

BOLESTI ZAD

mýty&realita



MUDr. Jan Hnízdil
MUDr. Jiří Šavlík, CSc.
Mgr. Blanka Beránková

TRITON



Triton



MUDr. Jan Hnízdl, MUDr. Jiří Šavlík, CSc.,

Mgr. Blanka Beránková

Bolesti zad: mýty a realita

Pro ty, kteří bolesti zad léčí, i ty, kteří jimi trpí...

MUDr. Jan Hnízdl, MUDr. Jiří Šavlík, CSc.,

Mgr. Blanka Beránková

Bolesti zad: mýty a realita

Pro ty, kteří bolesti zad léčí, i ty, kteří jimi trpí...

Tato kniha, ani žádná její část, nesmí být kopírována, rozmnožována, ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.

© Jan Hnízdl, Jiří Šavlík, Blanka Beránková, 2005

© TRITON, 2005

Vydalo nakladatelství TRITON, s.r.o., Vykáňská 5, 100 00 Praha 10
www.triton-books.cz

ISBN 80-7254-659-7

***Lékařská věda dosáhla takového pokroku,
že nikdo na světě už není zdravý.***

A. Huxley

Obsah

Úvodní slovo:	
Bolesti zad v psychosomatickém přístupu	9
O páteři, stoji a postoji	19
O řeči těla a psychosomatické rehabilitaci	23
O bolesti	26
O poruchách zdraví a nemocích	32
O bolestech zad	36
Co se může skrývat za bolestí zad?	38
Nejčastější příčiny vzniku bolestí zad.....	41
Ohrožují i Vás bolesti zad?	46
Mýty v diagnostice bolestí zad	48
Mýty v léčbě bolestí zad.....	53
Psychosomatická rehabilitace	
jako medicína příběhů	54
Bolesti zad ve společenských souvislostech.....	70
Rituální farmakoterapie bolestí zad	76
Bolesti zad a fyzikální terapie	81
Reflexní masáže, mobilizace	
a manipulace kloubů páteře.....	84
Akupunktura, rizika a možnosti	85
Klid na lůžku, nebo přiměřená pohybová aktivita?.....	87
Zádové podpory, pásy a bandáže	90
Bolesti zad a léčba operační	93
Nejlepší léčbou je prevence	98
10 rad, jak předcházet bolestem zad.....	101
10 rad, jak být zdravý.....	102

ČÁST SPECIÁLNÍ – POHYBOVÉ PROGRAMY

Nejúčinnější prevencí bolestí zad je pohyb	103
Postizometrická relaxace (PIR)	107
I. PROTAHOVÁNÍ VYBRANÝCH SVALOVÝCH SKUPIN ..	109
Protahování zádových svalů.....	109
Protahování prsního svalstva.....	132
Protahování flexorů (ohýbačů) kyčelního kloubu.....	136
Protahování kolenních flexorů (ohýbačů, hamstringů).....	141
Protahování trojhlavého svalu lýtkového.....	145
II. POSILOVÁNÍ VYBRANÝCH SVALOVÝCH SKUPIN.....	148
Posilování zádového svalstva	148
Posilování prsního svalstva.....	165
Posilování břišního svalstva.....	169
Posilování hýžděového svalstva	176
Cvičební sestava Ludmily Mojžíšové.....	182
Sedavé zaměstnání a pohybový aparát.....	191
Bolesti zad a vadné držení těla dětí.....	203
Poruch pohybového aparátu u dětí přibývá.....	203
Držení těla je obrazem životního postoje	204
Držení těla a prostředí školy	206
Vadné držení těla a prostředí domácnosti	208
Dobrá obuv nebývá levná	209
Aktivní péče o klenbu nožní.....	211
Cvičení pro prevenci a léčbu plochých nohou	213
Pohyb je nedílnou součástí života dítěte.....	216
Dětská jóga	218
Použitá literatura	231

Úvodní slovo: Bolesti zad v psychosomatickém přístupu

Ve druhé polovině 20. století jsme se stali svědky neobyčejného pokroku vysoce nákladné a specializované medicíny, která veřejnost oslnila takovými úspěchy, jako byly transplantace orgánů nebo biotechnologie. Nicméně zároveň s tím nadále přetrvávaly, nebo dokonce přibývaly, četné choroby chronické či psychosomatické. s trochou černého humoru lze říci, že sice děláme vše stále lépe, ale cítíme se stále hůře.

R. Porter

Byl jsem požádán autory této knihy, abych v jejím úvodu pohovořil o psychosomatice a psychoterapii, jež je s ní úzce spjata. Zmínit se o psychoterapii považuji za nezbytné, neboť i sami autoři vyzdvihují na různých místech textu nezbytnost celostního pohledu na nemoc a zdůrazňují komplexní přístup v léčbě pacientů s funkčními bolestmi zad, zahrnující jejich veškerou životní, tedy tělesnou, duševní i sociální, situaci. Nejprve je ale třeba vysvětlit, v čem vlastně spočívá podstata psychosomatického přístupu.

Psychosomatika, jak již naznačuje samotný název, se zabývá vztahy mezi *psyché* (duševnem, reagováním na různé zátěžové situace, včetně životních problémů a konfliktů) a *soma* (tělesnem, tělesnými reakcemi, jež mohou vyústit v trvalejší formace a které, jsou-li intenzivní a zároveň coby přirozené reakce nepochopitelné, bývají označovány za nemoci). Psychosomatice je tedy nejčastěji rozuměno tak, že člověk reaguje na vše celostně, duševně i tělesně. Při déletrvající zátěži se však ony reakce zafixovávají, neboť je nebylo možno dovést až do konce a zůstaly vězet „na půli cesty“. Byl tím narušen přirozený rytmus: aktivace – čin – vyřešení nastalé situace – úspěch – relaxace. Právě čin,

činnost jsou nejčastěji úkolem našeho pohybového aparátu, a tak se ono neodreagované napětí hromadí ve svalech, aby postupem času vyvolávalo pocit vyčerpání a bolest. Zajímavé přitom je, že se relaxace nedostaví ani ve spánku, jak dokazuje například skřípání zubů (bruxizmus). Není divu, vždyť i neklidný spánek a úzkostné sny svědčí o tom, že se problémy zavřením očí neodstraní. Tato představa je přesto stále velmi rozšířená a lákavá: snaha na vše špatné zapomenout, získat odstup, obrnit se „hroší kůží“, nezabývat se problémy minulosti ani budoucnosti a žít v přítomnosti, myslet jen pozitivně. Jenomže opak je pravdou: čím více se nechováme jako lidé odpovědní za svůj život, jako strůjci vlastního štěstí i neštěstí, čím více potlačujeme svoje především emoční reakce, tím více reaguje „zástupně“ naše tělo. O jaký orgán půjde, záleží na tom, jak je vývojově či funkčně spjat s naší psychikou nebo jaké s ní má symbolické spojení. Autoři knihy názorně vysvětlují, jak náš vzpřímený postoj a chůze souvisejí s jistou hrdostí, sebevědomím, radostí nad možností pohybu i uvolněním rukou k tvůrčím činnostem. Stačí ostatně vzpomenout na šťastný výraz dítěte učícího se prvním krůčkům.

Typicky lidský způsob vzpřímené existence, jenž je i symbolem pocitu bytí „pánem tvorstva“, je pro nás nesmírně cenný. Hrozí-li jeho částečná ztráta, je-li ohrožena naše hrdost či sebeúcta, a nebojujeme-li za její znovunastolení, usiluje o to alespoň naše tělo, jakousi křečovitou napřímeností. Ve skutečnosti ale tělo zneužíváme k něčemu, co bychom měli dělat my sami. Často to souvisí i s naší odvahou a ta je hodna svého jména jen tehdy, je-li spojena s rizikem. Jistá a pohodlná odvaha neexistuje. Každý člověk v této situaci proto vědomě nebo nevědomě volí mezi tím být zdravý, včetně zachování si svého sebevědomí, ovšem s rizikem konfliktu a jeho důsledků, a možností raději se přizpůsobit, nebránit se, ovšem následkem toho trpět duševními nebo tělesnými obtížemi. Ve skutečnosti tak mnozí

naši pacienti chtějí nemožné: nic nedělat a přitom zůstat zdraví. Při obtížích proto žádají léky proti bolesti, masáže, koupele, elektroléčbu apod., což ovšem může pomoci jen jako podmínka ke vzhopení se, k pauze za účelem nabrání sil k řešení tíživé situace, která je vlastní příčinou obtíží. Problém spočívá v tom, že někdy vcelku rychlé zlepšení stavu výše uvedenými prostředky, zvláště pak ve spojení s vyňtím pacienta z jeho subjektivně neřešitelné situace, snižuje jeho motivaci změnit něco na nezdravém způsobu životního stylu. Utrpení (německy *Leidensdruck*) je tedy důležitou pobídkou k zamyšlení se nad sebou, signálem, že to tak jako dosud již dál nejde, že je nutné hledat nová východiska. Psychoterapeut sice cítí s pacientem a chce mu pomoci, zároveň si ale uvědomuje, jak je důležité, že alespoň jeho tělo reaguje na nastalou situaci. Vzít mu tuto možnost, bez společného dopracování se k tomu, jak reagovat smysluplně, svým jednáním, se rovná snaze podvést realitu. Léčba pomocí léků, pokud nejde jen o překlenutí akutního, kritického období, znamená poskytnutí „berličky“, která ale může pacienta těžce poškodit.

Příznak je sice důležitým, avšak pouze náhradním řešením. Sám o sobě totiž spíše snižuje motivaci ke skutečné, zásadní změně, neboť se stává postačujícím výrazem toho, co je potlačováno. Přirovnáme-li tuto jeho funkci k ventilu, hovoříme o tzv. primárním zisku z nemoci. Konflikt nebo problém není řešen a na jeho místo nastoupí příznak, který je jakýmsi zlomkovým, zástupným pokusem o řešení. Příznak ale umožňuje dát našemu vnitřnímu stavu výraz, což je jedna ze základních lidských potřeb. Stejně důležitá je ovšem i potřeba svůj stav, zvláště jde-li o trápení, sdělit. I takovou „komunikativní“ funkci příznaky mají.

Autory zmiňované chabé držení těla, které též vede k bolesti zad, je i sdělením o tom, kolik toho musíme „nést na vlastních bedrech“, je to i volání o pomoc, soucit, jindy spíše výčitka, když se člověk „sotva vleče“. Toto vše příznak

symbolizuje, jestliže je z nějakého důvodu příliš obtížné to otevřeně vyjádřit. Častá bývá i obava, že na ono stěžování si, vyjadřování nespokojenosti nebo zlosti bude okolí reagovat negativně, nebo že na to nemá člověk v dané situaci právo, že by to bylo odmítnuto a považováno za neoprávněný nárok. Tento postoj pacient nevědomky přejímá a za tyto podněty se trestá, byť jsou vyjadřovány skrytě, ve formě příznaků. Rozhodující je přitom individuální významovost. Pro toho, kdo byl vychováván k poslušnosti nebo k absolutní harmonii, může být již obyčejná nepříjemnost, veřejné vystoupení nebo hádka, natolik spojená s úzkostí (to znamená spjatá s tím, že se to nesmí nebo nemá), že překročení tohoto kdysi výchovného zákazu již znamená překročení běžné mezilidské normy chování. Primární zisk z nemoci znamená i vyhnutí se této problematice jejím potlačením, zlehčováním, racionalizováním apod. Jde tak o jistý způsob obrany proti plnému uvědomění si problémové situace, proti nutnosti se vědomě rozhodnout, tedy o jakési pseudořešení vnitřního konfliktu. Sekundárním ziskem je pak vyhnutí se reálné problémové situaci nemocností a tím i dosažení výhod s tím spojených, soucitu, oddálení nějakého zásadního rozhodnutí a podobně. Lze tedy říci, že při nebezpečí a výzvě týkající se záchrany vlastní vzpřímenosti (seberespektu), vyžadující odvahu říci někomu něco přímo do očí, se aktivuje zádové svalstvo, což může být ještě komplikováno opačnou inervací a snahou „se raději ohnout, shrbit“. To mnohdy trvá i dlouhodobě, jestliže má člověk na základě slabého sebevědomí neustále latentní strach, že by někdo mohl prohlédnout fasádu jeho korektnosti nebo suverenity. Chabé sebevědomí bývá totiž často kompenzováno perfekcionismem, nebo typicky ženskou tendencí obětovat se pro druhé. Významnou roli přitom sehrává i věk. Mnoho mužů reaguje přehnanou tendencí dávat na odiv svou sílu a mužnost, především v konfrontaci s mladšími rivaly. Muži i ženy bez rozdílu mívají potíže s postup-

nou ztrátou vlastní atraktivity a s vyrovnáním se s přirozeným procesem stárnutí, jež se snaží křečovitě oddálit. Ve všech těchto případech se nám již sám nabízí budoucí směr psychotherapeutické léčby, která by měla člověku poskytnout sílu k plnému uvědomění si vlastní situace a k jednání, jež z ní vyplývá a které tíživou situaci řeší, k žití v pravdě. Smyslem psychoterapie není člověka měnit, ale pomoci mu, aby byl opět sám sebou, vytvářel si svůj autentický, nikoliv převzatý nebo obvyklý, postoj k tomu, co jej potkává, a stal se tím svobodnějším. Ne náhodou se označuje opačný postoj bezpáteřností a selhání individuálního, vlastního, vedení života zhroucením.

Opět se zde dotýkáme oné symbolické funkce, kterou přebírají naše záda a páteř, když příznak jakoby vypráví například o zradě a zklamání, o ztrátě opory, o tom udělat někomu něco za zády, dát ránu do zad. A naopak držet někomu záda (v němčině doslova *Rücken halten*) znamená mít v někom oporu. Symbolická významovost zad samozřejmě může být nejen kulturně, ale i individuálně rozdílná, podle toho, jaká rčení se v té které rodině tradují, či zda byl někdo se zády nemocen. Zde se dostáváme i k další psychosomatické představě navazující na učení A. Adlera. Podle ní často onemocní pod vlivem stresu orgán nějak méněcenný, který už byl někdy předtím postižený nemocí, nebo je jinak poznamenaný.

Psychosomatika tedy znamená, že při vzniku bolestí zad hrají roli jak faktory tělesné, například artrotické degenerativní změny meziobratlových kloubů a plotének, tak i příčiny psychické, tedy žití v napjaté situaci. Toto napětí se přenáší na páteřní svaly, které, stlačováním sousedních obratlů proti sobě, vyvolávají bolest tím větší, čím pokročilejší jsou artrotické degenerativní změny. Protože ale již existující degenerativní změny není možné ovlivnit, je mnohem účelnější se soustředit na psychoterapii, která je zde svým způsobem i druhem přírodní léčby. Takový přístup

pochopitelně vyžaduje více času jak od pacienta, tak i od lékaře. Má ovšem jednu obrovskou výhodu. Jde totiž o pomoc k svépomoci, o pomoc, která pacienta zbavuje závislosti na lékařích a lécích a vede jej k produktivnímu bilancování dosavadního života. Slavný americký psychoterapeut I. Yalom tvrdí, že život, který není pravidelně zpochybňován, za nic nestojí. Teprve zpochybněním způsobu vedení vlastního života, zacházení se sebou samým i s lidmi, vytváříme prostor a podmínky pro přijetí a naučení se novému, to jest autentičtějšimu a zdravějšimu žití. Život je neustálé učení se a vývoj a jeho ustrnutí vede též k tělesné strnulosti, která může být opět příčinou bolestí zad. V tomto smyslu je třeba přijímat „proud života“ tak, jak probíhá: od dětství k dospívání, posléze jde i o životní boj, výhry i prohry, a nakonec o stárnutí s ubýváním sil a s konečnou vyhlídkou smrti. Bránění se tomu vede k chorobným příznakům a podobně je tomu i s obranou před prožíváním ztrát a životních ran. Bolest je totiž označením jak pro duševní, tak i pro tělesné strádání, duševní i tělesné rány. Potlačujeme-li její psychickou složku, jdeme-li například den poté, co nám zemřel někdo drahý, do práce, může se to vymstít tělesnou bolestí, neboť je lidské to, co nás potkává, nějak vyjádřit a sdělit. Psychická bolest je v opačném případě vytěšňována do sféry tělesné, kde je psychoterapie obtížnější nežli podání léku proti depresi. Pro mnohé lidi je těžké usedavě plakat, hořekovat, vyčítat zemřelému, že odešel, pro jiného je bolestné se natrvalo rozloučit, nechat blízkého v klidu odejít a tím se opět otevřít pro přítomnost i budoucnost.

W. Reich přirovnával tělesné funkční poruchy k pancíři, v němž jsou, v „zamrzlé“ podobě, kondenzovány traumatické zážitky, které mají zůstat v tomto „příznakovém trezoru“ uzamčeny. Opět zde vyniká obranný charakter psychosomatických příznaků. Jde o tělesnou paměť, v poslední době i neurofyziologicky prokázanou, vystupující do popředí ve chvílích, kdy naše paměť psychická odmítla do sebe

traumatické zážitky integrovat. Teprve když se pacient i terapeut dostanou do kontaktu s příznakem, a poté například položí ruku na bolestivé místo, může se tento tělesný symptom začít „rozpouštět“ s návratem k původnímu psychickému zážitku, uvolní se skryté emoce, pláč, vztek apod. Tomu musí samozřejmě předcházet vybudování spolehlivého terapeutického vztahu a postupné zpřítomňování tehdejší vyvolávající situace. Existuje ovšem i opačná souvislost, působení tělesného strádání, tělesné bolesti na psychiku. Již pouhá, byť ve skutečnosti nikterak vážná, funkční porucha může vyvolat u některých jedinců silné znepokojení, zvláště pokud trpí utkvělou nevědomou představou o tom, že vše musí fungovat bezporuchově, včetně vlastního těla i současné medicíny. „Porouchanou“, nemocnou, část těla takovýto člověk ze sebe „vyděljuje“, to již není tím pádem on sám, který zůstává nadále bez vady. Obtíže jsou podle něj důsledkem nějaké nemoci, nějakého vnějšího působení, a odpovědnost za jejich odstranění přesouvá na lékaře. Na tělo je tak kladen nehumánní požadavek fungovat jako perfektní stroj, je vnímáno a ceněno pouze jako vnější fenomén, jen z hlediska jeho výkonnosti nebo atraktivity. Jak k tomu ale to ubohé tělo přijde? Když něco nefunguje, vzbudí to zlost jeho majitele, když není krásné, je jím opovrhováno! Může se tělo vůbec stát zdravým, když k němu zaujímáme negativní postoj? Málokdo si dnes klade otázku, má-li se tělesně rád, a sotva se kdo zamýšlí nad tím, že jeho tělesné „já“ je on sám, že vše tvoří onen psychosomatický celek a prožívání této jednoty je jednou z podmínek tělesného i duševního zdraví. Odtud plyne i velký význam tělesně orientované psychoterapie u psychosomatických chorob.

Tradičním doporučením pro pacienty trpícími bolestí zad je odebrání se na lůžko, do vodorovné polohy, tedy i vzdání se typicky lidské vzpřímenosti. Na tom by nebylo nic špatného, kdyby se to dělo vědomě, jako sebekritické

uznání, že je toho na mne příliš, že na něco nestačím, že jsem si toho nabral moc a přecenil svoje síly. V takovém případě je třeba se zamyslet nad tím, proč jsem to tak dlouho snášel, až došlo ke zhroucení, proč jsem si raději dříve, před počátkem obtíží, několik dní neodpočinul. Taková úvaha a její realizace mnohdy vyžadují dlouhou psychotherapeutickou léčbu, která by měla vést k tomu, aby si pacient „dovolil“ slabost, nebo dokonce možnost selhání. Je třeba pracovat na změně jeho sebepojetí, sebeobrazu tak, aby více odpovídal jeho možnostem i schopnostem, včetně vztahovosti, tedy způsobu prezentování se, chování se ve vztazích. Docházíme zde k obecné psychosomaticko-psychotherapeutické zásadě spočívající v tom, že úspěch léčby přímo úměrně odpovídá vynaložené námaze, práci na sobě, na změně. Na rozdíl od běžné léčby tedy nestačí se chovat podle rad a předpisu lékaře, nýbrž je nutná vlastní aktivita, v první řadě otevření se, překonání zábran a dále experimentování, zkoušení alternativního stylu života, zvláště mezilidského emočního chování. Je třeba si uvědomit, že psychotherapie nedokáže změnit naši reálnou situaci, našeho životního partnera nebo nadřízeného. Umožní ale zabývat se vlastním podílem na vzniklé konfliktní či jinak tíživé situaci, jejíž nové vidění a prohlédnutí otevírá prostor pro nová řešení, aby již vlastní nový postoj a chování ve vztahu „donutili“ i druhého chovat se jinak. Rozhodující nejsou přání a prosby, nýbrž činy. Mnoho z našeho potenciálu, ať již z pohledu neurofyziologického nebo psychologického, leží ladem a je třeba jej aktivovat.

Pouze symptomatická a z kontextu pacienta vytržená medicínská léčba, soustředění se jen na příslušný orgán, poruchu nebo část těla, může s tím spojenou příčinnou problematiku nejen zastřít, ale i vést i ke zhoršení stavu pacienta a přechodu obtíží do chronicity. Rizika, která taková léčba přináší, lze shrnout v několika následujících větech:

- Léky proti bolesti, na zmírnění úzkosti a na uvolnění svalového napětí potlačí vyvolávající problémovou situaci a oddálí její řešení, respektive vedou k návyku.
- Jestliže je bolestivé svalové napětí reakcí na úzkost ze selhání, zhroucení, ze ztráty kontroly, mohou předepsaný klid na lůžku a užívání léků ještě prohloubit pocit nemohoucnosti a vlastní neschopnosti. Pacient pak může produkovat i další příznaky, čímž apeluje na lékaře, aby se mu dal zcela k dispozici. To vede na obou stranách k pocitům bezmoci, podrážděnosti a zklamání.
- Dojde-li u pacienta prostřednictvím relaxačních cvičení nebo masáží k náhlému uvolnění dosud somatizovaných afektů, nutně potřebuje emoční podporu. Lékař, který na to není profesionálně připravený, nebo toho o dosavadním životě pacienta mnoho neví, se nejspíše zalekne, předepíše další léky na uklidnění a zmírnění úzkosti a může tak pacienta poškodit. Aktivací problému se totiž pacient v kritické situaci setká s nepochopením, nebo dokonce panikou okolí, což může jeho úzkostnost ještě prohloubit.
- U pacientů trpících bolestmi hlavy a šíje následkem pracovního přetížení a stresu utlumí léky proti bolestem, masáže a fyzikální procedury tento důležitý signál, což může vést k ještě většímu přepracování, ke zhoršení sluchu, hypertenzi, srdečnímu infarktu a k řadě dalších zdravotních obtíží.
- Někteří lidé, aniž by si to uvědomovali, potřebují trpět, obětovat se pro druhé, jakési mučednictví je pro ně vysokou hodnotou, což je nutno chápat. Jindy mají bolestivé příznaky funkci výčitky a vzdát se jich by znamenalo zprostit domnělého strůjce jejich neštěstí viny, vzdání se nároku na zadostiučinění. Tito lidé na vědomé úrovni očekávají medicínskou pomoc, na nevědomé úrovni však mají jejich potíže důležitou stabilizační funkci. Pokud lékař tuto jejich „ochranu“ naruší, mohou psychic-

ky dekompenzovat, nedostanou-li místo ní něco jiného, alternativního, přinejmenším ozřejmující a empatický rozhovor. Má-li utrpení sebetrestající funkci a je-li pacientovi tento způsob „pokání“ odňat, může upadnout do deprese s těžkými výčitkami svědomí a sebeobviňováním.

- Utrpení, nejčastěji pak právě bolesti v zádech, může převzít důležitou funkci omluvy selhání v zaměstnání nebo v osobním životě. Není divu, že pacienti, u nichž byly životním neúspěchem aktivovány pocity méněcennosti, „poráží“ neustále novými příznaky všechny lékařské kapacity, aby jim to přinášelo i skryté uspokojení. V takovém případě je nutné hledat nové zdroje a možnosti sebeuplatnění, sebeocení a sebeúcty.
- Existuje mnoho starých, osamělých lidí, pro které jsou návštěvy lékaře důležitým sociálním kontaktem a kteří „musí“ stále s něčím stonat. Při vědomí si této skutečnosti je úlohou lékaře upřednostňovat psychoterapeuticky vedený rozhovor před podáním léků a neukončit předčasně léčebný proces.

*MUDr. PhDr. Jan Poněšický,
vedoucí lékař psychosomatického oddělení,
Rehabilitační klinika ortopedie
a psychosomatiky MEDIAN, Berggiesshübel, SRN*

O páteři, stoji a postoji

Kdybychom skutečně věděli, jak a z čeho je naše tělo složené, neodvažovali bychom se ani pohnout.

G. Flaubert

Lidská páteř je kostěný sloupec skládající se z 24 obratlů: 7 obratlů krčních (C1–C7), 12 obratlů hrudních (Th1 až Th12), 5 obratlů bederních (L1–L5), dále z kloubně k pánvi připojené kosti křížové, která vzniká srůstem 5 křížových obratlů (S1–S5), a z kostrče, jako zbytku zakrnělých obratlů ocasních (Co). Páteř je uspořádána tak, aby byla pevná, ale současně i pružná a ohebná, aby člověku umožňovala vzpřímený stoj se současným velkým rozsahem pohybu v prostoru, neboť je osou veškerého pohybu horní poloviny těla. Její funkce je zajištěna střídáním pevných kostěných obratlů a částí měkkých, které je navzájem spojují. Mezi těly jednotlivých obratlů, počínaje druhým krčním až po kost křížovou, se nalézají pružné meziobratlové ploténky, v části zadní spolu většina obratlů komunikuje prostřednictvím systému drobných kloubů. Meziobratlová ploténka se skládá z měkkého a pružného rosolovitého jádra obklopeného pevným vazivovým prstencem. Směrem od obratlů krčních k obratlům bederním se meziobratlové ploténky zvětšují tak, jak se zvětšují těla obratlů a vzrůstá i jejich zatížení vahou těla. V úhrnu pak výška všech meziobratlových plotének činí kolem 25 % celkové výšky páteře. Delší zatížení páteře vede k jejich nepatrnému snížení, a proto bývá výška člověka měřená večer o něco nižší než ráno. Ve stáří se pružnost i celková výška plotének snižují, čímž se zmenšuje i celková výška člověka. Stlačitelné ploténky umožňují nejen určitý nepatrný pohyb mezi sousedními obratli, ale současně tvoří pružné nárazníky, které tlumí

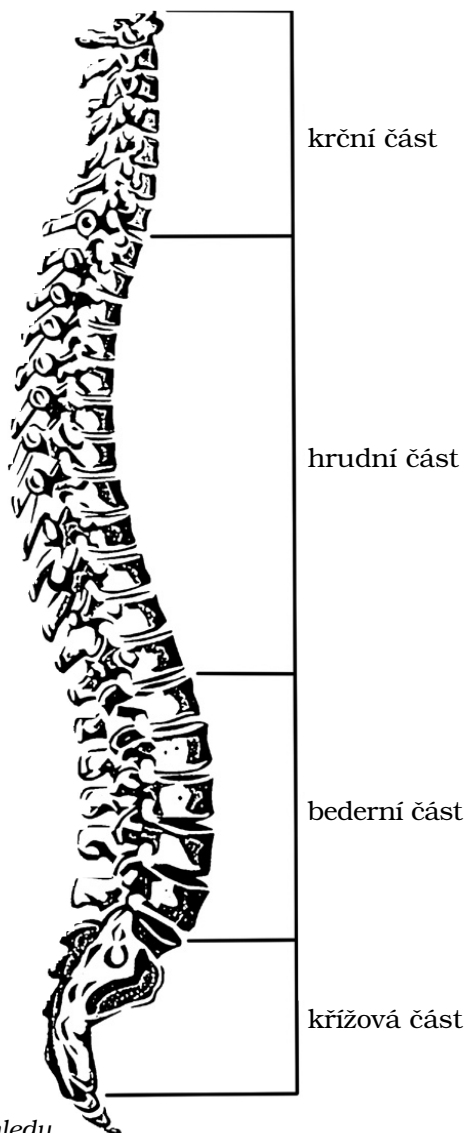
nárazy při chůzi, běhu, skocích apod. Na meziobratlové ploténky jsou z hlediska zatížení kladeny značné nároky. Experimentálně tak bylo například zjištěno, že tlak uvnitř meziobratlové ploténky mezi prvním a druhým bederním obratlem se vleže pohybuje okolo 25 kg, v sedu okolo 175 kg a při zátěži může dosahovat až 1000 kg.

Na tvaru, průběhu a pohybech páteře se nepodílejí jen samotné obratle, ale především meziobratlové vazy a z několika vrstev se skládající mohutné hřbetní svaly, probíhající od týlu ke kostrči. Celý systém zádového svalstva se, podle svého uložení, dělí do tří skupin. Nejkratší svaly jsou uloženy nejhlouběji, tedy nejbliže páteři, a rozprostírají se mezi jednotlivými obratli. Jsou vývojově nejstarší a umožňovaly plazivý pohyb našim vývojovým předkům. Ve dvou dalších vrstvách jsou svaly delší, které několik obratlů překlenují, a nejvíce na povrchu pak svaly dlouhé. Z hlediska bolestivých stavů je nejdůležitější hluboká svalová vrstva, jejíž inervaci zajišťují zadní větve míšních nervů. Po funkční stránce jsou tyto svalové systémy vzpřimovači páteře, jednostranná kontrakce vyvolává její úklon. Hluboké krátké svaly mají převážně statický význam, zabezpečují jisté postavení páteře, naproti tomu povrchové dlouhé svaly jsou především dynamické, podílejí se na pohybech trupu.

Dva sousední obratle vytvářejí funkční segment, který je základní jednotkou dynamiky páteře a může reflexně chránit postiženou oblast prostřednictvím stažení okolních krátkých svalů. Toto místní svalové stažení, nazývané spasmus, myogelóza nebo kontraktura, je i pohmatem zjistitelné a jeho smyslem je znehybnění postiženého segmentu a navození optimálních podmínek pro reparační procesy.

Při pohledu zezadu je zdravá páteř rovná, to znamená, že není vybočená do strany. Pokud se takové vybočení objeví, hovoříme o skolióze. Při pohledu ze strany je normální páteř dvojitě esovitě prohnutá. Zakřivení obrácená prohnutím dozadu se nazývají kyfózy, zakřivení opačná lordó-

Schéma páteře



Obr. 1:
Lidská páteř v bočním pohledu

zy. Rozeznáváme lordózu krční a bederní a kyfózu hrudní a křížovou, přičemž zmíněná zakřivení se plynule střídají. Správně vyvinutá zakřivení se promítají i do správného tvaru zad. Jsou-li zakřivení vyvinuta nedostatečně, vznikají plochá záda, jež bývají znakem svalové slabosti. Tvoří-li páteř krční a hrudní plynulý, dozadu obrácený oblouk a hlava je pokleslá dopředu, hovoříme o zádech kulatých. Zmíněná přirozená zakřivení umožňují pružení páteře ve vertikálním směru a podílejí se tak významně na tlumení nárazů při chůzi či běhu.

Pohyblivost páteře je dána součtem malých pohybů mezi jednotlivými obratli, závisí však do značné míry na typu jedince, jeho způsobu života, fyzické zdatnosti a věku. Se zvyšujícím se věkem se pohyblivost páteře snižuje. Ne každá část páteře je stejně pohyblivá, nejpohyblivější je páteř krční a přechod páteře hrudní v bederní (Th11–L2), nejméně pohyblivá je páteř hrudní (zcela nehybná je oblast křížová). Celá páteř však tvoří funkční celek a porucha pohyblivosti v jednom segmentu se proto přenáší na segmenty ostatní. Další příčinou, proč se poruchy páteře mohou projevit i na místech vzdálených, je to, že meziobratlovými otvory procházejí mohutné nervové kořeny, vedoucí informace z centrálního nervového systému k periferním orgánům a naopak. Poruchy krční páteře se tak mohou projevit i bolestí hlavy, závratěmi, pískáním v uších, bolestí šířící se horními končetinami, mravenčením prstů, poruchami zraku, žaludeční nevolností a řadou dalších příznaků. Postižení hrudní páteře může mít také vzdálenější příznaky, než je bolest v této oblasti, například bolest za hrudní kostí, u srdce, nebo v průběhu žeber, pocit dechové tísně. Poruchy páteře bederní se mohou mimo jiné projevovat bolestí, mravenčením a pocitem nejistoty dolních končetin, bolestmi v tříslích nebo v oblasti orgánů malé pánve.

O řeči těla a psychosomatické rehabilitaci

Analýzy ze sedmdesátých let dvacátého století ukazují, že až devadesát procent pacientů, kteří vyhledají lékaře, trpí poruchami, jež může tělo zvládnout vlastními silami. Nejvzácnější lékař, pro pacienta i společnost, je pak ten, který dokáže efektivně rozlišit tyto pacienty od menšiny těch, u kterých to není možné. Takový lékař neztrácí čas ani prostředky mobilizací všech dostupných přístrojů a zařízení, ale dbá hlavně na to, aby nezpomaloval přirozený proces léčení u těch, kteří potřebují spíše jeho autoritu než léky.

N. Cousins

Páteř je na jedné straně samostatný orgán, který má své definované funkce, specifické klinické poruchy, přesně vypracované vyšetřovací i léčebné metody, na straně druhé je však součástí celého organismu lidského člověka, v kontextu všech jeho biopsychosociálních souvislostí. Člověk se stal člověkem ve chvíli, kdy se napřímil. Zásadním způsobem totiž změnil svůj další vývoj tím, že začal svět nahlížet z jiné perspektivy, začal na něj mít i jiný názor, počínaje stanoviskem, odkud se dívá, až po metaforu názoru světového. Začal svět vnímat ve stoji, tedy v jiném nastavení vůči zemské přitažlivosti – v jiné postuře. Současně s tím se ale změnil i vzorec jeho názorů, intencí, motivů, úmyslů, vztažnosti k okolnímu světu, komunikačních nastavení a postojů – atituda. Jak vzpřímený stoj, postura, tak lidské postoje, atituda, spolu proto úzce souvisejí. Všimneme-li si sféry posturální, vše, co směřuje vzhůru, proti gravitaci, je v naší duši i v našem duchovním prostoru vnímáno pozitivně (zvednout hlavu, napřímít se, čelit problémům, vzchopit se), vše, co směřuje dolů, je vnímáno negativně (věšet hlavu, upadat, ohýbat se pod tíhou osudu). Atituda, postoj,

pak v myšlenkové reprezentaci vypovídá o tom, jak se jedinec staví k ostatním lidem, k problémům, k práci, jaké má morální postoje (čelí nepříjemnostem, odvrací se od špatnosti, hází problémy za hlavu).

Psychosomatické pojetí rehabilitace a léčby bolestí zad je založené na tom, že každý příznak, držení těla i bolest mají svůj smysl a význam. Od významů tělesných pozic a způsobů (vzorců) chování člověk odvíjí ve svém vývoji druhovém i osobním jejich významy psychické a psychosociální. Existuje samozřejmě i opačná cesta, „somatizace“, vypovídající o tom, co všechno lze říci mimikou a gesty. Jestliže se v životě nedaří, člověk to prožívá ve změněné tělesné pozici a naopak, z pozice, do které jej nutí bolestivý syndrom, lze odečíst lidskou situaci, kterou řeší a nevyřešil. Jinými slovy, schoulenost je ztělesněním (somatizací) deprese, vzpřímenost ztělesněním optimizmu. Je proto logické, že pokud není životní situace vyřešena na psychosociální úrovni, přetrvává i její vývojově starší tělesné vyjádření. Somatizace je ale současně jedním z obranných mechanismů psychiky. Prožívá-li člověk určitou životní situaci jako trapnou, nebezpečnou nebo ohrožující, a nemá psychické zdroje jí na psychosociální úrovni čelit, nevědomě zaujímá pozici marně vzdorujícího, bojícího se, úzkostného. Ostatní lidé tomu intuitivně rozumějí jako „řeči těla“ a v mezilidské komunikaci na to případně reagují. Jestliže však lékař soustředí veškerou pozornost výlučně na tělesné příznaky, aniž si uvědomuje, že jde o komplexní vyjádření lidské situace, nemůže být léčba dlouhodobě úspěšná.

Psychosomatická rehabilitace je právě proto komplexním přístupem k psychosociálním a tělesným dějům v jejich přirozené jednotě. To však znamená přijmout předpoklad existence i psychických dějů nevědomých, které se odehrávají mimo naši vědomou kontrolu. Snahou psychosomatické rehabilitace je, v „řeči těla“, prostřednictvím vědomého a cíleného zaujímání tělesných pozic, sestav cviků

a pohybových programů přispívat k vybavování jejich psychických vědomých i nevědomých obsahů a naopak, prostřednictvím psychiky, řešením psychosociálních problémů, navozovat přirozeně související změnu jejich tělesného vyjádření. Kombinací obou přístupů lze totiž příznivě ovlivnit nejen momentální bolestivý příznak, ale současně přispět k tomu, aby pacient nalézal vnitřní zdroje k přiměřenému a uspokojivému zvládnání svého života. Psychosomatická rehabilitace tedy není, jak se mnozí mylně domnívají, pouhým součtem tradičních rehabilitačních postupů a psychoterapie, nýbrž zcela novým komplexním léčebným přístupem, směřujícím k nalezení přirozené osobní rovnováhy.

O bolesti

Člověk je zdrav, když ho pokaždé bolí někde jinde.
M. Twain

Problematika bolesti nabývá charakteru celosvětové epidemie. Každý pátý Evropan trpí bolestmi hlavy, zad nebo kloubů. Podle Evropské společnosti pro studium bolesti se na léčbu těchto pacientů ročně vynaloží 34 miliard EUR. Evropané z důvodů chronické bolesti zmeškají půl miliardy pracovních dní za rok. Každý pátý také trpí bolestmi déle než dvacet let a třetina postižených kvůli nim alespoň jednou přišla o místo. Lékaři odhadují, že bolestmi zad a kloubními obtížemi trpí okolo 39 milionů Evropanů, přičemž do roku 2020 očekávají, že se tento počet zdvojnásobí. Dramatický nárůst počtu těchto pacientů jde ale ruku v ruce se stoupajícími náklady na jejich léčení. Vždyť jen v České republice přesáhly v roce 2003 výdaje na léky magickou hranici 50 miliard, přičemž na prvních čtyřech místech žebříčku nejprodávanějších léků suverénně kralují právě analgetika.

Vzniká zde pozoruhodný paradox. Přes relativně snadnou dostupnost těch nejmodernějších diagnostických technologií v podobě počítačové tomografie nebo nukleární magnetické rezonance a pestrou nabídku vysoce účinných léků proti bolesti i záplavu prostředků „kloubní výživy“ počet pacientů neustále narůstá. Kde hledat příčiny tohoto stavu? Problém bolestí zad a degenerativních kloubních onemocnění je modelovou ukázkou zvědečtění, medikalizace, dříve přirozeného lidského života.

Medicínsko-farmaceutický průmyslově-obchodní komplex to s námi myslí dobře: neustále stupňuje tlak na vytváření nových diagnóz, aby obratem nabídl jejich snadné

lčeni – lčivy; vytvřřř potřřbu nových vyšetřřeni (nově a dražšř přřstroje) a odhaluje nové poruchy, které pak nřkladně lčřř – lčivy. Analřzy prokazujř, že řřm vřce prostřředkř vřnaklřdřř spoleřnost na zdravotnř pēci, třm nemocnējšř se citř jejř obřanē. V letech 1966–1988 celosvřtovē vzrostl poēet lidř, kterř se obřvřjř o svoje zdravř, z přvodnřch 15 na 50 procent. Űplnř zkřza veškerēho zdravř je blřzko, zachrař se kdo mřžeš. Lidē žřjřcř v zemřch, které obřanřm poskytujř špičkovou lēkařskou pēci a zdravotnickē informace, totřž spřše považujř svoje obtřže za nemoci, zatřmco lidē žřjřcř v horšřch podmřnkřch považujř tytēž problēmy za přřrozenř stav. Lēkařskř vēda dosřhla takovēho pokroku, že nikdo na svřtē uř není zdravř.

Ideřlnřm strašřkem veřejnosti se v rukou medicřnskō-farmaceutickēho komplexu mimo jinē staly prřvē degenerativnř kloubnř choroby. Ty je ovšem nutnē přřdevšřm chřpat jako zcela přřrozenř proces střrnutř kloubř, obvykle odpovřdajřcř vřku a zpřsobu řivota. Pozornost a pēci lēkařř vyřžadujř tehdy, pokud jsou degenerativnř zmēny vřraznē pokroēilejšř a provřzenē bolestř. Lidovē řeēeno: „je utahanej jako rumařskř kobyla“, nebo „je sedřenej“, „řivot na nēj naložil, ař se z toho složil“, „protř vřku není lēku“, takže k střru takovēho „bolř celej řlovēk“. Zkrřtka „co mřže řlovēk řekat na starř kolena“. I odbornřci jaksř pochopili, že na vzniku a rychlēm rozvoji degenerativnřch kloubnřch zmēn se podřli celř řada faktorř, mezi které patřř dēdiřnost, nadvřha, chronickē přřtēřovřnř a v šřršřm mēřřtku nezdravř, stresujřcř řivotnř styl. Ani tento souēet ale nepřřnřšřř vysvřtlenř, proē poēet pacientř v poslednřch desetiletřch tak hrozivē narřstř.

Vysvřtlenř proto hledejme ve zcela pomřylenēm, ale zato přřsnē vēdeckēm, pohledu souřasnē medicřny na smysl a vřznam bolesti. Matka přřroda nřm ji dala jako varovřnř přřd poškozenřm a obranu přřd pokračovřnřm v sebepoškozujřcřm chovřnř. A nejen to, kdřž řlovēk zpozornř, bolest mu

ukáže i na příčinu. Bylo by nasnadě snažit se bolesti rozumět a odstranit její příčiny, tedy problém bolesti řešit ještě v počátku funkčních obtíží, které vždy předcházejí postupnému rozvoji degenerativních změn. Neboli, odstranit příčiny a tak vytvořit podmínky samoúzdavným procesům organismu, aby mohly konat, neboť „lékař léčí, Pámbu uzdravuje“. Milovníci paradoxů se ale dozvědí, že ze všeho nejdříve je nutno bolest tlumit, protože zhoršuje kvalitu života. A jsou tu naše spasitelky, farmaceutické firmy. Vyrábějí léky na vše a proti všemu, vlastně v podstatě proti všem. Pacient je spokojen, už i sám umí užívat analgetika, už i sám si umí o jejich předpis říci lékaři. Ten se nemusí trápit přemýšlením a pacientovi rád vyhoví. Dividendy rostou. Téměř bezchybný svět. Budiž pochválen předmět tržní spotřeby, dříve nazývaný lék.

Co na tom, že jenom v České republice je denně hospitalizováno pětadvacet pacientů s krvácením ze zažívacího traktu, z toho jedenáct v přímé souvislosti s užíváním tohoto typu léků. Babička říkávala: „po účinku zlá rada“. Ale jejich nejhorším nežádoucím (vedlejší) účinkem je, že potlačují bolest (ochranný signál) a dovolují tak pacientovi pokračovat v nežádoucím přetěžování, které je tou pravou příčinou bolestivých komplikací.

Tak si to shrňme: na co si dříve babička dávala obklad, jelikož „to přicházelo k sobě“, a tím pádem to bolelo, to je teď „syndrom bolesti“ a bolest je třeba tlumit. Analgetiky, anti-revmatiky, anti anti... Bolest odejde a s ní i varování, že příčina trvá. Z poruchy se stane choroba, která vyžaduje složitá vyšetření a alespoň dva až tři různé léky, jež je nutno brát právě proto, že se dříve braly ty předchozí léky a ony správně účinkovaly. Tyto nové léky zhusta potlačují samoúzdavnou schopnost organismu a přinášejí (zhusta) nežádoucí, vedlejší účinky. A co je nežádoucí, musí pryč a nastupuje třetí generace léků.

Ale farmacie je racionální věda a nejlépe ví, že prevence je třeba. Tu nemůže nechat na babičkách, které říkají: „jez

do polosyta, pij do polopita, naplno vyjdou ti léta“, ale vezme to do vlastních rukou. Za pár korun jsou tu zázračné prostředky „kloubní výživy“, u kterých je zvláštní jenom jedna věc: jak mohli lidé dřív žít bez nich. Tuhle myšlenku zdravotnicko-farmaceutická reklama nezištně šíří do všech stran a nikdo se jí nevyhne. V mozcích vymytých již jinými reklamami se úlevně šíří jako jediné pravé učení. Pozor, lékaře nevyjímaje!

Souvislost mezi zběsilým nadužíváním a předepisováním léků proti bolestem zad a kloubů i záplavou prostředků „kloubní výživy“ a dramatickým nárůstem pacientů trpících degenerativními kloubními obtížemi je tímto zřejmá. A máme tu krásný paradox: lék se stává jednou z hlavních příčin této choroby.

Klíčová otázka tedy zní: je bolest nemoc, či nikoliv? Klíčová proto, že se zároveň táže na problém takzvaných civilizačních nemocí, problém medikalizace přirozeného života, na medicínské a občansko-politické problémy zdravotnictví. Být nemocný je totiž určitá sociální kategorie, instituce, znamenající i určitý závazný způsob chování a současně i sebepojetí. O tom všem rozhoduje lékař zaštitěný legislativou. Ani největší odborníci na problematiku bolesti se ale neshodují v tom, zda je bolest nemocí, či nikoliv. Tento zcela zásadní názorový rozdíl v pohledu na bolest se pak nutně odráží i v rozdílných diagnostických a léčebných postupech. K akutní i chronické bolesti je nutné v první řadě přistupovat jako ke komplexnímu problému celého člověka souvisejícímu s jeho zdravím, jako k odchylce od stavu zdraví, vyžadující specifické zaměření pozornosti lékaře. Takto posuzovaná bolest je nesmírně důležitým komplexním dějem ve službě adaptace, udržování rovnováhy mezi organizmem a prostředím. V této souvislosti je také signálem informujícím o přítomnosti problému a spouštějícím řadu zpětnovazebních pochodů, počínaje úrovní buněčnou, až po úroveň chování člověka ve společnosti. Rozho-

dující roli v interpretaci bolesti hrají faktory genetické, vliv výchovy, sociální prostředí a momentální psychické nastavení. Psychická nepohoda, stres, úzkost a deprese vytvářejí bludný kruh, kdy člověk, který má problém s bolestí, začne mít „problém s problémem bolesti“. Bolest se stává jakýmsi samostatným fenoménem, který si vynucuje veškerou pozornost a specifické chování svého nositele.

Bolest souvisí se stresem, je jeho součástí a zároveň jeho závažnost prohlubuje. Bludný kruh se tím uzavírá.

Vznik bolesti člověk vnímá jako problém, který je třeba ovlivnit, obvykle však nepozoruje změnu, kterou jsme právě popsali. Bolest, není-li včas a přiměřenými prostředky odstraněna, se stává problémem organizujícím kolem sebe celostní děje, včetně psychosociálních, a takto zásadně mění celý způsob jeho života. Je proto velmi sporné označit ji prvotně za nemoc. Smysl bolesti totiž spočívá v tom, že komplexně stimuluje intuitivní samoléčebné schopnosti jedince a zároveň její lokalizace a charakter ukazují i vědomému prožívání na žádoucí způsob jejího odstranění. Člověk je vybaven celou řadou přirozených programů, jak řešit problémy, které přináší život, a má i možnost tyto programy dále dynamicky rozvíjet. Jestliže bolest označíme za samostatnou nemoc, potvrzujeme tím její proměnu ze signálu na podnět, organizující vznik sekundárních chorobných dějů. Vzniká povážlivý paradox. Člověk dostává roli pacienta, která je ale kulturně a sociálně předepsaná. V systému současného zdravotnictví přestává spoléhat na vlastní síly, není motivován k aktivnímu přístupu, rezignuje a spoléhá na pomoc lékaře. Zároveň je ale povzbuzován k činné spolupráci. V tomto protirečení lékař ztrácí to nejcennější, co má, totiž možnost vrátit bolest do kompetence emancipovaného pacienta a společně s ním hledat způsob, jak ji dostat zpět pod kontrolu. Dochází zde k fenoménu tzv. agování, kdy se jeden účastník interakce nevědomě účastní nevědomého chování druhého účastníka. Lékař nepochopí skrytý smysl

a význam pacientovy bolesti a označí ji za nemoc. Pacient přijme označení své bolesti za nemoc a ztratí tak možnost nalézt její smysl a význam v souvislostech vlastních životních problémů.

Ovlivňování bolesti musí vždy začínat hledáním zdrojů, které má člověk sám k dispozici. Úkolem lékaře je pak především psychoterapeutická mobilizace těchto zdrojů a nikoliv potlačování bolesti samotné. Využití moderních poznatků vědy, technologií v rozpoznání charakteru bolesti a účinných léků v jejím tlumení, je neodmyslitelnou součástí komplexního přístupu, je však důsledně vždy až druhým krokem klinického postupu, spočívajícím v orientaci na bolest jako na komplexní problém člověka v jeho sociopsychosomatické existenci, nikoliv tedy na bolest jako nemoc.



ANO, BOLÍ MĚ ZÁDA, ALE PRÁŠKY MI ASI NEPOMŮŽOU!

O poruchách zdraví a nemocích

*Je mnohem důležitější vědět, jaký pacient chorobou onemocněl,
než jakou má pacient chorobu.*

W. Osler

Nezbytným předpokladem odpovídajícího léčení je správná diagnóza, česky rozpoznání. Obvykle se tím myslí rozpoznání určité choroby mezi mnoha jinými. Nejtěžším úkolem lékaře však je rozpoznat chorobu od zdraví. Podle vědecké medicíny je člověk buď zdravý, nebo není zdravý a pak je nemocný, jeho nemoc byla rozpoznána, dostala jméno, tedy diagnózu. Český jazyk ovšem nabízí mnohem jemnější a výstižnější odlišení:

- *Porucha* – o poruše hovoříme, je-li něco narušené, zbořené, sesuté. Poruchu lze rozpoznat, pojmenovat a napravit.
- *Nemocný* – nemocný znamená bez-mocný, ne-mocný výkonu, činnosti. Jde o celkový stav, o to, jak se člověk cítí. Současně je to ale i sociální role.
- *Choroba* – je odvozena od slova chorý, tedy zchátralý, vetšý, špatný, bídný, nepodařený. Jde o více či méně závažný, vědecky zjistitelný stav nebo proces.
- *Stonání* – od slova sténati, tedy prožívati utrpení. Stonání je subjektivní prožívání nemoci.

V jedné a téže situaci se lidé chovají různě. Jedni například říkají: měl jsem chřipku a teď mne ještě čeká operace žlučníku, ale jinak jsem zdravý. Druzí si naopak stěžují: já jsem pořád nemocný, měl jsem chřipku, a aby toho nebylo dost, čeká mne ještě operace žlučníku. Jestliže člověka zabolí záda a nedokáže si sám pomoci, spěchá k lékaři buď jako zdravý s poruchou a očekává od něj, že ji rozpozná a napraví, nebo jako nemocný s chorobou. Podstatné je, na čem se s lékařem dohodne. Jestliže na chorobě, stává se

nemocným, pacientem a odchází domů stonat. A právě o to stonání jde. Je totiž zcela subjektivní. Úzkostný člověk totiž často více trpí pocitem ohrožení než vlastní bolestí. Člověk odolný naproti tomu může vážné obtíže podcenit. Klíčový je přitom rozhovor s lékařem, založený na vzájemné důvěře, respektu a otevřenosti. Právě zde ale dochází k nejčastějším pochybením.

Z pohledu pacienta může být diagnóza, pokud je příznivá, vítaným uklidněním. Zbavuje jej pocitu nejistoty a stává se základem pro léčbu vedoucí k uzdravení. Bolest bez zřejmé příčiny je totiž stresující a žádá si být vysvětlena. Lidé proto vyhledávají často lékaře spíše pro tuto potřebu vysvětlení než pro samu existenci bolesti. Nejlepší vysvětlení je vysvětlení prosté, pro pacienta snadno srozumitelné. Dobrý lékař se musí vždy ujistit, že si pacient neuchovává jinou, mylnou představu o příčině svých obtíží. Pojmenovat poruchu jako chorobu totiž přináší i vážné nežádoucí důsledky. Člověk se v té chvíli stává pacientem, ospravedlněn je i případný léčebný zákrok, který ovšem nemusí být vždy blahodárný. Diagnóza rovněž dává pacientovi možnost zaujmout roli nemocného a uniknout tak každodenním nepříjemným povinnostem, zaujmout roli, která se může stát životní filozofií. Říká se tomu sekundární, druhotný zisk z choroby. Americký sociolog Talcott Parsons jako první upozornil na skutečnost, že v naší společnosti se dá uniknout sociálním závazkům jedině přijetím role nemocného. Od lékaře se pak očekává, aby ospravedlnil výrok: „Jsem nemocen, a proto nemohu...“. Podvědomě motivované chování, úzce související s výhodami, které postavení nemocného přináší, tak přivádí mnoho lidí k lékaři ne proto, aby se uzdravili, ale proto, aby si nemoc zachovali. Nelze být ale přesvědčivým způsobem nemocen bez věrohodné diagnózy, a jakmile ji proto pacient získá, pokládá ji za drahou životní nezbytnost a běda lékaři, který by mu ji bral. Nemoc se totiž stává reálnou teprve tehdy, když se jí

dostane jména. Mnohem větší respekt okolí budí sdělení pacienta, že trpí konkrétní, nejlépe latinsky pojmenovanou chorobou, než prostý údaj o existenci bolesti. Též většina lékařů se mylně domnívá, že pacientům prospívá, když se jejich obtížím ihned dostane diagnostické nálepky. To často vede k diagnózám, které postrádají jakékoliv racionální opodstatnění. K. B. Thomas upozornil v roce 1987 v článku publikovaném v Brit. Med. Journal na efekt toho, když se pacientům nesdělí hned jméno nemoci. V roce 1978 vyšetřil 200 pacientů, u nichž nebylo možné stanovit defini- tivní diagnózu. Přesto části z nich diagnóza přisouzena byla a byli léčeni symptomaticky, zatímco druhé části paci- entů bylo sděleno, že žádnou chorobou netrpí, a léčba pro- to není nutná. Při konečném hodnocení neshledal Thomas mezi oběma skupinami žádný rozdíl. V praxi však lékaři mají tendenci spíše diagnostikovat nemoc, která není, než opomenout skutečnou chorobu. Zmíněný postup obvykle pramení z absence sebereflexe lékaře, který provádí nad- bytečné diagnostické a léčebné výkony nikoli proto, že by je pacientův stav vyžadoval, nýbrž z pocitu vědomé a častě- ji nevědomé obavy z pochybení, ve snaze být za všech okol- ností „krytý“. V dynamické psychologii se pro takové jedná- ní používá termín „protipřenos“, spočívající v nevědomé motivaci lékaře, kterou vkládá do svého chování vůči paci- entovi. Nejčastější nemocí se tak stává sama diagnóza. Dů- sledkem diagnostikování nemoci, která není, je zbytečná, mnohdy i velmi radikální léčba, ztráta pocitu zdraví a po- stupné převzetí „role nemocného“, získání motivace k ne- moci, se všemi aspekty medicínskými, sociálními a ekono- mickými. Jednou vyřčené chybné diagnózy se pak pacient obvykle jen těžko zbavuje. Sami lékaři jen neradi přiznáva- jí svoje rozpaky a jsou v neustálém pokušení za každou cenu „diagnostikovat a léčit“, dávat příznakům jména a vy- tvářet jakési „virtuální nemoci“. Sporné diagnózy pak mo- hou pevně zakořenit v mysli pacienta, a protože jsou běž-

nými metodami neléčitelné, veškeré léčebné úsilí zaměřené na jejich odstranění pacienta poškozuje. Přesto všechno současná medicína i tyto v podstatě neexistující nemoci s oblibou vytváří a léčí. Protože se ale efekt léčby jen zřídka dostavuje, vyhledává zklamaný pacient v mnoha případech pomoc různých léčitelů – biotroniků, homeopatů a jiných. Efekt placebo, který nebyla schopna současná medicína, orientovaná pouze na vlastní chorobu a přestávající vidět osobu pacienta, nabídnout, v těchto případech skutečně může, prostřednictvím psychiky, slavit pozoruhodné úspěchy. Placebo sice pochopitelně nedokáže vyléčit organickou chorobu, ale pomáhá pacientovi, aby se cítil méně nemocen, aby méně vnímal bolest, a je ideálním prostředkem v situacích, kdy pacient v podstatě nemocen vůbec není. Podcenění významu placebo a psychologického přístupu ze strany lékaře tak jen přispívá k vytváření iracionálního klimatu, které vede pacienty k odmítání ověřené lékařské péče a vhání je do náruče různých léčitelů a šarlatánů.

O bolestech zad

Lékařská věda a zdravotní služby jdou špatným směrem, neboť jsou lhostejné k vnějším vlivům a životnímu stylu člověka, které v zásadě určují náš zdravotní stav.

T. McKeown

Bolesti zad mající svůj původ v poruchách funkce páteře jsou celosvětově považovány za jeden z nejzávažnějších medicínských, ekonomických a sociálních problémů. S tímto typem bolesti se během svého života setká téměř 85 % veškeré populace. Podle údajů ze Spojených států amerických bolesti zad bezkonkurenčně vedou v pořadí příčin pracovní neschopnosti osob mladších 45 let, zaujímají druhé místo v hodnocení příčin návštěvy lékaře, jsou pátým nejčastějším důvodem hospitalizace a čtvrtou nejčastější příčinou chirurgických zákroků. Roční náklady na léčbu a pracovní ne-



Obr. 2: Mýtus první: Pacient trpící bolestí zad musí být vždy práce neschopen

schopnost těchto pacientů dosahují padesáti miliard dolarů. Neméně znepokojivá je však i situace v České republice. Podle údajů vydaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky byly v roce 1997 nemoci pohybového aparátu na druhém místě v příčinách pracovní neschopnosti (13,88 %), za nemocemi dýchacího ústrojí (48,4 %) a před poraněními a otravami (10,76 %). Právě bolesti zad se ve skupině těchto onemocnění postaraly nejen o nejvyšší počet prostonaných dní (z více než 580 000 jich měly na svědomí 360 000), ale i o nejdelší dobu trvání pracovní neschopnosti. Od roku 1970 se u nás zvýšil počet těchto případů o polovinu a průměrná doba trvání pracovní neschopnosti se prodloužila o 74 %. Tyto statistické údaje tak naléhavě nutí k zamyšlení nad příčinami, způsoby léčby i prevence bolestí zad a k přehodnocení celé řady dosud rutinních diagnostických a léčebných postupů.

Co se může skrývat za bolesti zad?

Řekl bych, že skutečně velký je takový lékař, který lépe než kdokoliv jiný dokáže stanovit diagnózu.

J. Bigelow

Naprostá většina bolestí zad je takzvaně „vertebrogenních“, tedy způsobených poruchou v oblasti páteře, většina vertebrogních obtíží je pak etiologie funkční, tedy bez výraznějšího objektivního nálezu. Bolesti zad se nejčastěji vyskytují v oblasti krční a bederní, které jsou z mechanického hlediska nejvíce namáhány, a skrývají se za širokou škálou diagnóz cervikokraniálního, cervikobrachiálního, lumbosakrálního, sakroiliakálního či všeobjímajícího vertebrogního algického syndromu. Tyto diagnózy jen velmi obecně informují o přítomnosti bolesti a její lokalizaci, nic ale nevypovídají o příčině jejího vzniku.

Dříve ale, než označíme bolest za čistě vertebrogní, tedy „od zad“, je nutné pamatovat na některá závažná onemocnění, která mohou být též bolestí zad provázena. Jde především o některé choroby neurologické, infekční a cévní, do oblasti zad se mohou promítat i bolesti vyvolané chorobami srdce, plic a celé řady vnitřních orgánů. Zřejmě nejužší vztah mezi bolestí zad a poruchou vnitřních orgánů a naopak byl zaznamenán u obtíží gynekologických. V průběhu celé řady gynekologických chorob zjišťujeme výskyt nebo zhoršení lumbosakrálních či sakroiliakálních blokády, naproti tomu můžeme při nálezu těchto blokády pozorovat velmi často bolestivou menstruaci provázenou bolestí v kříži a podbřišku, a to při zcela negativním gynekologickém nálezu. Vztahy velmi podobné pak panují i mezi ischemickou chorobou srdeční provázenou bolestí na hrudi a poruchami v oblasti hrudní páteře.

Z vlastních „vertebrogenních“ příčin bolestí zad je nutné jmenovat choroby s jasně vymezeným objektivním nálezem, jakými jsou spondylóza a spondylartróza, tedy degenerativní změny meziobratlových plotének s následným zúžením meziobratlového prostoru, tvorbou osteofytů na okrajích obratlových těl a artrózou postihující chrupavky intervertebrálních kloubů. V diferenciální diagnostice je třeba myslet na spondylartritidy, zvláště ankylozující spondylitis (Bechtěreova choroba), i na celou řadu zánětlivých onemocnění páteře různé etiologie, vrozené vývojové vady, traumata a nádorové procesy, které bývají častěji metastatické než primární. Bolesti zad mohou být pouze svalové (fibrozitidy), též osteoporóza obratlů vyvolává bolest, zvláště tehdy, je-li komplikována kompresivní frakturou. Zvýšenou pozornost pak vyžadují bolesti provázející výhřez meziobratlové plotny s následným drážděním nervového kořene a odpovídajícími klinickými příznaky.

Povzbudivým zjištěním ale je, že bolesti zad způsobené některou ze zmíněných vážných příčin jsou vzácné a jejich naprostá většina, až 98 %, má svůj původ v dočasné poruše pohybového aparátu týkající se svalů, vazů, kloubů a meziobratlových plotének. Za těchto okolností je proto především nutné zaměřit diferenciálně diagnostické úsilí na zjištění charakteru a příčiny poruchy, a teprve v případě důvodného podezření na organický původ obtíží (kořenové dráždění, metastázy, infekce, traumata, infarkt myokardu...) vést vyšetření i tímto směrem. Až 85 % pacientů s bolestí zad se však definitivní diagnózy, tedy určení jednoznačné příčiny obtíží, nikdy nedočká a je jim přisouzena diagnóza některého z již zmíněných vertebrogených algických syndromů. Za naprostou většinou těchto diagnóz se pak skrývají příčiny bolestí zad funkčního charakteru. U tohoto typu bolestí bývá samotná páteř z počátku obvykle bez morfologických, někdy i bez funkčních změn. Příčina přetížení může být jednak exogenní, tedy v důsledku

příliš náročné či jednostranné fyzické zátěže, častěji ale dochází k přetížení v důsledku vadného držení těla nebo nevhodného pohybového stereotypu. Pokud jde o čistě exogenní přetížení, bývá provázeno obrazem typické svalové nerovnováhy v podobě takzvaného dolního zkríženého syndromu, při které dochází ke zvýšenému zatížení a zkrácení zádových svalů a flexorů kyčle na straně jedné a k útlumu či ochabnutí svalů stěny břišní a svalů hýžďových na straně druhé. Jak svaly hyperaktivní, tak i ochablé mohou být bolestivé. Typickou lokalizací bolestivých bodů bývají poslední trnové výběžky bederních obratlů a zadní horní spinny. Zmíněný typ svalové nerovnováhy pak vyvolává zvětšenou bederní lordózu a takzvaný Bastrupův fenomén, tedy osteochondrózu trnových výběžků. Analogický typ svalové nerovnováhy, takzvaný horní zkrížený syndrom, nalézáme i v oblasti krční páteře. Zde obvykle, v důsledku chronického přetěžování, dochází ke zkratu sestupné části m. trapezius, m. levator scapulae a m. sternocleidomastoideus, ochablé bývají naopak hluboké flexory šíje a dolní fixátory lopatek. Tento velice častý typ svalové nerovnováhy je provázen výraznou změnou statiky i dynamiky krční páteře, především ale předsunutým držením hlavy a zvětšenou krční lordózou.

Nejčastější příčiny vzniku bolestí zad

Být otulým není tělesná vlastnost – to je světový názor.
K. Tucholsky

Spektrum příčin bezprostředně předcházejících vzniku bolestí zad je nesmírně široké a nelze v něm vysledovat jednotný mechanismus. V některých případech uvádějí pacienti nezvyklou či nadměrnou fyzickou zátěž, častá bývá i zmínka o běžném prochlazení. V naprosté většině případů se ale bolest zad objevuje náhle, například ráno po probuzení, aniž by byl pacient schopen uvést zřejmý vyvolávající moment. Bolest zad se prostě jaksi „přihodí“.

Nejčastější příčiny bolestí zad

postávání	hopsání	tahání
sezení	klusání	trhání
ležení	poskakování	škubání sebou
předklánění	zakopávání	přenášení
natahování	zatačení	vlečení
zvedání	točení	dřepění
otáčení	přeskakování	naklánění
vyklánění	protahování	klečení
vyklánění do stran	hrabání	plazení
chůze	nošení	lezení
skákání	strkání	šplhání
klouzání	padání	narážení

(Gorman, J.: První pomoc pro hypochondry.)

Z ambulantní praxe, ale i z řady zahraničních sdělení zřetelně vyplývá, že za drtivou většinou tzv. funkčních poruch pohybového aparátu se skrývají somatizované – ztělesněné – psychické obtíže, nejčastěji úzkostné stavy a emoční tenze, na jejichž vzniku se podílí celá řada faktorů ústících do chronického přetížení adaptačních možností organismu, stresu. V běžné řeči se slovem stres rozumí zátěž přesahující přirozené schopnosti člověka vyrovnávat se s nároky prostředí na přizpůsobení. Tyto schopnosti jsou individuálně velmi rozdílné. To, co nazýváme stresem současné doby, lze popsat jako důsledek velmi hlubokých změn životního prostředí, které se dějí nepoměrně rychleji, než je ve vývojových možnostech přizpůsobení lidského rodu. V medicínském smyslu slova je stres automatickou reakcí organismu na ohrožující podněty probíhající na ose hypotalamus – hypofýza – nadledviny. Stres je sám o sobě užitečný, neboť nutí k hledání nových variant a k růstu. Jeho nevýhodou pro současného člověka však je, že se dostavuje jako reakce na podněty z psychosociální sféry, které rozhodně neznamenají ohrožení života, přesto se však spustí celá kaskáda tělesných dějů, jako by byl život ohrožen. Počáteční fáze stresové reakce má za cíl vytvořit optimální podmínky pro boj nebo útek. To se děje především zvýšením svalového napětí, zvýšeným přísunem energeticky bohaté krve ke svalům, zrychlením dechu i tepové frekvence a řadou dalších dějů, které jsou současně pocitově zpracovány. Protože ale společenské konvence zpravidla nedovolují řešit stresující situace útokem či útekem, je nastavení organismu k nim neúčelné, dochází k přetěžování některých systémů, plýtvání energií a celé řadě dalších neblahých důsledků. Tím nejtypičtějším tělesným projevem deletrujícího zvýšení svalového napětí jsou právě bolesti zad. Zde je nutné připomenout, že psychické napětí plynoucí z určité specifické situace s sebou nese i specifické napětí těch svalových skupin, které by byly v intenzivní činnosti v případě skutečné fyzické činnosti.

Neřešené problémy v rodině, zaměstnání, sexu, konflikty v manželství či neschopnost vyrovnat se s přirozeným procesem stárnutí jsou proto tradičně provázeny emočním napětím a s ním spojeným zvýšeným napětím svalů. Toto napětí organizmus brzy vyčerpává, dostavuje se pocit celkové únavy a řada různých funkčních, tzv. psychosomatických, poruch, především v oblasti pohybového aparátu. Typickým příznakem je pocit bolestivého a silně zneklidňujícího napětí v oblasti šíjových a bederních svalů. Pacienti si ale velmi často stěžují i na bolesti a točení hlavy, pocity nejistoty, hučení v uších, mravenčení prstů horních končetin, tlak na hrudi, stavy dechové tísně, svírání hrdla, bolesti žaludku a oblastí orgánů malé pánve, celkovou slabost a náchylnost k infekčním chorobám. To je ovšem jen velmi stručný výčet obtíží typických pro životní styl, který je synonymem stresu. K němu neodmyslitelně patří i dlouhodobé jednostranné přetěžování pohybového aparátu, sedavé zaměstnání a nedostatek aktivní regenerace, která by zmíněné přetěžování kompenzovala, případně nadváha. Takto oslabený organizmus pochopitelně mnohem hůře odolává běžným nárokům každodenního života a vlastní podnět spouštějící bolest zad nemusí být nijak výrazný. Obvykle postačí mírně zvýšená námaha, nezvyklý či neopatrný pohyb nebo běžné prostydnutí.

Souvislost mezi negativními emocemi a bolestí zad je nesporná a potvrzuje ji celá řada vědeckých studií. Dr. Lampe z Univerzity v Innsbrucku publikoval v květnu 1998 studii, ve které poukazuje na zřetelnou souvislost mezi stresem a výskytem bolestí zad. Ze závěrů Lampeho výzkumu vyplývá, že pacienti, u nichž se nepodaří pro bolest zad nalézt jednoznačné vysvětlení, snášejí svoje obtíže mnohem hůře než pacienti, u nichž je tato příčina známá. J. E. Sarno z Ruskova Institutu rehabilitační medicíny Univerzity v New Yorku dospěl k závěru, že neřešené problémy jsou příčinou napětí, které se může manifestovat fyzickou bo-

lestí. Sarno soudí, že bolest zad se pro pacienta často stává únikovou cestou od nutnosti řešit stresující psychické stavy, a doporučuje, jako nedílnou součást péče o tyto pacienty, psychologickou konzultaci.

Již desítky let též lékaři vědí o tom, že bolest a deprese spolu navzájem souvisejí. Chronická bolest přispívá k prohloubení deprese a naopak, deprese může zvyšovat pocit bolesti. První důkazy o tom, že bolest duše, tedy i deprese, a bolest těla mají leccos společného, však přinesl až rozvoj moderních zobrazovacích metod. Jak informovala v březnu 2004 česká verze Časopisu americké lékařské asociace (JAMA), vědci z Kalifornské univerzity pomocí funkční magnetické rezonance, sledující aktuální intenzitu činnosti jednotlivých oblastí mozku, zjistili, že sociální izolace u krys aktivuje dvě stejné oblasti, jaké reagují i na fyzickou bolest. Jsou to přední část tzv. opaskového závitu a pravá přední část mozkové kůry.

Především u déletrvajících a často se opakujících bolestí zad je proto nezbytně nutné, vedle pečlivého klinického vyšetření a shromáždění veškerých anamnestických údajů týkajících se zdravotního stavu, věnovat zvýšenou pozornost psychosociálním problémům, které si pacient pro jejich dlouhé trvání neuvědomuje, nebo si na ně již zvykl, a žije v pocitu, že je zvládá, případně je vnímá jako zahanbující a odmítá je sdělit. Obvykle se vyskytují v těchto základních okruzích:

- současné problémy ve vlastní rodině (partnerské, rodičovské apod.),
- problematika citových vztahů, intimní život,
- problematika profesní (dosažená kvalifikace, přiměřenost uplatnění a ocenění, charakter práce – časová, fyzická a psychická náročnost, vztahy na pracovišti),
- problematika životosprávy, aktivní péče o fyzickou kondici,
- problémy v původní rodině (dětství, dospívání),

-
- posouzení psychického stavu, způsobů psychické relaxace, zájmů, zálib, subjektivní posouzení psychické pohody pacientem, případná objektivizace prostřednictvím standardního psychologického testu.

V případě pozitivního zjištění některého ze zmíněných psychosociálních faktorů pak bývá léčení pouhými prostředky standardní rehabilitace, bez konzultace psychosomatika či psychoterapeuta, jen velmi obtížné a málokdy úspěšné. Pacient totiž buď odmítá připustit souvislost bolesti s těmito faktory, nebo souvislost připouští, respektive sám ji tuší, ale usilovně přitom brání svůj evidentně nevhodný životní styl, který je vlastní příčinou celé problémové situace.

Toto je pouze náhled elektronické knihy.
Zakoupení její plné verze je možné v
elektronickém obchodě společnosti eReading.