvičovala tíhu a teplo. Tíha jí nedělala obtíže, teplo cítila zřetelně pouze na chodidlech a šíji. Během relaxace usnula, a po probuzení se cítila omámená a zmatená.

Při druhém šetření se paní Helena cítila uvolněně, nic jí nebolelo, proto její VAS stupnice byla označena jako žádná bolest (0 bodů). Po relaxaci se cítila stále uvolněná a bez bolesti, i její VAS index zůstal nezměněn. Tentokrát si sedla, aby opět neusnula. Cvičení jí přišlo krátké a příjemné. Překvapilo ji, jak intenzivně cítila tíhu v rukou a nohou, nevěděla, že je to tak možné a překvapilo jí to. Teplo necítila žádné.

Ve třetím šetření paní Helenu bolela hlava, a cítila svíravou bolest v hrdle. Překvapivě však její VAS index vykazoval žádnou bolest (0 bodů). Po relaxaci vnímala tlak v hlavě a stále se cítila bez bolesti (VAS 0 bodů). Nácvik tíhy a tepla jí šel lépe než v předchozích cvičeních. Tíha jí nedělá žádné obtíže, s teplem je to horší, cítila střípky v rukou.

Paní Helena se v posledních měsících cítí celkově mnohem lépe. Žádné obtíže či bolesti delší dobu nepřicházejí, nebo jsou jen velmi mírné. Je ráda, že tomu tak je, ale neumí si to vysvětlit.

Paní Naděžda K.

Paní Naděžda K., narozena 1951, po úrazu roku 2009, kdy si zlomila dvě nártní kosti, trpí bolestmi v levé noze. Pro tyto bolesti byla přijata do péče CLB v roce 2011.

Paní Naděžda kvůli bolestem nohy obtížně chodí. Má obtíže se změnami nálada, jednou je zlostná jindy více citlivá a plačtivá. Často se cítí bezmocně a beznadějně. Z léků, podávaných na tlumení bolesti, jí je špatně a má žaludeční potíže. Stává se jí, že je roztěkaná a nesoustředěná, proto si nečte ani oblíbené knihy. Trpí pocitem méněcennosti, cítí se k ničemu.

Klinické obtíže jí sužují neustále, pouze občas se zhorší. Obvykle ke zvýšení intenzity bolesti dochází se zvýšením stresu, při únavě a při změnách počasí.

Již druhým rokem je v důchodu. Běžně zvládá každodenní domácí práce. Ty podle ní dělat musí, „*protože by mi bylo trapně, že když jsem doma, abych nic nedělala*“. Snaží se, dělat si přestávky, při práci, aby se jí bolest nezhoršila. Když není zbytlí tlumí bolest léky.

Paní Naděžda chodí na lymfomasáže. Sama si doma vymýšlí cviky, aby jí nebolela noha a dělá si masáže lymfatických uzlin. Začala cvičit AT, který jí krátkodobě pomáhá zapomenout na bolest (řádově 1-2 hodiny).

Je již 28 let rozvedená, ale žije s přítelem. Snaží se, aby si ostatní nemysleli, že je na ně našťvaná. Když má bolesti, tak se usmívá a čeká až přítel usne. Nechce před ním ventilovat své bolesti a co jí trápí. Je mu vděčná za pomoc, kterou jí poskytl nejen po úraze ale i současnosti. Svým stavem se snaží okolí nezatěžovat a neotravovat. Když ví, že jí čeká náročný den, přidá si léky proti bolesti.

Od cvičení AT si slibuje zlepšení svého zdravotního stavu. Potřebuje se uklidnit a ventilovat psychické napětí, na skupině relaxace na toto má prostor. Ráda by, aby jí AT pomohlo, protože léky jí nedělají dobře a chtěla by je přestat užívat.

AT cvičí pravidelně jednou týdně na skupinovém setkání. Při relaxaci se uvolní, i po ní cítí uvolnění, ale pouze několik hodin. Protože si nemůže vzpomenout na předepsané formulky, tak si vymýšlí své a cvičí po svém.

Od paní Naděždy jsem dostala vyplněné tři dotazníky s daty 1.3.2011, 17.5.2011 a 31.5.2011.

Při prvním šetření vnímala v levé noze palčivou ostrou bolest. Cítla nesnesitelnou bolest (VAS 85 bodů). Po relaxaci cítila v levé noze celkovou a tupou bolest. Intenzita bolesti se snížila (VAS 77 bodů), a cítila strašnou bolest. Poprvé cvičila AT. Nacvičovala tíhu, která jí „šla sama“. Zkoušela nacvičovat i teplo, to však cítila jen někde a velmi slabě.

Při druhém šetření byla na skupinovém nácviku AT počtvrté. Necítla žádnou bolest, protože si vzala léky. To se projevilo i na VAS indexu, který vykazoval žádnou bolest (0 bodů). Po relaxaci se cítila dobře, přetrval stav bez bolesti. I její VAS index byl beze změny (0 bodů), tedy necítla žádnou bolest. Místo tíhy začala nacvičovat lehkost. Lehkost jí vyhovuje více, má pocit lehkosti těla, a takový povznášející pocit. Při imaginaci měla vizi širokého moře v němž byly hory a v pozadí maják. Zcela se do této představy ponořila a cítila se velmi uvolněně.

Při třetím šetření jí bolela hlava v levé noze cítila svíravou až řezavou bolest. Pociťovala střední bolest (VAS 52 bodů). Po relaxaci cítila bolest v levém kotníku a řezavou bolest v chodidle. Cítla mírnou bolest (VAS 14 bodů). Nacvičovala lehkost a klidný dech. Teplo v tomto nácviku vynechala, protože jí bylo posledně

nepříjemné. Lehkost jí nedělá obtíže, líbí se jí stav lehkosti. Klidný dech zkoušela poprvé, a nijak zvlášť se na něj nesoustředila.

Paní Naděžda má velké obavy, zda bude v budoucnu aktivní a soběstačná. Před úrazem to byla velmi aktivní žena, která ráda sportovala a dělala mnoho činností. Stále se jí zdají zlé sny o tom, že bude nepohyblivá a zcela závislá na partnerovi a rodině. Bolestem se snaží předcházet, protože léky jí vyvolávají nevolnosti a žaludeční potíže.

Paní Dana S.

Paní Dana S., narozena 1975, trpí chronickými bolestmi břicha a třmínku kvůli kterým opakovaně podstoupila gynekologické vyšetření avšak bez nálezu. Má diagnostikované bolesti dolní části zad, křížové a kostrčové krajiny. Do CLB přišla roku 2010 na doporučení ošetřujícího lékaře.

Paní Dana často trpí dýchacími obtížemi, bolestmi břicha a bolestmi v pravé končetině. Kvůli bolestem pohybového aparátu má pohybové obtíže. Jak sama říká, je člověk, který vše vydrží, ale když je toho na ní moc, tak zvrací. Má beznadějný pocit, že jde o trvalý a nezměnitelný stav, „*nedá se s tím nic dělat*“.

Klinické obtíže jsou stále přítomné, k jejich zhoršení dochází náhle z minuty na minutu, připomíná bolest při mensesu. Když se zdravotní stav zhorší, tak jí „bolí i oblečení“.

Paní Dana je „poslušný“ a pasivní pacient. Dělá jen to, co jí řekne lékař. Hodně se šetří. Kdysi prý zkusila akupunkturu, ale výsledek nesplňoval její očekávání. Vyzkoušela také rehabilitace a perličkové koupele, ale také nepřinesli větší a dlouhodobější efekt. Pomáhá jí sugesce, především v počátku bolesti, ale také pouze někdy.

Paní Dana měla před dvěma lety poloviční pracovní úvazek, ale kvůli bolestem nemohla v zaměstnání pokračovat. Denní aktivity je závislá na tom, jak se ráno vzbudí. Jestliže je bolest mírná nebo žádná, snaží se dělat domácí práce. Nesmí to však přehnat, proto je na sebe velmi opatrná.

Její partnerský vztah je neuspokojivý a vnímá ho jako omezující. Partnera se stále ho bojí, a tím jí leze na nervy. Děti se jí snaží hodně pomáhat, hlavně v období, kdy má velké bolesti.

Od AT nemá žádné očekávání, prý kvůli neúspěšným pokusům a předešlých zkušenostech s jinými metodami.

Paní Dana mi vyplnila pouze jeden dotazník, a to z toho důvodu, že po relaxaci odmítla přijít na další sezení. Na relaxaci byla poprvé a naposledy 27.11.2010.

Paní Dana přišla se strašnou bolestí (VAS 84 bodů). Cítila celkovou bolest v oblasti pravého vaječníku, kterou popisuje takto, „*jakoby tam něco překáží, je ve tvaru měchu, pohybuje se to*“. Po relaxaci vnímala celkovou bolest v oblasti pánve. Cítila strašnou bolest o něco větší než před začátkem relaxace (VAS 85 bodů).

Nacvičovala tíhu a teplo. Byla překvapená, že poslouchá hlas terapeutky, a že dělá ty kroky, které ona popisuje. „*Když si přemýšlím, tak vím, kde mám kotník, ale v té relaxaci mě překvapilo, že jsem dokázala jít systematicky*“. Doma využívané sugesce v podání terapeutky nefungují. Během relaxace měla nepříjemné pocity, zvláštní útrobní nespecifické bolesti. Celkově se cítila neklidně.

Paní Dana působí jako člověk, který uteče i před prvním menším neúspěchem. Její léčba je neúčinná a nepomáhá jí zmírnit bolesti. Je velmi pravděpodobné, že útrobní bolesti břicha, jsou

spojeny s psychickými problémy, s nespokojeností ve vztahu a zadržovaným hněvem vůči partnerovi.

Paní Miluše P.

Paní Miluše P., narozena 1956, má diagnostikované astma a zhoršené prokrvení. Na páteři má vyhřezlé plotýnky, z toho důvodu jí páteř otéká a bolí především na levé straně. Do péče CLB přešla na doporučení ošetřujícího lékaře v roce 2011 kvůli bolestem zad a nohou.

Vyjma bolestí páteře, která jí často vystřeluje až do levého chodidla, jí trápí bolesti hlavy.

Mívá záchvaty žaludeční nevolnosti. Kvůli bolestem pohybového aparátu má potíže s chůzí a celkovou pohyblivostí. Často se cítí unaveně. Vůči své nemoci pociťuje bezmoc a vztek. Zlost si víc vybíjí na sobě než na druhých lidech. Bezmocnost je provázena pocitem osamění a izolovanosti. Dle jejích slov jí nemoc „překáží, a dělá mi neplechu. Nemohu zajít ani mezi lidi.“

Klinické obtíže nejsou trvalého charakteru, přichází neočekávaně a pozvolna se stupňuje jejich intenzita. Paní Miluše nechce užívat léky, pokud to není nezbytně nutné. Začne-li se bolest stupňovat, vezme si je a uleví se jí.

Paní Miluše je v domácnosti. Stará se o rodinu a dům. V případě bolestivých záchvatů nemůže vykonávat žádnou činnost.

Před 5-6 lety několikrát podstoupila akupunkturální léčbu. Tato metoda jí ulevila od bolesti na několik dní. Snaží se cvičit AT.

S partnerem nevychází nejlépe, odmítá se s ním bavit a jak říká „nemám na něj náladu“. Tento odmítavý postoj vychází z nedostatku podpory a pomoci, kterou potřebuje a očekává od svého

partnera. Nikdy jí nijak nepomohl, a stále dokola jí opakuje, že jí nikdo nepomůže a bolesti jí zůstanou navždy. Partner paní Miluši neustále vyčítá, že za zhoršení finanční situace v rodině může ona. Celkově si nerozumí jako dříve.

Paní Miluše by byla ráda, kdyby se jí díky cvičení AT zmírnila klinická obtíže, a opětovně se mohla zapojit do běžného života.

AT cvičí nepravidelně jednou za den doma, do skupin dochází pravidelně jednou za 14 dní. Ráda chodí na skupiny, protože se tam setkává s lidmi. Nemá pocit, že by jí cvičení dlouhodobě pomáhalo. Uvolnění napjetí cítí jen několik hodin po relaxaci. Očekává, že když si na cvičení AT zvykne, více jí to pomůže. Cvičí lehkost místo tíhy, dává jí to pocit lehkosti a volnosti.

Od paní Miluše jsem dostala 2 vyplněné dotazníky s daty 3.2.2011 a 21.3.2011.

Při prvním šetření cítila celkovou bolest v celém těle. Od hlavy přes krk až do prstů u nohou vnímala tupou bolest. Břicho sužovala svíravá a řezavá bolest vystřelující do levé nohy. Okolo páteře s táhla bodavá bolest. Celkově cítila nesnesitelnou bolest (VAS 88 bodů). Po relaxaci se cítila uvolněná, celková bolest v těle zůstala především v hlavě, zádech a nohou, ale přestala být výrazná. Stále vnímala nesnesitelnou bolest (VAS 80 bodů), ale o něco méně intenzivní. Při skupině nacvičovala lehkost, která jí jde bez obtíží a kterou nejlépe procítí. Dále teplo, které jí tentokrát příliš nešlo, cítila ho pouze v rukou a jen slabě v nohou.

Při druhém šetření vnímala tupou bolest táhnoucí se od hlavy do rukou a po páteři do břicha. V ramenou, břiše a na hrudi cítila palčivou bolest. V nohou cítila bolest celkovou. Přetrvala u ní bolest nesnesitelná (VAS 83 bodů), ale oproti minulému šetření slabší intenzity. Po relaxaci pociťovala bolest obecně v hlavě,

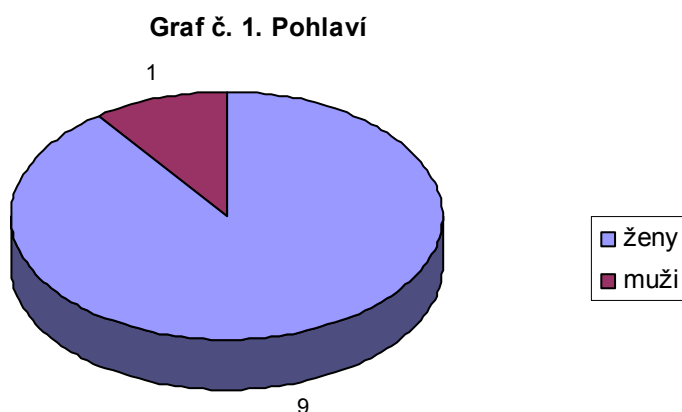
rukou a nohou, šíji měla ztuhlou a břicho jí pálilo. Cítila strašnou bolest (VAS 78 bodů). Na této skupině nacvičovala lehkost a teplo. Snažila se přidat i klidný dech, ale v průběhu cvičení na něj zapoměla.

Paní Miluše je žena, která se nehodlá vzdát svého života. Začala chodit do poradny pro obézní lidi, zde jí doporučili cviky a úpravu jídelníčku, a začala hubnout. Za tři měsíce zhubla neuvěřitelných 12 kg. Více se o sebe stará, pečuje o svou ženskost a své tělo. Pacientka uvádí, že si uvědomuje, že původcem změn je ona sama, a to se jí promítá do všeho dění. Jak dále uvádí je to pro ni obranný postoj před nepochopením z jejího nejbližšího okolí. Poprvé byla u moře v Maroku, a v lázních. Našla nové přátele a zažila zajímavé zážitky. Tyto zkušenosti jí motivují a utvrzují, že jde správnou cestou.

Příloha č. VI. Statistické údaje mapovacího průzkumu (pokračování)

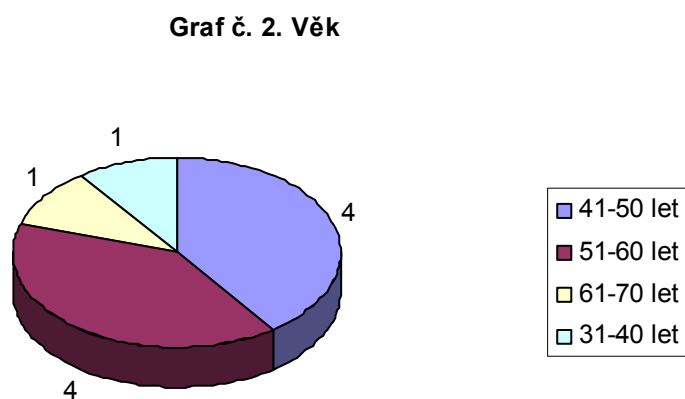
Pohlaví

Tohoto mapovacího průzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentů, z toho bylo 9 žen a 1 muž (Graf č. 1 – Pohlaví) ve věku od 41 do 70 let.



Věk

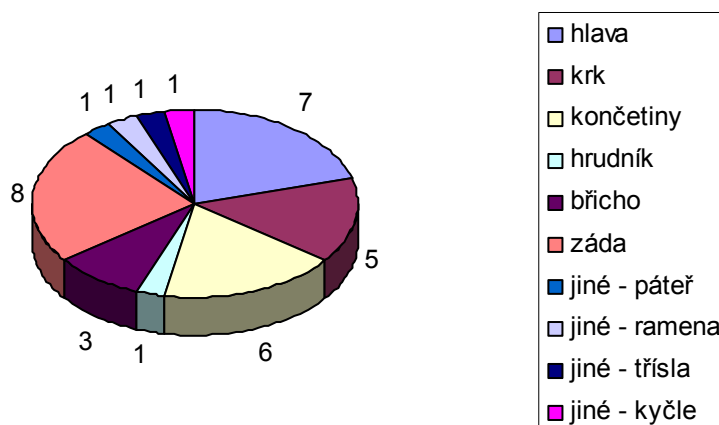
Nejčtenější věkové kategorie se pohybovaly v rozmezí 41-50 let a 51-60 let věku pacientů. V těchto věkových kategoriích se nacházeli vždy 4 pacienti. Věkové kategorie 31-40 let a 61-70 let byly zastoupeny vždy jedním pacientem (Graf č. 2. Věk).



Lokalizace bolesti

Respondenti zde mohli volit z více nabízených odpovědí. Následující graf zachycuje nejčastěji uváděná místa bolesti. Dlouhodobé bolestivé potíže jsou podle vyjádření respondentů vázány převážně na oblast zad (8 pacientů), především v oblasti páteře a beder. Bolesti v oblasti krku uvádělo 5 respondentů. Bolesti hlavy sužují 7 respondentů. Chronické bolestivé potíže končetin mající svůj původ v artróze a osteoporóze kloubů, pak uvádělo 6 pacientů (Graf č. 3. Lokalizace bolesti).

Graf č. 3. Lokalizace bolesti

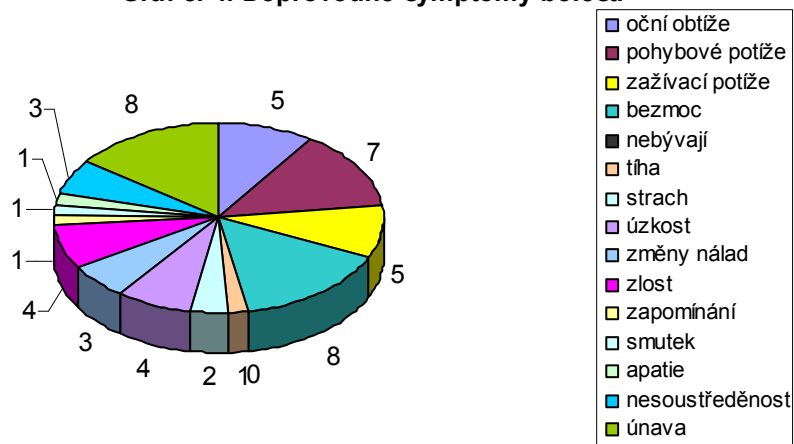


Doprovodné symptomy bolesti

Při bolestech je nutné brát v úvahu jak tělesné tak i emotivní složky bolesti. Tyto složky se vzájemně doplňují a kombinují.

Respondenti opět mohli volit z více nabízených odpovědí. Výrazně převažují psychické příznaky. Nejvíce pacienti trpí únavou a pocitem bezmoci (8 respondentů), dále pak zvýšená úzkostlivost a zlost (5 respondentů). Z doprovodných symptomů zaměřených na fyzický stav nejčastěji pacienti sužují pohybové obtíže (7 respondentů), obtíže se zažíváním (5 respondentů) a zhoršené vidění (5 respondentů) (Graf č. 4. Doprovodné symptomy bolesti).

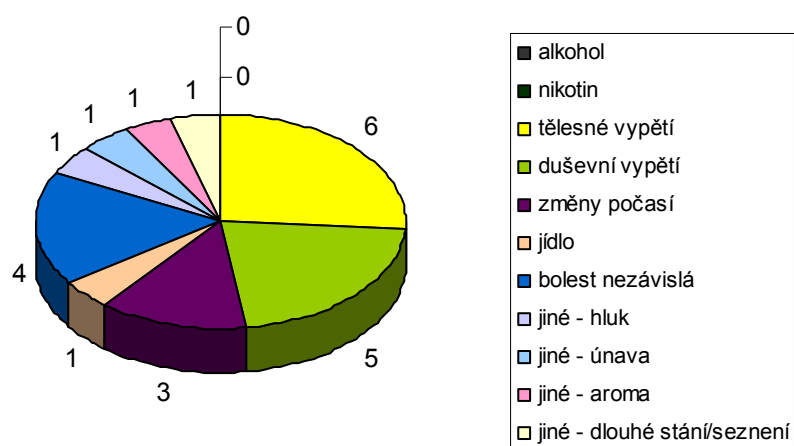
Graf č. 4. Doprovodné symptomy bolesti



Vývoj bolesti

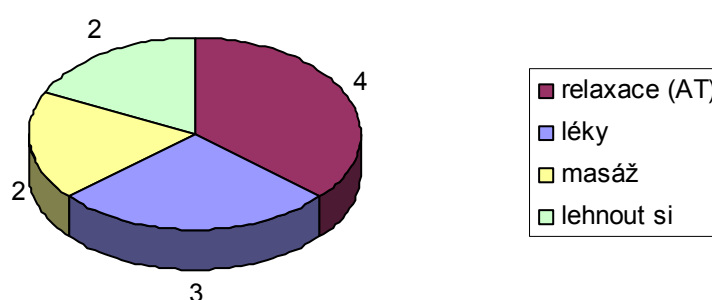
Všech 10 respondentů uvádí, že jejich klinické obtíže jsou trvalého charakteru. Ke zhoršení dochází nejčastěji při tělesném (6 respondentů) a duševním (5 respondentů) vypětí. Zhoršení bolesti často bývá nezávislé na jakémkoliv vyvolávajícím faktoru, jak uvádí 4 z deseti respondentů (Graf č. 5. Faktory vyvolávající bolest).

Graf č. 5. Faktory vyvolávající bolest



Z grafického vyjádření je patrné, že částečnou úlevu pocítí při užití léků proti bolesti pouze 3 respondenti. Po cvičení autogenního tréninku vnímají úlevu 4 respondenti z deseti, zmírnění klinických obtíží je omezeno na několik hodin (Graf č. 6. Faktor tišící bolest).

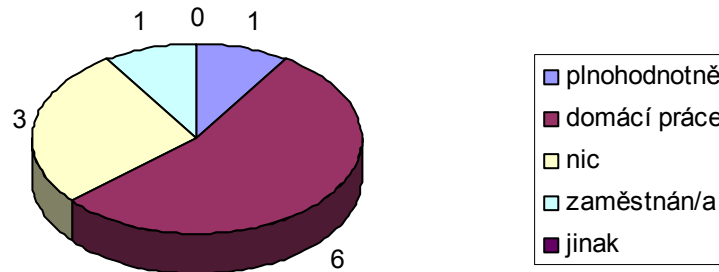
Graf č. 6. Faktory tišící bolest



Bolest a denní aktivita

Tato položka dotazníku byla zaměřena na zjištění schopnosti pacientů vykonávat běžné denní činnosti. Z dotazovaných respondentů do zaměstnání dochází pouze jedna žena, ostatní respondenti nepracují. Při bolestivém záchvatu může vykonávat menší domácí práce 6 respondentů z deseti. Zbývající 4 respondenti uvedli, že v do polevení bolesti nemohou vykonávat žádnou práci. Pouze jeden respondent uvádí, že i přes bolestivou ataku zvládá plnohodnotně všechny činnosti (Graf č. 7. Bolest a denní aktivita).

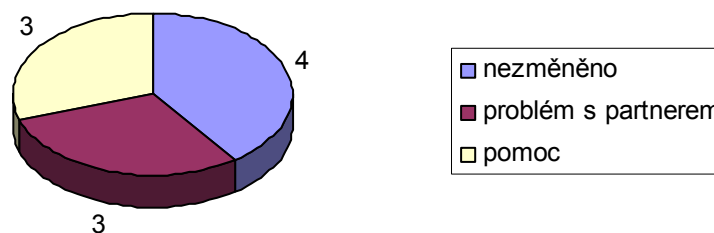
Graf č. 7. Bolest a denní aktivita



Bolest a rodinné vztahy

Na otázku zda bolest ovlivnila vztah k partnerovi a rodině odpověděli čtyři respondenti z deseti, že se nic nezměnilo. Problémy s partnerem uvádí 3 respondenti. Další 3 respondenti odpověděli, že se o ně rodina stará více než v předešlých obdobích bez bolesti (Graf č. 8. Bolest a rodinné vztahy).

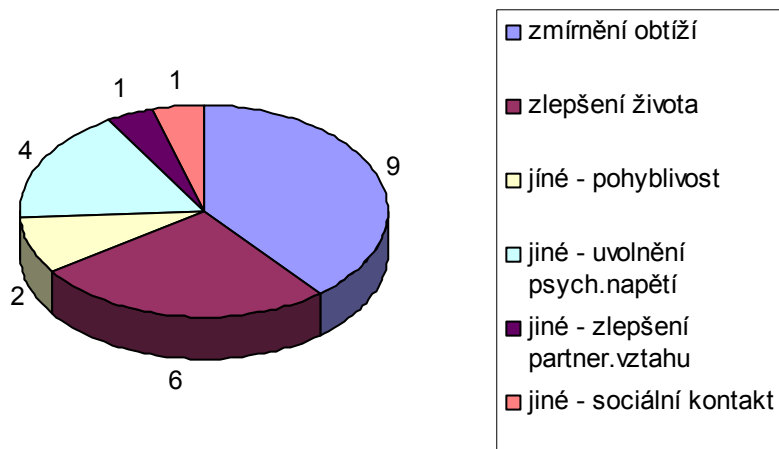
Graf č. 8. Bolest a rodinné vztahy



Očekávání od AT

V otázce jaká mají respondenti od cvičení AT očekávání, byla nejčastější odpovědí touha po zmírnění klinických obtíží. Toto očekávání mělo 9 respondentů. Přání, aby se zlepšila kvalita jejich života, mělo 6 respondenůt (Graf č. 10. Očekávání od AT).

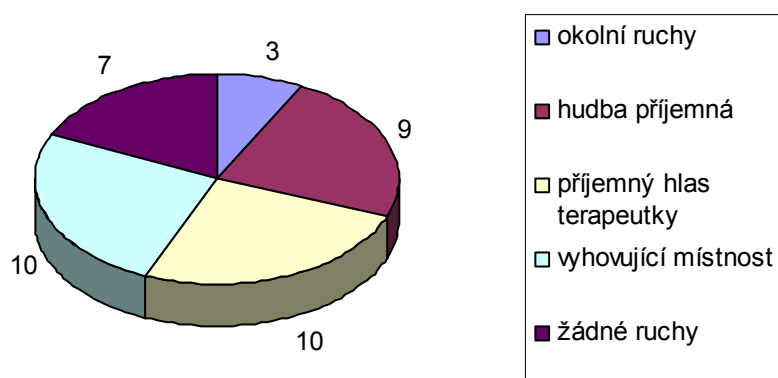
Graf č. 10. Očekávání od AT



Vnější podněty při relaxaci

Na otázku, jak vnímalo své okolí během skupinové relaxace, odpovědělo 7 respondentů, že nevnímali žádné ruchy. Doprovodná hudba je příjemná pro 9 respondentů. Hlas terapeutky uklidňuje a pomáhá soustředit se všem respondentům. Místnost k relaxaci se zdá být relativně vhodná pro všechny dotázané (Graf č. 15. Vnější podněty při relaxaci).

Graf č. 15. Vnější podněty při relaxaci



Anotace

Anotace: Předkládaná bakalářská práce je úvodním náhledem do složité a rozmanité tematiky bolesti. První část je zaměřena na krátké shrnutí a porovnání současných odborných poznatků zabývajících se problematikou bolesti. V druhé části empiricky zaměřené, autorka práce zkoumala, jak vnímají pacienti s chronickou bolestí cvičení autogenního tréninku. Účelem bylo zjistit, zda tito pacienti vnímají souvislost mezi účinností při zmírňování klinických obtíží a úspěšností nácviku autogenního tréninku. Ukázalo se, že pravidelné a dlouhodobé cvičení autogenního tréninku spolu s aktivním přístupem a postojem v léčbě, opravdu přináší dlouhodobé zmírnění bolesti.

Klíčová slova: autogenní trénink, bolest akutní, bolest chronická, bolest psychogenní, relaxace

Abstract: The presented bachelor's thesis is a first preview into the complex and miscellaneous themes of pain. The first part is focused on a brief summary and comparison of current expertises dealing with the problem of pain. The second part is empirically oriented; author of the work examined how a patient with chronic pain percept autogenic training exercises. Purpose was to determine whether these patients feel the relationship between effectiveness in clinical symptoms reduction and the success of practice autogenic training. It turned out that regular and prolonged practice of autogenic training with an active attitude and approach in the treatment really brings long-term pain relief.

Key words: autogenic training, acute pain, chronic pain, psychogenic pain, relaxation

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Eva Bruková, DiS.

Studijní program: Bakalářské studium

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vnímání nácviku autogenního tréninku v léčbě pacienty s chronickou bolestí

Počet stran (bez příloh): 60 stran

Celkový počet stran příloh: 32 stran

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Procházková

Rok dokončení práce: 2011

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Eva Bruková, DiS.

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Návuk autogenního tréninku jako metody k ovlivnění chronické bolesti

Vedoucí: Mgr. Lenka Procházková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 33

Počet titulů v seznamu literatury: 32

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

--	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Na základě obtíží, které se ukazovaly při sběru dat – jakým způsobem by se dalo postupovat jinak....

Které momenty tedy na základě výzkumu pomáhají pacientům zmírnit bolest....

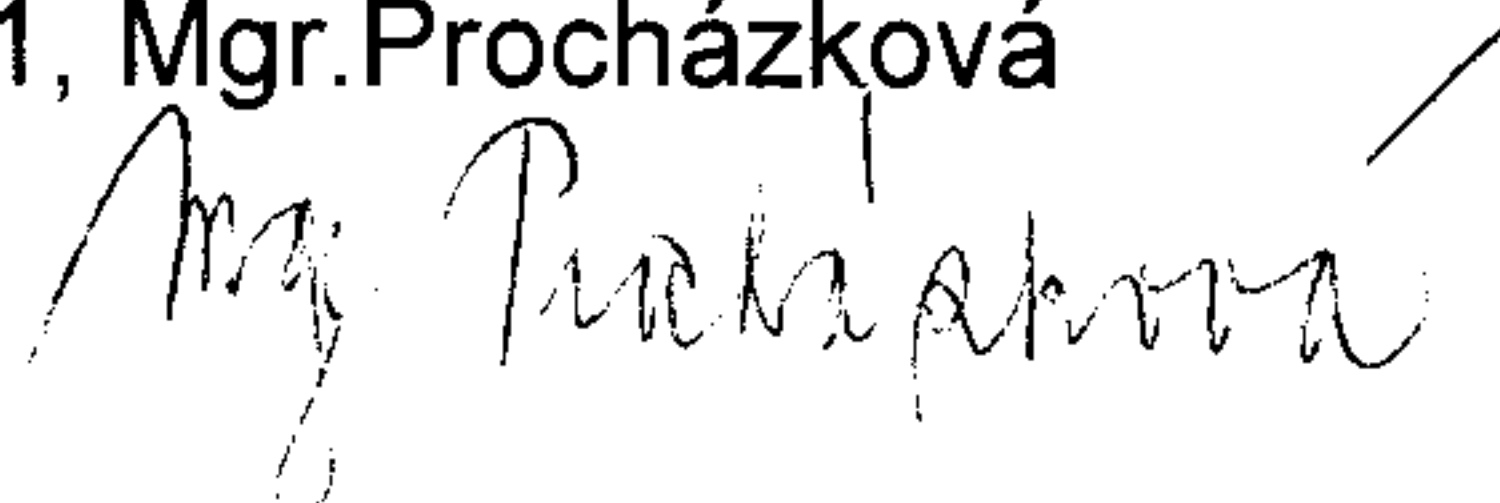
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka zpracovala vybrané téma na vysoké úrovni, dokázala komplexně pojmut problematiku bolesti, zejména oceňuji i precizní zpracování medicínské části, jak fyziologii bolesti, tak léčebné metody, což už je svým způsobem nad rámec studijního oboru studentky. V psychoterapeutické části prokázala znalost techniky autogenního tréninku, která i odráží dlouhodobý a hluboký zájem o problematiku relaxačních technik. A ačkoliv je téma autogenního tréninku v literatuře opakovaně zpracováno, přináší jej neotřelým způsobem, odráží pochopení a orientaci v problematice a dokázala zakomponovat poznatky nejenom z literatury, ale i ze seminářů a praxe. V práci je patrná v první řadě vynikající schopnost práce s literaturou, schopnost integrativního pohledu, tak i schopnost systematické, pečlivé a dlouhodobé přípravy – studentka v době zpracovávání výzkumu i teoretické části kontinuálně přicházela připravená, ve výzkumu dokázala na komplikace, které neočekávaně přinášela „praxe“ reagovat flexibilně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: přikláním se k výborně

Datum, podpis: 13.9.2011, Mgr.Procházková



**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Eva Bruková, DiS.

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Nácvik autogenního tréninku jako metody k ovlivnění chronické bolesti

Oponent práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 33

Počet titulů v seznamu literatury: 32

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Obohatila autorka vlastním přínosem běžně prováděný autogenní trénink a o jaký přínos šlo?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je rozsáhlejší než bývá obvyklá bakalářská práce. Autorka zvolené téma pečlivě rozpracovala. S literaturou pracovat umí, citace jsou správné. Autorka volila kombinaci kvalitativního i kvantitativního výzkumu. Kazuistiky jsou provedeny důkladně, ale kvantitativní zpracování 10 případů, i když zajímavé, nelze považovat za obecně platné. Toto kvantitativní zpracování zabíhá také do přílišných podrobností na tento malý počet zařazených osob.

Výtky:

Stránky příloh se číslují znovu, nepokračuje se v jejich číslování.

V soupisu literatury má autorka 2x napsáno a kol., což se podle normy nepíše, jinde má správně aj.

Podrobný popis autogenního tréninku je sice udělaný pečlivě, ale je v mnoha jiných pracích až příliš opakovaný, známý a zcela běžný.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

velmi dobře, případně i výborně (podle úrovně obhajoby)

Datum, podpis:
9. 9.2011

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

