Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

Psychosomatika jako psychologický i klinický obor

Vypracovala: Regina Rejžková

Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D

České Budějovice 2017

Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Departmen of Health Education

Bachelor Thesis

Psychosomathy as a psychological and clinical domain

Author: Regina Rejžková

Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D

České Budějovice 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne …….……

podpis

Poděkování:

Toto poděkování bych chtěla především věnovat své vedoucí práce MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D za odborné vedení mé bakalářské práce, obrovskou trpělivost, podporu, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Regina Rejžková

Název bakalářské práce: Psychosomatika jako psychologický i klinický obor

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D

Rok obhajoby: 2017

Abstrakt: Tématem práce je psychosomatika jako psychologický i klinický obor. V práci je nejprve popsána psychosomatika jako taková spolu s její historií. Dále zde popisuji současné psychosomatické směry. Ve druhé kapitole rozebírám psychosomatiku z klinického pohledu a rozděluji zde poruchy podle typu. Ve třetí kapitole se zaobírám jednotlivými onemocněními. Jako například astma, infarkt nebo bolesti hlavy. Na konec kapitoly jsem sestavila tabulku jednotlivých onemocnění a možné příčiny jejich vzniku. Ve čtvrté kapitole se zabývám psychosomatickou medicínou a jejími teoriemi. Dále nahlédnu do alternativního léčitelství vycházejícího z čínské medicíny a závěrem popíšu možné terapie psychosomatických poruch.

Klíčová slova: Psychosomatika, stres, porucha, terapie

Bibliographic Identification

Name of the autohor: Regina Rejžková

Title of the thesis: Psychosomathy as a psychological and clinical domain

Field of study: Pedagogy og Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia, České Budějovice

Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D

Year of the presentation: 2017

Abstract: Bachelor thesis is Psychosomathy as a psychological and clinical domain. In this thesis is the first to describe psychosomatics as such and her history. Furthermore, I describe the current psychosomatic directions. In the second chapter, I explore psychosomatics from a clinical point of view and kind of divide here disorders by type. In the third chapter is occupied with different diseases. Like for example asthma attack or headache. At the end of the chapter, I construct a table of the various diseases and possible causes of their occurrence. In the fourth chapter I deal with psychosomatic medicine and her theories. Furthermore, I take a peek to an alternative medicine derived from chinese medicine and finally, I will describe the possible therapy of psychosomatic disorders.

Keywords: Psychosomathy, stress, disorder, therapy

Obsah

Úvod ....……..9

1. Psychosomatika 10

1.1. Vymezení pojmu….……10

1.2. Historie psychosomatiky……..10

1.3. Současné směry psychosomatiky…….12

1.3.1. „Berlínská scéna“ psychosomatiky...……12

1.3.2. „Heidelberská škola“ psychosomatiky …….13

1.3.3. Daseinanalytická psychosomatika ……14

2. Psychosomatika z klinického pohledu ...……15

2.1. Poruchy celkového tělesného schématu.……..16

2.2. Funkční poruchy.……..16

2.2.1. Somatoformní poruchy……..16

2.2.2. Disociativní poruchy …….17

2.3. Psychosomatické poruchy v užším slova smyslu ……17

2.4. Somatopsychický onemocnění ……18

3. Psychosomatická onemocnění …….19

3.1. Respirační poruchy ……..19

3.1.1. Astma bronchiale ……..19

3.1.2. Hyperventilace ……..21

3.2. Psychosomatické poruchy v kariologii ……21

3.2.1. Ischemická porucha srdeční ……..21

3.2.2. Srdeční fobie …….22

3.3. Psychosomatické poruchy v gastroenteorologii……...23

3.3.1. Peptická vředová choroba …….23

3.3.2. Zánětlivé onemocnění střev ……..24

3.4. Další nemoci…….25

3.4.1. Bolesti hlavy……..25

3.4.2. Atopický ekzém…….26

3.4.3. Arteriální hypertonie……..26

3.4.4. Dráždivý měchýř ……...27

4. Psychosomatická medicíny …..…….……..28

4.1. Historie medicíny……28
4.2. Vývoj psychosomatické medicíny v Československu……..29
4.3. Koncepce a teorie psychosomatické medicíny……30
4.3.1. Psychoanalytická teorie……30
4.3.2. Kortikoviscerální koncepce……...31
4.3.3. Koncepce psychického stresu……31
4.3.4. Koncepce alexitymie ……32
4.3.5. Koncepce syndromu hopelessness-helplessness……33
4.3.6. Teorie rodiny ……33
5. Psychosomatika z pohledu východní medicíny ...……...34
5.1. Jin a jang……..34
5.2. Čchi……..35
5.3. Teorie o pěti prvcích ……35
6. Možnosti terapie psychosomatiky……38
6.1. Psychoterapie ……..39
6.2. Tělesná terapie ……40
6.3. Hathajóga ……....41
6.4. Autogenní trénink ……41
6.5. Zvládání stresu ……42
6.6. Hypnóza ……..42
6.7. Meditace ……..43
6.8. Akupunktura a akupresura ……...43
6.9. Placebo ……44
Diskuze……45
Závěr ……48

ÚVOD

„Přítomnost stresu v našem životě je skutečnost, se kterou se musíme smířit. Neznamená to však, že se musíme smiřovat s jeho škodlivými důsledky.“

Ksiažek, 2004, s. 25

Každý z nás ví, že zdraví je to nejdůležitější co člověk má. Při dnešním uspěchaném stylu života si to bohužel uvědomujeme, až když o zdraví začneme přicházet. Nemoci se objevují všude kolem nás a spousta z nich vzniká právě díky stresu a psychickému stavu člověka. Lidé jsou komplexní bytosti a proto nelze psychickou stránku člověka striktně oddělit od fyzické a touto problematikou se zabývá psychosomatika. Lidé žijí hektickým stylem života, ženou se za kariérními úspěchy a to i přes svoje zdraví. Často mu nevěnují dostatečnou pozornost a nestarají se o něj tak, jak by měli. Důsledkem toho vzniká spousta takzvaných civilizačních nemocí, kterým by se upraveným životním stylem dalo předejít.

Psychosomatika není žádný nový lékařský obor. Každý jistě už někdy slyšel tvrzení jako „mám srdce až v krku“, „obrací se mi žaludek“ nebo „to mi bere dech“, která jsou známá již od nepaměti. Psychosomatika se začala formovat už za dob řeckého lékaře Hippokrata. Lékařská věda v té době předpokládala, že určitý styl chování má predispozice k vzniku onemocnění. Dnešní lékařský pohled se pacientem zabývá podstatně podrobněji, detailněji a na každého pacienta pohlíží individuálně.

Tématiku psychosomatiky jsem si vybrala na základě osobních zkušeností, konkrétně s astmatem se setkávám ve svém nejbližším okolí, a proto je pro mě tento obor zajímavý. V této práci se zabývám psychosomatikou jako takovou a jejím vývojem. Dále přiblížím nejčastější psychosomatická onemocnění a možnosti jejich léčby.

1. Psychosomatika

1.1 Vymezení pojmu

Emoce mohou mít silný vliv na naše tělo. Spojitost mezi tělem a duší se odráží v jazyce už od nepaměti: „mám srdce až v krku“, „obrací se mi žaludek“ nebo „to mi bere dech“. (Morschitzky & Sator, 2012)

Lékaři i laici se představují pod pojmem psychosomatika nejrůznější psychogenní poruchy. Pacienti se brání tomuto označení, bojí se, zdali to neznamená, že nejsou v pořádku po jejich psychické stránce, že by nedokázali řešit problémy v manželství, ve výchově dětí nebo zvládat běžné životní situace. V mysli mnoha lékařů je psychosomatika spojena s předsudky. Svoje pacienty potom lékaři označují za simulanty, za lidi, kteří si vymýšlí, aby se vyhnuli práci jen proto, že u nich nenajdou žádnou ryze tělesnou poruchu. Člověk, který trpí psychosomatickou poruchou, není schopen svému okolí vysvětlit v čem spočívá jeho nemoc a stydí se za svoje příznaky. (Poněšický, 2002)

Slovo psychosomatika se skládá ze dvou řeckých slov. A to slova psýché, které znamená duše a slova sóma neboli tělo. Zabývá se vztahy právě mezi duševnem a tělesnem a chápe je jako dva vzájemně propojené systémy. Psychosomatika chce zdůraznit význam duševních faktorů při vzniku a průběhu nemocí. Pod pojmem psychosomatické nemoci si lze představit onemocnění, které se sice projevuje tělesným problémem, ale jejich vznik je významně podmíněn psychikou člověka.

„Psychosomatika je poznávání, lékařská a psychoterapeutická léčba rehabilitace takových nemocí a chorobných stavů, na jejichž ustavení, rozpoutání, udržování, zhoršování a subjektivním zpracování se podílejí psychické a psychosociální faktory nebo souhra tělesných a duševních příčin.“ (Morschitzky & Sator, 2012, s. 15)

Nejčastějšími psychosomatickými příznaky jsou například bolesti žaludku před zkouškou, zvýšený tep a pocení při napjatých situacích nebo projevy úzkosti až paniky při netrpělivém čekání. (Morschitzky & Sator, 2012)

1.2 Historie psychosomatiky

Začátek psychosomatiky bychom mohli datovat do let 460 – 377 před naším letopočtem. Tedy do dob, nejslavnějšího lékaře starověku, řeckého Hippokrata, který byl

přesvědčen o tom, že pocity mohou ovládat jednotlivé orgány. Tvrdil, že se nám ve zlosti srdce stahuje a v radosti pak naopak rozšiřuje. Řečtí lékaři dbali stejnou měrou na psychické i fyzické faktory. Například řecký filozof Platon tvrdil, že duševní nemoci žen jsou způsobeny narušenou funkcí dělohy (hysterou) a proto je nazval hysterické.

V období středověku církev hlásala striktní oddělené duše od těla. V 17. století francouzský filozof a matematik René Descartes chápal duši, na níž působí tělo, a že tělem pohybuje duše. I přesto zdůrazňoval nutnost oddělování duše od těla jako rozdílných pojmů, které se nemohou používat zároveň. Tento jeho poznatek neboli dualismus těla a duše nakonec na úkor psychologie zvýhodnil rozvoj přírodovědných modelů.

V 19. století byla psychosomatika pojmenována lékařem Hienrothem, který tento pojem poprvé použil ve své vlastní knize Učebnice poruch duševního života. Samotný pojem psychosomatika použil v souvislosti s poruchami spánku, domníval se, že jsou způsobeny určitými náladami a duševními stavy. (Danzer, 2001)

Dále vyvyšování tělesných faktorů pokračovalo, z části i důsledkem velkých medicínských pokroků. Až počátkem 20. stolení lidské myšlení podnítila počínající psychoanalýza, kterou vyvinul Sigmund Freud. Základní myšlenkou psychoanalýzy je nalezení nevědomých pudových příčin, které mohou způsobovat psychické obtíže a mít vliv na fyzický stav pacienta. Mimo jiné se zabýval léčením neuróz a hysterie.

V roce 1939 vyšlo první vydání časopisu Psychosomatic Medicine a přineslo prohlášení psychosomatiky. Baštecká (2003) blíže popisuje prohlášení takto:

„*Psychosomatika:*

- *se zabývá psychologickým přístupem k medicíně a jejím jednotlivým odvětvím;*
- *se zajímá o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody;*
- *tvrdí, že není „logického rozlišení" mezi tělem a duší;*
- *se zaměřuje na zjišťování korelací psychologických a fyziologických procesů;*
- *představuje jak nový obor, tak součást každé lékařské specializace."*

Franz Alexander je jeden z nejvýznamnějších psychoanalytiků. V roce 1950 vydal knihu Psychosomatické lékařství, ve které píše tzv. svatém sedmeru psychosomatických

onemocnění. Tvrdí, že každé onemocnění má specifickou psychodynamiku nemoci: patří sem asthma bronchiale, peptický vřed, vysoký krevní tlak, migréna, chronicko – zánětlivé střevní onemocnění, chronické ekzémy a revmatická artritida. Dále vytvořil teorii, ve které tvrdí, že poruchy tělesné vznikají následkem nevědomého psychického konfliktu, který spočívá v rozporu mezi žádostí a zákazem nebo dvěma žádostmi. Touha po závislosti a zaopatření může být v rozporu s touhou po samostatnosti a nezávislosti. Tato teorie specifičnosti, kde jsou určité choroby výsledkem specifických konfliktů nebyla výzkumem nikdy potvrzena a dnes ji pokládáme za překonanou. (Morschitzky & Sator, 2012)

Biopsychosociální model, který v roce 1977 navrhl americký psychoanalytik a lékař Georgie Engel se stal základem moderní psychosomatiky. Podle něhož se tělo, duše i sociální okolí vzájemně ovlivňuje. Neobjasňuje to jednotlivá onemocnění, ale vysvětluje jevy jako například: v situaci, která je extrémně psychicky a psychosociálně náročná může každý člověk onemocnět tělesně; zátěžové faktory ovlivňující nemoc mohou vést u každého člověka k jiným onemocněním; různé stresové situace mohou vyvolat stejnou nemoc, a že někteří lidé mají větší pravděpodobnost k onemocnění než druzí. (Morschitzky & Sator, 2012)

1.3 Současné směry psychosomatiky

1.3.1 „Berlínská scéna“ psychosomatiky

Hlavním představitelem Berlínské scény je Friedrich Kraus. V roce 1919 se jako jeden z prvních věnoval antropologickým hlediskům a problémům v rámci medicíny v jeho knize Všeobecná a speciální patologie osobnostní klinické syzyologie. Snažil se člověka chápat jako celek a zdůrazňoval individualitu a jedinečnost nemocného a jeho osudu. Tvrdil, že v každé somatické poruše najdeme její základ ve vegetativním jádru pacienta, které nazývá hlubinná osoba. Asistent a primář u Friedricha Krause Theodor Brugsch zdůrazňoval podobně osobní aspekt pacienta. U Krause působil pětadvacet let a po druhé světové válce převzal vedení 1. lékařské kliniky Charité. V roce 1928 zveřejnil pojednání O personalistickém postoji v medicínské vědě, ve kterém řešil vztah jednotlivé osoby a nemocného vůči společnosti.

Další dlouholetý asistent Krause Gustav von Bergmann v roce 1932 vydal knihu Funkční patologie, která byla několik desetiletí považována za inovační a budoucí

směr určující učebnici vnitřního lékařství a interní psychosomatiky. Výsledky jeho bádání můžeme vysvětlit nějaké psychosomatické pozorování. K závažným somatickým chorobám dochází často kvůli dlouhotrvajícím afektům jako jsou například vtek, hněv, strach, agrese. Ty to afekty ovlivňují negativně funkci tkání a orgánů. Stoupá krevní tlak, oslabuje se imunitní systém a snižuje se prokrvení kůže. Pokud tyto funkční poruchy dlouho přetrvávají, můžeme počítat s patologickými a morfologickými změnami orgánů.

Pozornosti v psychosomatickém lékařství si zasluhuje i neurolog Kurt Goldstein, který věděl jak integrovat a s užitkem používat komplexní filozofické myšlenkové stavby a propojovat je s myšlenkami psychoanalýzy a takzvané gestalt-psychologie. Ve své knize z roku 1934 Stavba organismu se pokouší nastínit lidský organismus nejen v anatomické stavbě, ale také „pátrat" v jeho „podstatě" a navrhnout tomu přiměřený biologicky-filozoficko-antropologický základ, který zohledňuje stejnou míru těla, duše i ducha. Mnoho let sbírat zkušenosti s pacienty s poraněním mozku a zjistil, že jejich výpadky tělesných funkcí nemusí vždy souviset s defekty mozku. Interpretoval pak lidskou chorobu jako ztrátu tvaru, která podněcuje celý organismus tak dlouho ke kompenzačním výkonům, až je dosaženo nového nosného tvaru. Jen takhle lze vysvětlit, že poškozené struktury mozku mají za následek pouze malé výpadky celého organismu. První psychosomaticky a psychoanalyticky orientovanou kliniku otevřel lékař Ernst Simmel roku 1927. Kde diagnostikoval a léčil somaticky nemocné myšlenkami a metodami psychoanalýzy, které mu umožňovali celostní přístup k jeho pacientům. (Danzer, 2001)

1.3.2 „Heidelberská škola" psychosomatiky

Hlavním iniciátorem a dlouhá léta dominujícím duchem byl neurolog Ludolf von Krehl. Program svého bádání a léčby shrnul ve své knize Forma nemoci a osobnosti. Osobnost člověka pojímá jako cosi „duševního" na rozdíl od Krause, který osobu označuje jako vegetativní a tedy tělesnou. V roce 1930 prohlásil: *„Nemoc jako taková neexistuje, existují jen nemocní lidé."* (Krehl in Danzer, 2001)

Dalším představitelem byl Richard Siebeck, který formuloval program biografické medicíny, kde upozornil na mnohočetné biografické vztahy a souvislosti, ve kterých vzniká a probíhá orgánové onemocnění.

Viktor von Weizsäcker měl mnohem rozsáhlejší obzor týkající se hlubinné psychologie než Krehl a Siebeck. Díky řadě případů, které byli zveřejněni v roce 1947 v Tělesné děje a neuróza, představil orgánová onemocnění jako ekvivalent psychického konfliktu, popřípadě potom existenciální krize dotyčného pacienta. *„Je daná určitá situace, vzniká tendence, stoupá napětí, vyhrocuje se krize, následuje propuknutí nemoci a po ní je tu rozhodnutí. Byla vytvořena nová situace a nastává klid. Zisk a ztráta jsou teď přehledné. Vše je jako historická jednota. Obrat, kritické přerušení, proměna jsou zde ... k rozeznání ... v dramatickém celku.“* (Weizsäcker in Danzer, 2001)

V roce 1935 ve Studiích o patogenezi prokázal o onemocněních jako poruchy srdečního rytmu, hysterické ochrnutí nebo diabetes, jsou zapleteny do plíživé celoživotní krize. Dále se dozvídáme, že zapletení není způsobeno ničím vnějším, ale nemoc a symptomy přijímají hodnotu duševní snahy. Duchovní síly a duševní snahy zastupují život jednotlivce a proto můžeme nemoci chápat jako náhradu nebo zástupce nežitého života. (Danzer, 2001)

1.3.3 Daseinanalytická psychosomatika

„Daseinanalýza je filozoficky laděný směr, vycházející z existenciální filozofie Martina Heideggera, od něhož přejímá základní terminologii, a z fenomenologické metody, navazující na filozofa Edmunda Husserla.“ (Kratochvíl, 2000, s. 90)

Podle Andrlové (2005) jsou zakladatelé daseinsanalýzy Medard Boss a Ludwig Binswanger. Právě Medard Boss v roce 1975 demonstroval filozofické a hlubinně psychologické rozvahy, které se zabývají tématem lidské nemoci a zdraví. Jedná se o velmi náročné filozofické spisy s obtížně srozumitelným jazykem daseinanalýzy a proto je ještě otázkou budoucnosti jaký obohacující vliv budou na psychosomatiku mít. Ve svých spisech se zabýval koncepty zdraví a nemoci v oblasti psychologie a medicíny. Ve svém díle Einführung se zabýval rozdíly mezi filozofickými a vědeckými modely. Jsou to například „vitalistická“ a „mechanická“ biologie, materialismus, způsob pozorování Bertalanffyho a Seyleho koncept stresu. Takzvaný „diagnostický skotom“ (skotom = slepá skvrna) je nevyhnutelným následkem přírodovědecky orientované medicíny. Díky psychoanalýze se podařilo přisoudit mnoha fenoménům lidské existence nějaký určitý smysl, který se ztratil až v podmínkách klasické medicíny, podlehl i Sigmund Freud, konstatoval Medard

Boss ve své teorii o dominujícím pozitivisticko-materialistickém duchu doby. *„Psychické se stalo předmětem, na který pohlížel technicistně a který nakonec imponoval jako „stroj“, ve kterém se dostávají do vztahu „veličiny vzruchů“ a „reakce“, „pudy“ a „částečné pudy“, „libido“ a „destrudo“, které pak mohou být počítány.“* (Danzer, 2001, s. 79) Boss tvrdil, že tohle psychoanalytické schéma etiologie míjí jádro a podstatu lidského bytí, navzdory tomu ve svém díle Praxe psychosomatiky dokládá psychoanalytické teorie na příkladech poruchy příjmu potravy, vysokého krevního tlaku, astmatu bronchiale a jiných nemocí, kterým přisuzuje motto „živořit místo žít“. (Danzer, 2001)

2. Psychosomatika z klinického pohledu

Psychoterapeuti se již několik desítek let snaží přijít na souvislosti mezi psychosomatickými poruchami a osobnostní charakteristikou nebo i zátěžovou situací. Právě znalost těchto spojitostí by lidem pomohla k předcházení samotným nemocem. Hodnocení studií i praxe psychoterapeutiky ukazují na to, že největší měrou o výskytu psychosomatických onemocnění rozhoduje individuální historie a problematika pacienta. Existují ale jisté zákonitosti ve fungování lidské psychiky a v jejím vztahu k fyzičnu. Například zažívací ústrojí je spojeno se sklonem něco přijímat a podržet. Lidé, kteří tyto sklony potlačují a mají zábrany o něco požádat nebo si něco brát, můžou trpět anorexií, nadměrným jezením nebo žaludečními vředy. Potlačování agrese a sebeuplatnění vedou ke svalovému napětí, vyššímu krevnímu tlaku a srdečním potížím. Pokud se pacient cítí být v situaci svázán a nedokáže se z ní vymanit, jeho klouby, které představují pohyblivost, mohou být postiženy revmatickou artritidou. (Poněšický, 2002)

Psychosomatické choroby dělíme od doby Alexandera do čtyř skupin podle závažnosti na:

- *„poruchy celkového tělesného schématu (neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin víceméně nepovažované za nemoc);*
- *funkční (somatoformní a disociativní) poruchy (primárně neorganické poruchy považované za nemoc);*
- *psychosomatické poruchy v užším smyslu (organické choroby vyvolávané nebo posilované psychosociálními faktory);*

- *somatopsychické choroby (organická onemocnění s psychosociálními následky)“.* (Morschitzky & Sator, 2012)

2.1 Poruchy celkového tělesného schématu

Poruchami celkového tělesného schématu můžeme označit jako tělesné potíže, nejčastěji psychicky nebo psychosociálně podmíněné. Nevzniká při nich poškození orgánů, chronické poruchy vegetativního nervového systému ani změny tkání. Objevení tělesného symptomu hned neznamená, že jsme nemocní. Takový symptom se během jednoho týdne objeví až u 80% lidí. Nejčastěji jsou to bolesti hlavy a bolesti žaludku. Podle subjektivního vnímání se mohou tyto potíže zvolna měnit ve funkční nebo somatoformní poruchy, které považujeme již za nemoc. Právě tyto tělesné poruchy se mohou objevit u většiny depresivních poruch. (Morschitzky & Sator, 2012)

2.2 Funkční poruchy

Poruchy, při kterých dochází k poškození tělesných funkcí, které nemají organické příčiny, často se na nich podílejí právě příčiny psychické. Nejčastěji se projevují symptomy jako je bušení srdce, problémy s dýcháním, zvýšené pocení, střevní a žaludeční potíže. Někdy může být poškozen i volní nervový systém a následkem toho mohou vzniknout poruchy sluchu, řeči, zraku a pohybu. Pokud má naše tělo dostatek energie, kterou nemá jak využít a vybít, často důsledkem toho vznikají funkční poruchy. Tyto poruchy nemusí být způsobeny pouze psychickými příčinami. Rozlišujeme zde dva druhy poruch a to somatoformní a disociativní.

2.2.1 Somatoformní poruchy

Podle mezinárodní klasifikace nemocí se označují jako tělesné symptomy bez dostatečných organických příčin. Somatoformní poruchy jsou tvořeny tělesným poškozením vegetativních funkcí bez chorobných tkáňových změn. Často jsou zapříčiněné psychicky nebo psychosociálně. Označení „somatoformní“ znamená, že poruchy vypadají jako tělesného původu, podrobnější vyšetření ale dokáže, že nejsou. Sami pacienti jsou i přesto přesvědčeni o tom, že trpí fyzickou chorobou. (Morschitzky & Sator, 2012)

V somatoformních poruchách nemůžeme jednoznačně prokázat psychické příčiny ani vyloučit organické příčiny. Jde o popis vzorce chování, při němž včetně symptomů mají význam subjektivní přesvědčení a teorie nemocí pacienta. Nejčastější příčinou pro vznik somatoformní poruchy je stres v širším slova smyslu. To proč stres způsobuje nějakou

tělesnou symptomatiku, můžeme zjistit a pochopit pouze individuálně. Lidé trpící somatoformními potížemi se potýkají s delším trváním symptomů, delšími stavy pracovní neschopnosti a větším počtem návštěv lékařů častěji než jiní pacienti s převážně psychickými poruchami. V průběhu života se somatoformní syndrom objeví až u 13% obyvatel. *„Somatoformní poruchy můžeme shrnout takto:*

- *Pacienti stále opakují lékařům jejich tělesné symptomy*
- *Postižení stále vyžadují další lékařská vyšetření i když jsou výsledky negativní a lékaři je ujišťují, že symptomy nemají tělesné příčiny*
- *Pacienti odmítají mluvit s lékařem o možnosti psychických příčin.“* (Morschitzky & Sator, 2012, s. 20)

2.2.2 Disociativní poruchy

Z psychosomatického hlediska jsou disociativiní poruchy vyvolané traumatizujícími zážitky, neřešitelnými konflikty nebo narušením mezilidských vztahů. V psychoanalytice se disociativní poruchy nazývají konverzními. Tento pojem použil již Sigmund Freud a vysvětloval ho tak, že nepříjemné emoce vyvolané konflikty a potížemi se konvertují a změní v určité symptomy. Disociativní poruchy rozlišujeme do tří skupin a to poruchy pohybu kam patří psychogenní ochrnutí, psychogenní poruchy chůze a držení těla, psychogenní hlasové poruchy. Další skupinu tvoří disociativní křečové záchvaty, jsou to psychogenní ataky, nikoli však epileptické. Do poslední skupiny řadíme disociativní poruchy senzibility a vnímání, jsou to nepříjemné tělesné pocity, ztráta senzomotorických informací, zvýšená citlivost ve vnímání bolesti a částečná nebo úplná ztráta kožního vnímaní, zraku, sluchu, čichu. Konverzní poruchy se oproti somatoformním objevují minimalně, postihují nanejvýš 0,3% obyvatel a ženy jimi trpí minimálně dvakrát častěji než muži.

2.3 Psychosomatické poruchy v užším smyslu

„Psychosomatickými poruchami v užším slova smyslu rozumíme veškerá poškození orgánů a poruch tělesných funkcí, které jsou natolik ovlivněny psychickými nebo psychosociálními faktory, že organické příčiny samy nemohou procesy dostatečně vysvětlit.

Jinak řečeno jde o tělesné choroby s prokazatelným poškozením orgánů nebo s organicky způsobenou poruchou tělesných funkcí. Na rozpoutání poruchy, jejím udržování a zhoršování se více nebo méně významně podílejí psychické nebo sociální faktory." (Morschitzky & Sator, 2012, s. 23)

Psychosomatické poruchy vyžadují samostatnou diagnózu pro psychologické faktory i pro organickou poruchu jako takovou. Příklady takové diagnózy jsou nemoci jako střevní vředová choroba, ekzém, astma bronchiale, kopřivka. V běžné klinické praxi často dostávají pacienti trpící bolestmi ještě další psychiatrickou diagnózu, např. „porucha přizpůsobivosti" nebo „dlouhotrvající depresivní reakce". Většina pacientů trpící psychosomatickými chorobami odděluje tělo od duše a nechápe jejich vzájemné působení. Vyžadují proto, aby jejich nemoc byla léčena pouze tělesně, často střídají lékaře, protože si nechtějí připustit, že jejich nemoc může být psychického původu.

2.4 Somatopsychická onemocnění

Chápeme tak primárně tělesná onemocnění, na základě kterých vznikají duševní symptomy a psychosociální poškození. Z biopsychosociálního hlediska je obvyklé, že u každé nemoci tělesné jsou psychické a sociální komponenty. Čím více je průběh nemoci chroničtější, tím více vstupují psychologické a psychosociální aspekty do popředí a ustupují aspekty organické. Typickými nemocemi, u kterých se zabýváme somatopsychickými následnými stavy, jsou např. diabetes mellitus, AIDS, rakovina, žloutenka typu C, mozková onemocnění a nemoci štítné žlázy. Lidé trpící závažnými tělesnými chorobami jsou často nuceni se vypořádat s psychickými a sociálními problémy, které vznikají v důsledku tělesných symptomů, deformací operací nebo poškozením tělesných funkcí. Můžeme sem zařadit strach ze smrti, poškození tělesné integrity, snížená duševní a tělesná výkonnost, omezení sociálních vztahů nebo ohrožení představy o sobě samém a pocit nízké vlastní hodnoty. (Morschitzky & Sator, 2012)

3. Psychosomatická onemocnění

3.1 Respirační poruchy

3.1.1 Astma bronchiale

Slovo astma je řeckého původu a znamená „těžké dýchání“. Člověk trpící astmatem má ztížené dýchání v podobě problémů s výdechem. Může být doprovázeno i dráždivým kašlem. Vyskytují se při něm sípavé a pískavé zvuky, obvykle spojené s lapáním po vzduchu a pocity dušení. Postižení mohou mít pocit, že po vzduchu lapají marně, ve skutečnosti ale nemohou pořádně vydechnout, protože vzduchu více vdechují, než vydechují a mají přeplněné plíce. Záchvaty astmatu obvykle začínají v prvních 10 letech života a u poloviny pacientů po pubertě samy od sebe přestanou. Astma dělíme na alergické, kterým trpí zejména děti a nealergické.

Alergické je reakcí na nějaké alergeny. Mohou to být chemické látky, pyl, chlupy a peří zvířat nebo potraviny. Alergické astma patří do skupiny atopických onemocnění, spolu s kopřivkou, atopickým ekzémem nebo sennou rýmou. K atopii má člověk zděděnou potenci k nadměrné citlivosti. Lékařsky nedokážeme vysvětlit, proč tolik astmatiků trpí záchvaty i bez styku s alergeny, proč někteří lidé trpí záchvaty i když u nich nebyla prokázaná žádná alergie nebo proč někteří lidé dostanou záchvat při pouhém pohledu na obrázek zvířete.

Nealergické astma často vzniká důsledkem poškození horních nebo dolních dýchacích cest. Může se objevit i při ústupu alergického astmatu. (Morschitzky & Sator, 2012)

Psychosomatický pohled: Řada studií potvrzuje, že je v průběhu astmatu důležitý vztah s matkou. „Záchvat provokují buď situace, které vzbuzují strach ze separace, nebo naopak ty, které ohrožují dítě příliš těsnou vazbou s matkou.“ (Baštecký a kol., 1993, s. 199). Problémy závislosti na matce mohou být způsobeny chybami na straně matky i dítěte. Psychoanalytičtí autoři popsali tři typy postojů matek astmaticky nemocných dětí. Protože právě jejich nevhodnou výchovou může být dítěti ztížení řešení vývojových úkolů a dítě si tím pádem nezvládne vybudovat dostatečnou autonomii. Jsou to matky přehnaně ochranitelské, jejichž výchova může vést k nezralosti a závislosti dítěte. Perfekcionistické matky, ty jsou příliš ambiciózní a dítěti projevují lásku jen tehdy, když vyhovuje jejich ambicím, které často projevují

neverbálně. Matky s odmítavým postojem, které jsou dominující a k dítěti ve všem kritické a netolerantní. (Baštecký a kol., 1993) Na udržování astmatických potíží přispívá i okolí pacienta. Z jedné strany lidé se snahou pomoci, kteří berou na pacienta dlouhodobý ohled a umožňují mu se vyhnout nepříjemným situacím. Na druhé straně jsou to lidé s nejistotou až strachem z pacienta, pokud se astmatické záchvaty často opakují, mohou se setkat i s lhostejností. (Poněšický, 2002)

Z pohledu psychoanalýzy je astmatický záchvat „voláním po matce“ nebo podle domněnky Mitscherlicha „křikem proti matce“. U nemocných astmatem hraje roli pocit viny. Podle Alexandera bylo mnoho pacientů vyléčeno tím, že se při analýze „vypovídali“ z nepochopitelných představ viny a dostali od svého analytika rozhřešení. Často na postiženého působní zároveň alergen a psychický stres. Podle výzkumů v chicagském Institutu k záchvatu vede jen souběh obou faktorů, tedy alergenů a emočních podnětů. Pouze jeden k vyvolání záchvatu nestačí, proto stačí ve většině případů při léčby odstranit pouze jeden faktor k tomu, aby byl pacient bez záchvatů.

Z deseinalytického pohledu připisuje Medard Boss této nemoci „zvláštní strukturu bytí“. Zveřejněné životní příběhy astmatiků u pacientů zdůrazňovali „velkou potřebu lásky“, strach z narušení milostnému vztahu. Dále se vedle přimknutí na matku ukazuje nedostatek samostatnosti a zralosti. Může dojít k nečekanému uzdravení pacienta s astmatem v případě, že výrazně pocítí blízkosti k analytikovi. Boss díky Rorschachova testům zjistil, že se u pacientů často objevují výklady typu rozervání, rozkousávání, exploze věcí, zvířat nebo lidí, které jsou viděny jen u určitých schizofrenních lidí. Boss se domníval, že se astma a schizofrenní porucha mohou vzájemně zastupovat. Bylo vypozorováno, že astma zmizelo v případě, že se pacienti stali schizofrenními. Trpěli potom jinými problémy a astma pro ně „už nebylo potřebné“.

K terapii astmatu jsou vhodná dechová cvičení, protože pacienti špatně dýchají a mají napětí v hrudníku a zádech. Dechová cvičení a masáže mohou toto napětí uvolnit, pacientovi se pak lépe dýchá. Další terapeutickou metodou vhodnou pro astmatika je autogenní trénink. Vhodné jsou i lázeňské pobyty a pobyty u moře. Artur Jones prokázal o pozitivní účinky při podání placeba. Zdravotní stav se zlepšil až 36% pacientů. (Danzer, 2001)

3.1.2 Hyperventilace

Z klinického pohledu je nejvýznamnější funkční poruchou dýchání. Typické symptomy jsou např.: lapání po dechu, tlak v hrudi, bušení srdce, znecitlivění rukou nebo nohou, mravenčení, svalové bolesti, strach z náhlého bezvědomí, strach ze smrti zadušením. Pokud hyperventilace trvá déle, hrozí nedostatečné prokrvení mozku a to má za následky závratě, pocity neskutečnosti nebo poruchy vědomí. Hyperventilace obvykle nastává v situaci, kdy člověk provede zesílený nádech ústy, který může být vyvolán emocionálním podrážděním. V případě, že postižený zrovna neprovádí tělesnou aktivitu, kyslík zůstává v průduškách a to vyvolává pocit nepříjemného napětí v hrudníku a neschopnost se nadechnout. Postižený ze strachu z udušení dýchá ústy ještě mocněji a tím si přivodí hyperventilaci. Kdyby se začal pohybovat, množství kyslíku by se proměnilo v oxid uhličitý a jejich poměr by se v krvi normalizoval. Pohybem a normálním dýcháním všechny symptomy zmizí a není třeba lékařské pomoci. Lehká trvalá hyperventilace může souviset s potížemi srdcem, žaludkem nebo chronickým vyčerpáním. (Morschitzky & Sator, 2012)

3.2 Psychosomatické poruchy v kardiologii

3.2.1 Ischemická porucha srdeční

Vzniká v důsledku zúžení nebo uzavření koronární tepny zásobující srdeční sval krví. Může se tak stát postupným hromaděním tukových usazenin, které nazýváme plaky. Ty zabraňují přísunu kyslíku a živin do srdce. Ischemická choroba srdeční je označena za nejčastější chronickou chorobu na světě a hlavní příčinou smrti. Může se objevit v podobě anginy pectoris, která se projevuje bolestí vystřelující do hrudníku a ramene. Pokud se přísun kyslíku zcela zastaví, nastává infarkt myokardu. (Nolen-Hoeksema a kol., 2012)

Vzniku ischemické poruchy srdeční přispívají rizikové faktory jako: kouření, vysoký krevní tlak, cukrovka, nadváha, ale také psychosociální stres. U mužů ztráta partnera výrazně zvyšuje nebezpečí infarktu. Osamělost a nedostatek sociálního života obecně škodí srdečním funkcím. (Danzer, 2001) Velký počet pacientů trpících srdečním onemocněním vykazuje tzv. A typ chování. Lékaři tak označili pacienty, kteří bývají nepřátelsky naladění, agresivní a netrpělivý. Žijí hektickým stylem života, jsou

orientování na úspěch, nedokáží odpočívat a stále se nutí k vyššímu výkonu v čím dál kratším čase. Naproti tomu jedinci s chováním typu B jsou trpělivý, dokáží odpočívat bez výčitek, pracují v klidu, nenechají se snadno rozzlobit a netrápí je nedostatek času. Badatelé zkoumající ischemickou chorobu srdeční provedli výzkum se 3000 zdravých můžu. Pomocí strukturovaných rozhovorů je rozdělili do dvou skupin podle typu jejich chování. Následně je sledovali osm a půl roku. Za tuto dobu měli muži s typem chování A dvakrát více infarktů a jiných forem ischemické choroby srdeční než typ B. Následné výzkumy upřesnili pojetí typu A a zjistili, že vznik ischemické choroby srdeční můžeme předpovídat na základě výskytu hostility daného člověka.

„Není nijak překvapivé, že hostilní lidé uvádějí vyšší počet mezilidských konfliktů a menší sociální oporu než ostatní lidé. Snížená sociální opora má přímé negativní účinky na řadu objektivních i subjektivních ukazatelů zdravotního stavu. Hostilita tedy může mít přímý vliv na stav kardiovaskulární soustavy, neboť zvyšuje míru chronické aktivace. Nepřímý účinek na zdravotní stav spočívá ve snížené sociální opoře.“ (Nolen- Hoeksema a kol., 2012. s. 609)

Chování typu A lze upravit pomocí terapie. Lidé, kteří toto chování dokáží omezit, vykazují nižší riziko vzniku choroby. Psychologické intervence pomáhají pacientům se lépe vyrovnat se svou nemocí. Spočívají v kombinaci různých strategií jako například školící programy, které mají za účel zlepšit spolupráci postiženého na léčbě. Sociální podpora, protože ve stadiu rehabilitace je optimismus a uklidňující osobní podpora velmi důležitá. Trénink uvolňování napětí. Lepší zacházení se stresem. Opora ve změně způsobu života například při změně stravování nebo vykonávání tělesné činnosti. (Morschitzky & Sator, 2012)

3.2.2 Srdeční fobie

Neboli srdeční neuróza patří mezi funkční onemocnění srdce. Srdeční potíže se objevují u 10-25% obyvatelstva. Tělesné pocity neorganického původu vyvolávají u pacientů strach, že srdeční chorobou skutečně trpí. Stěžují si na symptomy jako bušení srdce, tlakové i bodavé bolesti na hrudi, které mohou vystřelovat do levé paže. Trpí celkovou únavou, vyčerpáním, kolísáním krevního tlaku, závratě, bolesti hlavy. K psychickým potížím patří úzkost a vnitřní neklid. Pacienti mají tendenci k depresivitě a úzkosti v situacích odloučení, související s intenzivních vztahem k matce. Matky

pacientů často bývají samy nejisté a přenášejí svojí nejistotu společně s úzkostí na svoje děti, jakmile je nemají na blízku a pod kontrolou. Dítě se kvůli matce nemůže samo neučit reagovat na situace odloučení, navíc by z osamostatnění trpělo výčitkami svědomí. *„Tyto děti se pak bez matky cítí bezmocně, trpí úzkostí a mají tendenci k depresivitě, poněvadž vlastně nikdy neměly zapotřebí matku v sobě internalizovat, neboť byla vždy nablízku.“* (Poněšický, 2002, s. 56)

3.3 Psychosomatické poruchy v gastroenterologii

3.3.1 Peptická vředová choroba

„Žaludeční vřed nemá člověk z toho, co pojídá, ale z toho, čím se užírá.“

Mary Mortley Montagu

Dříve byla považována za typickou psychosomatickou chorobu se specifickými příčinami. S vývojem medicíny se tento názor změnil, že v případě žaludečního vředu jde o primárně infekční chorobu (helicobacter pylori). Je spojena s poškozením sliznice působením kyselin. Dřívějším tvrzením přebytku žaludečních kyselin se nedá vysvětlit vznik žaludečního vředu, protože pacienti mají normální nebo snížený obsah kyselin v žaludeční šťávě. Objevením bakterie helicobacter pylori se začal žaludeční vřed považovat za organicky vyvolanou chorobu. Zavrhovala se myšlenka na možnost působení psychických faktorů.

Stále ale nevíme, co dělá z nosiče bakterie člověka trpícího žaludečním vředem. Pouze organickými příčinami vznik vředu nevysvětlíme. Z biopsychosociálního pohledu jsou stále psychologické aspekty důležité při vzniku a průběhu choroby. Určitá část pacientů trpí potížemi i po odstranění bakterie antibiotiky. Vřed se vyvine jen u pětiny infikovaných pacientů. Značná část populace je infikována bakterií, podle různých oblastí 30-80%, ale vřed se v průběhu života objeví jen 10-20%. S věkem stoupá počet infikovaných, ale nijak se to neprojevuje. V psychosomatickém pojetí je hlavní příčinou vzniku vředu stres. Partnerské problémy, potíže v práci nebo traumatizující zážitky zvyšují riziko vzniku žaludečního vředu. Dále tomu přispívají změny sociálního prostředí, ocitnutí se v sociální izolaci např. zahraniční dělníci. Nebo také nárůst odpovědnosti jako je povýšení v zaměstnání.

Na začátku léčby se pacientům doporučuje naučit si vést deník symptomů, aby pochopili souvislosti mezi žaludečními potížemi a duševním stavem. Dále se doporučuje provádět relaxační cvičení, partnerské a rodinné terapie a koučování v případech pracovních problémů. Důležité je, aby se pacient naučil vnímat svůj emocionální stav a adekvátně vyjadřovat pocity jako zlost, úzkost, bezmocnost. A když bude třeba, tak přejít ke zdravé stravě a pravidelnému jídlu bez stresu. (Morschitzky & Sator, 2012)

3.3.2 Zánětlivá onemocnění střev

Za chronicky zánětlivá onemocnění považujeme Colitis ulcerosa a Crohnovu chorobu. Doposud neznáme jejich příčinu a považujeme je za nevyléčitelné. U 10-15% jsou si potíže tak podobné, že je nemoci skoro nemožné rozeznat. Obě nemoci postihují muže a ženy přibližně stejně často, začínají v mládí a jsou spojeny s bolestmi břicha, průjmy a úbytku na váze.

Colitis ulcerosa, jde o zánět sliznice tlustého střeva, začíná v konečníku a šíří se celým tlustým střevem. Projevem nemoci jsou rozprostřené krvácející vředy, které se mění v polypy (nezhoubné nádory střevní sliznice). V symptomech se objevují krvavé až hnisavé průjmy, krvácení z řitního otvoru, horečka, bolesti a únava. Ze začátku se nemoc projevuje bolestmi břicha, průjmy, nechutenstvím a zvýšenou teplotou. V případě, že je postižen pouze konečník, neprojevují se změny ve stolici. Pokud ale zánět postupuje do tlustého střeva, objevují se průjmy spojené s fyzickými bolestmi.

Crohnova choroba je chronická nemoc a na rozdíl od colitis ulcerosa může postihnout všechny úseky trávicího traktu od dutiny ústní až po řitní otvor. Choroba zasahuje všechny vrstvy střevní stěny a to hlavně v análni oblasti. Vytvářejí se abscesy (dutiny vzniklé zničením tkáně) a píštěle (nepřirozené kanálkovité propojení mezi orgány). Může jimi být poškozen svěrač, čemuž následuje částečná nebo úplná inkontinence stolice. Symptomy jsou velmi podobné jako u colitis ulcerosa, liší se pak podle toho, jaká část těla je zasažena. U zasažení tenkého střeva se nemoc projevuje silnými bolestmi, nevolností, zvracením, nadýmáním a průjmy (až patnáctkrát za den). U tlustého střeva se objevuje vylučování hlenu a krve do stolice, nechutenství a následkem toho i úbytek na váze.

Protože doposud neznáme příčiny vzniku těchto chorob, nemáme ani stanovena přesná léčebná opatření. Jako účinné metody se prokázaly: kognitivně behaviorální terapie, relaxační techniky, hypnóza a psychoanalyticky orientovaná psychoterapie. (Morschitzky & Sator, 2012)

3.4 Další nemoci

3.4.1 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou nejčastější poruchou celkového tělesného schématu. Díky zatím největšímu průzkumu v Německu se zjistilo, že až 71,4% německých obyvatel má alespoň občas bolesti hlavy. Z toho 27,8% má migrénu a 28,3% tenzní bolesti hlavy. Bolesti hlavy můžeme rozdělit na primární a sekundární. Sekundární bolesti hlavy mají jasné organické příčiny, jsou to bolesti způsobené nádorem v hlavě, krvácením do mozku, očními problémy, zraněním či operací. Primární bolesti mají vlastní symptomatiku, patří sem tenzní bolesti hlavy a migréna.

Označení „tenzní bolesti hlavy“ dnes používáme pro všechny bolesti hlavy. Trpí jimi 10-15% obyvatelstva a objevují se obvykle na obou stranách hlavy a šíje. Podle četnosti bolestí je dělíme na epizodické a chronické. Epizodické se nedostavují častěji než 15 dní v měsíci, mají podobu tlaku až tahu, lehkou až střední intenzitu bolesti, obvyklá tělesná činnost je ztížena, netrpí nevolností ani zvracením. Také nejsou světloplaší a nadráždí je zvuky. Chronické se dostavují častěji než 15 dní v měsíci, symptomy jsou stejné jako u epizodických bolestí, ale mohou se vyskytovat obavy ze zvracení, nevolnost a světloplachost. Za nejčastější příčiny vzniku považujeme psychosociální stres, problémy v mezilidských vztazích, pracovní tlak, poruchy spánku. (Morschitzky & Sator, 2012)

Migrénou trpí 8-12% obyvatelstva a z toho ženy třikrát častěji než muži. Je charakterizována jednostrannou pulzující bolestí hlavy a znemožňuje běžné pracovní činnosti. Je provázena nevolností spolu se zvracením, světloplachostí a citlivostí na hluk. Probíhá v záchvatech, které mohou trvat několik hodin až několik dnů. Záchvatům může předcházet tzv. aura, ta se vyznačuje přechodnými neurologickými symptomy a výpadky, jako je přechodná obrna obličeje, závratě, dvojí vidění, poruchy chůze. Kromě

biologicko-fyzikálních spouštěčů jako jsou poruchy spánkového cyklu, menstruace, hormonální změny, hlad, alkohol a některé potraviny, jsou také spouštěče psychické jako zloba, vztek, zvýšený nárok na výkon, hektičnosti, stres nebo uvolnění po psychické zátěži. (Poněšický, 2002)

3.4.2 Atopický ekzém

Postihuje každého desátého člověka a tím se stává nejčastější kožní chorobou vůbec. Atopický ekzém se projevuje jako kožní zánět, který je doprovázen silným svěděním. Bývá chronický nebo neustále se vracející. Nemoc se začne projevovat zarudlými místy v obličeji a dále se rozšiřuje na paže a nohy. Postižená místa mokvají a při zasychání se pokrývají strupy, to vyvolává silné svědění, které nás nutí ke škrábání. Škrábání udržuje kožní choroby při síle. Na krátkou dobu sice pomůže do svědění, ale vzniklá poranění kůže způsobují záněty a přispívá ke vzniku další infekce. Škrábání může být vyvoláno i napjatou životní situací, zlostí, nudou nebo dlouhým čekáním.

Viditelná kožní onemocnění mohou těžce poškodit psychický a sociální pocit postiženého. Výsledkem je deprese, úzkosti, sociální izolace. Stres vyvolaný poruchou potom přináší další zhoršení příznaků. (Morschitzky & Sator, 2012)

3.4.3 Arteriální hypertonie

20-25% lidí trpící hypertenzí, má tak zvýšený tlak, že vyžadují léčbu. Při vysokém krevním tlaku se srdce musí velmi namáhat, aby dokázalo zásobovat tělo krví. Srdeční sval proto narůstá a potřebuje více kyslíku, který mu ale zkornatělé cévy nedokáží přivádět. Sami postižení často nevědí, že trpí vyšším krevním tlakem, protože ho neprovází žádné specifické potíže. Mezi symptomy hypertonie může být neustálý neklid, bušení ve spáncích, nervozita, náhlé pocity horka, mravenčení v pažích a nohou, citlivost na změny počasí, srdeční potíže a krvácení z nosu. Dlouhodobě jsou vysokým krevním tlakem poškozovány ledviny, srdce, oči, mozkové cévy. Dalším následkem může byt skleróza, ztvrdnutí a zúžení cév, která způsobuje menší prokrvování a roste nebezpečí infarktu nebo mrtvice.

Vysokému krevnímu tlaku přispívá nezdravá výživa, nadváha, nedostatek pohybu, alkohol, nikotin, velké množství soli, ale i dědičnost a např. cukrovka. Samozřejmě i chronický stres ať už z prostředí rodiny nebo práce, způsobuje zadržování vody a soli. To má negativní dopad na ledviny a zvyšuje se krevní tlak. Podle Alexandera je příčinou hypertenze potlačovaná agrese. Při léčbě pacienta bychom měli začít s jeho informovaností a objasnit mu jaké má vysoký krevní tlak příčiny a co může mít za následky. Dále se doporučuje omezit spotřebu soli, nikotinu, alkoholu, kávy. Vhodné jsou pohybové terapie, relaxační cvičení, tréninky zvládání stresu a zvládání zlosti, u které je důležité ji nepotlačovat, ale naučit se ji adekvátně projevovat. (Morschitzky & Sator, 2012)

3.4.4 Dráždivý měchýř

Jedná se o nejčastější somatoformní urogenitální poruchu, která se vyskytuje převážně u žen. Neznáme žádnou zřejmou příčinu, projevuje se symptomy: velmi častým náhlým nutkáním močit, obvykle bez inkontinence, a bolestmi nebo pálením při močení. Nutkání močit může zesilovat v situacích budící strach a úzkost. Postižený přestává chodit do kina, přestává cestovat. Ze strachu z náhlého nutkání močit postižení velmi málo pijí. Tím, ale podporují symptomatiku, protože moč se při nedostatku tekutin stává koncentrovanější a více dráždí svalovinu stěny měchýře.

Dráždivý měchýř se může objevit v souvislosti s úzkostnou poruchou, depresí nebo sexuální poruchou. Obvykle je následkem chronického stresu, vnitřního napětí spojeného se zlostí nebo všeobecného vegetativního poškození. Při léčbě je vhodné provádět posilovací cviky pánevního dna, emocionální trénink, relaxační trénink. Naučit se překonat sám sebe a záměrně vyhledávat dříve tak obávané situace jako například výše uvedené kino. Neustále vyhýbaní těmto situacím pouze podporuje problémy s močovým měchýřem. (Morschitzky & Sator, 2012)

Tabulka sestavená podle Luise L. Hay o možných příčinách nemocí.

PROBLÉM	MOŽNÁ PŘÍČINA
Astma bronchiale	Přemáhání vlastních emocí. Potlačovaný pláč. Provinilost nad tím, co se děje v blízkém okolí.
Astma dětské	Strach ze života.
Bolesti akutní	Touha po lásce a bezpečí.
Bolesti chronické	Pocit viny.
Ekzém	Vnitřní protiklady „mentální vyrážka“.
Hyperventilace	Strach, odpor ke změně. Nedůvěra v běh života.
Infarkt	Vypuzení veškeré radosti z těla kvůli penězům, postaví, funkci.
Krevní tlak vysoký	Dlouhodobě nevyřešený citový problém.
Migréna	Znechucení z nátlaku a manipulace ze strany druhých.
Průjem	Strach. Odmítání. Útěk před někým nebo něčím.
Srdeční potíže	Dlouhotrvající citové problémy. Málo radosti, zatvrzelost v srdci, přesvědčení, že je nutné žít v napětí a stresu.
Vředy	Strach. Silné přesvědčení, že za nic nestojíte.
Vyrážka	Podrážděnosti nad odkládanými záležitostmi. Dětský způsob vynucování pozornosti.

(Hay, 1991, s. 156-200)

4. Psychosomatická medicína

4.1 Historie medicíny

V medicíně se první vývojová etapa psychosomatiky, od počátku 20. století až do 40. let 20. století, nazývá psychosomatické hnutí. Lékařství zde bylo zaměřeno na hledání organických a infekčních příčin nemocí. Velký vliv na medicínu měl rozvoj bakteriologie v 19. století a Wirchowova patologickoanalytická škola. V lékařství zcela opomíjeli osobnost nemocného a nevšímali si somatických a psychických příčinných vztahů. Lékařství 19. století bylo v rozporu s lékařstvím ze století 17. a 18., kde naopak přeceňovali vliv psychických činitelů na zdraví a nemoc. Psychosomatické hnutí oživilo tento názor a

projevilo se rozpracováním koncepce psychogeneze. Ta se stala součástí moderního pojetí psychosomatické medicíny a jedním z jejích významných zdrojů. *„Psychosomatická medicína byla do konce 40. let tohoto století pokládána převážně za studium vzájemných vztahů psychologických a fyziologických aspektů tělesných funkcí v normě a patologii a za pokus integrovat somatoterapii a psychoterapii. Z tohoto chápání vyplývá, že psychosomatická medicína je jednak vědeckou disciplínou, jednak přístupem k léčení.“* (Baštecký a kol., 1993, s. 28) Psychosomatické hnutí představovalo pro lékařství velký přínos, který spočíval v tom, že se psychosomatické a somatopsychické vztahy staly předmětem výzkumu a lékařství začalo nahlížet na člověka jako společenskou bytost, která žije v určitém sociálním a kulturním prostředí. Další byla holistická koncepce, která zpracovávala psychobiologii, jež podnítila rozvoj psychosomatické medicíny na teoretickém základě. Dále pak psychofyziologie, která rozpracovala učení o podmíněných reflexech Pavlova a Selyeho koncepci stresu. Od 40. let 20. století se vývoj psychosomatické medicíny rozdělil do dvou směrů, koncepce psychoanalytické a nespecifické.

4.2 Vývoj psychosomatické medicíny v Československu

Před i po 2. světové válce u nás dominoval biomedicínský model nemoci, což bylo jednou z příčin toho, že u nás až do 70. let psychosomatika nebyla institucionalizována. V roce 1975 byla založena sekce pro studium psychosomatiky Psychiatrické společnosti ČSL, která úzce spolupracuje se sekcí psychosomatiky a klinické psychofyziologie Společnosti psychosomatických integrací. Od té doby začalo několik pracovních skupin pracovat s psychosomatickou medicínou a bylo zřízeno několik lůžkových jednotek. V roce 1982 katedra psychiatrie Institutu pro další vzdělávaní lékařů a farmaceutů zařídila výuku o psychosomatické a behaviorální medicíně. Rozvoj psychosomatické medicíny u nás vidíme hlavně ve vložení bio-psycho-sociálního modelu nemoci do zdravotnictví, hlavně do primární péče a v rozvíjení takzvané poradenské psychiatrie. (Baštecký a kol., 1993)

4.3 Koncepce a teorie psychosomatické medicíny

4.3.1 Psychoanalytická teorie

Psychoanalýzu založil Sigmund Freud a vytvořil tzv. topografický model lidské duše. V modelu rozlišuje nevědomí, vědomí a předvědomí. V nevědomí se nachází neverbální procesy, které jsou zachytitelné v přáních a reflektovaných v pudových potřebách a snech. Naše vědomí kontroluje a vnímá aktivity, ať už psychické nebo motorické. A předvědomí je přechodnou oblastí, jejíž obsah může být v určitě situaci vědomí přístupný. Od 20. let vytváří Freud další model a to strukturní model psyché. Kde rozlišuje tři funkční struktury, ve kterých vznikají pudové a emoční síly. Ono (id), zde vznikají pudové impulsy, nadjá (superego), které brání uskutečněním pudových přání a obsahuje morální normy. A já (ego), které vyrovnává působení složky sociální (nadjá) a pudové (ono) a jeho výsledkem je naše chování. Dále Freud vypracoval vývoj pudových sil, kde rozdělil prvních šest let života člověka do tří období. Orální, anální a genitální. Stádia vycházejí ze získávání největší slasti v určitém období. Ruesch si všiml, že psychosomatické poruchy mají jeden hlavní společný rys, že se nalezená patologie vždy týká prvních dvou let života. Tedy nejranějších vývojových období, podle Freuda orální fáze. Alexander vycházel z popsaných intrapsychických konfliktů. Ty jsou specifické pro různé onemocnění, také souvisí s patogenezí chorob. Nervový vegetativní systém a hormony centrálně řízené na ose hypotalamus- hypofýza-endokrinní žláza považuje za zprostředkující mechanismy. V dělení vegetativního nerstva dělí mechanismy na související s přípravou na boj či útěk (sympatikus) a na mechanismy které se vztahují k příjmu potravy a anabolickým pochodům (parasympatikus). (Baštecký a kol., 1993)

„*Psychoanalytikové rozlišují mezi objektivní úzkostí, která je přiměřenou reakcí na škodlivou situaci, a neurotickou úzkostí, jež je neúměrná skutečnému nebezpečí. Freud se domníval, že neurotická úzkost vychází z nevědomého konfliktu mezi nepřijatelnými impulzy a omezeními, které jim klade realita. Mnohé impulzy znamenají pro jedince hrozbu, protože jsou v rozporu s jeho osobními nebo společenskými hodnotami. Podle psychosomatické teorie prožívá každý z nás nevědomé konflikty. Někteří lidé mají těchto konfliktů více a přikládají jim hlubší význam, a proto vnímají životní situace jako stresové častěji než ostatní.“* (Nolen- Hoeksema a kol., 2012, s. 604)

4.3.2 Kortikoviscerální koncepce

Kortikoviscerální neboli cerebroviscerální koncepci vytvořili Bykov a Kurcin. Vycházeli z fyziologa Pavlova z jeho učení o podmíněných reflexech. Představitele kortikoviscerální koncepce díky experimentům prokázali vztahy mezi somatickými a vegetativními funkcemi organismu s vyšší nervovou činností. Dále i skutečnost, že mozková kůra řídí funkci vnitřních orgánů. Podle Bykova a Kurcina za vznik kortikoviscerálních onemocnění můžou dlouhotrvající intenzivní emoce záporného charakteru, jako jsou smutek, úzkost, strach. V prvním stádiu dochází k podráždění mozkové kůry, v druhém stádiu dochází k dlouhotrvajícímu podráždění a vzniku nadhraničního útlumu v mozkové kůře. Ve třetím stádiu se vytvářejí ulpívající ohniska podráždění, to vede k oslabení a útlumu mozkové kůry a zesílení chaotické činnosti vegetativních funkcí. Díky porušení vzájemných vztahů v hypotalamické oblasti dochází ke vzniku onemocnění jako vředová choroba, dyskineze trávicího ústrojí, astma bronchiale. (Baštecký a kol., 1993)

4.3.3 Koncepce psychického stresu

Jako stres můžeme označit situace, které vyvolávají úzkost a napětí. Stres můžeme rozdělit na eustres, který na nás má pozitivní vliv a může nás vyburcovat k lepší výkonům a distres, který je naopak negativní. Selye považoval stres za nespecifickou odpověď organismu na podněty, které narušují jeho homeostázu. Vytvořil teorii stresu, ve které popisuje tzv. generalizovaný adaptační syndrom. Ten probíhá ve třech fázích:

5. Fáze poplachová- akutní stresová reakce
6. Fáze adaptační- kdy naše sílu stačí na zvládání stresu
7. Fáze vyčerpání- tzv. dekompenzace

Stres na nás může působit krátkodobě, například mluvení před skupinou lidí, a vyvolává v nás rychlou imunitní odpověď. Naše tělo se pak nachází ve stavu, jako když bojuje s infekcí nebo hojí rány, protože se v našem těle objeví až dvakrát více buněk. (Song, 2004) Pokud na nás stres působí dlouhodobě, zvyšuje se tak dráždivost nervového systému, oslabuje imunitní systém a díky tomu se stáváme náchylnější k chorobám.

4.3.4 Koncepce alexitymie

Nutností je upozornit na Ruescheho práci ve které se v roce 1948 postavil proti specifickým teoriím, které popisují psychoanalytici. Poukázal na *„řadu společných rysů popsaných vlastností psychosomatických pacientů různých diagnóz a popsal nespecifickou, tzv. infantilní osobnost. V rámci toho popisu uvádí i obtíže těchto nemocných při slovním a symbolickém vyjádření vlastních afektů a pudových hnutí.“* (Baštecký a kol., 1993, s. 48)

Na konci 60. let Marty a de M´Uzan přišli s celistvější koncepcí a vypozorovaný jev nazvali penseé operatoire a Sifneos s Nemiahem vytvořili dnes nejpoužívanější termín alexitymie. Marty a de M´Uzan popisovali způsoby myšlení a vyjadřování psychosomaticky nemocných pacientů. Jejich myšlení bylo konkrétní a orientované na přítomnost, nebylo spojeno s žádnými fantaziemi. Sifneos a Nemiah v roce 1976 podali nejúplnější popis pacientů.

„Pro alexitymické pacienty platí, že:

1. nekonečně popisují tělesné příznaky, které se někdy nevztahují k základnímu onemocnění;

2. stěžují si na napětí, podrážděnost, frustraci, bolesti, nudu, prázdnotu, neklid, agitovanost, nervozitu;

3. nápadně jim chybí fantazie, přitom pečlivě popisují nevýznamné detaily prostředí;

4. mají zřetelné obtíže při hledání vhodných slov pro vyjádření emocí;

5. pláčou málo, někdy hodně- ale pak se pláč nezdá být vztažen k odpovídajícím pocitům, jako je smutek nebo zlost;

6. vzácně si pamatuje sny;

7. jejich afekty bývají nepřiměřené;

8. činnost se zdá být pro ně hlavním způsobem života;

9. jejich interpersonální vztahy jsou obvykle špatné, s tendencí k výrazné závislosti, nebo dávají přednost samotě, odmítání lidí;

10. osobnosti bývají narcistické, vzdávající se, pasivně agresivní nebo pasivně závislé, psychopatické;

11. lékař nebo terapeut je jimi obvykle znuděn, zdají se mu velmi hloupí.“ (Baštecký a kol., 1993, s. 48,49)

4.3.5 Koncepce syndromu hopelessness-helplessness

Syndrom beznaděje a bezpomoci. Koncepci vypracovali Schmale a Engel, při pozorování dvouleté holčičky, která byla deprivovaná vlastní matkou, ta totiž nezvládala péči o dítě s atrézií, což je vrozená vada jícnu. Tato koncepce obsahuje psychoanalytickou terminologií popsaný prožitkový syndrom hopelessness – helplessness. *„Prožitek obsahuje:*

1. *Bolestný pocit bezmoci a beznaděje tváří v tvář určité situaci;*
2. *Subjektivní pocit snížené schopnosti situace řešit;*
3. *Pocit ohrožení a menšího uspokojení ze vztahů k ostatním a z role ve společnosti;*
4. *Ztrátu souvislosti minulosti a budoucnosti, sníženou schopnost naděje a důvěry;*
5. *Tendenci oživovat a znovuprožívat dřívější deprovice a selhání.“* (Baštecký a kol., 1993, s. 52)

4.3.6 Teorie rodiny

Rodina je základní sociální skupinou, má velký význam pro vývoj lidského jedince. V biologických, psychických i sociálních oblastech. Rodinná psychosomatika znamená soustředění rodinně terapeutických přístupů týkající se vzniku a průběhu psychosomatické poruchy. Rodina se neustále vyvíjí a mění, reaguje na vnější vlivy a prochází vývojovými stadii, které přestavují změny, tedy období zátěže. Rodině jde o udržení psychologické rovnováhy založené na potřebách jednotlivých členů. Nemoc u individuálního člena rodiny lze chápat jako špatný způsob řešení konfliktu. Proto je potom daleko účinnější rodinná terapie při jeho léčbě. U pacientů trpících

psychosomatickými nemocemi se často vyskytují vztahové nebo strukturní rodinné charakteristiky. Např. styl komunikace, která je spíše předmětně zaměřená a emočně chudá. Známý je fakt potlačování negativních emocí za účelem snížení nebezpečí vzniku aktuálního konfliktu, který může narušit rovnováhu rodiny. Navzdory tomu pak roste napětí a paradoxně vznikají vážnější chroničtější konflikty.

Způsob jak se chování jedince odvozuje od rodinného prostředí, je zatím málo známý. Faktem ale je, že např. výše zmíněné potlačování negativních emocí, výrazně přispívá ke vzniku ischemické choroby srdeční. Nejsou pochyby o tom, že rodina významně ovlivňuje zdraví a nemoc individuálního člena. (Baštecký a kol., 1993)

5. Psychosomatika z pohledu východní medicíny

5.1 Jin a jang

Základním principem, na kterém staví čínská medicína je teorie o energii jin a jang. Ta vychází z taoistické filozofie. Síly jin (žena, smrt, voda, dole, noc) a jang (muž, život, oheň, nahoře, den) na první pohled působí jako protikladné, ale vzájemně se potřebují. Bez noci bychom neznali den a bez „nahoře" nemůže existovat „dole". Pro fyzické i psychické zdraví člověka je důležité mít obě síly v rovnováze, kterou ovlivňujeme například naší stravou a spánkem. Nerovnováhami mohou být přebytek jangu nebo jinu a nedostatek jangu nebo jinu. K přebytku jangu dochází v případě pronikání faktorů určité nemoci do našeho těla, nastává horečka, máme pocit žízně a červený jazyk se žlutým povlakem. Přebytek jinu vzniká v případě, že naše tělo nemůže odvádět vlákninu z těla. Pociťujeme únavu, malátnost, hromadí se nám voda v končetinách a máme bledý jazyk s bílým povlakem. U nedostatku jangu převažuje v těle jin energie a je potřeba rozproudit jang, aby se nastolila rovnováha. Docílíme tak horkými nápoji, teplými jídly nebo pohybem. V této nerovnováze se objevuje pocit chladu, vyčerpání, bledost pokožky, ale i nedostatek aktivity a jazyk je bledý. Naopak při nedostatku jinu máme pocity zvýšené dynamiky v těle, návaly horka, lehkou horečku, poruchy spánku, zarudlé tváře a jazyk bez povlaku. K vyrovnání rovnováhy je třeba naše tělo zklidnit. (Raabová, 2008)

5.2 Čchi

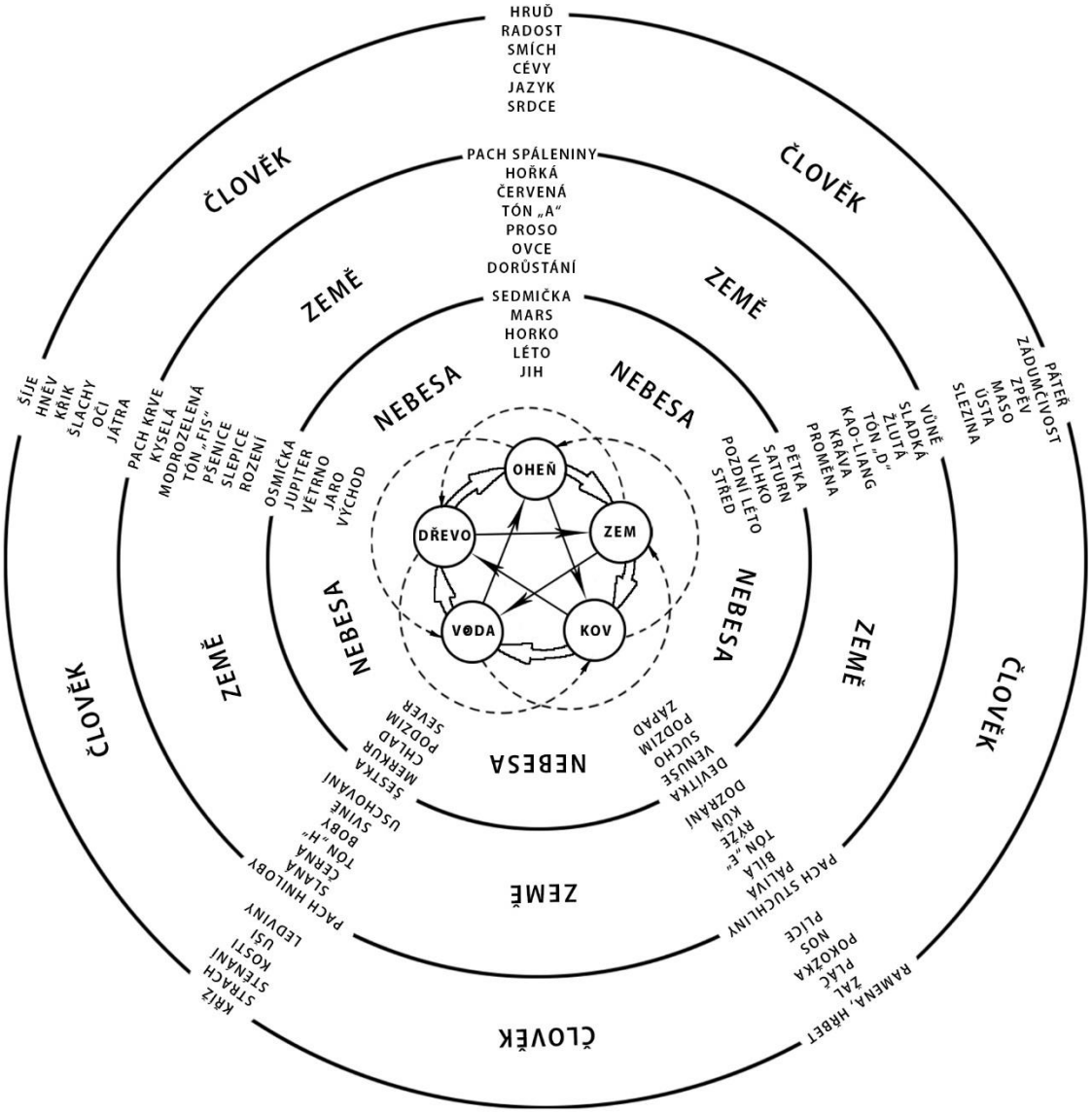
Výraz čchi nejčastěji překládáme jako energii. Může být hmotná i nehmotná záleží, z jakého pohledu ji pozorujeme. V Číně tvrdí, že dobrou čchi může mít místnost, která je zařízená podle feng-šuej a je v ní příjemná atmosféra. Jako čchi můžeme označit i vzduch, který je obsažen ve všem. V našem těle máme hrubohmotnější čchi, které je z potravy nebo jednohmotnější čchi, které je v našich myšlenkách nebo vzduchu, jenž vdechujeme. Tato energie dodává našemu tělu teplo, pomáhá při dopravě krve, tekutin i potravy. Při nedostatku čchi pociťujeme vyčerpanost, pocení, bledost nebo slabosti svalstva. (Raabová, 2008)

5.3 Teorie o pěti prvcích

„Pět prvků je látkou (hmotou) jin-jangu, jin-jang je čchi (energií) pěti prvků: energie bez hmoty by se nemohla ustálit, hmota bez energie by se nemohla pohybovat.“ (Čang Ťie-pin in Ando, 1995, s. 109)

Takzvaný čínský pentagram se skládá z pěti prvků: ohně, země, kovu, dřeva a vody. Na obrázku 1 nám dvojitě znázorněná šipka ukazuje vztah rození prvků, černá šipka vztah podmiňování a šipka čárkovaná vztah ponižování. Z pěti prvků se formuje pět stran, kdy pátá označuje střed. Z každého prvku se formuje i pět ročních období, atmosférických projevů, takzvané „patero proměn“, barev, chuťových vjemů a další.

Růžice řetězců pěti prvků



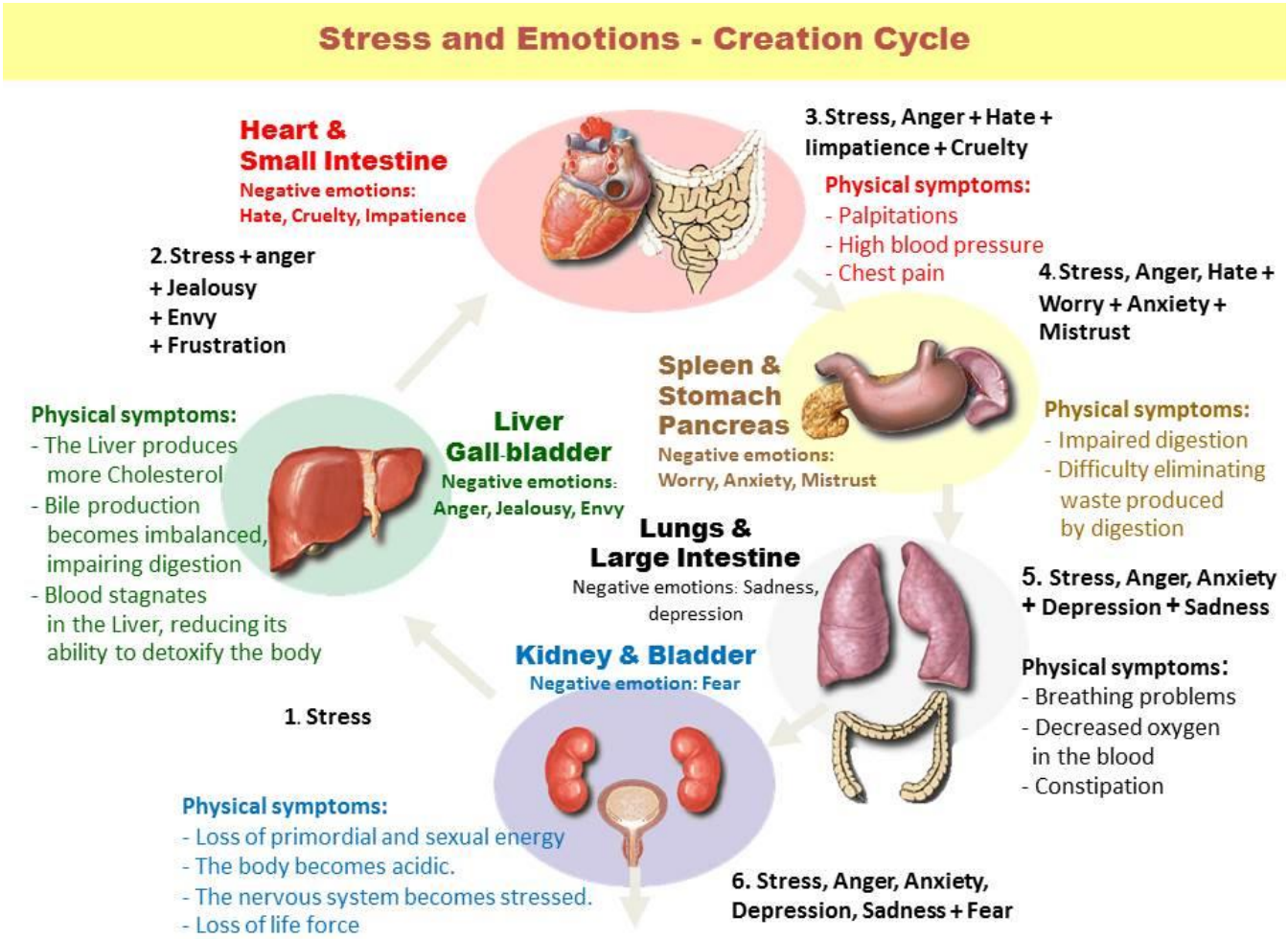
Obr.1

Pro činnost lidského těla je nejdůležitějších 5 orgánů (srdce, játra, slezina, plíce a ledviny), ty jsou jakýmsi zhmotněním pěti prvků. Například játra řídí naše šlachy a ledviny kosti. Díky učení o pěti prvcích vidíme vnitřní a vnější propojenost organismu. Játra jsou ovlivňována jarem, větrem a stravou kyselé chuti. Játra tyto vnější vlivy pomocí podmiňování přenesou do vnitřního prostředí organismu, bezprostředně na náš zrak, šlachy

a vazivo, ale i do citového života, podrážděnost, hněv a prchlivost. Orgány a jejich funkce vstupují do stejných vztahů jako pět prvků. Tedy rození a ovládání, díky kterým mohou normálně pracovat ve vyváženém prostředí. Víme, že dřevo rodí oheň. V případě orgánů dřevo jatek podporuje oheň srdce. Jednou z funkcí jatek je uschovávat krev a usměrňovat její množství, srdce řídí oběžné dráhy krve. Srdce může fungovat dobře jen tehdy, pokud i játra fungují zcela bezchybně. Pokud srdce funguje správně, krev dostatečně vyživuje slezinu. Ve slezině se tvoří a rozhojňuje čchi, které se dostává do plic. Plíce řídí oběh energie po celém těle a tím se dostává do ledvin. V ledvinách se energie uchovává v esenci ťing, ta je potom játry přeměňována na krev. V případě ovládání orgánů například ledviny (voda) ovládají srdce (oheň). Srdce je náchylné ke šlehání plamenů, proto jej ledviny musí zchlazovat.

Nemoc se pravděpodobně objeví na jednom orgánu, ale nezůstane tam izolována. Díky vztahu rození nebo ponižování se nemoc může šířit dále. Přesun nemoci může být v směru rození, kdy například ledviny nedokáží vyživovat krev jater. Projevuje se to závratěmi, suchem v krku, únavou nebo třesem končetin. Pokud je přesun nemoci opačným směrem rození, oslabené nemocné srdce nedokáže patřičně odolávat játrům. Projevy jsou bušení srdce, vyrážky na jazyku. Ve vztahu ponižování jde o obrácení postavení mezi ovládaným a ovládajícím. Například nejprve onemocní játra a svojí přebytečnou energii přenesou na ovládací orgán plíce, vznikají tak bolesti pod žebry, hořkost v ústech, kašel až vykašlávání krve. (Ando, 1995)

Z hlediska psychosomatiky nás zajímá z obr. 2. Ukazují se v něm vztahy jednotlivých emocí na naše orgány. Vidíme, že číslem 1 začíná stres působit na játra, to se projevuje zvýšenou produkcí cholesterolu, produkce žluči se stává nevyváženou a krev stagnuje v játrech, což snižuje schopnosti detoxikace organismu. Pokud se ke stresu přidá hněv, žárlivost a frustrace, má to špatný vliv na naše srdce a zvyšuje se nám krevní tlak. Stres společně se vztekem, zlostí a krutostí působící na náš žaludek způsobuje poruchy trávení. Stres, vztek, úzkost, deprese a smutek mají negativní vliv na naše plíce. Objevují se problémy s dýcháním a snižuje se nám obsah kyslíku v krvi. Stres, vztek, úzkost, deprese, smutek společně se strachem působící na ledviny vyvolávají ztrátu sexuální energie a ztrácíme sílu k životu.



Obr.2

6. Možnosti terapie psychosomatiky

„Psychosomatická terapie zahrnuje tři cesty k vyléčení:

- *Působení na orgány samé. Je třeba vrátit funkčnosti poškozeným orgánům (medicinálními zásahy, fyzioterapeutickými tréninkovými programy, psychologickou intervencí apod.)*
- *Působení na psychosociální prostředí. Má-li se podařit natrvalo léčba nebo alespoň zmírnění symptomů, je třeba změnit též psychosociální pozadí, na němž se organická porucha vyvinula. Zde mají svou úlohu interaktivně zaměřené terapie (jako třeba partnerská nebo rodinná terapie a doprovodná psychosociální opatření, např. rady ohledně povolání)*

- *Utváření nového vztahu k orgánům. Je třeba, aby psychosomaticky nemocní získali lepší vztah ke svému tělu obecně a k poškozenému orgánovému okruhu zvlášť. Musí si také osvojit nový způsob myšlení a chování, který jim umožní zdravější život. V tom pomáhají takové formy individuální psychoterapie, které dbají stejnou měrou na tělo, pocity a způsob myšlení.“* (Morschitzky & Sator, 2012, s. 25)

6.1 Psychoterapie

Je interdisciplinární obor, který se zabývá léčením onemocnění a poruch. Snaží se pacienta vést k seberealizaci, k pocitům vyrovnanosti a spokojenosti, k lepšímu zvládání problémů. Také má zlepšit funkci orgánů a vést k obnovení zdraví. Cílem psychoterapie je odstranit chorobné příznaky. Psychoanalýzu můžeme rozdělit do mnoha směrů, nejznámější jsou např.: hlubinná psychoterapie, behaviorální psychoterapie nebo kognitivní psychoterapie.

Do hlubinní psychoterapie bychom zařadili psychoanalýzu, jejím tvůrcem je Sigmund Freud. V psychoanalýze hlavní roli přisuzuje pudům a to hlavně sexuálnímu pudu, nazývaném libido. Libido a požadavky či přání, které vyplívají ze sexuálního pudu, se dostávají do konfliktů s normami společnosti, mravními nebo náboženskými normami a naše vědomé já je musí pomocí „cenzury“ ovládnout a vrátit zpět do nevědomí. *„Pro souhrn ideálů a norem zavedl Freud pojem superego (nadjá), biologické pudy, které tvoří energetický potenciál osobnosti, nazývá id (ono) a regulující instanci duševního života já (ego). Konflikt je pak pro něj intrapsychické střetnutí v těchto předpokládaných složkách lidské psychiky*.“ (Kratochvíl, 2006, s. 22) Vytěsnění konfliktu může vytvořit jistý předpoklad pro vznik neurózy. Nevědomé konflikty se nám symbolicky projevují ve snech. Dalším směrem hlubinné psychoterapie je Adlerovská, ve které Alfred Adler nazval svůj směr individuální psychologií. Tvrdil, že v lidském vývoji není rozhodující sexuální pud jako Freud, ale životní cíl. Cíl spočívá v začlenění se do společnosti a potřeba se ve společnosti nějak uplatnit. Pokud se člověku tyto cíle nedaří splnit, rozvíjí se v něm pocit méněcennosti. Záleží na odvaze člověka, zda se pro něj tento pocit stane hnací silou nebo ztrátou odvahy a posléze neurózou.

Behaviorální psychoterapie se zabývá studiem procesů učení a pokouší se aplikovat výsledky na poruchy lidského chování. Behavioristé jsou přesvědčení, že poruchy chování jsou naučenými reakcemi. Lidé někdy reagují na určité situace se strachem, protože pro ně byly již v minulosti stresující. Takovým způsobem se může vyvinout fobie. Pokud je například neurotické chování naučené, musí se řídit experimentálně zjištěnými zákony učení a musí podlehnout přecvičování a odučování. (Kratochvíl, 2006)

U kognitivní psychoterapie je podstatou změna myšlenek a představ pacienta o následcích symptomů a možnosti jejich zvládání. Pacient by se měl naučit chápat své symptomy nejen z hlediska organické medicíny, ale i psychofyziologicky. Například výrok „znenadání upadám do bezvědomí“ vyjádří pacient alternativně jako „mé šíjové svalstvo je v křeči“, přináší mu to méně úzkosti. Několik studií ukazuje, že lidé, kteří na situace pohlíží s optimismem, se dokáží lépe vyrovnat se stresem po fyzické i psychické stránce. Podle dalších studií se pesimisté déle zotavují po operacích srdce, a pokud onemocní anginou pectoris, její průběh je vážnější než u optimistů. (Nolen- Hoeksema a kol., 2012)

6.2 Tělesná terapie

Umožňuje nám lepší kontrolu vlastního těla. Můžeme sem zařadit například Bioenergetiku.

“Bioenergetika se pokouší porozumět lidské osobnosti na základě energetických procesů těla. V naší civilizaci je bezpočet lidí, kteří fungují s nízkou hladinou energie a bojují s chronickou únavou a frustracemi. Tělo musí být v energetické rovnováze. Energetické nabití musí odpovídat energetickému vybití. Z tohoto důvodu nemůže být množství energie, které vyvine člověk dýcháním a látkovou výměnou, větší než množství emocí, jež je schopen projevovat a tolerovat. Nadměrné množství energie vede k úzkosti.“ (Lowen, 2002, s. 9)

Dále jsem můžeme zařadit i Feldenkraisovu metodu, která usnadňuje proces učení. Děje se tak uvědomováním si sebe samého prostřednictvím sekvencí konkrétních pohybů. (Morschitzky & Sator, 2012)

6.3 Hathajóga

Je empirická soustava cvičení, součástí indického lékařství, vedoucí k ustálenému stavu organismu. Skládá se ze šesti kategorií: asána, bandha, mudrá, kryjá, pránájáma, mantra. Asána, jedná se o polohy těla, které by nám měli být pohodlné. Některé mají léčebný účinek a jiné jsou důležité pro dechová cvičení. Mají pozitivní vliv na mysl a vědomí. Bandha, v překladu uzávěr, jedná se o cviky, kdy stahem uzavřeme v těle pránu (životní síla, energie). Dojde tak ke stimulaci pránické aktivity. Bandhy mají pozitivní vliv na žlázy s vnitřní sekrecí, pomáhají odstranit poruchy reprodukčních orgánů a močových cest. Provádí se při zadrženém dechu a mohou se kombinovat s asánami a pranajámi. Mudrá, podobně jako u bandhy jde o regulaci toku prány v těle. Jde zde ale o symbolická gesta, která nejčastěji provádí jen prsty a ruce. Kryjá, označuje se jako očistné postupy, ve skutečnosti jde o dráždění sliznic a reflexogenních zón. Pranajáma, jógová dechová cvičení pracující s pránou. V hathajóze se považuje za nejvýznamější. Důležitým principem pranajámy je dýchaní nosem, vzduch se v něm čistí a otepluje. Mantra, jedná se o opakované vyslovování slabik, slov či celých vět. Opakování mantry způsobuje uvolnění organismu, díky rytmu mantry, který ovlivňuje rytmus celého těla. Mantry jsou součástí několika jogínských systému, v hathajźa slouží pouze jako doplněk. (Baštecký a kol., 1993)

6.4 Autogenní trénink

Metoda sebeuvolňování prostřednictvím cvičení. Cvičení je zaměřeno na uvolňování tělesně vegetativní oblasti, oblasti pocitové (dobře se cítit) a myšlenkové (klid, uvolněnost). Účinnost autogenního tréninku byla prokázána u vysokého krevního tlaku, poruch spánku a bolesti hlavy. Tento systém neslouží jen k tělesnému a duševnímu uvolnění, ale vede i ke zvýšení odolnosti organismu a imunity. Cvičení postupují takto:

1. Cvičení tíhy: snažíme si vyvolat představu těžkosti v dominantní paži, tedy u praváků zní formule „pravá ruka je těžká“. Pocit těžkosti se po chvíli rozšiřuje i do druhé paže a do dolních končetin. Postupem času je možné při pouhé představě na „tíhu“ začít tuho tíhu pociťovat v celém těle.

2. Cvičení tepla: začíná se opět soustředěním na dominantní ruku s představou „pravá ruka je teplá“, což je spojeno s relaxací periferních cév. Postupně přecházíme s formulí na druhou ruku, na obě ruce zároveň a na nohy. Časem při pojmu „teplo“ pociťujeme prohřátí celého těla.

3. Regulace srdeční činnosti: pacient se snaží pociťovat klidný tep srdce. Pravou ruku si položí na srdce a soustředí se do té oblasti s myšlenkou „srdce tluče klidně a silně“. Po nácviku má pacient cítit klidný pulz i bez přiložení ruky.

4. Koncentrace na dech s myšlenkou „dech je zcela klidný“, postižený se dechu poddá.

5. Regulace břišních orgánů: postižený se soustředí na oblast břicha s myšlenkou „do břicha proudí teplo“.

6. Koncentrace na oblast hlavy s myšlenkou „čelo je příjemně chladné“. Postižený si může představit, že mu chladný vánek ovívá čelo. (Kratochvíl, 2006)

6.5 Zvládání stresu

V zásadě existují dvě hlavní strategie zvládání stresu. Zvládání zaměřené na problém a na emoce. Zvládání zaměřené na problém znamená snahu řešit problém různými způsoby včetně vyhledávání pomoci. Nejprve je nutné si problém definovat a vytvořit si varianty možného řešení. Zvážit všechny klady a zápory a rozhodnout se pro jedno řešení. Lidé využívající tuto metodu ve stresových situacích vykazují nižší míru deprese v obtížném období i po jeho skončení. Zvládání zaměřené na emoce je vhodné v situacích kdy problém není řešitelný, např. úmrtí v rodině. Lidé tuto techniku používají, aby se nenechali pohltit svými emocemi a mohli začít řešit problémy. Pozitivní sociální podpora může lidem pomoci se lépe přizpůsobit stresu. Lidem to brání, aby se neustále věnovali svým stresorům. (Nolen- Hoeksema a kol., 2012)

6.6 Hypnóza

Navozený stav vědomí, který umožňuje ovlivňovat psychické a psychosomatické procesy. Při navození tohoto stavu se využívají různé metody,

například soustředění se na malý bod a postupné uvolňování pacienta. Hypnotizér se snaží subjektu vnuknout pocit ospalosti, protože hypnóza je uvolněným stavem jako spánek, v němž člověk přeruší kontakt s běžnými požadavky prostředí. Někteří zastánci o využití hypnózy z hlediska terapie tvrdí, že je možné tímto způsobem odhalit potlačené vzpomínky, kvůli kterým vznikají psychické problémy. Na druhou stranu někteří badatelé před hypnózou varují a namítají, že slouží pouze ke vštípení falešných vzpomínek a vzpomínek na různá ohavná zneužití, která se nikdy nestala, do mysli klientů. (Nolen- Hoeksema a kol., 2012)

6.7 Meditace

„Meditace je záměrně navozený stav tělesného a duševního pokoje (o samotě nebo ve větší skupině) za účelem „ponoření" se do vlastního nitra, dosažení vyššího poznání, osvícení apod. Vyznačuje se omezením anebo přerušením komunikace s vnějším světem (prostřednictvím smyslového vnímání), jako také pasivitou vlastního Já (vyřazením zejména jeho řídících a kontrolních funkcí)." (Stríženec 2001, s. 92)

Označujeme tak dosažení změněného stavu vědomí, prostřednictvím cvičení a rituálů. Součástí cvičeních je řízené dýchání, zaujetí jogínských cviků, vytváření představ o nějakém symbolu nebo celé události. Někteří lidé po dlouhodobém výcviku prožívají mystické zážitky, při kterých ztrácejí vědomí sebe samých a dostávají pocit, že jsou součástí vědomí širšího. Při jedné provedené experimentální studii několika jedinců, kteří podstoupili osmitýdenní výcvik meditačních postupů, experimentátoři zjistili, že všichni účastníci pociťovali méně úzkostných stavů a jiných negativních pocitu. Dále zjistili zvýšenou činnost mozku, která souvisela s pozitivním naladěním a zlepšenou funkcí celého imunitního systému. (Nolen- Hoeksema a kol., 2012)

6.8 Akupunktura a akupresura

Akupunktura vychází z předpokladu, že naším tělem proudí energie čchi. Energie se nemusí nacházet pouze na uvnitř těla, ale proudí i na povrchu ve vodivých drahách „meridiánech". Ty mají určité trasy a jsou propojeny s vnitřkem těla, dohromady jich je 12. Na všech meridiánech jsou body, kterými se dá ovlivňovat pohyb energie. Akupunktura se zabývá tím, jaký účinek mají jednotlivé body na celkový stav těla.

Technika akupunktury spočívá v zapichování jehel do kůže v bodech. Terapeut díky tomu, může ovlivnit celkový pohyb energie a aktivovat tak samoozdravné síly v našem organismu. Můžeme je aktivovat pomocí jehliček nebo tlakem, tedy akupresurou. Nejčastější technikou akupresury je mačkání bodu konečky prstů nebo prostředním kloubem. Tuto techniku můžeme snad provádět i sami na sobě. (Raabová, 2008)

6.9 Placebo

Definice placeba podle Libermana: *„Placebem se rozumí jakýkoliv lékařský postup, který vede k účinné změně u pacienta dík terapeutickému záměru při absenci jakékoliv chemické nebo fyzické příčinné vazby.“* (Křivohlavý, 2001, s. 59) Shapiro o placebu napsal*: „Placebo může mít mocnější vliv než silné aktivní léky a může zvrátit negativní běh nemoci… Placebo může mít výrazný vliv na organická onemocnění, včetně nádorových onemocnění. Placebo může napodobovat účinky aktivních léků, o nichž jsme si doposud mysleli, že jsou jen jim specifické.“* (Křivohlavý, 2001, s. 60)

Co všechno může placebo dokázat, demonstroval Feldman na svých pacientech, kterým podával utišující lék- chlorpromazin. Jedné skupině sebejistě řekl, že jde o účinný lék a druhé, že má o účinku jisté pochybnosti. Výsledky ukázaly, že efektivita léku byla u první skupiny 77%, zatímco u druhé pouze 10%. Dnes se s jevem zvaným „placebo“ setkáváme běžně, např. při léčbě astma, rakoviny, obezity nebo při snižování bolesti. Klinická pozorování dokázala, že účinnost placeba podporují pacienti jejich vírou ve spontánní uzdravení. (Křivohlavý, 2001)

DISKUZE

Psychosomatika je obor, který se zabývá vzájemnými vztahy mezi duševní a tělesnou stránkou člověka. Začátek psychosomatiky jako moderního lékařského směru je datován do dob řeckého lékaře Hippokrata. Naproti tomu dobu vzniku alternativní čínské a indické medicíny nelze specifikovat a pravděpodobně jí nikdo nikdy přesně neurčí, protože se ztrácí v dávnověku v počátcích lidské civilizace. Známá jsou pouze jména hypotetických tvůrců a legendárních léčitelů, která nacházíme pouze v legendách a mýtech, kde se objevují jako polobozi nebo polozvířata. Hledání ztracených zdrojů, ale doopravdy existující čínské medicíny můžeme považovat za paradoxní jev. Na jedné straně vidíme hluboké znalosti a propracované teorie, ale na druhou stranu nechápeme, jak mohli dávní medici získat tak ucelené poznatky o organismu, jeho fungování a pochopit tak komplikované souvislosti činnosti orgánů, psychiky a energie. Dokonce i mimořádně detailní teorie popisující jevy, které moderní věda teprve začíná objevovat, dokázali starodávní učenci podrobně popsat a v praxi využívat. Některé jevy moderní věda ani objevit nedokáže a pokud ano, tak pouze konstatuje jejich pravdivost.

Z vlastní zkušenosti při výcviku bojových umění jsem měla možnost si ověřit účinnost tlaků a úderů na energetické a tlakové body. Zasažení nebo tlakové stimulování těchto bodů má paralyzující a bolestivé účinky na organismus a v tradičních tvrdých formách asijských bojových uměních má jejich znalost dávnou tradici. Jiné body se naopak využívají pro odstranění bolesti a léčení. To využívají takzvané měkké formy bojových umění, jako například tai-čchi nebo čchi-kung. Ve všech formách se velký důraz klade na správné dýchání a na cviky, které by měli podpořit toky životní energie čchi.

Při studiu historie vzniku čínské medicíny se můžeme setkat s různými teoriemi. Protože původ je zahalen v dávné minulosti někdo například prezentuje vznik těchto znalostí historkami typu, že se někdo někde udeřil pod koleno a v tom okamžiku ho přestalo bolet břicho. Objevil tak léčivý bod. To jsou sice snadná a vtipná vysvětlení, ale bohužel si s nimi nevystačíme. Současné archeologické nálezy potvrzují prastaré začátky čínské medicíny, protože například nejstarší nalezené záznamy čínského písma na lopatkách zvířat nebo želvích krunýřích, pocházejících přibližně že 14. století před naším letopočtem, obsahují znaky označující různé nemoci. Například bolest hlavy, nemoci očí a uší. Archeologové svými nálezy poměrně přesně dokládají lékařská díla z období cca 200 let před naším letopočtem a novější. Tisíciletý vývoj a ověřené zkušenosti a z nich vzniklé teorie jsou v současné době opět uznávány a respektovány jako regulérní léčebné metody. Například Ájurvéda, která vychází z principů čínské medicíny, je uznávaná Světovou zdravotnickou organizací jako účinný medicínský systém.

Při studiu základních myšlenek a tézí čínské medicíny můžeme zjistit, že pohled na pacienta v psychosomatice se velmi blíží metodám čínské medicíny. Celostní psychosomatický přístup a pohled na pacienta vychází z podobných názorů a prakticky ze stejného chápání fungování lidského organismu. Klíčovým rysem psychosomatiky je neustálé vědomí propojenosti vazeb v lidském organismu a léčení příčiny nemoci a ne jejích projevů. Individuální přístup k pacientům znamená, že při stejných příznacích nemoci se lékař pacientovi věnuje detailně, zohledňuje všechna hlediska jak fyzická, psychická a vliv okolí.

Například pro astma bronchiale je podle Alexandera (1950) základním psychosomatickým faktorem „*konflikt kolem přepjaté a neřešené vazby na matku*“, můžeme narazit na „*ambivalentní matku, která na sebe dítě fixuje, ale v zásadě ho odmítá*“. (Danzer. 2001, s. 88) Tuto teorii potvrdil v novější publikaci Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky i Poněšický (2002), který „*poukazuje na počátky tohoto konfliktu již v samém dětství, kde záchvat křiku, do jisté míry podobný astmatickému záchvatu, vyjadřuje jak úzkost z opuštění matkou tak i úzkost z hyperprotektivní matky, která nedovoluje osamostatnění*.“ (Poněšický, 2002, s. 66) Názory na psychosomatická onemocnění se stále vyvíjejí a proto Morschitzky tvrzení o vzniku astmatu vzniklé na základě vztahů s matkou rozšířil. Vedl názor o tom, že astma nemůžeme vysvětlit pouze psychickými a psychogenními faktory. Na zúžení průduškového stromu, mohou působit tři faktory, které ztěžují dýchání. Křeč hladkého svalstva bronchů, zduřené sliznice průdušek a uspání dýchacích cest. (Morschitzky & Sator, 2012)

Při nemoci jako je infarkt myokardu se starší publikace shodují, na ovlivňování nemoci takzvaným A typem chování. „*Vyznačujícím se úspěšným hektickým životním stylem, netrpělivostí, silnou vzrušivostí až agresivitou*.“ (Poněšický, 2002, s. 58) „*Imponuje jako rychloběžec, dopřeje si žádné přestávky a pokouší se zvládnout životní překážky tvrdošíjně a přímočaře.“* (Danzer, 2001, s. 169) Domnívám se, že díky lepší technologii a detailnějšímu výzkumu jsou v poslední době do velmi rizikových faktorů zařazeny deprese, beznaděj a vyčerpání. Nové poznatky kladou důraz na braní těchto faktorů vážně, protože jejich ignorace může vést k vývoji tělesných poruch tím, že nadměrně aktivizují systém stresových hormonů. K srdečnímu infarktu může vést i chronický stres, který pacient nemůže sám kontrolovat, je doprovázen psychobiologickými reakcemi jako zvyšování tuků v krvi a zvýšení krevního tlaku.

Psychosomatický pohled se liší například v teoriích o bolestech hlavy. Poněšický (2002) se domnívá, že nejčastější příčinou je stres a napětí v oblasti čelistních svalů spojené se skřípáním zubů během spánku. „*Často zjišťujeme tzv. bludné kruhy, to znamená, že svalové*

napětí způsobí bolest, bolest vede opět ke zvýšené nelibosti a napětí.“ (Poněšický, 2002, s. 69) U pacientů s bolestí hlavy je důležité se soustředit na bezprostřední příčiny stresu. Poněšický tak označuje stres v rodinách, ale hlavně v zaměstnání a stres týkající se financi. Navzdory tomu Morschitzky (2012) ve své knize Když duše mluví řečí těla tvrdí, že pacienti trpící trvalými bolestivými poruchami museli v dětství zažít nějakou násilnou atmosféru mezi rodiči a i ze strany rodičů vůči nim. Častými nepříznivými okolnosti mohou být i „nízký socioekonomický status, nízká úroveň vzdělání rodičů, velká rodina v malém bytě, matka samoživitelka nebo naopak časná ztráta matky, sexuální násilí, nejisté osobní vazby po prvním roce života, časté střídání blízkých osob.“ (Morschitzky & Sator, 2012, s. 172)

Dle mého názoru se většina teorií o psychosomatice nijak výrazně vzájemně neliší. Domnívám se, že se pouze vylepšují díky novým možnostem moderní medicíny.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala psychosomatikou z pohledu psychologického i klinického. Uvědomila jsem si, že nemocí způsobených stresem, nezdravým a uspěchaným způsobem života, špatným stravováním a nedostatkem pohybu je velké množství. Začala jsem pohlížet na člověka jako na komplexní bytost, u které je příčina nemocí ovlivňována na první pohled nesouvisejícími faktory a nemoc je vlastně vnějším a viditelným projevem nesouladu a disharmonie celkového života. Tento pohled na zdraví člověka může být inspirován pradávnými medicínskými systémy, jako například Ájurvédou, která je považována za matku medicíny a je nejstarším zachovalým systémem léčby na světě. Zabývá se celým člověkem a snaží se najít a vyléčit příčiny nemocí a ne jenom potlačit jejich příznaky. Podle Ájurvédy je nejdůležitější podmínka zdraví člověka zachování rovnováhy energie v těle.

Dle mého názoru by informovanost o psychosomatice měla být mnohem více rozšířena jak u lidí, tak u lékařů. Řada lékařů na psychickou stránku člověka vůbec nepohlíží, řeší problémy pouze pohledem svojí specializace, nehledá příčiny a léčí pouze viditelné příznaky a problémy pomocí předepsaných léků. U většiny lidí se stále objevují předsudky o tom, že kdo chodí k psychologovi je blázen a proto mají obavy z jeho návštěvy a sami si nechtějí přiznat, že by jejich nemoc šla vyléčit i jinak než za pomoci léků.

Seznam použité literatury:

ANDO, V., *Klasická čínská medicína: Základy teorie 1.* 1. vydání. Hradec Králové: Svítání, 1995, ISBN 80-901788-0-4

ANDRLOVÁ, M., *Současné směry v české psychoterapii.* 1. vydání. Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-603-1

BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J., *Psychosomatická medicína*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1993, ISBN 80-7169-031-7

DAHLKE, R., *Nemoc jako řeč duše: Význam a naděje chorobopisů.* 1. vydání. Brno: CPress, 2014, ISBN 978-80-264-0368-5

DANZER, G., *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše.* 1. vydání. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-456-7

HAY, L., L., *Miluj svůj život.* 1. vydání. Praha: Radost, 1991, ISBN 80-85189-11-9

HRABICA, M., *Co nám tělo říká aneb po stopách nemocí*. 1. vydání. Otrokovice: Hrabica, 2008, ISBN 978-80-902322-7-3

KOMÁREK, S., *Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika.* 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2005 ISBN 80-2041289-5

KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie.* 5. vydání. Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-122-0

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví.* 1. vydání. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-551-2

KSIAŽEK, E., *Autoterapie: Relaxační metody k odstranění stresu.* 1. vydání. Frýdek-Místek: Alpress, 2004, ISBN 80-7360-002-2

LOWEN, A., *Bioenergetika*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-649-7

MITCHELL, E., *Energie tvého těla.* 1. vydání. Praha: Ikar, 1999, ISBN 80-7176-894-4

MORSCHITZKY, H., SATOR, S., *Když duše mluví řečí těla: Stručný pohled psychosomatiky.* 2. vydání. Praha: Portál, 2012, ISBN 978-80-262-0310-0

NOLEN-HOEKEMA, S., FREDRICKSON, B. L., LOFTUS, G. R., WAGENAAR, W.A., *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda.* 3. vydání. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-262-0083-3

PONĚŠICKÝ, J., *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky.* 1. vydání. Praha: Triton, 2002, ISBN 80-7254-216-8

RAABOVÁ, C., *Tradiční čínská medicína: Samoléčba.* 1. vydání. Praha: Ikar, 2010, ISBN 978-80-249-1386-5

RŮŽIČKA, J., *Psychosomatický přístup k člověku*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006, ISBN 80-7254-750-X

SACHS, R., *Zdraví pro život: Tajemství tibetské ájurvédy.* 1. vydání. Bratislava: Evos, 1996, ISBN 80-8888-1-00-5

STRÍŽENEC, M., *Súčasná psychológia náboženství.* 1. vydání. Bratislava: Iris, 2001, ISBN 80-88778-33-6

TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J., *Základní psychosomatická péče.* 1. vydání. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-309-3

Internetové zdroje:

PRINCIP FELDENKRAISOVY METODY. Dostupné z: https://www.feldenkraisovametoda.cz/feldenkraisova-metoda/

TIME. *The price of pressure. 2004* Dostupné z: http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,662796-1,00.html

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Růžice řetězců pěti prvků

Obrázek 2: Stres a emoce –cyklus tvorby