

# DOBRÁ RADA pro pacienta



Určeno do  
čekáren



## Rehabilitace pacientů s roztroušenou sklerózou



# Obsah

## Slovo úvodem

prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc. .... 5

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

MUDr. Martina Hoskovicová, Ph.D. .... 8

## Pohybové aktivity u pacientů s roztroušenou sklerózou

Bc. Daniela Hillayová .... 11

## Motivace ke cvičení u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Klára Novotná .... 13

## Rehabilitace kognitivních funkcí

Mgr. Dana Chmelařová .... 17

## Význam psychoterapie v léčbě roztroušené sklerózy

Renáta Malinová .... 20

## Únava a možnosti jejího ovlivnění u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Lucie Suchá, .... 25

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

Mgr. Michaela Havlíčková .... 27

## Poruchy chůze u pacientů s roztroušenou sklerózou a možnosti jejich rehabilitační terapie

Mgr. Klára Novotná .... 30

## Nově diagnostikovaní pacienti s roztroušenou sklerózou

Mgr. Lucie Suchá, Renáta Malinová, Mgr. Klára Novotná .... 35

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

Mgr. Ota Gál .... 39

## Sebe-vědomí

Mgr. Dana Chmelařová .... 41

# Rehabilitace pacientů s roztroušenou sklerózou

Tato publikace vychází jako příloha časopisu **Neurologie pro praxi**.

*Editorka publikace: Mgr. Lucie Suchá*

## Kolektiv autorů:

Mgr. Ota Gál, Mgr. Michaela Havlíčková, prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., Bc. Daniela Hillayová, MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D., Mgr. Dana Chmelařová, Renáta Malinová, Mgr. Klára Novotná, Mgr. Lucie Suchá

## Vydavatelství a nakladatelství:

Solen, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

**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., 2016

**Foto na obálce:** Shutterstock

Počet stran: 48

Vydavatel nenese odpovědnost za údaje a názory autorů jednotlivých článků či inzerátů. Texty prošly recenzí.

Reprodukce obsahu je povolena jen s přímým souhlasem redakce.

Nejnovější informace o našich publikacích naleznete v e-shopu na [www.solen.cz](http://www.solen.cz)

ISBN 978-80-7471-180-0



edice **MEDUCA**

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# Rehabilitace u roztroušené sklerózy – úvodní slovo

*prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.*

*Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha*

Rehabilitace je dnes považována za součást léčby většiny neurologických onemocnění. Víme, že je schopna zlepšit velkou část neurologických onemocnění provázených hybnými poruchami, a pokud ne zlepšit, tedy zpomalit progresi postižení.

Ideálně by rehabilitace měla vrátit nemocného člověka do běžného života. U progresivních chorob, jako je roztroušená skleróza (RS), je to cíl ideální, ale zatím ne zcela naplnitelný. Má tedy smysl se snažit?

Samozřejmě ano. Dříve doporučovaný klid a zákaz sportovních aktivit je pro pacienta poškozující a vede k rychlejší progresi neurologického nálezu, dekonkondici a atrofiím z inaktivity. Prohlubuje únavu a depresi. Naštěstí za posledních téměř 20 let se situace změnila a pohybová aktivita je pacientům celosvětově doporučována. Není však jasného konsenzu, jak by měla vypadat, jak často, jaké techniky a jak komplexní by měla být.

Pacient s RS je velmi specifický. Onemocnění probíhá ve vlnách s nepředvídatelným rozsahem a stupněm hybného postižení, jeho zlepšením po kortikoidní léčbě, ale často s časnými deficity ve formě spasticity, bolesti, zhoršení kondice. Pacient je v mladém věku konfrontován s nevyléčitelnou chorobou zánětlivého a autoagresivního charakteru, kterou lze sice moderními léky (jsou-li včas nasazeny) zpomalit, ale rozhodně ne vyléčit. Tato realita často zasáhne jeho rodinnou, pracovní a sociální situaci jako těžká rána, ve které mu není nabídnuta zdravotnickým systémem v podstatě žádná pomoc. Jeho život se zhroutil, potřebuje zoufale nové nastavení, ale o těchto velmi bolestných věcech s ním většinou nikdo nemluví, nebo nejvýše pár neurčitými větami. Ačkoli onkologie má už potřebu psychotherapeutické pomoci ve své koncepci, jiné těžké chronické choroby jen vzácně.

Přítom smíření s nemocí a nastavení reálných očekávání, často změna životních priorit a pracovních i rodinných rolí, je nezbytným předpokladem jak adherence k farmakoterapii, tak spolupráce s ošetřujícím lékařem i fyzioterapeutem.

Další specifikum se týká přímo fyzioterapie. Pacient se často ocitá v situaci, že po první atace jeho hybný deficit vymizí, protože systém má zatím své rezervy. Jenže to je ta pravá chvíle, kdy začít s pravidelnou pohybovou aktivitou jako prevencí postižení při další atace. U pacientů zvyklých na sportovní aktivity je nutno upravit jejich intenzitu, doporučit ty vhodné a vhodnou celkovou zátěž. Je však dnes mnoho pacientů, kteří nikdy žádné pohybové aktivity nevykonávali, jejich životem je pobyt u počítače a televize a jsou bezradní. I zde musí fyzioterapeut nastavit vhodnou

zátěž a pozvolna ji zvyšovat, aby nedošlo k přetížení systému. Bohužel Centra pro demyelinizační onemocnění nemají zatím své vyškolené fyzioterapeuty (to by snad mohlo být v budoucnu lepší, pokud vzniknou centra vysoce specializované péče), proto se péče v různých částech České republiky může velmi lišit.

Dalším problémem je zatím nepříliš velká podpora EBM (medicíny založené na důkazech) v případě fyzioterapie u RS. Proč tomu tak je? Dělat tyto studie je velmi obtížné. Eticky je složité mít skupinu, které se nedostává péče (placebo), zvolit vhodné techniky a vhodná měření efektu. Vybrat podobné pacienty je velmi obtížné. Choroba sama je velmi individuální a navíc zde vstupuje do hry daleko více než u farmakologických studií osobnost pacienta. Lékař může mít pocit, že jde o vhodného pacienta, pacient je zařazen, ale režim nedodrжуje, protože není dostatečně motivován. Problém motivace a objektivní zhodnocení jejího vlivu na výsledek studie zatím není téměř možné. Hraje roli nejen deprese, ale také výchova, porozumění nemoci, rodinná a sociální situace – příliš mnoho faktorů pro statistickou hru, aby se v malých počtech pacientů zahrnutých do studií dal udělat validní závěr.

Přitom podle našich zkušeností má fyzioterapie pozitivní vliv jak na příznaky deprese, tak na kognici, která je postižena u velké části pacientů způsobem, který není snadno odhalitelný, ale později může být důvodem ztráty práce schopnosti. Fyzioterapie pracuje i na této tzv. kognitivní rezervě, musí být však zahájena včas, tak jako všechny léčebné intervence u RS. V opačném případě může být porucha kognice příčinou zhoršené compliance při dlouhodobé fyzioterapii.

A tak mnohé zůstává na nadšení lékařů a fyzioterapeutů, jejich mravenčí práci a práci psychoterapeutů na změně postoje pacienta s RS k jeho vlastní nemoci a vlastnímu osudu.

## K čemu je dobrá rehabilitace?

Rehabilitace má podle své definice vrátit pacienta do aktivního života. Platí to i u roztroušené sklerózy (RS)? Vždyť často se po první atace vrátí vše k normálu.

To je ale jedno ze specifíků RS. Choroba zaútočí a jakoby se stáhne. Klame lékaře i pacienta. S tím je ale třeba počítat.

I když umíme u velké části pacientů nemoc zpomalit, pokud jsou moderní léky nasazeny včas, nemoc zatím není vyléčitelná, a proto je potřeba se na její eventuální útoky připravit aktivně a včas.

Proto vám lékař nebo fyzioterapeut doporučí pohybové aktivity i jejich rozsah hned na začátku nemoci, ideálně hned po stanovení diagnózy.

Že na to nemáte ani pomyšlení, protože se vám zrovna zhroutil život (rodinný, pracovní, sociální)?

Ale to je pro rehabilitaci ta pravá chvíle. K rehabilitaci RS totiž nepatří jen fyzioterapie, ale také psychoterapie. Víme, že deprese ze sdělení diagnózy, její popření a odmítnutí, hněv s tím spojený, a mnoho dalších problémů přichází právě v prvním roce od sdělení diagnózy. Aby byla léčba, kterou vám předepsal neurolog, úspěšná, je třeba nemoc přijmout a rozhodnout se, co se s ní dá dělat.

A v tom je vaše aktivita nezastupitelná. Nejprve třeba právě v tom, že navštívíte psychoterapeuta a rozebere s ním, co s chorobou i depresí dělat, jak si znovu nastavit život a jeho hodnoty.

I deprese, která postihuje v prvním roce nemoci velkou část pacientů, má prospěch z pohybové aktivity, kterou vám pomůže nastavit fyzioterapeut. A to i tehdy, pokud nemáte žádný hybný problém. Ukázalo se, že pohybová aktivita aktivně tlumí zánět, který je podstatou nemoci. Navíc vede k zachování kognitivních funkcí, které mohou být chorobou také postiženy. Je proto třeba neodkládat ji až na dobu, kdy bude trvalý hybný problém přítomen a bude daleko menší šance jej ovlivnit.

Efekt rehabilitace je ovšem zcela závislý na Vaší spolupráci. Pokud nebudete dostatečně motivováni, nebudete doopravdy chtít se svou chorobou aktivně něco dělat, nebude to fungovat. Cvičit za vás nikdo nemůže.

Snažíme se vybudovat síť rehabilitačních pracovišť, kde byste s RS mohli vždy najít pomoc. Zatím nejde o součást běžné zdravotní péče v tom rozsahu, jak bychom rádi, ale věříme, že se nám to časem povede.

**prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.**

Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Kateřinská 30, 128 08 Praha 2  
eva.havrdova@lf1.cuni.cz

# 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. lékařská fakulta Univerzita Karlova*

*a Všeobecná fakultní nemocnice 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 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 nám, 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 a účinný nástroj pro řešení obtíží s ohledem na priority samotného pacienta. Proces interprofesního posouzení stavu pacienta zahrnuje vyšetření a identifikaci jeho hlavních problémů, stanovení konkrétních reálných cílů, specifickou léčbu daným odborníkem a konečně vyhodnocení efektu terapie za předem stanovenou dobu včetně definice dalších aktuálních problémů a cílů. Proto by měl být dispozici dostatečný počet takových odborníků 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 dalšími vnitřními i zevními faktory. Pro sestavení vhodného rehabilitačního plánu je důležité použití standardních rehabilitačních postupů podle požadavků medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine). Z tohoto pohledu je velmi cenný recentní přehled všech systematických přehledů a meta-analýz hodnotících efekt rehabilitace u RS, které byly publikovány do ledna 2016. Závěry tohoto systematického přehledu ukazují, že



pro použití do rehabilitační praxe jsou na základě rehabilitačního výzkumu vysoce doporučeny **cvičení a fyzické aktivity** (exercise/physical activities), a to ke zlepšení funkční mobility, svalové síly a aerobní kapacity, ke snížení únavy a zlepšení kvality života. Dále jsou také jednoznačně doporučeny **komplexní programy ovlivňující únavu** (tj. kombinovaný program zahrnující cvičení, edukaci a medikaci), rehabilitace kombinující programy zaměřené na více symptomů, kognitivně-behaviorální terapie při léčbě deprese a postupy zaměřené na edukaci pacienta ke zlepšení jeho informovanosti o problematice RS. 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 pacienty velmi dobře vnímány a tolerovány a individuálně u nich dochází ke zlepšení různých symptomů RS.

Mezi nejefektivnější nefarmakologické přístupy tedy patří fyzická aktivita (která podle většiny definic znamená jakýkoliv typ pohybu, při kterém tělo spotřebovává energii) a dále cvičení (obvykle definováno jako plánované strukturované provádění systematicky opakovaných pohybů k zachování a zlepšení fyzické kondice a zlepšení výkonu). V praxi nejčastěji používáme aerobní (vytrvalostní), posilovací (rezistentní) nebo kombinovaný trénink často prováděný kruhovou formou, případně cvičení ve vodě. Obecně lze říci, že pohybová terapie průkazně neovlivňuje závažnost ani četnost atak u RS a cvičení je spojeno s minimálním výskytem nežádoucích nebo závažných nežádoucích účinků. V současné době se uvádí, že u pacientů s RS s lehkou až středně těžkou disabilitou by měl být dostačující aerobní trénink střední intenzity v trvání 30 nebo více minut dvakrát týdně a posilovací trénink hlavních svalových skupin dvakrát týdně pro zlepšení kondice, mobility a s tím spojené kvality života. 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 pohybovou aktivitu je ovšem třeba zahájit co nejčasněji**, ideálně ihned po ukončení diagnostického procesu. Důvodem je 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.



**MUDr. Martina Hoskovcová, Ph.D.**

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, rehabilitační oddělení 1. lékařská fakulta  
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2  
mhosk@lf1.cuni.cz

# Pohybové aktivity u pacientů s roztroušenou sklerózou

*Bc. Daniela Hillayová*

*Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova  
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*

Pohybová aktivita je nedílnou součástí našeho zdraví. Pohyb jako takový je přirozenou potřebou každého živého organismu a ovlivňuje fyzický i psychický stav člověka. Oproti minulosti, kdy bylo pacientům s RS doporučováno, aby maximálně omezili fyzickou aktivitu, přestali se věnovat sportu a opustili zaměstnání spojené s tělesnou zátěží, byl opakovaně potvrzen pozitivní efekt cvičení a pravidelného pohybu na kvalitu života.

## Kdy cvičit?

S pohybovým režimem se snažíme začít co nejdříve, ideálně ihned po ukončení diagnostického procesu. V období ataky bychom měli omezit pohybové aktivity ve smyslu vyloučení velké fyzické zátěže, avšak plný klidový režim také není vhodný. Běžné denní činnosti můžeme vykonávat za předpokladu, že se nepřetížíme. Po odeznění ataky by měla nastoupit opět pravidelná a vhodně zvolená pohybová terapie, která obnoví a zvýší celkovou kondici a odolnost organismu. Únava, která patří k nejčastějším příznakům RS a je považována za nejvíce limitující symptom, by neměla být důvodem k omezení pohybových aktivit. Na druhou stranu musíme únavu respektovat a naučit se naslouchat svému tělu při cvičení a vnímat hranici své obvyklé únavy oproti únavě patologické.

## Jak a co cvičit?

Dle doporučení modifikovaných pro pacienty s RS se uvádí, že pohybové aktivity aerobního charakteru by měly probíhat 3–5 krát týdně, po dobu 30 min při mírné až střední intenzitě. Střední zátěž lze orientačně nastavit podle subjektivního vnímání, kdy je daná zátěž "tak akorát". Není nízká, ale ani ne příliš vysoká. Pro zvolení vhodné intenzity cvičení lze využít i jednoduchou metodu. Pokud při dané aktivitě zvládneme mluvit, začínáme se potit a lehce se zadýcháváme, lze předpokládat střední intenzitu cvičení. Mezi vhodné aerobní aktivity patří jízda na rotopedu, trénink na veslařském a eliptickém trenažeru, či na běžeckém pásu. Z venkovních aktivit se doporučuje chůze, jízda na kole a nordic walking.

Zařazení pacientů do aerobního tréninku může být někdy limitováno sníženou svalovou silou a termosenzitivitou. Proto je v těchto případech vhodný silový trénink zaměřený především na svaly dolních končetin, které u RS bývají postiženy častěji než horní končetiny. Odporový trénink pozitivně ovlivňuje jak svalovou sílu, schopnost vykonávat běžné denní činnosti, tak zvyšuje pocit pohody. Posilování by ideálně mělo být prováděno 2–3 krát týdně, 1–2 série po 8–15 opakováních s 50–70 %

RM (Repetition Maximum). 1 RM je největší zátěž, se kterou je pacient schopen správně provést jednou daný cvik nebo odpor odpovídající danému počtu opakování.

Stále více doporučovanější formou cvičení je kruhový trénink, kdy se na jednotlivých stanovištích střídají odporové cviky s cviky aerobního charakteru za využití různých posilovacích a labilních pomůcek. Tento druh tréninku má pozitivní efekt na celkové zvýšení kondice, snížení únavy a v neposlední řadě na psychický stav.

## Co dodržovat?

Při jakékoliv vybrané formě cvičení je potřeba dodržovat určitá pravidla. Intenzitu tréninku zvyšujeme pozvolna a vždy opatrně. Doporučuje se pohybové aktivity provádět spíše v ranních a dopoledních hodinách, protože únava často narůstá během dne. Dále je důležité věnovat pozornost, aby se ve cvičební místnosti teplota pohybovala v rozmezí 20 a 22°C a klademe důraz na pitný režim. V rámci cvičební jednotky je třeba si vyhradit dostatečný čas na odpočinek. Nadměrné zvýšení únavy je signálem k ukončení cvičení.

## Neurologické problémy

U pacientů se vzniklým neurologickým deficitem je potřeba do jejich pohybového programu zařadit i individuální fyzioterapii, jejíž obsahem jsou kombinace různých technik na neurofyzilogickém podkladě. Tyto komplexní postupy využívají plasticitu nervového systému. Klíčovou roli hraje včasná rehabilitace. U RS mohou být v počátečních stádiích narušené funkce opět obnoveny. I když během vývoje onemocnění postupně ztrácí CNS svoji schopnost obnovy, můžeme pomocí stimulace progresi postižení alespoň zpomalit. Při fyzioterapii je nejdůležitější aktivní přístup pacienta, který se během rehabilitace snaží vnímat své tělo, snaží se nově naučené pohybové stereotypy zařadit do svých denních činností a do svého programu si zařadí pravidelné domácí cvičení.

Přestože není stále zcela jasné, zda pohybová léčba může zpomalit progresi onemocnění, byl opakovaně prokázán pozitivní vliv na jednotlivé symptomy RS a především na zlepšení aktivity pacienta a tím na zlepšení kvality života. Správně zvolené pohybové aktivity zlepšují naši zdatnost, zvyšují svalovou sílu, dochází ke zkvalitnění pohybových stereotypů, zlepšení držení těla a tím předcházení bolestí zad, jsou prevencí vzniku osteoporózy, zlepšují rovnováhu a v neposlední řadě snižují celkovou únavu a zlepšují psychický stav. 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.



**Bc. Daniela Hillayová**

Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2  
daniela.hillayova@seznam.cz

# Motivace ke cvičení u pacientů s roztroušenou sklerózou

*Mgr. Klára Novotná*

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

Pochopení motivace jedinců k účasti na pohybových aktivitách může mít zásadní význam pro ovlivnění jejich zdravotního stavu pomocí pohybové aktivity. Proto je zapotřebí znát nejen doporučení ohledně vhodných pohybových aktivit a intenzity jejich provádění, ale také poznat možnosti, jak jedince k daným pohybovým aktivitám motivovat, protože pouze dlouhodobé provádění a adherence k doporučeným pohybovým aktivitám přináší žádané zdravotní benefity.

Motivace má velký pozitivní potenciál, často bývá účinnější než direktivní řízení, psychický nátlak nebo manipulativní triky. Správná motivace je proces, v němž lidem, které chceme přimět k nějaké činnosti, nabízíme uspokojení jejich zájmů. Je tedy nezbytné věnovat čas poznání faktorů, které motivaci k činnosti ovlivňují. Dlouhodobě vede proces motivace založené na pochopení potřeb ovlivňovaných osob k prohloubení vztahu mezi zdravotníkem a v našem případě osobou s onemocněním roztroušená skleróza (RS).

U většiny osob s RS je celková úroveň pohybové aktivity oproti zdravé populaci snížena. Se zhoršováním symptomů provázejících RS se míra pohybové aktivity dále snižuje. Úroveň pohybové aktivity se snižuje s délkou trvání onemocnění. Více sníženou pohybovou aktivitu mají osoby s primárně progresivní RS nebo sekundárně progresivní RS. Nižší úroveň pohybové aktivity je tedy u osob s vyšším neurologickým deficitem měřeným Kurtzkeho škálou EDSS. Méně aktivní jsou osoby pobírající plný invalidní důchod. U osob pobírajících invalidní důchod je při plánování vhodných pohybových aktivit potřeba vzít v úvahu, že pro ně i běžné aktivity denního života (ADL aktivity jako je příprava jídla, oblékání, hygiena, péče o domácnost...) mohou představovat zvýšené energetické nároky. Zajímavé je, že nižší míra pohybové aktivity byla nalezena u osob, které jsou členy patientských organizací. Mladší pacienty s nižším neurologickým deficitem zase může v účasti na pohybových aktivitách významně limitovat péče o děti.

Obecně u pacientů s chronickým neurologickým onemocněním bývá snížená úroveň pohybové aktivity dána zejména problémy s mobilitou nebo potřebou asistence při přesunech nebo vlastní aktivitě. Pacienti se často za svá pohybová omezení stydí a cítí se trapně. Narážejí na fyzické překážky (jako je nedostatek vhodných sportovišť pro zdravotně postižené, nedostatek informací o vhodném cvičení) stejně jako na překážky sociální (nedostatečná podpora od zaměstnanců sportovišť, očekávání, že jedinci se zdravotním omezením nebudou příliš pohybově aktivní).

Na zapojení do pohybových aktivit má u pacientů s RS vliv také úroveň pohybové aktivity před onemocněním. Důležitým faktorem je také to, jaké má pacient informace o pohybové aktivitě (prospěšná a žádoucí nebo naopak škodlivá a vyvarovat se) a od koho je získal (od svého ošetřujícího lékaře, dalších pacientů nebo z méně důvěryhodných zdrojů z internetu). Případnou negativní roli hrají obavy z možného poškození pohybovou aktivitou a události spojené s nemocí (ataky, používání kompenzačních pomůcek, ztráta práce...). Důležité je vlastní přesvědčení pacienta, zda mu pohybová aktivita pomáhá nebo zda ji považuje za ztrátu času nebo dokonce škodlivou. Rozhodnutí o zapojení do pohybových aktivit je komplexní a často zde proti sobě působí protichůdné názory jako např. přesvědčení o prospěšnosti versus obavy.

Mezi nejčastější překážky bránící pacientů s RS v pohybových aktivitách patří únava. Přičemž většina pacientů pocituje jako větší problém bránící v pohybových aktivitách únavu mentální než fyzickou. Kromě únavy představuje další nejčastější překážku fyzické vyčerpání. Také se často potýkají s nedostatkem vhodných tělovýchovných zařízení, kde mohou cvičení navštěvovat. Případně jsou ta místa příliš vzdálená nebo mají nevyhovující rozvrh cvičebních hodin.

Kromě únavy a dalších symptomů RS může být významným omezením bránícím v aktivitě také deprese. V případě neřešené deprese nemá jedinec dost sil pro své běžné aktivity ani pro zapojení do aktivity nové, jakou může být cvičení. Fyzická aktivita v kombinaci se sociální podporou však může vést ke snížení depresivních symptomů. Zdravotníci by tedy měli depresivní pacienty o možnostech pohybové aktivity informovat a poskytnout jim podporu při zapojení do aktivit.

Ve většině případů jsou tedy překážky bránící pacientům v pohybových aktivitách spíše personální nebo vyplývající z povahy onemocnění (únava, příliš náročné aktivity, nedostatek sebedisciplíny, lenost, špatná nálada a deprese, malá naděje na zlepšení zdravotního stavu) než environmentální (chybějící cvičební zařízení).

Mezi faktory podporující zapojení do pohybových aktivit patří míra self-efficacy. Psychologický termín self-efficacy označuje sebedůvěru ve vlastní schopnosti dosáhnout vytčeného cíle, schopnost zvládnout nějakou situaci nebo úkol, víru ve schopnost svého sebeuplatnění. Symptomy RS vedou ke snížení míry self-efficacy. Stejně tak inaktivita self-efficacy snižuje a naopak účast na pravidelném cvičení vede ke zvýšení self-efficacy. Jako vhodnou strategii pro zvýšení pohybové aktivity se zdá zvýšení sebedůvěry jedince ve vlastní schopnosti.

Kromě sebedůvěry ve vlastní schopnosti většina pacientů (81 %) potřebuje podporu kvalifikovaného fyzioterapeuta/instruktor, který na cvičení dohlíží a je schopen cvíky kvalifikovaně upravit podle individuálních potřeb. Instruktor cvičení by měl také plnit důležitou roli sociální podpory při cvičení. Sociální podporu také mohou představovat ostatní pacienti, kteří jsou členy cvičební skupiny. Podpora potřebná pro účast na cvičení také může pocházet od rodiny a přátel. Sociální okolí pacienta (rodina, přátelé) však může v některých případech představovat i překážku ve cvičení, např. rodinné povinnosti.

Je vhodné, když si může jedinec typ pohybové aktivity svobodně zvolit. Bylo totiž zjištěno, že skupina pacientů, kteří si mohli zvolit typ provozované pohybové aktivity, vykazovala větší míru spokojenosti. Skupina, která neměla na výběr, si sice uvědomovala, že pravidelná pohybová aktivita přináší zdravotní benefity, ale protože zde chyběl pocit radosti a uspokojení z činnosti samé, měli účastníci větší riziko přerušení a ukončení pravidelného cvičení. Muži s RS preferují nejvíce posilovací trénink, kolo a nordic walking. Ženy s RS si také vybíraly trénink v posilovně, protahování, dále jógu, plavání a tanec. Obecně vychází muži s RS ve studiích zaměřených na pohybovou aktivitu méně aktivní než ženy a mají nižší self-efficacy. Tento závěr však může být ovlivněn tím, že muži ve sledovaných studiích měli vyšší stupeň neurologického postižení a dostávalo se jim menší podpory od členů rodiny. Míra únavy byla u obou pohlaví stejná.

Při doporučování a poradenství ohledně vhodného cvičení je třeba kromě možností pacienta a jeho osobních preferencí vzít v úvahu také aktuální tělesnou a psychickou připravenost k zahájení programu pohybových aktivit. Podle autorek Marcus a Forsyth můžeme rozlišovat pět stupňů dle modelu stadií připravenosti ke změně.

Stadium 1 představují jedinci s pohybovou nedostatečností, kteří se v současné době nevěnují pohybovým aktivitám a ani o nich neuvažují. Zde je potřeba zaměřit se na edukaci a přínosech pravidelného cvičení (např. prostřednictvím přednášek, letáčků) a zdůraznit bezpečnost cvičení. Je potřeba podpořit sebedůvěru jedinců, že pohybovou aktivitu zvládnou (zvýšit self-efficacy).

Stadium 2 představují osoby s pohybovou nedostatečností, které již uvažují o možnosti cvičení. Zde je vhodnou strategií především poskytnout informace, jak je možné zmírnit symptomy obtěžující při cvičení. Vhodné je i nadále zdůraznit benefity plynoucí z pravidelného cvičení. Vhodné je stanovit si blízký snadno dosažitelný cíl (např. pár minut pohybové aktivity každý den) a za jehož dosažení se může pacient odměnit.

Jedinci ve stadiu 3 se již občasným pohybovým aktivitám věnují, jejich frekvence je však nepravidelná anebo příliš nízká, aby mohlo být dosaženo zdravotních benefitů. Těmto jedincům je vhodné nabídnout a ukázat případné další možnosti pohybových aktivit, kterým se mohou věnovat. Při rozhovoru s nimi se můžeme zaměřit na to, jaké problémy při pohybových aktivitách v minulosti měli a navrhnout protipatření. Pohybovou aktivitu je vhodné zaznamenávat, např. s využitím krokoměru nebo sporttesteru. Během pohybové aktivity se doporučuje monitorování symptomů provázejících RS. Pohybová aktivita má být zvolena tak, aby nedošlo ke zhoršování symptomů (př. spasticita, sval. slabost, zrak – Uhthoffův fenomén), proto se doporučuje cvičit v dobře větraných/klimatizovaných místnostech.

Stadium 4 představují jedinci s dostatečnou úrovní pohybové aktivity, která splňuje odborná doporučení. Zde může případně fyzioterapeut nabídnout ještě další možnosti aktivit. Pokud musí pacienti po určitou dobu své pohybové aktivity přerušit (zdravotní, osobní nebo rodinné důvody), je na místě podpořit je k opětovnému návratu a ocenit jejich snahu. Úspěšnou strategií je pevně zařazení cvičebních aktivit do denního režimu např. ve formě krátkých cvičebních bloků.

Pacienty ve stadiu 5 k pohybové aktivitě nemusíme motivovat, protože pro ně je pravidelný pohyb běžnou součástí životního stylu. Zde můžeme případně nabídnout další nápady pro zvýšení potěšení ze cvičení, jako jsou např. nové cíle nebo nová sociální podpora při cvičení.

Rozhodnutí o zahájení pravidelné pohybové aktivity je komplexní a je ovlivněno mnoha faktory (faktory bránící a faktory povzbuzující), dále zde hraje roli i osobnost pacienta a jeho zkušenost s pohybovou aktivitou v předchorobí. Překážky bránící v pohybové aktivitě většinou pocházejí z onemocnění jako takového (únava, pohybová omezení). Mnoho pacientů s RS má také ze cvičení obavy nebo si nejsou jisti jeho správným prováděním. Lékaři neurologové by proto měli pacientům opakovaně zdůrazňovat pozitivní přínos pravidelných pohybových aktivit pro zdravotní stav pacientů. Fyzioterapeuti by se proto měli zaměřit nejen na individuální terapii akutních obtíží pacientů, ale také na edukaci pacientů o vhodném cvičení a snažit se jim představit i různé možnosti rekreačních sportovních aktivit a další nové aktivity pro podporu aktivního životního stylu.

*Podpořeno grantem PRVOUK-P26/LF1/4.*



**Mgr. Klára Novotná**

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova  
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2  
novotna.klara.k@gmail.com



# Rehabilitace kognitivních funkcí

*Mgr. Dana Chmelařová*

*Neurologická a psychiatrická klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta Plzeň UK Praha*

## 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 zpočátku 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 (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 mívá nejčastěji charakter mírné kognitivní poruchy, velice výjimečně v pokročilejších stádiích 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 dosáhnou výsledku 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 deseti letech se stále více rozšiřuje rehabilitace pomocí počítačových (PC) programů. Jejich největší výhodou je flexibilita a možnost opakování v různých, pro uživatele zajímavých formách. Tyto programy také umožňují nastavení různého stupně obtížnosti a velmi často i různé grafy, které znázorňují efekt nácviku. Uživatelsky jsou velmi oblíbené a dobře zvládnutelné pro všechny věkové kategorie. 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.

Ve Fakultní nemocnici v Plzni používáme k tréninku kognitivních funkcí, s velkým úspěchem, počítačový program Happy Neuron Brain Jogging.

Tento program obsahuje 20 různých cvičení na paměť, koncentraci, řečové funkce, logické myšlení, prostorovou orientaci a další schopnosti. Lze v něm nastavit různé úrovně obtížnosti, a tím získat vysokou variabilitu cvičení. Zároveň program obsahuje také automatického trenéra, který vybírá sady cvičení tak, aby se člověk zlepšoval. To znamená, že tento program mohou využívat i pacienti, kteří aktuálně nemají možnost trénovat pod vedením klinického psychologa nebo neuropsychologa.

Hlavním cílem tréninku jsou následující kognitivní funkce:

- ▶ paměť
- ▶ pozornost a koncentrace
- ▶ rychlost a zpracování informací
- ▶ exekutivní funkce
- ▶ vyjadřovací schopnosti a porozumění řeči
- ▶ prostorová orientace a vnímání

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.

V ČR fungují pro pacienty s roztroušenou sklerózou webové stránky [www.rskompas.cz](http://www.rskompas.cz) kde je možno získat celou řadu praktických informací o nemoci, její léčbě a nebo si přečíst i životní zkušenosti pacientů, kteří svým příběhem a zkušením chtějí podpořit všechny ostatní v cestě za spokojeným životem.

## 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.



**Mgr. Dana Chmelařová**

Neurologická a psychiatrická klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta Plzeň UK Praha  
Alej Svobody 80, 300 00 Plzeň  
[chmelarova@fnplzen.cz](mailto:chmelarova@fnplzen.cz)

# 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*

Obecně se psychoterapie vymezuje jako léčba psychologickými prostředky (např. rozhovor, učení, sugesce, vytvoření psychotherapeutického vztahu), kdy úkolem léčby je zbavit nemocného obtíží. Psychoterapie tu není od toho, aby za pacienta „řešila problém“, nebo aby mu dávala rady do života. Spíš má člověku pomoci, aby si souvislosti svých potíží uvědomil a naučil se svůj vlastní potenciál využívat efektivněji. V užším smyslu jde o změny postojů, o sebeuvědomění a rozvinutí aktivního přístupu k léčbě a vytvoření nového zdravějšího životního stylu s respektem k nemoci a k sobě samému. V polovině minulého století začal výzkum směřovat své úsilí ke hledání tzv. účinných faktorů v psychoterapii, aby dosvědčil její efekt. Dnes je jasné, že každá psychoterapie je přesvědčivě účinnější než terapie žádná. 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 psychotherapeutovi 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, čímž se rozvíjí vlastní síla k uskutečňování nových řešení a ke tvorbě spokojené životní cesty. 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.

Psychoterapie je léčebné působení prostředky komunikační a vztahové povahy.

K psychologickým prostředkům patří slova, rozhovor, neverbální chování, práce s emocemi a uvědomováním, vytvoření terapeutického vztahu. 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.

## Výběr vhodné psychoterapie

Výběr vhodného psychoterapeutického postupu je ovlivněn:

**1. osobností psychoterapeuta** – bývá často pro nemocného to nejdůležitější, na čem mu záleží; s vědomím závažného onemocnění si pacient vybírá za „zповědníka“ toho, kdo je mu lidsky nejbližší, před kým nemá obavy odhalit i své nejtajnější obavy a přání; teprve potom (jestli vůbec) je pro něj důležitá i forma zvolené psychoterapie

**2. 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 lékaři 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

Někteří nemocní psychoterapii odmítají – stále ještě se najdou lidé, kteří pomoc psychologa berou jako potupu a vlastní selhání. Jiní věří, že si pomohou sami.

## Možnosti psychoterapie

Během dlouhých desetiletí se postupně vyvíjelo množství psychoterapeutických směrů, kládoucích různé požadavky nejen na osobnost terapeuta, ale také na osobnost nemocného. 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** – se opírá 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 přesvědčivé 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.

**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 rozumu a vědeckém vysvětlení toho, co se s nimi děje a co sami dělají.

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 tématicky vydefinovanou pacientovou zakázkou.

Nejčastější zakázky pacientů bývají:

- ▶ odžítí emocí
- ▶ získání informací
- ▶ zmapování osobní situace
- ▶ nácvik podpůrných dovedností (asertivita, autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, strategie zvládání stresu)
- ▶ vyrovnání se s nemocí
- ▶ poznat sám sebe
- ▶ nastavit nově fungování v zaměstnání, v rodině, ve vztazích
- ▶ naučit se komunikovat
- ▶ naučit se nevytvářet si stres

- ▶ najít jiný úhel pohledu
- ▶ mít se rád

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 prožití 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 vašich 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

I po ukončení terapie zůstává pacient s terapeutem v kontaktu a může využít jednorázové konzultace či vrátit se do terapie s novými tématy.

Případně může pokračovat v psychosomatických programech, které učí, jak změnit způsob, jakým na své potíže reaguje, jak je vnímá a jak o nich uvažuje, jak ovládat svoje symptomy a jak se jimi nenechat ovládnout. Pochopením příčin symptomů a naučením se číst signály svého těla a porozuměním řeči vlastních emocí je možné vyhledat nová vysvětlení, zpracovat na rekonstrukci negativních myšlenek a pak lépe poznat, co zahání úzkost, depresi, strach, nejistotu či hněv.

Pro naše pacienty jsme připravili tematický kombinovaný program, ve kterém se spojuje skupinová psychoterapie s praktickými prvky fyzioterapie. „Jak lépe žít se zdravotními problémy“ je inspirován prací A. J. Barského a E. C. Deans, kteří na základě dvacetileté klinické praxe a vědeckých výzkumů předkládají šestidenní 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.

Dále pak, pro motivované a pacienty, kteří již prošli psychoterapií a jsou aktivní ve fyzioterapeutických programech, jsme připravili víkendový program „Setkalo se tělo s duší“, který pomáhá pacientům proniknout sami k sobě a uvědomit si souvislosti mezi psychickou a fyzickou stránkou své osobnosti. Během celodenního programu, ve kterém se střídají fyzioterapeutické a psychoterapeu-

tické techniky, jsou pacienti vedeni k tomu, aby byli v kontaktu se svým tělem i se svými myšlenkami a dostávali podněty k řešení svých problémů a k ovládnutí své životní spokojenosti. Víkendový program je koncipován pro cca 16 pacientů. Na každém víkendu je kromě psychoterapeuta a fyzioterapeuta z MS centra přítomen i lékař a ve dvou případech i externí lektor (arteterapeut, muzikoterapeut).

Víkendy jsou tematicky zaměřeny na: a) přijetí nemoci, b) hledání rozvoje vlastní životní cesty, c) hledání plného aktivního života. První víkend nové skupiny je intenzivní skupinovou prací, druhý víkend (po půl roce) se rozšiřuje o arteterapeutický program a třetí víkend (po roce) je obohacen muzikoterapií.

## Závěr

V poslední době se hodně hovoří o multidisciplinárním týmu – tým odborníků (lékař, psycholog, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, zdravotní sestra a v neposlední řadě i pacient a jeho rodina), kteří mezi sebou úzce spolupracují, radí se a diskutují, která terapie je pro pacienta nejvhodnější, navzájem konzultují danou situaci. Ve světě běžná věc, v našich krajích zatím komfort. Začít intenzivně spolupracovat na komplexní péči o naše pacienty má veliký smysl. Ti, kteří přicházejí se svými pocity a životními situacemi na psychoterapii, a ti, kteří rozmanitě pracují s tělem na rehabilitaci, 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 diagnózou, že 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.



**Renáta Malinová**

Centrum pro demyelinizační onemocnění, Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Karlovo nám. 32, 128 08 Praha  
renatamalinova@volny.cz



# Únava a možnosti jejího ovlivnění u pacientů s roztroušenou sklerózou

Mgr. Lucie Suchá

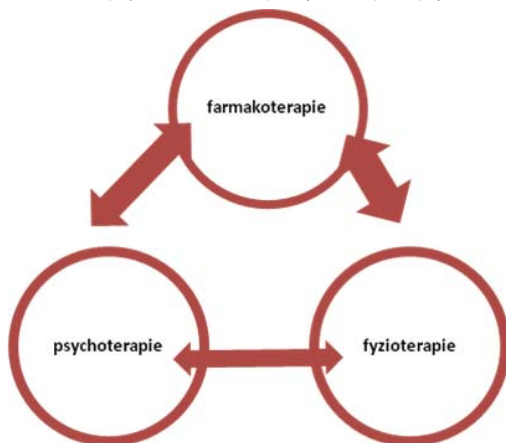
Centrum pro demyelinizační onemocnění 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Únava je jedním z nejčastějších a také nejvíce omezujících příznaků, se kterými se pacienti s RS setkávají. Až 2/3 z nich s ní má zkušenost minimálně jednou do týdne. Je třeba se naučit rozlišit „běžnou“ únavu od té nefyziologické. Fyziologická únava vzniká během zvýšené zátěže organismu. Během zotavení po zátěži dochází postupně k plné obnově výchozího funkčního stavu organismu. Je to stav, se kterým se setkává každý z nás. Nefyziologická únava je definována jako přetrvávající subjektivní pocit nedostatku energie a vyčerpání nebo svalová slabost vzniklá bez odpovídající fyzické námahy. U pacientů s RS se objevuje nadměrná únava již od počátku onemocnění a významně snižuje kvalitu života pacienta. Je to velmi subjektivní pocit a je těžké ji přesně popsat či hodnotit. Přesná příčina únavy u pacientů s RS není stále plně objasněna, předpokládá se však kombinace více faktorů. Primární příčina je samotné onemocnění RS, další důvody mohou být fyzická de kondice, infekce, či jiné příznaky RS (deprese, poruchy spánku při nykturii či neuropatických bolestech, spasticita). Častým problémem je rychlý a nečekaný nástup únavy a potřeba okamžitého odpočinku. Pacienti se někdy setkávají s nepochopením ve svém okolí a jsou podezříváni ze simulantství. Zkušené pacienti však udávají jako největší chybu to, když se „RS únavu“ člověk snaží ignorovat

**Obrázek 1.** Chladicí vesta



**Schéma 1.** Propojení farmakoterapie, fyzioterapie a psychoterapie



**Tabulka 1.** Typické příznaky RS únavy

---

nečekaný nástup s okamžitým pocitem naprostého vyčerpání  
 výskyt ihned od rána i po kvalitním spánku  
 zhoršování v průběhu dne  
 přítomnost při zvýšené fyzické či psychické zátěži  
 rychlé odeznění po včasném odpočinku

---

a překonat. Jako příklad bych ráda uvedla radu jedné pacientky, která říká, že postupem času došla k tomu, že když ji přepadne únava, jde si lehnout, i kdyby měla knedlíky na plotně. Na druhou stranu se nesmí únava přeceňovat. Dříve se pacientům zakazovaly pohybové aktivity a volnočasové i pracovní činnosti z obavy, že dojde k vyčerpání energetických zásob a prohloubení únavy. Dnes se již ví, že cvičení naopak únavu může snížit. Přestože je to velmi náročné, je třeba se naučit dobře vnímat své tělo a rozpoznat, kdy jde o „RS únavu“, kdy je třeba ukončit všechny aktivity a dopřát si odpočinek, od „lenosti a běžné únavy“.

Původně se únava ovlivňovala především farmakologicky. Mnoho léčiv však mívá negativní vedlejší účinky (bolest hlavy, úzkost, nevolnost, nespavost, palpitace a další), proto se poslední dobou hledají i další terapeutické možnosti. Moderní trend doporučuje jako nejvíce efektivní terapii kombinaci farmakoterapie, psychoterapie a fyzioterapie.

Kromě toho je vždy nutné vyčerpat všechna možná režimová opatření. Mezi ty patří kvalita spánku, chladicí techniky (sprchování studenou vodou, studené zábaly, chlazené nápoje a speciální chladicí vesty), ovlivnění nálady a stresu, nácvik relaxačních technik, výživa a udržení dobré fyzické kondice. Dále je třeba se naučit vhodné energii šetřící strategie – efektivní plánování programu, určení priorit, snížení tempa, včlenění krátkých odpočinkových pauz s relaxací do denních činností apod.

Z pohybových aktivit je nejvíce doporučovaný aerobní trénink (jízda na kole, chůze, cvičení na veslařském trenažéru apod.). Některým pacientům ale více vyhovuje posilovací trénink, jóga, pilates nebo taichi. Důležitá je především pravidelnost, včasné zahájení a vytrvat – nestačí cvičit měsíc, ale pravidelně se starat o svoji fyzickou i psychickou kondici dlouhodobě. Je také důležité začít cvičení s fyzioterapeutem nebo vyškoleným odborníkem, aby došlo ke správnému nastavení frekvence, intenzity a druhu cvičení.

Únava by neměla být důvodem k trvalému či dlouhodobému ukončení cvičení či dalších aktivit, je však potřeba ji respektovat a nesnažit se jí za každou cenu překonat. Je potřeba využít všech dostupných režimových opatření, vyloučit příčinu z infekce či dalšího onemocnění a v neposlední řadě zahájit psychoterapii a fyzioterapii. Při cvičení zvyšovat intenzitu i frekvenci pozvolna, nezapo-  
mínat na čas pro dostatečnou regeneraci a v případě excesivní únavy cvičení vždy okamžitě přerušit.

**Mgr. Lucie Suchá**

Centrum pro demyelinizační onemocnění Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
 Karlovo náměstí 32, 120 00 Praha 2  
[lucka.sucha@email.cz](mailto:lucka.sucha@email.cz)

# 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.

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. Svaly břicha, hýždí i stehy ponecháme zcela uvolněné.

Cvičení provádíme zprvu minimální silou v libovolné pozici (lehnout, sed, stoj, ...) alespoň 5 x 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. Odpočíváte si 8 s nebo do doby, kdy cítíte úplné uvolnění aktivity pánevního dna. Cvik opakujte nejméně 10 x. Výdrž stisku by se měla pozvolna zvyšovat, až udržíte alespoň 20 s, bez cukání či třesu svalů. Pokud by se po několika opakování 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 2 hodiny před ulehnutím do postele. Vyhýbejte se syčeným 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 kdyby cvičení nepomáhá?

Svěřte 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 poruchou v oblasti.

Urolog vyšetřuje močový měchýř tím, že jej naplní vodou, aby stanovil míru dráždivosti, vyzkouší si, 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.

Problémy s pánevním dnem jsou projevem roztroušené sklerózy, které dovedou znepříjemnit život. Nicméně správně nasazená terapie a Vaše vlastní úsilí symptomy zmírňují a vrací Vás zpátky do aktivního života.



**Mgr. Michaela Havlíčková**

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

[havlickova.michaela@gmail.com](mailto:havlickova.michaela@gmail.com)

# Poruchy chůze u pacientů s roztroušenou sklerózou a možnosti jejich rehabilitační terapie

*Mgr. Klára Novotná*

*Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*

Poruchy chůze jsou jedním z nejběžnějších a také nejviditelnějších pohybových omezení provázejících onemocnění roztroušenou sklerózou (RS). Poruchy mobility představují hlavní problém až u 85–90 % pacientů a negativně ovlivňují kvalitu jejich života. Mnozí pacienti vnímají subjektivní omezení chůze již v časných stádiích onemocnění, s postupující délkou onemocnění se procento pacientů, kteří mají obtíže s chůzí, zvyšuje. Potíže s chůzí limitují u osob s RS jejich práceschopnost a další aktivity.

Poškození chůze je jedním z nejvýraznějších pohybových omezení provázejících roztroušenou sklerózou. Proto se právě vyšetření chůze využívá neurologie pro hodnocení míry postižení. V tzv. Kurtzkeho škále EDSS se hodnotí schopnost ujít delší vzdálenost. Stupeň EDSS 0–3,5 je dán na základě vyšetření neurologem (hodnocení jednotlivých funkčních systémů: pyramidový systém, senzitivita, zrak, mozečkové funkce, sfinktery, kmenové a mentální funkce). Při EDSS 4 je pacient schopen ujít bez pomůcky nebo nutnosti odpočinku 500 metrů a více. Pacient se stupněm EDSS 4,5 je schopen chůze bez pomůcky a odpočinku více než 300 m. Je stále schopen práce na plný úvazek, ale při některých činnostech může vnímat omezení nebo potřebovat asistenci. Stupeň EDSS 5 znamená schopnost chůze bez pomůcky a odpočinku na 200 metrů a více. Pohybové postižení tohoto stupně již narušuje vykonávání běžných denních aktivit. Pro splnění stupně EDSS 5,5 musí být pacient schopen ujít bez pomůcky nebo odpočinku více než 100 metrů. Od stupně EDSS 6 již pacient potřebuje pro chůzi jednostrannou nebo oboustrannou oporu (nejčastěji vycházkovou hůl nebo francouzské hole) a je schopen ujít bez odpočinku nejméně 20 metrů. Pokud ujde méně než 20 metrů a potřebuje pro chůzi oboustrannou oporu, představuje to hodnocení EDSS 6,5. Od stupně EDSS 7 je pacient nucen používat vozík a je schopen ujít s pomůckou cca 5 metrů. EDSS 8–9 je nechodící pacient převážně upoután na lůžko.

Rychlost a délka chůze se také hodnotí v různých klinických studiích zkoumajících účinnost léků. Jedná se především o krátký test chůze Timed 25 foot walk test (rychlá chůze na 7,6 metrů) nebo o delší testy chůze na 2 nebo 6 minut.

Chůze je komplexní pohybovou funkcí a její kvalita je závislá na muskuloskeletálním systému dolních končetin a trupu a na nervovém řízení motorických funkcí. Stejně tak je nezbytné intaktní propioceptivní a povrchové čítí z dolních končetin a správné vyhodnocení senzorických funkcí z okolí. Všechny tyto tělesné struktury mohou být u diagnózy RS poškozeny jednotlivě (ale častěji kombinovaně) v závislosti na lokalizaci a závažnosti zánětlivého procesu v CNS. Nejčastější symptomy narušující chůzi jsou svalová slabost, spasticita, únava, porucha čítí z dolních končetin, narušení rovnováhy nebo porucha zraku.

Pacienti s RS vnímají ze symptomů jako nejvíce narušující chůzi zejména slabost dolních končetin (81 %), únavu (73 %), poruchu rovnováhu a koordinace (67 %), zpomalení pohybu (59 %), sníženou citlivost dolních končetin (54 %) a obtíže s dorziflexí hlezna a tím spojené zakopávání o špičku (41 %).

Studie zaměřené na výzkum chůze u pacientů s RS popisují oproti zdravým kontrolám především sníženou rychlost chůze, kratší délku kroku, sníženou kadenci kroků, prodlouženou fázi dvojí opory při chůzi a větší variabilitu délky a doby trvání kroků. Rychlost chůze a schopnost rovnováhy se u RS pacientů zhorší v situaci, kdy pacient musí rozdělit pozornost mezi chůzi a ještě další úkol, ať již kognitivní nebo motorický (př. chůze a něco nést nebo během chůze hovořit). Oproti zdravým jedincům mají zhoršenou posturální stabilitu nejen při chůzi, ale i při klidném stoji. Nepřekvapí proto častější pády u RS pacientů nebo i jen častější strach z pádu. Kromě snížené rychlosti chůze je u pacientů s RS přítomný také změněný rozsah pohybu kloubů dolních končetin. Nejvýraznější je omezení pohybu hlezenního kloubu do dorzální flexe.

Chůze u pacientů s RS je méně pravidelná: měřené parametry krokového cyklu, jako je délka stojné a švihové fáze a délka kroku a čas jeho trvání, vykazují u RS větší variabilitu. Variabilita kroku je způsobena především asymetrií svalové síly flexorů a extenzorů kolene a sníženou aerobní kapacitou.

Všechny symptomy narušující chůzi přispívají k větším metabolickým nárokům na chůzi. Vyšší energetická náročnost chůze přispívá ke zhoršení již tak zvýšené únavnosti pacientů. Subjektivně zvýšená únava zejména v odpoledních hodinách však nebyla spojena s objektivně měřitelnými významnějšími změnami parametrů chůze. To může být vysvětleno tím, že únava u RS je komplexní fenomén a není pouze na motorickém podkladě.

Pacient s obtížemi s chůzí by měl být v každém případě vyšetřený fyzioterapeutem se znalostí neurologické problematiky, který na základě kineziologického vyšetření chůze určí hlavní problém omezující chůzi a na základě toho vybere vhodnou terapeutickou strategii, popř. může poradit vhodné kompenzační pomůcky. Vždy je potřeba kompenzační pomůcky předem vyzkoušet, zda je vybraný typ skutečně vhodný pro konkrétního individuálního pacienta. Vyzkoušení vybrané pomůcky je nezbytné, aby nedocházelo ke zbytečnému předepisování pomůcek, které je neekonomické. Navíc v případě, že by pomůcka pacientovi nevyhovovala, tak má nárok na další až za několik let (rok nebo dva u ortéz, vozík za 5 let).

Podle dominantní obtíže omezující chůzi pacienta můžeme zvolit různé rehabilitační strategie. Pro zlepšení mobility se zdá nezbytné kombinovat aerobní trénink (pro zvýšení aerobní kapacity a snížení únavy) a posilovací trénink (pro získání svalové síly). Podle aktuálních doporučení je ke zlepšení

mobility u pacientů s RS doporučeno nejméně 30 minut aerobního cvičení střední intenzity dvakrát týdně a posilovacího cvičení svalů horní a dolní poloviny těla střední obtížnosti dvakrát týdně.

Při individuální fyzioterapii se pro zlepšení chůze pacientů s RS využívají různé metody cvičení na neurofyziologickém podkladě. Při srovnávání efektivity různých metod cvičení nebyl zjištěn rozdíl mezi facilitačními metodami (např. Vojtova reflexní lokomoce, PNF – Kabatova metoda) nebo metodami zaměřenými na zlepšení funkce (např. Bobathova metoda, senzomotorika). Oba přístupy vedly u pacientů s RS ke zlepšení mobility.

## Slabost svalů dolních končetin

Slabost svalů dolních končetin je příčinou snížené rychlosti chůze. Jedná se zejména o sníženou svalovou sílu svalů lýtky (plantárních flexorů), dorzálních flexorů a sníženou svalovou sílu hemstringů (flexorů kolene).

Posilování oslabených svalů, zejména flexorů kolene se proto zdá být důležitým předpokladem pro zachování funkční schopnosti chůze. Pro posilování svalů dolních končetin je možné využít posilovací stroje nebo např. gumové pásy. Možné je také využít v současné době populární cvičení s vahou vlastního těla (dřepy, výpony na špičku, vstávání ze sedu do stoje).

Také aerobní trénink (kolo, eliptický trenažér, chůze na pásu) může vést k mírnému zvýšení svalové síly. Především však zvyšuje aerobní kapacitu a tím i vytrvalost chůze. Výhodnější se zdá být trénink chůze na běžeckém trenažéru, protože zde se trénuje přímo poškozená funkce.

Častý problém pacientů s RS zakopávání o špičku může být způsoben svalovou slabostí dorzálních flexorů hlezna, spasticitou lýtkových svalů nebo jejich kombinací. Pokud je příčinou hlavně svalové oslabení a svaly provádějící dorziflexi jsou slabší než svalová síla 3, je vhodné využít jako kompenzační pomůcku např. peroneální pásku nebo peroneální dlahu. Další možností je využití funkční elektrické stimulace nervus peroneus, která vede k aktivaci svalů provádějících dorzální flexi a everzi hlezna. Studie popisují nejen ortotický efekt neurostimulace, ale díky aktivaci svalů také efekt trofický a terapeutický (efekt přetrvávající i nějakou dobu po odložení stimulatoru). Nevýhodou je však vysoká pořizovací cena, která není hrazena z veřejného pojištění.

## Spasticita svalů dolních končetin

Stejně jako snížená svalová síla, tak i spasticita svalů dolních končetin je pozorována již u pacientů s mírným neurologickým deficitem. S narůstajícím neurologickým deficitem míra spasticity dále stoupá. Neřešená spasticita vede ke kontrakturám omezujícím rozsah pohybu v kloubu, a tím k dalšímu zhoršení chůze. Australská studie na 156 pacientech popisuje u více než poloviny z nich kontrakturu omezující rozsah pohybu u nejméně jednoho kloubu. Nejčastěji se jedná o omezení rozsahu pohybu hlezenního kloubu následkem kontraktury lýtkových svalů. Druhou nejčastější jsou kontraktury flexorů kyčle omezující pohyb kyčelního kloubu.



Z rehabilitačních možností terapie spasticity se tradičně doporučuje využití hydroterapie, terapie chlazením, protahování, dlahování apod. ale účinnost žádného z těchto postupů není doložena významnější studií. Na našem pracovišti využíváme pro terapii spasticity postup podle prof. Graciese, kdy je pacient instruován k denní autoterapii pomocí dlouhodobého denního strečinku zkrácených spastických svalů v délce nejméně 10 min na každý sval a následném posilování antagonistů spastického svalu pomocí rychlých alternujících pohybů. Obvyklá frekvence protažení jedné svalové skupiny je 1–2 krát denně po 5–7 dní v týdnu. Protažení má být v maximálním rozsahu pohybu, avšak nebolestivé, aby nezpůsobilo poranění měkkých tkání. Vhodnou součástí terapie spasticity je poučení pacienta a možných provokujících faktorů spasticity (jako jsou např. infekce močových cest, stres, spěch, protože rychlé pohyby svalů spasticitu vyvolávají), aby se jich mohl vyvarovat.

## Poruchy rovnováhy

Poruchy rovnováhy jsou u pacientů s RS velmi častou obtíží a mohou být přítomné již od počátečních fází onemocnění. Příčinou poruch rovnováhy může být celá řada: porucha citlivosti, oslabení svalové síly, porušená svalová koordinace, poškození zraku apod. Při vyšetřování rovnováhy je u pacientů s RS oproti běžné populaci přítomná zpožděná posturální reakce, zvýšené výchyly těžiště během klidného stoje a neschopnost pohybu mimo opěrnou bázi.

Pro zlepšení rovnováhy je nejvhodnější terapeutickou strategií cílený rehabilitační trénink. Nejlepších výsledků bylo dosaženo tréninkem, který kombinoval motorické cvičení se senzitivním. Vhodnou metodou je cvičení senzomotoriky a cvičení s využitím labilních ploch. Moderním trendem je pak využití různých původně herních systémů pro balanční trénink, jako je např. Nintendo Wii nebo Xbox Kinect. Oba tyto systémy využívají práci s těžištěm pro ovládání herní aplikace, a tím vlastně trénují stabilitu (práce s těžištěm, rychlé přenášení váhy). Několikatýdenní trénink v domácím prostředí po správném zainstruování fyzioterapeutem má srovnatelné výsledky jako konvenční balanční trénink. Výhodou těchto herních systémů je právě jejich „hravost“, která pacienta motivuje k pravidelnému tréninku i v domácím prostředí. Pomocí pravidelného „herního“ tréninku v domácím prostředí dochází také ke zvýšení celkového objemu fyzické aktivity pacienta, snížení inaktivity a nadměrného sezení a slouží tedy i jako prevence dekonvice.

Poruchy rovnováhy bývají často spojené s porušenou citlivostí z dolních končetin. Při poruše čítí jsou pacienti více závislí na síle svalů dolních končetin, a proto by měl být cílený trénink stability doplněn o posilování svalů dolních končetin. U pacientů s méně závažnými poruchami rovnováhy můžeme zlepšit stabilitu přidáním dalšího senzitivního vstupu např. taktilního pomocí lehkého přidržení se. Další doporučenou strategií je trénink tzv. dual task úkolů, kdy je motorický úkol spojen s dalším kognitivním úkolem nebo dalším druhým motorickým úkolem. Více porušenou senzitivitu je vhodné kompenzovat pomůckou (např. hůl), která kromě toho rozšíření opěrné báze přidává další senzitivní vstup.

## Únava

Pro ovlivnění fyzické únavy byl zkoumán vliv různých typů cvičebních programů. Nejpodrobněji byl zkoumán vliv vytrvalostního aerobního tréninku, dále pak posilovací trénink a jejich kombinace. Většina cvičebních programů měla frekvenci tréninku 2 krát týdně a trvala nejméně 2 měsíce. Pro snížení únavy se zdá být nejvhodnější kombinace aerobního a posilovacího cvičení doplněného strečinkem a cviky na trénink rovnováhy. Pozitivní vliv na snížení únavy byl prokázán také u cvičení ve vodě. Stejně tak vedou ke snížení únavy pomalé formy cvičení zaměřené na zlepšení vnímání vlastního těla, jako je jóga nebo taichi.

Únava může být také snížena pomocí terapie chlazením (chladící vesty, čelenky, chladná koupel před pohybovou aktivitou, dobře klimatizovaná a větraná cvičební místnost apod.).

Pacienti s RS mají při chůzi zvýšenou potřebu kyslíku. Tato zvýšená potřeba kyslíku je způsobená nejen zvýšenými nároky na chůzi, ale také sníženou kondicí plynoucí z nedostatečné aktivity. Snížená fyzická aktivita pacientů vede ke snížené aerobní kapacitě, svalové síle a tím vede k dalšímu zhoršování chůze. Proto je vhodné kromě aerobního tréninku také celkové zvýšení fyzické aktivity.

## Závěr

Poruchy chůze jsou u pacientů s RS velmi časté a vedou k omezení jejich aktivit a snížení kvality života. Fyzioterapeut na základě kineziologického vyšetření může určit, zda je dominantní příčinou svalové oslabení, spasticita, poruchy rovnováhy nebo snížená kondice. Podle toho může doporučit optimální cvičební plán pro každého pacienta individuálně.

Podpořeno grantem PRVOUK-P26/LF1/4.



**Mgr. Klára Novotná**

Neurologická klinika a Centrum klinických neurovůd 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova  
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2  
novotna.klara.k@gmail.com

# Nově diagnostikovaní pacienti s roztroušenou sklerózou

Mgr. Lucie Suchá, Renáta Malinová, Mgr. Klára Novotná

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

Model multidisciplinárního týmu v terapii (nejen neurologických pacientů) je na první pohled zcela logický, ale situace v českém zdravotnictví je bohužel oproti vyspělým zemím velmi neutěšená a málokterý pacient má možnost takto fungující tým využít. Proto v našem projektu *Ucelený edukační program pro nově diagnostikované pacienty s roztroušenou sklerózou mozkomíšní* chceme pacientům poskytnout možnost setkání se všemi odborníky multidisciplinárního týmu v jeden den, aby měli možnost pochopit propojení jednotlivých složek a souvislostí mezi fyzickou, psychickou a sociální složkou. Dále chceme tímto setkáním vysvětlit nově diagnostikovaným pacientům, že cílem terapeutického působení není pasivní přístup, ale že je nutná jejich aktivní spoluúčast. Zcela zásadní je totiž aktivní přístup a motivace pacienta. Podstatnou roli v motivování a inspirování pacienta stran důležitosti pohybové terapie, psychoterapie a celkově aktivního přístupu k nemoci i sobě samému má i jeho lékař, který by měl svým kladným přístupem a odbornými znalostmi o možnostech i účincích terapie pozitivně změnit pacientův postoj. Malá aktivita pacientů samotných je totiž stále velkým problémem. Možnost odborného poradenství a informovanost pacientů s RS a jejich rodinných příslušníků je stále velmi omezená. Pokud lékař sám neinformuje pacienty o možnostech komplexní rehabilitace, nenabídne jim či nedoporučí cvičení či psychoterapii, měl by se sám pacient o tyto služby, na které má nárok, hlásit. Úkolem odborníků by mělo být pacienta motivovat k samostatnosti a aktivitě, protože bez toho nemůže být léčba úspěšná.

Podobné programy pro nově diagnostikované pacienty jsou běžné i v zahraničí – např. <http://www.nationalmssociety.org/Symptoms-Diagnosis/Newly-Diagnosed>. Další studie popisují pozitivní výsledky ve zvýšení fyzické aktivity a kvality života pacientů (zejména s mírnější disabilitou) po jednodenním edukačním programu pro pacienty s RS – <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23949075>.

## Popis projektu

1. Edukační brožury – pacienti je obdrží v ordinaci svého lékaře, aby si v klidu v domácím prostředí mohli pročit, jaké základní možnosti mají, zamyslet se nad tím a připravit si konkrétní dotazy, případně sami aktivně začít postupovat dle typu v publikaci.

2. Jednodenní seminář – pro nově diagnostikované pacienty a jejich rodinné příslušníky je uchystáno jednodenní setkání. Cílem je změna k aktivnímu zdravému životnímu stylu. Součástí edukace o zdravém životním stylu by měl být kromě instruktáže o vhodné cvičební aktivitě také nácvik zvlá-

dání případných stresových situací, tj. propojení fyzioterapie a psychoterapie. Vzhledem k tomu, že seminář bude organizovaný mimo nemocniční prostředí, předpokládáme, že budou pacienti více uvolnění a budou lépe spolupracovat. Na semináři bude dostatek času zopakovat všechny důležité informace, které pacienti potřebují k tomu, aby se zorientovali v nové situaci a zjistili, jaké možnosti mají. Dále považujeme za velmi důležité, aby se od začátku zapojili i rodinní příslušníci pacienta, seznámili se se specifiky roztroušené sklerózy a mohli tak pacienta adekvátně podporovat a zároveň chránit sami sebe před manipulativními pacienty, se kterými se často setkáváme.

### Program

- ▶ setkání s lékařem
- ▶ setkání s fyzioterapeutem
- ▶ setkání s psychoterapeutem
- ▶ setkání se sociálním pracovníkem
- ▶ dotazy pro rodinné příslušníky
- ▶ závěrečná diskuze

3. Klub – následně by pak jednou za tři měsíce probíhal „Klub“ v délce tří hodin. Tyto intervaly jsou dostatečně dlouhé na to, aby se u pacientů rozvinuly různé symptomy, které by klienti potřebovali probrat nebo aby měli naopak dostatek času ke změně ve svém životě. Zároveň to je poměrně krátké časové období na to, aby se pacienti např. uzavřeli do bludného kruhu inaktivity. Pacienti tak budou mít možnost za podpory odborníků i dalších pacientů pracovat na trvalé změně životního stylu a přístupu k sobě samému i svému životu.

4. Aplikace Symtrac – díky této aplikaci budou mít možnost pacienti i odborníci sledovat výskyt nových symptomů ve vztahu k denním činnostem či mimořádným událostem. To může být velmi prospěšné ve zvládnání symptomů, jejich rozpoznání a uvědomění si propojení jejich výskytu s různými životními situacemi.

*Věříme, že Ucelený edukační program pro nově diagnostikované pacienty s roztroušenou sklerózou mozkomíšní s důrazem na zdravý životní styl a zmírnění symptomů onemocnění pomůže zlepšit kvalitu života pacientů, změnit průběh nemoci a oddálit invaliditu, což by mělo zásadní vliv i na socioekonomické aspekty života pacientů s RS.*

Pro nově diagnostikované pacienty kontakty – Mgr. Lucie Suchá – [lucka.sucha@email.cz](mailto:lucka.sucha@email.cz),  
Renáta Malinová – [renatamalina@volny.cz](mailto:renatamalina@volny.cz).



**Mgr. Lucie Suchá**

Centrum pro demyelinizační onemocnění Neurologická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Karlovo náměstí 32, 120 00 Praha 2  
[lucka.sucha@email.cz](mailto:lucka.sucha@email.cz)

# R O Z C E S T N Í K

aneb mám RS - a co dál?

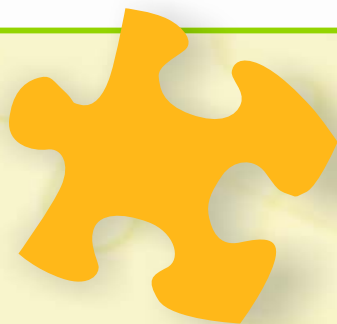
**Ucelený program pro nově diagnostikované pacienty**

Řekli Vám, **že máte RS**

a nevíte úplně přesně, co to obnáší

a co s tím dál? **Chcete** pro sebe něco udělat a nevíte jak na to?

Potřebujete informace a **pomoc?**



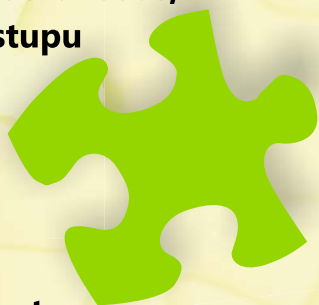
Nemoc se dotýká vždy všech složek **života**,  
a proto léčba vyžaduje komplexní a specifický

**terapeutický přístup**

již od počátku onemocnění  
(ideálně ihned po ukončení  
diagnostického procesu).

Připravili jsme pro vás **program**,  
ve kterém vám sdělíme

všechny **důležité informace** o nemoci a léčbě,  
vysvětlíme vám souvislosti komplexního přístupu  
a dozvíte se vše o možnostech  
fyzioterapeutické a  
psychoterapeutické **péče.**



Poskytneme vám možnost setkat se

se všemi **odborníky** léčebného týmu v jeden den,  
vyslechnout si jejich přednášky a probrat s nimi vaše dotazy.

**Setkání** budou probíhat  
formou jednodenních **seminářů**,  
na kterých bude přítomen lékař,  
fyzioterapeut, psychoterapeut,  
sociální pracovník. Samostatný prostor  
budou mít rodinní příslušníci.



Každé tři měsíce budeme  
pokračovat tříhodinovým  
setkáním „**Klubem**“,  
kde se budou probírat  
vaše nové otázky  
a **zkušenosti** s nemocí.

Další informace včetně termínů získáte na adresách:

Mgr. Lucie **Suchá** (fyzioterapeutka)  
email: [lucka.sucha@email.cz](mailto:lucka.sucha@email.cz)

Renáta **Malinová** (psychoterapeutka)  
email: [renatamalina@volny.cz](mailto:renatamalina@volny.cz)

**Motto:**

„Člověk je osobně zodpovědný  
za všechno ve svém životě, jakmile si uvědomí  
že je osobně zodpovědný za všechno ve svém životě.“

Bruce H. Lipton

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

Mgr. Ota Gál

Rehabilitační oddělení Neurologické kliniky a Centra klinických neurověd

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Ataxii rozumíme poruchu koordinace a cílení pohybu. U pacientů s roztroušenou sklerózou (RS) se lze setkat s kombinací tzv. cerebelární, senzorické 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 svalech a kloubech. Čím více je vyjádřena porucha mozečku, tím nižší mají pacienti schopnost učení, a je tedy nutný delší čas terapie. Při ovlivnění *vestibulární* ataxie (tzn. v důsledku postižení 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). Terapie poruch stability z důvodu ataxie by měla kombinovat posilovací trénink a komplexní trénink zaměřený na zlepšení stability s využitím dynamických pohybů na hranici subjektivně vnímaných limitů stability s postupnou redukcí opory o horní končetiny. 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 odporovaný trénink natahování končetiny a manipulace s předměty.

**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. 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®, Posturomed, 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. Pro účinnost těchto forem tréninku však dosud není v rehabilitačním výzkumu dostatek důkazů, resp. se zdá, že je jejich efekt relativně malý. To je jistě možné z části vysvětlit potřebnou délkou terapie, a 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.



### **Mgr. Ota Gál**

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova  
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze  
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2  
[ota.gal@vfn.cz](mailto:ota.gal@vfn.cz)



# Sebe-vědomí

Mgr. Dana Chmelařová

Neurologická a psychiatrická klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta Plzeň UK Praha

Nemoc a zejména chronické onemocnění s sebou často přináší pocit, že naše tělo „není v pořádku“.

Něco jako když se porouchají hodinky. Zastaví se, předchází, zpožďují... co s nimi, když nám neříkají správný čas. Už nemají cenu. A nemocný člověk? Cítí se ne-mocný. Přestává mít moc nad svým tělem a tím pádem i nad svým životem. Velice často slyším od pacientů, že po tom, co jim byla diagnostikována RS, si už nevěří. A to dokonce, i když je stav dobře kompenzovaný, mají pocit, že jejich hodnota klesla, cítí se méněcenní a domnívají se, že již v životě nemohou nic významného dokázat. Nebo snad dokonce, že již nemohou být šťastní.

Ale tak to není.

Člověk, i když jsou některé mechanismy v lidském těle přirovnávány k chodu a mechanismu hodin, nefunguje jako pouhý hodinový stroj. Má obrovskou schopnost se přizpůsobovat aktuální situaci a kompenzovat funkce, které, z nejrůznějších důvodů, nefungují optimálně.

Dalibor Špok, autor článku „Co je a není štěstí“ píše:

*„Štěstí není osud, vložený nám do kolébky magickými sudičkami. Není to náhoda nebo výhra ve sportce. Není to naše našťavané či radostné hodnocení toho, co nám život dal (a vzal). Je to výsledek našich rozhodnutí, naší (sebe)kultivace, našeho postoje k sobě samému a k tomu, čemu ve svém životě dáváme dlouhodobě přednost: co volíme, a co se budeme snažit minimalizovat.“*

*Není to cesta jen pro výjimečné, pro filozofy nebo askety. Je otevřená pro každého z nás. Její hlavní podmínkou je ochota a odvaha: podívat se na sebe upřímně, být otevřený možnosti změnit svůj názor a vidět věci jinak, učit se ze zkušeností, snažit se chápat hlubší roviny osobních i mezilidských situací a světa okolo sebe – a nepovažovat se za měřítko všeho okolo. Není to nová móda ani předražovaný návod na změnu vašeho života. Je to cesta ověřená tisíci lety. Je na ni zván kdokoli, kdo se nebojí vykročit...“*

Jak to ale zařídit v reálném životě? Jak být sebevědomý a šťastný, když nemoc s sebou přináší tolik těžkostí a omezení?

Když vyjdeme ze samotné podstaty slova „sebevědomí“, můžeme tedy začít uvědomováním si sebe samých. Za jeden jediný den nám projede hlavou tisíce myšlenek, pozitivních i negativních. Začneme tím, že se víc budeme věnovat těm pozitivním. Vědomě se soustředíme na to, co pozitivního pro sebe, a nebo i pro druhé, můžeme udělat. Místo toho, co všechno neovládáme, myslet na to, co zvládáme.

A když si trochu pohrajeme s přesmyčkou tak ze slova „ne-moc“ můžeme udělat „moc-né“. Ano naše myšlenky mohou být velmi mocné, když je nasměrujeme správnou cestou.

Pokud si netroufáte vyjít na cestu sami, vezměte s sebou někoho ze své rodiny či známých nebo se obraťte na pomoc psychoterapeuta, kterého vám mohou doporučit ve vašem RS centru.

*„Šťěstí je umění být spokojen.“*

*Ingram Bergman*

...přeji všem hodně sil při zdokonalování v tomto umění.



**Mgr. Dana Chmelařová**

Neurologická a psychiatrická klinika FN Plzeň, Lékařská fakulta Plzeň UK Praha  
Alej Svobody 80, 300 00 Plzeň  
chmelarova@fnplzen.cz

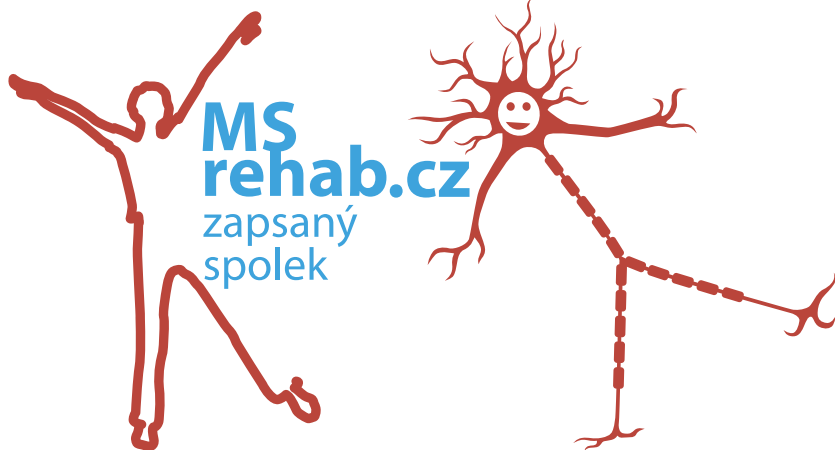
## Literatura

1. Branch CH, Buxbaum LJ, Schwoebel J. Accurate reaching after active but not passive movements of the hand: evidence for forward modeling. *Behav Neurol* 2008; 19(3): 117–125.
2. Burks JS, Bigley GK, Hill HH. Rehabilitation challenges in multiple sclerosis. *Ann Indian Acad Neurol*. 2009 Oct; 12(4): 296–306.
3. Carpinella I, Cattaneo D, Bertoni R, Ferrarin M. Robot training of upper limb in multiple sclerosis: comparing protocols with or without manipulative task components. *IEEE Trans Neural Syst Rehabil Eng*. 2012; 20(3): 351–360.
4. Cattaneo D, Jonsdottir J, Zocchi M, Regola A. Effects of balance exercises on people with multiple sclerosis: a pilot study. *Clin Rehabil* 2007; 21(9): 771–781.
5. Dalgas U, Stenager E, Ingemann-Hansen T. Review: multiple sclerosis and physical exercise: recommendations for the application of resistance, endurance and combined training. *Mult Scler* 2008; 14: 35–53.
6. Döring A, Pfueller CF, Paul F, Dörr J. Exercise in multiple sclerosis – an integral component of disease management. *The EPMA Journal* 2012;3;2; <http://www.epmajournal.com/content/3/1/2>.
7. Havrdová E, Suchá L, Pyciaková L, Černý P, Blahová Dušánková J, Malinová R, Vlková B. Roztroušená skleróza v praxi. Praha 2015: Galén.
8. Hebert JR, Corboy JR, Manago MM, Schenkman M. Effects of vestibular rehabilitation on multiple sclerosis – related fatigue and upright postural control: a randomized Controlled trial. *Physical Therapy* 2011; 91(8): 1166–1183.
9. Chiaravalloti N, De Luca J. Cognitive Impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurol*, 2008; 7(12): 1139–1151.
10. Khan F, Amatya B. Rehabilitation in multiple sclerosis: a systematic review of systematic reviews. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016 May 20. pii: S0003-9993(16)30162-9. doi:10.1016/j.apmr.2016.04.016. [Epub ahead of print] Review.
11. Latimer-Cheung AE, Martin Ginis KA, Hicks AL, Motl RW, Pilutti LA, Duggan M, Wheeler G, Persad R, Smith KM. Development of evidence-informed physical activity guidelines for adults with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013; 94: 1829–1836.
12. Marsden J, Bunn L, Cassidy E, Kilbride C, Holland A, Watson A. Review of physiotherapy literature in ataxia. *Ataxia UK* 2013. <https://www.ataxia.org.uk/clinical-guidelines> 13. 6. 2016.
13. Motl RW, Douglas SC, Elliott J, Weikert M, Dlugonski D, Sosnoff JJ. Combined training improves walking mobility in persons with significant disability from MS: a pilot study. *J Neurol Phys Ther* 2012; 36(1): 32–37.
14. Motl RW, Sandroff BM. Benefits of exercise training in multiple sclerosis. *Current Neurology And Neuroscience Reports* 2015; 15(9): 62.
15. Pilutti LA, Platta ME, Motl RW, Latimer-Cheung AE. The safety of exercise training in multiple sclerosis: a systematic review. *J Neurol Sci*. 2014 Aug 15; 343(1–2): 3–7.
16. Prosperini L, Piattella MC, Gianni C, Pantano P. Functional and structural brain plasticity enhanced by motor and cognitive rehabilitation in multiple sclerosis. *Neural Plasticity*, 2015: 12.
17. Vlachová M, Dušánková J, Zámečník L. Symptomatologická léčba roztroušené sklerózy. *Neurol. praxi*, 2008; 9(4): 226-231.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



[illegible]





# RS KOMPAS+

Telefonní informační linka pro pacienty  
s roztroušenou sklerózou

 **800 100 444**

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 konzultantek, které mají několikaleté zkušenosti s podporou pacientů s RS.

Mimo tuto dobu můžete na této lince zanechat Váš vzkaz a odborná konzultantka se s Vámi spojí v následující pracovní den, pokud to bude možné.

Tuto telefonní linku pro Vás připravil program podpory pacientů RS Kompas+. Jedná se o program navržený a financovaný společností Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o. a zajišťovaný společností Icon Clinical Research s.r.o.