



Rehabilitace při léčbě roztroušené sklerózy

Kolektiv autorů

Určeno do
čekáren





www.rskompas.cz

Cílem portálu je pomáhat pacientům s roztroušenou sklerózou (RS) a být aktivními protihráči této nemoci.

Najdete zde inspirace a rady, které by mohly přispět ke kvalitě vašeho života a které by vám mohly pomoci aktivně sladit léčbu a každodenní potřeby.

Telefonní informační linka pro pacienty s roztroušenou sklerózou

Pro všechny, kteří trpí touto nemocí, jsme připravili novinku – **bezplatnou telefonní linku**, na které se můžete informovat o řešení problémů spojených s touto diagnózou, především jak zvládat pravidelnou aplikaci injekčních léků, řešení nežádoucích účinků atd.

V čase **od 9.00 do 16.00** hodin v pracovní dny vám poradí, pokud to bude v jejich silách, jedna z našich odborných poradkyň, které mají několikaleté zkušenosti s podporou pacientů s RS. Mimo tuto dobu můžete na této lince zanechat svůj vzkaz a poradkyně se s vámi spojí v následující pracovní den, pokud to bude možné.

Obsah

Slovo úvodem

prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSC. 5

Rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou z pohledu medicíny založené na důkazech

MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D. 7

Problematika spastické parézy u pacientů s roztroušenou sklerózou

MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D., Mgr. Ota Gál, Ph.D. 9

Pohybové aktivity u pacientů s roztroušenou sklerózou a využití fyzioterapeutických technik na neurofyzilogickém podkladě

Mgr. et Mgr. Edit Strusková, Mgr. Lenka Geierová 11

Poruchy chůze a rovnováhy při roztroušené skleróze a možnosti rehabilitace

Mgr. Klára Novotná, Ph.D. 15

Ataxie a posturální instabilita: možnosti rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Ota Gál, Ph.D. 18

Terapie únavy u pacientů s roztroušenou sklerózou: možnosti využití kombinovaného edukačního programu

Mgr. Klára Novotná, Ph.D., Renáta Malinová 20

Rychlost chůze a zvládání každodenních aktivit u osob s roztroušenou sklerózou

Mgr. Klára Novotná, Ph.D., Mgr. Jiřina Hendrychová, MUDr. Martina Kóvári, MHA 24

Dysfunkce pánevního dna u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní aneb Nechme obavy stranou ...

Mgr. Michaela Havlíčková 27

Cvičení typu „body and mind“ u osob s roztroušenou sklerózou

Mgr. Klára Novotná, Ph.D. 31

Soběstačnost osob s roztroušenou sklerózou a jak může pomoci ergoterapie

Mgr. Klára Novotná, Ph.D., Mgr. Kamila Kulíšková 35

Rehabilitace kognitivních funkcí

Mgr. Dana Chmelařová, Ing. Roman Mouček, Ph.D. 38

Adherence a sebevědomí v psychoterapeutické práci s pacienty s roztroušenou sklerózou

Mgr. Jana Černá Tomanová, Ph.D. 41

Kombinované programy psychoterapie a fyzioterapie

Renáta Malinová, Mgr. Lucie Suchá 45

Současné trendy v rehabilitaci pacientů s roztroušenou sklerózou

Renáta Malinová 53

Rehabilitace při léčbě roztroušené sklerózy

Editorka publikace: Mgr. Lucie Suchá

Edice: Dobrá rada

Kolektiv autorů: Mgr. Jana Černá Tomanová, Ph.D., Mgr. Ota Gál, Ph.D.,
Mgr. Lenka Geierová, Mgr. Michaela Havlíčková, Jiřina Hendrychová,
prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc., MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D.,
Mgr. Dana Chmelařová, MUDr. Martina Kövári, MHA, Mgr. Kamila Kulíšková,
Renáta Malinová, Ing. Roman Mouček, Ph.D., Mgr. Klára Novotná, Ph.D.,
Mgr. et Mgr. Edita Strusková, Mgr. Lucie Suchá

Vydavatelství a nakladatelství:

Solen, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc, IČ 25553933

Redakce: Mgr. Zdeňka Bartáková

Obchodní oddělení: Ing. Lenka Mihulková

Grafická úprava a sazba: Lucie Šilberská

Tisk: Trifox, s.r.o., Šumperk

Distribuce: SOLEN, s.r.o., 2020

Foto na obálce: Shutterstock

Počet stran: 60

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků.

Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

ISBN 978-80-7471-332-3



Slovo úvodem

Dostává se vám do rukou zcela ojedinělý soubor článků zabývajících se skutečnou rehabilitací u pacientů s roztroušenou sklerózou (RS). Skutečnou proto, že odpovídá definici WHO: „a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment“. Jde tedy o soubor intervencí vytvořených k fungování a redukci disability osob se zdravotními problémy v interakci s prostředím. Často zapomínáme, že rehabilitace u RS zdaleka nespočívá pouze v terapii pohybového hendikepu.

Jednotlivé články pokrývají celé široké a pestré spektrum možností rehabilitace u RS. Pokrývají ale také samotnou filosofii této rehabilitace. Rehabilitace není totiž pasivní prací fyzioterapeuta, jak to stále ještě mnoho lidí vnímá. Jde o aktivní proces vztahu terapeuta a pacienta, a proto je tak důležité psychické nastavení pacienta, jeho postoj k vlastní chorobě, realistický vztah k možnostem léčby, vnímání výzev a limitů, jeho motivace či naopak deprese, odmítání nemoci i možnosti ovlivnit kvalitu svého života, vztahy, svou budoucnost.

Před třiceti lety se pacientům s RS nedoporučovala fyzická aktivita, zakazovala se jim sportovní aktivita a námaha měla být limitována únavou. Většina rehabilitačního úsilí spočívala jen v ovlivňování obrn způsobených atakami. Pak se začaly objevovat studie, že tento nedostatek aktivity je provázen horší fyzickou kondicí a atrofií (úbytkem) svalů z nepoužívání (disuse atrophy). Přibývalo dokladů, že lze zlepšit fyzickou kondici pacientů s RS pravidelnou fyzickou aktivitou. Dnes už víme, že pohybová aktivita pacientů s RS by měla být nezbytnou součástí jejich běžného života od začátku nemoci. Víme už, že pacient, který je zvyklý na fyzickou zátěž, má vyšší míru schopnosti regenerace a v případě ataky má rychlejší návrat do stavu před atakou, než pacient, který nemoci podlehne a rezignuje na možnost se jí postavit. Máme dnes nepřeberné množství technik, jak ovlivnit nejen specifický deficit, ale i celkový stav včetně aerobní zdatnosti. Každý pacient má své individuální obtíže a podle toho lze použít různé metody, jak je ovlivnit.

To je krásný koncept, ale není to zdaleka všechno. Když se začaly provádět studie s aerobní zátěží, zjistilo se, že výsledky jsou velmi nekonzistentní. Hledaly se příčiny, proč je tak těžké plánovat a hlavně provádět studie v oblasti rehabilitace u RS. Samozřejmě, že najít homogenní skupiny pacientů je velmi obtížné, a to i ve velkých RS centrech. Různá míra neurologického deficitu, různá doba trvání choroby, časová vzdálenost od poslední ataky nebo ataka během studie – to vše zásadním způsobem narušuje výsledky a je to ze statistického hlediska dnes naprosto jasné. Ale to není vše.

Na kvalitu studií má vliv také neměřitelnost veličin, jako jsou vztah pacient–terapeut, motivace pacienta, jeho psychický stav, osobnost a zkušenosti terapeuta. V každé dlouhodobější fyzioterapii hrají tyto faktory velkou roli. Proto většina terapeutů vychází při volbě metod nejen ze studií, ale především ze svých osobních terapeutických zkušeností a z odezvy samotných pacientů. S konceptem „medicíny založené na důkazech“ (Evidence Based Medicine, EBM) jsme tady trochu v úzkých. Zatím neměřitelné veličiny neumíme statisticky zpracovat. Musí tedy zvítězit zdravý rozum opřený právě o tu zkušenost. A o tu se v této publikaci mnoho terapeutů s námi dělí.



Je to jeden z důvodů, proč spíš než jednotlivé techniky cvičení je důležitější správná motivace pacienta. Na té by měl spolupracovat nejen ošetřující lékař, ale i přátelé a rodina pacienta. Lékař zná pacienta, zná jeho rodinnou situaci, jeho nastavení a může mu včas doporučit psychoterapeutickou péči. Ta může pacientovi změnit jeho postoje k nemoci a nasměrovat ho k větší aktivitě stran spolupráce na léčebném režimu. Pacient často váhá využít pomoc psychoterapeuta. A zde může rodina i přátelé pomoci. Mohou pomoci i v tom, aby pacient u nově zvolené aktivity vytrval.

Pohybová aktivita společně s individuální fyzioterapií by měla být zahájena co nejdříve po stanovení diagnózy a prováděna v podstatě celý život. Každý pacient se musí naučit vnímat své tělo, poznat své limity a naleznout správnou míru intenzity cvičení, při které nedojde k přetížení organismu a zhoršení neurologických obtíží. Aktivizace pacienta stran pohybové aktivity, ale i kognitivního tréninku by měla být společným úsilím neurologa, fyzioterapeuta a psychoterapeuta.

Další – často opomíjenou – skupinou jsou pacienti, jejichž nemoc progreduje, a ti, kteří už jsou odkázáni na pomoc ostatních. Tady je psychoterapeutická péče a provádění ještě těžší a důležitější. Toto téma se příliš často v literatuře neobjevuje, o to cennější jsou zkušenosti autorů, kteří se této práci věnují. I zde je potřeba najít techniky, které jsou prevencí komplikací, a techniky, které ještě umožní účinnou komunikaci s ošetřujícím personálem a rodinou. Tato práce je extrémně náročná a vyčerpávající a klade vysoké morální a etické nároky na všechny, kdo ji poskytují.

Vřele vám doporučuji přečtení všech článků, protože poskytují komplexní pohled na rehabilitační péči u RS, která by měla být poskytována v celé potřebné šíři.

*prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou z pohledu medicíny založené na důkazech

MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D.

*Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd,
1. LF UK a VFN v Praze*

Rehabilitace hraje nezastupitelnou roli v léčbě pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) a řadíme ji mezi nefarmakologické symptomatické přístupy. Její součástí jsou fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a další specializované obory, které se podílejí na komplexní péči o pacienta s RS. Úkolem rehabilitace je usnadnit a zlepšit vykonávání aktivit běžného života, dosáhnout osvojení nových dovedností, které povedou k aktivaci pacienta, zajistit mobilitu, soběstačnost, komunikaci a sociální a pracovní integraci do společnosti. Jinými slovy je zcela zásadní udržení a zlepšení kvality života pacienta. Tento cíl může být v rutinní praxi někdy těžko dosažitelný, protože lékař obvykle hodnotí kvalitu života pacienta pouze nepřímo prostřednictvím tradiční standardně používané škály EDSS (Expanded Disability Status Scale), která však nezahrnuje oblasti, které s aktuální kvalitou života spojuje pacient. Může se tak stát, že kromě farmakologické léčby je pacientovi doporučen např. trénink ke zlepšení mobility, ale unikne mu, že pacient má hlavní problém v rodině, v zaměstnání nebo v emoční a kognitivní oblasti. A právě v tomto okamžiku je dostupnost interprofesního zdravotnického týmu velmi důležitá podmínka pro odhalení všech domén spojených s kvalitou života pacienta. Proto by měl být k dispozici dostatečný počet specialistů minimálně v každém MS centru a měli bychom společně usilovat o to, aby se situace v naší republice co nejdříve změnila.

Je obtížné popsat univerzální rehabilitační postup, protože klinický obraz u RS je značně proměnlivý a je ovlivněn mnoha vnitřními i zevními faktory. Pro sestavení vhodného rehabilitačního plánu je důležité použití standardních rehabilitačních postupů podle požadavků medicíny založené na důkazech (Evidence-Based Medicine, EBM).

Poslední Cochranské review (CR), které jako první provedlo analýzu všech dostupných CR hodnotících rehabilitaci u RS, uvádí *střední evidenci* pro použití překvapivě bazálních postupů, jako je **cvičení a fyzické aktivity** (exercise and physical activities), a to na zlepšení funkční mobility, svalové síly a aerobní kapacity, snížení únavy a zlepšení kvality života. Vzhledem ke komplexnímu klinickému obrazu postižení u RS není s podivem, že stejnou evidenci má i multidisciplinární rehabilitace, a to na dlouhodobé snížení disability a zvýšení participace. Další léčebné rehabilitační postupy běžně používané v klinické praxi jsou zatím na základě výzkumu méně doporučené. Z vlastní zkušenosti



ovšem víme, že tyto postupy, jako např. cvičení zaměřené na zlepšení poruch stability nebo kognitivních funkcí, psychoterapie, ergoterapie, programy zaměřené na zlepšení funkce horních končetin aj., jsou pacienti velmi dobře vnímány a tolerovány a individuálně u nich dochází ke zlepšení různých symptomů RS.

Mezi neefektivnější nefarmakologické přístupy tedy patří fyzická aktivita (jakýkoliv typ pohybu způsobený kontrakcí kosterního svalstva, při kterém tělo spotřebovává více energie než v klidu) a dále cvičení (opakovaná, plánovaná, strukturovaná a systematicky prováděná fyzická aktivita za účelem udržení a zvýšení fyzické kondice a výkonu). V praxi nejčastěji používáme aerobní (vytrvalostní), rezistentní (posilovací) a kombinovaný trénink, často prováděný kruhovou formou, dále Treadmill trénink nebo nácvik zaměřený na konkrétní úkol (task-oriented training), případně cvičení ve vodě.

Obecně lze říct, že pohybová terapie průkazně neovlivňuje závažnost ani četnost atak u RS a cvičení je spojeno s minimálním výskytem nežádoucích i závažných nežádoucích účinků. V současné době se uvádí, že u pacientů s RS s lehkou až středně těžkou disabilitou je pro zlepšení kondice, mobility a s tím spojené kvality života dostačující aerobní trénink střední intenzity v trvání 30 minut a více 2x týdně a posilovací trénink hlavních svalových skupin 2x týdně. Naše zkušenosti jsou v podstatě podobné a popisujeme je v dalších kapitolách tohoto přehledu. Přesto se však snažíme našim pacientům doporučovat ideálně denní cvičení, které je minimálně zpočátku nižší intenzity v kratších intervalech, aby došlo k postupnému zlepšování kondice a tolerance únavy. Právě pravidelnost a postupné, pozvolné zvyšování zátěže bez nadměrného přetěžování je ideálním způsobem pohybových aktivit.

Pravidelnou střední až intenzivní pohybovou aktivitu je vhodné praktikovat po celý život. Případně je vhodné ji zahájit ihned po ukončení diagnostického procesu RS, protože je jednoznačně prokázáno, že pacienti s RS mají velmi nízkou fyzickou zdatnost a aktivitu. Důvodem je tedy snaha zabránit co nejdříve celkovému snížení pohybové aktivity, zlepšit a udržet svalovou sílu všech končetin, pozitivně ovlivnit imunitní systém a v neposlední řadě oddálit riziko vzniku sekundárních komplikací spojených s inaktivitou (např. osteoporózy, kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, funkčních poruch hybného systému bez souvislosti s demyelinizací či svalové atrofie). Zásadní vliv na volbu pohybového režimu má právě probíhající fáze onemocnění. V období ataky by mělo dojít k relativnímu omezení pohybových aktivit. V žádném případě však není vhodné doporučovat plný klidový režim. Rehabilitaci zde zaměřujeme především na snížení rizika vzniku komplikací (pasivní cvičení, cvičení na rozsah pohybu, zařazení relaxačních technik a respirační fyzioterapie). Při stabilizaci zdravotního stavu by měl nastoupit pravidelný a vhodně vedený pohybový režim.

Závěrem lze konstatovat, že rehabilitační postupy jsou velmi variabilní a vždy respektují individualitu pacienta a závisí na kreativitě terapeuta. Proto jsou v tomto přehledu popsány především praktické zkušenosti jednotlivých kolegů z různých profesí, kteří se problematikou RS pravidelně a dlouhodobě zabývají.

Problematika spastické parézy u pacientů s roztroušenou sklerózou

MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D., Mgr. Ota Gál, Ph.D.

Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd,

I. LF UK a VFN v Praze

Spastická paréza se u nemocných s roztroušenou sklerózou (RS) vyskytuje až v 90 %. Jedná se o kombinaci ochrnutí (parézy), zkrácení měkkých tkání a zvýšené svalové aktivity, kterou pacienti nejčastěji popisují jako ztuhlost svalů. Tyto příznaky se vzájemně významně ovlivňují a vedou k nepoužívání postižených končetin až celkové inaktivitě, což spastickou parézu dále prohlubuje. Někdy se také v literatuře pro zvýšenou svalovou aktivitu používá v širším slova smyslu termín spasticita.

Pro spastickou parézu u RS bývají typické následující poruchy:

- ▶ Zhoršování parézy, zvýšené svalové aktivity i zkrácení na podkladě progresivního charakteru onemocnění RS.
- ▶ U pacientů s postižením levé nebo pravé poloviny těla (hemiparéza) je častá ztuhlost svalů, které narovnávají (extendují) koleno. Proto je často velmi obtížné kolenní klouby pokrčit při přesunech na vozíku nebo při chůzi. Chůze je následně velmi toporná a energeticky náročná. U pacientů s postižením obou dolních končetin (paraparéza) ovšem bývají spastické spíše svaly na zadní straně stehna, které potom koleno při chůzi spíše pokrčují (flektují) a na dolní končetinu není možné se dobře postavit a přenést váhu do dalšího kroku.
- ▶ Zakopávání při chůzi, které může být způsobeno zvýšenou svalovou aktivitou a zkrácením zadního lýtkového svalu.
- ▶ Zvýšená svalová aktivita a ztuhlost svalů, které přitahují stehna k sobě. To může vést k typické nůžkovité chůzi, která je pomalá a energeticky náročná. Může také docházet k překřížování dolních končetin při chůzi, což narušuje stabilitu. Výrazná oboustranná spasticita adduktorů může být rovněž zdrojem potíží při osobní hygieně.
- ▶ Spojení zvýšené svalové aktivity s bolestivými spasmy (často nočními), které dále zhoršují únavu a kvalitu života.
- ▶ Riziko rozvoje fixních kontraktur a trvalých deformit kloubů při progresi zvýšené svalové aktivity a zkrácení svalů.
- ▶ Postupné narůstání subjektivního pocitu slabosti v průběhu pohybu (především při chůzi), podmíněné kromě spastické parézy (zejména tzv. spastické ko-kontrakce) i únavou.



Metodou první volby ke snížení svalové hyperaktivity je kombinace lokální chemodenervace pomocí botulotoxinu A či farmakoterapie, v případě těžké generalizované spasticity aplikace intratekálního baklofenu pomocí pumpy. Fyzioterapeutickými postupy je možné hyperaktivitu snížit pouze krátkodobě a využít přitom lze lokální i komplexní postupy nebo jejich kombinace.

Hlavním úkolem fyzioterapie zůstává ovlivnění rozvoje kontraktur a zlepšení parézy. Prevenci a léčbu zkrácení měkkých tkání a kontraktur je nutné zahájit již v časně fázi nemoci. Zásadní je využití statického prolongovaného strečinku, případně ortéz umožňujících progresivní zvyšování rozsahu pohybu. Základem tohoto typu strečinku je každodenní pomalé protažení v delším časovém intervalu (cca 10 min na každou svalovou skupinu, kterou chceme protáhnout) na hranici aktuálně dosažitelného pasivního rozsahu pohybu, kdy protažení pacienta ještě nebolí, ale již cítí tah ve svalu.

Efekt na parézu mají postupy, které splňují následující podmínky: vysoká intenzita (té lze dosáhnout buď navýšením počtu opakování, a tedy délky terapie, nebo obtížnosti prováděného úkolu, např. zvýšením rychlosti a amplitudy pohybu nebo kladením odporu), specifická (zlepší se pouze to, co trénujeme) a dlouhodobá pravidelnost cvičení (v řádu let). U pacientů s RS je ale třeba současně dbát na bezpečnost intervence. Prokazatelně bezpečná je střední intenzita aerobně-posilovacího tréninku. Intenzitu dále zvyšujeme individuálně dle tolerance, ideálně s monitorací tepové frekvence. Z fyzioterapeutických technik má podle evidence efekt na spastickou parézu trénink orientovaný na konkrétní úkol, Constraint-Induced terapie, Treadmill trénink, roboticky asistovaná terapie, virtuální realita, cvičení v představě, aerobně-posilovací trénink (optimálně formou kruhového tréninku) aj. Posilovací trénink nezhoršuje spasticitu.

Jako kompenzaci za nedostatečnou dorzální flexi v hleznu lze použít dynamické externí nebo statické interní hlezenní ortézy, případně funkční elektrickou stimulaci m. tibialis anterior.

Pohybové aktivity u pacientů s roztroušenou sklerózou a využití fyzioterapeutických technik na neurofyzilogickém podkladě

Mgr. et Mgr. Edita Strusková, Mgr. Lenka Geierová

¹Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů ZSF JČU, České Budějovice

²Rehabilitace Kábrov, s. r. o., Ostrov

Úvod

Roztroušená skleróza (RS) je chronické zánětlivé onemocnění centrálního nervového systému, kdy vlivem zánětu dochází k poškození nervových vláken. To způsobuje zpomalení přenosu nervového vzruchu a s tím spojené následné symptomy. Mezi hlavní symptomy RS patří mimo jiné poruchy motoriky. Pohybová aktivita by tedy měla být nezbytnou součástí života pacientů s touto chorobou. Pohyb ovlivňuje pozitivně jak fyzický, tak psychický stav člověka. V minulosti se odborníci k pohybové aktivitě pacientů s RS stavěli s opatrností vzhledem k riziku zvýšení únavy, a tím vzniku případné nové ataky. Lidem s touto chorobou byla zakazována sportovní činnost a fyzicky náročná práce. Současné studie naopak potvrzují pozitivní přínos pohybové aktivity.

Únava vs. fyzická aktivita

Podle WHO pravidelná aktivita vede k výrazným zdravotním benefitům. Nejinak to je u lidí s RS, která vede ke svalové slabosti, poruchám chůze, k problémům s rovnováhou, spasticitě a únavě. Z těchto symptomů často pramení snížení pohybové aktivity, a to způsobí následnou dekonidici, a tím další omezení pohybu a pacienti se dostávají do bludného kruhu. Z tohoto důvodu je více než žádoucí, aby se pacienti s RS hýbali. Spíše než obecně platnými předpisy, jaká by měla být intenzita pohybu, je ale nutné se řídit stavem a pocity konkrétního pacienta. Důležité je vždy respektovat únavu a dbát na to, aby nedošlo k přehřátí těla, které může mít za následek přechodné zhoršení vedení vzruchu poškozeným nervovým vláknem a tedy i neurologické příznaky pacienta. Jedná se nejčastěji o zhoršení zraku (např. mlhavé vidění).

U pohybové aktivity je zásadní, aby s ní pacient nepřestával v momentě, kdy se jeho stav zlepšil. Pro získání dlouhotrvajícího efektu je nutné každé zlepšení stabilizovat. Podle nejnovějších studií by se při cvičení mělo dosáhnout únavy a částečně tento práh překročit. Prof. Abeele upozorňuje, že pokud např. sportovec chce zlepšit svůj výkon, musí svůj práh o krok překonat, jinak nikdy nedojde



ke zlepšení a stejně tak je to i s překonáváním únavy. Únava je normální fyziologický fenomén, který se objevuje při dosažení určité úrovně fyzické zátěže. Ta je u pacientů s RS obvykle nižší než u zdravých lidí, ale kondičním či speciálním vytrvalostním tréninkem může být zvyšována. Pacient, který je zvyklý na fyzickou zátěž a má tedy vyšší míru regenerace, má v případě ataky rychlejší návrat do stavu před atakou než pacient, který nemoci podlehne a rezignuje se jí postavit. Důležité je ale od fyziologické únavy odlišit únavu neuromuskulární, kdy dochází k velké svalové slabosti, a únavu při atace. Tyto typy únavy je důležité respektovat a nepřekračovat je.

Motivace k pohybové aktivitě a její benefity

Pravidelná fyzická aktivita nejen ve formě sportu vede k výrazným zdravotním benefitům. Pohybová aktivita zlepšuje nejen fyzickou kapacitu, ale i náladu, a tím následně i další postoj ke cvičení. Zlepšení kardiovaskulárních funkcí podporuje cerebrovaskulární funkce, což naznačuje, že pohyb může významně zlepšit funkci mozku u pacientů s RS. Zároveň aerobní trénink zvyšuje svalovou sílu dolních končetin. To se může projevit snížením spasticity, a tím zlepšením chůze.

Kromě samotného výběru pohybové aktivity a sestavení individuálního programu je velmi důležitý přístup a motivace pacienta. Někteří autoři dokonce řadí motivaci před samotné techniky cvičení. Je tedy velmi důležité, aby člověk, který začíná se cvičením, se nenechal hned na začátku čímkoli odradit a postupně si získal „radost z pohybu“. Podstatnou roli v motivaci pacienta má tedy jak lékař, tak terapeut. V praxi se ukazuje, že výhodnou formou cvičení je skupinové cvičení oproti samostatnému domácímu cvičení. Jako hlavní důvod se uvádí motivace kolektivu, vytvoření sociálních vazeb i vzájemnou psychickou podporu pacientů, což ve své studii potvrzuje i Freeman a Allison (2004).

Vhodné pohybové aktivity

V současné době se velmi pozitivně osvědčila pohybová aktivita, kde se střídá aerobní a an-aerobní zátěž. Ideální je tedy kruhový trénink, jehož velké plus je i to, že se cvičí ve skupině a má pozitivní vliv i ze socializačního hlediska. Z dalších více než vhodných pohybových aktivit můžeme jmenovat jógu či Tai Chi, kdy dochází ke zklidnění a uvědomění si pohybu, což je pro pacienty s RS velmi přínosné. Ale v podstatě není zakazována žádná pohybová aktivita, když jsou respektovány fyzické možnosti konkrétního pacienta. Zásadní je, aby pohybová aktivita pacienta bavila, prováděl ji pravidelně a dlouhodobě.

U pacientů s neurologickým deficitem, případně u pacientů, jejichž postižení jim už nedovolí se pohybové aktivitě věnovat samostatně, je více než vhodné zařadit i individuální fyzioterapii. Terapeut by měl ideálně využívat techniky založené na neurofyziologickém podkladě.

Metody jsou voleny v různých kombinacích dle vzdělání a rejstříku terapeuta. Obecně lze říci, že jejich hlavním efektem je působit na plasticitu mozku. Cílem terapie může být také ovlivnění konkrétních symptomů (například snížení spasticity, zlepšení rovnováhy, ovlivnění kvality a rychlosti

chůze). Lze také hovořit o tzv. terapeutickém okně, kdy se cílenými technikami snažíme oslovit svaly, které nejsou nemocí ještě postiženy, avšak jsou jinými silnými svaly utlumeny. Volba metody je navíc ovlivněná i rozdílnými příznaky onemocnění. Obecně se můžeme domnívat, že v raných fázích onemocnění více působíme na plasticitu mozku, v pokročilejším stadiu více ošetřujeme konkrétní příznaky onemocnění, jako například spasticitu.

Dále uvádíme nejčastěji doporučené neurofyziologické postupy používané v České republice v individuální terapii pacientů s RS:

Vojtova reflexní lokomoce

Tento diagnostický i terapeutický koncept se v České republice hojně využívá v terapii pacientů s RS. Opírá o teoretický základ nazývaný Vojtův princip. Jde o výchozí myšlenku, že základní pohybové vzory jsou nám geneticky dané a jsou uloženy v našem mozku. Prostřednictvím tlaku na konkrétně popsané body – tzv. zóny, v dané pozici těla, můžeme vybavit specifickou reakci. Využíváme pro terapii tři modelů: reflexní otáčení, reflexní plazení a první pozice. Vždy bychom měli mít přesně definovaný problém pacienta a cíl, kterého chceme stimulací dosáhnout. Pacienti sami popisují příznivý efekt především na kvalitu chůze (ve smyslu rychlosti chůze, délky kroku, koordinace) a snížení spasticity (například spasticity adduktorů DKK). Ze zkušeností terapeutů vyplývá i pozitivní vliv na trávení, prokrvení, polykání i artikulace. Dle našeho názoru může být jistým rizikem Vojtovy terapie určitá forma závislosti pacienta s RS na terapeutovi. Pacient často velmi intenzivně pocituje její pozitivní efekt, avšak k jeho dosažení potřebuje vyhledat terapeuta. Částečně lze toto vyřešit zaškolením rodinného příslušníka, což se jeví i z hlediska dávkování terapie dlouhodobě výhodné. Je potřeba ale citlivě zvážit možnosti a zátěž rodiny především u těžších pacientů s větším neurologickým deficitem. Některé pozice (například 1. pozice, reflexní plazení-závěs) také nelze v domácím prostředí bez terapeutického stolu kvalitně provádět. Je vhodné dlouhodobě vést pacienty k aktivnímu přístupu k pohybu a terapii a kombinovat Vojtovu reflexní lokomoci také s aktivním cvičením a instrukcemi pacienta pro domácí cvičení.

Dynamická neuromuskulární stabilizace (DNS)

Jedná se také o diagnosticko-terapeutický koncept profesora Koláře. Využívá poznatků vývojové kineziologie a motorické ontogeneze. Pracuje s ovlivněním trupové stabilizace, bráničním dýcháním, správným nastavením opor a kloubů v pozicích, které vycházejí z vývoje dítěte v prvním roce života. U této techniky lze vyzdvihnout aktivní vstup pacienta, vědomý prožitek pacienta a také možnost přenesení prvků terapie do každodenního života i sportu pacienta.

Senzomotorická stimulace

Metodika vychází ze základů práce prof. Jandy. Původně byla využívána v terapii nestability kotníků a kolen. Dnes jsou její prvky využívány s přesahem u širokého spektra diagnóz. Principem je



stimulace vnímání chodidla a dalších kloubů. Využívá se rovnovážných pomůcek a úpravy postavení pacienta. Dochází k ovlivnění rovnováhy, stability i chůze.

Bobath koncept

Jedná se o komplexní diagnosticko-terapeutický přístup. Nezbytnou součástí konceptu je týmová práce v rodině i zdravotnickém zařízení po celých 24 hodin, aby bylo dosaženo intenzivního vstupu. Klade se zde velký důraz na prostředí jedince a jeho soběstačnost a kvalitu života. V naší republice se koncept v první řadě využívá u pacientů po mrtvici.

PNF

Základy metody vypracoval dr. Kabat. Základem je představa, že mozek „myslí“ v pohybech a ne v jednotlivých svalech. Proto metoda staví na pohybových diagonálních vzorcích, pohybu se vždy účastní více kloubů a svalových skupin. Terapeut pohyby vede, sleduje správné zapojení svalů a pomocí různých dalších vstupů ovlivňuje cíl terapie.

Závěr

Pravidelná pohybová aktivita má pozitivní vliv na jednotlivé symptom RS. Zásadní je, aby daná pohybová aktivita pacienta bavila, dělal ji s radostí a vydržel u ní dlouhodobě. Z tohoto důvodu spíše než jednotlivé techniky cvičení je důležitější správná motivace pacienta. Aby byl efekt pohybové aktivity dlouhodobý, je nutné každé zlepšení stabilizovat tím, že zátěž o trochu zvýšíme. Pohybová aktivita je velmi prospěšná pro osoby s mírnou disabilitou. Pacienti s větším neurologickým deficitem z pohybové aktivity rovněž profitují, ale často je pro ně nedostupná. Tito pacienti by měli mít přístup k pravidelné individuální fyzioterapii, kde terapeut využívá techniky založené na neurofyzilogickém podkladě. Pohybová aktivita společně s individuální fyzioterapií by měla být zahájena co nejdříve od stanovení diagnózy a prováděna v podstatě celý život. Každý pacient se musí naučit vnímat své tělo, poznat své limity a naleznout správnou míru intenzity cvičení, při které nedojde k přetížení organismu a zhoršení neurologických obtíží.

Poruchy chůze a rovnováhy při roztroušené skleróze a možnosti rehabilitace

Mgr. Klára Novotná, Ph.D.

*Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
MS rehab, z. s.*

Úvod

Chůze je komplexní pohybovou funkcí. Na její rychlosti se podílí celkový zdravotní stav a kondice, svalová síla, vytrvalost, řízení pohybu z mozku a míchy, citlivost dolních končetin, kognitivní funkce, motivace a také prostředí, kde chůze probíhá.

Poruchy chůze u roztroušené sklerózy

Literatura popisující průběh neléčené roztroušené sklerózy (RS) (přirozený průběh onemocnění bez léčby) uvádí, že více než třetina osob není po 20 letech od počátku onemocnění schopna samostatné chůze bez opory.

Již u pacientů po první atace onemocnění je možné zaznamenat zhoršenou funkci dolních končetin.

Oproti zdravým kontrolám mají osoby s RS významně sníženou rychlost chůze, sníženou kadenci, sníženou délku kroku, prodlouženou fázi dvojí opory a zkrácení švihové fáze během krokového cyklu a rozšíření šířky kroku. Všechny tyto projevy porušené chůze se při rychlejší chůzi zvýrazní.

Snížená rychlost chůze osob s RS je spojena se sníženou silou svalů dolních končetin. Konkrétně studie popisují snížení svalové síly ohýbačů a natahovačů kolene, lýtkových svalů.

Dalším faktorem omezujícím schopnost chůze, je omezení rozsahu pohybu v kloubech dolních končetin vlivem spasticity (tj. zvýšeného svalového napětí) nebo svalové kontraktury (tj. velmi zkráceného vaziva ve svalech). Oba tyto symptomy (spasticita i svalová kontraktura) jsou u osob s RS velmi časté.

Poruchy chůze osob s RS mohou být také ovlivněny nedostatečnou kondicí. Navíc u pacientů, kteří již mají přítomné patologické změny chůze, je chůze energeticky mnohem více náročná.

Průměrný denní počet kroků představuje u pacientů s RS 5–6 000 kroků denně, přičemž u pacientů s vyšším neurologickým postižením denní počet kroků výrazně klesá. U pacientů se střední a vyšší mírou neurologického postižení (EDSS 4,5–6,5) průměrný denní počet kroků klesá na 3 000 kroků.



Poruchy rovnováhy při roztroušené skleróze

Osoby s RS mají kromě porušené chůze také potíže udržet rovnováhu, která se významně zvyšuje s narůstajícím neurologickým poškozením. Poruchy chůze a rovnováhy se zvyrazňují při souběhu dalšího druhého úkolu (dual task).

K pádům dochází při mnoha typech aktivit, které zahrnují chůzi, otáčení nebo jinou změnu pozice. Častěji také dochází k pádům v odpoledních hodinách a při spěchu. U pacientů s větším neurologickým poškozením se pak riziko pádu zvyšuje.

Cvičební programy pro ovlivnění chůze

Většina rehabilitačních intervencí pro osoby s RS se zaměřuje mimo jiné právě na ovlivnění chůze (a poruch rovnováhy při chůzi). Zdá se, že cvičební programy mají malý pozitivní vliv na chůzi u osob s RS. Cvičební programy, které jsou supervidované terapeutem, jsou efektivnější než domácí cvičební programy, s délkou trvání < 3 měsíce. Výraznější funkční zlepšení chůze však můžeme očekávat pouze po intenzivnějším tréninku.

Izraelská studie, která sledovala efekt třítydenního pobytového rehabilitačního programu u osob s RS, popisuje následné zlepšení chůze po absolvování programu. Rehabilitační program zahrnoval: A) individuální fyzioterapii 5x týdně po 45 minut zaměřenou na zvýšení svalové síly, rovnováhy, trénink chůze a zlepšení funkčních aktivit, B) aerobní trénink na rotopedu (3x týdně, 45 minut, střední intenzitou), C) cvičení v bazénu zaměřené na zlepšení mobility trupu a končetiny (2x týdně, 45 minut). Při hodnocení výsledků funkčních testů chůze u více než 300 pacientů s RS bylo zaznamenáno zlepšení výkonu rychlosti v krátkých testech chůze, dynamické stability testem Timed Up and Go a zvýšení vytrvalosti chůze hodnocená 2minutovým testem chůze. Významnější zlepšení bylo v podskupině osob s RS, které mají výraznější omezení chůze, tedy skupina s EDSS $\geq 5,0$.

Také ambulantní rehabilitační programy mohou ovlivnit schopnost chůze. Po desetitýdenním ambulantním cvičení (1 hodinu týdně) kombinujícím aerobní a posilovací cvičení, které vedl fyzioterapeut nebo proškolený fitness trenér, došlo u účastníků ke zlepšení vytrvalosti v 6minutovém testu chůze.

Cílený trénink chůze (např. po atace) se doporučuje začít tréninkem chůze na páse (ideálně s odlehčením tělesné váhy) pomalou rychlostí a postupně pak rychlost chůze progresivně zvyšovat. Dále je vhodné při chůzi na páse přidat trénink tzv. dual task (dvojích úkolů – např. chůze spojená s mluvením, otočením hlavy nebo přenášením předmětů). Důležité je dopřát pacientovi vlastní prožitek pohybu a využívat spíše prvky implicitního učení (bez jasných verbálních instrukcí). Trénink chůze na páse může být efektivním nástrojem ke zlepšení rychlosti a vytrvalosti chůze, samotný však pro obnovení schopnosti chůze nestačí a je potřeba ho zkombinovat s chůzí za různých podmínek (různé povrchy, různé situace apod.).

U pacientů s těžkým neurologickým postižením (EDSS 6,0–7,5) je možné pro zlepšení chůze využít v některých rehabilitačních zařízeních dostupný trénink chůze na páse s odlehčením váhy těla (přístroje typu Locomat apod.) nebo dokonce trénink chůze s využitím robotického přístroje.

Vzhledem k častému nálezu snížené svalové síly ohýbačů kolene, která má negativní vliv na rychlost chůze, je vhodné doplnit aerobní trénink chůze cíleným posilováním svalů dolních končetin. Doporučení pro posilovací trénink pro osoby s RS se shodují na frekvenci cvičení 2–3x týdně, cvičení zaměřené na hlavní svalové skupiny s počtem opakování 10–15 RM (Repetition Maximum) v jedné až třech sériích s možností postupné progresse.

Kompenzační pomůcky

Pacientům s RS s poruchami chůze a rovnováhy mohou pomoci různé kompenzační pomůcky. Nejčastěji jsou předepisovány různé hole, chodítka, ortézy, nebo ve velmi pokročilých fázích onemocnění vozíky (mechanické nebo elektrické), případně skútry. Na počátku poruch chůze pacienti také někdy využívají pro lepší stabilitu chůze trekingové hole, které nejsou vázány na lékařský předpis. Používání opory při chůzi (hole) může pomoci pacientům zvýšit jejich maximální rychlost a také vést k lepšímu napřímení trupu a omezit jeho přetěžování. Pomůcky také pomáhají významně snižovat riziko pádu.

Závěr

Ačkoli jsou poruchy chůze jedním z velmi častých projevů RS, je v zásadě možné je ovlivnit pomocí vhodné rehabilitační intervence. U některých pacientů mohou pomoci intenzivní individuálně upravené cvičební programy. U osob s těžším neurologickým deficitem je vhodné doporučení a vyzkoušení kompenzačních pomůcek pro zlepšení chůze, snížení rizika pádu a jako prevence sekundárního přetížení svalového aparátu při nevhodném stereotypu chůze.



Ataxie a posturální instabilita: možnosti rehabilitace u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Ota Gál, Ph.D.

*Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd,
1. LF UK a VFN v Praze*

Obecné principy fyzioterapie ataxie

Ataxii rozumíme poruchu koordinace a cílení pohybu. U pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) se lze setkat s kombinací tzv. senzorické, cerebelární a vestibulární ataxie, tzn. s poruchou koordinace v důsledku poškození různých systémů centrálního nervového systému. V případě senzorické ataxie, tedy porušené koordinace v důsledku poruchy čítí, by se rehabilitační intervence měla soustředit na využití funkčních rezerv senzitivního systému pomocí posilování a senzorického tréninku, v případě selhání pak využít kompenzace pomocí zraku a vestibulárního aparátu. Spekuluje se také o možnosti využití automatizace pohybů, což znamená, že nácvik pohybu pod zrakovou kontrolou zlepší výkon v daném úkolu bez zrakové kontroly. Při terapii cerebelární (mozečkové) ataxie se zaměřujeme na využití funkčních rezerv mozečku pomocí balančního tréninku a nácviku cíleného pohybu, kompenzačně pak na využití informace z receptorů uložených ve svalch a kloubech. Čím více je vyjádřena porucha mozečku, tím nižší mají pacienti schopnost učení, a je tedy nutný delší čas terapie.

Co to konkrétně znamená pro poruchu stability?

Terapie poruch stability z důvodu ataxie by měla kombinovat posilovací trénink a balanční trénink s využitím dynamických úkolů na kraji limitů stability s postupnou redukcí opory o horní končetiny, ideálně v kombinaci s tréninkem chůze. Nutná je však vysoká intenzita cvičení, konkrétně více než jedna hodina denně po dobu alespoň čtyř týdnů. Této intenzity lze dosáhnout nejlépe za hospitalizace, i když v ČR nebývá snadné tak dlouhý rehabilitační pobyt zařadit. Efekt však přetrvává pouze několik měsíců, a proto by součástí měla být instruktáž o domácím cvičení. Jako účinné se ze studií ukazuje cvičení podle aplikace PhysioToolsTM nebo tzv. koordinační fyzioterapie podle Doris Brötzové.

Co to konkrétně znamená pro ataxii horních končetin?

V terapii ataxie horních končetin se v poslední době také často spekuluje o výhodách chlazení a zatížení aker (např. pomocí náramkových závaží), avšak evidence je zde dosud sporná. Slibné výsledky zatím jen v ojedinělých studiích přináší robotická terapie zaměřená na asistovaný a odpo-

rovaný trénink natahování končetiny a manipulace s předměty. U mozečkové ataxie horních končetin se také kompenzačně doporučuje pohyb z paměti se zavřenýma očima, nebo alespoň důsledné oddělení pohybu očí a horní končetiny (např. při natažení pro předmět se na něj nejprve podívám, a až potom se pro něj natáhnu).

Terapie vestibulární ataxie

Při ovlivnění vestibulární ataxie (tzn. v důsledku poškození rovnovážného aparátu uloženého ve vnitřním uchu) se užívá specifických forem balančního cvičení (např. trénink stability spojený s pohyby hlavy a trénink zaměřený na okohybný systém).

Poruchy stability u roztroušené sklerózy

Poruchy stability jsou u pacientů s RS sekundárním důsledkem dekondice, spastické parézy, ataxie (senzorické, cerebelární i vestibulární) a kognitivních poruch, a terapie by se tedy měla řídit podle doporučení platných pro tyto primární symptomy.

Naše zkušenosti s terapií stability

Na našem pracovišti v praxi využíváme u pacientů s mírnou až středně těžkou nestabilitou trénink stability vestoje a při chůzi s využitím pomůcek (molitany, balanční čocky, úseče, Flowin®, Posturo-med, SMART Balance Master® atd.). U výrazně nestabilních pacientů je lépe volit trénink vsedě nebo vestoje s použitím bezpečnostních závěsů. Podle našich zkušeností je vhodné kombinovat balanční trénink s posilovacím tréninkem zaměřeným především na dolní končetiny.

Důkazy pro terapii poruch stability

Podle některých studií je užitečné také přidat trénink hlubokého stabilizačního systému a cvičení zaměřená na mobilitu. Pro účinnost těchto forem tréninku je však v rehabilitačním výzkumu pouze málo důkazů a zdá se, že je jejich efekt pouze středně velký. To je jistě možné z části vysvětlit progresivním charakterem onemocnění a potřebnou délkou terapie.

Virtuální realita v terapii stability

Proto lze považovat využití herních zařízení pro domácí trénink, jako je Nintendo Wii či Xbox Kinect, za slibnou oblast pro zefektivnění rehabilitace poruch stability. V praxi také pacientům na našem pracovišti tento domácí trénink doporučujeme. Terapie stability pomocí různých forem virtuální reality však není efektivnější než běžná terapie s fyzioterapeutem.

Pokud se sami potýkáte s některými z těchto obtíží, nevěste hlavu, vždy se dá něco dělat!



Terapie únavy u pacientů s roztroušenou sklerózou: možnosti využití kombinovaného edukačního programu

Mgr. Klára Novotná, Ph.D., Renáta Malinová

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

MS rehab, z. s.

Úvod

Únava je jedním z nejčastějších symptomů, který diagnózu roztroušené sklerózy (RS) provází. Uvádí se, že tímto obtěžujícím symptomem trpí až 80 % pacientů, přičemž 55 % osob s RS považuje únavu za nejhorší symptom RS. Únava je definována jako: „subjektivní pocit nedostatku fyzické nebo mentální energie, který narušuje obvyklé nebo plánované aktivity“. Tato definice zmiňuje dva typy únavy, které se mohou při RS vyskytovat: 1) únavu fyzickou, která se projevuje nedostatkem energie, svalovou slabostí, potíží zvládat běžné denní aktivity, horší srozumitelností řeči apod., a 2) únavu duševní, projevující se mimo jiné horší schopností se soustředit, ospalostí, potížemi s pamětí, s nacházením vhodných slov atd. Pro únavu při RS, která se liší od „běžné únavy“, je také typické, že se často objevuje náhle, zhoršuje se v průběhu dne a také vlivem tepla a přehřátí.

Únava při tomto onemocnění vzniká z několika důvodů: částečně jde o primární příčiny únavy způsobené vlastním autoimunitním onemocněním (vlivem zánětlivého procesu, demyelinizace a neurodegenerativního poškození) a sekundární příčiny únavy zapříčiněné depresí, bolestí, svalovým přetížením, porušeným spánkem, vztahovými či sociálními problémy a také jako nežádoucí účinek některých léků. Proto se pro terapii únavy doporučuje komplexní přístup kombinující farmakologickou i nefarmakologickou léčbu.

Z nefarmakologických rehabilitačních přístupů je doporučováno pravidelné cvičení. Bohužel studie sledující efekt cvičení na únavu se zaměřovaly na různé typy cvičení zejména u mladších osob bez neurologických komplikací, proto nelze jejich závěry vztahovat na všechny osoby s RS. Zdá se však, že vytrvalostní typ tréninku má největší potenciál ovlivnit únavu. Některým pacientům s RS také významně pomáhá cvičení ve vodním prostředí. Z procedur fyzikální terapie může pomoci negativní termoterapie formou částečné studené koupele nebo chladicích vest a dalších pomůcek. Popisován je také možný pozitivní vliv technik založených na zlepšení uvědomění (angl. mindfulness). Tyto techniky založené na zklidnění, soustředění na vlastní tělo a dech, dechových cvičeních a řízené imaginaci jsou součástí cvičení typu jóga nebo Tai Chi, ale mohou být užívány i samostatně. Z psychoterapeutických technik byl

popsán pozitivní vliv kognitivně-behaviorální psychoterapie. V zahraničí jsou často využívány různé formy edukačních programů pro lepší zvládání únavy. Předpokládá se, že díky lepšímu porozumění fenoménu únavy a pomocí nácviku různých relaxačních technik a dalších strategií může dojít ke snížení vnímané únavy. Proto jsme na základě odborné literatury a klinické zkušenosti s pacienty s RS připravili pro naše pacienty podobný edukační program. Zajímalo nás, zda bude o tento typ kombinovaného programu zájem, jaká bude praktická proveditelnost a případný efekt pro snížení únavy.

Metodika

Programu se mohli zúčastnit všichni pacienti s RS léčení v RS centru Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Rehabilitační program v délce trvání šesti týdnů byl tvořen šesti lekcemi v délce 90 minut v malé uzavřené skupině (6–8 osob), které byly vedené psychoterapeutem a fyzioterapeutem. V rámci tohoto kombinovaného programu se pacienti dozvěděli více informací o únavě při RS (primární a sekundární příčiny únavy, možnosti ovlivnění únavy pomocí pohybové terapie), dále mohli účastníci mezi sebou sdílet své zkušenosti s fenoménem únavy a zkušenosti s jejím zvládáním. V praktické části si pak vyzkoušeli různé relaxační techniky, dechová cvičení a vhodné komunikační strategie.

Z každé lekce dostali účastníci materiály se shrnutím a s domácím úkolem k zamýšlení nebo praktickému vyzkoušení.

Konkrétní témata jednotlivých lekcí obsahují:

- ▶ 1. lekce – téma: jaké jsou moje příčiny únavy, jaké aktivity během dne mne nejvíce unavují, autogenní trénink.
- ▶ 2. lekce – téma: jaké myšlenkové vzorce ovlivňují moje vnímání únavy, bludný kruh inaktivity, progresivní svalová relaxace.
- ▶ 3. lekce – téma: uvědomění, jak psychické rozpoložení ovlivňuje únavu, cvičení vnitřního ticha, co mi může pomoci snížit únavu.
- ▶ 4. lekce – téma: rovnováha mezi pracovními aktivitami, činnostmi, které dělám pro druhé, a aktivitami, které dělám pro sebe, cvičení pro rovnováhu.
- ▶ 5. lekce – téma: jak umím o své únavě komunikovat s druhými, jaké jsou moje komunikační vzorce, nácvik zklidnění mysli.
- ▶ 6. lekce – téma: změňte situaci a zmírněte své symptomy (co mohu a nemohu ovlivnit, co se pokusím změnit a na čem více pracovat).

Před zahájením a po absolvování programu byla hodnocena subjektivní míra únavy pomocí standardizovaných dotazníků FSS (Fatigue Severity Scale) a MFIS (Modified Fatigue Impact Scale). Dotazník FSS je tvořen devíti otázkami (s možnostmi odpovědí na škále od 1 – zcela nesouhlasím po 7 – zcela souhlasím), kde vyšší skóre odpovídá vyšší míře únavy. Přičemž skóre ≥ 36 bodů (nebo průměrné skóre ≥ 4 body) odpovídá patologicky zvýšené únavě.



Dotazník MFIS obsahuje celkem 21 otázek, přičemž je možné spočítat podskóre pro míru fyzické únavy, kognitivní únavy a psychosociální fungování. Odpovědi jsou hodnoceny od 0 (nikdy) po 4 (vždy).

Výsledky

Do pilotního testování tohoto rehabilitačního programu se zatím zařadilo celkem 34 osob s RS (z toho 3 muži). Zájemci se do programu hlásili sami na doporučení ošetřujícího lékaře, psychologa, fyzioterapeuta nebo na základě letáku vyvěšeného v prostorách RS centra. Věk zájemců o program byl mezi 27–67 lety, s průměrným věkem 44 let. Délka trvání onemocnění se u účastníků programu pohybovala mezi 2–37 lety, průměrně 12,5 roku. Míra neurologického postižení (hodnocená škálou EDSS) byla mírného neurologického postižení EDSS 1,5 až po těžké postižení EDSS 6,5.

Účastníci programu hodnotili kombinovaný edukační program pozitivně jako přínosný. Docházka na jednotlivé edukační hodiny představovala více než 70 %. Po absolvování šestitýdenního kombinovaného programu došlo u účastníků k mírnému průměrnému snížení subjektivně vnímané únavy (tabulka 1).

Tab. 1. Podrobná charakteristika účastníků kombinovaného programu

Parametr (n = 34)	Před programem Průměr (SD)	Po programu Průměr (SD)
Míra neurologického postižení (EDSS)	3,7 (SD 1,4) (rozsah 1,5–6,5)	
Věk (roky)	44,2 let (SD 9,9) (rozsah 27–67 let)	
Délka trvání onemocnění (roky)	12,5 roku (SD 9) (rozsah 2–37 let)	
Dotazník Fatigue Severity Scale (FSS) (min 6 – max 63 bodů)	46,5 bodů (SD 8,8)	44,8 bodů (SD 8,1)
Dotazník Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) (min 0–84)	49,9 bodů (SD 11,6)	48,8 bodů (SD 11,1)

Diskuze

Pro zvládání únavy je doporučován komplexní multidisciplinární přístup mnoha odborníků. Proto jsou edukační programy pro lepší zvládání únavy součástí léčby a jsou pacientům v zahraničí nabízeny. Naším cílem bylo tedy vyhodnotit proveditelnost kombinovaného edukačního programu v českém prostředí. Na základě docházky na jednotlivé hodiny a pozitivní zpětné vazby od účastníků hodnotíme tento typ edukačního programu jako dobře proveditelný a pacienty velmi dobře přijímaný. Při vyhodnocení dotazníků pro hodnocení únavy před a bezprostředně po absolvování edukačního programu došlo k mírnému snížení subjektivně vnímané únavy.

Podobné edukační programy zpravidla zahrnují edukaci o únavě a jejich příčinách, praktický nácvik relaxačních technik, sdílení zkušeností s dalšími pacienty a domácí úkoly. Součástí programů bývají také informace o možnostech šetření energie a o pozitivním vlivu cvičení. Nejčastěji jsou organizovány podobným způsobem: formou skupinových setkání. Délka těchto programů se pohybuje od 4 do 16 týdnů. Kromě skupinových setkávání může být součástí programů také online podpora, telefonická kontrola plnění domácích úkolů nebo individuální konzultace. Zdá se však, že individuální přístup má potenciál lépe ovlivnit únavu než pouze skupinové edukační lekce. Schopnost zvládat únavu se individuálně liší s ohledem na osobnostní a sociální faktory pacienta a na jeho schopnosti pracovat se stresem. Proto může být pro některé pacienty individuální přístup vhodnější. Pro efektivní ovlivnění únavy je důležité odlišit únavu od deprese (například pomocí validovaných standardizovaných dotazníků). Depresivní obtíže a únavy vykazují některé podobné projevy a průběh. U pacientů s vyšší mírou únavy je také vyšší riziko rozvinutí klinické deprese.

Osoby s RS s vyšší mírou únavy hůře zvládají pracovní i rodinné povinnosti. Častěji musí práci přerušovat přestávkami, mají celkově omezené pohybové aktivity a někteří musí s prací v důsledku velké únavnosti skončit. Symptomatická terapie únavy je proto důležitá pro zachování práceschopnosti osob s RS a také zlepšení jejich osobního života.

Závěr

Kombinovaný sebezkušenostní program s prvky psychoterapie, edukací a relaxačním cvičením pro osoby s RS pomáhá účastníkům k lepšímu pochopení únavy a faktorům, které ji ovlivňují. Absolvování tohoto programu může některým pacientům trpícím únavou pomoci k jejímu lepšímu zvládnutí. Díky tomu pak může u některých pacientů dojít k mírnému subjektivně vnímanému snížení únavy.

Tento edukační program byl podpořen grantem společnosti Roche a grantem MŠMT Progres Q27/LF1.



Rychlost chůze a zvládání každodenních aktivit u osob s roztroušenou sklerózou

*Mgr. Klára Novotná, Ph.D.^{1,2}, Mgr. Jiřina Hendrychová¹,
MUDr. Martina Kóváří, MHA³*

¹Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF a VFN v Praze

²MS rehab, z. s.

³Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Úvod

Poruchy chůze jsou častým symptomem u mnoha neurologických onemocnění. Konkrétně u roztroušené sklerózy (RS) mohou být způsobeny mnoha faktory: svalovou slabostí, spasticitou, poruchou senzitivních a senzorických funkcí, poruchou mozečkových funkcí a únavou.

Sami pacienti s RS nezávisle na délce trvání onemocnění hodnotí udržení pohyblivosti, konkrétně chůze, jako jednu z nejvyšších priorit nezávisle na ostatních příznacích a délce onemocnění. Více než 70 % pacientům uvádí, že má významné potíže s pohyblivostí. Z toho 57 % pacientů si stěžuje na každodenní potíže. Příčinou je nejčastěji slabost dolních končetin (81 %), únava (73 %), potíže s rovnováhou a koordinací (67 %), pomalejší provádění pohybu (59 %), brnění nebo jiné nepříjemné pocity dolních končetin (54 %) a zakopávání o špičku (41 %).

Poruchy chůze a hybnosti významně přispívají ke snížení kvality života u osob s RS. Narušená schopnost chůze má negativní vliv na provádění mnoha aktivit a celkovou nezávislost osob s RS.

V oblasti léčby RS se pro vyšetření chůze používá test maximální rychlé chůze na vzdálenost 25 stop (7,62 metru, test Timed 25 foot walk test). Většina neurologů však nemusí mít konkrétní výkon v testu Timed 25 foot walk test spojený s představou o tom, jaká má pacient omezení při provádění běžných denních aktivit (ADL – Activity of Daily Living).

Cílem studie tedy bylo zjistit vztah mezi objektivně měřenou rychlostí chůze a subjektivně udávanou funkční schopností vykonávat aktivity běžného života u skupiny osob s RS.

Metodika

Pacienti s RS, kteří byli klinicky stabilní na léčbě, absolvovali při své běžné návštěvě v RS centru kontrolní vyšetření chůze pomocí standardizovaného testu Timed 25 foot walk test (T25FT – test rychlé chůze na 25 stop tedy 7,62 m). Podle výkonu v testu T25FT byli účastníci rozděleni do dvou funkčních skupin (< 6 s, ≥ 6 s), což odpovídá hraniční hodnotě navrhované Goldmannovou.

Následně pak účastníci vyplnili Dotazník zvládání běžných denních aktivit. Tento dotazník byl sestaven, aby odpovídal aktivitám běžného života, jak jsou popisovány a vyšetřovány v rámci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Dotazník je tvořen 24 otázkami týkajícími se obtíží při zvládání aktivit běžného života (chůze na krátké a dlouhé vzdálenosti, v terénu, manipulace s předměty, vykonávání hygieny, oblékání, příprava jídla, sycení, zvládání nákupů a péče o domácnost, komunikace a udržování sociálních vztahů). Účastníci odpovídali na míru subjektivně vnímaných obtíží při daných činnostech (hodnoceno podle Likertovy škály od 1 – bez obtíží po 5 – nemožné).

Pro statistické porovnání těchto dvou skupin byl využit chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce (na 5% hladině významnosti).

Všechny odpovědi z dotazníku byly zpracovány pomocí popisné statistiky.

Výsledky

Ze 150 testovaných pacientů bylo 126 žen a 24 mužů, průměrný věk 44 let, průměrná délka onemocnění 13,9 let (SD 8,2) a míra neurologického poškození vyjádřená EDSS byla 3,5. Celkem 21 osob z našeho souboru používalo při chůzi pomůcky.

Průměrný výkon v krátkém testu rychlé chůze na 25 stop byl 6,94 s, s minimální hodnotou 2,94 s a maximální 38,76 s.

V první skupině pacientů s výkonem v testu T25FT do 6 s bylo 102 probandů, ve druhé skupině s chůzí pomalejší než 6 s bylo 48 probandů. Mezi oběma skupinami byl statisticky významný rozdíl v subjektivně vnímaných obtížích při provádění všech aktivit, na které byli probandi dotazováni.

Diskuze

Předpokládá se, že více než 50 % osob s RS trpí omezením běžných denních aktivit a nejméně třetina z nich je omezena ve svých sociálních aktivitách.

V naší studii bylo potvrzeno, že pacienti s RS, kteří chodí v testu T25FT 6 s a více, vnímají významně větší obtíže při provádění všech dotazovaných aktivit běžného denního života (jako je chůze v interiéru a exteriéru, manipulace s předměty, vykonávání hygieny, oblékání, péče o domácnost atd.), než ti, kteří chodí v testu T25FT rychleji.

To odpovídá výsledkům studie Goldmanové a spol., kteří popisují, že osoby s RS s výkonem v testu T25FT 6–7,99 s mají vlivem RS potíže zvládat své zaměstnání a potřebují určitou pomoc při běžných denních aktivitách. Často pobírají částečný invalidní důchod nebo potřebují při chůzi jednostrannou oporu. Osoby s RS s výkonem pomalejším než 8 s pobírají různé sociální příspěvky pro zdravotně postižené, častěji potřebují oboustrannou oporu při chůzi a mají výrazné obtíže zvládat instrumentální aktivity denního života.

Udává se, že pacienti s minimálním neurologickým postižením mají výkon v testu T25FT mezi 3–5 s. V našem souboru však i pacienti s výkonem v testu do 5 s uváděli mírné nebo střední potíže



při provádění ADL aktivit (aktivity zahrnující chůzi na delší vzdálenosti, zvedání a manipulace s předměty, např. obstarat větší nákup, obouvání a zouvání obuvi, péče o domácnost, zvládání denních povinností a provozování osobních zájmů/hobby apod.).

Podobná studie sledující vztah rychlosti chůze a omezení aktivit zaznamenala, že 73 % osob s RS se vyhýbá ADL aktivitám kvůli svému omezení chůze. Jako aktivitu, která je nejčastěji limitovaná sníženou rychlostí chůze, uvádějí pacienti nejčastěji chůzi na nákup do nejbližšího obchodu a domácí úklid. Výrazněji jsou tyto i další ADL aktivity omezeny u mužů než u žen. Stejně tak švédská studie uvádí jako nejčastěji omezenou aktivitu úklid v domácnosti a pohyb mimo domov. Z hlediska typu RS jsou omezením aktivit více postiženy osoby se sekundárně progresivní formou RS.

Většina osob s RS s poruchami chůze vnímá nejenom omezení svých ADL aktivit, ale také negativní vliv těchto omezení na své emocionální zdraví a sebedůvěru. Snížená rychlost chůze je u osob s RS spojena s nižší produktivitou práce, zvýšenými náklady na péči a celkově sníženou kvalitou života.

U osob s RS je nejsilnějším prediktorem rychlosti chůze svalová síla dolních končetin. Zdá se tedy, že by vhodným terapeutickým řešením mohlo být zvýšení svalové síly pomocí cíleného posilování. Ze studií víme, že pravidelný trénink vede ke zvýšení svalové síly a zlepšení výkonu ve funkčních testech.

Schopnost vykonávat konkrétní aktivity je však ovlivněna také zevními faktory prostředí a faktory osobnosti. Zvládání běžných denních aktivit je také samozřejmě ovlivněno i prostředím, kde pacient žije, a jakými kompenzačními pomůckami je vybaven. Závisí také na vlastní motivaci pacienta k vykonávání aktivit. Proto je důležité nabídnout osobám s omezením chůze cílené rehabilitační intervence (trénink chůze, posílení oslabených svalů, včetně vybavení vhodnými kompenzačními pomůckami apod.).

Závěr

Výkon v krátkém testu rychlé chůze je běžně používán jako ukazatel pro sledování progresu onemocnění nebo pro hodnocení efektu terapie. Podle výkonu v testu T25FT může lékař do jisté míry usuzovat i na schopnost pacientů vykonávat aktivity běžného života. Pacientům s RS, kteří mají v testu rychlé chůze na 25 stop zhoršený výkon, je vhodné včas nabídnout komplexní rehabilitační péči.

Dysfunkce pánevního dna u pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní aneb *Nechme obavy stranou ...*

Mgr. Michaela Havlíčková

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství, FN Motol, Praha

Musím chodit každou chvíli. Už se bojím chodit i za kulturou či sportem.

Bojím se, že nedoběhnu. Pořád se rozhlížím po WC.

Dnes radši nebudu moc pít. Jdu se projít ven, tak aby zase nebyl problém.

Poznáváte se v těchto myšlenkách? Ano, problém s pánevním dnem je u pacientů relativně častý (až 80 % pacientů uvádí problém s močením a 40–50 % nějakou dysfunkci stolice). Přesto o něm nemluvíme, protože je to příliš intimní.

Roztroušená skleróza mozkomíšní postihuje nervový systém na úrovni mozku i míchy, čímž ovlivňuje řízení močení a stolice, které je jinak pod jeho automatickou kontrolou. K tomu se často přidává určité oslabení svalů pánevního dna dané malou kondicí, hormonálními změnami, porody.

Mezi nejčastější symptomy patří:

- ▶ příliš časté nucení na močení/stolici
- ▶ urgency – silné nucení na močení/stolici, kterému je třeba bleskově vyhovět
- ▶ únik moči/stolice – často následkem urgency
- ▶ noční nucení na močení/stolici
- ▶ přerušované močení/stolice a problém se spuštěním
- ▶ problém se vyprázdnit

Je možné obtíže ovlivnit?

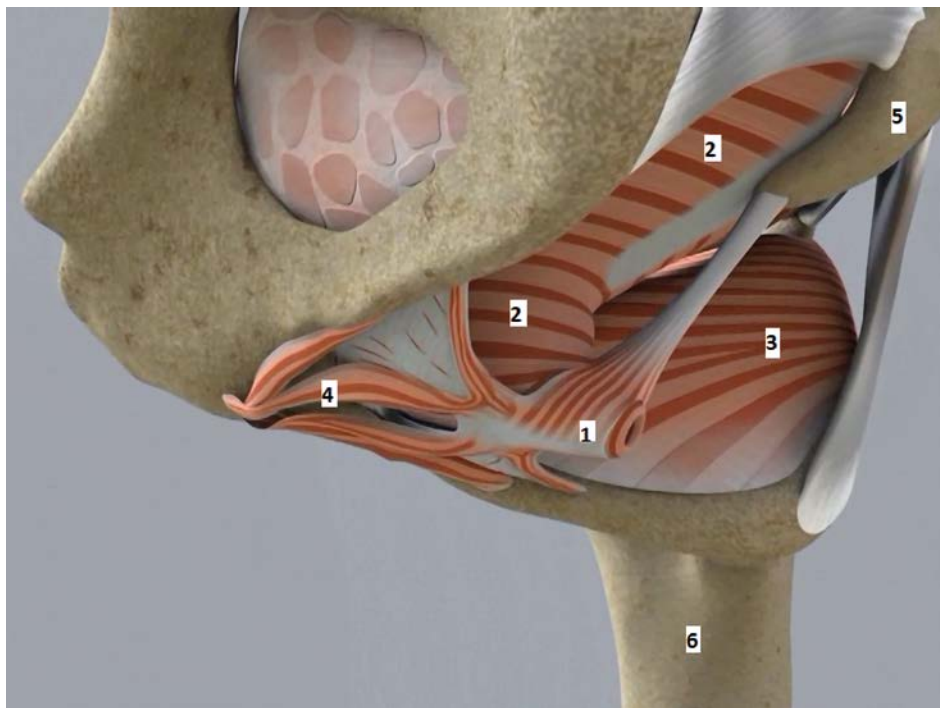
Ano. Tyto obtíže lze částečně ovlivnit. A to jednak cíleným posilováním pánevního dna a určitou změnou životního stylu, jednak za pomoci speciálních léčiv.

Cílené posilování pánevního dna

Svaly pánevního dna mají miskovitý tvar a rozepínají se jako trychtýř mezi pánevními kostmi. Konečník a močová trubice jsou navíc obkrouženy kruhovitou svalovinou připomínající zaťatou pěst, která formuje samotné svěrače (obrázek 1).



Obrázek 1. Svaly pánevního dna, pohled z boku



1 – svěrač konečníku; 2 – zvedáč konečníku (má tvar nálevky, zespoda podpírá orgány pánve); 3 – rotátor kyčelního kloubu (částečně dotváří podporu pánevních orgánů); 4 – povrchové svaly hráze, poševní vchod; 5 – kostrč; 6 – stehenní kost

Obrázek je převzatý se souhlasem autora z prezentace: Otčenášek M. (2014) Funkčně-anatomické vztahy orgánů pánevního dna, VIII. Brandýské symposium.

Při cvičení zkoušíme svaly pánevního dna vtáhnout jemně dovnitř směrem do nitra břišní dutiny, stejně jako bychom chytli látkový kapesník přesně uprostřed a zvedali jej do vzduchu. Pomáhá též představa výtahu, kdy pánevní dno je výtah, který stoupá do dutiny břišní. Současně se pokoušíme jemně stisknout svěrač konečníku a močové trubice, jako bychom chtěli zadržet stolici/proud moči. V případě nejistoty lze přiložit prsty do oblasti hráze nebo konečníku (přes prádlo, toaletní papír) a pokusit se svaly pánevního dna vtáhnout směrem dovnitř do břicha – prsty putují spolu se svaly pánevního dna. Poté se pokusíme sevřít svěrač konečníku a močové trubice – svěrače zůstávají na místě, ale sevrou se kolem bříška prstu. Svaly břicha, hýždí i stehy ponecháme zcela uvolněné.

Cvičení provádíme zprvu minimální silou v libovolné pozici (lež, sed, stoj, ...) alespoň 5x denně. Při cvičení se soustředíte na svaly pánevního dna, zkuste je na 4 s vtáhnout dovnitř do břišní dutiny

a jemně stisknout svěrače, poté uvolněte. Odpočiňte si 8 s nebo do doby, kdy cítíte úplné uvolnění aktivity pánevního dna. Cvik opakujte nejméně 10x. Výdrž stisku by se měla v průběhu týdnů pozvolna zvyšovat z výchozích 4 s až na 20–30 s, bez cukání či třesu svalů. Pokud by se po několika opakováních dostavila únava a svaly nešlo dále stahovat, vyzkoušejte prodloužit dobu relaxace mezi jednotlivými aktivacemi až na 30 s.

Ovládání urgencí je v podstatě vojenský trénink

Pokud pociťujete neodkladné nucení na močení, zkuste lehce vtáhnout svaly pánevního dna, mírně stisknout svěrače a držte je stažené po dobu, dokud urgence neodezní. Pokuste se tímto manévrem oddálit močení/stolici na 10 s, 30 s, 1 minutu s postupným prodlužováním intervalu. Čas si hlídejte přesně podle hodinek. Cvičte zprvu v klidném, domácím prostředí. Pokud tréninkem zvládnete oddálit nutkání na déle než 5 minut, můžete začít trénovat i mimo domov.

Vhodné a nevhodné návyky

V první řadě je třeba udržovat dostatečný pitný režim, velmi obecně kolem 2 l tekutin denně. Pokud vás trápí časté nucení na močení, je vhodné pít větší množství najednou, nejlépe v klidném domácím prostředí. Pokud vás nutkání na močení trápí v noci, nepijte dvě hodiny před ulehnutím do postele. Vyhybejte se syčeným a kyselým nápojům, kávě či ostrému jídlu. Vždy dodržujte správné stravovací návyky s dostatečným množstvím vlákniny a zeleniny.

Nikdy netrénujte svaly pánevního dna přerušováním močení. Při vyprazdňování se naopak pokuste svaly pánevního dna co nejvíce uvolnit, tlak břišních svalů použijte jen lehce, a pokud je to nezbytně nutné.

V případě, že vám aktivace svalů nejde, nebojte se obrátit na fyzioterapeuta, specializujícího se na dysfunkce svalů pánevního dna. Poradí vám, popřípadě do cvičení zařadí speciální přístroje na stimulaci pánevního dna či na vizualizaci vaší vlastní aktivity.

Co když cvičení nepomáhá?

Svěťte se svému ošetřujícímu lékaři, který vás dále odešle ke specializovanému lékaři na urologii/gastroenterologii (obor zabývající se trávicím traktem). Specialista vás vyšetří, aby přesněji stanovil, do jaké míry se jedná o poruchu danou roztroušenou sklerózou a do jaké míry jinou poruchu v oblasti.

Urolog vyšetřuje močový měchýř tím, že jej naplní vodou, aby stanovil míru dráždivosti, vyzkouší, zda nějaká moč uniká při kašli a zda v měchýři nezůstává zbytkové množství po jeho spontánním vyprázdnění.

Gastroenterolog může vyšetřit dráždivost konečníku, případně sílu stisku svalů a vyloučí další patologické stavy v oblasti.



Dle vyšetření lékař předepíše léky, které napomáhají mírnit dráždění močového měchýře nebo zvolí jiné vhodné postupy. V případě jinak nezvladatelných urgencí zvažuje urolog podle velmi přísných kritérií též aplikaci botulotoxinu do svalu močového měchýře.

Závěr

Dysfunkce pánevního dna jsou jedním z mnoha projevů roztroušené sklerózy mozkomíšní, které dovedou znepříjemnit život. Cílený trénink zahrnuje zejména nácvik výdrže „vtažení a stisknutí“ svalů pánevního dna a schopnost potlačit „vtažením a stiskem“ urgenci neboli neodkladné nutkání.

Stejně jako u mnohých ostatních symptomů roztroušené sklerózy mozkomíšní pravidelné a cílené cvičení napomáhá zmírnit obtíže a pacient se stává tak trochu svým vlastním lékařem.

Cvičení typu „body and mind“ u osob s roztroušenou sklerózou

Mgr. Klára Novotná, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

MS rehab, z. s.

Úvod

Takzvané cvičení typu „body and mind“ (z anglického tělo a mysl) jsou takové formy cvičení, které kromě procvičení těla také posilují duševní a emocionální pohodu. Zpravidla se jedná o pomaleji prováděná cvičení za plného soustředění na prováděný pohyb. Nejčastěji jsou mezi cvičení typu „body and mind“ řazeny aktivity jako je jóga, Tai Chi, Pilates, cvičení podle Feldenkreise nebo různé formy relaxace a meditace.

Více než polovina pacientů s RS má nějaké zkušenosti s alternativní medicínou, často právě s těmito „body and mind“ aktivitami, mezi nejčastěji využívané techniky patří jóga, dechová cvičení a meditace. Tyto pomalejší formy cvičení jsou často pacientům s RS doporučované, protože vedou ke snížení svalové tenze i psychického napětí, což může příznivě ovlivnit některé symptomy a komplikace při RS. Proto je úkolem tohoto článku stručně tyto formy cvičení představit.

Jóga

Jóga je staroindický filosoficko-cvičební systém. Primárním cílem jógy je dosáhnout ztišení mysli a cvičební pozice měly původně právě jen tento cíl. Běžně je však v dnešní době jóga prováděna i jenom jako čistě tělesné cvičení jednotlivých jógových pozic (ásan). Existuje mnoho různých typů/forem jógového cvičení. Nejblíže klasickému pojetí jógy je hathajóga, která spojuje nejen tělesná cvičení (asány), ale také dechová cvičení (pránájáma), etické zásady, očistné techniky, techniky koncentrace a meditace. V současné době je v nabídce fitness a jógových center i více různých dynamičtějších verzí jógy: lyengar jóga (se zaměřuje na precizní nastavení těla v pozicích), power jóga (více silově prováděné pozice), vinyasa jóga (plynule se přichází z pozice do pozice za doprovodu dechu), kundalini jóga (cvičení je prováděno poslechem nebo zpíváním manter s delším opakováním pohybu). Ne zcela vhodné pro osoby s RS je cvičení bikram jógy (cvičení v horkém prostředí) nebo aštanga jógy (dynamičtější a více silově náročné sestavy cvičení).

Po pravidelném nejméně tříměsíčním cvičení jógy bylo u pacientů s RS prokázáno zvýšení sebedůvěry ve vlastní schopnosti (self-efficacy), spolu se snížením únavy a bolesti. Některé studie



u méně neurologicky postižených pacientů také zaznamenaly zlepšení pohybu v kloubech dolních končetin spolu s pozitivním ovlivněním chůze. Pozitivní vliv pravidelného cvičení jógy na únavu je srovnatelný s efektem po aerobního tréninku na rotopedu, s tréninkem chůze na pásu nebo cvičením v bazénu. Cvičení jógy stejně jako trénink chůze vede k pozitivnímu ovlivnění nálady, přičemž jóga je více relaxující a chůze je pak více aktivizující. Při porovnání skupiny osob s RS, která cvičila deset týdnů pravidelně jógu, spolu se skupinou pacientů s RS, kteří cvičili pod vedením fyzioterapeuta nebo trenéra fitness, došlo ve všech třech skupinách ke snížení únavy a pozitivnímu vlivu na psychiku. Ale pouze u skupin cvičících s fyzioterapeutem nebo fitness instruktorem došlo k významnému zlepšení v 6minutovém testu chůze.

Díky práci s dechem a soustředěním pozornosti může pravidelné praktikování jógy ovlivnit také schopnost soustředění a paměť u osob s RS. Po intenzivním měsíčním praktikování (5 hodin/den) bylo zaznamenáno zrychlení reakce, snížení míry úzkosti a deprese. Zlepšení krátkodobé a pracovní paměti a psychomotorického tempa je možné dosáhnout také prostřednictvím pravidelného praktikování jógové relaxace. V této studii se však jednalo o „aktivní“ relaxaci, tzv. cyklickou meditaci, kdy se střídají jednoduché jogové ásany se zaměřením pozornosti a relaxace. Tato cyklická meditace vykazovala výrazně vyšší účinky než pouhá relaxace v pozici šavásany (pozice „mrtvoly“ vleže na zádech), kterou praktikovala kontrolní skupina.

Meta-analýza shrnující výsledky studií na více než 670 pacientech s RS potvrdila krátkodobý efekt na snížení únavy a ovlivnění nálady. Pravidelné praktikování jógových cvičení má potenciál ovlivnit symptomy RS jako je únava, bolest, poruchy rovnováhy nebo spasticita. Vždy však záleží na konkrétním pacientovi (závažnosti jeho obtíží), typu jógových cvičení a frekvenci praktikování. Výhodou cvičení jógy je možnost modifikace jednotlivých pozic s využitím pomůcek (jógové bloky, polštáře, pásy, židle) tak, aby je mohly zvládnout i osoby s omezeným rozsahem pohybu. Dechová a koncentrační cvičení, která jsou také součástí jógy, pak mohou provádět i osoby s velmi limitovaným aktivním pohybem.

Tai Chi

Tai Chi (Tai chi chuan) je původně čínské bojové umění, které je nyní využíváno jako zdravotní cvičení. Rozlišuje se pět základních cvičebních stylů, které využívají různě dlouhé cvičební sestavy (24 forem, 108 forem apod.). Cvičení Tai Chi je praktikované ve stoje v lehkém podřepu. Pohyby jsou prováděné pomalu a kontrolované. Během cvičení se pomalu přenáší váha z jedné dolní končetiny na druhou a zároveň se provádí koordinované pohyby horních končetin. Využívá se pomalé bránicní dýchání s cílem podpořit proudění životní energie (Qi). Díky specifické cvičební pozici s mírně flektovanými koleny dochází po půl roce praktikování k posílení svalů dolních končetin, konkrétně natahovačů a ohybačů kolenního kloubu. Také se zlepšuje citlivost vnímání z kloubů a svalů dolních končetin. Díky tomu dochází ke zlepšení balančních schopností a cvičení tak může sloužit jako pre-

vence pádů (doloženo ve studiích u seniorů). Proto je tento typ cvičení doporučovaný také osobám s RS pro zlepšení rovnováhy. Již po třech měsících cvičení (2x týdně) může dojít ke zlepšení hodnot v testu rovnováhy. Kromě zlepšení schopnosti udržet rovnováhu dochází při pravidelném praktickování Tai Chi také ke zlepšení koordinace pohybů a navíc může také vést ke snížení depresivních symptomů. Cvičení Tai Chi se zdá být tedy možnou cvičební variantou pro pacienty chodící bez pomůcky (EDSS ≤ 6), bez výraznějšího postižení paměti, kteří jsou schopni zapamatovat si sestavu (délka sestavy se může případně upravovat). Pro správné zapamatování a provádění sestavy je však potřeba pravidelné provádění.

Pilates

Oproti předchozím cvičebním systémům je cvičení Pilates novodobý cvičební systém (autor Joseph Pilates ho postupně rozvíjel od 20. let 20. století). Principy cvičení Pilates zahrnují: koncentraci na přesné plynulé provádění pohybu, kontrola průběhu cvičení, správné dýchání, aktivní střed těla (tzv. power house). Na rozdíl od jógy není cílem spirituální povznesení, ale zlepšení držení těla a pohybových návyků (prvními cvičenci podle systému Pilates byli profesionální tanečníci). Studie, které využívaly cvičení Pilates u pacientů s RS, popisují zlepšení rovnováhy, zvýšení svalové síly, snížení únavy a také zvýšení jistoty při provádění běžných denních aktivit a zlepšení kvality života. Upravené cvičení Pilates vsedě (pro pacienty na vozíku) po třech měsících pomohlo zlepšit stabilitu sedu a snížit bolesti ramenou a páteře a zkvalitnit tak provádění běžných denních aktivit. Efekt na zlepšení chůze nebyl po cvičení Pilates jasně prokázán, některé studie uvádějí pozitivní efekt na chůzi, jiné ho nepotvrzují. Cvičení Pilates je však možná volba terapie pro zlepšení rovnováhy (díky posílení posturálních svalů) a pro odstranění bolestí pohybového aparátu. Tato forma cvičení také může lépe vyhovovat pacientům, kteří nemají příliš zájem o duchovní a filosofické pozadí cvičení.

Feldenkreisova metoda

Feldenkreisovu metodu vytvořil izrealský vědec Moshe Feldenkrais na základě vlastních zkušeností s pohybem a znalostí mechaniky. Cílem metody je zlepšení individuálního vnímání vlastního těla a objevení nových možností pohybu. Při této metodě dochází nejen ke změně pohyblivosti, ale také ke změně vlastního prožitku pohybu. Studie prokazují také pozitivní vliv na snížení míry úzkosti. Feldenkreisova metoda je nejčastěji prováděna skupinově, kdy terapeut slovně navádí účastníky k provádění zdánlivě jednoduchých pohybů jednotlivých částí těla (pro usnadnění pohybu se užívají návodné představy). Další možností je individuální terapie (nazývaná Funkční integrace), kdy je pohyb jednotlivých částí těla prováděn terapeutem. U osob s RS může Feldenkreisova metoda díky zlepšení vnímání pohybu vlastního těla zlepšit balanční schopnosti u pacientů s mírným až středním neurologickým deficitem. Konkrétně došlo u účastníků tohoto desetidenního programu cvičení například k více symetrickému zatížení obou dolních končetin, zlepšení pohyblivosti pánve nebo



ke zlepšení švihové fáze kroku. U Feldenkreisovy metody se využívají spíše jemné malé opakované pohyby do různých směrů a nedá se tedy očekávat protažení u zkrácených svalů. Tato metoda však může pomoci zlepšit koordinaci pohybu a zlepšit tělesnou citlivost. Díky tomu, že cvičení není fyzicky náročné (spíše psychicky na vnímání těla a představu pohybu), nepůsobí pacientům s RS nadměrnou únavu.

Relaxace a meditace

V současné době je také velmi populární koncept tzv. mindfulness (termín pochází z buddhistické filosofie a je popisován jako plné soustředění na přítomný prožitek bez jeho hodnocení). Program Mindfulness based stress reduction (tj. snižování stresu prostřednictvím všímavosti) vytvořil profesor Kabat-Zinn v USA v roce 1979. Zejména u různých chronických onemocnění pomáhá trénink mindfulness zlepšení psychické pohody díky snížení stresu a úzkosti. Pacienti s RS, kteří trénují tyto techniky denně, udávají sníženou hladinu stresu a lepší zvládání náročnějších situací. Po osmítýdenním skupinovém programu cvičení mindfulness bylo zaznamenáno snížení deprese, úzkosti a zlepšení kvality života osob s RS. Techniky mindfulness zahrnují soustředění na vlastní dech, pomalé provádění pohybu, plné uvědomování prožitků všech pěti smyslů, zapisování si stresových situací a také vlastních myšlenek, identifikace, jak působí aktivity běžného denního života na náladu a nácvik jednoduchých meditačních technik.

Další možností cvičení je využití progresivní svalové relaxace, u níž je popsán efekt na snížení únavy a zlepšení kvality spánku. Pro snížení úzkosti, deprese a stresové reakce je možné využít také cvičení na principu biofeedbacku zaměřeného na kontrolu dechu a svalového napětí.

Závěr

Cvičení typu „body and mind“ představuje pro pacienty bezpečnou variantu cvičení, které má kromě vlivu na pohybový aparát pozitivní vliv zejména na ovlivnění psychiky. Díky všeobecné popularitě a rozšířenosti cvičení jógy, Tai Chi nebo Pilates je tato cvičební alternativa pro pacienty dostupná. Pacienti bez výraznějšího omezení mobility mohou navštěvovat běžné komerční cvičební lekce ve fitness centrech. Po zaučení je možné také provádět cvičení v domácím prostředí.

Soběstačnost osob s roztroušenou sklerózou a jak může pomoci ergoterapie

Mgr. Klára Novotná, Ph.D., Mgr. Kamila Kulíšková

¹Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, I. LF UK a VFN v Praze

²MS rehab, z. s.

Soběstačnost při roztroušené skleróze

U osob s roztroušenou sklerózou (RS) se s přibývajícím množstvím neurologickým symptomů a narůstajícím mírou disability snižuje jejich soběstačnost v běžných denních aktivitách (ADL – Activity of Daily Living). Výraznější je pak omezení ADL aktivit u osob se sekundárně progresivní RS než u relaps-remitentních a primárně progresivních. Na vykonávání ADL mají nejvýraznější dopad poruchy paměti a soustředění, dále pak poruchy rovnováhy a chůze a zhoršené funkce ruky.

Odborná literatura i zkušenosti z klinické praxe potvrzují, že jsou u osob s RS dříve a výrazněji postiženy instrumentální ADL (komplexní aktivity jako jsou domácí práce, práce v zaměstnání apod.), než personální ADL (hygiena, sebesycení, oblékání, přesuny).

Při vyšetření pomocí kanadského hodnocení práceschopnosti (COPM) pacienti s RS vnímali problémy nejvíce při vedení domácnosti (26 %), v péči o sebe (21 %) a ve funkční mobilitě, tj. zejména v chůzi a přesunech (20 %). Z domácích prací pak byly nejvíce omezené instrumentální ADL – vaření a úklid (konkrétně čištění podlahy), z péče o sebe pak byly nejčastěji zmiňované obtíže při oblékání. I pacienti, kteří problematické ADL aktivity zvládali samostatně, často uváděli nižší spokojenost se svým výkonem. Navzdory zhoršené kvalitě prováděných ADL se pacienti snaží tyto aktivity vykonávat. Naproti tomu finská studie popisuje, že pacienti s RS mají v COPM nejvíce obtíže při volnočasových aktivitách a teprve poté ve funkční mobilitě a v péči o sebe. Švédská studie uvádí, že muži s RS trpí více omezením při personálních ADL než ženy. Kromě tohoto rozdílu se obě pohlaví v omezení aktivit od sebe neliší.

Pacienti s vážným neurologickým omezením (pacienti s EDSS 7 a více, kteří jsou odkázáni na pohyb na vozíku) jsou v instrumentálních ADL již závislí na pomoci druhých osob. Při příjmu jídla, koupání, oblékání, kontinenci moči a stolice, použití toalety a při přesunech je tedy zpravidla potřebná asistence. Asistence je často poskytována neformálním pečovatelem z řad rodinných příslušníků (často manžel/manželka) nebo přátel, což představuje nejen značnou psychologickou i ekonomickou zátěž (péče poskytovaná na úkor placeného zaměstnání). Proto hraje nejen v této skupině pacient vybavený vhodnými kompenzačními pomůckami zásadní roli pro snížení zátěže pro asistenta/pečovatele. Včasně vybavení kompenzačními pomůckami však může výrazně ulehčit život i osobám s mírným a středním neurologickým deficitem.



Vhodné kompenzační pomůcky

Při výběru vhodné kompenzační pomůcky je vhodná spolupráce v rámci interdisciplinárního týmu, který tvoří pacient, případně rodinní příslušníci pacienta, ošetřující lékař, ergoterapeut/fyzioterapeut, eventuálně sociální pracovník pro případnou pomoc s pořízením nákladnějších pomůcek. Samotný pacient by měl popsat své potřeby (v jakých aktivitách, které potřebuje/chce vykonávat je nejvíce limitován, jaké jsou možnosti jeho domácího prostředí, možnosti asistence apod.). Terapeut následně doplní anamnézu a provede potřebná funkční vyšetření (rozsahy pohybu, svalovou sílu, úchopy, jemnou motoriku atd.). Ergoterapeut by měl ideálně navštívit i domácí či pracovní prostředí pacienta a díky tomu zjistit, jaká kompenzační pomůcka či úprava prostředí by mohla pomoci. Pokud je to možné, vybranou pomůcku by měl mít pacient možnost vyzkoušet (drobné pomůcky v prostředí rehabilitace, u větších, jako je např. vozík, pak ideálně v domácím prostředí; možností je také využít krátkodobé zápůjčky v půjčovnách kompenzačních pomůcek).

Dobře zvolená kompenzační pomůcka pro zlepšení mobility může významně ovlivnit kvalitu života pacientů. Ovšem až 30 % pacientů neuzivá předepsanou pomůcku kvůli tomu, že ji nepřijmou, proto je na místě vybírat pomůcku nejen na základě funkčního vyšetření, ale také podle preferencí pacienta. Další časté důvody nepoužívání jsou nevhodnost pomůcky (24 %) nebo nedostatečné informace o jejím správném užívání (9 %).

Funkce horní končetiny

Soběstačnost v ADL velmi úzce souvisí s funkcí horní končetiny, která se s vyšším neurologickým postižením často zhoršuje. Nejčastější problémové činnosti zahrnují: navléknutí nitě na jehlu, otevření sklenice, odšroubování víčka lahve, zatloukání hřebíků a zapínání knoflíků. Nejčastějším důvodem omezené funkce horní končetiny bývá slabost (47,2 %), třes (22,4 %), porucha citlivosti (21 %) a spasticita (9,3 %). U osob s vyšší mírou postižení pak spasticita a ztráta svalové síly na horních končetinách narušují příjem jídla, omytí podpaží, stříhání nehtů, oblékání horní i dolní poloviny těla, držení postury a správné polohování. Konkrétně tyto aktivity by tedy bylo vhodné v rámci ergoterapie trénovat nebo případně kompenzovat pomůckou.

Při terapii horních končetin u osob s RS se využívají různé rehabilitační strategie, jako jsou posilovací trénink, vytrvalostní trénink, trénink zaměřený na ADL aktivity nebo roboticky asistovaná terapie. Důležité je trénovat samotné aktivity, které činí problém (funkční trénink). Ideálně pak tuto terapii přenést do různých situací běžného života, nacvičovat aktivity po jednotlivých drobných úkonech, stejně jako provádění celkové aktivity. Popisuje se, že 75 % osob s RS (i s mírnými neurologickými obtížemi) má porušenou obratnost rukou. Většina studií se doposud zabývala pouze tréninkem dominantní či více postižené horní končetiny, a to navzdory faktu, že většina každodenních aktivit je prováděna oběma rukama. Proto by v rámci ergoterapie zaměřené na ADL měly být více trénovány aktivity, které jsou vykonávány zároveň oběma rukama.

Kromě samotného funkčního tréninku jednotlivých aktivit se v terapii zaměřujeme také na ovlivnění dominantní příčiny obtíží (na základě vstupního vyšetření). Pro zvýšení svalové síly je možné využít theraband, činky, posilovací přístroje aj. Při zvýšeném či sníženém svalovém napětí lze například využít protahování, polohování, dlahování, stimulování a metody na neurofyzilogickém podkladě. K ovlivnění třesu se používá fixace, závaží či chlad.

Pro zlepšení jemné motoriky se využívá například cvičení s terapeutickou hmotou či techniky s drobnými úkoly, například navlékání korálků, vyšívání apod. Pacienty velmi dobře přijímané je také využití moderních robotických technologií, jako je například Hand Tutor, Armeo, Glorea, aj.

Závěr

Pro RS je typický individuálně odlišný průběh a obtíže a z toho pak vyplývající konkrétní omezení soběstačnosti v ADL. Ergoterapeutické poradenství a instruktáž cvičení je vhodné nabídnout i osobám s mírnou neurologickou disabilitou, které mají menší omezení instrumentálních ADL. S narůstající neurologickou disabilitou narůstá také nesoběstačnost v ADL (nejen instrumentálních, ale i personálních) a ergoterapeut může pomoci nejen s nácvikem problémových aktivit, ale také s cíleným cvičením horních končetin. Pro zvýšení soběstačnosti je důležité také poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek.



Rehabilitace kognitivních funkcí

Mgr. Dana Chmelařová¹, Ing. Roman Mouček, Ph.D.²

¹Oddělení klinické psychologie FN Plzeň

²Katedra informatiky a výpočetní techniky, Fakulta aplikovaných věd, ZČU v Plzni

Úvod

Kvalitu života pacientů s RS nejvíce snižují bolestivé projevy, únava, spasticita, sfinkterové poruchy a také psychické změny včetně kognitivních dysfunkcí různého stupně. Poruchy kognitivních funkcí jsou velmi časté, ale z počátku nebývají nápadné, a proto léta unikaly pozornosti.

Kognitivní poruchy patří k jednomu z hlavních manifestujících se příznaků už v časném stadiu onemocnění RS. Dle neuropsychologických studií dochází ke zhoršení kognitivních funkcí (dále KF) u 50–75 % nemocných. Kognitivní změny se objevují kdykoli v průběhu nemoci (někdy i jako primární symptom). Žádné dvě osoby nemají přesně stejný symptomový profil nebo průběh nemoci. Kromě toho kognitivní poruchy mohou nastat nezávisle na fyzickém postižení, což komplikuje jejich rozpoznání a posouzení.

Kognitivní deficit mává nejčastěji charakter mírné kognitivní poruchy, velice výjimečně v pokročilejších stadiích může dosáhnout obrazu subkortikální demence. Postižena bývá zejména pozornost, rychlost zpracování informací a krátkodobá paměť.

V praxi si pacienti nejčastěji stěžují na to, že se nedokáží soustředit tak dobře jako dříve, méně si pamatují, více zapomínají. Častou stížností je také to, že je při práci velmi ruší, když v místnosti někdo mluví nebo hraje rádio či televize. Je jim nepříjemné, že dosahují menší výkonnosti, nebo v delším čase než byli zvyklí. Zkrátka, že klesá jejich produktivita v čase a dělají více chyb, ačkoli se snaží a dokonce po sobě práci i opakovaně kontrolují. Jak bylo zmíněno, jedná se o drobné potíže, které z počátku okolí vůbec nevnímá a později má pocit, že se jedná o prostou nepozornost, ba dokonce v některých případech i lajdáctví. Je to z toho důvodu, že si okolí tuto změnu nedokáže správně vysvětlit. Nemění se totiž intelektové schopnosti, nemá to vliv na dříve získané a užívané zkušenosti a dovednosti ani komunikační dovednosti. Pacienti právě toto prožívají jako nespravedlivé a často pocítují určitou bezmoc, jak si s touto situací poradit. Kognitivní poruchy tak mají negativní efekt na sociální vztahy a kvalitu života a jsou nejčastější příčinou ztráty zaměstnání. Proto jsou předmětem intenzivního studia a v posledních letech se do popředí dostává snaha o vytvoření metod kognitivního tréninku, které by minimalizovaly dopad onemocnění na kvalitu života a sociální uplatnění.

Diagnostika kognitivních funkcí

Neuropsychologické vyšetření

Pro úspěšnou rehabilitaci kognitivních funkcí je důležitý včasný záchyt již prvních potíží. Je tedy vhodné, aby pacienti sami upozornili lékaře v momentě, kdy na sobě výše uvedené potíže začnou sledovat. A to i v momentě, kdy si nejsou jisti tím, že se jedná jen o přechodnou záležitost vztahující se například k jejich aktuální větší únavě či celkovému psychickému stavu. Neměli by se obávat na toto lékaře upozornit, protože pro lékaře jsou tyto drobné změny z klinického obrazu zcela nepostřehnutelné a objektivizovat je může právě neuropsychologické vyšetření, na které následně lékař pacienta doporučí.

Zobrazovací metody

V diagnostice kognitivních funkcí hrají důležitou roli i zobrazovací techniky. Klíčovou zobrazovací metodou využívanou při hodnocení korelátu neuropsychologických změn u RS je magnetická rezonance (MR). Souvislost kognitivních poruch s nálezy MR však není přímočará. Korelace mezi nálezem na MR a funkčním deficitem zjištěným prostřednictvím neuropsychologického vyšetření tedy není dosud jednoznačně potvrzena a je předmětem studia.

Neuropsychologická rehabilitace

Rehabilitace kognitivních funkcí a neuropsychologická rehabilitace jsou pojmy, které se často používají jako synonyma. Jde o intervenci, při které pacient a jeho rodina spolupracují s odborníky na obnovení nebo kompenzaci kognitivních deficitů s cílem zlepšit pacientovu každodenní výkonnost. Neuropsychologická rehabilitace tedy zahrnuje trénink kognitivních funkcí a nejen to, důležitou součástí by měla být i psychoterapie vč. rodinné psychoterapie.

Konkrétní postup by tedy měl být takový, že neuropsycholog provede detailní vyšetření a stanoví aktuální stav kognitivních funkcí. Na základě toho vytvoří plán kognitivního tréninku včetně toho, že stanoví, jak často a jak dlouho se má pacient věnovat jednotlivým cvičením. To je totiž velmi důležité a poslední studie ukazují, že možná i nejvýznamnější pro co největší efekt tohoto cvičení. To tedy znamená, že je důležitý nejen cílený, ale zejména dostatečně dlouhý a četný trénink. Trénink by pak měl probíhat v domácím prostředí a psycholog může sledovat průběh na „dálku“ a s určitým časovým odstupem provést kontrolní vyšetření a posoudit dosavadní výsledky, případně modifikovat tréninkový plán.

Co se týká konkrétních metod užívaných pro kognitivní trénink, tak v počátcích neuropsychologické rehabilitace kognitivních funkcí se užívala metoda „tužka papír“. To znamená, že pacientovi byly předkládány obrázky či úkoly, které doplňoval na papír. V posledních letech se stále více rozšiřuje rehabilitace pomocí počítačových (PC) programů. Jejich největší výhodou je flexibilita a možnost opakování v různých, pro uživatele zajímavých formách. Poskytují multimediální obrazové, pohyblivé a zvukové podněty s okamžitou zpětnou vazbou. Umožňují velkou variabilitu cvičení a jsou atraktivní



svým designem a formou hry. Tyto programy také umožňují nastavení různého stupně obtížnosti a velmi často poskytují i různé grafy, které znázorňují efekt nácviku. Uživatelsky jsou velmi oblíbené a dobře zvládnutelné pro všechny věkové kategorie. Nově vyvíjené softwarové systémy mohou být monitorovány a řízeny automaticky, nebo terapeutem „na dálku“. Případně je možná i kombinace těchto dvou způsobů. Výhodou některých nových softwarových systémů určených pro neurorehabilitaci je to, že kromě klasických počítačů (PC, notebooky) fungují i na dalších běžně dostupných technických prostředcích (smartphony, tablety). Jedním z takových počítačových programů je i softwarový systém BrainIn, který je aktuálně vyvíjený na FAV při Západočeské univerzitě. BrainIn bude plně k dispozici od dubna roku 2021.

V situaci, kdy by pacient neměl zájem o počítačový trénink, je samozřejmě možné i v dnešní době sestavit zajímavý a hlavně individuálně zaměřený program „tužka papír“, který však zahrnuje nejen tyto pomůcky, ale i mnohem širší materiál.

Dle potřeby současně probíhá i psychoterapie či rodinná terapie

Studie rovněž prokazují, že neméně významný vliv, jako má rehabilitace kognitivních funkcí, má vliv i rehabilitace motorická. Proto se objevily i pokusy vytvořit systematický přehled založený na výsledcích MRI, které prokazují, že motorická a kognitivní rehabilitace může ovlivnit funkční a strukturální plasticitu mozku u pacientů s RS.

Závěr

Závěrem lze tedy říci, že péče o pacienta s RS by měla být multidisciplinární záležitostí, na které se podílí nejen lékař (neurolog, rehabilitační či praktický lékař), ale také psycholog (neuropsycholog, psychoterapeut) a zároveň i fyzioterapeut, logoped, zdravotní sestra a v případě potřeby například i sociální pracovník.

Adherence a sebevědomí v psychoterapeutické práci s pacienty s roztroušenou sklerózou

Mgr. Jana Černá Tomanová, Ph.D.

Psychologická poradna, Liberec

Adherence a sebevědomí

Adherence je klíčový pojem současné medicínské péče o pacienty, a tam, kde se setkáváme s dlouhodobým, progredujícím chronickým onemocněním, je její vysoká úroveň zásadní. Adherenci definujeme dle Světové zdravotnické organizace jako rozsah, v jakém se chování osoby – užívání léků, dodržování diety a/nebo uskutečnění změny životního stylu – shoduje s doporučeními poskytovatele zdravotní péče. Důležité je uvědomit si podstatu takového chování pacienta. Tou je rovnocenný vztah mezi ním a jeho ošetřujícím lékařem vedoucí k tomu, že pacient není pasivně podřízený lékaři a jeho doporučením, ale je osobností schopnou se vědomě, svobodně a aktivně rozhodnout a vytrvat nejen v předepsané léčbě, ale i dodržovat další doporučení (úprava životního stylu, režimová doporučení). Navázat dobrý vztah pacient potřebuje pro to, aby věřil nejen svému lékaři, ale také aby důvěřoval v účinnost a bezpečnost předepsané léčby a souvisejících doporučení. Dobrý vztah založený na důvěře však také potřebuje sám lékař (a další odborníci pečující o pacienta). Prostřednictvím kvality vztahu s pacientem pak vnímá svou práci jako uspokojující, smysluplnou a úspěšnou.

Prožívání pacientů s roztroušenou sklerózou

Roztroušená skleróza se poměrně dlouhou dobu (ve většině případů) tělesně a jinak navenek téměř neprojevuje. Někteří pacienti mají to štěstí, že její příznaky výrazněji nepocítují mnoho let. Jiní vnímají změny v myšlení, paměti, náladách, pocitech a v celkové svěžesti a kondici. Další se do nemoci ponoří jako do prostoru, který se stává útočištěm před nároky vnějšího světa. A také se část pacientů své nemoci oddá a vnímají ji například jako univerzální štít proti povinnostem dosavadního života, jako akceptovatelný důvod k výmluvám, anebo jako jediný svůj zájem a středobod existence. Sebevědomí ve vztahu k adherenci může znamenat vědomí, že si něco zasloužím – v tomto případě léčbu a péči o sebe. Příkladem nezvládnutého vědomí vlastní hodnoty může být jedinec, který se jeví velmi sebevědomě, sebejistě, až dominantně ve společnosti, v níž se pohybuje, a který opovrhne léčbou, zpochybňuje kompetence lékařů a dává najevo zlehčující postoj k nemoci. Takový pacient může hluboko uvnitř prožívat těžké oslabení či ztrátu pocitu vlastní jistoty a opory sama v sobě, může se domnívat, že sám sebe zklamal, selhal, a proto si léčbu nezaslouží. Navenek udržuje silný



postoj, uvnitř je křehký a neschopný se docenit. Dalším příkladem je jedinec navenek se chovající zcela opačně – stěžující si, odmítající pozitivní podporu, negující ocenění a nabídky pomoci. Ten nemusí být nutně negativistickým pesimistou. Je člověkem trpícím nejen diagnózou, ale především neschopností dovolit si být jen myšlenku na to, že by mohla existovat cesta, která by mu pomohla, nemoc stabilizovala a zvýšila kvalitu života. Nespolupráce v léčbě je zde nástrojem pro potvrzení negativního postoje k sobě i celé své situaci, potažmo společnosti.

Témata psychoterapie pacientů s roztroušenou sklerózou

Do oblasti sebevědomí patří celá paleta témat. Typické je vztahování se k vlastnímu tělu, které se vlivem nemoci mění a způsobuje pacientovi řadu omezení. Zejména ženy prožívají tělesné změny intenzivně. Vzniklé zatvrdliny a lipoatrofie vnímají negativně, své tělo skrývají a stydí se za ně. Pokud se později přidávají motorické obtíže, inkontinence a třeba i ztráta vlasů vlivem některých léků, je zásah do sebevědomí citelný a práce s ním je náročná, protože změny bývají prakticky nevratné, ba naopak se prohlubují. Výraznou roli zde hraje spolupráce s fyzioterapeutem, který může vztah k tělu pozitivně ovlivnit tím, že pacienta naučí cvičit, do určité míry i tělo tvarovat a hlavně ho prožívat a přijímat. Výrazně lépe jsou na tom pacienti a především pacientky, které o sebe nepřestávají dbát. Věnují pozornost úpravě zevnějšku, jsou disciplinované a ochotně do sebe investují čas, energii i finance. I poznání, že investice do sebe jsou nutné, je jedním z cílů psychoterapeutické práce.

Vztahy pacientů s roztroušenou sklerózou

Dalším okruhem jsou vztahy. Jeden z názorů v psychoterapii je, že naprostá většina pacientů přichází do terapie s tím, že hlavním problémem jsou jejich vztahy, sociální začlenění se, schopnost navazovat a udržovat vztahy a mít z nich potěšení. Bez kvalitních vztahů je život člověka vyprázdněný, pozbývá plného prožitku smyslu existence a vede k mnoha psychickým až psychiatrickým obtížím včetně myšlenek na sebevraždu. S dovedností mít naplňující funkční vztahy se částečně rodíme a z velké části k ní přispívá naše výchova a vlivy prostředí, v němž se pohybujeme. V terapii pak pracujeme s oběma složkami – podporujeme faktory osobnosti (temperamentu), které pozitivně působí na vztahy, a také měníme rámec zkušeností, které pacient se vztahy má, učíme ho novým vzorcům a náhledu na své vztahy. K tomu, aby pacient došel ke schopnosti mít uspokojující sociální vazby, používá terapeut řadu technik. Vhodná je práce s příběhem a jeho opakovaným převyprávěním, interpersonální techniky (návky, pochopení a změna interakčních vzorců) nebo techniky jako přerámování, tvorba nového pojetí své existence apod. Zejména vyprávění vlastního příběhu, uvědomování si souvislostí, opakujících se témat, pojmenování svých rolí a svého vztahu k nim... to vše jsou možná témata pro rozhovor. Pacienti totiž někdy zůstávají i své „hlavní“ role, role pacienta. Je vhodné, když se tato role upozadí (nikoli potlačí) a pacient se začne (znovu)soustředit na role, které mu přinášejí smysl a radost. Také je možné podpořit pacienta v tom, aby některé role opustil a zbavil

se tak nepříjemné zátěže. Terapie zaměřená na práci se sebehodnotou vede k pozitivním náhledům na sebe sama, na své dovednosti, zvládání, úspěchy, ale také na přání a sny, které si pacient chce splnit. Při takovém zaměření se často diagnóza sama upozadí, což bývá pro pacienty příjemné. Není neobvyklé, že po určité době je RS tématem „mimo téma“, není potřeba o ní tolik mluvit.

Párová terapie a témata sexuality u roztroušené sklerózy

Do práce se vztahy neoddělitelně patří partnerská terapie. Je výhodou, umí-li terapeut pracovat nejen individuálně s pacientem, ale také s dalšími lidmi v jeho okolí – partnerem, rodiči, dětmi... Jejich přizvání do terapie může být zlomovým momentem na celé terapeutické cestě, úhelným kamenem tam, kde se práce nedaří nebo nepostupuje dostatečně rychle. V terapii, které se účastní i další členové rodiny, je pak dobré nechat zaznívat emoce, které každý z nich v situaci spojené s nemocí pociťuje. Prožívání různých členů rodiny se odehrává na pestré škále od popírání po zveličování a zbytečné zneschopňování pacienta.

Do ranku vztahů patří také sexualita a sebevědomí prožívané ve vztahu k ní. Vlivem RS se sexualita muže i ženy výrazně mění. U mužů se objevují obtíže s erekcí, dosažením vyvrcholení, u žen pak je typická snížená sexuální apetence, únava, neochota prožívat potěšení prostřednictvím vlastního těla, které pacientka odmítá nebo k němu má negativní vztah. Pokud pacienti trpí inkontinencí, pak i ta může být překážkou v kvalitním prožitku partnerského sexu. V důsledku poklesu frekvence i pestrosti sexuálních aktivit se objevuje téma rizika nevěry ze strany partnera, který tento pokles třeba i respektuje, avšak jeho potřeby zůstávají neuspokojené. Dlouhodobost takové zátěže ve vztahu pak zvyšuje riziko nejen nevěry, ale také rovnou konce celého soužití, což pacientovi s RS kvalitu života ještě více ohroží. V psychoterapii pak pacienti hledají radu a pomoc v tom, jak důležité oblasti partnerského života udržet, jak o ně pečovat a zůstat pro sebe i druhého plnohodnotným druhem hodným spokojeného a pevného soužití.

Rodičovství a roztroušená skleróza

Se vztahy dále souvisí otázka rodičovství. Má-li pacient děti, je jeho vztah k nim zatížen strachem o to, aby děti netrpěly nemocí svého rodiče. Maminky i tatínkové s RS řeší obtížně přijatelný fakt, že svým dětem přestávají stačit. Progrese nemoci a její důsledky projevující se zejména v motorice a vitalitě jedince vedou k tomu, že jako rodič–pacient vnímá svůj handicap ještě více. Bojí se o to, že děti budou ve svém okolí vystaveni výsměchu („Tvoje maminka chodí jako opilá“, „Tatínek neumí ani řídit auto.“). Je proto nesmírně důležité, aby s psychoterapeutem pacienti–rodiče probrali tyto své obavy a otázky a společně s ním se dobrali konkrétních rad a způsobů, kterými mohou své děti ochránit, pomohou jim komunikovat o nemoci svého rodiče s okolím tak, že je to společensky neohroží. Také je důležité, aby rodiče viděli svou hlavní úlohu v jiných bodech, než jsou aktivity s dětmi náročné na výkon, pohyb, energii. Rodič má hledat takové činnosti, které ho nevyčerpají, a ty, které



už nezvládá (dlouhé cyklovýlety, sjezdové lyžování apod.), může přesunout na jiného člena rodiny nebo využít veřejných služeb (kroužky, tábory...).

Závěr

Pro psychoterapeutickou stejně jako pro jinou pomoc platí, že je důležité, aby si o ni pacient uměl říct, nestyděl se a uvědomil si možné benefity z této pomoci. A také je výhodné, řekne-li si o ni včas, předtím, než se určité obtíže a symptomy příliš rozšíří do pacientova prožívání a do celého jeho života. Mezioborová spolupráce může včasné zapojení pacientů do psychoterapie výrazně usnadnit.

Pro pacienty se závažnou diagnózou a také pro jejich partnery a rodiny je psychoterapeutická pomoc cestou, jak si výrazně zlepšit (nebo navrátit) kvalitu života a jak předejít mnoha zbytečným nepříjemným událostem, zážitkům, pocitům. Terapeutická cesta je někdy obtížná, někdy bolestivá a někdy pacienty i jejich rodiny vystavuje nepříjemným otázkám, které se dotýkají niterných zkušeností, strachů nebo očekávání. Přesto je cestou vedoucí k hlubšímu pochopení sama sebe i druhých a jejich prožívání. Terapie bývá doprovázena zážitky uvědomění si, respektu ke svým hranicím i přijetí dříve nesrozumitelných či odmítaných reakcí druhých. Cílem této cesty je změna. Změna k lepšímu, která se odehraje napříč celým životem pacienta. Začne vlídnějším sebezpřijetím a celkovým zklidněním se (zakotvením se v životě). Pokračuje do nitra vztahů a promítne se do projevů, chování a řešení mnoha situací. Doprovodným pocitem je úleva. A někdy i jen samotná úleva může být příjemnou, vítanou změnou.

Kombinované programy psychoterapie a fyzioterapie

Renáta Malinová, Mgr. Lucie Suchá

*Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF a VFN v Praze
MS rehab, z. s.*

Úvod

Rehabilitace patří v posledních letech mezi nejdůležitější součást komplexní péče o pacienty s roztroušenou sklerózou (RS). Tou nejzásadnější je pochopitelně farmakoterapie, ale také cvičení (fyzioterapie, fyzická aktivita apod.), psychoterapie a kognitivní trénink jsou neméně důležitou součástí. Z naší praktické zkušenosti doporučujeme kombinaci péče o tělo i psychické zdraví. Další důležitou podmínkou je včasné zahájení jak léčby, tak rehabilitace, ideálně ihned po diagnostikování onemocnění. Nejnovější studie dokonce spekulují o tom, zda vhodně volená pohybová aktivita nemůže sloužit jako prevence nejen vzniku nových symptomů či jejich zhoršení, ale dokonce i vzniku samotného onemocnění. Když se nad tím zamyslíme selským rozumem, dává to smysl. Všichni bychom o sebe měli pečovat, hýbat se, učit se pracovat se stresem, dostatečně spát, zdravě jíst. U lidí s RS to pak platí dvojnásob. Hlavním úkolem rehabilitace je zlepšení kvality života klienta. Každý člověk s RS je jiný a má velmi individuální potřeby. RS má zároveň proměnlivý obraz a i z toho důvodu je obtížné popsat univerzální rehabilitační postup. Ideální je respektovat aktuální stav a období, ve kterém se pacient nachází, a podle toho mu vytvářet terapeutický program ušitý na míru. Měla by být zohledněna nejen biologická, ale kromě toho i osobní, interpersonální a sociokulturní rovina. Duch a tělo – „mind and body“ se vzájemně ovlivňují. Proto považujeme propojení práce s psychikou a tělem pro pacienty za velmi výhodné a přínosné.

Tento článek bude hovořit o výhodě programů, které propojují fyzioterapeutické a psychoterapeutické techniky. Zároveň samozřejmě uznáváme kvality ostatních cvičebních technik i psychoterapeutických směrů, kterým se věnují jiné kapitoly.

Stres a roztroušená skleróza

Stále více odborníků zkoumá souvislost mezi stresovými zážitky a výskytem autoimunitních onemocnění (do kterých spadá i RS). Do nedávné doby byla role stresu velmi kontroverzní. Stále sice není jednoznačně jasné, jakým mechanismem stres onemocnění ovlivňuje, ale některé studie již ukazují, že zvýšený výskyt stresu v období před diagnostikováním onemocnění může hrát významnou roli v propuknutí onemocnění. Přítomnost stresu také prokazatelně zhoršuje imunitu a zánět mozkové tkáně. Obzvláště náročný je dlouhodobý stres bez, byť relativního, uvolnění. Dále je prokázáno, že



pacienti s RS mají nižší „self-efficacy“ (pro tento termín bohužel neexistuje výstižný český překlad, proto používáme originální termín; do češtiny se jen výjimečně překládá například jako vnímání vlastní účinnosti). Self-efficacy se vztahuje k přesvědčení individua o kontrole nad událostmi a o možnosti ovlivňovat svůj život. Pocit schopnosti řídit chod dění je spojován s představou lepšího zvládnání životních těžkostí. Lze říci, že tam, kde se lidé domnívají, že jsou s to kontrolovat chod dění, lépe zvládají vlastní emocionální stav a také se staví čelem nepříznivým životním událostem. Oproti tomu níže vnímaná vlastní účinnost je považována za osobnostní rys, který zakládá psychickou zranitelnost – tendenci k depresím a k podléhání stresu. Tito lidé trpí sebeobviňováním za vlastní špatnost, ztrácejí víru v sebe, snadno všechno vzdávají. Žijí s pocitem beznaděje, stávají se oběťmi, zaměřují se na pochybnosti a přicházejí postupně také o sociální podporu. Jak dobře se se stresem vyrovnáme nezáleží pouze na naší genetické výbavě, ale i na významu, který stresu přikládáme, a především na dřívějších zkušenostech a na pocitu nebo víře, že stres dovedeme více či méně zvládnout, resp. ovlivnit. Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti s RS mívají větší náchylnost stres kumulovat, nechávat se jím více zahltit a hůře ho zvládají. U lidí vzniká při nekontrolovatelném a neovladatelném stresu pocit bezmoci. Pokud tedy vyjdeme z toho, že dlouhodobý stres a neschopnost s ním pracovat může přispívat ke zhoršování průběhu onemocnění, nabízí se řešení právě pomocí psychoterapie a fyzioterapie (nebo přímo fyzických cvičení) anebo ideálně terapie kombinující oba směry. Díky dlouhodobé práci na psychické a fyzické kondici mohou pacienti ovlivnit průběh onemocnění a aktivně se podílet na kvalitě svého života.

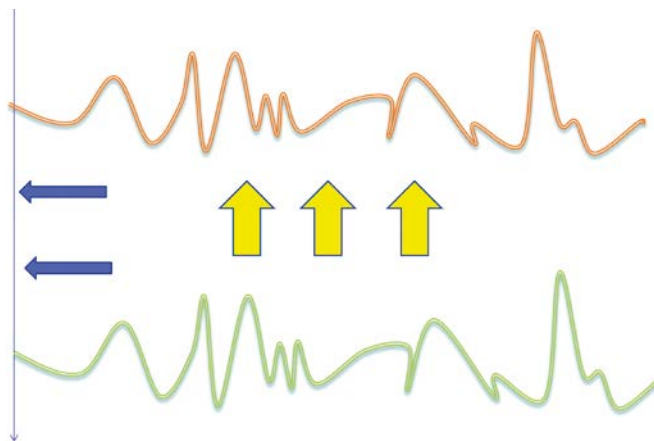
Co se prakticky děje v těle při stresu?

Pradávni lidé zažívali návaly stresu vždy jen v určitých momentech života, při nichž docházelo k vyplavení vysoké dávky adrenalinu a kortizolu do těla jen po omezenou dobu, což jim umožňovalo přežít například v boji nebo na útěku. Po zbytek času byl jejich organismus v klidovém stavu, a to bylo v celkovém výsledku pro tělo zdravé. Dnes už takovým situacím vystavování nejsme, nicméně novodobý styl života mnohdy vede ke stavům, kdy nám v těle stresové hormony kolují neustále, což zdravé není.

Nízká míra stresu, pokud se objeví nárazově v určitých situacích, nemusí být pro organismus škodlivá, naopak člověku umožňuje čelit novým výzvám. Permanentně zvýšené hladiny stresových hormonů vedou k chronickému stresu, který může způsobit úzkosti a deprese. Dochází k němu tehdy, když odmítáme řešit příčiny, které stres způsobily.

Dnešní člověk sice nemusí běžně čelit život ohrožujícím situacím – nemusíme bojovat o přežití s predátory ani si zachraňovat holý život útekem či v roli „mrtvého brouka“ (zamrznutí). Našimi stresory jsou jiná nebezpečí, ale fyziologická pohotovostní stresová reakce je totožná. Jenže my přirozeným způsobem nevyplavíme adrenalin a kortizol, nevybijeme je ve fyzickém boji ani při úprku, natož abychom je „vytřepali“, když se probíráme ze zamrznutí. My se chováme jako způsobilí civilizovaní lidé a všechny chemický a emoční odpad si ponecháváme v těle a v duši.

Obrázek 1. Zjednodušené schéma životních událostí



Životní příběh každého z nás je víceméně jízdou na horské dráze. Šťastné i bolavé zážitky vlní zelenou křivkou (obrázek 1), a pokud se nám daří se z propadů i výšin splavně vracet do příjemného normálu, vedeme docela zdravý život. Pokud takto vyrovnaně plujeme životem, zpracováváme všechny události v těle i v duši optimálně. Ovšem vzhledem k tomu, že mnohé z naší přirozenosti jsme poztráceli či obětovali jiným cílům, tlačí nás neošetřený stres do vyšších frekvencí (žluté šipky) a my žijeme tentýž, a mnohdy ještě komplikovanější, život (červená křivka) v daleko větší zátěži.

A právě v tom prostoru mezi zelenou a červenou křivkou (modré šipky) se kumuluje chronický stres, který negativně ovlivňuje fyzické a psychické zdraví. Ovšem je to i prostor, kde máme my sami mnoho možností k tomu, abychom svou situaci ovlivnili pozitivně. Stresu se v běžném životě nevyhneme, ale právě jsme si osvětlili, že nepřátelský je ve chvíli, kdy se stane chronickým. Proč se tak děje, může mít mnoho různých příčin a jsou pro každého člověka specifické. Může se tak stát vlivem déletrvajícího napětí v partnerských či pracovních vztazích nebo i působením zdánlivě banálních událostí v minulosti, v dětství. V situacích, kdy bylo něčeho příliš mnoho, něco se stalo příliš rychle nebo příliš brzy a naše obranné reakce nedokázaly situaci efektivně vyřešit. Zůstaneme zahlceni pocity bezmoci, strachu, lítosti, hněvu, které jsme nemohli/neuměli vybit. Cokoliv těžce zpracovatelného se neztratí samo, ale spíše se uloží v našem nevědomí jako trauma. Trauma je pojem velmi široký. V klasické somatické medicíně jde o jakýkoli zásah do organismu, který vede k narušení jeho celistvosti a neporušenosti. Traumatem se tak stává cokoli od říznutí nožem do prstu přes autonehody až po komplikované zlomeniny, operace a úrazy.



V psychologii se bavíme spíše o traumatech psychických, ačkoli trauma tělesné se může také v psychice odrážet. Nějakým traumatem si zřejmě prošel každý z nás. Jsou to okamžiky, kdy jsme vrženi daleko za vlastní hranice a čelíme silám, které nedokážeme ovlivnit. Dokonale idylické dětství nezažil nikdo, spousta dětí zažívá chronický strach, stres a trauma, a to nejen v extrémních, krizových situacích, ale i v běžném, normálním životě. Nejrůznější traumata, mnohdy na nevědomé úrovni, se ve stresu vynořují. Nejnovější poznatky z psychologie, genetiky, endokrinologie, neurobiologie a imunologie potvrzují, že takováto zranění ovlivňují psychické a tělesné zdraví. V rozsahu tohoto článku budeme mluvit o stresu, nicméně trauma jako samostatné téma se později vždy v terapii objeví.

Výsledkem jsou nejrůznější symptomy a obtíže, nebo „jen“ pohotovost k depresi či úzkostem. Často také, aniž bychom si to uvědomovali, reagujeme na určité lidi, události nebo situace způsoby, které jsou ozvěnami minulosti.

Mnohá úskalí akutního stresu dokáže člověk vyřešit sám, případně za podpory rodiny a přátel. V životě se však vyskytnou i situace, kdy pomoc okolí nestačí a v takovýchto případech je na místě odborná pomoc. Porozumět příčinám svých potíží můžeme zvědoměním skrze tělo či skrze duši.

Povědomí o tom, co je fyzioterapie, se zlepšuje a mnoho pacientů ji aktivně vyhledává. Fyzioterapie je cílená léčba obtíží. Není to služba, díky níž si máte odpočinout, i když pasivní techniky používá také. Fyzioterapie má vždy nějaký záměr, a tím je pomoci od aktuálního problému, odhalit jeho příčiny, nastartovat samouzdravné mechanismy a hlavně pomoci pacientovi rozumět lépe svému tělu. Fyzioterapie není servis těla ale aktivní spolupráce pacienta a terapeuta. Bez aktivního přístupu, tedy motivace ke změně, není možné dosáhnout dlouhodobých výsledků.

Obecně bývá psychoterapie definována jako léčba duševních obtíží spolu s psychiatrickou medikací (např. léčba deprese). Je ale využívána i pro pomoc lidem, jejichž potíže nejsou nemoci, a dokonce i jako prostředek osobního růstu. Psychoterapeut se na určitý čas stává průvodcem pacienta na jeho cestě životem. Pomáhá mu uvědomit si své potřeby, změnit postoj k sobě nebo k lidem a životním situacím, osvojit si nové dovednosti, a v neposlední řadě dopomáhá pacientům s chronickým onemocněním rozvinout aktivní přístup k léčbě a vytvořit nový zdravější životní styl s respektem k nemoci a k sobě samému. Psychoterapie je součástí komplexní péče podobně jako fyzioterapie. Bohužel je pro lidi stále snadnější říct, že chodí na rehabilitaci nebo každý týden plavat a dělají tak něco pro své tělo, než že chodí každý týden ke svému terapeutovi a dělají tak něco pro svou mysl. Krom toho, že psychoterapie může být i zcela zdravému člověku velmi prospěšná v osobním růstu, pomáhá všude tam, kde je člověk v aktuálně těžké životní situaci (nově diagnostikovaní pacienti, pacienti v atace či ve zhoršujícím se stavu) nebo prostě žije v dlouhodobě zatěžující situaci – s chronickým onemocněním, jakým roztroušená skleróza bohužel je.

Propojíme-li cvičení a psychoterapii, získáme psychoterapii zaměřenou na tělo, bodyterapii.

Psychoterapie zaměřená na tělo

Pracuje s tělem jako s velmi důležitým zdrojem léčivých prožitků, jako s prostředkem přímé cesty k naší osobní historii a k bytí tady a teď. Jedná se o specifický, intenzivní a zároveň bezpečný způsob sebepoznání, seberozvoje a údravy člověka po stránce psychické i tělesné. Práce s tělem významně prohlubuje a zintenzivňuje celý psychotherapeutický proces a usnadňuje přenos nových zkušeností do každodenního fungování. Terapeut pomáhá klientovi uvědomit si své obtíže a vyjádřit se na rovině nejen myšlenkové, ale také tělesné a emoční. K tomu slouží speciální techniky a postupy rozvoje vnitřní pozornosti, dechu, spontaneity, uvolňování svalových napětí, rozvoje pohybového a hlasového vyjádření tělesných a emočních prožitků. Cílem je, aby klient pomocí lepšího propojení se svým nitrem/tělem sám poznal, co potřebuje, aby rychleji a včas reagoval na signály, které jeho tělo/duše vysílá. Myšlenkami se snadno obelžeme, tělo/emoce nelžou nikdy. Jen je třeba naslouchat. Pomáhá nám ve vyjádření, uvolnění prožitých zranění a stresových zážitků. Ideálně bychom v rámci psychohygieny měli bodypsychoterapii využívat i preventivně, nejen jako záchranu v obdobích již se vyskytujících problémů. Lepší kontakt s naším tělem nám usnadní přístup k informacím, které jsou v těle uloženy, porozumět jim a zpracovat je. Tím podporujeme naši přirozenou schopnost uzdravování.

Nebojte se podívat dovnitř sebe samých, tato zajímavá, náročná a často také bolavá cesta stojí za to!

Závěr

Porozumět příčinám svých potíží můžeme zvědoměním skrze tělo či skrze duši. Ale protože člověka nelze rozpůlit, je naprosto přirozené se vnímat celistvě. Výhodný je tedy komplexní přístup. Ti, kteří přicházejí se svými pocity a životními situacemi na psychotherapii, a ti, kteří rozmanitě pracují s tělem na fyzioterapii, otevírají cestu k celostnímu přístupu, ze kterého pramení všechny naše aktivity směřující ke stabilizaci nemoci, nalezení a udržení kvality života. Všichni pacienti nás učí, že člověk není pouze diagnózou. RS je jen jejich malou částí, ukazují nám, jak tělo a duše spolu souvisí a jaký kus bohatství a možností je v každém z nás.

Bohužel přestože víme, že komplexní péče, a především její včasný začátek je pro naše pacienty naprosto zásadní, je to v našich krajích nadstandard fungující v minimu specializovaných RS center.

Popis ambulantních kombinovaných programů pro pacienty s RS, které probíhají v Centru pro demyelinizační onemocnění 1. LF UK a VFN v Praze

Propojením psychotherapie a fyzioterapie dostává komplexní péče o pacienta další rozměr.

V psychosomatických programech VAŠE ZDRAVÍ PATŘÍ VÁM jsme zpracovali téma **symptomů** a **únavy**. Inspirovali jsme se knihou Jak lépe žít se zdravotními problémy, ve které autoři na základě dvacetileté klinické praxe a vědeckých výzkumů předkládají šestitýdenní ozdravný program ke zmírnění



symptomů chronických onemocnění, který zahrnuje řadu názorných příkladů, technik a cvičení. Cvičení jsme upravili dle specifických potřeb pacientů s roztroušenou sklerózou. Skupinový program probíhá v malé tělocvičně pro cca 12 lidí. Pacienti jsou vedeni psychoterapeutickými a fyzioterapeutickými technikami a intervencemi k vnímání signálů těla a pochopení souvislostí a významů svých symptomů. Sdílení ve skupině a cvičení pomáhá pacientům k rekonstrukci negativních myšlenek, chování a myšlení.

Podobný šestitýdenní program pro cyklus VAŠE ZDRAVÍ PATŘÍ VÁM jsme vytvořili na téma **emoce**, emoční zranění, inspirované knihou Emotional First Aid: Healing Rejection, Guilt, Failure and Other. Autor v ní popisuje základní zdroje emočních úrazů a kromě samotné definice nastiňuje i řešení, která má ověřená ze své vlastní terapeutické praxe. V této skupině se pacienti učí vnímat, jak emoce a tělo spolupracují a jak je možné celý proces vnímat a měnit, a tím čelit akutnímu i chronickému stresu.

Na dotazníkové škále Outcome Rating Scale (ORS) hodnotí absolventi programů jednoznačně zlepšení prožívání ve všech oblastech (v tělesných pocitech, ve vztazích, ve společnosti i v celkovém pocitu prožívané spokojenosti).

Popis víkendových kombinovaných programů

Ambulantní rehabilitační programy směřují ke stabilizaci nemoci, nalezení a udržení kvality života. Jsou výhodné pro svoji pravidelnost a relativní dlouhodobost. Intenzivní vícedenní (či víkendové) pobyty velmi významně potencují účinek léčby. Proto pacienti, kteří běžně pečují o svou fyzickou a psychickou kondici s fyzioterapeuty a psychoterapeuty, dostávají další šanci, jak se učit ovlivňovat průběh nemoci a svou životní pohodu v zážitkovém programu POTKALO SE TĚLO S DUŠÍ. Program Potkalo se tělo s duší probíhá formou tří denních pobytů s cca šestnácti účastníky. Ve skupině jsou jak pacienti relativně nově diagnostikovaní, tak ti, kteří s nemocí již nějakou dobu žijí. Víkendovým pobytem si pacienti zajistí odstup od každodenních povinností, starostí a vlivů a získají čas a prostor sami pro sebe. Cyklus je nastaven na tři navazující pobyty. Během programu se vždy střídají fyzioterapeutické a psychoterapeutické techniky, které poskytují příležitost být v kontaktu se svým tělem i se svými myšlenkami. Nezanedbatelnou součástí programu je i řízená relaxace, a pokud počasí dovolí, cvičení v přírodě. Komunitní forma pobytu dává všem členům skupiny, kteří jsou „na jedné lodi“, příležitost i k neformálním rozhovorům a vzájemně inspirujícímu sdílení.

Cílem programu je prostřednictvím vybraných typů rehabilitace naučit pacienty lépe chápat propojení těla a duše, zvýšit jejich self-efficacy, nastartovat odpovídající zdravotní styl, naučit je pracovat se symptomy onemocnění, zvýšit efektivitu léčby a oddálit invaliditu.

O kladném působení skupinové rehabilitace není pochyb. Ke zlepšení dochází nejčastěji v oblasti symptomů, interpersonálních vztahů a životní spokojenosti.

Díky silnému sebepoznání jsou schopni a ochotni nastartovat odpovídající zdravotní styl a pracovat se symptomy onemocnění, což zvyšuje efektivitu léčby, a tím oddaluje invaliditu. Umí využívat své možnosti a zdroje ke kvalitnímu a smysluplnému životu a posilovat motivaci k tomu, aby se naučili

Dobrá rada pro pacienty

s nemocí žít. Snáší lépe obtíže, které s sebou nemoc i léčba přináší, udržují zájem o všechny oblasti svého života a dobře spolupracují s léčebným týmem. Cyklus je rozdělen do tří víkendů (úvodní seznámení, arteterapie, muzikoterapie) a do nástavbových pro pokročilé klienty (bioenergetika, Feldenkreisova metoda a další).

Tyto víkendové pobyty probíhají díky podpoře Nadačního fondu Impuls již od roku 2011.

Fotografie z víkendových pobytů





Současné trendy v rehabilitaci pacientů s roztroušenou sklerózou

Význam psychoterapie v léčbě roztroušené sklerózy

Renáta Malinová

Centrum pro demyelinizační onemocnění, Neurologická klinika, 1. lékařská fakulta
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

O každé oblasti existuje nějaké obecně rozšířené povědomí. Stejně tak u psychoterapie. Pohledy se mohou různit. Je to metoda, jak léčit bláznů, jak pomoci slabochům, kteří si neumí poradit sami? Je to forma seberozvíjení, nebo je to obor, který pomáhá lidem žít lépe a vyrovnat se s tím, co je trápí? Obecné povědomí je rozporuplné.

Co může psychoterapie nabídnout

Psychoterapie je definována jako léčba duševních obtíží spolu s psychiatrickou medikací (např. léčba deprese). Je ale využívána i pro pomoc lidem, jejichž potíže nejsou nemocí a dokonce i jako prostředek osobního růstu, takže její záběr je velmi široký. Psychoterapeut se na určitý čas stává průvodcem klienta/pacienta na jeho cestě životem. Pomáhá mu uvědomit si své potřeby, změnit postoj k sobě nebo k lidem a životním situacím, osvojit si nové dovednosti, a v neposlední řadě dopomáhá pacientům s chronickým onemocněním rozvinout aktivní přístup k léčbě a vytvořit nový zdravější životní styl s respektem k nemoci a k sobě samému.

Psychoterapie je součástí komplexní péče podobně jako fyzioterapie

Bohužel je pro mnoho lidí stále snadnější říct, že chodí na rehabilitaci nebo každý týden plavat a dělají tak něco pro své tělo, než že chodí každý týden ke svému terapeutovi a dělají tak něco pro svou mysl.

Kromě toho, že psychoterapie může být i zcela zdravému člověku velmi prospěšná v osobním růstu, pomáhá všude tam, kde je člověk v aktuálně těžké životní situaci (nově diagnostikovaní pacienti, pacienti v atace či ve zhoršujícím se stavu) nebo prostě žije dlouhodobě v zatěžující situaci – s chronickým onemocněním, jakým roztroušená skleróza bohužel je.

Psychický stav pacienta má vliv na průběh choroby. Pacienti s aktivním přístupem ke své chorobě progredují pomaleji. Pacienti, kteří absolvovali pravidelnou psychoterapii, měli na MR méně enhancujících ložisek než kontrolní skupina. Až tak zásadně může psychika ovlivnit chorobu. Lze to změřit magnetickou rezonancí. Psychoterapie nevede tedy jen k tomu, že se pacient se svou závažnou



chorobou cítí lépe, i když i to je velmi důležitý počín. Pacientům v terapii klesl počet zánětlivých ložisek. Je to vědecky relevantní důkaz efektu metody, která byla považována jen za podpůrnou.

Přínos psychoterapie

Psychoterapie probíhá jako strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a klientem, v průběhu které dochází k rozšíření a prohloubení sebepoznání a vede k omezení sebezníčujícího chování, k účinnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů. Pomáhá pacientům lépe se přizpůsobovat životním situacím, získat náhled (porozumění souvislostem a neuvědomovaným motivům), získat nové informace, učit se chybějícím sociálním dovednostem. Psychoterapie má vést k pocitům sebeuplatnění a seberealizace (zvýšení sebevědomí), k uskutečňování vlastních možností a naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti, a tím i k celkovému zvýšení kvality života. Psychoterapie ale klade na pacienta nároky ve smyslu jeho vlastní aktivity, motivace a zodpovědnosti za své jednání, svůj životní styl a prevenci svého zdraví, a to jak fyzického, tak psychického. Pacienti mnohdy potřebují hlavně prostor ke sdílení emocí, naslouchání a provázení. Mohou si k psychoterapeutovi přijít pro podporu, informace, vyvztekát se, vyplakat se, popřemýšlet, hledat odpovědi, srovnat myšlenky, najít motivaci a sílu. Psychoterapie pomáhá pacientům přijmout novou životní situaci, odpoutává je od chorobného procesu a dává prostor pro zvědomění souvislostí mezi tělem, pocity a životními událostmi. Podstatná je motivace k tomu, aby se naučili s nemocí žít, dokázali snášet obtíže, které s sebou nemoc i léčba přinášejí. Důležitým úkolem terapie je udržet pacientův zájem o všechny oblasti jeho života. Pomoci vytvořit a podporovat jeho spolupráci s léčebným týmem.

Psychoterapeutická pomoc může spočívat i v edukaci při vyrovnávání se s vážným onemocněním, se stresem aj. Z toho může těžit i rodina pacienta, neboť onemocnění nedopadá jenom na postiženého, ale rovněž na blízké osoby, které mohou být pod neustálým přívalem problémů a bezvýchodnosti situace rovněž psychicky vyčerpáni. Udržet pozitivní naladění a konstruktivní postoj ve složitém životním období může přinášet prospěch všem.

Výběr vhodné psychoterapie a terapeutického postupu je ovlivněn:

- ▶ osobností psychoterapeuta – což bývá často pro nemocného to nejdůležitější, na čem mu záleží; s vědomím závažného onemocnění si pacient vybírá za „zpovědníka“ toho, kdo je mu lidsky nejbližší, před kým nemá obavy odhalit své nejtajnější obavy a přání; teprve potom (jestli vůbec) je pro něj důležitá i forma zvolené psychoterapie. Výzkumy ukazují, že v pacientově uzdravování hraje jeho očekávání, víra v uzdravení a vztah s lékařem zásadní roli. Psychoterapeut je cvičen v tom, aby klienta provázel, vytvářel bezpečné prostředí a nabízel mu své odborné dovednosti. O tom, kam má terapie směřovat, ale rozhodují klient i terapeut společně.
- ▶ osobností nemocného – zde by měla být na prvním místě motivace nemocného; je-li pozitivní a nemocný má zájem o vlastní léčbu, pak je jeho spolupráce s lékařem a tolerance náročné léčby na dobré úrovni; v případě negativní motivace vystupuje do popředí spíše sekundární zisk z nemoci,

neochota změnit postoje a styl života; pak je velmi těžké přivést nemocného k přiměřenému náhledu na onemocnění, jeho spolupráce nebývá příliš dobrá.

Možnosti psychoterapie

Otázkou je, co považujeme za terapeutický úspěch. Ne vždy dospějeme k tomu, že problém, s nímž klient do terapie vstoupil, díky terapii zmizí. Terapie ale může přispět k tomu, že se tím problémem přestane tolik trápit nebo si najde způsob, jak s ním zacházet, aby mu příliš nekomplikoval život. I to může být velmi cenné. Pro některé klienty je dokonce zásadním úspěchem to, že se jejich potíže dále nezhoršují a že dokáží v životě nějak fungovat.

Během dlouhých desetiletí se postupně vyvíjelo množství psychoterapeutických směrů, kladoucích různé požadavky nejen na osobnost terapeuta, ale také na osobnost nemocného. Zajímavým poznatkem je, že jednotlivé psychoterapeutické přístupy se od sebe v obecné míře účinnosti prakticky neliší. Nelze tedy říct, že by některý z nich byl lepší než jiný. Samozřejmě pro různé klienty či potíže se mohou více hodit různé přístupy a je důležité, aby se jednalo o přístup, který danému klientovi sedí a dává mu smysl. Výzkum zaměřený na srovnání účinnosti psychoterapie s účinky farmakoterapie ukazují, že psychoterapie je s účinností psychofarmak nejen srovnatelná, ale také, že zisky dosažené pomocí psychoterapie obvykle přetrvávají déle než zisky z farmakoterapie. Otázka by však neměla znít, zda je lepší jedno či druhé. Někdy je vhodné oba přístupy kombinovat – psychofarmaka mohou pacientovi pomoci překlenout nejtěžší období a stabilizovat se. Díky psychoterapii pak začne svým potížím lépe rozumět a může udělat ve svém životě změny, které z dlouhodobého hlediska mohou vést k tomu, aby již psychofarmaka nepotřeboval. Některé potíže ale bez farmakologické pomoci zvládnout nelze.

V praxi se nejlépe osvědčily tyto přístupy

Podpůrná psychoterapie – akceptující, neohrožující, vyznačující se empatií, opravdovostí. Nesnaží se změnit osobnost, ale nabízí porozumění, podporu a pomoc, zdůrazňuje pozitivní rysy, vede k důvěře ve vlastní síly a pomáhá zvládat aktuální situace a problémy. Je hlavním přístupem k nemocným, cestou navázání kontaktu a získání důvěry. Podpůrná psychoterapie pomáhá člověku unést obtížnou životní situaci či problémy, které nemůže, nebo nechce změnit. Psychická podpora a zájem umožňuje lépe snášet stres.

Racionální psychoterapie – opírá se o logické myšlení, snaží se pomoci nemocnému odstranit nerealistické názory, nedostatečnou informovanost, srovnávání se s druhými nemocnými, nenechat se ovlivnit názory laiků. Racionální psychoterapie se zaměřuje na logické myšlení klienta. Působí především na rozum, soudnost a kritičnost. V centru pozornosti je výklad a objasnění podstaty problému, příčin jeho vzniku a psychosomatických souvislostí. Cílem je dosažení změny názorů a postojů a životních hodnot. Předpokladem je důkladný rozbor anamnézy, který již sám je významným psychoterapeutickým činitelem. Tento přístup se může stát nosnou metodou po celou dobu terapie.



Rogerovská psychoterapie – „terapie zaměřená na člověka“ či „terapie rozhovorem“. Jejím specifickým rysem je to, že vychází ze samotného klienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj. Jde o terapii důvěrným otevřeným rozhovorem, při němž se terapeut vcítuje do klienta, plně ho respektuje, podporuje jeho otevřené sebeprojevování a současně může autenticky projevit své osobní pocity.

Narativní terapie – člověk se v tomto pohledu jeví jako bytost vyprávějící, narativní. Vytváří a vypráví svůj životní příběh, složený ze sledu událostí, které se odehrávají v jeho životním čase. Svým vyprávěním přiděluje jednotlivým událostem a vztahům určitý význam. V terapii dostává možnost svůj příběh aktivně měnit. Terapeut se pak stává spoluautorem nového příběhu tím, že v terapeutické situaci vytváří podmínky pro změnu.

Relaxační metody – vycházejí z poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva. Obchází logické myšlení, využívá přesvědčivě podávaná tvrzení zaměřená na odstranění potíží. Cíleným působením na jednu oblast pak můžeme ovlivnit i další.

Náhledová psychoterapie – zabývá se pacientovým náhledem na léčbu, na nemoc a příčinu onemocnění. Důležitá je zejména přiměřená informovanost nemocného a následná pomoc se zpracováním těchto informací. Vytvoří-li si nemocný na své onemocnění přiměřený náhled, je pak schopen lépe a aktivně spolupracovat s lékaři a ovlivňovat svou další životní cestu.

Logoterapie – pomáhá pacientovi najít východisko z jeho existenciální frustrace. Využívá k tomu průzkumu a podpory osobního hodnotového žebříčku pacienta. Za základní atributy lidského života považuje svobodu a odpovědnost vůči svědomí.

Behaviorální psychoterapie – jedná se o techniky učení a nácviku. Vede k sebekontrolě, učí zvýšení autoregulace vlastního chování, emocí a myšlení. Je vhodná zejména pro ty, kteří stavějí na rozum a vědeckém vysvětlení toho, co se s nimi děje a co sami dělají.

Jednoznačným trendem je integrování různých psychotherapeutických prvků do terapie cílené na konkrétního pacienta dle jeho specifických potřeb. Na začátku psychoterapie je vždy žádoucí, aby klient za pomoci terapeuta definoval aktuální problém, „zakázku“ či kontrakt, čili s čím klient vlastně přichází, co by chtěl změnit či na čem potřebuje pracovat. Formují se tak reálná očekávání, která mohou redukovat klientovy problémy, a tak se také psychoterapie sama stává účinnější. Pro pacienty s RS je vhodná úvodní provázející terapie, která přechází ve střednědobou (cca tříměsíční, 1x týdně hodinová konzultace) individuální psychoterapii s tematicky vydefinovanou pacientovou zakázkou. Nejčastější zakázky pacientů bývají:

- ▶ odžití emocí,
- ▶ získání informací,
- ▶ zmapování osobní situace,
- ▶ nácvik podpůrných dovedností (asertivita, autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, strategie zvládání stresu),
- ▶ vyrovnání se s nemocí,

- ▶ nastavit nově fungování v zaměstnání, v rodině, ve vztazích,
- ▶ naučit se komunikovat (o nemoci),
- ▶ naučit se nevytvářet si stres,
- ▶ najít jiný úhel pohledu.

Později je vhodná skupinová psychoterapie. Skupinová psychoterapie je přístup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku – vztahy a interakce mezi členy skupiny, a tím nabízí prožít širší roviny než terapie individuální. Nejdůležitějšími faktory je volná možnost sebeprojevení a zpětná vazba, emoční podpora, projekce, sdílení problémů, naslouchání a čerpání inspirace, společné zkušenosti, využití konkrétních situací.

Prostřednictvím skupinové terapie lze:

- ▶ získat větší náhled na své problémy a potíže,
- ▶ naučit se lépe a efektivněji komunikovat, sdělovat své potřeby a pocity,
- ▶ vidět svůj problém v širších či jiných souvislostech než dosud,
- ▶ zvolit vhodné řešení svých potíží na základě srovnání zkušeností druhých,
- ▶ získat nové zkušenosti a dovednosti v přijímajícím, bezpečném prostředí,
- ▶ prožít korekční (opravnou) emoční zkušenost,
- ▶ naučit se lépe prezentovat i naslouchat druhým,
- ▶ více poznat sám sebe.

Nemoc, životní situace i člověk se neustále posouvají a vyvíjejí, proto může pacient zůstat v kontaktu s terapeutem i po ukončení své terapie a využívat jednorázových konzultací či se vrátit do terapie s novými tématy.

Psychoterapie tedy není jen pouhé „povídání si“. Terapeut není v roli náhradních dobrých přátel. Od terapeuta dostane člověk něco jiného než od kamarádů. Rolí terapeuta není jen klienta vyslechnout, jeho hlavním úkolem je dovést klienta k řešení, které zná jen klient sám. Terapeut člověku neříká, co má dělat, tak jak to často zažíváme při běžném kontaktu s rodinou a kamarády. Terapeut je člověk, který díky vzdělání a zkušenosti ovládá umění provést člověka nejrůznějšími životními situacemi, a naučit jej, jak objevit svou vlastní sílu. Není čarodějem, ale nejrůznější psychologické techniky mu umožňují člověka ošetřit a dovést na cestu k větší spokojenosti. Není od toho, aby říkal, co má klient dělat, ale je průvodcem, který ho cestou, na jejímž konci sám objeví řešení svého problému, provází. Anebo se alespoň naučí, jak zvládat věci, které vyřešit nejdou. Člověk je nucen čelit životu sám, díky terapii však ví, že to zvládne, a naučí se přístupy, které mu to, čemu čelí, zvládnout umožní.



Děkujeme partnerům publikace za podporu vydání:

MERCK



NADACE ČEZ

teva

podporuje projekty se zaměřením na roztroušenou sklerózu



informační portál
o roztroušené
skleróze (RS)



výstava
uměleckých děl
pacientů s RS



webový portál
pro pacienty
a veřejnost



ReMuS – registr RS
Rozsvíťme ČR



Nadace
**JAKUBA
VORÁČKA**

intenzivní
terapeutické
programy pro
pacienty s RS



brožura
Cvičení při RS



telefonická poradna
pro všechny pacienty
s RS, jejich blízké
a veřejnost



konference pro
rodinné příslušníky,
přátele a partnery



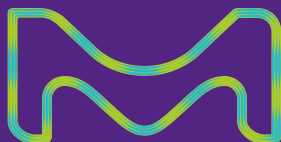
spolek
rehabilitačních
odborníků
zaměřených na RS



maraton
24hodinového
cvičení



Roskiáda
Světový den RS





ROZTROUŠENÁ SKLERÓZA/MULTIPLE SCLEROSIS

& FYZIOTERAPIE, PSYCHOTERAPIE, ERGOTERAPIE, SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

- Spolek zaměřený na podporu a vzdělávání terapeutů, kteří pečují o pacienty s roztroušenou sklerózou
- Organizace regionálních odborných seminářů, lednové výroční konference, školení cvičitelů aj.

msrehab.cz

- > Interaktivní mapa kontaktů na terapeuty
- > Odborné materiály (články, prezentace aj.)
- > Kalendář akcí
- > Aktuality z oboru
- > YouTube kanál

Kontakt: Mgr. Lucie Suchá | e-mail: lucka.sucha@email.cz

MSrehab | zapsaný spolek | IČ: 038 19 302