

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 spojena 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 zhroutilím.

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

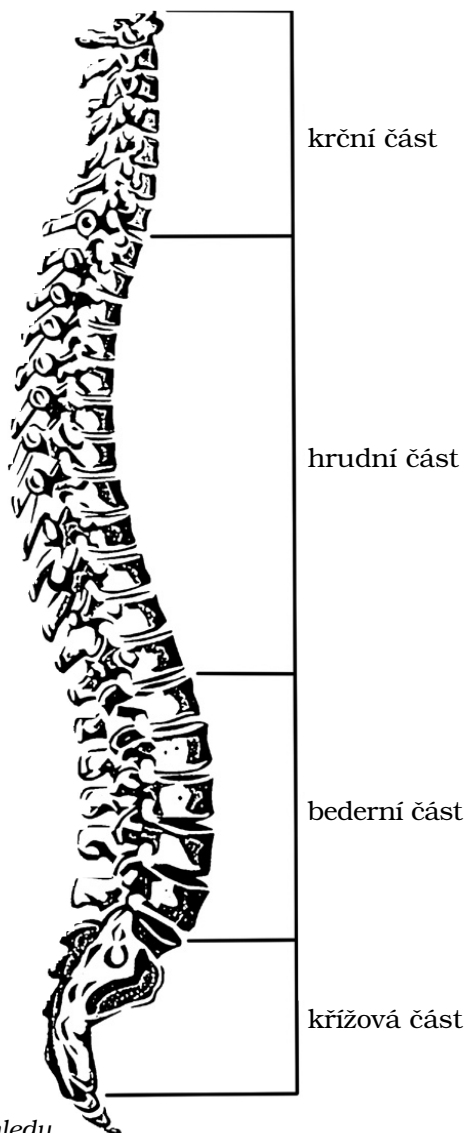
nárazy při chůzi, běhu, skocích apod. Na meziobratlové ploténky jsou z hlediska zatížení kladeny značné nároky. Experimentálně tak bylo například zjištěno, že tlak uvnitř meziobratlové ploténky mezi prvním a druhým bederním obratlem se vleže pohybuje okolo 25 kg, v sedu okolo 175 kg a při zátěži může 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 nejhluběji, 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 dvojité 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 – lčivý; vytváří potřebu nových vyšetření (nové a draší přístroje) a odhaluje nové poruchy, které pak nákladně lčí – lčivý. Analýzy prokazují, že čím více prostředků vynakládá společnost na zdravotní péči, tím nemocnější se cítí její občané. V letech 1966–1988 celosvětově vzrostl počet lidí, kteří se obávají o svoje zdraví, z původních 15 na 50 procent. Úplná zkáza veškerého zdraví je blízko, zachraň se kdo můžeš. Lidé žijící v zemích, které občanům poskytují špičkovou lékařskou péči a zdravotnické informace, totiž spíše považují svoje obtíže za nemoci, zatímco lidé žijící v horších podmínkách považují tytéž problémy za přirozený stav. Lékařská věda dosáhla takového pokroku, že nikdo na světě už není zdravý.

Ideálním strašákem veřejnosti se v rukou medicínsko-farmaceutického komplexu mimo jiné staly právě degenerativní kloubní choroby. Ty je ovšem nutné především chápat jako zcela přirozený proces stárnutí kloubů, obvykle odpovídající věku a způsobu života. Pozornost a péči lékařů vyžadují tehdy, pokud jsou degenerativní změny výrazně pokročilejší a provázené bolestí. Lidově řečeno: „je utahanej jako rumařská kobyla“, nebo „je sedřenej“, „život na něj naložil, až se z toho složil“, „proti věku není léku“, takže k stáru takového „bolí celej člověk“. Zkrátka „co může člověk čekat na stará kolena“. I odborníci jaksi pochopili, že na vzniku a rychlém rozvoji degenerativních kloubních změn se podílí celá řada faktorů, mezi které patří dědičnost, nadváha, chronické přetěžování a v širším měřítku nezdravý, stresující životní styl. Ani tento součet ale nepřináší vysvětlení, proč počet pacientů v posledních desetiletích tak hrozivě narůstá.

Vysvětlení proto hledejme ve zcela pomýleném, ale zato přísně vědeckém, pohledu současné medicíny na smysl a význam bolesti. Matka příroda nám ji dala jako varování před poškozením a obranu před pokračováním v sebepoškozujícím chování. A nejen to, když člověk zpozorní, 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, vetvý, špatný, bídný, nepodařený. Jde o více či méně závažný, vědecky zjiřitelný 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 napravit, 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 drahoucennou 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 definitivní diagnózu. Přesto části z nich diagnóza přisouzena byla a byli léčeni symptomaticky, zatímco druhé části pacientů bylo sděleno, že žádnou chorobou netrpí, a léčba proto 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 nadbytečné diagnostické a léčebné výkony nikoli proto, že by je pacientův stav vyžadoval, nýbrž z pocitu vědomé a častěji nevědomé obavy z pochybení, ve snaze být za všech okolností „krytý“. V dynamické psychologii se pro takové jednání používá termín „protipřenos“, spočívající v nevědomé motivaci lékaře, kterou vkládá do svého chování vůči pacientovi. Nejčastější nemocí se tak stává sama diagnóza. Důsledkem diagnostikování nemoci, která není, je zbytečná, mnohdy i velmi radikální léčba, ztráta pocitu zdraví a postupné převzetí „role nemocného“, získání motivace k nemoci, se všemi aspekty medicínskými, sociálními a ekonomickými. Jednou vyřčené chybné diagnózy se pak pacient obvykle jen těžko zbavuje. Sami lékaři jen neradi přiznávají svoje rozpaky a jsou v neustálém pokušení za každou cenu „diagnostikovat a léčit“, dávat příznakům jména a vytvářet jakési „virtuální nemoci“. Sporné diagnózy pak mohou pevně zakořenit v mysli pacienta, a protože jsou běž-