

1. Úvod do psychosomatiky: historický přehled, vymezení pojmů, vývoj psychosomatického uvažování, teorie, koncepce a přístupy. Oborové zařazení.

str. 21 – 68, Honzák 33

Metody: problém s vědeckou průkazností, vcelku problém něco vybrat

a. Kazuistiky – ale je to velmi obsáhlá práce

Definice: Teorie, která se zabývá vztahem mezi somatickou a psychickou stránkou člověka – je to vše v jednotě – biopsychosociální jednotu. Psychosomatická medicína – je to medicínský obor (věda). Jinak jsou psychosomatické přístupy v pomáhajících profesích – vychází z principů, ale nejsou lékaři.

Psychosomatický pacient: člověk příčinou, jehož obtíží jsou převážně psychické faktory. Tj. někdo, kdo z pohledu lékaře trpí MUS lékařsky nevysvětlitelným příznakem (není možno lékařsky vysvětlit ani najít důvod, proč pacient trpí).

b. Může jít o:

kardiopulmurální – bušení, obtíže na hrudi, dušnost, pocení, sucho v ústech

Gastrointestinální – nevolnost, pálení jazyka, bolesti zubů, bolesti břicha, stěhovavá bolest, pálení na hrudníku, pálení žáhy

Muskulo-skeletální – bolesti v rukou nebo nohou, svalové bolesti, bolesti kloubů, napětí ztuhlost, pocit obrny v rukou nebo nohou, bolesti zad

Jiné obtíže – koncentrace, poruchy spánku, paměti, světloplachost, zvuky v uších, kožní projevy, svědění, únava, slabost, sexuální dysfunkce, bolesti hlavy, závratě, mdloby...

Máme tendenci prožívat stres přes nějaké tělesné funkce – tzv. **locus minoris resistencie** – každý máme nějaký. Prožívání (emoce) jsou hluboce prožívány, že se to projeví na těle... obranný mechanismus těla...onemocnění tělesné a ne psychické. Obranný mechanismus funguje tak, že vytěšňujeme stres přes nějaký locus, aby nenastaly psychické problémy.

Pozn. Je potřeba dobře znát jak fungují emoce, dále nakolik určité psychiatrické poruchy (úzkosti, deprese) atd. souvisí s projevy těla a stresem.

Důležitá je interpretace potíží – př. Bolí mě srdce, chce se mi zvracet (žaludek – symbol přijímání či odmítání) – lidová rčení – když je někdo sociálně necitlivý zpravidla netrpí psycho. Potížemi. Osoby sociálně citlivé jsou více ohroženy.

Velmi často je zaměňována s alternativní medicínou. Což není pravda!

Pracoviště zabývající se léčbou psychosomatických poruch:

- Psychosomatická klinika, Praha: www.psychosomatika.cz
- Centrum komplexní terapie, Dobřichovice: www.ckp-dobrichovice.cz
- Na lince bezpečí – dostaneme zde kontakt na klinické psychology

Psychosomatika

Definice a vymezení pojmu psychosomatika

Na samotný pojem psychosomatika lze nahlížet z různých pohledů, a existuje několik definic, které se ji snaží co nejpresněji charakterizovat a vysvětlit. Obecně, jak již vyplývá ze samotného pojmenování, se jedná o propojení těla a duše. Pojem vznikl zkombinováním dvou

starořeckých slov, a to konkrétně „soma“ – tělo a „psyché“ – duše. Psyché je zde vnímáno jako duševno, psychično, životní situace, a to, jak člověk na dané situace reaguje. Soma je zde naopak fyzicky hmatný objekt, tělo, organismus. Psychosomatika potom nahlíží na oba tyto pojmy jako na rovnocenné a vzájemně propojené systémy, nádoby, které se navzájem ovlivňují a jsou na sobě neoddělitelně závislé. Již ze samotného pojmu můžeme cítit, že se jedná o jakési spojení dvou částí, a mnohdy je velice složité s těmito částmi pracovat jako s jedním celkem, spojit je dohromady. Většinou souhlasíme s tím, že se jedná o rovnocenné prvky, ale pořád máme tendenci tyto prvky stavět vedle sebe namísto toho, abychom je přes sebe překrývali a vnímali je jako celostní jednotu. Již ze samotného pojmu je cítit onen vyplývající dualismus – na jedné straně psyché, na druhé soma. Na člověka je mnohdy nahlíženo jako na celek. Jedná se o spojení bio-psycho-sociální roviny v jediné bytosti. Všechny tyto faktory mají na člověka stejný vliv a jsou si rovnocenné. Svým spolupůsobením utváří každého jedince v originální celek a je nutná spolupráce všech těchto složek, aby mohl organismus v dnešním světě plnohodnotně fungovat. S propojením psychického a nehmotného přišel George Engel, který také koncept bio-psycho-sociálního modelu zpracoval a každé složce přiřadil její vlastní podstatu. Někdy lze k tomuto spojení přiřadit ještě složku spirituální, duchovní, která má na člověka srovnatelný vliv. Mnohdy je psychosomatika používána nejen laickou veřejností, ale také lékaři či psychology v nepřesné souvislosti. Kladena je také otázka prvenství – zda při vzniku onemocnění byla na prvním místě porucha v oblasti psychiky a jako důsledek poté vzniká porucha somatická, či zda první došlo k organickému poškození a z toho vyústění duševního trápení. Psychosomatika je pak často chybně označována jako medicína, která se stará o nemocné, u kterých v souvislosti s primárním duševním trápením vznikla sekundární tělesná porucha. U takovýchto onemocnění se setkáváme s pojmenováním psychosomatózy. Je potřeba si uvědomit, že vždy onemocní celá bio-psycho-sociální jednotka člověka, i když v popředí nacházíme třeba jen jednotlivé aspekty jako projevy právě jedné z rovin. Definice psychosomatiky bylo vysloveno mnoho a v některých ohledech se od sebe více či méně odlišují. Psychosomatika se zabývá psychickými příčinami, následně fyzickými projevy poruch a jejich vlivem na pacientovo okolí, a na vztah pacienta s lékařem či psychoterapeutem. V užším pojetí medicíny se poté jedná většinou o chronické obtíže, jako jsou například dermatologické onemocnění, alergické projevy, poruchy endokrinních orgánů, poruchy spánku, protrahovaná únava či chronické bolesti hlavy. Klasická léčba bývá v těchto případech úspěšná pouze omezeně. Z tohoto pojetí, kdy příčinou onemocnění je maladaptivní chování jedince, vyplývá, že náchylnost k určitému typu onemocnění je spjata s naším charakterem, osobnostními rysy a způsobem, jakým se chováme k sobě a ke svému okolí, ve kterém žijeme. Jiná z definic popisuje psychosomatiku jako nauku o vztahu duševna a fyzická, kdy se k oběma vztahuje současně a neoddělitelně, a popisuje jejich vzájemné interakce. Díky tomu se poté v léčbě ve velké míře uplatňuje psychoterapie a psychoterapeutické rozhovory. V konkrétnějším pojetí je definována psychosomatická nemoc jako choroba, která je reakcí na konflikt ve sféře emocionální, způsobena psychickými vlivy, a hovoří o somatických poruchách a nemocech psychogenního původu (např. žaludeční vředy, funkční poruchy gastrointestinálního traktu atd.).

Od nejširšího po nejužší pojetí psychosomatiky

Na psychosomatiku se můžeme dívat ze tří úhlů pohledu - od toho nejširšího až po nejužší. V širším pojetí je, jak již bylo uvedeno výše, na člověka nahlíženo z pohledu biopsychosociálního, kdy se jedná o symbiózu psychického a somatického. Jak na diagnostice tak na terapii onemocnění se podílí faktory psychosociální i somatické stejnou měrou. V krajním případě můžeme říci, že veškerá onemocnění, která člověka postihují, mají svůj původ psychosomatický, a nelze jednotlivé složky od sebe oddělit. V užším pojetí na psychosomatické poruchy pohlížíme jako na onemocnění, u kterých se na jejich vzniku (etiologii a etiopatogenezi) výrazně uplatňují psychosociální faktory. V tom nejužším hovoříme o konkrétních psychosomatických onemocněních. Jsou to jednotlivé nozologické jednotky, které jsou zařazeny např. do MKN-10 klasifikace onemocnění či DSM klasifikace, a mají svá jasná konkrétní diagnostická kritéria. Na psychosomatické choroby můžeme nahlížet od nejužšího pojetí až jako na nejširší obecně chápanou bio-psychosociální rovinu. Z pohledu klasické medicíny moderní doby je psychosomatika vnímána jako pohled na zdraví a nemoc, kdy je organické tělo úzce spjato s psychickými pochody, a narušení jedné ze složek se patologicky projeví i ve složce druhé. Setkáváme se zde s holistickým přístupem k člověku, kdy se nesoustředíme pouze na fyzické a organickou příčinu zdravotního problému, ale pokoušíme se nalézt patologickou noxu i v působení okolí na duši jedince. Jednoduše řečeno, spojuje se zde psychogenní a somatogenní vliv na zdraví a nemoc člověka. Holismus se na živé organismy dívá jako na živé bytosti, ve kterých se spojují a vzájemně v nich interagují jednotlivé segmenty (aspekty biologické, psychologické, sociální), a ty nelze od sebe oddělit. Z toho vyplývá, že pokud dojde k porušení jedné struktury, má to vliv i na struktury další, a porucha se následně projeví v celém systému. Holismus obecně je filosofický směr, který zdůrazňuje, že vlastnosti určitého systému nelze vysvětlit pouze na základě zkoumání jeho částí, ale je potřeba se dívat na celek. Slovo pochází z řeckého holos = celek. Poprvé ho užil v roce 1926 politik Jan Christiaan Smuts ve své knize Holismus a evoluce. Hlavní silou vývoje organismu je jeho genetická predispozice, díky níž jsou formovány pozdější atributy hotového celku. Vývoj je tedy dán určitým plánem, kterým se řídí, a tento plán je předem dán. Naopak darwinismus tvrdí, že jsou hlavní silou působící změny vnější podmínky, na které se organismus snaží adaptovat.

Historie psychosomatiky

Samotné označení „psychosomatika“ poprvé užil lékař Johann Christian August Heinroth v roce 1818, kdy ve své knize tento pojem dával do souvislosti s poruchami spánku, které dle jeho domněnek byly spojovány s konkrétními náladami a duševními stavy. V určitém pojetí je nemocný člověk za svou nemoc vlastně zodpovědný, poněvadž ho Bůh ztrestal tím, že ho udělal nesvobodným. A právě nesvoboda je příčinou a celou podstatou nemoci, protože svobodný člověk se řídí hlasem své touhy a svého svědomí, a ty mohou být uspokojovány.

Historie psychosomatiky a jejího vývoje je složitá a velice komplexní.

Přezkum psychosomatiky můžeme nalézt již ve starověku či dokonce až v pravěku, kde se na onemocnění těla nedívali pouze jako na fyzický problém, ale spíše bylo nahlíženo na duši člověka a jak se může navenek „onemocnění duše“ projevit. Jako příklad mluvící za vše můžeme zmínit starověké šamany a léčitele, kteří zařikáváním duchovna člověka léčili jeho nemocné tělo. V raných společnostech převládala koncepce propojení společnosti, duchovna a přírody, a proto byla součástí léčby jak péče o tělo, tak o duši, kdy šamani prováděli zařikávání a využívali tak praktik založených na sugesci. Tím iniciovali potřebné psychické stavy. Paradoxně na druhou stranu se psychosomatika řadí k jednomu z nejmladších oborů, který vzniká na poli klasické medicíny, přírodních a sociálních věd, na poli samotné filozofie a psychologie. Vzešla z čistě izolovaného tělesného pojetí nemoci, a na nemocného člověka začalo být pohlíženo jako na celek, kde je jeho tělo ve vztahu k okolí. První dokazatelné zmínky o tom, že existuje spojení duše a těla, nalézáme ve starověku. Řecký lékař Hippokrates, označován jako otec medicíny, přišel se svou humorální teorií, ve které tvrdil, že temperament člověka se odvíjí od toho, jaké šťávy v jeho těle převládají (žluč, krev, hlen a černá žluč). Vzniká tak typologie temperamentu, který je u člověka dán právě převládající tělesnou tekutinou. Jeho učení však nebylo ani tak učení o konkrétních tělesných tekutinách, ale spíše o čtyřech životních principech. Člověka vnímal v kontextu s jeho okolím a nejbližším prostředím. Z dalších antických osobností stojí za zmínku také Hérakleitos, jenž tvrdil, že duše je jako pavouk, který po pavučině těla putuje tam, kde došlo k nějakému poranění. Také Platón ve svém spisu Kritiás apeluje na lékaře, aby při léčbě brali v potaz nejen tělo, ale i duši člověka, protože péče musí zahrnovat oba tyto aspekty. Mohlo by se zdát, že vývoj psychosomatiky a spojování těla a duše má docela dobře nakročeno k zářné budoucnosti. K radikální změně však dochází v období středověku, kdy se na evropském kontinentu dostává k moci křesťanství. Převážně díky němu se mění pohled na člověka. I nadále je připouštěna existence jak těla, tak ducha, jenže v pojetí křesťanství a vědy dochází ke striktnímu oddělování těchto dvou složek. Byl zaveden pojem dualismus, který naznačuje dvojílost, podvojnost, většinou však ve významu protikladů.

Pojem byl vysloven v 17. století, konkrétně francouzským filozofem, matematikem a fyzikem Reném Descartesem. Dualismus v jeho pojetí lze chápat jako metodický či metafyzický, rozlišuje dvě podstaty celku. Jeho práce byla filozofickým základem k vědecké medicíně, v níž je tělo vnímáno jako mechanický stroj, a je potřeba opravení porouchané součástky, aby mohl stroj opět fungovat. V dnešní době nacházíme spojitost v evidence based medicine (dále EBM), kde mnohdy pro duši člověka již není místo. K vědě, a konkrétně k medicíně, je přistupováno čistě racionalisticky, a veškeré aplikované přístupy jsou založeny na konkrétních důkazech a výsledcích experimentálních postupů. Pozornost je obrácena k tělesné stránce člověka. V 18. a 19. století dochází k rozmachu dvou protichůdných přístupů. Na jedné straně jsou mohutně rozvíjeny romantické proudy, které propojují opět duši s tělem. Na straně druhé je to období rozkvětu medicíny, je dosaženo mnoha pokroků, na jejichž základě je upřednostňováno soma oproti duševnu. Psychosomatika v takovém pojetí, jak ji dnes chápeme, se začala krystalizovat počátkem 20. století na poli tehdejší psychoanalýzy, ze které vycházela a v mnohém se s ní ztotožňovala. Byl to právě Freud a jeho žáci, z jejichž práce se zrodila psychosomatika. Ideologicky psychosomatika

vychází z psychoanalýzy, která se zabývá převážně intrapsychickými konflikty a konflikty vznikajícími v raných vývojových stádiích člověka. Ve Freudově představě je právě intrapsychický konflikt ten, který se v důsledku projevuje ve sféře tělesné – vyjádření funkce Id. Byla zde použita koncepce konverze, kdy dochází k funkční obraně v závislosti na emočním hnutí. Zjednodušeně se jedná o symbolickou řeč orgánů, a tyto projevy nejsou nijak ovlivňovány instancí Ego. Sám Freud však pojem psychosomatika nikdy nepoužil. V jeho práci však poukázal na to, jak velký vliv na vzniku onemocnění psychika může mít. Lékařství v té době bylo zaměřeno čistě na tělo a hledání příčiny onemocnění bylo orientováno pouze na etiologii infekční či organickou. Souvislosti, jako sociální prostředí či psychika člověka, byly upozadovány. Preferovaným modelem vzniku onemocnění byl kauzální organopatologický model nemoci, na jehož ukotvení se podíleli např. Rudolf Virchow se svou buněčnou teorií, či Robert Koch nebo Louis Pasteur, kteří se proslavili na poli mikrobiologie. Samozřejmě se to jevilo jako nejlepší vysvětlení etiopatogeneze onemocnění, protože díky výzkumu a studiím měli lékaři ve svých rukou hmatatelné nezvratitelné důkazy o kauzálním vztahu mezi patogeny a onemocněním. Rozvoj psychoanalýzy trvá až do 30. let 20. století, což je období, v němž se psychosomatika začíná naplno rozvíjet a uplatňovat. Její rozvoj je přesunut do zámoří, konkrétně do USA, kde se na jejím rozkvětu spolupodíleli Freudovi žáci. Tato etapa je nazývána jako psychosomatické hnutí, a její vznik je vnímán jako reakce na krizi evropského lékařství, které, jak bylo uvedeno výše, bylo orientováno pouze na tělo. Mezi hlavní a nejdůležitější představitele patří původem maďarský psychiatr, který od roku 1930 trvale žil v USA, Franz Alexander. Alexander byl ředitel Psychoanalytického institutu v Chicagu. Právě od něj pochází jedna z nejvýznamnějších koncepcí psychosomatických poruch pojmenována jako korektivní emoční zkušenost, kterou publikoval ve své knize Psychosomatická medicína z roku 1950. V té tvrdí, že pokud se má pacientovi pomoci, musí ten projít korektivní emoční zkušeností, která je vhodná na opravu traumatických vlivů zkušenosti předchozí. Alexander taktéž vycházel z intrapsychického konfliktu jako primární příčiny psychosomatického onemocnění. V některých názorech se však již od psychoanalýzy vzdaloval. Snažil se definovat proměnné v projevech onemocnění, které jsou dle něj závislé hlavně na psychodynamické konfiguraci, vyvolávající životní situaci, a celkových tělesných podmínkách. Spolu se skupinou vědců zkoumal konflikty u základních sedmi onemocnění, které byly později nazývány jako chicagská sedma (revmatoidní artritida, neurodermatitida, gastroduodenální vřed, hypertyreóza, esenciální hypertenze, ulcerózní kolitida a bronchiální astma). Také se setkáváme s pojmenováním jeho teorie jako teorie specifčnosti, kdy jeden určitý vnitřní konflikt vyvolá specifické onemocnění. Tato teorie je však již dnes i na základě výzkumů vyvrácena.

I sám Alexander následně připustil, že jeho prvotní teorie nejsou zcela správné, a začal se přiklánět k multikauzalitě vzniku onemocnění. Další z významných zástupců psychosomatiky v USA je Helen Flanders Dunbarová, která je mnohdy přezdívaná jako matka holistické medicíny. Zasloužila se o institucionalizaci psychosomatické medicíny, v roce 1942 byla založena psychosomatická společnost American Psychosomatic Society. Pod záštitou newyorské Lékařské akademie shromažďovala materiály zabývající se vztahem religiozity a zdraví. V roce 1939 vyšlo první číslo dodnes fungujícího žurnálu Psychosomatic Medicine,

který kompletuje texty zabývající se vztahem mezi aspekty psychologickými, behaviorálními faktory, tělesnými ději a sociálním prostředím. Psychoanalýza nebyla jediným směrem se kterým byla psychosomatika spojována. V USA kromě psychoanalytického východiska dochází také k rozvoji koncepce holistické, jejíž spoluautorem byl Adolf Meyer. Z této koncepce vzešla psychobiologie, na kterou navázala právě Dunbarová. Třetím východiskem byla psychofyziologie. Ta navázala především na učení Pavlova a jeho koncepci o podmíněných reflexech, Cannonovu teorii homeostázy a na Seyleho koncepci stresu a učení o emocích. Všechny tyto směry se podílely na vývoji psychosomatické medicíny, která je vnímána nejenom jako disciplína vědecká, ale široce také jako přístup k člověku a léčení. Díky psychosomatickému hnutí se opět dostává člověk jako celek do středu pozornosti lékaře a je vnímán jako bytost. Multifaktorialita vzniku onemocnění začíná být brána jako samozřejmý fakt. V padesátých letech se Zbigniew J. Lipowski zasloužil o překonání krize psychosomatické medicíny a předložil komprehenzivní koncepci, pomocí které dochází k plynulému přechodu k behaviorální medicíně. Tu považujeme za doposud nejvyšší stupeň vývoje integrace přístupů v lékařství.

A jak na tom byla psychosomatika v České republice?

Rozvoj psychosomatiky na našem území ve 20. století byl podřízen režimu, který byl u nás zrovna aktuální. Za První republiky dochází k velkému rozkvětu psychosomatiky a psychosomatické medicíny. Z předních jmen uveďme např. Vondráčka, Mařatku či Trapla. Velký vliv měl samozřejmě sousední německý stát, poněvadž věda byla v té době založena na německy psané literatuře. Velkou inspirací byla hlavně Freudova psychoanalýtika. Poté, po uchopení moci Hitlerem a jeho režimem, dochází k potlačení výzkumu na poli psychosomatiky. Po konci 2. světové války byla logicky německá literatura zcela zavržena a inspirace tentokrát přichází z anglosaských zemí. Komunismus ale psychosomatickému výzkumu nepřál a započala stagnace. Nadějným výkřikem bylo období 60. let, kdy se na poli psychosomatiky objevují zvučná jména našich psychosomatických velikanů – Honzák, Šimek, Šavlík, Baštecký, Poněšický. To však netrvalo dlouho a opět se psychosomatika dostává do undergroundových kruhů společnosti (Psychosom: časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu).

I přes tyto historicky důležité mezníky nebyla psychosomatika do 70. let nějak zásadně rozšířena a dominoval tedy biomedicínský pohled na nemoc. V Československé republice, později Československé socialistické republice, se největšímu vlivu na poli psychosomatiky logicky těšil přístup a teorie Pavlova, Bykova a Uchtomského. I Jaroslav Baštecký, který patří k nejvýznamnějším osobnostem české psychosomatiky, byl pavlovskému učení v mnohém nakloněn a po celý život mu zůstal věrný.

Baštecký patří k velice uznávaným psychiatrům. Později se začal angažovat na poli psychosomatiky a behaviorální medicíny. Spolu s MUDr. Bolelouckým založil v roce 1974 sekci pro studium psychosomatiky (Psychosomatická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP) a stal se jejím prvním předsedou. Následně, v roce 1979, byla pořádána první celostátní psychosomatická konference. Dalším proudem pronikajícím do české psychosomatiky byla koncepce stresu, které se většina držela, a byla jí ovlivněna. Přední osobnosti věnující se

konceptu stresu byl u nás Josef Charvát. O propojení se světovou psychosomatikou se zasloužilo otevření experimentálního psychosomatického interního oddělení v nemocnici v Praze v Třebotově, o které se zasloužil Jiří Šavlík. Řízením byl pověřen Milan Horvát, a pod názvem Activitas Nervosa Superior bylo zakotveno u mezinárodní organizace CIANS. Další psychosomatická zařízení, jež stojí za zmínku, byla např. lůžková jednotka při interním oddělení Psychiatrické léčebny v Pezinku a při Výzkumném ústavu chorob krevního oběhu v Bratislavě. Dále byla zakládána také poliklinická oddělení, např. v Liberci.

Teoretická východiska a koncepce psychosomatiky

Od 40. let 20. století se vývoj psychosomatiky ubíral v podstatě dvěma směry. Prvním byly teorie a koncepce psychoanalytické (jiným označením specifické), druhým koncepce neanalytické (nespecifické). Na koncepci psychosomatiky lze nahlížet z hlediska posuzování člověka a toho, jak funguje. Použitelný je i koncept systematický, spočívající v tom, že na člověka hledíme jako na komplexně uspořádaný celek několika vzájemně se ovlivňujících se systémů. Tyto systémy mezi sebou vzájemně interagují, a změnami se snaží dosáhnout homeostázy, díky které je člověk poté schopen adekvátně reagovat na své okolí, učit se a vyvíjet se.

Psychoanalytické teorie

Psychoanalytická teorie se řadí jako jediná mezi teorie specifické. Specifická proto, protože se snaží najít jednu konkrétní příčinu vzniku určité poruchy a onemocnění (např. hypertenzní choroba, vředy gastroduodenálního traktu apod.). Jak vyplývá již z názvu teorie, je tato teorie úzce spjata s psychoanalytickým přístupem a jejím zakladatelem Freudem. Vše totiž podle něho vychází z puzení, kterým se snaží organismus dosáhnout biologické rovnováhy. Důležitý je pojem nevědomí, v němž jsou uskladněny veškeré naše neovladatelné myšlenky následně motivující naše chování. Jejich přítomnost nacházíme např. ve snech, v přáních, v pudových projevech. Freud rozčlenil duši na struktury, na které působí pudy a emoce.

Struktury pojmenoval jako Ego (Já), Id (Ono) a Superego (Nad já). V jeho pojetí je Ego vnější koordinátor, kontroluje Id a jeho pudové potřeby. Ty jsou často primární, surové. Nad oběma stojí Superego, které obsahuje morální citění a idey, je stavěno do role koordinátora a umožňuje člověku sebekontrolu a sebekritický přístup. Freud rozpracoval koncepci vývoje pudových sil, jež na člověka nejvíce působí v jeho raném dětství, konkrétně v prvních šesti letech. Toto období rozdělil ještě na další tři. Každé z těchto období je charakterizováno převažující sexuální motivací projevující se v chování dítěte, které prostřednictvím svého těla potřeby uspokojuje.

Prvním obdobím je období orální, po něm následuje anální a jako poslední období genitální. Nejdůležitější jsou první dvě raná období, kdy dochází k propojování fyziologických funkcí s emocemi. Vytváří se tak základy emoční reaktivity. Psychosomatické poruchy následně vznikají právě v nejranějších obdobích vývoje jedince, kdy jsou tyto okruhy tvořeny. To tvrdil i Ruesch v 50. letech 20. století, podle něj patologie vzniká v nejranějším životním období, konkrétně v prvních dvou letech života. Právě propojení fyziologických funkcí s emočním stavem pacienta může být různé, a projev stejného onemocnění u odlišných pacientů může být rozmanitý. Alexander zastával názor, že právě emoce, hlavně ty negativní,

dlouhodobě působící a hlavně potlačované, stojí za vznikem chronických změn, které se navenek projeví jako poruchy ve vegetativním systému a systému neuroendokrinním. Vzniká rozpor mezi žádostmi a zákazy. U pacienta, který nemůže svobodně vyjadřovat své emoce, vzniká napětí a intrapsychický konflikt, jež vyústí v poruchu vegetativního systému organismu. Proto by měly být emoce prožívány a navenek projevovány, aby k poruchám nedocházelo. I přesto se však později Alexander klonil spíše k teorii multifaktoriality, podle níž je zapotřebí více než jen potlačená emoce, aby psychosomatická porucha opravdu vznikla. Zatímco Alexander měl na mysli spíše specifické emoční konstelace, Dunbarová přikládala příčině vzniku onemocnění poruchu spíše v oblasti osobnostních charakteristik člověka. Multifaktoriální podmíněnost se dostává do popředí, je zaveden pojem predisponující faktor.

Kortikoviscerální teorie

Všechny další teorie uvedené níže, počínaje kortikoviscerální, jsou již řazeny mezi teorie nespecifické. Jak vyplývá z názvu, teorie nespecifické nepředpokládají jednu specifickou noxu stojící za vznikem psychosomatické poruchy, ale kloní se k názoru, že těchto příčin je mnohem více. Hlavní příčinu vidí v kauzálním vlivu působení zátěžových situací na organismus, především tzv. psychosociální zátěže. Hlavními představiteli kortikoviscerální teorie jsou Bykov a Kurcin, ovšem základní myšlenka kortikoviscerální teorie pochází z učení ruského fyziologa Pavlova, který přišel s teorií podmíněného reflexu, jehož pravdivost podložil mnoha laboratorními výzkumy se zvířaty. V zásadě se jedná o vztah vyšší nervové činnosti s vegetativním nervovým systémem těla. Veškeré závěry byly experimentálně podloženy a následně rozpracovávány v oblasti podmiňování funkcí vnitřního prostředí a orgánů. Kurcin a Bykov tuto koncepci pojmenovali jako koncepcie kortikoviscerální fyziologie a patologie, svůj výzkum orientovali na gastrointestinální vředovou chorobu.

Princip vzniku onemocnění je v dlouhodobém působení intenzivních emocí, převážně těch záporných, jako je smutek, strach či vztek. Proces je potom členěn do několika fází. V první fázi dochází k indukci korového a poté podkorového centra patologickým působením negativní emoce. Pokud je působení dostatečně dlouhé, začínají se měnit centrální regulace vegetativního systému. Po čase jsou buňky v kortexu natolik přetíženy, že dochází k jejich inhibiční reakci a je zvýšen práh pro buněčnou aktivaci. Tím nastává druhá fáze. Ve fázi třetí se oddělí korová a podkorová centra, a ta podkorová získávají jakousi autonomii. Jedná se hlavně o hypotalamická centra, centra talamu, ve kterých vznikají nová ohniska podráždění, která jsou nezávislá na vnějším podnětu. Ve výsledku vzniká chaotická a dezorganizovaná činnost vegetativního systému a důsledkem toho jsou pak např. kardiální neurózy, bronchiální astma či dermatitidy a revmatoidní onemocnění. Na celém tomto procesu má svůj nemalý podíl endokrinní systém, který veškeré tyto změny fixuje a udržuje jejich stálost.

Koncepcie psychického stresu

V každém oboru je stres definován trochu odlišně, ať už mluvíme o stresu z pohledu psychologie, nebo fyziologie, či biologie. Samotný pojem stres je rozmanitý. Můžeme ho chápat jako děj, který se odehrává v organismu, můžeme se na něho dívat jako na tíživou

událost, která na člověka působí, nebo jako na konkrétní činitel, který stresovou reakci vyvolává. V dnešní literatuře se sekáváme s určitým upřesněním a rozdělením, kdy stres znamená reakci organismu na zátěž. Zátěž vyvolávající faktor bývá označován jako stresor. Taktéž je již rozlišován stres prospěšný (eustres) a stres patologický (distres). Emoční doprovod projevený subjektem však nemusí typu a škodlivosti stresu odpovídat. Hans Selye přišel v 50. letech s koncepcí stresu, kdy stejně jako Bernard či Cannon považuje stres za nespecifickou, stereotypní, zastaralou reakci organismu na zatěžující faktor a organismus připravuje buď na obranu či útok. Jeho teorie je pojmenovaná jako nespecifický adaptační syndrom (GAS, general adaptation syndrom). Ideově vychází z Cannonovy starší práce zabývající se poplachovou reakcí organismu (adrenergní fáze) označované jako katecholaminová koncepce. Selye rozdělil nespecifický adaptační syndrom na tři stádia – poplachová reakce, stav zvýšené odolnosti a stav vyčerpání. V první, poplachové reakci, je v organismu aktivován sympatoadrenergní systém. Tím může dojít až k šoku a utlumení obranných reakcí. Tato fáze stresu bývá taktéž označována jako Cannonův stres a na biochemickém pozadí dochází k zvýšenému vylučování adrenalinu a noradrenalinu dřením nadledvin. Organismus je na stres postupem času adaptován a opakovaným působením stresové situace vzniká fáze rezistence. V této fázi dochází ke zklidnění celého organismu. Ten je připravován na získávání energie a vyhodnocuje situaci, zda je potřeba udržovat reakci aktivní či nikoliv. Poslední fází je fáze vyčerpání, organismus už nemá dostatečné rezervy a stresu se plně podvolí. Není pro něho možné se nadále adaptovat na vzniklé podmínky a jako výsledek vznikají patofyziologické projevy organismu, což sebou přináší negativní důsledky. Nejdůležitějším poznatkem Selyeho práce je předpoklad, že stresové vlivy z okolního psychosociálního prostředí jsou stejně nebezpečné jako ty, které působí z oblasti biologické. Tuto myšlenku rozvinul Herbert Weiner, který ji i ověřil v prospektivní studii s branci paradesantní jednotky, u kterých na základě kombinace určitých osobnostních charakteristik typických pro pacienty s onemocněním vředovou chorobou gastroduodenální, prokázal zvýšený vznik tohoto onemocnění ve stresových podmínkách. Smyslem adaptačního syndromu je výsledný stav organismu, který se postupně přizpůsobuje měnícím se podmínkám svého okolí. Podle bruselského rozdělení rozlišujeme stres sociální (organizační), psychologický (prožívaný jako obtížně řešitelná situace) a patofyziologický na úrovni buněčného organismu. Důležité je si taky uvědomit, což už vyplývá z koncepce nespecifického adaptačního syndromu, že ne každý stres je pro organismus škodlivý. Důležitý je typ stresoru a míra jeho vlivu, protože například zvýšená fyzická aktivita může být ve výsledku pro tělo prospěšná, a může tak přispívat k větší odolnosti organismu proti působení patologického vlivu.

Délka působení stresoru je významná. Především při dlouhodobém působení stresu jsou ovlivňovány neurohumorální procesy v organismu, přičemž dojde k malfunkčnosti imunitního systému. Vzniká tak sekundárně podmíněná imunosuprese. Těmito procesy se zabývá obor psychoneuroimunologie, spadají i do oboru psychoneuroendokrinologie.

Jeden z nejslavnějších autorů zabývajících se teorií stresu je Richard S. Lazarus. Podle něj stres vzniká jako reakce na fyzické ohrožení (a zde je důležité to, že situace sama o sobě nemusí být ohrožující, stačí když si ji jedinec jako ohrožující sám vyloží, i bez pádných podkladů). Okolí a organismus na sebe vzájemně působí a stres je nástrojem, kterého okolí využívá.

Kognitivní zpracování dané situace organismem pak můžeme dle Lazaruse rozdělit na primární a sekundární. **V případě primárního jde o zhodnocení, zda je situace nebezpečná, či naopak prospěšná, a sekundární se zabývá úspěšným zvládnutím situace a volbou prostředku k jejímu zvládnutí, tzv. copingu.**

Koncepce životních událostí

Z teorie stresu vzešla další koncepce, a to koncepce životních událostí. Bylo dokázáno, že nadměrná stresová reakce může mít na organismus patologický vliv, a pak dochází k ohrožení zdravotního stavu. V 50. letech si zaměstnanci pojišťovny ve Walesu všimli, že vdovy po hornících, kteří byli zavaleni, mají více zdravotních obtíží, často až smrtících, než skupina stejně starých, ekonomicky a sociálně srovnatelných žen. Na základě tohoto poznatku američtí psychologové Holmes a Rahe sestavili tabulku životních událostí, díky které může dotazovaný přiřadit každé události bodové ohodnocení dle toho, jak subjektivně tuto událost vnímá na škále významnosti. Z celkového součtu bodů mohlo být odhadováno, s jak vysokou pravděpodobností u tohoto jedince dojde ke vzniku psychického či somatického onemocnění. V životě každého člověka vznikají situace, které více či méně vyžadují radikální změnu v dosavadním fungování, a pokud se takovéto situace nastřádají, a působí ve velké míře a neúměrně, organismus ztrácí svou přirozenou schopnost se na ně adaptovat. Tyto situace se označují jako „životní události“. Nejvíce byl vliv těchto událostí zkoumán při vzniku onkologického či kardiovaskulárního onemocnění. Samozřejmě že vliv životních událostí na zdravotní stav není zcela jednoduchým a přímočarým procesem, na vzniku choroby se podílí i další řada faktorů, jedná se o složitý a komplexní děj. Zátěžové situace působí na člověka, vznikají konflikty jak vnitřní tak vnější.

Pro označení zátěžové situace můžeme použít i pojmenování stresové. Lazarus poznamenal, že nemusí jít pouze o opravdu závažné životní situace, ale může se jednat i o situace lehčího charakteru, u nichž když však dojde k jejich akumulaci, tak mohou vyvolat stejné onemocnění jako situace závažnější. Existují i faktory, které člověka před těmito vlivy můžou chránit. Patří k nim faktory především vnější, jako jsou emoční a sociální podpora, ale také vnitřní faktory, ve kterých se uplatňují životní postoje a způsoby reagování jedince. Je potřeba dodat, že stejná životní událost může mít u různých jedinců jiného specifického rozložení (např. rozvod, úmrtí blízkého) jiný význam, a může být vnímána jedním závažněji, jiným méně významněji. Podstatným je tedy subjektivní hodnocení prožívané události jednotlivcem. Je potřeba tuto skutečnost zohledňovat při vyhodnocování dotazníků životních událostí.

Teorie rodiny

Pojem rodina můžeme definovat mnoha způsoby, v každém odvětví vědy nalézáme vesměs poněkud jiný popis toho, co to vlastně rodina znamená. Rozdílná je definice z pohledu sociologického, psychologického, či demografického. Jedno mají ale společné, a to fakt,

že se jedná o určitou specifickou společnost lidí, konglomeraci. Psychologický slovník obecně rodinu definuje jako společnost lidí propojenou manželstvím či pokrevními vztahy, mající vůči sobě zodpovědnost a vzájemně si pomáhají.

Mluví se o rodině jako o skupině lidí, kteří mají stejnou historii, realitu a předpokládanou budoucnost, jednotlivci většinou sdílejí společné genetické prvky, jsou legitimně sezdáni či mohou být adoptováni a mají v určitém časovém období společné uspořádání životní cesty. Funkce rodiny je reprodukční, sociálně-ekonomická, ochranná, výchovná a citově-intimní. Rodina je vnímána také jako tzv. sociální děloha, plní stejné funkce, jako má děloha při vývoji plodu až k jeho porození. Má ochrannou funkci, funkci ohraničující jedince od okolí. To ale neznamená úplnou izolaci jedince od okolí, ale permeabilita této bariéry a její míra určuje, jak je rodina společností a světu otevřena, a jak moc dovoluje vnějším vlivům na její členy působit. Membrána je flexibilní, a celoživotní vývoj člověka je pak charakterizován přizpůsobováním se a vymezováním hranic jeho okolí. Každý člen má potřebu uspokojovat své potřeby, čímž je neustále měněno celkové prostředí rodiny. Je však důležité zachování psychologické rovnováhy. Tyto procesy pojmenováváme jako rodinou homeostázu. Porušení této homeostázy vede k vytvoření patologického prostředí pro jednotlivé členy rodiny. Nemocný jedinec, u kterého se somatický příznak projevil, bývá ten, co je nejvíce tímto narušením postižený. Zpětně však svými příznaky napomáhá udržování rodinné homeostázy. Ať už je teoretický základ jakýkoli, v psychosomatické koncepci je důležitý vliv rodiny na jedince a na případném vzniku onemocnění. Na člověka nepůsobí pouze okolí a sociální prostředí jako vnější síla, ale ústřední vliv má i jeho rodina. Pokud onemocnění vznikne, není totiž dle tohoto pojetí nemocen pouze člověk samotný, ale je nemocná i jeho rodina. Poruchy v rodinném soužití se totiž do jednotlivců promítají a ovlivňují tak jeho zdravotní stav. Těmito poruchami a jejich řešením se zabývá rodinná psychosomatika, která se snaží nalézt patologické vzorce v interních komunikacích, jež bývají převážně emočně chudé a omezené. Můžou tak vznikat konflikty mezi jednotlivými členy, o kterých se ale nahlas nemluví, ty se kumulují, opakují se rigidní vzorce chování a je snížena reakce jednotlivých členů na zátěžové situace. To může ve výsledku vyústit až v onemocnění jednoho člena rodiny, a z psychosomatického hlediska je potom tento výsledek vnímán jako neúspěšný pokus o řešení již silně zakořeněného konfliktu. Vznik onemocnění je i v tomto případě multifaktoriálně podložený a je důležité se ptát na to, v jakém kontextu a za jakých okolností porucha vznikala. Terapie čistě medicínskou cestou se neseťká s velkými úspěchy a je potřeba zahrnout i psychologickou psychoterapeutickou složku, konkrétně jsou pak vhodné psychoterapeutické rozhovory jak s nemocným jedincem, tak se všemi členy rodiny.

Behaviorální koncepce

Behaviorální medicína je založena na výsledcích experimentů a důkazech svědčících a ověřujících spojitost mezi onemocněním a chováním jedince. Behaviorální medicína obsahuje i psychosomatické postupy. Obecně do koncepce behaviorální spadá také koncepce psychického stresu. Ta však byla uvedena již výše, proto se zde zmíním o dalších dvou koncepcích, které mají teoretický základ právě v behaviorálních kruzích. Behaviorální techniky do léčby psychosomatických onemocnění vnášejí nové metody, které v terapii chorob našly své nepostradatelné zastoupení. Jedná se např. o relaxační metody, meditace, averzivní

lčba apod. Mezi tyto koncepce řadíme koncepce teorie chování typu A a B autorů Friedmana a Rosenmana a koncepce zahrnující techniku biofeedbacku. Teorii chování typu A a B popsali v 50. letech autoři Friedman a Rosenman. Ve svém článku z roku 1959 popsali souvislost mezi určitým typem chování a vznikem kardiovaskulárních onemocnění. Výzkumy Friedmana byly založeny také na pozorováních jednovaječných dvojčat, kdy pouze jedno onemocnělo kardiovaskulární chorobou. Z toho usoudil, a dále rozvedl teorii, že důvodem tohoto onemocnění můžou být emoční stavy a vzorce chování, které nalézáme pouze u dvojčete nemocného. Jedinci vyznačující se typem chování A jsou nadměrně ctižádostiví, snaží se o dosažení vysoce kvalitního výkonu, jsou netrpěliví, uspěchaní a většinou mají sklony k agresi. V každé situaci se snaží udržet si plnou kontrolu jak nad celou situací, tak nad vlastním chováním. Tento typ chování je spojován se stresogenními situacemi. Často se dostávají do stavu, kdy je ohrožena kontrola nad situací, a je u nich přítomen intenzivnější neuroendokrinní a psychofyzilogický doprovod než u osob nedisponujících tímto typem chování. Jako na opak tohoto chování by se dalo nahlížet na chování typu B. Tito lidé disponují klidem, jsou vyrovnanější, nespěchají, jsou obecně spokojenější. Zároveň ale mají větší tendenci propadat depresivním stavům a často se u nich vykrešlují neurotické rysy. Existuje i chování typu C, které svého nositele predisponuje ke vzniku onkologického onemocnění. Nejenom, že se u těchto lidí rakovina vyskytuje s větší prevalencí, ale také vzniká v mladším věku, a prognosticky jsou na tom pacienti mnohem hůře. V anglické literatuře se setkáváme s označením cancer-prone personality. Taktéž jako chování typu B je i toto chování určitým protikladem k typu A. Pacienti jsou více přizpůsobiví, spíše pasivnější, často mají tendence k potlačování agresivních emocí, jejich uvažování bývá racionálnější a mnohdy vyžadují emočně kladné ocenění přicházející zvenčí. Sami jsou však více depresivní a jejich emoční expresivita bývá chudá. Druhá koncepce se týká techniky biofeedbacku (biologické zpětné vazby). Z našeho pohledu je zajímavá proto, protože poukazuje na možnost, jak ovlivnit fyziologické parametry pomocí vědomé psychické činnosti. Často je prováděna tak, že zkoumaná osoba dostává signály o tom, jestli je v ovlivňování funkce pomocí psychicky vyvolaných změn úspěšná, či nikoliv. Nejlépe jsou propracovány techniky ovlivnění hypertenze v kombinaci s relaxačními metodami.

Koncepce alexitymie a hopelessness – helplessness

Ještě bych zmínila poslední dvě koncepce, které se taktéž snažily vznik psychosomatického onemocnění vysvětlit. Jedná se o koncepci alexitymie, jednu z nejmladších, a v době svého vzniku také vnímanou jako jednu z nejslibnějších. Druhou je koncepce syndromu hopelessness – helplessness. Koncepce alexitymie vychází z psychoanalytických teorií. Její počátky můžeme v nástinu vidět už v práci Ruescheho, který popisoval společné rysy psychosomatických pacientů již ve 40. letech. Pro jejich označení použil souhrnný výraz infantilní osobnost a postavil se tím proti specifickým psychoanalytickým teoriím poukazováním na společné rysy pacientů trpících rozdílnými diagnózami, a tím na nespecifickou osobnost pacientů. Poprvé však pojem alexitymie použili až v 70. letech Sifneos a Nemiah na konferenci zabývající se psychosomatickým výzkumem. Původ slova alexitymie je ve spojení dvou řeckých slov: alekseia = ochraňovat a thymos = dušení.

V podstatě význam slova tkví v neschopnosti rozmlouvat o svých emocích. Existují dvě teorie, ze kterých alexitymie vychází. První je **teorií neurofyzilogickou**, ke které se také Sifneos a Nemiah přiklání. Tato teorie předpokládá propojení mezi neokortexem a paleokortexem, který je fylogeneticky starší. Principem vzniku poruchy je omezená spolupráce hipokampu, který je součástí limbického systému a podílí se na vzniku pocitů, a neokortexu, kde jsou tyto pocity intelektuálně zpracovávány v emocionální rovině. Někudy se však musí vzniklé pocity dostat ven a jako svou alternativní cestu si vybírají hierarchicky níže postavený vegetativní nervový systém. Pacient tedy nekomunikuje slovy, ale svými orgány. Pro alexitymického pacienta jsou typické následující projevy: má nedostatek fantazie, nemá sny, impulzivně reaguje na okolnosti, pláč je zcela omezený, má tendenci neustále popisovat dokola své vlastní obtíže, sledujeme u něj rigidní držení těla, má pocity napětí, disponuje sklonem k silné tendenci sebekontroly, ve vztazích se chová vyhybavě či naopak projevuje závislost, životní styl je orientován na pracovní výkon, osobnost je pasivně agresivní, narcistická, potlačuje emoční projevy a obtížně je v komunikaci popisuje. Druhá teorie své základy staví na **psychoanalýze**, a předpokládá v období raného vývoje vznik poruchy v procesu vlastní identifikace. Porucha se týká převážně oblasti vztahu dítěte s matkou. Jako důsledek není poté člověk schopen vnitřně interpretovat instinktivní impulsy, ty se nefiltrují pomocí snů a fantazií a jsou uvolňovány přímo. Celý proces je vnímám jako typ obrany, kdy se pacient chrání proti úzkosti. Poslední koncepce je koncepce hopelessness – helplessness. Jak už název napovídá, jde o syndrom beznaděje – bezmocnosti, a vypracovali ji Schmale a Engel. Opět vychází z psychoanalytického přístupu. Obsahuje jak složku dynamickou, tak biologickou, a má prožitkový a behaviorální aspekt. V rovině prožitkové obsahuje subjektivní pocit snížené schopnosti řešit situaci, při setkání se se situací se dostavuje pocit beznaděje a bezmoci, pocit ohrožení, ztrácí souvislosti mezi minulostí a budoucností, a dostavuje se pocit ohrožení mezilidských vztahů.

V rovině behaviorální dojde ke generalizovanému útlumu fyziologických funkcí a pohybu. Schmale a Engel uvádějí příklad malé holčičky, která byla dlouhodobě deprimována svou matkou. Výsledek se projevil v utlumení reakcí holčičky na všechny rušivé vlivy. Obvykle při ohrožující situaci dochází u zdravého jedince k útěku/útoky, obecně k aktivaci, u holčičky však docházelo ke kvalitativně jiné reakci, a to celkovému utlumení organismu. Byla sledována reakce pasivně-konzervativní. Konkrétně pak u pacientů dochází k mdlobám a útlumu imunity.

Psychosomatické onemocnění

Oficiální definice zdraví podle WHO (Světové zdravotnické organizace) má toto znění: jedná se o stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody. Nemoc vzniká tehdy, pokud dojde k narušení jedné z těchto částí. Ty se navzájem prolínají a můžeme k nim řadit i pohodu duchovní a ekologickou.

Nemoc vzniká reakcí organismu na porušení rovnováhy mezi prostředím a organismem, narušení vzájemného působení a rovnováhy mezi psychologickými a biologickými faktory ve fyzikálním a sociálním prostředí. Zdraví můžeme naopak definovat jako absenci nemoci a nebo může být definováno jako stav psychické, sociální a tělesné spokojenosti

a schopnosti vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, které neustále na organismům působí, včetně mezilidského a pracovního vlivu, a zároveň jsou zachovány fyziologicky důležité funkce. Nemoc může být vnímána z pohledu psychosomatiky jako celkový stav pacienta. Podstata jejího vzniku je v narušení vnitřní harmonie. V tomto pojetí však dochází až k radikalizaci v tom, že tvrdí, že veškeré příznaky mají svůj psychosomatický podklad. Neexistuje tedy čistě somatické onemocnění. Nemoc a smrt jsou nedílnou součástí každého z nás, to, co máme společné. Co společného mít nemusíme jsou projevy onemocnění, jejich somatické klinické příznaky. To vzniká v důsledku měnícího se prostředí kolem každého z nás, čímž se mění způsoby a formy onemocnění. Pro komplexnost ještě uvedu definice duše a těla. Podle stručného psychologického slovníku je duše nejčastěji vnímána jako synonymum pro soubor psychických jevů a vlastností, pro psychiku. Naopak soma, lidské tělo, je soubor orgánů, které jsou sdruženy do orgánových celků. Ty se poté spojují do systémů, které zahrnují systém močopohlavní, trávicí, cévní, smyslový, kožní, a opěrný a pohybový. Psychosomatika pojednává o nemocích jako o výsledku interpersonálních procesů, které vznikají v raném dětském období – jedná se o dětské konflikty a situace, které jsou spojovány s nedostatkem. U každého jedince musí být diagnostikovány individuálně, poněvadž jsou charakteristické svou různorodou symptomatikou a u každého můžou mít jiný klinický průběh. Podstatné je zaměřit se na sociální prostředí pacienta, jeho interpersonální vztahy, konflikty s okolním prostředím, aktuální tělesný stav a genetické predispozice. Z psychosomatiky vychází odvětví medicíny – psychosomatická medicína, která je přístupem čistě interdisciplinárním, a nemůžeme ji od ostatních oddělovat a pohlížet na ní jako na samostatný obor či odvětví. Je to mezioborový přístup, kdy je pozornost zaměřena spíše na člověka než na onemocnění samotné. Pokud není tělo schopno vyrovnat se s psychickou zátěží, která je na něho kladena, dochází ke vzniku psychosomatického syndromu.

Příčiny zdravotních problémů má psychosomatika tendenci vidět ve všech souvislostech. Důležité je pro ni to, jaký má člověk vztah i k sobě samému, jaké jsou jeho psychické a osobnostní charakteristiky, jeho interpersonální a jiné sociální vztahy. Odraz v následné péči je ve vytvoření rovnocenného vztahu mezi terapeutem/lékařem a pacientem, kdy je respektován hlavně životní příběh pacienta a interakce jeho osobnosti s okolím a zpětným působením tohoto okolí na pacienta. Nejdůležitějším nástrojem využívaným při léčbě je psychosomatický rozhovor, kdy je řešení onemocnění mnohem komplexnější než v technikách EBM. Výsledkem je nejen léčení pacienta pomocí farmak či invazivních lékařských metod, ale celková úprava životního stylu, práce na zvýšení psychické pohody a odolnosti pacienta. Máme tendenci hodnotit psychosomatickou nemoc stejně jako tělesnou, a často hledáme příčinu mimo nás, bez možnosti většího ovlivnění pomocí vlastního aktivního přístupu.

V zásadě jde o základní psychologickou reakci, kdy máme tendenci vše nepříjemné vytěsnit, protože pokud bychom tomu tak neučinili, museli bychom přiznat svůj vlastní podíl na vzniku onemocnění, za což bychom se ve výsledku mohli stydět.

V tomto smyslu lze dodat, že neonemocníme proto, protože by vnější životní podmínky byli natolik tíživé, ale proto, protože k nim jako k tíživým přistupujeme. Nejdůležitější je naše vlastní vnitřní interpretace.

K psychosomatiice je potřeba přistupovat jako k oboru interdisciplinárnímu.

Parkinsonova nemoc Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění vyznačující se úbytkem neuronů v Substantia nigra. Způsobuje zejména poruchy motoriky, dále změny v kognitivních a exekutivních funkcích. Přidružená demence bývá pozorována až u poloviny pacientů s PN. Dalšími příznaky jsou deprese, úzkosti nebo poruchy spánku. Mimo antidepressiva a anxiolytika je doporučována rehabilitace, tělesná aktivita a psychoterapie. Jako nejúčinnější se jeví kognitivně-behaviorální terapie, která strukturovaně pracuje s identifikací maladaptivních myšlenek přispívajících k diskomfortu člověka.

Ten může být rozdělen do čtyř okruhů ve vztahu k přístupu k pacientovi:

- soustředění se na zpracování nemoci,
- soustředění se na příčiny onemocnění,
- soustředění se na chorobné chování pacienta,
- soustředění se na původ a následky psychického onemocnění.

Z těchto okruhů vyplývá, že každé onemocnění má v širším pojetí svůj původ také v psychické a sociální rovině a není pouze organickou chorobou. Pacient proto musí k tomuto faktu aktivně přistupovat, uvědomovat si ho spolu s lékařem/terapeutem, a plně toho využívat ve svůj prospěch a v prospěch léčby. Je potřeba tyto složky analyzovat a najít jejich příčinu. Taktéž je důležitá spolupráce pacienta s lékařem, poněvadž pacient má mnohdy při nedostatečně rychlém efektu klasické léčby pocit, že je s ním zacházeno špatně, a sám má tendence celou léčbu komplikovat a přistupovat k terapeutovi a jeho metodám skepticky.

Klasická versus psychosomatická medicína

Vznik psychosomatické medicíny lze chápat jako reakci na stávající mechanistické přístupy klasické vědecké medicíny. Virchow a jeho buněčná teorie stáli za zrodem základního paradigmatu vědecky založené medicíny, který je vesměs platný dodnes, i když v mnohém obohacen o moderní poznatky.

Bertalanzy a Bateson v druhé polovině 20. století nabídli však nové paradigma, které umožňovalo se na medicínu dívat i z jiného, širšího pojetí. Paradigma v mnohém přesahovalo vědecký rámec klasické medicíny. Je koncipována systémová teorie, ta umožňuje se na vše, na každý jev dívat jako na systém, který je složen z mnoha subsystémů a zároveň je také subsystémem systému vyššího. Pokud tedy dojde k poškození jednoho subsystému, projeví se to ve změně dalších subsystémů, a to na změně i systému nadřazeného. Vesměs se jedná o jednoduchý princip, který nesouhlasí s lineární kauzalitou ve smyslu vzniku onemocnění, ale mění pojem lineární na pojem cirkulární – změny neprobíhají jednosměrně, ale můžou i zpětně působit na příčinu, která změnu vyvolala a ovlivnit i ji. Tedy i člověk je v tomto pojetí vnímán jako systém, který je složen ze subsystémů řídicích (endokrinní, nervový a imunitní) a ze systémů řízených (trávicí, oběhový, pohybový a dalších). Subsystémy jsou pak složeny z orgánů, tkání, buněk atd. Nad člověkem jsou však systémy vyšší, které ho zahrnují. Vyšším je dvojice, také dyáda, dále rodina, lidské společenství, národ, až celý zemský systém (označován jako Gaia). Tohoto systémového pojetí využil právě Engel a následně i Lipowski, když přišli s označením bio-psycho-sociální (holistický, celostní)

přístup, který použili pro odlišení psychosomatiky od její klasické koncepce konce 30. let 20. století.

Posléze přichází Lieb se svým modelem dvou operacionálně uzavřených strukturálně sdružených celků, který reaguje jak na monistické pojetí chápání světa (všechno je jen duše nebo všechno je jen chemie), tak na dualistické výklady, které předpokládají nějakou vzájemnou komunikaci mezi tělem a duší. Tato představa, že se jedná o vzájemně zcela uzavřené sebezvíjející se autonomní celky (myšleny jsou tělesné a duševní jevy), které jsou si vzájemně i prostředím, doslova změnila dosavadní paradigma vědy. V moderní medicíně je totiž onemocnění chápáno jako soubor biologických poruch a příznaků, který je potřeba odstranit, aby došlo k uzdravení. K tomu jsou využívány farmaceutické výrobky a prováděny invazivní výkony. Lékaři na nemoc hledí z pohledu objektivně pozorovatelných a prokazatelných procesů, je odůvodněno tím, že v procesu diagnostikování je postupováno podle přesně daných a vymezených kritérií, a výsledek se musí shodovat s určitou diagnózou. Velký význam má i fakt, že sám pacient již svou nemoc nevnímá jako výzvu postavit se jí a utkat se s ní, dochází čím dál tím více k odosobnění, a problém je pak předáván do rukou specialisty, v tomto případě lékaře, který by ho měl vyřešit. V psychosomatické medicíně je naopak pacient důležitým účastníkem při terapii své nemoci, která je zde chápána jako duševní nerovnováha, která je následně tělesně kompenzována. Pacient poté očekává, že mu bude vyložen a sdělen význam a důvod této nerovnováhy. Z výše uvedeného lze vyvodit, že v moderní medicíně jsou při terapii využívány v drtivé většině metody a postupy, jejichž výsledky jsou podloženy dlouholetými výzkumy. Hlavní je dosažení co nejrychlejšího a zároveň efektivního řešení, aby mohl být pacient opět schopen zařadit se do pracovního procesu společnosti a mohl se nadále podílet na ekonomické rozkvětu. Z pohledu psychosomatiky jsou zahrnovány do terapie nejen metody klasické medicíny (somatické medicíny), ale i metody psychologické a psychoterapeutické, zvláště pokud je lékař přesvědčen o tom, že se na vzniku onemocnění podílely psychosociální faktory. Pro lepší pochopení rozdílu mezi klasickou a psychosomatickou medicínou je rozdílnost mezi slovy illness a disease. V anglické terminologii totiž můžeme díky těmto slovům spatřit dvě stránky pohledu, jak lze chorobu vnímat. První slovo je v češtině choroba (disease v anglickém jazyce) a aspekty onemocnění zachycuje objektivně a způsobem, jak tuto nemoc můžeme nalézt zapsanou v chorobopisech. Druhé slovo má rovinu subjektivní, a je jím nemoc (anglicky illness). To popisuje, jak pacient svou chorobu prožívá, a jak ji prožívají jeho nejbližší. Psychosomatická medicína se snaží tyto dva pojmy sjednocovat a spojovat pomocí biopsychosociálního přístupu. Medicína moderní naopak tyto dva pojmy drží striktně oddělené. Liší se i vztah mezi lékařem a pacientem. V klasické medicíně je lékař dominantní osobou, je dodržována profesionalita a snaha o standardizovaný a nezkreslený přístup k nemocnému. Lékař je ten, kdo řídí proces léčby a určuje její postupy, je za pacientovo zdraví zcela zodpovědný, a vztah lékař - pacient je postaven do roviny prosté výměny informací. V psychosomatické medicíně je vztah více vyvážený, pacient je vnímán jako rovnocennější partner, lékař využívá psychologické a psychoterapeutické znalosti, pracuje se nejenom s pacientem, ale také se vztahem mezi pacientem a lékařem, pacient na své léčbě plně spolupracuje s lékařem a často může být postup na základě protestů pacienta pozměněn.

Podstatné ale zůstává, že psychosomatická medicína není alternativou klasické medicíny (evidence based medicine), ale klasickou medicínou, a její postupy rozšiřuje z pouze

biologického pohledu na pohled celostní, kdy je člověk vnímán v kontextu jeho celkového bytí. Taktéž není pouze naukou o psychogenezi, tedy vzniku onemocnění cestou psychologického konfliktu (takhle ji původně definoval Alexander při vysvětlování své koncepce sedmi onemocnění), ale vyžaduje biopsychosociální přístup k nemocem. Dále nechce onemocnění léčit pouze psychologickými prostředky, ale spolupodílet se na terapii s prostředky biologickými. Taktéž není součástí a ani odnoží psychiatrie, protože nálepka psychiatrického onemocnění by mohla pacienta závažně stigmatizovat ve společnosti. Léčí tedy pacienta a ne primárně jeho onemocnění.

Něco navíc:

Vzdělávání v psychosomaticce v ČR

Největším problémem moderní medicíny je jednostranné zaměření ve vzdělávání mladých lékařů pouze na patofyziologické biologické pochody. Chybí zde doplnění konceptu psychosomatického. V České republice probíhá vzdělávání lékařů na lékařských fakultách, studium je ukončeno absolvováním šestiletého oboru Všeobecné lékařství. Následně si absolvent zvolí specializaci, ve které by se chtěl nadále profilovat, a po zapsání se do specializovaného vzdělávacího programu absolvuje veškeré povinné stáže, které jsou v tomto programu uvedeny. Během těchto stáží plní funkci sekundáře a je zaměstnán na pracovišti, které ho zaštiťuje. Po splnění veškerých povinností následuje atestační zkouška, jejím úspěšným dokončením završí své oficiální vzdělávání a stane se z něj specializovaný lékař ve svém oboru. Samozřejmě i nadále probíhá vzdělávání cestou celoživotních programů, v podobě široké nabídky nástavbových oborů a samostatné studium nových postupů a výzkumů, protože pokrok na poli medicíny, ať už v jakémkoliv oboru, jde mílovými kroky kupředu.

Samozřejmě, již během studia je zdůrazňováno, že nemoc nevzniká pouze jako porucha těla, ale svou roli mají i jiné faktory, je tedy podporována multifaktorialita onemocnění. Touto informací to ale začíná, a bohužel, tam to také končí. Nehledě na fakt, že spousta mladých lékařů ani o vzdělávání tímto směrem nejeví velký zájem. Od roku 1982 Institut pro další vzdělávání lékařů v Praze pod záštitou katedry psychiatrie započal s postgraduálně zaměřenou výukou v oblasti psychosomatické a behaviorální medicíny. V roce 2013 byla do novely vyhlášky jako oficiální nástavbový obor Ministerstvem zdravotnictví zařazena Psychosomatika. Díky tomu je lékařům jakéhokoliv zaměření umožněno dále se specializovat v oblasti psychosomatiky. Jde převážně o rozšíření doposud úzce zaměřeného pohledu na tělesnou složku onemocnění o sociální a psychologický aspekt. Lékař by si tak měl osvojit jak teoretické, tak praktické znalosti z oblasti psychosomatiky, a ty by následně měl být schopen adekvátně využívat v praxi. Tato nástavba by mohla být nejvíce k užitku a je taktéž o ni největší zájem ze strany lékařů, kteří mají s biopsychosociálním přístupem dobré zkušenosti a už jim nestačí pouze biologický pohled na nemoc pacienta. K tomu, aby mohl lékař tuto

návštěvu získat, musí splňovat podmínky vzdělávacího programu IPVZ. Musí mít hotovou atestaci v oboru klinické medicíny, musí se účastnit kurzů a stáží z oblasti psychosomatiky, prodělat sebezkušební kurz, a nakonec složit rigorózní zkoušku před komisí.

Atestační podmínky jsou pro všechny specializace stejné, odlišuje se pouze specializace psychiatrie. Zde jsou požadavky na vzdělávání poněkud upraveny. Dnes je již psychosomatika díky ústřednímu uznání dostatečně osamostatněná a není tedy závislá na žádné další specializaci. Stala se samostatně působícím přístupem, kterého můžou využít všichni lékaři, samozřejmě však po splnění všech výše uvedených podmínek.

2. Stresový a hlubinný model vzniku psychosomatických poruch.

Stres – generalizovaný adaptační syndrom (Selye, Cannon), který je řízený Neurovegetativním systémem (sympatikus a parasympatikus) a slouží k přípravě výdeje energie nebo na efektivní svalovou práci (u zvířat útok nebo útěk). Zasahuje to do hormonálních hladin atd... Zkušený sportovec dokáže spustit přípravou – dá se zvyšovat tonus sympatikus a má připravené energetické zdroje. Dá se trochu řídit. V případě, že nedojde k výdeji, může být problém. Stále se očekává výdej a nedojde pak k uvolnění po stresu tj. nástup parasympatiku. Rovnováha parasym. a symp. je velmi jemná a důležitá, jinak problémy.

Zdravotní rizika stresu:

Reakce se spouští i v případě, kdy je výkon pouze mentálního charakteru nebo v případě anticipace nějaké situace. Když nedojde ke střídání, sčítá se a pak problémy. Reakce se spouští i v případě očekávání (anticipace) nějaké situace (př. Dlouho dopředu se bojím a pak třeba vnímám tlukot srdce atd. a jsem vyčerpaná před očekáváním a nejsem schopna podat výkon (př. Tréma, očekávání toho co se stane ve zdraví...spustí se reakce).

- **Locus minoris resistentiae** – orgán nebo funkce, kterou jedinec reaguje na stres
- **Interindividuální a intersexuální rozdíly** (ženy prožívají více a přes reprodukční orgány, muži spíše přes kardiovaskulární orgány).

Teoretické koncepty 2 základní modely – stresový a hlubinný

a) **Psychologické pojetí stresu, tj. stresový model** – subjektivní pocit kompetence zvládat náročnou situaci

Fyziologické příznaky stresu:

- bušení srdce (palpitace)
- bolest a sevření za hrudní kostí
- nechutenství a plynatost v břišní oblasti
- křeče, bolesti břicha, průjem
- časté nucení k močení
- sexuální impotence, nedostatek sex.touhy
- změny menstruačního cyklu

- bodavé, řezavé pocity v nohou

coping:

- strategie zvládání náročné zdravotní situace (Jaro Křivohlavý), jsou velmi různé
- klasifikace řešení náročných životních situací – je důležité rozlišit co to je – zdraví mé (vytváříme si strategii na základě osobnostních předpokladů), zdraví našich blízkých, ztráta blízkého člověka (smrt rodiče, dítěte – velmi extrémní situace) nebo např. přítomnost u úmrtí. Pozn. dobře zpracované v literatuře. Další oblast existenčního zajištění a pracovní seberealizace. Velký vliv má nezaměstnanost (více druhů), ztráta denního režimu, kontaktů. Oblast blízkých vztahů – rodina, péče o děti, rozpad rodiny, rozchody, péče o rodiče
- postraumatická stresová porucha – bývá nepřesně zpracováno. Definice rozpracovány po válce ve Vietnamu. Je to vždy setkání se smrtí, lidskou krutostí v nepředstavitelné podobě.
- stres je stav, kdy nejsem schopna řešit danou situaci

b) Hlubinný model

- vysvětluje vznik psych. příznaku na základě teorie vnitřního nevědomého konfliktu (hlubinná psychologie), problémy s trávicím traktem... (nevědomí, kde si část psychiky žije svým životem)

3. Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky.

tělesné sebepojetí – mentální reprezentace sebe sama – jak se vnímám kognitivně, emocionálně (jak to hodnotím, přijímám sebe sama), behaviorální

Kenneth R. Fox – proč se zabývat tělem, proč ho vnímat jako součást sebepojetí, proč hraje tak důležitou roli. Protože tělo je hlavní prostředek sebevyjádření a kontaktu se světem (lidi vidí jak vypadám, jak se chovám... ne jaká jsem uvnitř). Emoce a zdraví člověka jsou vyjadřovány skrz tělo (pohyb, NVK). Způsob, jakým člověk vnímá své tělo a jaký má k němu vztah, určuje jeho fyzickou identitu (physical self), vztah k pohybu, ke sportu, své tělesné hmotnosti, k prezentaci své osobnosti a také způsob zvládání (coping) těžkých životních událostí jako je vážná nemoc, stárnutí atd. (jak to budu zvládat, hraje významnou roli tj. jak vnímám své konkrétní tělo a mám k němu vztah, to nastavuje prvky mého životního stylu, stravování, ovlivňování svého zdravotního stavu.

tělesné schéma – kognitivní x tělesné sebepojetí (physical self – tělesné já)

složky tělesného sebepojetí:

- **kognitivní** složka – vnímání rozměru těla, jak vypadám, jednotlivé části, vzájemný poměr.
 - vnější obraz – zrak
 - vnitřní obraz – **propriocepcí** (+ nocicepcie, exterocepcie) – i když nevidím, tak vnímám, kde mám hlavu, nohy atd... z nich vnímáme naše tělo přes **čítí** – tj. pohyb svalů (když není pohyb, přestávám vnímat tělo a pak si ho neumím z paměti ani nakreslit. Musím koukat, jak co vypadá). Když je nedostatek pohybu, tím méně vnímám tělo. Je to velmi důležité pro terapii. Co je více náročné na koordinaci, čím více sportuji, tím více vnímám detaily těla.
 - nocicepcie – když něco bolí, nakreslím to největší – je prioritní a vnímám jen tu bolavou část těla, které přehlušilo to čítí z proprioceptoru.

- **emotivní** složka – vztah k tělu jako celku, **vnímání vlastní tělesnosti** – viz. období autonomie.

- vztah k jednotlivým částem – tj. s některou částí těla můžeme být více či méně spokojeni.
- hodnocení vlastní atraktivity – viz. problematika dospívání
- vnímání tělesnosti – vliv religionity, kultury atd. jak se staví k tělu, smrti, duši.. tj. jak vnímám propojení těla, psychiky. V Evropě se hovoří o kultu těla, stírají genderových rozdílů, velký význam vzhledu těla (marketing ke zvyšování naší atraktivity). Forma fungování vztahů se projevuje na psychickém a psychosomatickém zdraví všech členů rodiny. Př. anorexie – když rodiče prezentují, že jsou rodiče spolu kvůli děcek, jinak je vztah nefunkční – agrese se přenáší na dceru...vzniká anorexie = jak může být nefunkční rodina nebezpečná a velmi riziková.
- vztah k tělu se vyvíjí 2-3 roky – období autonomie. Dále pak období dospívání (mění se tělo, pohlavně dospíváme, vytváří se naše identita, jak jsme nebo nejsme atraktivní pro okolí – někdy až narcisistní chování). Zde může vzniknout patologie vzniku problému s přijímáním potravy.

- **behaviorální složka** – jak to vnímání těla působí na naše vnímání. Tělesné sebepojetí jako motivační faktor v oblasti životního stylu – diety, cvičení, kosmetické preparáty, plastická chirurgie. Oblíbené mediální téma., redukce k negativnímu vlivu ideálu štíhlosti u modelek, především ve vztahu k PPPP. V konečném důsledku můžeme vidět ženy (muže), které svůj život řeší pouze v otázkách jaká dieta, operované víčka, oblečení = přichází nový a růžový svět, vše bude skvělé. Je otázkou, když nebudu mít problémy se svou tělesností, podlehnu reklamám :).

- Může dojít k patologickým poruchám a poškození zdraví – zneužívání steroidů, farmak... a naprostá absence pudu sebezáchovy jako u mentální anorexie (nedovedou to zastavit), hodně u vrcholových sportovců
- muskulární dysmorfie – je typické, že jedinec trpí utkvělou představou, že jedna nebo více tělesných částí je nedostačující, zatímco jeho okolí tyto části považuje za normální. Obsese má chronický průběh, může se promítat do běžného života, vyvolat zdravotní komplikace. U mužů přetrvává do dospělosti, u žen se zpravidla zastaví, když dospěje. Jedná se o obsedantní chování tj. dodržování cvičebního a výživového plánu, který je často koncipován iracionálně a vynaložené úsilí neodpovídá energii a času vynaloženým na dosažení cíle.
 - tyto myšlenky a představy způsobují klinicky závažné narušení společenských, pracovních či jiných důležitých sfér života jedince, kde jsou přítomny minimálně 2 ze 4 kritérií:
 - často vynechává důležité společenské, pracovní nebo volnočasové aktivity kvůli pocitu nutkové potřeby dodržet cvičební nebo dietní plán
 - vyhýbá se situacím, ve kterých je jeho tělo odhaleno okolí, nebo takovéto situace snáší se silnou úzkostí
 - pocit nedostatečného objemu těla, jeho svalnatosti způsobuje klinicky závažné omezení či narušení společenských, pracovních nebo jiných oblastí života jedince
 - dodržování diety nebo zneužívání výkon zvyšujících látek i přes vědomí možných

Diagnostika tělového schématu – tělesného sebepojetí

- standardizované dotazníky – nejznámější PSPP (Physical Self Perception Profile)
- projekční kresba – instrukce: nakresli obrys vlastního těla. Používá se na terapeutické intervence a práce – nakreslí se na začátku a pak po hodině intervence... je vidět rozdíl v postavách.

Psychosomatika u žen

- vychází z toho, že emoce a prožívání má vliv na ženský reprodukční systém – př. problémy s menstruací
- představy přejímáme od matky, tj. jak se mateřsky chová ke mě a jak se chová v rodině, tak si беру vzor do života. Pokud má matka problém se svou ženskou a mateřskou rolí tak se přenáší do života dcery.
- také vztahy s aktuálním partnerem – může být funkční sterilita – co je příčinou? Vnitřní problém ženy (př. prapůvodní příčiny – vzor matky – psychika dokáže ovlivnit hormonální rovnováhu). Alergie na sperma – když není chlap přijatelná pro mě jako otec mých dětí – tělo dokáže vytvořit proti jeho spermiím obranu (když se rozejdou tak pak v klidu otěhotní). IVF – velké dávky hormonů, které mohou vyvolat onkologické procesy (pokud jsou už i v rodině), je potřeba psychologická podpora zejména když se to nepovede. Př. postinterupční syndrom (i v případě, když se musí žena rozhodnout na ivf kolik si nechá oplodněných vajíček).
- Dlouhodobé používání antikoncepce – rodičovství se dá plánovat ale také je možno si „beztrestně“ užívat – mění se dynamika vztahů. Lidé setrvávají ve vztazích, i když dříve by už nebyli. Ovlivňuje také výběr partnera – s prášky jinak než bez (jsou výzkumy – jinak se přemýšlí o partnerském životě). Rodičovství se odkládá, očekáváme naplnění hlubokého vztahu – historicky ekonomické důvody.
- těhotenství a porod – velmi časté potíže. Moc se o problémech nemluví. První trimestr - hormonální změny, sociální okolnosti. Může mít úzkosti a deprese. Ve druhém se stav zpravidla zlepšuje – hormonální rovnováha, pohyby dítěte – zlepšení stavu. Třetí – strach z porodu (přežívání se), zpoždění porodu ... otec u porodu (v přítomnosti muže se proces porodu spouští hůře a zpomaluje se). Jsou studie, jak přítomnost otce ovlivňuje rychlost porodu, jak ovlivňuje vztah otce k matce či dítěti. Ve vytváření vazby je důležité to, že matka porodí přirozeně – automaticky reaguje na dítě – pečuje o něj, kojí ho – přirozené instinktivní chování. Toto se hned nespouští u císaře nebo komplikací, kdy dítě není v blízkosti – do budoucna mohou být problémy v dospělosti (studie v USA).

Mentální anorexie (anorexia nervosa)

- Název pochází z řeckého slova „anorexie“, nechut' k jídlu. Nemocní s touto poruchou jsou přesvědčeni o tom, že jsou příliš tlustí. Jiní usilují o návrat do období dětství, nebo chtějí potlačit vývoj sekundárně pohlavních znaků. Následkem tohoto přesvědčení dojde k tomu, že nemocný jedinec, ať už žena nebo muž, nejí, zvrací, nadměrně cvičí, užívá projímadla nebo diuretika (léky k odvodnění organismu).
- Příčiny vzniku anorexie jsou nejasné. Byla zjištěna porucha funkcí hypotalamu a hypofýzy, ta by se však normalizací váhy měla upravit. Další z možných příčin je únik od stresových situací a emočních problémů. Pacienti mají porušené vnímání svého vlastního těla, navzdory kterému si jedinec připadá tlustý. Samotná porucha s sebou přináší neskutečné množství projevů od srdečních arytmií, kazivosti zubů ve formě drobení, poruchy se zažíváním, deprese, u žen vymizení menses až lomivost kostí atd.
- Výše uvedené projevy jsou jen střípkem toho, co všechno mentální anorexie s lidským tělem provádí. Léčba je proto nevyhnutelná, bez ní dochází k rozvratu vnitřního prostředí,

v závažnějších případech ke smrti. Pacient je hospitalizován na oddělení psychiatrické léčebny. Je pod stálým dohledem, jsou mu nasazeny léky a nutná je i psychoterapie.

Mentální bulimie (bulimia nervosa)

- Slovo „bulimia“ pochází z řečtiny a překládá se jako býčí hlad. Nejčastěji postihuje mladé ženy. Typickým znakem je hladovění střídající se s kompulzivní konzumací velkého množství potravin. Po najedení dochází u takto nemocných jedinců k výčtkám svědomí a vyzvracení jídla (to vše se děje v tajnosti). Pacienti jsou posedlí udržením štíhlé linie bez ohledu na normální či vyhublý vzhled. Velmi často i oni užívají projímadla a diuretika.
- Opakované zvracení, stejně jako je tomu u mentální anorexie, poškozuje metabolismus. Nemoc se projevuje obdobně jako anorexie, má však méně závažný průběh. I zde je nutná psychiatrická léčba s nasazením medikamentů a psychoterapie.

4. Psychologie zdraví, psychologie nemoci a psychologie smysluplnosti existence: význam úzkosti, krize jako příležitost ke změně, prožívání bolesti, otázky smysluplnosti života. str 302, honzák 50, 227

5. Rodinná psychosomatika: percipovaná sociální opora, rodinný systém a rodinná resilience. str. 142

Motto: „Mnoho našich tělesných a psychických chorob vzniká, když se na delší dobu odmlčíme a nerealizujeme náš život v řeči a vztazích. O čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět!“

Gerhard Danzer

Školní děti:

Historie:

- řecký lékař Galén nemoc považoval za záležitost tělesného stavu, tato tradice převládá dodnes, ačkoliv jsou tendence nahlížet na vztah tělo a duše komplexněji, systémově, lékaři se soustředí spíše na to, co je měřitelné, analyzovatelné výsledky, nikoliv na to: „Jak se cítíte?“
- zlom přinesla přinesla Daseinsanalýza (M. Heidegger, M. Boss) – 2. polovina 20. století, kde jde o přijetí a chápání jedince v jeho celistvosti, kde cílem není hledat příčiny onemocnění, ale smysl onemocnění jedince

Charakteristika:

= psychofyzický problém: problém vztahu těla a duše

- jedná se o komplex reakcí, které sestávají z biologické predispozice (dědičnost), zevních vlivů (prostředí, vztahy), vnitřních mechanismů zpracování (psychika jedince) až po objevení určitého symptomu
- z hlediska biopsychosociálního: psychosomatická porucha je ta, při jejímž rozvoji se uplatňují psychosociální faktory, bez ohledu na její zasazení v klasifikačním systému a na diagnózu
- jde o souvislosti vrozených a získaných vlastností, temperamentu, životního stylu, emotivity a prostředí, v němž pacient vyrůstal, v němž aktuálně žije, o vývojovou etapu, ve které se nachází, o dřívější choroby, o celkovou i orgánovou odolnost nebo zranitelnost

- u každé poruchy rozlišujeme, na kolik se na ní podílejí různí činitelé: somatické, psychické, sociální
- **psychosomatické poruchy jsou výsledkem neodžitých emocí, citové prožitky snáze přerůstají do oblasti tělesných pochodů**
- duševní vlivy mají podstatný podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje fyzicky
- u dětí riziko: nejnebezpečnější jsou emoce, které dítě neumí, nemůže nebo nesmí projevit
- typickým podnětem je vnitřní konflikt pramenící ze vztahu s blízkým okolím
- psychosociální faktory v součinnosti se somatickými vlivy výrazně ovlivňují vznik a průběh onemocnění

Rodinná stránka:

- psychosomatická porucha často důsledkem nevyvážených vztahů v jeho rodině
- „psychosomatická rodina“ – hranice a vztahy jsou příliš úzce propletené x přehnané vzájemné odpoutání a odcizení – u obou typů vzniká citová ambivalence
- „triangulace“ – konflikt mezi rodiči se neřeší přímo, ale prostřednictvím dítěte – vznik z citového přetížení dítěte

Systémovost:

- u psychosomatiky u dětí znamená nahlédnout na systémovou propojenost celého kontextu všech osob, které patří do rodinného systému (někdy přistupuje i vliv médií)
- hovoří o nemoci v kontextu sociálních vztahů, nikoliv pouze nemoci
- systémový přístup znamená způsob myšlení, kdy řešení problémů je chápáno komplexně, ve svých vnitřních i vnějších souvislostech

Výzkumy:

- psychosomatické onemocnění tvoří až 10% vyšetření ambulantních pediatrů
- poruchy jsou srovnatelné u chlapců, stejně jako u dívek

Psychologická stránka:

- často konflikt musím x nechci nebo musím, chci x nemohu zpracovat
- potlačená prožívání tísně, konfliktu a nepřijatelných emocí – nabývá i povaha „vytěsnění“ – dítě nedokáže říct, co cítí, neumí to projevit, příznak alexitymie (nedostatek rozpoznávání a projevování vlastních citů)
- příznačný konflikt bezpečí v citové závislosti x hostilní sebeprosazení – citová ambivalence vůči důležitým osobám (závislost x hostilita)

Vybraná psychosomatická onemocnění: (Kučírek, Psychosomatika a děti, 2006)

1) **onemocnění dýchacích cest** - smutek snižuje hloubku dýchání, radost zvyšuje hloubku dýchání, úzkostné děti – povrchní, rychlý, nepravidelný dech

astma – potlačovaný pláč

škrtavka, kašel – u dětí, kteří mají trestající rodiče, nedostávají „pravou“ lásku, kašlem se osvobozují, odblokovávají se

2) **srdeční a oběhové nemoci**

srdeční neuróza – latentní strach ze samoty, rozloučení se vztahovou osobou, strach z odloučení (raná fáze dětství – odloučení od matky), příznaky: bušení srdce, návaly pocení, poruchy spánku, porucha optimistického naladění, pomoc: nabízet kontakty a vazby
koronární onemocnění – infarkt – rizikové faktory: cukrovka, obezita, abúzus alkoholu a kouření...jsou ohroženi jak labilní, tak vyrovnaní jedinci, v chování otevření, ale zároveň úzkostní, touha po výkonu, zklamání v mezilidských kontaktech – labilita sebevědomí

- 3) **porucha látkové výměny podmíněné patologickým vztahem k příjmu potravy** – psychosomatická reakce může mít výraz jako „hlad po lásce, pohlazení“, potrava je pro dítě identická s láskou, dítě, které má nedostatek lásky se pokouší tento deficit vyrovnat přísunem jídla, touha po cukrovinkách značí neuspokojený život
mentální anorexie – ty děti z rodin, kde styl výchovy nepřipouští žádné konflikty, trvalé napětí v rodině, diskuse o nepodstatných věcech, matka je autorita, neschopnost stravování na veřejnosti – vyjádřením komunikační poruchy (jedináčci)
bulimie – přejídání se jako obrana před nechtěnými afekty, depresivními pocity a úzkostmi, často po frustraci
ortorexie = posedlost zdravým jídlem, stravovací rituály – omezování kontaktů s těmi, kdo tyto návyky nemá – izolovanost, nevraživost vůči jinak se stravujícím
- 4) **onemocnění trávicího traktu** – emoce spjaté s problémem bezpečí a zajištěnosti, touha po moci, problém brání a dávání, extrémní chuť k jídlu – zvládání příliš náročných úkolů, zvracení – pocity viny a vzdorovitosti
zácpa, průjem – průjem (chci se něčeho zbavit), zácpa (již nemohu víc dávat ze sebe), zvracení (být něčím zhnusen)
eneuréza (pomočování se), enkopréza (neudržení stolice)
- 5) **alergie** – senná rýma (stresové konfliktní situace, úzkosti)
- 6) **kožní problémy** – naše kůže zrcadlí naše emoce
ekzém – narušení vztahu mezi dítětem a matkou, E. Berne: „*Kdo není hlazen, tomu vysychá mícha*“ – pocit jistoty, zakotvenosti
škrábání se – spjaté se slastí, pocity viny, náhrada masturbace, u jedinců v náročných situacích, v momentech rozrušení
- 7) **porucha cévní dynamiky** (migrény) – bolest hlavy jako překážka myšlení, intelektuální negativismus, krátkodobé bolesti značí hněv, přetížení
- 8) **gynekologické problémy** – problémy s přijetím ženské role, bolestivá menstruace – strach z prvního styku
- 9) **záchvatová onemocnění** (kolapsové stavy a svalové křeče bez plné ztráty vědomí)
- 10) **poruchy termoregulace** (přehřátí, podchlazení)
- 11) **porucha funkce řečového ústrojí** (koktavost)

Zdroje psychosomatických poruch:

1. **individuální konstituční somatické dispozice** – dědičné, vrozené, během života se mění konstituční stav organismu v důsledku vnějších podmínek
2. **přítomnost konfliktu mezi protikladnými, neuvědomělými motivy citově závažné povahy** – pokud dítě nedokáže odvrátit stres a s tím spjatý konflikt, vzniká emociogenní přetížení, které se projeví poruchou funkce
3. **psychofyzické patologické učení nápodobou a zpevňováním** – somatické potíže byly vyprovokovány a následně instrumentálně zpevňovány

Úrovně rozboru a léčení:

– bod č.1 a 2 je především v kompetenci lékaře, bod č. 3 a 4 především v kompetenci psychologa

1. úroveň **orgánová** – tělesné a duševní vlivy na činnost jednotlivých ústrojí
2. úroveň **organismické regulace** – duševní vlivy na činnost složek nebo soustavného celkového řízení organismu (imunitní, nervová, hormonální)
3. úroveň **osobnostní** – duševní vlastnosti a dynamika jedince (poznávání, hodnocení citového prožívání) – volní a mimovolní akce během stresu či vnitřního konfliktu
4. úroveň **sociální** (problémy rodinného vývoje a jeho řešení)

Psychoterapie:

- uplatňuje se vedle léčby biologické

✓ **Orgánová a orgasmická úroveň** (úroveň 1 a 2) - přímé **psychofyzické zasahování sugescí, podmiňováním, nácvikem tělesných funkcí** (cílem je přerušení poruchového vývoje přímým zásahem, sugestivně – v hypnóze, imaginativní přeladění, precvičení tělesných pochodů, stavy relaxace, aktivního soustředění, biofeedback, k přímému odstranění příznaků dochází při překonání somatických, sociálních i psychologických zdrojů)

✓ **Orgasmická a osobnostní** (úroveň 2 a 3) - psychoterapie **sugestivní, emocionální, kognitivní** (**kognitivně zaměřená terapie** – slouží ke zmírnění či odstranění stresových vlivů, odstranění nepřiměřeného hodnocení událostí a života dítětem či dospívajícím, s terapeutem se hledají nesprávné myšlenky a přesvědčení, které v kritických situacích selhávají, čímž v nás vyvolávají stres – nesprávné myšlenky jsou nahrazovány realističtějšími), **behaviorální** (**behaviorálně zaměřená psychoterapie** – snaží se měnit vnější okolnosti, překonávání vnějších vlivů, které reakce způsobují, nemoci vnímány jako důsledek s nejbližším okolím), ovlivňuje kognitivní a motivační **dynamiku osobnosti** (**psychodynamicky zaměřená psychoterapie** – zaměřená na rozpoznávání vnitřního konfliktu, v příznaku nemoci hledám vyjádření skrytých konfliktů – cílem je motivační vyšetření – odstranění)

✓ **Osobnostní a sociální úroveň** (bod 3 a 4) – **rodinná a skupinová terapie** - zasahuje do interpersonálních vztahů a interakcí (zaměřená na překonávání patogenních vztahů a vzorců (hledání nových efektivnějších způsobů řešení problémů a sebeřízení, které přinesou větší prospěch než dosavadní způsoby patologické, které se jeví jako nefunkční), **terapeutické učení a terapeutická restrukturační** (kognitivní restrukturační – v rámci změny vztahového rámce – jiné pojmání skutečnosti, hledání nových možností)

Výskyt nejčastějších psychosomatických poruch u dětí

Děti tvoří velmi citlivou skupinu. Každý problém nebo starost jim může způsobit neblahé pocity, stres, úzkost a vyvolat u nich další příznaky, které se při delším trvání mohou začít navenek projevovat jako tělesné symptomy a nemoci. Ty by pro nás měli být signálem, že se děje něco zlého, čím se dítě trápí a potřebuje naši pomoc. V první řadě by si toho měli všimnout rodiče. Na druhou stranu jsou zde i učitelé, kteří s dětmi tráví dostatek času na to, aby zaregistrovali např. opakované mdloby, zvracení. Spousta objektivních, ale i subjektivních příznaků lze postrehnout pozorováním dítěte a otevřenou komunikací s ním a jeho rodiči.

Důvodů, proč se dítě stresuje, může být celá řada. Původ lze nalézt ve špatném rodinném zázemí, kdy je dítě například vystaveno neustálým hádkám a rozporům svých rodičů. Jako jednu z dalších alternativ je třeba brát na vědomí rostoucí počet obětí domácího násilí, týrání či zneužívání, kterým bývají často vystavovány i děti. Na druhou stranu i škola představuje místo, kde se dítě nemusí cítit úplně dobře, protože právě zde se nachází jádro problému, v jehož důsledku se žák může potýkat s nejrůznějšími zdravotními problémy.

Bolesti břicha - Bolesti břicha u dětí mohou být vyvolány buď psychickými poruchami, nebo mohou poukazovat na náhlou příhodu břišní a představovat tak závažný problém. Je proto nutné si při bolestech břicha uvědomit charakter bolesti, frekvenci, lokalizaci a také faktory, které zmírňují, nebo naopak zhoršují její samotný průběh.

Tzv. funkční bolesti břicha, označované za psychosomatické, se objevují hlavně u dospívajících dětí, a to v pravidelných intervalech. Bolesti v tomto případě nemají žádnou organickou příčinu, bývají však často doprovázeny průjmy, nevolností, nadýmáním.

Při léčbě je nutné se zaměřit na psychické faktory vyvolávající bolesti a minimalizovat tím stresové podněty. Navíc je třeba upravit životosprávu a sledování růstu a vývoje dítěte. Pomocí

při léčbě funkčních bolestí může psychiatr nebo psycholog. Cílem by mělo být dosažení normálního fungování dítěte.

Zvracení - Zvracení je častým příznakem onemocnění trávicího traktu. Není ale pravda, že musí být vždy jeho součástí. Při tomto reflexním ději dochází rytmicky k vypuzení potravy z žaludku ven. Pokud dítě zvrací, je důležité sledovat, jak často, jaký je obsah zvratků a zaměřit bychom se měli i na přítomnost dalších příznaků, které mohou být nápomocné při pátrání po příčině.

Zvracení školních dětí se vyskytuje ráno před odchodem do školy. Nesetkáme se s ním o prázdninách nebo o víkendu. Na tyto děti mohou být ze strany rodičů kladeny vysoké nároky. Habituační zvracení je typické pro neurotické děti. Příčina je zde psychická, je však předtím nutné vyloučit jakýkoliv jiný možný původ. Zvracení přichází pravidelně.

Často je zvracení jedním z projevů nějakého onemocnění. Tzv. spastické zvracení, při kterém dítě zvrací obloukem, je přítomné u náhlých příhod břišních nebo anomálií trávicí trubice.

Acetonemické zvracení je příčinou respiračních onemocnění. Pro kojence je typické ublinkávání, kdy vypouští část stravy ihned po nakrmení s trochou vzduchu.

Průjmy - Průjmy mohou být u dětí dalším psychosomatickým problémem. Bývají doprovázeny bolestmi břicha, nechutenstvím, případně i zvracením a mohou se často vyskytovat před odchodem dítěte do školy, nebo před nejrůznějšími událostmi, ze kterých má dítě strach a stres.

Stejně jako u jiných psychosomatických obtíží je prvotně nutné zjistit příčinu, a tu se následně snažit odstranit.

Asthma bronchiale - Tomuto onemocnění dýchacích cest bychom zvláště u dětí měli věnovat velkou pozornost. Mít dostatečné informace o nemoci a vědět, jak se správně zachovat v případě záchvatu, by mělo být základem nejen pro rodiče, ale i pro učitele, kteří žáka s astmatem mohou mít ve třídě.

Astma postihuje dýchací cesty, konkrétně průdušky. Projevuje se výdechovou dušností, která je velice nepříjemná, protože nemocný neumí popadnout dech. Je třeba mít po ruce vždy inhalátor, který zklidní dýchání a uleví tak nemocnému. Jakákoliv větší fyzická námaha nebo stres jsou hlavními faktory, jež mohou ztížené dýchání nebo dokonce astmatický záchvat vyvolat. Tudíž je nutné zamezit takovýmto činitelům.

Psychogenní kašel - Kašel je jedním z hlavních příznaků onemocnění dýchacích cest. Jedná se o obranný reflex vyvolán drážděním nervových zakončení. Kašel suchý (neproduktivní) se vyskytuje např. u astmatu nebo při vdechnutí cizího tělesa, kašel vlhký (produktivní) je příznakem zánětů.

Zcela odlišně se projevuje psychogenní kašel. Je typický pro dětský věk a probíhá hlavně ve dne. V noci, kdy dítě klidně spí, se tento typ kašle nevyskytuje. K záchvatům dochází převážně při nějakých, pro dítě, stresujících situacích.

Koktavost - Koktavost je těžká vada řeči, kdy má jedinec narušenou komunikační schopnost, což u dotčeného často způsobuje psychické problémy. Tato vada se projevuje narušenou plynulostí řeči, vícenásobným opakováním nebo prodlužováním hlásek.

Je těžké přesně určit, které příčiny mají za následek rozvoj této poruchy, v odborné literatuře se však hovoří hned o několika takových. Jako jedna z možných příčin se uvádí vliv dědičnosti. Původ lze nalézt i v rodinném nebo školním prostředí. V případě, že je dítě vystaveno stresovým faktorům, má trému a mnoho věcí hlouběji prožívá, pak může být příčina koktavosti i stres. Koktavost může vzniknout i jako následek úrazů, poškození nebo otřesu mozku.

Léčba vyžaduje spolupráci několika odborníků a její hlavní náplní jsou logopedická cvičení společně se skupinovými terapiemi, jejichž podstatnou součástí je i podpora sebevědomí jedinců s koktavostí.

Pomočování - Pomočování (enuréza) do 4. Roku života se považuje za normální, neboť si dítě stále ještě osvojuje pravidelné návyky týkající se hygieny a s tím spojené vyprazdňování, jež se učí ovládat. Pokud se ovšem vyskytuje u dětí starších, je nutné pátrat po příčině, která může být organická, konstituční nebo psychická. K pomočování může docházet ve dne nebo v noci (enuresis nocturna).

V obou případech je nutné obrátit se na pediatra, zda se nejedná o příčinu organickou (infekce, zánět), ta je pomocí medikace dobře léčitelná. V případě, že je tato vyloučena, zkoumají se možné příčiny psychické. Dítě může žárlit na rodiče narozením mladšího sourozence, může se trápit nezdravým rodinným prostředím, kdy bývá svědkem opakovaných neshod svých rodičů. Důvodem pro pomočování může být u větších dětí i školní prostředí, ve kterém se necítí dobře. Pokud se tato skutečnost potvrdí, je nezbytně nutné původce stresu odstranit. S dítětem by se mělo zacházet citlivě, rozhodně není vhodné děti za pomočování trestat.

Poruchy příjmu potravy

I přesto, že mentální anorexie a bulimie se vyskytuje hlavně u starších dívek a žen, přibývá bohužel případů, kdy některou z těchto poruch onemocní dítě. Je proto velmi důležité, informovat rodiče i děti o nebezpečí těchto poruch a dělat maximum pro to, aby nikdy nedošlo k jejich vypuknutí. Častá bývá mentální anorexie a bulimie, u menších dětí se můžeme setkat i s tzv. emoční poruchou spojenou s vyhýbáním se jídlu.

Výskyt mentální anorexie je zaznamenán již u 6-7letých dětí. Je typický pro malé modelky, sportovkyně, tedy pro dívky s vysokými nároky a pocitem, že musí neustále vypadat dobře. Mentální bulimie je oproti tomu u dívek, které ještě nemenstruují, spíše vzácná. Onemocnění se v tomto věku projevuje především zvracením, to mnohdy bývá jediným příznakem.

Pro dětský věk je typická emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu, kdy dítě udává, že nemá hlad, má obavy, že mu bude špatně, bojí se polykat stravu. Tato porucha se však poměrně dobře léčí ve srovnání s jinými onemocněními. Další poruchou je syndrom pervasivního odmítání. Dítě celkově odmítá veškeré úkony, ať už se jedná o příjem potravy, mluvení, pohyb, hygienu. Udává se, že tento syndrom má svou spojitost s posttraumatickou stresovou poruchou. U všech výše zmíněných poruch je nutné pátrat po příčině, po případné organické poruše. Vyšetření u malých dívek probíhá jinak než u dospělých osob, neboť si mladší děti neuvědomují, že je jejich váha příliš nízká. Avšak na závažný stav mohou poukazovat např. stavy dehydratace, nízkého krevního tlaku nebo snížené tepové frekvence. U pacientek s časnějším nástupem onemocnění mohou být poruchy tělesného růstu fatální. Dále se objevují poruchy zrání pohlavních žláz. Vždy je důležité provést celou řadu různých vyšetřovacích metod, protože podvýživa u dětí může přinést nezvratné změny organismu.

Terapie si zakládá na celkovém přístupu k dítěti, a to jak v oblasti biologické, psychické i sociální. Spolupráce je nutná s několika odborníky. Informovanost o poruchách příjmu potravy je nedílnou součástí celého léčebného procesu. Stejně tak spolupráce rodiny a její podpora. Často musí být dítě hospitalizováno, jsou mu předepsány léky a nevyhnutelná je i psychoterapie.

6. Psychosomatické poruchy – rozdělení dle klinických oborů.

- soubor návyků a postojů, které zvyšují riziko určitých onemocnění zejména srdečně cévního okruhu
- osobnost typu A - soutěživost, důraz na kvantitu, výkon, spěch, neschopnost odpočívat, agresivita, dominance, nízká frustrační tolerance
- esenciální hypertenze – mladý, se zdravým životním stylem. Vypadá jako natlakovaný hrnec, zbarvení – podřízené pozice, submisivní v rovině pracovní nebo vztahové, vnitřní konflikt mezi tím prosadit se a podřídit se, potlačovaná agresivita, není schopen si to uvědomit.
- dále pak astma, bolesti zad (psychické faktory bývají spouštěči) – stres zvyšuje svalové napětí. Bedra – deprese, smutky, šíje – napětí, úzkost.
- Vztah mezi psychikou a pohybem je velmi úzký – rovnováha a balance, pohybová koordinace

Každé onemocnění je onemocněním psychosomatickým, vždy jsou nemoci zasaženy všechny složky lidského bytí, ať se jedná o etiologii nemoci nebo následnou léčbu. Pracujeme-li s bio-psycho-sociálním modelem člověka, včetně totožného pohledu na nemoc, je nutné zapojit do klasické medicíny i přístupy psychosomatické. Je mnoho psychických a sociálních faktorů, které jsou relevantní, ba až nezbytnou součástí diagnostiky a léčby nemoci. Tyto vlivy jsou spolu s biologickými činiteli součástí multifaktorového přístupu k nemoci, ve kterém se integrují všechny zmiňované faktory a dochází k ucelenému pohledu na nemoc. Je proto žádoucí se ptát, jakým způsobem onemocnění vzniklo, nikoli proč vzniklo. Záleží na tom, jakým způsobem a jakou měrou se psychosociální faktory v onemocnění projeví, zda jsou spouštěčem nebo přitěžujícím faktorem v následné léčbě a rekonvalescenci. Vybraná onemocnění jsou nejdříve popsána z pohledu symptomatiky, poté z pohledu psychických faktorů majících vliv na vznik choroby (například působení akutního a chronického stresu, osobnostních charakteristik, úzkosti, hostility, sociální izolace, apod.), ale také na kvalitu života člověka během léčby (výskyt depresí, úzkostí, strachu). Zejména u chronických chorob udávají pacienti mnoho přidružených psychických problémů negativně ovlivňujících jejich život. Je nutné se věnovat i těmto psychickým činitelům, a to stejnou měrou jako nemocí samotnou. Přístup k člověku s jakýmkoli onemocněním musí být individuální, reflektován musí být jeho psychický stav, dále také například subjektivní vnímání bolesti, které může být chorobou pozměněno.

v kardiologii:

- ischemická choroba srdeční – osobnost typu A podle Rosemanna – Friedmanna (1959)
- soubor návyků a postojů, které zvyšují riziko určitých onemocnění zejména srdečně cévního okruhu
- osobnost typu A - soutěživost, důraz na kvantitu, výkon, spěch, neschopnost odpočívat, agresivita, dominance, nízká frustrační tolerance

- esenciální hypertenze – mladý, se zdravým životním stylem. Vypadá jako natlakovaný hrnec, zbarvení – podřízené pozice, submisivní v rovině pracovní nebo vztahové, vnitřní konflikt mezi tím prosadit se a podřídit se, potlačovaná agresivita, není schopen si to uvědomit.

Kardiovaskulární neboli oběhový systém je soustavou tepen, cév, vlásečnic a srdce. Podílí se na transportu živin, odpadní látek a plynů v těle. V dnešní době je kardiovaskulární systém právem v popředí zájmu lékařů, a to z důvodu častých kardiologických onemocnění, která jsou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Onemocnění oběhové soustavy mají složitou patogenezi, ale významnou složkou se na vzniku těchto nemocí uplatňují psychosociální faktory. Na kardiovaskulární systém jich působí mnoho, některé mohou být považovány za velmi rizikové. Jedná se například o životní styl, míru stresu, vyjadřování emocí, ale také sociální okolnosti. Výše zmíněné faktory mohou jednak ovlivnit vznik onemocnění kardiovaskulárního systému, ale taktéž mohou mít vliv na prognózu srdeční choroby. Byly zaznamenány četné případy úmrtí způsobené náhlými srdečními obtížemi (infarkt myokardu, selhání srdce, cévní mozková příhoda) zapříčiněné konfliktní stresovou událostí. Na vzniku se podílejí fyzické, demografické, psychosociální faktory spolu s životním stylem. Mezi fyzické spolučinitele řadíme například vysokou míru cholesterolu, vysoký krevní tlak, index BMI, k životnímu stylu patří návyk na pohybové aktivity, kouření, pestrá strava či spotřeba alkoholu. Mezi neméně důležité psychosociální faktory náleží kupříkladu deprese, bezmocnost a sociální podpora. Chování typu A bylo považováno za rizikový faktor vzniku ischemické choroby srdeční, považovalo se za dispoziční vulnerabilitu k této chorobě. Avšak mnohé výzkumy tuto tezi nepotvrdily, což mohlo být způsobeno desinterpretací termínu TABP. Pozdější výzkumy pracují zejména s dimenzí zlost-hostilita, tedy jen s určitou součástí chování typu A.

Stres se obecně podílí na vzniku mnoha onemocnění, konkrétně dlouhodobý pracovní stres a špatné pracovní podmínky (časová tíseň, nemožnost pauzy, špatné stravovací podmínky během pracovní doby) mají taktéž negativní vliv na onemocnění kardiovaskulárního systému. Kromě dlouhotrvajícího stresu se podílí na chorobách kardiovaskulárního systému také stres způsobený nečekanou přírodní katastrofou. Mnoho studií ukázalo, že po zemětřesení, záplavách, tsunami stoupl počet hospitalizovaných osob právě pro akutní srdeční obtíže. Tělesné rizikové faktory a faktory životního stylu stojí přibližně za polovinou případů srdečních chorob. Druhá polovina zůstává nepokryta, proto vědci začali uvažovat nad stresem a reakcemi na něj. Můžeme hovořit o potenciálních rizikových faktorech, mezi které řadíme stres, rozdíly v kardiovaskulárních reakcích na stresovou událost, emoce a sociální izolaci.

ischemická choroba srdeční – osobnost typu A podle Rosemanna – Friedmanna (1959) . Ischemická choroba srdeční je souhrnem stavů, pro které je typická ischemie, tedy nedokrevnost srdečního svalu. Příčinou je ve většině případů kornatění koronárních tepen (arterioskleróza), dále záněty, embolie, spasmus tepen. Projevy tohoto onemocnění jsou různé, můžeme hovořit o přechodné ischemii projevující se jako angina pectoris, dále o

nekróze srdečního svalu (infarkt myokardu), ale také o srdečním selhání způsobující náhlou smrt. Prožitý stres (akutní či chronický), silný emoční prožitek, stresující aktivita či hostilita mají prokazatelně negativní vliv na toto onemocnění. Studie zabývající se ischemickou chorobou srdeční se primárně opírají o celkové osobnostní charakteristiky spojené s agresivním, hostilním a na výkon orientovaným typem chování. Uvedené by odpovídalo osobnosti chování typu A, která je charakteristická svou soutěživostí, netrpělivostí, hostilitou a agresivitou. U pacientů s ischemickou chorobou srdeční se jedná spíše o chronický rizikový faktor, který velkou měrou přispívá ke vzniku této choroby. Kardiovaskulární reaktivita na stres může být zásadním prostředníkem mezi stresem, emocemi a zdravým kardiovaskulárním systémem. Oproti tomu u infarktu myokardu považujeme hostilitu či agresivitu za spouštěcí faktor. Také deprese je spojována s prognózou ischemické choroby srdeční. Nejedná se však pouze o vztah, který by poukazoval na zvýšené riziko výskytu ischemické choroby srdeční u depresivních pacientů, ale u přibližně 15-30 % pacientů s ischemickou chorobou srdeční jsou zřejmé symptomy klinické deprese. V novějších výzkumech se pozornost přesouvá k chování typu D, které může přesněji dokládat výskyt kardiovaskulárních onemocnění. U vlivu sociální izolace jsou výsledky výzkumů různé, existují korelace mezi počtem blízkých osob a výskytem srdečních chorob ve smyslu velikosti podpůrných interpersonálních vztahů - čím je síť vztahů větší, riziko výskytu například ischemické choroby srdeční je menší.

Poruchy srdečního rytmu. Jako poruchy srdečního rytmu označujeme tzv. arytmie, jež se řadí k nejčastějším srdečním onemocněním. Jejich vznik je zapříčiněn důsledkem odlišného vytváření nebo vedení elektrických vzruchů v srdci. V normálním případě se srdce stahuje asi 60-100 x/min. Při arytmiích však dochází k tomu, že srdeční rytmus bývá abnormálně pomalý či rychlý. Ve většině případů se jedná o nezávažné formy poruch srdečního rytmu, které si jedinec ani sám neuvědomuje. Tyto lze vysledovat a monitorovat pomocí EKG.

Existuje nespočetné množství poruch srdečního rytmu ve smyslu plus, kdy je rytmus rychlejší než normálně, dále pak ve smyslu minus, při kterých dochází buď k pomalému rytmu, nebo dlouhým pauzám v srdeční činnosti. U zdravých lidí většinou nezpůsobují závažné ohrožení, ovšem u jedinců s určitým srdečním onemocněním mohou ohrožovat lidské zdraví.

K typickým příznakům arytmií se řadí bradyarytmie (pomalý srdeční rytmus) nebo tachyarytmie (rychlý srdeční rytmus). Tachyarytmie je dále charakteristická bušením srdce, pocitem dechové tísně, tlakem na hrudi, závratěmi, dokonce jsou možné i krátkodobé ztráty vědomí.

Arytmii je možné léčit několika způsoby. Často se podávají medikamenty, tzv. antiarytmika, jejichž úkolem je potlačit projevy arytmií. Další z možností je implantace kardiostimulátoru. Jako méně užívaná, ovšem také reálná možnost terapie, je defibrilace srdce v krátkodobé anestezii pacienta, čímž je obnovena a navozena normální elektrická činnost srdečního svalu. Často vzniká arytmie na základě vyvolávajících podnětů, které výrazně ovlivňují náš nervový systém. Za nejvýznamnější stimuly jsou považovány stres, konzumace nápojů obsahujících kofein, kouření a nadměrná tělesná zátěž. Vyvarováním se těmto faktorům je možné zabránit vzniku arytmií.

Hypertenze je srdeční onemocnění postihující převážně lidi středního a vyššího věku. V ojedinělých případech se může objevit i u dětí. Hodnoty krevního tlaku by u zdravého člověka měly být 120/80 mmHg. U malých dětí bývají nižší. V případě, že jsou naměřeny hodnoty vyšší než 140/90 mmHg, mluvíme o vysokém krevním tlaku neboli hypertenzi.

Příčin, které mají za následek vznik hypertenze, je hned několik. Jako u většiny chorob, hrají i zde svou úlohu genetické predispozice. Pokud se v naší rodině nacházejí jedinci s touto chorobou, lze předpokládat, že je i u nás v budoucnosti možné propuknutí této nemoci. Protože se nejedná o jedinou příčinu, můžeme se sami snažit a velmi dobře ovlivnit potenciální vznik vysokého krevního tlaku hlavně zdravým způsobem života (zde je nutné dát si pozor na spotřebu soli v potravě, jejíž nadměrný příjem může mít za následek propuknutí choroby), pohybem na čerstvém vzduchu, omezením příjmu alkoholu, cigaret a vyhýbáním se stresovým situacím.

V případě zjištění zvýšených hodnot nad normu, je nezbytné dodržovat výše uvedené postupy. Léčba spočívá v předepsání léků proti vysokému krevnímu tlaku, tzv. antihypertenziv, které je nutné pravidelně užívat přesně podle pokynů lékaře.

Velikým rizikem hypertenze je akutní infarkt myokardu, srdeční selhání nebo mozkové mrtvice.

v gastroenterologii:

- **vředy – vnitřní konflikt mezi závislostí a lásko s nezávislostí. Potlačuje potřebu péče, mateřskosti**
- **cholelithiáza – žlučník – potlačování vzteku (bezmoc a nutnost se přizpůsobovat okolí).**
- syndrom dráždivého tračníku – střevo reaguje extrémně citlivě (zvláště po jídle) – extrémní průjmy – střevo (zadržování a vydávání) – prožití a projevování (zadržování) emocí. Typické pro ženy. Přílišná sebekontrola, neschopnost si ty emoce uvědomit a prožít. Výkonově orientované, v dětství mohla být citová deprivace**
- **orální modus – funkce žaludku – přijetí, odmítnutí**
- **anální modus – střevo – prožití a výdeje**

Mezi gastrointestinálním traktem a psychikou člověka je patrná souvislost, kterou můžeme zaznamenat i v běžném životě například u nervozity, která nám může způsobit žaludeční či střevní obtíže. Také stres a úzkost mohou řídit funkci střev a podílet se příznacích jako například nauzea či diarrhoea. V léčbě gastrointestinálních poruch je biopsychosociální přístup značně důležitý, a to nejen kvůli ose mozek – střevo, která je podrobněji popsána níže. Přímá souvislost je způsobena vzájemnou propojeností mozkových center, autonomního nervového systému a gastrointestinálního traktu. Toto spojení mezi mozkem, autonomním nervovým systémem a enterickým nervovým systémem dostalo označení osa mozek – střevo. To, že jsou psychické a gastrické jevy vzájemně poměrně rychle ovlivnitelné, je zapříčiněno právě touto osou. Mozek člověka při vnímání stresového či úzkostného vnějšího podnětu vysílá signál autonomnímu nervovému systému reprezentovanému antagonisticky působícími nervy sympatickými a parasympatickými. Ty ovlivňují motilitu orgánů (ve smyslu zrychlení, či zpomalení). Dojde k propojení s autonomně fungujícím enterickým nervovým systémem pomocí signálů, které jsou dále vedeny až k efektorům a zajistí tím stimulaci či inhibici orgánu. Osa mozek – střevo je dle výzkumů dvousměrná, nedochází pouze k ovlivnění funkcí střeva psychikou, ale také naopak. Byla například zjištěna souvislost mezi depresivní

poruchou u žen a změněným střevním metabolismem a jejich střevní mikroflórou. V případě onemocnění gastrointestinálního traktu může dojít k deregulaci osy mozek – střevo. Touto deregulací dojde k transformaci symptomů nemoci, pohyblivosti gastrointestinálního systému, ale také může dojít ke zvýšené citlivosti na příznaky gastrointestinálních chorob a bolestí

vředy – vnitřní konflikt mezi závislostí a láskou s nezávislostí. Potlačuje potřebu péče, mateřskosti. Vředové onemocnění žaludku a dvanáctníku je čím dál větším problémem. V minulosti se udávalo, že vředová choroba se vyskytovala především u starší generace. Tento, dříve fakt, už dneska neplatí, bohužel výskyt této choroby rapidně stoupá u mladých lidí. Výjimkou nejsou ani děti. Na celém světě se toto onemocnění vyskytuje asi v 10 %. Vřed vzniká nerovnováhou v žaludku. Jednoduše řečeno, aby vznikl žaludeční nebo duodenální vřed, je zapotřebí, aby agresivní faktory (HCL) převažovaly nad faktory ochrannými. U žaludečních vředů přestává být sliznice odolná vůči agresivní kyselině chlorovodíkové, u duodenálních vředů dochází k hyperaciditě (překyselení).

Nyní si přiblížíme příčiny onemocnění, které lze rozdělit na vnitřní a vnější faktory :

Zevní faktory dokážeme ovlivnit svým životním stylem. Řadíme zde špatné stravovací návyky, kouření, alkohol, léky s ulcerogenním účinkem (salicyláty, kortikoidy, antirevmatika), horká a příliš kořeněná jídla.

K vnitřním faktorům spadá stres, přepracování, přítomnost bakterie *Helicobacter pylori*, která je velmi odolná vůči kyselině chlorovodíkové, zvýšená agresivita trávicí šťávy, snížená rezistence žaludeční sliznice proti žaludečním šťávám a genetická predispozice.

Příznaky vředů se odlišují podle místa nálezu. Tedy, jinak se projevují vředy žaludeční a odlišně se chovají vředy dvanáctníkové:

Pro žaludeční vředy je typická bolest po jídle, proto se tito jedinci jídlu úmyslně vyhýbají a následně hubnou. K dalším typickým příznakům patří nadýmání, průjem nebo zácpa, pocit plnosti, říhání, pálení žáhy, nauzea, zvracení, dráždění po kávě, kořeněných a ostrých jídlech. Duodenální vředy doprovází bolest pod pravým žeberním obloukem, která je častá na lačno, takže nemocní svou bolest zajídají a následně přibírají na váze. Zvracení je u tohoto typu méně časté, stejně jako pálení žáhy. Vředy se nejpřesněji diagnostikují provedením endoskopické vyšetřovací metody nazývané gastroskopie. Při této metodě se zavádí do žaludku endoskop, který je na svém konci opatřen kamerou. Díky té je lékař schopen určit, jak sliznice žaludku nebo dvanáctníku vypadá a zda se na ní vyskytují vředy.

Léčba vředů se skládá z několika fází. Nejdříve je nutné zcela změnit životní styl, především však upravit svůj jídelníček a vyhýbat se ostrým, kořeněným a tučným jídlům. Nápoje s obsahem kofeinu nejsou rovněž vhodné. Často se na vyléčení vředů předepisují léky, jejichž užívání je nutné dodržovat. V nejtěžších případech se provádí operace, při které se resekuje určitá část žaludku (záleží na rozsahu poškození). Největším rizikem zanedbané nebo nedostatečné léčby vředové choroby je její maligní zvrát.

cholelithiáza – žlučník – potlačování vzteku (bezmoc a nutnost se přizpůsobovat okolí).

Crohnova nemoc se řadí mezi zánětlivá střevní onemocnění (IBD) charakterizována obdobím remise a relapsy symptomů. Hlavními symptomy jsou dlouhodobé bolesti břicha, dlouhotrvající průjemy a zvracení, příměs krve ve stolici, případně hubnutí.

K rizikovým faktorům Crohnovy choroby patří špatný životní styl včetně kouření. Důležitou součástí života představuje zejména strava, protože určité složky potravy mohou vyvolat zánětlivé reakce a návrat symptomů v období remise. Pacienti s Crohnovou nemocí se cítí být závislí na svých blízkých, nesamostatnými, jejich sebeobraz může být narušen. Mezi další faktory negativně ovlivňujícími jejich sebeobraz patří množství jizev po operacích, nadváha kvůli nutnosti omezit určité pohybové aktivity. Omezením, restrikcí či podřízením se tak ztrácí kontrolu nad svým tělem.

Crohnova choroba je svými projevy podobná ulcerózní kolitidě. Jedná se o chronické onemocnění trávicího traktu, které může postihnout kterýkoliv orgán trávicího traktu. Nejčastěji však bývají postižená střeva. Z 80 % tenké střevo a z 50 % tlusté střevo. Příznaky choroby se liší podle postiženého orgánu. Hlavní funkcí tenkého střeva je absorpce natrávené potravy, a proto se v případě postižení tohoto orgánu onemocnění projevuje poruchami vstřebávání. Pokud je postiženo tlusté střevo, objevuje se krev ve stolici. Narušena může být i funkce svěrače.

Etiologie onemocnění, stejně jako u ulcerózní kolitidy, není zcela potvrzena. Je možné, že se na vzniku choroby podepisují genetické faktory. Jako další z příčin se udávají faktory životního prostředí, konkrétně některé mikrobi, které mohou přivodit tuto nemoc. Nezdravá strava a kouření mohou, ale nemusí být nutným předpokladem pro vznik Crohnovy choroby. Stres byl ještě donedávna považován za jasnou příčinu.

Dnes se udává, že spíše zhoršuje průběh a projevy onemocnění obdobně, jako je tomu u ulcerózní kolitidy.

Pro stanovení diagnózy se využívá endoskopické vyšetření zvané kolonoskopie. Následuje léčba ve formě medikamentů (kortikoidů, antibiotik, imunosupresiv a také léků tlumících střevní pohyby), u závažnějších forem je nutná léčba chirurgická, při které se odstraňuje postižená část střeva.

U obou zánětlivých onemocnění může docházet ke značným výkyvům v jejich průběhu. Období klidu se střídají s akutním obdobím, kdy se příznaky onemocnění znovu objevují a nemocný je tak nucen pravidelně docházet ke svému ošetřujícímu lékaři.

syndrom dráždivého tračníku – střevo reaguje extrémně citlivě (zvláště po jídle) – extrémní průjemy – střevo (zadržování a vydávání) – prožití a projevování (zadržování) emocí. Typické pro ženy. Přílišná sebekontrola, neschopnost si ty emoce uvědomit a prožít. Výkonově orientované, v dětství mohla být citová deprivace. Dolní funkční dyspepsie (IBS) čili syndrom dráždivého tračníku je funkční střevní onemocnění, které se řadí k nejběžnějším poruchám gastrointestinálního traktu. Projevuje se bolestmi břicha, zácpou, průjmem a pocitem nedostatečného vyprázdnění. Mezi rizikové faktory se řadí genetická predispozice, gastroenteritida, zvýšený chronický stres. Bylo zjištěno, že osoby s funkční dyspepsií vykazují

vyšší míru psychologické i biologické reaktivity na stresory, které mohou ovlivnit subjektivní vnímání bolesti a duševního diskomfortu během onemocnění. Můžeme říci, že pacienti s funkčním střevním onemocněním mohou vnímat oproti lidem bez onemocnění různé stresory odlišně, a tím prožívat větší stres u situací, které jsou pro jedince bez onemocnění považovány za běžné a pociťovat větší bolest či diskomfort během onemocnění. Dle výzkumů pomocí magnetické rezonance ukazující na odlišné korové reakce pacientů na bolestivé podněty bylo zjištěno, že syndrom dráždivého tračníku lze definovat jako hyperreaktivitu osy mozek – střevo. Pacienti mohou být hypersenzitivní na výše zmíněné symptomy a více ostražití i k běžným projevům střevních potíží.

Některým pacientům je po déletrvajících nepříjemných potížích při návštěvě lékaře diagnostikován syndrom dráždivého tračníku. Jsou mezi námi ale i takoví, kteří své potíže neberou na vědomí, a tak se třeba nikdy nedozví, že tímto onemocněním trpí. Syndrom dráždivého tračníku se týká z velké části adolescentů a lidí ve věku od 20- 50 let. Ve větší míře postihuje ženy. Jedná se o střevní onemocnění projevující se mnoha příznaky, jakými jsou bolesti břicha, problematické vyprazdňování v podobě častých průjmů nebo zácpy, vzedmuté břicho a nadýmání.

Jako příčiny odborníci zmiňují prodělanou střevní infekci, jejímž následkem byla změněna citlivost střevní sliznice, která se poté projevuje výše uvedenými příznaky. Podstatnou příčinu může představovat stres a jeho pravidelné či dlouhodobé působení, především pak u lidí, kteří ho hůře snášejí.

Pacient musí podstoupit kolposkopii. Ta by měla vyvrátit, nebo potvrdit, zda za touto nemocí stojí organická příčina. Léčba dráždivého tračníku by měla být symptomatologická, tudíž by se měla odvíjet od přítomných příznaků. U některých pacientů zabírá psychoterapie, po které se lidé naučí pracovat se stresem a odolně mu čelit. Neměla by však být opomíjena úprava jídelníčku. Vyhýbání se alkoholu, cigaretám, konzumaci kávy a naopak zahrnutí vlákniny, ovoce a zeleniny do stravy, by se měla stát automatickými. Co se týče léků, užívají se antidiarika, spasmolytika, psychofarmaka a další podle potřeby.

Ulcerózní kolitida je vzácným autoimunitním zánětlivým onemocněním trávicí trubice. Počátek nemoci je pozvolný, průběh je spíše nárazový. Pacient má nutkavý pocit defekace, má vodnaté průjmy s příměsí krve či hlenu. Některé symptomy (bolesti břicha, příměs krve ve stolici, hubnutí) jsou totožné s Crohnovou chorobou. Obecně řečeno, mezi zánětlivými střevními onemocněními není tak silný vztah mezi psychosociálními faktory a vznikem onemocnění, jako je tomu u funkčních střevních onemocnění (např. syndrom dráždivého tračníku). I přesto je samozřejmě dopad na psychiku ve formě úzkostí, depresí, zvýšených obav zřejmý. Kvůli omezením klesá kvalita života pacientů jak u pacientů s Crohnovou nemocí, tak s ulcerózní kolitidou.

Respirační potíže

Respirační též dýchací soustava se skládá z dutiny nosní, ústní, hltanu, hrtanu, průdušnic, průdušek a plic. Dýchání je jednou ze základních životních funkcí člověka a velkou měrou se podílí na psychickém stavu člověka. Funkci dechu lze ovlivnit vůlí, tedy vědomě dech zpomalit

či zrychlit. Pomalé dýchání je spojováno s relaxacemi, meditacemi nebo obecně se stavy, kde jedinec chce snížit fyziologickou aktivaci organismu, stres, napětí či úzkost.

- Naopak hyperventilace aktivizuje fyziologický systém a dojde ke zrychlenému dýchání charakteristickému pro stresovou situaci či paniku. Tedy emoce a duševní stav ovlivňují frekvenci a hloubku dechu, což platí i obráceně - dech ovlivní emoce, které jsou s danou dechovou frekvencí asociovány. Tento vztah dechu a emocí může být využit při poruchách spojených se stresem, úzkostí či panikou (úzkostná porucha, generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha a podobně), ale také při chronických respiračních onemocněních, jako je astma. Přístupy zabývající se vztahem mezi stresem a respiračními onemocněními považují psychosociální, osobnostní, demografické, behaviorální faktory za ty, které tvoří významnou část příčin respiračních infekcí nebo se podílejí na sklonu jedince k těmto onemocněním.

- **Astma** je jedním z nejčastěji se vyskytujících chronických onemocnění na světě. Jedná se o chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest, charakterizované krátkými lapavými dechy, sípáním, kašlem. Je způsobeno řadou fyzických rizikových faktorů (alergeny, chemické výpary, infekce dýchacích cest), demografických a do značné míry také vlivem kouření matky během prenatálního vývoje jedince. Psychosociální vlivy, v tomto případě zejména stres a úzkost, jsou zásadní spíše při vzniku astmatických záchvatů u osob, kteří již astma diagnostikováno mají. Oproti tomu Theoharides a Enakuaa (2012) popsali teorii zabývající se vlivem stresu na žírné buňky (též mastocyty) v tkáních vysvětlující vliv stresu ve vzniku astmatu u jedinců, kteří astmatem nikdy předtím netrpěli. Toto zjištění je odlišné od pojetí stresu jako faktoru zhoršujícího průběh onemocnění a astmatických záchvatů. U pacientů s

úzkostí mívá astmatický záchvat větší intenzitu i délku trvání. U vysoce úzkostných osob může dojít k panickému záchvatu, který mnohdy přispívá k vyvolání astmatického záchvatu. Z mnohých studií vyplývá, že panická porucha se vyskytuje u astmatiků až osmkrát častěji než u běžné populace. Astmatici s panickou poruchou zaznamenávají vyšší úroveň subjektivně vnímaného distresu, navzdory nižší úrovni fyziologického nabuzení (arousal). Vysoká míra distresu v tomto případě odkazuje zřejmě k mentální reprezentaci nemoci vytvořené astmatiky s panickou poruchou, nikoli však k fyziologické reakci způsobené panickou atakou. V psychologické péči je podstatné pracovat také se schémata a reprezentací nemoci, které mohou přispět k vyvolání negativních emocí, úzkosti či strachu asociovaného s nemocí. U léčby a zvládání symptomů astmatu je důležité zapojit psychologické faktory tak, aby pomáhaly astmatikům monitorovat fungování plic, vypracovat plány k rozpoznání příznaků astmatického záchvatu, ale také změnit postoj a přesvědčení pacienta o jeho onemocnění. Další výzkum se zaměřil na vliv psychosociálního stresu v práci a pracovního prostředí při vzniku respiračních infekcí a astmatu. Pracující muži a mladší účastníci výzkumu (ženy i muži), kteří vykazovali vysokou míru stresu a špatné pracovní podmínky (měřeno podle modelu pracovního prostředí demands-control-support), uváděli častěji vyskytujícími se respiračními infekcemi, případně chronickou formou dušnosti-astmatem. Psychosociální faktory v pracovním prostředí mají největší vliv na tato dvě onemocnění jsou dle výzkumu malá sociální podpora v zaměstnání a malá podpora ze strany nadřízeného pracovníka.

Z toho vyplývá, že malá míra stresu v práci a příjemné pracovní prostředí je velmi důležitou součástí kvality života a ochrany před narůstajícím počtem onemocnění dýchací soustavy.

v imunologii:

- **alergie** – může být genetická složka. Také však úzkosti, únava, vyčerpání zhoršují, nelze říci, že je spouštěčem stres
- **syndrom chronické únavy** – je na hraně imunologie a psychiatrie. Nejde se například postavit, posadit – neschopnost dojít někam... předchází stav vyčerpání, zátěže + virové onemocnění (EB virus). Velmi těžko se řeší, většinou ženy.
- **autoimunitní onemocnění** – revmatoidní artritida, štítná žláza, Alzheimer, Bechtěrevova choroba – velmi častá příčina je extrémní silně emoční prožitek, šok – imunita selže, protože se tělo brání poškozením orgánu než psychiky.

Endokrinní systém je systém žláz s vnitřní sekrecí 30 , které produkují v součinnosti s nervovým systémem hormony. Jeho součástí je štítná žláza, příštítná tělíska, endokrinní část pankreatu, nadledvinky, epifyza, hypofýza. Propojeností endokrinního systému a systému psychického se zabývá psychoneuroendokrinologie. Osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny (HPA 32) je charakterizována souborem přímých a zpětnovazebných interakcí mezi třemi žlázami s vnitřní sekrecí - hypotalamem, hypofýzou a nadledvinami. Tato soustava reaguje na míru stresu a reguluje mnoho procesů v těle, ke kterým například řadíme trávení, emoce, skladování energie či imunitní reakce těla. V souvislosti se stresem reaguje osa HPA na akutní stres podobně jako organismus. Krátkodobý stres má na organismus aktivizující účinky, tedy i akutní stresová reakce osu HPA aktivuje a dochází ke zvyšování hladiny kortikosteroidů. Chronický stres snižuje tuto adaptivní reakci a vede ke znecitlivění a deregulaci osy HPA. Protože je osa HPA aktivována v reakci na stresory, mohou hrát dlouhotrvající stresové situace v životě člověka významnou roli v abnormalitách osy HPA, které byly zjištěny u depresivní, úzkostné a bipolární poruchy, schizofrenie nebo u posttraumatické stresové poruchy. Zejména traumatická událost prožitá v raném dětství může vést k trvalému změněnému či dysfunkčnímu fungování osy HPA. Dalším spojením ovlivňujícím chování lidí, je osa hypotalamus-hypofýza-štítná žláza 33 (HPT). Nedostatek hormonů štítné žlázy může vést k depresivním náladám a skleslosti. Jaký má podíl osa HPT na psychické stavu člověka svědčí i to, že mnoho lidí s poruchami štítné žlázy si stěžuje na psychické problémy, které po zaléčení poleví. Vztah serotoninu a osy HPT se projevuje například u jedinců s diagnostikovanou hypotyreózou, kdy byla u těchto pacientů zaznamenána snížená reakce na serotonin. Po léčbě hypotyreózy již snížené reakce nebyly zaznamenány.

Existuje těsné spojení endokrinního systému a psychiky, ale zároveň je velmi překvapivé, že endokrinní onemocnění (hypotyreóza, diabetes mellitus) nejsou typickými příklady onemocnění mající psychogenní základ. Je samozřejmé, že psychická zátěž působí negativně v obecné rovině zdravotního stavu člověka, ale nebyla zjištěna žádná specifická souvislost mezi psychosociálními faktory a vznikem endokrinního onemocnění.

- **Hypotyreóza**, jedna z nejběžnějších klinických poruch štítné žlázy, je způsobena nedostatkem hormonů štítné žlázy. Mezi psychiatrické příznaky přítomné během onemocnění řadíme jednak kognitivní dysfunkce (narušení pracovní paměti, nepozornost, bradypsychismus) a změny nálady ve smyslu posunu k depresivním a úzkostným náladám. U malého procenta pacientů

můžeme zaznamenat psychotické příznaky zahrnující zmatenost, paranoiditu a sluchové halucinace. Po účinné léčbě většina těchto příznaků odezní.

- **Diabetes mellitus (DM)** je heterogenní porucha látkové výměny charakterizována hyperglykemií. Dělí se na dvě formy, a to diabetes mellitus 1. typu (IDDM) – inzulíndependentní, kdy je pacient na podávání inzulínu závislý; diabetes mellitus 2. typu (NIDDM) – non-inzulíndependentní, kdy pacient na inzulínu není závislý. U tohoto onemocnění může být patrná změna chování důsledkem změnou v interpersonálních vztazích směrem ke zlobě, hněvu či vymezování své autonomie. Zejména diabetici v adolescentním věku vyjadřují protest proti pečovatelským tendencím svých rodičů, chtějí omezit jejich kontrolu. Vzhledem k tomu, že se jedná o chronické onemocnění, je samozřejmě psychická zátěž diabetika větší než pro u jedinců bez diabetu. Pacienti se mohou potýkat s depresemi, úzkostmi, tísní. Souvislost mezi psychickými potížemi a diabetem mellitus tkví v tom, že u pacientů je riziko hyperglykemie a časté zapomenutí medikace, což může například úzkost zvyšovat. Velmi důležitá je komunikace mezi pacientem a ošetřujícím lékařem. Ten dává pacientovi pocit jistoty, bezpečí, podpory v léčbě, čímž zásadně dochází ke snižování anxiety a pocitu méněcennosti. Dle výsledků studie se musí přibližně jedna třetina pacientů mužů ve věku 17-60 let vypořádat s erektilní dysfunkcí (ED)³⁴, která následně zvyšuje intrapsychickou tenzi pacientů, stres a narušuje jejich intimní vztahy. V tomto případě byla zjištěna negativní korelace mezi délkou trvání onemocnění a přítomností psychických problémů spojených s ED – čím déle diabetes mellitus trvá, tím méně se u pacientů objevují psychické potíže (úzkost, strach ze selhání, deprese, apod.) spojené s poruchami erekce.

Urogenitální systém

Urogenitální systém je soustava vnitřních orgánů podílejících se jednak na vylučování odpadních látek z těla, nejčastěji v podobě moči (ledviny a močový měchýř), dále na rozmnožování pomocí mužských a ženských pohlavních orgánů.

Co se konkrétně týká vylučovací soustavy, výzkumníci uvádějí dvě poruchy, na kterých se významně podílí psychosociální faktory a ovlivňují kvalitu života pacientů. Jedná se o inkontinenci moči a selhání ledvin, které může člověka ohrozit na životě.

- **Inkontinence moči (UI)**³⁶ je charakterizována jako jakýkoli samovolný únik moči, který nelze ovládnout vůlí. Inkontinence se častěji vyskytuje u žen (z důvodu těhotenství a porodu), vážnost a četnost roste s věkem. Mezi rizikové faktory řadíme již výše zmíněné těhotenství a porod, kouření, vyšší hodnoty BMI, diabetes mellitus. K rizikovým psychosociálním faktorům patří diagnóza deprese, demence či kognitivního deficitu. Inkontinence moči je biopsychosociálním problémem, který se dotýká života pacientů ve více rovinách. Rozlišují se čtyři druhy inkontinence, tedy urgentní, stresová, reflexní a paradoxní. K diagnostice typu inkontinence je potřeba nejen studium příznaků, ale také zaměření se na okolní vlivy a situace, kdy k úniku moči dochází. Urgentní inkontinence se vyznačuje únikem moči bez zjevné příčiny. Dochází ke stahům svalů močového měchýře, jedinec cítí akutní potřebu močit, ať už je močový měchýř naplněn či ne. Tito pacienti mají tzv. nestabilní močový měchýř. Součástí terapie je nácvik udržení moči, vyprazdňování v

určitých intervalech a snaha o pocit vůlí ovlivnitelného močení. Stresová inkontinence nastává při ochabnutí svalů pánevního dna, dochází k úniku malého množství moči při smíchu, zakašlání nebo při aktivitách zvyšujících tlak na močový měchýř. Vzhledem k tomu, že příčinou je svalová slabost, lze ji léčit behaviorálními prostředky, ke kterým řadíme trénování svalů pánevního dna a močového měchýře. Tento typ cvičení pomáhá již během prvních tří měsíců tréninku, ženy zaznamenaly vyšší účinnost této metody než předepsané léky, případně podávané placebo. Inkontinence má dopady na kvalitu života například z důvodů nemožnosti se zúčastnit kolektivních pohybových aktivit, neustálého vyhledávání toalet při akutní potřebě. I další onemocnění vylučovací soustavy jsou spojeny se zhoršující se kvalitou života, zejména v emoční rovině. Mezi taková onemocnění řadíme například chronické onemocnění ledvin (CKD), selhání ledvin v konečné fázi onemocnění ledvin (ESRD) a jiné. Obecně řečeno, všechna výše zmíněná onemocnění snižují kvalitu života tím, že se mohou podílet na vzniku sklíčenosti, nestability nálady či depresivní nálady. Mnohdy nejsou tyto depresivní a jiné psychické projevy diagnostikovány, případně jsou nereflektovány a podceňovány v léčbě. Emoční nestabilita a deprese je dána chronicitou nemocí, která je spojena s častými pobyty v nemocnici, sexuálními dysfunkcemi, poruchami spánku či komplikacemi spojenými s ukončením dialýzy. Součástí urogenitálního systému je pohlavní soustava, která se podílí na reprodukci. Pohlavními orgány ženy jsou vejcovody, vaječníky, děloha, děložní hrdlo, pochva a vnější pohlavní ústrojí. K mužským pohlavním orgánům patří varlata, nadvarlata, chámovod, předstojná žláza (prostata) a vnější pohlavní ústrojí. Poruchy či onemocnění se vyskytují nejen v rámci daného orgánu (u žen problémy gynekologické), ale také v sexu v podobě funkčních sexuálních poruch. Sex je považován většinou dospělé populace za součást života a celkové psychické pohody. Proto je potřeba věnovat sexuálním dysfunkcím a problémům pozornost. Některé mají organickou příčinu, jiné jsou způsobeny primárně psychikou.

- **Premenstruační syndrom** můžeme specifikovat jako cyklické příznaky ovlivňující normální život žen. Nejčastějšími symptomy jsou bolesti hlavy, otoky prsů, gastroenterologické problémy, únava, bolesti v zádech, iritabilita. Studie ukazovaly na to, že více jak polovina žen během menstruace trpí určitou formou diskomfortu, tedy psychickou či fyzickou nepohodou. Dysmenorea je lékařské označení menstruačních bolestí a obtíží během menstruačního cyklu. Není příliš jasné, co je důsledkem a co je příčinou tohoto syndromu, protože psychika a působení hormonů se vzájemně ovlivňují. Možnou příčinou může být hormonální nerovnováha, zvýšená tvorba prostaglandinů a následná zvýšená kontraktilita dělohy. Franke uvádí kazuistiku ženy trpící dysmenoreou a amenoreou, která se snažila nevědomě zavděčit svému otci a být co nejvíce „chlapecká“ tím, že potlačovala svou ženskou roli. To vedlo k bolestivé menstruaci. Bolestivá menstruace a premenstruační syndrom jsou zařazeny mezi psychosomatické poruchy, je však vždy nutné vyloučit organickou příčinu. Existuje mnoho dalších gynekologických nemocí s psychogenním podílem, mezi ně řadíme například sterilitu, pelipathia vegetativa, silné klimatické obtíže, vaginismus, chronická pánevní bolest a další. U těchto typů nemocí je také popisován vznik na základě neurotické reakce na prožité znásilnění, ztrátu partnera či sexuální zneužívání. S pacientkami se v takových případech pracuje hlubinně orientovanou psychoterapií.

- **Předčasná ejakulace** (PE) a erektilní dysfunkce (ED) patří mezi nejběžnější mužské sexuální dysfunkce. Jejich původ je dělen dle příčiny na organickou formu (případně vedlejší příznak jiného onemocnění, například diabetu) a formu psychogenní. U předčasné ejakulace dochází k ejakulaci před zavedením do pochvy nebo těsně po zavedení. Erektilní dysfunkce je definována jako neschopnost udržet erekci po dostatečnou dobu pro pohlavní styk. I přes společenskou detabuizaci sexu je stále přítomen strach a stigma ze strany mužů v lékařských ordinacích zaměřujících se na sexuální poruchy. Jsou zde znatelné emocionální zábrany a absence „vhodných“ slov, která by umožňovala přirozenou komunikaci mezi pacientem a lékařem. Vzhledem ke značným omezením v pohlavním životě je přítomnost úzkostí, obav, depresivních nálad relativně častá. U deprese je jedná o obousměrný vztah, kdy deprese může narušovat sexuální vzrušení a způsobovat sexuální poruchy. Snížená četnost pohlavní aktivity a nedostatečná spokojenost se sexuálním životem vzhledem k poruchám se mohou řadit ke spouštěčům deprese. Jsou známy také vedlejší negativní účinky antidepresiv typu SSRI ve významu ztráty sexuální touhy a erektilních dysfunkcí. K zamyšlení zůstává, na kolik je problém funkčních sexuálních poruch problémem společenským, tedy do jaké míry ovlivňuje společnost pohled na to, co je porucha a co ještě není. Zejména u tohoto typu poruch je zamyšlení více než relevantní, protože zejména v tradičních společnostech, kde dochází ke striktnímu dělení genderových rolí, je mužská role vyjádřena schopností mít děti a být sexuálně aktivní.

v onkologii:

- **osobnosti typu C** – osobnostní typ, u něhož se předpokládá zvýšené riziko vzniku rakoviny rychlejší progresse a horší prognóza onemocnění než u jiných typů osobnosti. Také pojem „Cancer-prone personality“, tedy k rakovině disponovaná osobnost, či zkratka jen „cancer personality“ – tj. tendence zvládat náročné situace pasivně – potlačování prožitků, řeší depresivně, pasivně. Hlavní znaky jsou depresivita, malá emoční expresivita, tendence potlačovat (zadržovat v sobě) emoce jako je úzkost a hněv a prezentovat se napovrch klidným, nevzrušivým výrazem. Nejčastěji rakovina prsu, pak plic, hlavy a krku, tračníku a konečníku, slinivky a kůže.
- také se vztahuje k prožitku – zážitek niterné hluboké ztráty smyslu a hluboké beznaděje – často u žen ztráta partnera, odejdou děti.
- narušená sociální opora – zejména ztráta blízké osoby, bývá spojeno s rozvojem deprese – raná ztráta rodiče nebo nedostatek rodičovské důvěrnosti, nedávná ztráta blízké osoby
- Rakovina je závažné onemocnění a druhou nejčastější příčinou úmrtí. Projevuje se nekontrolovatelným růstem buněk a následným poškozením DNA. Buňka se tak stává vysoce odolnou, napadá okolí, čímž způsobuje první obtíže u člověka. Včasný záchyt a diagnostika nemoci může člověku zachránit život. Nebo také nemusí.
- Aby vznikla v těle rakovina, musí se spojit několik faktorů, které na buňky určité tkáně negativně působí. Některé z nich můžeme vlastní vůlí omezit a snížit tak riziko vzniku této zákeřné choroby na minimum. Jedná se především o výživu a kouření.
- Zdravá a vyvážená strava je dobrou prevencí k udržení vitality a zdraví, stejně jako vyvarování se kouření. Výrazným faktorem je genetika, ta se však během života projevit může, ale také nemusí. Stres jako jeden z dalších faktorů může přispívat ke vzniku nádorových onemocnění ve spojení s jinými faktory.

- Existují však typy nádorů, jejichž vznik je zapříčiněn konkrétními faktory, a ty lze vlastním chováním a jednáním ovlivnit. Kupříkladu rakovina děložního čípku je podmíněna promiskuitním chováním ženy, kolorektální karcinom vyvolává nezdravá strava, vystavování kůže slunečním paprskům bez použití ochranných krémů způsobuje nádory kůže.

v dermatologii:

- **neurodermatitida** – lupénka, atopický ekzém (když nemá alergickou složku) – škrábeme se (chceme vyletět z kůže tj. nebýt v dané situaci), akné (když není medicinský důvod, původ v hlubinné psych.)

Kůže je největším orgánem těla člověka, podílí se na oddělování vnitřního a vnějšího prostředí. Kůže je tedy hraničním orgánem, který zajišťuje stálý kontakt s životním prostředím a tím tělo chrání před nepříznivými vlivy z vnějšku. Podílí se také na smyslovém vnímání tepla, chladu, sucha, vlhka, bolesti a tlaku. Dermatologie je lékařský obor zabývající se kůží a kožními onemocněními, psychosomatika v tomto odvětví hraje klíčovou roli k uzdravení pacienta. Psychodermatózy1 můžeme dělit na tři skupiny, a sice na psychodermatózy výhradně psychického původu (například trichotillománie, purpurový syndrom, arteficiální dermatitidy, apod.), dále kožní problémy, kde psychogenní faktory jsou velmi důležitou součástí vzniku (například chronická kopřivka, generalizovaný pruritus, alopecie areata, apod.) a kožní stavy, které se zhoršují emoční či stresovou zátěží (atopický ekzém, acne vulgaris, psoriáza, seboroická dermatitida, recidivující herpes simplex, apod.)

- **Psoriáza neboli lupénka** je chronickým autoimunitním onemocněním kůže nejasné etiologie projevujícím se odlupováním kůže, která se obměňuje mnohem rychleji než u běžné populace. Vzhledem k tomu, že psoriáza může pokrývat velkou část těla a může se stát viditelná i pro okolí, spadá toto onemocnění do stigmatizujících onemocnění, které pacienty může sociálně izolovat. Poté mohou následovat depresivní a úzkostné stavy, nízká úroveň sebeúcty. Jedinci s psoriázou mohou pociťovat stud za to, jak jejich kůže vypadá. Lidé s psoriázou zažívají větší emocionální distres než lidé zdraví, a to konkrétně v rovině sociálně úzkostné.

- Atopická dermatitida čili atopický ekzém je neinfekčním zánětlivým kožním onemocněním doprovázeným svěděním a nutkáním se škrábat v místě zanícení. Škrábání zvyšuje diskomfort pacienta, a tím může docházet ke zvyšování například studu a úzkostí spojených právě s potřebou se škrábat. Pacienti s tímto onemocněním jsou více úzkostní, depresivní a obavni než kontrolní skupina. Při léčbě pacientů s atopickým ekzémem se osvědčily relaxační techniky, hypnóza u dětí a kognitivně-behaviorální terapie.

- **Acne vulgaris** neboli zkráceně akné je zánětlivým onemocněním kůže, pro které je charakteristická špatná funkce mazových žláz zejména na pleti, hrudi a zádech. Dopad akné na psychiku člověka (zejména dospívajících a mladých dospělých) je zřejmý ve smyslu snížené sebeúcty, sebevědomí a negativně ovlivněného sebeobrazu. Stigmatizace se projevuje také u mladých lidí s akné, kteří mohou být cílem popichování či šikany. Dospívající také poukazují na problémy s navazováním intimních vztahů. Všechny tyto faktory se mohou negativně podílet na prožívání člověka a jeho vztazích s okolím. Vzhledem k silné vzájemné korelaci mezi

dermatologickými onemocněními a negativním dopadem na každodenní život člověka byly ustanoveny různé škály monitorující kvalitu života. Jsou jimi například Skindex, Dermatology-Specific Quality of Life, Dermatology Life Quality Index.

Nervový systém

Nervový systém se podílí na rychlé reakci organismu na vnější podněty, které na organismus působí. Rozlišujeme centrální a periferní nervovou soustavu. Během života může dojít k poškození mozku nebo periferních neuronových vláken, což může způsobit řadu neurologických poruch.

- **Roztroušená skleróza** je chronickým autoimunitním nevyléčitelným onemocněním, které se vyznačuje demyelinizací pochev neuronů. Zejména vzniklé deprese a úzkosti mohou mít vliv na kvalitu života jedinců, ale i na jejich sociální vztahy a dodržování léčebných pokynů. Kvůli chronicitě onemocnění je pozměněna identita jedince a jeho kongruence. Jednou z efektivních terapií je kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje například na selfefficacy pacienta a pomáhá mu zvládat jeho omezení.

- **Parkinsonova nemoc** je neurodegenerativní onemocnění vyznačující se úbytkem neuronů v Substantia nigra. Způsobuje zejména poruchy motoriky, dále změny v kognitivních a exekutivních funkcích. Přidružená demence bývá pozorována až u poloviny pacientů s PN. Dalšími příznaky jsou deprese, úzkosti nebo poruchy spánku. Mimo antidepresiva a anxiolytika je doporučována rehabilitace, tělesná aktivita a psychoterapie. Jako nejúčinnější se jeví kognitivně-behaviorální terapie, která strukturovaně pracuje s identifikací maladaptivních myšlenek přispívajících k diskomfortu člověka.

Nejčastější psychosomatické poruchy u dospělých

Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou rozšířeným onemocněním, které jsou popisovány i Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN). Často nemusí nic znamenat, mohou být důsledkem stresu, nízkého příjmu tekutin, nedostatečného spánku. Na druhou stranu bychom je při dlouhodobějším trvání neměli zanedbávat, neboť mohou být signálem pro nějaké závažnější onemocnění. Tzv. primární bolesti hlavy vznikají nezávisle na jiném onemocnění, jejich výskyt se udává až v 75%.

□ **Migréna** je chronické onemocnění, projevující se jako intenzivní bolest hlavy na jedné straně lebky, často doprovázena poruchami zraku a zvracením. Migréna není závažná, ale výrazně se podílí na kvalitě života jedince. Spouštěcím faktorem může být stres, změna životního stylu, konzumace alkoholu, nedostatečný odpočinek, ale také hormonální změny při menses.

□ **Tenzní bolest hlavy** vzniká působením dlouhodobého stresu. Sekundární bolesti hlavy vznikají na podkladě již jiného probíhajícího onemocnění, mívají za to mnohem závažnější průběh.

Poruchy spánku

Spánek patří k základním lidským potřebám. Bez dostatečného odpočinku nejsme schopni stoprocentně fungovat a podávat dobré výkony. Z nejrůznějších důvodů se může stát, že je náš spánek narušen – k nejčastějším poruchám řadíme insomni.

Insomnie (nespavost) je nejčastější poruchou spánku, jejíž hlavním projevem je problém při usínání nebo jeho narušený průběh.

- Transitorní insomnie je nespavost vznikající na podkladu stresových situací.
- Chronická insomnie je dlouhodobě trvající problém při usínání a spánku trvající alespoň 1 měsíc. Jako příčina se uvádí stres, úzkostné stavy, deprese, výskyt chronických chorob, ale také nevhodné životní podmínky.

Nespavost je zapříčiněna zevními a vnitřními faktory:

K zevním faktorům řadíme stres, nevhodné prostředí k usínání nebo konzumace stimulujících nápojů obsahující kofein (např. káva, energetické nápoje), které mohou výrazně narušit proces usínání.

Vnitřní faktory tělesné souvisejí s výskytem nějakého onemocnění, které člověka omezují ve spánku. Velmi časté bývají stavy doprovázené bolestí, srdeční onemocnění, dechové obtíže, poruchy endokrinního systému, poruchy dyspeptického rázu nebo úzkostné stavy.

Léčba insomnie spočívá v podávání hypnotik předepsaných lékařem a zajištěním režimových opatření nutných pro lepší spánek.

Duševní onemocnění

Deprese

Deprese je údajně nejrozšířenějším onemocněním na světě. Čas od času trpí touto chorobou asi 20-25% osob, častěji se s ní potýkají ženy. Lehčí formou deprese je smutek. Ten je však zcela přirozený, rozesmutnit nás může téměř cokoliv, a to každý den. Pokud je však náš smutek dlouhodobý, mnohem silnější než klasický smutek, narušuje nám náš život a výrazně do něj zasahuje, pak se jedná o depresi, kterou je však nutné léčit.

Nemoc doprovází nepříjemné pocity. Typickými rysy deprese jsou pocity smutku, špatné nálady, vyčerpání, únavy, nespokojenosti. Člověk nemá pocit štěstí a nedokáže se z ničeho radovat. Cítí se sám a nenachází porozumění u osob jemu blízkých. V očích ostatních je souzen negativně, okolí je přesvědčeno o jeho lhostejnosti, nespolehlivosti a o tom, že není rád ve společnosti ostatních. Depresi mohou doprovázet také tělesné příznaky jako např. poruchy srdečního rytmu, bolesti hlavy a břicha, průjem, zácpa, časté močení, ztráta sexuální apetence a mnoho dalších.

Příčiny deprese jsou natolik široké, že může být i pro samotného odborníka problematické určit, která je ta hlavní, jež toto onemocnění vyvolala.

Několik základních bodů, podílejících se na možném vzniku deprese:

Vyšší citová zranitelnost

Deprese se může častěji objevit u osob velmi ambiciózních, soutěživých či soupeřivých typů lidí, u osob s pocitem vyšší odpovědnosti, a dále u jedinců špatně snášejících kritiku, jež může být proti nim vznesena či vyřčena.

Osamění

Osoby po rozvodu, rozchodu s partnerem, vypořádání se smrtí blízkého člověka – i na základě těchto faktorů může být riziko vzniku deprese zvýšené.

Vztahové problémy

Pokud rodina neposkytuje jedinci dostatek podnětů, není zde nabídnuta otevřená komunikace a není k dispozici člověk, jemuž by se dalo svěřit, pak jedinec strádá a k depresi tak nemusí být daleko.

Depresi mohou být dále ohrožení jedinci s perfekcionistickým přístupem k životu, jedinci se sobeckým přístupem nebo ti, kteří zveličují věci okolo sebe.

Léčba je náročná a dlouhodobá. Vyžaduje spolupráci mezi pacientem a lékařem založenou na důvěře. Nemocným je doporučena psychoterapie (skupinová nebo individuální), která by na základě použití psychických prostředků měla vyřešit konkrétní situaci. K tomu je nutná komunikace a sociální kontakt. Ve většině případů bývá nezbytné předepsání antidepresiv.

Gynekologická onemocnění

- vychází z toho, že emoce a prožívání má vliv na ženský reprodukční systém – př. problémy s menstruací
- představy přejímáme od matky, tj. jak se mateřsky chová ke mě a jak se chová v rodině, tak si беру vzor do života. Pokud má matka problém se svou ženskou a mateřskou rolí tak se přenáší do života dcery.
- také **vztahy s aktuálním partnerem** – může být funkční sterilita – co je příčinou? Vnitřní problém ženy (př. prapůvodní příčiny – vzor matky – psychika dokáže ovlivnit hormonální rovnováhu). Alergie na sperma – když není chlap přijatelná pro mě jako otec mých dětí – tělo dokáže vytvořit proti jeho spermiím obranu (když se rozejdou tak pak v klidu otěhotní). IVF – velké dávky hormonů, které mohou vyvolat onkologické procesy (pokud jsou už i v rodině), je potřeba psychologická podpora zejména když se to nepovede. Př. postinterupční syndrom (i v případě, když se musí žena rozhodnout na ivf kolik si nechá oplodněných vajíček).
- **Dlouhodobé používání antikoncepce** – rodičovství se dá plánovat ale také je možno si „beztrestně“ užívat – mění se dynamika vztahů. Lidé setrvávají ve vztazích, i když dříve by už nebyli. Ovlivňuje také výběr partnera – s prášky jinak než bez (jsou výzkumy – jinak se přemýšlí o partnerském životě). Rodičovství se odkládá, očekáváme naplnění hlubokého vztahu – historicky ekonomické důvody.
- **těhotenství a porod** – velmi časté potíže. Moc se o problémech nemluví. První trimestr - hormonální změny, sociální okolnosti. Může mít úzkosti a deprese. Ve druhém se stav zpravidla zlepšuje – hormonální rovnováha, pohyby dítěte – zlepšení stavu. Třetí – strach z porodu (přežívání se), zpoždění porodu ... otec u porodu (v přítomnosti muže se proces porodu spouští hůře a zpomaluje se). Jsou studie, jak přítomnost otce ovlivňuje rychlost porodu, jak ovlivňuje vztah otce k matce či dítěti. Ve vytváření vazby je důležité to, že matka porodí přirozeně – automaticky reaguje na dítě – pečuje o něj, kojí ho – přirozené instinktivní chování. Toto se hned nespouští u císaře nebo komplikací, kdy dítě není v blízkosti – do budoucna mohou být problémy v dospělosti (studie v USA).

Menstruační obtíže a poruchy cyklu

Menstruační obtíže zná čas od času každá žena. Jedná se o bolestivý průběh menstruace nebo o nejružnější výkyvy v pravidelnosti a délce krvácení. Ty bývají typické u mladých dívek, u kterých se menstruační cyklus nějakou dobu upravuje, ale také u starších žen před klimakteriem. Avšak i stres a další příčiny mohou cyklus ovlivnit, a to v kterémkoliv věku.

Dysmenorrhea je označením pro bolestivou menstruaci. Často bývá doprovázená nevolností, zvracením, průjmy nebo zácpou a může být pro ženu natolik nepříjemnou záležitostí, že není schopna vykonávat každodenní činnosti. Nejčastěji ženy postihuje v prvních dvou dnech cyklu, poté bolesti buď ustoupí, nebo zcela vymizí. Bolesti mohou být zmírněny analgetiky nebo hormonální antikoncepcí. Úlevou může přinést i masáž, sprcha, speciální cviky, případně některé druhy sportu (např. plavání). Velmi účinný proti menstruačním křečím je hořčák.

Menorrhagia je pojem, pod kterým se rozumí příliš silné menstruační krvácení trvající 7-14 dní. Chronický typ může souviset s dlouhodobým stresem.

Polymenorrhea je definována jako častější výskyt menstruace dříve než po 23 dnech.

Opakem je **Oligomenorrhea**, kdy je menstruační krvácení zpožděné a žena menstruuje po 36 dnech, ovšem interval může být ještě delší.

Amenorrhoea znamená absenci menstruačního krvácení. O primární amenorrhee se mluví v případě, že se menses nedostaví před 15. Rokem života. Pokud však u ženy nastanou hormonální změny doprovázené psychogenním faktorem, nebo jsou přítomny faktory jako obezita, ztráta na váze, stres nebo hodně sportu, pak všechny tyto příčiny mohou způsobit sekundární amenorrhoeu.

K dalším a častým příčinám všech výše uvedených poruch mohou mimo jiné spadat gynekologické záněty, endometrióza, rakovina děložního hrdla.

Premenstruační syndrom

Premenstruační syndrom (PMS) je charakteristický souborem příznaků objevujících se pár dní před menstruací. Při diagnostice PMS ani nejsou tak důležité konkrétní příznaky, nýbrž skutečnost, že se objevují pravidelně každý měsíc. Léčba by se měla odvíjet od přítomných symptomů.

Proti zvládnání premenstruačního syndromu je navrhnout program opatření několika postupy a návrhy, které by mohly být nápomocnými ženám s tímto problémem. Tyto rady by se daly shrnout do následujících bodů:

- ☐ Úprava stravy vyžaduje dostatek esenciálních mastných kyselin, přísun vitamínu C, B6 a magnézia, omezení kofeinu a cukrů
- ☐ Omezit stres, naučit se relaxovat (účinné mohou být meditace)
- ☐ Provozovat aerobní cvičení (rychlá chůze, kondiční cvičení)
- ☐ Přítomnost světla jako zdroje energie
- ☐ Progesteronová terapie, která navozuje pocity klidu a má schopnost uvolňovat CNS

Neřešené emocionální problémy mohou rozpoutat narušený menstruační cyklus i normální hormonální prostředí.

Těhotenské obtíže

Spontánní potrat

Příčinou většiny samovolných potratů jsou chromozomální odchylky. Jsou však případy, kdy není etiologie zcela jasná, a je přikládána psychickému traumatu. V poslední době je zkoumán vliv serotoninu, imunosupresiv a stresu jako dalších možných činitelů způsobující spontánní potrat. Předcházet lze tomuto riziku podstoupením psychoterapie.

Předčasný porod

Předčasný porod je porod před 37. týdnem těhotenství s porodní váhou plodu menší než 2 500 gramů. Příčiny předčasného porodu jsou nejasné, podobně jako je tomu u dalších závažných těhotenských poruch (jako např. hyperemesis gravidarum). Častou příčinou předčasného porodu je infekce, vícečetné těhotenství, vývojové vady dělohy či nedostatečná funkce děložního hrdla. Co se psychosomatických faktorů týče, údajně může předčasný porod vyvolat dlouhotrvající stres nebo úzkost v období těhotenství nebo krátkou dobu před ním. Protože stres často doprovází vedle úzkosti i deprese, mohou následně vést k nižšímu nárůstu hmotnosti během těhotenství, což je způsobeno vlivem většího metabolického výdeje.

7. Základní přehled terapeutických přístupů k psychosomatickým poruchám (způsoby diagnostiky). str. 108 - 140

Terapie psychosomatických onemocnění

Mimo péči o tělesné zdraví, jako např. dodržování správné životosprávy, pravidelná pohybová aktivita a dostatek spánku, by člověk neměl zapomínat starat se i o svou duši, o svoji pohodu. K péči o duši může využít, vedle věnování se koníčkům, různých druhů relaxace, dechová cvičení, imaginaci, meditaci. Aby člověk předešel stresovým situacím, měl by zamezit vzniku rizikových faktorů, které tyto situace následně vyvolávají, základním kamenem je tedy sebepoznání. Měl by udržovat rovnováhu pracovního a osobního života, zdokonalit své copingové a kognitivní strategie i autoregulaci myšlenek, chování a představ, odstranit zlozvyky, podpořit resilienci, smysluplnost, poskytovat a přijímat sociální oporu. Též psychoterapie má své nezastupitelné místo v ovlivňování nemoci. Pro osoby, které dávají přednost aktivnímu odpočinku, je metodou volby práce s tělem, např. cvičení pro odstranění zvýšeného napětí dle Reicha či pohybová terapie. Z léčebných metod ovlivňujících psychiku jedince je možné využít relaxaci (autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace), imaginaci, psychoterapii na podkladě psychoanalýzy, kognitivně-behaviorální terapii, na osobu zaměřenou psychoterapii, párovou a rodinnou terapii, skupinovou psychoterapii, muzikoterapii, ergoterapii, na tělo zaměřenou psychoterapii aj. Moderní výzkumy i zkušenosti terapeutů potvrdily přínos autogenního tréninku (nejen) v terapii psychosomatických onemocnění, využívá se např. i jako součást sebezvojevých postupů. Pro jeho bezpečnost a jednoduchost se lze naučit AT samostatně, nicméně, je doporučen nácvik s psychoterapeutem, jelikož ten se jeví jako efektivnější, účinnější a rychlejší. Principy Nácvik se však více přizpůsobuje klientovi. Cílem je co největší soulad techniky s cvičícím. Důraz je kladen více na kvalitu („dobrý pocit“) v průběhu cvičení.

Somatická psychoterapie

Tělo a psychika tvoří funkční jednotu v osobnosti. Osobní historie člověka se promítá do jeho tělesného schématu a naopak, somatické potíže negativně ovlivňují prožívání a chování jedince. Somatická psychoterapie je založená na možnosti přímé práce s tělem. Na rozdíl od tzv. body-terapie, kam patří fyzioterapie, Alexandrova technika, Feldenkreisova metoda aj., zahrnuje body-psychoterapie i obvyklé aspekty psychoterapie. Existuje mnoho body-psychoterapeutických přístupů, z nichž mezi nejrozšířenější patří např. Biosyntetická psychoterapie (autorem je Boadella), Biodynamická psychoterapie (Boysen), Bioenergetická analýza (Lowen, Pierrakos), Reichiánská charakteroanalytická vegetoterapie (Reich), NeoReichiánská psychoterapie (Totton, West), sanoterapie atd.

Somatickou psychoterapii zaštiťuje Evropská asociace pro body-psychoterapii (EABP). Techniky somatické psychoterapie lze orientačně rozdělit na měkké, tvrdé a expresivní. První zmiňované, měkké techniky, jsou jemné, bezpečné, avšak v porovnání s technikami tvrdými méně silné, jejich průběh je pomalejší a méně dramatický. Měkké techniky zahrnují zaujímání pozic pro prožití emocí či navození žádoucích stavů ega. Dále sem patří skupinové techniky, práce s dotekem, práce s dechem, kde se psychoterapie značně propojuje s fyzioterapií.

Povzbuzující efekt navozuje protažení a uvolnění napjatých částí těla, s čímž souvisí záměrné uvolňování nevědomého pancéřování a příčin těchto bloků. Tvrdé techniky jsou mnohdy nepříjemné až bolestivé, dramaticky uvolňují zablokované emoce a vzpomínky. Tyto techniky jsou velmi silné, a proto vyžadují od terapeuta zkušenost a pečlivé zvážení. Do této skupiny můžeme zahrnout uzemnění jako ústřední koncept bioenergetiky. Využívá se také intenzivnějších výskoků, stresových pozic, hlubokého tlaku na stažené svaly neboli orgonomických masáží či intenzivnější práce s dechem.

Wilhelm Reich a jeho teorie

Počátky somatické psychoterapie jsou spojovány se jménem Wilhelma Reicha, který zavedl do psychoterapie možnost přímé práce s tělem klienta. Zabýval se vznikem a následným vývojem charakterové struktury jedince, zajímal se o somatizaci obranných mechanismů proti ohrožení primárních potřeb člověka. Jeho teorie vychází z psychoanalýzy. Wilhelm Reich mluví o tzv. charakterových (svalových) pancířích (tj. oblasti s vyšším napětím – okruh horní části hlavy (včetně očí a čela), okruh dolní části hlavy (ústa, jazyk), okruh krku a šíje, okruh hrudi, okruh pasu, bránice, okruh břicha, žaludku a okruh pánve, jež jsou somatickým projevem neurotického řešení dětských konfliktů a jsou popřením nebo zablokováním určitých impulsů k akci. Místo vzniku svalového pancíře souvisí s koncentrací stresu a napětí u jednotlivých osob. Mezi faktory rozhodující o typu charakterového obranného postoje patří podle Reicha čas frustrací vlastních impulsů, rozsah frustrací a jejich intenzita, typ zapovězených impulsů, vztah mezi uspokojováním impulsů a jeho zapovídáním, pohlaví osoby, která zakazuje a rozpory v samotném odpírání. Při bloku okulárního segmentu se popisuje prázdňový výraz obličeje, malá pohyblivost mimických svalů, bolesti hlavy spíše difuzního charakteru, potlačovaný panický strach v pohledu. V Reichově vegetoterapii je nutné uvolnit blok v prvním segmentu pro práci v dalších segmentech a odstranění jejich bloků. V horních partiích hlavy zjistil Reich u neurotiků mimořádnou napjatost kůže na hlavě a na čele, což je velmi často spojeno s chronickými bolestmi hlavy. Pocházejí od napětí na

přední straně hlavy nebo od strnulosti sevření šíjového svalstva. Emoce spojené s uvolňováním této oblasti jsou panický úděs, nedůvěra, úzkost, zuřivost, vztek. Pramení to z očekávání jedince, že dostane „ránu do hlavy“.

Blok v krčním segmentu se projevuje ztuhlostí krku, dušností, pocitem cizího tělesa v krku a s tím související neustálé odkašlávání, červeným prstencem v oblasti hrtanu, zuřivostí a pláčem. Patří sem též nemoci štítné žlázy. V krční partii jsou blokovány hlavně emocionální impulzy spojené s hlukem, jako je křik, pláč apod. Ve vyjadřování, resp. potlačování těchto emocí hraje významnou roli sociokulturní kontext. Impulzy vzteku, které poutá šíjová muskulatura, můžeme lokalizovat i v přilehlých oblastech ramenních partií a zad. Tento potlačovaný vztek se projeví ztuhlostí ramen, necitlivostí paží a rukou a často špatnou cirkulací krve. Pohyblivost lze obnovit příležitostí k vybití zlosti v bezpečném a důvěrném terapeutickém prostředí. U svalového pancíře v hrudním segmentu vidíme zvednutá ramena, rigidní hrudní koš, vnímáme nepoddajnost, silné sebeovládání, kontrolu pocitů až citový chlad, často smutek či zuřivost, strach, tvrdost, nedůtklivost a nepohyblivost.

Při chronickém bloku v bráničním segmentu se často vyskytují psychosomatické obtíže, nauzea, onemocnění jater a žlučníku, může se rozvinout i bradypsychismus. Hlavním výrazem bloku je odpor a pocit vlastního selhání. Jsou různé podoby dechových poruch podle Reicha. Například při vypnutých prsou a zataženém břiše není možné volně a dokonale vydechnout. Tím si člověk udržuje kontrolu nad vlastními emocemi, podobně jako dítě bojuje s nebezpečnými pocity úzkosti a tímto je potlačuje. Reich rozvinul metodu charakterově analytické vegetoterapie, tj. mobilizace emocí pomocí dechu a jiných tělesných funkcí, které aktivují vegetativní centra a uvolňují vegetativní energii. Zavedl do terapie práci s dechem a tělesný kontakt s pacientem, který má jak diagnostickou, tak i terapeutickou funkci. Diagnostická funkce spočívala v nalezení svalového pancíře a místa, kde je vázána energie; terapeutická funkce byla spojena s uvolňováním energie v jednotlivých segmentech, uvolňováním afektu.

Body-reading

Body-reading napomáhá terapeutovi poznat stavbu těla, zaznamenat přítomné psychické fenomény a vytvořit na základě toho hypotézu o psychobiologické dynamice pacienta, resp. klienta. Soustředíme se na čtení těla v následujících polohách a pohybech – chůze, výskoky, stoj (zepředu, zezadu a z boku), hodnocení symetrie polovin těla. Pro interpretaci viděného lze využít popisného postupu či využít typologie. Ze způsobů čtení těla bez typologie nás zaujalo pozorování tzv. tělesných rozštěpení, tj. přítomných asymetrií mezi polovinami těla. Identifikujeme 5 hlavních tělesných rozštěpení: vpravo - vlevo, nahoře - dole, vepředu - vzadu, hlava - tělo, trup - končetiny. Další možností je napodobit pacientovu pozici a vcítit se do jeho osoby, což se nazývá jako „empatické tělesné mimikry“ či popisovat viděné metaforami. Konstituční typologii vytvořil např. Hippokrates, Rostan, Viola, Kretschmer, Sheldon nebo již zmiňovaný Reich.

Struktury osobnosti

Charakterové typy, které vychází z genetického determinismu, jde spíše o klinický a diagnostický nástroj, nežli přesnou metodologii. Obranné charakterové struktury jsou obranné postoje vyjádřené změnou svalového napětí v určitých svalových skupinách. Jejich etiologie spadá do psychoanalytických vývojových období. Rozvíjí se skrze emoční zranění, neuspokojení potřeb apod. a utvrzují se při dlouhodobé zátěži, konfliktech aj. Obranný mechanismus se projeví určitou stereotypní reakcí na podnět a způsobem jeho prožívání. Neoptimální způsoby řešení problémů mají tendenci se fixovat. Obranná charakterová struktura neznamena patologii. Může se vyvinout v poruchu osobnosti, ale nemusí. Rozlišujeme schizoidní, orální, psychopatický, masochistický a rigidní charakterový typ a jejich vztahy. Nepsychoanalyticky orientovaní somatičtí psychoterapeuti popsali ještě obsedantně-kompulzivní strukturu. K obranným charakterovým strukturám nelze přistupovat jako k rigidním schémátům. Je třeba mít na paměti jedinečnost člověka a to, že pouze minimálně se objeví čistě jedna obranná struktura v celé své podobě. Tato schematizace slouží k diagnostickým účelům a jako vodítko k práci s klientem. Každá obranná struktura má svá negativa, ale i pozitiva, které jsou důležité v terapii.

Je nutné rozlišovat adaptivní, tj. pomáhající udržet integritu osobnosti a vedoucí k potenciálnímu zvládnutí problému, a maladaptivní obrannou charakterovou strukturu, která vede k patologii.

Sanoterapie

Sanoterapie je nonverbální psychoterapeutický směr, který vychází z elementárního faktu, že tělo je vždy přítomné, ať se jedná o jakoukoli formu komunikace. Propojuje postupy neverbální s verbálními, vyžaduje-li si to zájem klienta, řešení jeho terapeutického problému. Sanoterapie nahlíží na člověka holisticky, propojuje postupy biofyzikální s psychoterapeutickými. Je zaměřena na proces, ne na výsledek, a to na proces směřování k duševní harmonii a tělesné rovnováze, kde je využíván vlastní uvědomovaný potenciál. V běžném životě je tento proces neukončený. Sanoterapie obecně napomáhá k obnovení rovnováhy mezi anabolickými a katabolickými pochody. Je velmi účinná v případě somaticky vyjádřených chronických patologických emocionálních stavů, kombinovaných s akutními psychosomatickými a neuropsychickými symptomy. Uvolňuje bloky a spasmy v různých svalových skupinách, které představují během vývoje naučené obrany člověka proti důsledkům zátěže. Napomáhá i vegetativními nervovému systému s návratem k funkčnímu stavu a dává šanci k přirozenému toku původně blokových emočních reakcí. Jednosemestrální sanoterapeutický program má pozitivní efekt v položkách Psychická pohoda a Pocit síly a energie, dále v položkách Psychická deprese a pocity vyčerpání a negativní trend u Sklíčenosti na pětiprocentní hladině významnosti.

Somatické psychoterapie mají 4 základní terapeutické techniky – centering, grounding, facing a sounding. Sanoterapie využívá navíc jinými směry opomíjenou techniku adulting (tzn. posilování dospělého „já“), která se zaměřuje na cestu zpět k dospělosti klienta. Centrování (centering) je proces propojování rytmu dechu s emocionální dynamikou. Dech a emoce spolu úzce souvisí, což se projevuje změnou dechového rytmu při změně emoce (např. při strachu, hněvu, smutku, radosti apod.), a tak může docházet k nevyváženosti dechu. Při stavech

strachu, bezmocnosti, slabosti a smutku se pracuje s nádechem, při stavech zvýšeného napětí, zadržování hněvu či silného ovládnutí se pracuje s výdechem.

Uzemnění (grounding) se zaměřuje na pohyb a svalové napětí. Směřuje ke svalovému napětí adekvátně prováděného pohybu. Je to proces přeměny nadbytečné energie v pohyb nebo naopak zvyšování napětí dynamickým odporem, a to v různých polohách. Sanoterapie nahlíží na postoj těla jako na projevení schopnosti člověka navazovat kontakt, mnoho postojů vychází z evolučního vývoje a vývojových fází pohybu. Provádění pohybu má 3 kvalitativní aspekty, a to vitální (vitalizující pohyb), emocionální (přeměna emočních stavů v účelné pohyby) a duševní (duševní zážitky). Dalšími technikami jsou práce s očním kontaktem (facing) a hlasovou kvalitou (sounding) jako cestami navazování kontaktu. Rozlišuje se oční pohled defenzivní a připravený ke kontaktu, neboť kvalita kontaktu s okolím je u každého jiná a na základě tohoto rozdělení probíhá práce s klientem. Práce s hlasem staví na spojení mezi vydaným tónem a svalovým napětím a je spojena s prací s dechem. Zlepšení kvality hlasu podporuje grounding. Terapeutickým cílem všech technik je obnovení spojení prožitku s pohybem a s obsahy myšlenkových operací v celistvou osobnost, tzv. vnitřně integrovanou a stabilní navenek.

Anamnéza

Při vstupním anamnestickém pohovoru nás zajímá charakter nynějších potíží, rodinná anamnéza, pracovní, sociální, sportovní, u žen gynekologická anamnéza, případné alergie, farmakologická a osobní anamnéza a podrobnější informace k nynějšímu onemocnění.

Z rodinné anamnézy se cíleně doptáváme na výskyt závažných hereditárních onemocnění (jako je rakovina, diabetes mellitus, hypertenze, hypercholesterolémie, onemocnění štítné žlázy a pohybové soustavy, infarkt, cévní mozková příhoda). Do výčtu zahrneme i sourozence, případně děti.

Z pracovního prostředí nás zajímá pracovní náplň povolání a doba vykonávání dané práce, popřípadě zahrneme i předešlá pracovní místa. Ptáme se na pracovní dobu, typickou pracovní pozici, pracovní prostředí, stresové faktory a v neposlední řadě na spokojenost v práci.

V sociální anamnéze popíšeme typ bydlení a překážky s ním spojené. Patří sem i vztahy s partnerem a dalšími důležitými osobami v okolí pacienta a spokojenost s jejich podobou.

Sportovní anamnéza se zabývá pravidelnou pohybovou aktivitou jedince, její frekvencí, úrovní obtížnosti, dobu jejího pěstování.

V gynekologické anamnéze nás zajímá průběh menstruace (či případně klimakteria), její pravidelnost, přítomnost bolesti. Dále počet porodů (taktéž potratů) a jejich průběh, zda proběhly klasicky nebo císařským řezem, zda došlo k nástřihu hráze, a pokud ano, jak se hojila jizva. Je vhodné citlivě zjistit, zda bylo těhotenství plánované či nikoli.

Farmakologická anamnéza zahrnuje jak pravidelně užívaná léčiva, tak pacientův přístup k užívání analgetik.

Do osobní anamnézy patří chronické nemoci, významná onemocnění v minulosti, prodělané úrazy a operace, jejich závažnost, průběh, okolnosti a léčba.

Z hlediska psychických komponent nemoci se podrobněji zajímáme o osobní anamnézu, o rodinnou anamnézu kvůli hereditárním vlivům, také o psychiatrickou a psychologickou anamnézu.

Z pozorování pohybového chování pacienta lze posoudit stav vědomí, schopnost komunikace, zhodnotit základní somatické údaje. Vhodným kladením otázek se nám otevře pohled do pacientova chápání nemoci. Vzhledem k psychosomatickému charakteru onemocnění zaměřujeme pozornost na důležité komponenty jako charakter vztahu fyzioterapeut – pacient, rovněž na pacientovu osobní historii, jeho osobní dispozice a charakteristiky, které se mohou podílet na vzniku onemocnění, popř. dalším rozvoji a průběhu nemoci.

Důležité jsou také informace o interpretaci symptomů, syndromu či choroby, jejich přijetí nebo naopak o přítomnosti obranných mechanismů. Zajímáme se o vyvolávající situace v čase a prostoru, podmínky a okolnosti vzniku onemocnění, vliv rodinného prostředí a sociální faktory. Ptáme se i na hodnotový aspekt a význam onemocnění, jeho následky, ztráty a zisky. Komplexní vhled do pacientovy situace umožňuje stanovit strategii diagnosticko-terapeutického postupu a sekundární prevence. Roli hraje změna biologického či psychického stavu pacienta nebo změna sociálních vlivů. Z kvalitativních metod využíváme pozorování, rozhovor, sledování specifického chování. U celé řady chorob lze pozorovat určité typické projevy v chování. Tyto způsoby chování se mění s přirozeným průběhem nemoci. Dále je k dispozici řada objektivních a projektivních metod.

Psychologické aspekty

Pro objektivizaci vjemu bolesti využijeme Vizuální analogovou škálu, kde necháme pacientky vyznačit na úsečce s póly „žádná bolest“ a „nejvyšší možná bolest“ intenzitu vnímané bolesti. Na Oblíčevojé škále se budeme řídit mimickým výrazem jednotlivých obličejů a vyznačí, který emoční výraz nejvíce odpovídá jejich vnímání bolesti. Strukturu osobnosti lze odečíst z aspekce při kineziologickém rozboru a při diagnostice pohybových stereotypů, především chůze. V rámci body-reading použijeme pro interpretaci popis viděného, nebudeme využívat žádnou z typologií. Zaměříme se na přítomnost tzv. tělesných rozštěpení.

Osobnostní charakteristiky a strategie zvládání stresu ověříme v dotaznících NEO-FFI, Stress profile a SVF 78. NEO pětifaktorový osobnostní inventář je česká verze dotazníku NEOFFI. Je to víceúčelový osobnostní dotazník. Obsahuje 60 položek a 5 škál, jak je patrné z názvu. Byl vytvořen na základě Big 5, modelu osobnosti vycházejícího z lexikální faktorové analýzy přirozených jazyků. Poskytuje informace o pěti obecných dimenzích osobnosti.

Seběposuzující dotazník SVF 78 (Strategie zvládání stresu) obsahuje 13 škál a 78 položek. Každá škála zastupuje jednu copingovou strategii. Zpracování výsledků umožňuje analýzu pozitivních (směřujících k redukci stresu) a negativních (podporujících zesílení stresu) strategií. Nová verze je založena na českém standardizačním souboru. Doba administrace není omezená.

Stress Profile je 123 položkový seběposuzující dotazník. Poskytuje informace o psychologických faktorech, které ovlivňují vztah mezi stresem a nemocí, a také informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování respondenta, jež mohou souviset s

poruchami a nemocemi vyvolanými stresem. Zaměřuje se na 15 oblastí, ze kterých identifikuje stresory a salutory. Doba administrace ani zde není omezená.

Terapie

Fyzioterapie

Body-psychotherapie

Sanoterapeutický program má myorelaxační, hypertermické, sanogenetické a integrativně harmonizující a stabilizační účinky. To je předpokladem pro větší otevření psychického pole a hlubší introspekci s cílem uvolnit terapeutický problém. Ovlivňuje aferentní nervový systém, stimuluje produkci endorfinů, odstraňuje svalové dysbalance.

Autogenní trénink

(AT) využívá uklidňujícího účinku svalové relaxace autosugestivní cestou navozených představ klidu, koncentrace na citově indiferentní podněty, pravidelného dýchání atd. Mezi jeho pozitivní vlivy na jedince patří zlepšení koncentrace, výkonnosti, sebepoznání, ovládání a kontroly emocí. Vytváří se možnost tlumení bolesti, zvyšují se předpoklady k odstranění zlovyků. Pomocí AT lze ovlivňovat i některé psychické poruchy, jako jsou např. poruchy spánku či koncentrace, úzkosti, podrážděnost, tréma apod.

Nižší stupeň AT se skládá ze 6 částí, a to: pocity tíže, navození pocitu tepla, sledování dechu, pravidelný rytmus srdce, regulace břišních orgánů a zaměření na oblast hlavy. Regulace srdeční činnosti se často vynechává kvůli srdečním poruchám či určité míře neurotičnosti pacienta, jelikož v takovém případě je vysoké riziko negativního efektu na psychickou pohodu jedince. V průběhu relaxace můžeme používat individuální autosugestivní formule. U vnějších bolestí, jakož i u bolestí hlavy včetně migrény, pomáhají autosugesce chladu, u vnitřních bolestí naopak představy tepla.

Doba provádění je ze začátku v rámci minut a postupně se prodlužuje. Místnost by měla být alespoň zprvu klidná. Ve cvičení by měla být pravidelnost. Poloh při provádění AT je vícero. Asi nejběžnější je poloha vleže na zádech s mírně podepřenou hlavou, horními končetinami volně podél těla a mírně rozkročenými dolními končetinami. Jiná poloha je vsedě s opěrou zad a hlavy. Další možností je tzv. pozice drožkáře, kdy se pacient ze vzprámeného sedu „schoulí do sebe“, nechá hlavu volně viset na krku a páteř získá podobu kočičího hřbetu.

Zásady správné diagnostiky

Známkou kvalitního, profesionálně zdatného, biologicky orientovaného lékaře je bezproblémová diagnostika na základě zjištění objektivních nálezů a následná terapie. Preferuje se kázeň, zodpovědnost a vyspělé technologie. Lékař vystupuje ve vztahu k pacientovi jako důvěryhodná, autoritativní, zodpovědná a profesionálně zdatná osoba.

Z pohledu psychosomatiky je právě vztah lékař–pacient v diagnosticko-terapeutickém hledisku klíčový a odlišný od pojetí v biomedicině. Tento vztah je důležitým odrazem pacientova chování k lidem v okolí a možnou příčinou konfliktů. Mnoho nám napoví i mimika, spontánnost, prezentace problému, celkový dojem. Zkušený lékař by neměl nikdy opomenout způsob prezentace pacientových obtíží. U mnoha psychosomatických onemocnění a funkčních poruch můžeme pozorovat typické projevy v chování.

Jako příklad lze uvést kardiaky, u nichž můžeme pozorovat sebeprosazující chování a projevy hostility. Je třeba mít na paměti, že způsoby chování se mění s průběhem nemoci. Základním principem správně provedené epikrízy je neustálá a dynamická propojenost všech aspektů s komplexním hodnocením pacientovy problematiky. Při kontaktu s pacientem je žádoucí ujasnit si odpověď na několik okruhů otázek.

Vycházíme z oblastí:

Vztah lékař–pacient

Charakter vztahu je určen místem, kde se pacient s lékařem setkává. Jinou hloubku a kvalitu bude mít vztah k praktickému lékaři, jiný bude k chirurgovi či internistovi na lůžkovém oddělení. Důležitá je kvalita vztahu. Lékař by měl být méně autoritativní a měl by umět pacientovi naslouchat. Nemocný by měl být méně submisivní a převzít více zodpovědnosti za průběh nemoci a výsledek léčení.

Individuální dispozice pacienta

Jde o souhrn všech vrozených a získaných faktorů, které se podílejí na vzniku a průběhu onemocnění. Individuální dispozici lze tedy chápat jako soubor možných odchylek provádějících složitou souhru psychosociálních a psychofyziologických funkcí, zákonitě determinovanou vývojovými úkoly životních period a krizí. Probíhající však v individuální neopakovatelné podobě životní historie jedince.

Symptomy

Velmi záleží na interpretaci příznaků pacientem, na jeho postoji k nemoci. Pacient může příznaky potlačovat, chybně si je vysvětlovat, pokoušet se o léčení vlastními metodami. Lékař na základě pravidel biomedicíny vytváří svou verzi pacientových obtíží a určuje diagnózu.

Vyvolávající situace

Nemoc se dostavuje v určitém čase, prostoru, za určitých okolností. Je třeba hledat souvislost mezi situací, která nemoc vyvolala, a klinickými projevy. Někdy patrná vyvolávající situace není nalezena, anebo je mylně zaměněna za situaci, která časově předcházela.

Vliv rodiny

Vliv rodiny na vývoj a zrání člověka je nepopíratelný. V dospělosti se projevuje v oblasti citové, etické i v oblasti racionálního chování. Vlastní rodina může být zdrojem pozitivních impulzů, ale i silných patogenních vlivů. „Rodina je sociální skupina, jejíž chování má přesné zákonitosti. Pokud dojde k dysfunkci rodiny, pak je ovlivněno psychické i somatické zdraví jejích členů. Paradoxně onemocnění v těchto případech jedince chrání a udržuje rodinnou rovnováhu. Není možno úspěšně pacienta léčit izolovaně. Je třeba navázat kontakt s rodinou a řešit optimálně situaci.

Sociální faktory

Každá sociální změna v životě znamená pro člověka jako člena společnosti zásah. Největší následky zanechá změna v sociálním postavení, která se dotýká představy o naší schopnosti či zasahuje do citového vztahu. Nejrizikovější se jeví ztráta klíčové osoby, změna sociálního statusu, nedostatek sociální opory.

Význam a následky onemocnění

Následkem onemocnění pacient vždy něco ztrácí. Lze však vypočítat i určitý profit z nemoci. Setkáváme se s pojmem primární zisk, který je charakterizovaný péčí, klidem, úlevami. Sekundární zisk chápeme jako prospěch ve smyslu sociálních výhod, zvýšené pozornosti ze strany blízké osoby, možnosti manipulace s druhými. Častěji jde o nevědomé reakce.

Psychoterapie a relaxace

Psychoterapií nazýváme medicínský obor, který léčí duševně podmíněné stavy nemoci na základě komunikace. Pojem psychoterapie lze definovat jako záměrně plánovaný interakční proces. Cílem tohoto procesu je ovlivňování poruch chování a stavů strádání, pokud se pacient, terapeut a společenská vztahová skupina shodnou, že tyto stavy vyžadují léčbu. Společným cílem je minimalizace symptomů nebo strukturní změny osobnosti pomocí verbálních i neverbálních komunikačních technik.

Psychoterapeutické metody:

- **Individuální psychoterapie** – nedirektivní metoda psychoterapie zaměřená na osobu, realizovaná ve formě rozhovoru. Základním principem je projevení empatie terapeuta, přijetí pacienta. Terapeut pomocí podnětů vede pacienta ke zlepšení koncepce sebe samého.
- **Skupinová psychoterapie** – metoda, při které pacienti ve skupině prožívají emocionální zkušenosti se sebou samými a s ostatními lidmi. Vyzkoušejí si nové chování, pochopení, identifikaci s druhými lidmi.
- **Párová a rodinná psychoterapie** – metoda se zaměřuje na změny dysfunkčních vztahů mezi členy rodiny s cílem redukovat obtíže jednotlivých členů. Diagnostika a léčba zohledňuje minulé, přítomné i budoucí interpersonální vztahy.
- **Hypnóza** – metoda, která pomocí specifických sugescí navozuje zúženou změnu vědomí. Účinkem toho dochází ke změně vegetativních reakcí a ke specifickému vlivu na psychické procesy a orgánové funkce.
- **Biofeedback** – též biologická zpětná vazba – terapeutický postup, při kterém se pacienti učí ovládat své fyziologické funkce.
- **Kognitivně behaviorální techniky** – metody léčby, kde se aplikují poznatky na základě zkušeností psychologie, např. trénink pro vypořádání se s úzkostí, systematická desenzibilace, nácvik sebekontroly, změny myšlenkových vzorců ve kterých může prožívat sám sebe a zpracovává konflikty pomocí terapeutických technik.
- **Psychoanalýza** – psychoterapeut se s pacientem snaží nalézt konflikty a vztahové vzorce z dětství, které přešly do nevědomí, pracuje se při tom s přenosem a protipřenosem. Díky těmto skrytým souvislostem pacient lépe rozumí své nemoci a může si vypracovat odlišné vzorce pro řešení konfliktů.

□ **Hlubinná psychoterapie** – psychoterapeut léčí aktuálně patogenně působící neurotické konflikty.

□ **Psychodrama** – situace, konflikty i vztahové vzorce pacienta jsou převáděny do dramatického podání s intenzivnějším emocionálním prožíváním. Za použití různých technik (např. výměna rolí, zrcadlení) jsou konflikty předváděny s cílem změnit zpracování konfliktů.

□ **Muzikoterapie** – využívá zvuky, tóny a melodii k docílení regresivních účinků a terapeutických změn.

□ **Terapie tvořením** – terapie, při níž se v tvůrčím produktu (např. socha, obraz) zviditelňuje emocionální stav (např. úzkost, zloba, bezmoc, lítost). A to pacientovi umožňuje o emocionálním stavu komunikovat a zpracovávat ho.

□ **Ergoterapie** – léčebná metoda, která pomocí smysluplného zaměstnání zlepšuje psychické i fyzické funkce.

□ **Logoterapie** – technika pomáhající pacientovi hledat a naplnit smysl života. Relaxační techniky – spočívají v příznivém ovlivnění stresových mechanismů. Mezi nejznámější řadíme autogenní trénink. Tato léčebná metoda spočívá v osvojení si pocitu tíhy, pocitu tepla, vnímání pravidelného dechu, tepu srdce, pocitu tepla nad solárním plexem a pocitu chladného čela. Přitom dochází k mírné změně vědomí, a přesvědčení, nové strategie pro řešení problémů.

□ **Katatymně imaginativní psychoterapie** – tato metoda pracuje s technikou denního snění. Na základě představy standardních motivů (potok, louka) jsou aktivovány centrální oblasti konfliktů. Pacientovi se zobrazují obrazy, ve kterých může prožívat sám sebe a zpracovává konflikty pomocí terapeutických technik.

Relaxační techniky – spočívají v příznivém ovlivnění stresových mechanismů. Mezi nejznámější řadíme autogenní trénink. Tato léčebná metoda spočívá v osvojení si pocitu tíhy, pocitu tepla, vnímání pravidelného dechu, tepu srdce, pocitu tepla nad solárním plexem a pocitu chladného čela. Přitom dochází k mírné změně vědomí, při které se úspěšně používá autosugesce k dosažení požadovaných cílů. Nácvik je potřeba provádět 10 minut dvakrát denně po dobu 8 týdnů. Vede k odstranění úzkosti, stresu a neklidu.

8. Problematika medikalizace lidského života. str. 163, 174 - 175

9. Současné trendy a možnosti psychosomatického přístupu v rámci ČR. honzák 200

- lékař s atestací z psych. medicíny
- klinický psycholog, psychoterapeut už ale není záruka kvality
- další odborníci – fyzioterapeut, kinezioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník – nemají vzdělání lékaře, zajímají se o dané téma, můžou mít jisté znalosti či dovednosti

Komplexní a týmová terapie

- v některých případech farmakoterapie – psychofarmaka? Jen výjimečně a v kontextu krátkodobého významu.

- tým lidí, kteří se zabývají jedním pacientem a spolupracují – využívá se Bálintovská skupina

co lze dále udělat?:

- změna životního stylu – podíl dalších odborníků s neklinickým vzděláním
- wellness specialista
- cvičitel ZTV, jógy atd.
- kouč (když třeba nechce na psychoterapii)
- a další

Šest významných současných přístupů v psychosomaticke

- **Psychoanalýza**
- **Behaviorální přístupy:** -Behaviorální medicína
-Koncepce naučené bezmocnosti
- **Koncepce existencialistické a humanistické**
- **Alexithymie**
- **Transakční analýza**
- **Systémový přístup**

Psychoanalýza

- Více směrů, navazují a prolínají se s dalšími psychoterapeutickými přístupy.
- Hledá příčinu nemoci a vychází z člověka, jeho světa a vztahu mezi nimi.
- Pracují s fenoménem alexithymie, zabývají se potlačovanými pocity agrese. Vycházejí s osobní historie nemocného, hledají především v období rané socializace. Zabývají se problémy vznikajícími z odindividualizování jedince.

Poněšický formuluje těchto pět tezí:

1. Tělesné prožívání je úzce spjato s psych. vývojem a vzájemně se ovlivňují. Dítě prožívá tělesně separaci, vlastní hranice, změny ve vztahovosti, hrdost z pokroku, i vývoj k mužské-ženské identitě.
2. Tělo a tělesnost jsou spojeny s emočními zážitky. Tělo a mé aktivní já. Tělo je prožívané v těsném kontaktu s ním.
3. Není-li tělo dostatečně emočně obsazeno, reaguje často symptomaticky.
4. Psychika se diferencuje z psychosomatické jednoty, ale i pak je nutné propojení obou složek. Např. emoční reprezentace těla. Důležité v zátěžových situacích a k udržení zdraví.
5. Psychoanalytická tělesně orientovaná psychoterapie hledá spojení tělesného reagování s jeho psychickým významem.

Behaviorální přístupy:

Behaviorální medicína

Zaměřuje se na analýzu chování nemocného a nácvik chování výhodnějšího pro zdraví.

Postupuje podle schématu:

- podnět
- > proměnné organismu (genetika, aktuální stav...)
- > reakce (motrická, subjektivní, fyziologická)

- > konsekventní poměr (určuje, jaké má příslušná reakce důsledky, jak ovlivňuje zdravé či poruchové chování)
- > konsekvence (bezprostřední důsledky chování, důležité pro nácvik, pozitivní či negativní posílení)

Koncepce naučené bezmocnosti

Vychází z předpokladu, že nemožnost ovlivňovat vlastní situaci vede k patickým příznakům.

Nemožnost kontrolovat situaci vyvolává tři deficity:

- motivační
- kognitivní
- emoční

U lidí se potvrdilo, že narozdíl od zvířat, je jejich **přístup k ovlivnitelnosti situací** značně individuální. Záleží úspěch na mě, nebo na vlivech zvenčí? Mám možnost se aktivně účastnit svého života? **Negativně tu působí zvýšená závislost a snížené sebevědomí.**

Emoční poruchy jsou důsledek nepřiměřených názorů, reprezentovaných tzv. automatickými myšlenkami, generalizacemi různých situací bezmoci a beznaděje.

HOPELESSNESS-HELPLESSNESS

zážitkový syndrom charakteristický útlumem pohybu a fyziologických funkcí.

zahrnuje:

- bolestivý pocit bezmocnosti a beznaděje tváří v tvář určité situaci
- subjektivní pocit snížené schopnosti situaci řešit
- pocit ohrožení a menšího uspokojení ve vztazích k ostatním a z role ve společnosti
- ztráta souvislosti mezi minulostí a budoucností, snížená schopnost naděje a důvěry
- tendence oživovat a opět prožívat předcházející deprivace a selhání

Koncepce existencialistické a humanistické

Vyzdvihují osobnostní vlastnosti jedince. Schopnost žít autenticky a být rezistentní vůči nemoci. Osobnostní předpoklady chápou polaritně: pozitivní varianta předpokladu vede ke zdraví, negativní k nemoci.

rizikové faktory podle **Kobasové**(1982):

- nihilismus, bezmoc a malá motivace k výkonu, vzdání se kontroly nad situací
- nepevný názorový systém, malá sounáležitost s okolím, neschopnost říci si o pomoc
- stresory jsou vnímány jako ohrožení a neštěstí, ne jako výzva

Rogers a jeho žáci pracovali s diskrepancí mezi reálným a ideálním "já"

Zdravé "já" integruje individuální zkušenost a přiděluje jí význam. Zkušenosti by měly být kongruentní se sebepojetím.

Poruchy vznikají, není-li toto splněno.

Křivohlavý podle Antovského(1990):

- špatná srozumitelnost světa, je chaotický, bez zjevného řádu, nemožnost se zorientovat a být v něm doma
- nemožnost svět zvládnout, úkoly jsou vnímány jako neřešitelné, z toho pramení pocit deprese, insuficience a anxiety
- odcizení, minimální emoční angažovanost, chybí opora v sociálních vztazích

Alexitýmie

Defekt individuálního procesu s kořeny v rané fázi vztahu matka-dítě. Pacienti projikují do okolí vlastní nestrukturovaný obraz. Pacienti nedokáží rozpoznávat, sdílet a nebo regulovat svoje emoce, ústí to v bolest, jejíž fyzickou příčinu se snaží odstranit.

dva typy rizikového chování:

- represe** jako adaptace vyhýbáním se konfliktům a potlačením hrozby
- senzitivizace** jako jejich přeceňování.

Transakční analýza

Zkoumá životní styl, a to především analýzou scénáře a her.

schéma: "Já jsem v pořádku-vy jste v pořádku....."

Snaží se otevřenou komunikací navodit autentické vztahy nepočetných životních her.

Minimalizovat maligní životní styly typu "věční smolaři, lidumilní obětavci,....."

Systémový přístup

Nemoc není samostatný fenomén, ale způsob interakce jedince s vnějším prostředím.

Nemoc je třeba vidět v souvislostech:

- pacient-okolí, psychosociální faktory
- pacient-osoby, které léčí
- pacient-jeho psychobiologický program

8. Problematika medikalizace lidského života. str. 163, 174 - 175

9. Současné trendy a možnosti psychosomatického přístupu v rámci ČR. honzák 200

- lékař s atestací z psych. medicíny
- klinický psycholog, psychoterapeut už ale není záruka kvality
- další odborníci – fyzioterapeut, kinezioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník – nemají vzdělání lékaře, zajímají se o dané téma, můžou mít jisté znalosti či dovednosti

Komplexní a týmová terapie

- v některých případech farmakoterapie – psychofarmaka? Jen výjimečně a v kontextu krátkodobého významu.
- tým lidí, kteří se zabývají jedním pacientem a spolupracují – využívá se Bálintovská skupina

co lze dále udělat?:

- změna životního stylu – podíl dalších odborníků s neklinickým vzděláním
- wellness specialista
- cvičitel ZTV, jógy atd.
- kouč (když třeba nechce na psychoterapii)
- a další

10. Alternativní postupy a techniky práce s emocemi (skupinová terapie, autoregulační, regulační techniky, hypnosuggestivní techniky, relaxační, imaginativní techniky a biofeedback, alternativní a iacute; medicína). str. 142 - 179

Bio-psycho-sociální přístup v medicíně si žádá rovný přístup odborníků z tak odlišných oblastí jako jsou vedle lékařů také psychologové, fyzioterapeuti nebo socioterapeuti. To, co takto rozdílné pohledy spojuje, je bezesporu práce se vztahem. Vždy se totiž jedná o důvěrný vztah lékaře, psychologa nebo fyzioterapeuta s pacientem. Proto naše odborná společnost dává přednost takovému pojetí psychosomatické medicíny, které odpovídá psychoterapeuticky orientované teorii, i když nečiníme rovnítko mezi psychosomatikou a psychoterapií. Psychoterapie je jen jednou z metod, kterou lze při léčbě psychosomatických pacientů využít, zdaleka však není jediným nástrojem psychosomaticky, celostně orientované léčby. Proto se pacient může setkat s psychosomatickým přístupem v různých typech ordinací:

•základní psychosomatická péče v ordinaci praktického lékaře či specialisty s psychosomatickým vzděláním:

Psychosomaticky orientovaný odborník si ponechává svou hlavní profesi, ordinuje v rámci svého oboru, získává však navíc nástroje pro rozšíření svého pohledu (psychosomatický urolog, gynekolog, neurolog, gastroenterolog atp.). Navštívit takto zaměřeného specialistu se vyplatí především u chronických poruch, které se nedaří vyléčit běžnými metodami. V rámci své ordinace může tak lékař využívat i další metody s tím, že prokazuje porozumění pro celostní bio-psycho-sociální pojetí nemoci i v rámci případné alternativní techniky. V tomto směru je velmi užitečné, když může být členem týmu s kolegy dalších oborů (psychoterapeutem, fyzioterapeutem), se kterými může konzultovat další aspekty pacientova stonání. (viz týmy) V případě, že dospěje s pacientem k tomu, že by užitečná byla psychoterapie nebo rodinná terapie, může ho snadněji předat příslušnému odborníkovi.

• ordinace psychoterapeutické medicíny:

Psychoterapie prováděná lege artis vyžaduje jiný typ časové a osobní zátěže, která z principu není v ordinaci lékaře možná. V těch případech, kde psychosomaticky orientovaný lékař je erudován také v psychoterapii některého směru (další vzdělání), může být jeho praxe označena jako ordinace psychoterapeutické medicíny.

•stacionární psychosomatická péče:

Pro léčbu závažnějších poruch jsou zřizovány další vysoce specializovaná pracoviště, často v režimu stacionáře, kde může být pacient v celodenním léčebném programu 6-8 týdnů. Zde se nejlépe uplatní výhoda týmové spolupráce. Je zřejmé, že v psychosomatické léčbě je nutné integrovat biologické a psycho-sociální složky medicíny.[8] Psychosomatický tým je víc než jen součtem odborností jednotlivých členů. Ve spolupráci a interakci nad společnými pacienty tým zraje jako celek, obsahuje kompetence, které se vzájemně doplňují a obměňují podle potřeb konkrétních pacientů a jejich rodin. Týmy jsou hlavním diagnosticko-terapeutickým nástrojem psychosomatické medicíny. Měly by v něm být pokud možno zastoupeny následující odbornosti: somatický lékař, psychiatr, fyzioterapeut, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální pracovník, popřípadě ergoterapeut a další.

Emoce

V psychoterapii mají 2 hlavní uplatnění:

1. emoce spojené s motivací
2. distres a emocionální bolest u poruch

= adaptivní systém hodnocení prostředí a vnitřního světa člověka.

Problémem ve fungování může být jeho ignorování nebo nesprávným fungováním .

Psychoterapie a práce s emocemi

Přístup humanistický

Přístup psychodynamický

Přístup kognitivně-behaviorální

1. Terapie zaměřená na emoce

Párová a individuální terapie

2 fáze: PŘIBLÍŽENÍ SE EMOCÍM

Uvědomění si emoce → dovolení si je prožít → pojmenování jednotlivých aspektů → emoce primární?

POUŽITÍ A PŘEMĚNA EMOCÍ

Techniky: dvě židle
prázdná židle

Terapie zaměřená na emoce II.

Důležité rozlišování emocí na primární, sekundární a instrumentální

Emoce adaptivní vs. Neadaptivní

2. Zrychlená prožitkově dynamická psychoterapie

Zpřístupnění klíčových emocí, které jsou kvůli OM nedostupné, neboli překonat psychopatologii zpřístupněním emočního prožívání klienta v dyadickém vztahu s terapeutem, který poskytuje optimální připoutání

Zaměřuje se na 5 aspektů:

PROŽÍVÁNÍ → REGULACE → REFLEXE → TĚLESNO → PROMĚNA

Terapie prožitkově dynamická II.

Techniky: Vztahové,

Restrukturující,

Prožitkově-afektivní,

Reflektivně-integrující

Cílem je: poskytnutí protipólu osamělosti, minimalizace dopadu obran, obnova klíčových emocí,

3. Terapie regulace emocí pro GAD

velké zaměření na kognitivní kontrolu, deficity v emoc. regulaci, nedostatky v uvědomování si emocí, jejich akceptaci, sdělování a regulaci

Vyhýbáním se bolestným emocím způsobuje jejich přetrvávání a neschopnost zpracování situace

Terapie regulace emocí II.

Zaměřuje se na poznání, akceptaci a využívání emocí

4 fáze:

1. psychoedukace, sebumonitorování

2. identifikace vyhýbajících se a defenzivních reakcí, zvyšování uvědomování si emocí a regulace

3. emocionální expozice

4. ukončení, prevence relapsů a cíle

Na rozdíl od lékařského rozhovoru o anamnéze a symptomech, se při terapeutickém rozhovoru zkoumá nemoc na pozadí životního příběhu klienta. Jako účinná metoda se používá práce s časovou osou, kdy klient sám určuje významné životní události a terapeut mu pomáhá zasadit je do kontextu s příznaky, které se v průběhu času objevovaly. Mimo jiné se ho ptá i na důležité vztahové figury ovlivňující jeho

celkové rozpoložení v minulosti i současnosti. Poznává osobnost klienta i jeho typické vzorce chování jak k sobě samému, tak k druhým. Nejen díky rozeznání spouštějících situací, ale i díky porozumění nonverbální komunikaci a zachycení rozporů v klientově vyjadřování, dokáže terapeut určit, co vedlo k onemocnění. Klientovi tento proces pomůže v porozumění souvislostí, které mu zůstávaly před terapií skryty. Pokud se však klient brání uvědomění si svých konfliktů, je třeba s jeho odporem pracovat postupně a až poté se přiklonit ke specifické terapii.

Kognitivně-behaviorální terapie

KBT se zaměřuje na emoce, chování a myšlenky či představy spojené s bolestí, které hrají velkou roli právě v případech, kdy nebylo nalezeno žádné tělesné poškození. Proto se při léčbě chronických bolestí mezinárodně preferuje kognitivně-behaviorální terapie. Dále se užívá podpůrná, dynamická a rodinná psychoterapie. Na začátku terapeut zjišťuje pacientovi minulé diagnózy a mluví spolu o příčinách vzniku bolesti. Vysvětlí mu, jak souvisí stres s jeho poruchou a také jak úzkost zvyšuje jeho bolest i zaměření na bolest. Na jeho úzkost má zase vliv hodnocení jeho bolesti a přesvědčení, které se i o svém stavu vytvořil. Pokud se negativní myšlenky nahradí alternativními rozumovými odpověďmi, vede to ke snížení úzkosti a redukuje se tím negativní sebepojetí, které je spojené s nerealistickými obavami.

Léčbu na základě tohoto přístupu uvedu na příkladu hypochondrické poruchy. Terapeut musí přijmout klientovo přesvědčení, že trpí vážnou nemocí a neměl by ho bagatelizovat, protože vychází ze silně nepříjemných pocitů. V průběhu terapie s ním postupně zkoumá negativní výklad jeho symptomů, který je čistě subjektivní a snaží se spolu najít méně ohrožující interpretace. Následuje dohoda na určitých behaviorálních experimentech díky kterým si klient uvědomuje, jestli jeho vyhýbavé chování intenzitu symptomů zvyšuje nebo naopak zmírňuje. V procesu terapie je klient aktivní a zapisuje si do deníku intenzitu, trvání a okolnosti ovlivňující jeho bolest. Kognitivní procesy na které se KBT zaměřuje totiž ovlivňují intenzitu bolesti i afekty s ní spojené. Na efektivitu terapie bolestivých poruch má však negativní vliv různorodost chronických stavů, odlišný časový průběh terapie a také variabilita technik, které se v KBT používají.

Psychodynamická psychoterapie

Terapeut praktikující dynamickou psychoterapii věří, že vzniku příznaků často předchází nezpracované konflikty a zabývá se také aktuálními konflikty a zátěží, kterou dává do souvislosti s jeho dosavadním životem. Jelikož je pro terapii důležitý vztah mezi klientem a terapeutem, který nabízí bezpečný prostor pro vyjádření emocí a zpracování pudových hnutí, je hlavní náplní terapie i přenos. Tato terapie však často nepomáhá u hypochondrie, kdy pacient svoje konflikty vytěsňuje a jeho plné zaujetí úzkostí, kterou prožívá vlivem svých příznaků, mu brání k hlubší reflexi. m. Terapeut v dynamické terapii neuděluje svému klientovi rady ani se nezabývá tolik samotným řešením, ale spíše ho vede k tomu, aby si uvědomoval, co sám říká nebo cítí.

Sebereflexe

Z hlediska sebereflexe se rozlišuje zkoumání a hodnocení našeho chování, myšlenek a pocitů a vzhled, schopnost jasně porozumět těmto myšlenkám a pocitům. Oba faktory jsou důležité proto, aby došlo k přímé a smysluplné změně. Také se rozlišuje mezi způsobem, jak jedinci k sebereflexi dospívají. Zatímco pro první skupinu lidí je sebereflexe automatickým procesem a nevyvíjí tedy k jejímu dosažení nějaké zvláštní úsilí, druhá skupina se na ni musí vědomě zaměřit a usilovat o ni. Cílevědomá snaha o sebereflexi byla spojena s větší tendencí k úzkosti. Pro měření efektu vědomé reflexe se porovnávala skupina lidí, která si psala deníky a vedla záznamy o svých pocitech s těmi, co tuto činnost neprovozovali. Z výzkumu vyplynulo, že lidé bez deníků měli lepší úroveň vzhledu. Je tomu tak proto, že k sebereflexi přistupují jako k automatickému procesu, spíše než aby ji úmyslně vyvolávali. Schopnost reflektovat svoje emoce, jednání a myšlení je důležitá pro seberegulaci, sebehodnocení a sebekritiku. Sociální psychologie a psychologie osobnosti se proto velmi zajímá o příčiny a následky sebereflexe.

Měření sebereflexe

Studie individuálních odlišností se datuje k modelu osobního a veřejného sebeuvědomění, která předpokládá, že lidé se liší v tendenci reflektovat osobní a veřejnou složku svého já. Mnoho studií kritizovalo psychometrické kvality originálních škál s tím, že osobní sebeuvědomění by mělo být rozděleno do 2 subfaktorů. Jeden subfaktor známý jako sebereflexe reflektuje maladaptivní sebeuvědomění a další, známý jako vnitřní stav sebeuvědomění, reflektuje adaptivní sebeuvědomění. Jeden z těchto nových modelů předpokládá dvě složky dispozičního sebeuvědomění: sebereflexi a vhléd. Tyto rysy jsou měřeny škálou sebereflexe a vhlédu.

Škála osobního sebeuvědomění – PrSCS

Fenigstein, Scheier a Buss (1975) vytvořili dotazník Self-consciousness scale (SCS), aby zachytili individuální odlišnosti v míře sebeuvědomění. Sebeuvědomění považovali jednak za relativně stabilní osobnostní dispozici a také za situační stav, který může být vyvolán vnějším prostředím. Proto rozlišovali dvě nezávislé dimenze: soukromé self a veřejné self, které se v literatuře uváděly v překladu jako dispoziční sebeuvědomění a situační sebeuvědomění. Rozpor mezi sociální psychologií a psychologií osobnosti se zmírnil, když se uznalo, že naše self může být celkově ovlivněné situačně, ale je rozdíl v tom, jaké ze dvou dimenzí věnujeme větší pozornost.

Škála sebereflexe a vhlédu – SRIS-SR a SRIS-IN

PrSCS byla předmětem diskuze, protože se zdálo, že její položky nezachycují pravou podstatu sebereflexe. Namísto konstruktivní formy sebereflexe měla tato škála úzký vztah s psychopatologií, takže se jednalo spíše o maladaptivní pohroužení do sebe samého. Další důvod, proč je škála osobního uvědomění oproti škále sebereflexe a vhlédu nekonzistentní je, že se zde zaměnil motiv k sebereflexi s aktuálním pohroužením do sebereflexe. Škála sebereflexe a vhlédu zahrnuje dva nezávislé faktory, kterými je sebereflexe (SRIS-SR) a vhléd (SRIS-IN). I na základě rozumové úvahy jsou tyto faktory nezávislé, člověk může strávit hodně času sebereflexí aniž by dosáhl vhlédu a porozumění svému prožívání. Rozdíly ve skórech mezi pohlavími se na této škále nezjistily. Když přihlídneme k faktu, že větší skóre na škále sebereflexe souvisí i s vyšším skóre na škále PrSCS a škála vhlédu naopak negativně koreluje s PrSCS, ukazuje se, že rozlišení vhlédu a sebereflexe je oproti PrSCS více rozvinuté. Dále také obsahuje více položek, které odkazují na 3 oblasti naší zkušenosti (emoce, chování, myšlení). Vhléd (SRIS-IN) představuje konstruktivní sebereflexi, která jde ruku v ruce s lepší seberegulací, kognitivní flexibilitou a negativně koreluje s úzkostí, stresem a alexithymií. Škála sebereflexe (SRIS-SR) je oproti tomu spjata s větší úzkostí a stresem, ale nenašel se vztah mezi alexithymií a depresí. Škála sebereflexe tedy pravděpodobně odráží dysfunkci přemítání nad sebou samým. Nicméně faktory, které se podílí na vztahu mezi sebereflexí a vhlédem zahrnují rozsah, jakým se jedinec aktuálně pohroužil do sebereflexe, psychologické mechanismy a chování, které se u něho projevují ve stavu sebereflexe. Dále také důvod či motiv, který ho vede k tomu, že setrvává v sebereflexi.

Psychoterapeutické přístupu v psychosomatické

Systemická psychoterapie

Pojem označuje samostatnou psychoterapeutickou školu, která je součástí koncepce systemického přístupu ke klientům a vlastní profesionální roli pracovníka v široké oblasti pomáhajících profesí..

Na obecné úrovni vychází systemický přístup z filosofie, že vnější svět našim poznáním neodhalujeme, ale vytváříme si ho a realita je naší vlastní konstrukcí. Systém sice existuje pouze v mysli výroků pozorovatele, ale je pro něho reálný. Z těchto východisek odvozuje ucelenou teorii systemické psychoterapie, jejíž součástí je jak nové vymezení základních pojmů jako např. "problém, klient, terapie, pomoc, řešení", Z obecné teorie vycházejí modely systemické praxe, představující metodickou výbavu terapeuta

a konkrétní technické nástroje (konstruktivní otázky, externalizace, zplnomocnění klienta, ocenění).

Systemická terapie, sociální práce a poradenství organizacím, založené na této filosofické platformě, se v rozšiřuje již více než 10 let.

Metoda externalizace:

Tato metoda označuje klientův symptom anebo problém za něco, co stojí vně pacienta a nepatří k jeho osobnosti.

Tím klienta osvobozuje od kritiky druhých, protože přestává být jako osoba s problémem ztotožňován.

Klient může spolu s dalšími osobami na již vyděleném problému pracovat, s tím se stát někým, kdo má moc a kontrolu nad tím, co jej doposud ovládalo.

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 mandát svůj příběh aktivně měnit. Terapeut se pak stává spoluautorem nového příběhu tím, že v terapeutické situaci vytváří podmínky pro změnu.

Eriksonovská psychoterapie

Jedná se o prolínání hypnosy a nehypnotické terapie, stírá se rozdíl mezi oběma přístupy.

Používají se zde přirozené transové stavy, do nichž se i v běžném životě dostáváme.

Hypnotická relaxace je použita jako rámec komunikace mezi terapeutem a klientem, v níž dochází k získání spolupráce a odstranění zábran.

Hloubka hypnosy v terapii zde není důležitá jako pro badatele v experimentální hypnose, ale hodnotí se zde, jaký léčebný vliv má v tomto kontextu terapeutovo působení.

Rogeroivská psychoterapie

Terapeutický přístup vytvořený C. Rogersem, v angličtině nazývaná "terapie zaměřená na člověka", v němčině označovaná jako "terapie rozhovorem". Její specifickým rysem je, že vychází ze samotného klienta a podněcuje jeho samostatný rozvoj, namísto aby se zaměřovala na "usměrňující působení".

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.

Gestalt psychoterapie

Gestalt terapie je humanistický směr v psychoterapii, který má své kořeny v psychoanalýze, gestalt psychologii a fenomenologii. Inspiruje se také existencionalismem, holismem a východními duchovními naukami, v první řadě zen-budhismem.

Duchovními rodiči Gestalt terapie jsou Frederick Perls a Laura Perlsová. Jako psychoterapeutický směr ji založili ve 40. letech 20. století. Významní představitelé současné Gestalt terapie jsou E. a M. Polsterovi, J. Zinker, G. Yontef aj.

Gestalt terapie klade důraz jak na aktuální prožívání (princip "ZDE A NYNÍ"), tak na celkový proces, jímž klient a jeho vztah s terapeutem prochází. Terapeut pomáhá klientovi uvědomit si svoje pocity, emoce, myšlenky, být s nimi v kontaktu a přijmout je za své. Tak mu umožňuje svobodně se rozhodnout, co a jak ve svém životě udělá, eventuálně změnit. Pro Gestalt terapii je nejdůležitější vnímat, co člověk prožívá a jak nyní prožívá svou existenci.

Racionální psychoterapie

Zaměřuje se na logické myšlení klienta.

Snaží se především působit na jeho rozum, soudnost, kritičnost. V centru pozornosti je výklad a objasnění podstaty problému, příčin jeho vzniku a psychosomatických souvislostí.

Cílem je dosažení změny klientových názorů a postojů v oblasti jeho zaměření a životních

hodnot.

Předpokladem je důkladný rozbor anamnesy, který již sám je významným psychoterapeutickým činitelem.

Tento přístup se buď může stát nosnou metodou po celou dobu terapie nebo častěji se používá v počátečním stadiu terapie systemické.

Je také vhodnou přípravou k některým speciálním technikám jako je autogenní trénink, hypnosa apod.

Kognitivně-behaviorální terapie.

Je to poměrně mladý směr, který vychází z kombinace kognitivní a behaviorální terapie.

Behaviorální terapie získala podnět ke svému rozvoji v experimentální psychologii zabývající se studiem procesů učení a její výsledky aplikuje na porucha lidského chování.

Poruchy chování jsou dle tohoto přístupu chápány především jako naučené reakce.

Kognitivní terapie věnuje pozornost poznávacím procesům a to především myšlení.

Spojením obou směrů vzniká terapeutický přístup, kde se obě filosofická východiska kombinují dle aktuální potřeby.

K hlavním rysům terapie patří:

- krátkodobost a časová omezenost /většinou max. 20 sezení/
- zaměření na přítomnost
- zaměření na konkrétní ohraničené problémy
- stanovení konkrétních funkčních cílů
- směřování k rychlé soběstačnosti klienta
- nácvikové metody: na principu opakování, učení, tréninku získává klient dovednosti, zvládá situace,
- zvyšuje si pocit vlastní zdatnosti.

Tato metoda se s úspěchem používá především při terapii specifických úzkostných poruch, sociální fobie apod.

Transakční analýza (dále TA)

*(jejímž duchovním otcem je kanadský psychiatr a psychoanalytik Eric Berne *1910)*

je přístup používaný na poli psychoterapie, poradenství, ve vzdělávacích programech a v tréninku managementu organizací. Je to ucelená, přehledná a srozumitelná teorie o fungování našeho Já a našeho jednání. Má své kouzlo v jednoduchém grafickém zobrazení (toho, co se v nás děje a co se děje při jednání s druhými), které pomůže snadno porozumět souvislostem potíží, které máme se sebou či s druhými. Je tak jednoduché, že mu může porozumět i malé dítě.

TA vychází z dynamických léčebných postupů, neurofyzilogických poznatků, teorie učení a předpokladu, že v našem **já lze rozlišit tři základní části (stavy, ve kterých funguje):**

Rodič, Dospělý a Dítě. Každý má svůj způsob citění, myšlení a chování. Zjednodušeně si to lze představit tak, že:

- **Rodič** je ta část, která myslí, cítí a jedná jako rodičovské a jiné autoritativní postavy (které byly pro nás důležité). Je především nositelem hodnot, "ví" co je dobře a co ne. Ochraňuje, pečuje, kárá, trestá, nabádá, zakazuje, hodnotí, je nositelem tradice.
- **Dospělý** je část, jejíž citění, myšlení jednání se vztahuje k aktuální situaci, ve které se ocitáme. Vyhodnocuje vnitřní a vnější podmínky, dělá racionální rozhodnutí, za která nese zodpovědnost. Myslí, řeší, umí, jedná, pracuje, uzavírá dohody.
- **Dítě** je ta část, která myslí, cítí a jedná způsobem, který ve člověku zbyl z doby, kdy byl dítětem. Patří do něj jak přirozené, tvořivé dítě tak i dítě přizpůsobené tlaku okolí (adaptované dítě). Raduje se, zlobí, tručuje, bojí se, pláče, trpí nejistotou, nemyslí, chce, čaruje.

Název transakční analýza vystihuje zaměření této metody na **transakce** – tedy výměny sdělení mezi lidmi. Sdělení v sobě nesou jednak informaci, ale také určitou formu

„**pohlazení**“ (=zájem, ocenění, přijetí, obdarování, uznání, ale i signál, „beru tě na vědomí“, „beru na vědomí tvoji hranici“). Tento druh „pohlazení“ pomáhá **sytit naše základní psychologické potřeby**, neboť člověk je tvor společenský a potřebuje kontakt s druhými lidmi. Pohlazení mu dává jistotu, **že je (existuje)** a jistotu o tom, jaké je jeho místo ve společnosti.

„Člověk potřebuje určitý počet pohlazení denně, jinak mu vysychá mícha“ – to je s oblibou citovaná věta E. Berneho, která jednoduše vyjadřuje tuto psychologickou potřebu. Lze ji možná přirovnat k biologické potřebě výživy – také potřebujeme syčení určitým množstvím a druhem živin, aby se naše tělo cítilo dobře, bylo zdravé a mohlo dobře fungovat. Stejně tak potřebujeme mít nasycené psychologické potřeby, abychom se cítili dobře, byli duševně zdraví a mohli dobře fungovat ve vztazích.

Pokud se nám pohlazení nedostává, pocítíme frustraci a snažíme se automaticky opatřit alespoň nějaký „kopanec“, což je lepší než nic. Tuto nevědomou logiku můžete snadno pozorovat u malých dětí, které při nedostatku pozitivních pohlazení začnou zlobit, čímž si vyslouží alespoň pohlavěk či jinou negativní pozornost. To sice bolí, ale je to lepší než žít v nejistotě, zda vůbec existuje, když si ho nikdo nevšímá (což se rovná psychologické „smrti“). Když se vrátím k příměru s potravou, také asi v období hladu raději zvolíme krmení nekvalitními potravinami, než úplné hladovění. To sice může poškodit naše zdraví, ale je to lepší než smrt hladem.

Druhá část názvu TA (**analýza**) vystihuje skutečnost, že se zabývá analýzou transakcí (výměn) probíhajících mezi lidmi a analýzou, jak tomu jednotlivé části našeho já (rodič, dospělý, dítě) přispívají. Pokud nám naše transakce dobře sytí naše potřeby, tak se tím zřejmě nemusíme vůbec zabývat. Ale pokud nám naše transakce přinášejí mnoho problémů či bolestí a naše potřeby při tom zůstávají neuspokojené, může nám TA pomoci k uvědomění si a porozumění bolavým a hladovým místům našeho já, která nás „nutí“ opakovat cestu pro „kopance“ jako bychom byli naprogramováni (analýza her a životního scénáře).

S pomocí TA můžeme najít také „protilátky potřebné k uzdravení“ tj. způsoby, jak bezpečně sytit hladové potřeby našeho vnitřního dítěte:

1. uvědomit si, jaký druh pohlazení potřebujeme
2. objevit a osvojit si efektivní způsoby, jak je získat
3. zjistit, jaká k tomu potřebujeme svolení a podporu
4. naučit se, jak se efektivně chránit před tím, co nechceme

Filosofickým východiskem TA je, že **lidé jsou OK** (přijatelní), rodí se OK, pod necitlivým tlakem mocných se mění v NE-OK a je možné se změnit v OK procesem růstu (třeba s pomocí psychoterapie). **Cílem transakční analýzy je strávit co nejvíce životního času v pozici JÁ JSEM OK, TY JSI OK, kdy vycházíme s lidmi a umíme nakládat se životem.** Samozřejmě, že všichni můžeme sklouznout do NE-OK pozice (Já jsem OK – Ty nejsi OK, já nejsem OK – Ty jsi OK, já nejsem OK – Ty nejsi OK) pod vlivem velkého životního stresu. Procesem terapie můžeme zjistit, že se můžeme chopit sami OK životní pozice. Můžeme se jednoduše rozhodnout pro život s důvěrou a přístupem JÁ JSEM OK - TY JSI OK. Pak se staráme o svůj vlastní život. Cílem růstu s pomocí TA je **větší autonomie** – svoboda, soběstačnost, nezávislost, rozvinutí **schopnosti uvědomování si sebe** (kontaktu se svými emocemi), **spontaneity** (schopnosti být tady a teď) a **schopnosti vytvářet intimitu** (blízkost - kde získáváme nejceněnější pohlazení).

Terapie realitou

Zaměřena na aktivní racionální zvládnání života a na uspokojování potřeb.

Lidé jsou zodpovědní za své současné jednání, protože mají možnost volby.

Terapeut pomáhá klientům porozumět svým přáním, uvědomit si, jestli to čekají zvenčí nebo od sebe, vede je ke zvládnání problémů aktivním jednáním.

Rodinná terapie

- Začíná se rozvíjet po druhé světové válce – všímá si významu současné pacientovy rodiny při utváření a udržování psychických poruch u jejích členů.

- Pojmový rámec poskytl systémové myšlení (vzájemná kauzální propojenost různých jevů): Získání náhledu na opakování nevyřešených problémů z dětství, dosažení pružných rolí v rodině – N. Ackerman.

Dosažení diferenciací každého člena – M. Bowen.

Zdůrazňování hranic rodinných subsystémů – S. Minuchin.

Manipulace a strategické postupy pro znemožnění obrany rodiny proti změnám – J. Haley.

Poznávání rigidních vzorců v komunikaci a jejich nahrazení otevřenou komunikací – V. Satirová

Systemická psychoterapie

Rodinu chápe jako autonomní a sám sebe regulující uzavřený systém.

Hlásí se k radikálnímu konstruktivismu – vnější svět našim poznáním neodhalujeme, ale vytváříme, realita je sociální konstrukcí.

Základní teze dle Ludewiga:

- Vše řečené je řečené pozorovatelem.
- Pozorovatel je jazykující živá bytost.
- Vše řečené je vytvořeno jazykováním.
- Reality jsou argumenty v konverzování.
- Systémy jsou kompletní jednotky vytvořené jazykováním.
- Systemicky myslet znamená soustředit se na problémy.

Člověk vypráví svůj příběh sobě i druhým, jednotlivým událostem připisuje určitý význam - vyprávění i významy s ním sdílí členové společenství, a vytváří tak společnou sociální realitu; příběh se každým vyprávěním pozměňuje, což může terapeut podporovat narativní terapií.

- Jde v podstatě o rozhovor, při němž se převyprávěním příběhů postupně dosahuje dekonstrukce původních významů; zároveň s tím probíhá hledání nových souvislostí a významů, umožňující rekonstrukci problémem definovaného systému.

- Cirkulární dotazování (milánská skupina) – nepřímá forma získávání zkušeností – neptáme se klienta, co si myslí, ale co si myslí, že si myslí jiný člen rodiny, což umožňuje obejít případný odpor ke sdělování vlastních pocitů.

- Konstruktivní dotazování (Ludewig) – obecnější označení, začleňuje i otázku: „Podle čeho poznáte, že je terapie u konce?“.

- Otázka po zázraku (de Shazer) – otázka: „Předpokládejme, že se jedné noci, zatímco vy budete spát, stane zázrak a váš problém se vyřeší. Vy to ale nevíte, protože jste spal. Jak to poznáte?“.

- Technika zázračné změny – „Chtěli bychom, abyste do příštího setkání předstírali, že zázrak, o kterém jste hovořili, se už stal, a abyste pozorovali, jak na to reaguje váš partner.“

- Zhodnocení pozitiv (de Shazer) – „Do příštího setkání si všimněte, co se děje ve vaší rodině, abyste dokázali říct, co chcete, aby i nadále pokračovalo tak, jak dosud.“.

- Reflektující tým – po 40-60 minutách udělá terapeut přestávku a připojí se k pozorujícímu týmu, nebo zůstane s klienty a např. po změně intenzity světla naslouchá poradě a úvahám týmu.
- Externalizace problému (M. White a D. Epson) – pacientův problém je označen za něco, co k němu nepatří, tím ho osvobozuje od kritiky jiných, klient může spolu s dalšími osobami na již vyděleném problému pracovat, a tím se stát někým, kdo má moc a kontrolu nad tím, co jej doposud ovládalo.
- Další techniky: pozitivní přeznačování problému, vyjádření pochybností o možnostech změny a paradoxní pokyny.
- Na obecné úrovni vychází systemický přístup z filosofie, že vnější svět naším poznání neodhalujeme, ale vytváříme si ho a realita je naší vlastní konstrukcí.

skupinová terapie

Tento postup využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku (vztahy a interakce mezi členy skupiny). Šetří čas a může být díky různým přístupům ze strany ostatních klientů účinnější. Je nutné se o ní zmínit, protože v arteterapii je skupinová terapie využívána nejčastěji.

Morenův směr

Podněcuje k setřesení navykklých konvenčních šablon chování. Ve vztahu k terapeutovi je uplatňován princip téle – vhléd a vcítění jednoho do druhého. Využívá psychodramatu a sociometrických technik.

Analytický směr

Zdůrazňuje usnadnění přenosu ve skupině, aktivizaci problematiky života v raném dětství v rodině a pomoc při analýze neurotických pacientů

Transakční analýza (TA)

Eric Berne.

Přístup používaný na poli psychoterapie, poradenství, ve vzdělávacích programech a v tréninku managementu organizací.

Vychází z dynamických léčebných postupů, neurofyzilogických poznatků, teorie učení a předpokladu, že v našem já lze rozlišit tři základní části (stavy, ve kterých funguje): Rodič, Dospělý a Dítě. Každý má svůj způsob cítění, myšlení a chování.

Jiné

Arteterapie, Dramaterapie, Muzikoterapie, Biblioterapie, Terapie pohybem, Terapie hrou, Aromaterapie

Specifické regulační a autoregulační postupy

- Mentální trénink
- Ideomotorický trénink
- RAM (relaxačně aktivační metoda)
- Biologická zpětná vazba (biofeedback)
- Dechová cvičení (kompenzační cvičení)
- Koncentrační a meditační techniky
- AT
- hypnóza

Hypnosuggestivní techniky

HYPNOTERAPIE

Hypnoterapie je léčba vycházející z možnosti ovlivnění hlubších úrovní vědomí. Využívá stavu, který je na pomezí bdění a spánku a který nazýváme hypnózou. V ní jsou myšlenkové procesy krátkodobě zastaveny. Hypnotický polospánek je stav „soustředěné mysli“, při kterém nejste ani plně při vědomí, ani úplně nespíte. Hypnózy lze použít k navození relaxace, k léčení stresových stavů, jako pomocnou léčbu k překonání závislostí, fobií, anorexie, k léčení nedostatku sebedůvěry a sexuálních problémů. Některé formy hypnózy účinně pomáhají zmírňovat bolesti, zvláště během porodu a při zubním ošetření.

Hypnoterapie je určitě nejvýznačnější pojem, který se uplatňuje v souvislosti s konkrétním využitím hypnózy ve prospěch zhypnotizovaného. Hypnóza příznivě ovlivňuje některé psychosomatické potíže skrze ego, vědomí a nevědomí každého zhypnotizovaného, a pokud je dostatečně hluboká, může být vliv hypnózy překvapivě, někdy dokonce dramaticky silný.

Hypnotizace představuje specifický uspávací proces řízený hypnotizérem (terapeutem), jehož efekty jsou příznivě přijímány hypnotizovaným a jenž s velkou pravděpodobností přivede hypnotizovaného k takzvanému hypnotickému spánku.

- Nezbytným předpokladem každé hypnózy je důvěra klienta a tím vytvořená vnitřní pohotovost nechat se ovlivnit. Důvěra podporuje stav pozitivního očekávání, a ten ve spojení s nadějí vede k víře a k živé názorně představě či vizi, že žádoucí výsledek skutečně nastane.
 - Hypnóza nemá nic společného s magií či nějakými nadpřirozenými procesy.
 - Hypnózu charakterizují tyto znaky:
 - selektivně se zvyšuje pozornost vůči zadávané sugesci;
 - klient slyší každé slovo a každý šelest;
 - je snížena jeho kritičnost;
 - jeho vědomí je zúžené, ale bdělé;
 - orientace v čase a prostoru zůstává zachována;
 - pacient si na prožitky z hypnózy pamatuje, není-li mu výslovně sugerováno, že si je pamatovat nebude;
 - hypnotizovaný reaguje na oslovení;
 - dosažený stupeň hloubky hypnózy i míry hypnosuggestivního ovlivnění do velké míry závisí na celkovém neuropsychickém založení a stavu hypnotizované osoby, zejména pak na její psychické aktivitě či pasivitě.
- Sugesce je jádrem jakékoliv léčby hypnózou. Uplatňuje-li se sugesce pečlivě a se schopností vcítění, umožňuje podchycovat nemoci již v zárodku a léčit je přirozenou cestou. Může tak případně pomoci tam, kde jiné způsoby léčby zůstávají neúčinné.

VIZUALIZACE

Vizualizace je technika, která zapojuje představivost a pomáhá tak lidem, aby se vyrovnali se stresovými situacemi, naplňovali svůj potenciál a využili léčivé procesy těla samotného. Podobá se snění, ale záměrně zapojuje vědomou mysl, která si uvědomuje tělu prospěšné pochody.

Lidé zpravidla užívají vizualizace k tomu, aby si ve své mysli vytvořili místo, kde se cítí příjemně. Může to být např. tropický ostrov nebo slunná louka. Ve stresových situacích pak jen mohou zavřít oči, přenést se v mysli do svého místa pohody a uvolnit se.

NEUROLINGVISTICKÉ PROGRAMOVÁNÍ – NLP

Metoda NLP vznikla začátkem 70. let v USA na univerzitě v Santa Cruz v Kalifornii. Při řešení úkolu, modelovat vzorce chování a rozhodování úspěšných specialistů s cílem určit společné znaky úspěchu, autoři metody jazykovědec John Grinder a matematik, počítačový odborník a terapeut Richard Bandler s překvapením zjistili, že úspěšní lidé používají při své práci podobné

až shodné modelové vzorce chování a zároveň zjistili, že tyto vzorce je možné převést do různých oblastí profesního i osobního života.

NLP vychází tedy z toho, že většina problémů v životě pochází z modelů chování, které si ukládáme v mysli. NLP můžeme dělit na tři části.

První – „neuro“ – se vztahuje k neurologickým pochodům vidění, slyšení, vnímání, cítění a chuti, které tvoří základní kameny zkušeností.

Druhá – „lingvistická“ – část se zabývá způsoby, jakým užíváme jazyk při komunikaci s jedinci.

Třetí – „programová“ – část se vztahuje ke strategiím a technikám organizace těchto vnitřních procesů.

PSYCHOKINEZIOLOGIE

Příčinou nemocí jsou většinou blokové duševní problémy, které byly způsobeny předchozími traumatickými událostmi. Psycho-kineziologie využívá tělesných signálů, aby odhalila duševní příčiny. Prostřednictvím svalového testu se pracujeme k původnímu duševnímu konfliktu.

UNIVERZÁLNÍ LÉČEBNÁ TECHNIKA EFT (EMOTION FREEDOM THERAPY)

Jak už sám název napovídá, dá se jednoduše říci, že se jedná o terapii, která vám napomůže emočně se osvobodit. EFT vám pomůže nejen v oblasti vašeho fyzického a psychického zdraví, ale také s kvalitou vašeho života. Její univerzálnost je jednou z jejích největších předností a činí ji tak zcela výjimečnou. Její výsledky dalece přesahují možnosti klasických, dosud známých metod a principů, což je důvodem její velké popularity na celém světě.

Metodu vytvořil americký psycholog Dr. Roger Callahan a Ing. Gary Craig a je založena na objevu, že:

„PŘÍČINOU VŠECH NEGATIVNÍCH EMOCÍ JE PORUCHA V NAŠEM TĚLESNÉM ENERGETICKÉM SYSTÉMU“

EFT patří mezi metody energetické psychologie, mladého oboru, který si získává čím dál větší popularity nejen mezi zastánci alternativní medicíny, ale i lékaři, psychology a psychiatry. Jedná se o emoční formu akupresury, řešící příčinu emocionálních problémů, mnohdy uložených hluboko v podvědomí.

Metody velmi efektivně spojují práci na psychice a fyzickém těle, čímž obvykle rychle dosahují skvělých výsledků, jak při léčbě psychických problémů, tak i fyzických.

EFT odstraňuje z energetického systému emoční bloky, negativní a nepotřebné emoce, které komplikují život, způsobují problémy či emoční bolesti a díky tomu tato metoda napomáhá vytváření požadované ideální emoční rovnováhy. Jakmile je odstraněno negativní emoční propojení na konkrétní vzpomínku, je vymazán i model negativního očekávání, resp. promítání negativních vzorců do budoucnosti. Díky tomu dochází i k celkové harmonizaci života.

PSYCHOSOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Psychosociální poradenství je založeno na krátkodobějších konzultacích, kdy klient přichází s různými problémy psychosociálního charakteru. Nejčastěji jsou to vážnější životní problémy, které klienta konfrontují a on se tak dostává do krize. Klient si většinou neví sám rady, nemá komu by se svěřil, nebo se za své problémy stydí.

INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Hlavním smyslem psychoterapie je porozumět nevědomým aspektům mysli v souvislosti s životním děním klienta a jeho potížemi. Spolu s klientem se snažím pracovat až ke kořenům potíží a k jejich skutečným příčinám. Tímto způsobem může klient přijmout vlastní minulost, s kterou se vyrovnává a poté je schopen začít řešit svůj současný život.

Psychoterapie doslova znamená „léčbu prostřednictvím duše“. Má vést k pocitům sebeuplatnění a seberealizace, k uskutečňování vlastních možností a k naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti.

Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků, podstatou je obnovení pracovní schopnosti, schopnosti požitku, kontaktu, naděje, schopnosti radovat se ze života. Účelu je dosaženo, když vymizí příznaky, které tomu bránily.

Individuální terapii můžeme využít jednorázově k vyřešení konkrétních problémů se kterými si nevíte rady. Některé starosti můžeme vyřešit za jednu či dvě konzultace, náročnější poruchy potřebují čas. Pokud se rozhodnete řešit problém do hloubky, počítejte s desítkami hodin zdánlivě nudných rozhovorů, při nichž budeme mluvit o vašem každodenním jednání, o pocitech.

Při podpůrné terapii vás povedu k důvěře v podporu vaší osobnosti takové, jaká je, bez snahy ji měnit.

1. **Relaxační techniky**

Relaxační techniky jsou jednou z možností, jak si získat a dodávat sebepodporu. Zlepšený stav psychiky přímo ovlivňuje správné imunitní reakce našeho organismu a celé nervové soustavy. Jedná se o bezpečný způsob zlepšování naší kondice bez ohledu na věk či zdravotní stav.

Relaxace je psychofyzilogický stav intenzivní regenerace organismu. Je dokázáno, že při relaxaci dochází k posílení imunitního systému a k hluboké regeneraci buněk, zejména nervového soustavy. O relaxaci lze říct, že je jedním ze způsobů, jak se dostat do vědomého kontaktu se svou myslí i tělem. Tímto kontaktem dosahujeme uklidnění, přesnější uvědomění si vlastních pocitů a myšlenek.

Zkrátka uleví se nám od úzkosti, deprese a často i fyzické bolesti. Nastartují se hojivé procesy díky několikanásobnému účinku relaxace:

- 1.účinek proti stresu – organismus produkuje vlastní anxiolytikum
- 2.proti bolesti – organismus produkuje vlastní analgetikum
- 3.proti neklidu – organismus produkuje vlastní trankvilizér
- 4.proti svalovému napětí – organismus produkuje vlastní myorelaxans

První pomoc při stresu – základní techniky

Stres a relaxace jsou jako odvrácené strany jedné mince. Oba stavy mají své dané zákonitosti a tak i vliv na naše tělesné i duševní zdraví. Stres známe všichni, ale relaxovat každý neumí. Základem úspěchu je dýchání, potažmo *plný jógový dech*. Učíme se ho postupně (dýchání do břicha, hrudníku a podklíčků), abychom jej ve finále spojili (v plný jógový dech). Vdechujeme i vydechujeme nosem.

1.Dech do břicha.

Při lehu na zádech (neprohýbáte se v bedrech, pokud ano, pokrčte si kolena) si položte ruce s roztáženými prsty na břicho, abyste při nádechu cítili rozšiřování břicha do stran, dopředu i vzad (bedra se neodlepují ze země). Při výdechu se pupík „vcucne“ směrem k bedrům. Hrudník se dýchání neúčastní, je nehybný. Pohyb břicha je přirozený a plynulý, ne křečovitý.

2.Dech do hrudníku.

V leže na zádech přesuňte ruce na spodní strany hrudního koše. Při nádechu cítíte, že se vám hrudník rozevívá do stran, nahoru i částečně do podložky. Břicho je nehybné a dechu se teď neúčastní.

3.Dech do podklíčků (pod klíční kosti).

Jedná se o velice mělký dech, kdy se skoro vůbec nenadechujeme do hrudníku. Tento mělký dech je bohužel typický právě u stresu a úzkostí, kdy nedostatečné okysličení organismu neprospívá.

Plný jógový dech poté dosáhnete následovně: nádech do břicha pokračuje plynule nádechem do hrudníku až pod klíční kosti, výdech nosem nejprve z podklíčků, z hrudníku a naposledy z břicha, kdy se pupík přiblíží k bedrům. Plný dech opakujte alespoň 3x, kdykoliv se potřebujete odreagovat a zklidnit.

Autogenní trénink

Jedná se o osvědčenou metodu vycházející z poznatku, že psychické napětí, aktivace vegetativní soustavy a napětí kosterního svalstva spolu souvisí. Snížením napětí kosterního svalstva lze dosáhnout snížení psychického stresu i ovlivnit funkce vegetativně inervovaných orgánů.

Základní stupeň autogenního tréninku spočívá v systematickém nácviku 6 úkolů:

1. nácvik tíhy – vychází z představy tíhy v končetinách a postupně má být dosaženo tíhy v celém těle
2. cvičení tepla se postupně dosahuje od končetin na celé tělo
3. regulace srdeční činnosti se soustřeďuje na akci srdce, má docházet ke zklidnění a zpomalení tepu
4. soustředění na dech vede ke zklidnění
5. regulace břišních orgánů se zakládá na vizualizaci, že do břicha proudí např. teplé světlo
6. soustředění na oblast hlavy se zakládá na představě, že čelo je příjemně chladné

Cvičení se pravidelně opakuje (nejlépe 10min. denně). Po cvičení je výborné využít zrelaxovaný stav mysli a přidat motivační individuální formulky. Tyto individuální afirmace si klient zpravidla odnáší z psychoterapeutických sezení jako téma, na kterém pracujeme. Afirmace je doporučováno používat denně po dobu alespoň měsíce. Jsou to jednoduché povzbudivé věty typu: Jsem klidný, zdravý... Dovoluji si zpomalit. Tak jak jsem, jsem v pořádku. Teď mohu nerušeně odpočívat. Dělán, co můžu a to stačí. Můžu si důvěřovat. Spoléhám na svůj úsudek. ...

Autogenní trénink se lze naučit pod vedením zkušeného terapeuta poměrně rychle.

Jacobsonova progresivní relaxace

Tato technika funguje na principu *zatínání svalových partií s následným uvolněním*, těž je důležitá práce s dechem, metoda je poměrně akční. Vyplácí se hlavně ve chvílích velkého napětí.

Nejlépe se provádí vleže na zádech. Proved'te několik plných jógových dechů. Poté přeneste svou pozornost na chodidla. Udělejte "fajfky", zatněte lýtkové svaly až po stehna a hýždě. Držte s nádechem do maxima a povolte. Uvědomte i ten rozdíl mezi napětím a uvolněním.

Pokračujte stejně i dál s napětím a uvolněním: svalů pánevního dna, dále ruce v pěst zvedněte do pravého úhlu a držte napětí bicepsů až po ramena, stlačte zuby a čelisti k sobě, udělejte grimasu mimických svalů. Dále napětí a uvolnění celého těla několikrát za sebou.

Í po tomto cvičení využijte zklidněnou mysl k pozitivním afirmacím.

Variantou této techniky je cvičení v sedě nebo ve stoje. Během dne v práci může dojít k vypjaté situaci, která nás rozčilí. Pokud nechcete jednat v afektu, nejjednodušší je vzdálit se na toaletu a provést techniku ve stoje v soukromí. Jednotlivé zatínání a uvolňování svalových skupin zbavuje tenze a rozjasňuje mysl.

Způsobů, jak relaxovat je mnoho. Patří mezi ně i aromaterapie, zpěv, mnoho druhů masáží, jógové cvičení, pohyb v přírodě, uvolnění přes umění (tvorba nebo sdílení), smích, úleva od stresových emocí (vyplakat se, vyzuřit se bez újmy), setkávání se s milými lidmi, čas věnovaný koníčkům.

Imaginativní techniky

Techniky můžeme také dělit podle zaměření. Někdy se používá pojem relaxační techniky pro označení postupů, které jsou více zaměřeny na tělo a jeho funkce. Imaginační pak označují techniky, které vyvolávají imaginační obrazy. Jejich praktikování předpokládá již určitou schopnost tělesného uvolnění. Nejlépe je tento systém propojení vypracován v Shulzově autogenním tréninku (dále jen AT). Po zvládnutí tělesného uvolnění, které představuje zvládnutí šesti základních cvičení může jednotlivec pokračovat v nácviu dalších metod. Mezi ně patří vizualizace. Často je považována za nejúčinnější techniku k ovlivňování podvědomí a celkového psychického stavu. Vizualizace má schopnost působit na představivost, která umí tvořit obrázky.

Imaginace bývá vymezování širěji, protože kromě zraku zohledňuje i další čtyři smysly člověka. Zkušená terapeutka Verena Kastová vymezuje pojem imaginace takto: „Mít imaginativní schopnost znamená, že člověku je dáno, aby více či méně vědomě viděl obraz něčeho, co už nebo ještě není a co se možná ani nikdy nestane. Tyto představy mohou být velmi názorné, určené spíše barvami nebo formou, mohou je však vyjádřit i čichové vzpomínky nebo čichové předjímání, vzpomínky či fantazie o dotecích nebo i akustické vzpomínky či očekávání. Jindy se projeví spíše jako myšlenky.“

2. Relaxační a imaginační techniky jako prostředek psychohygieny

Tato skupina technik má své zdroje ve všech uvedených druzích relaxačních technik. Velké množství pochází z jógy, která má propracovaný systém očištných technik. Ty uvolňují podvědomé tenze a dodávají organismu „novou“ energii. Používají navozování představ např. tělo se stane trubicí, kolem těla jsou opisovány elipsy apod. Jiné techniky z jógy pracují se zaměřením pozornosti, např. na různé části těla, na povrch těla, na různé vnitřní orgány, na určitá energetická centra, často také na dech.

I všech šest cviků AT je zaměřeno tak, že dochází k psychickému uvolnění a regeneraci duševních sil. Psychohygienický efekt má i Jakobsonova progresivní relaxace, která je zaměřena na intenzivní střídání napětí a uvolnění jednotlivých svalů.

Harmonizující vliv mají také techniky, které již pracují s představou, která umožňuje přeladění. K tomu jsou vhodné různé přírodní scenérie, příjemné zážitky z minulosti. Je možné také pracovat s představou sebe sama, nebo technických prostředků z našeho života jako např. obrazovka.

K psychohygieně samozřejmě patří i zdravý přiměřený spánek. Pro jedince, kteří zvládli základní stupeň AT není těžké se uvést do spánku téměř kdykoli a kdekoli na dobu, kterou si sami určí.

Společným cílem všech těchto technik je harmonizace těla a psychiky. Současný rychlý životní styl a velké množství podnětů nám přirozenou harmonii velmi narušuje. A tak se vedle tělesné hygieny stává i očista psychiky přirozenou potřebou.

3. Řízená relaxace - Proudění energie

Lehněte si a zavřete si oči. Moje pozornost je zaměřena na dech a na příjemnou polohu těla. S každým nádechem se zaměřuji na oblast hrudníku a s každým výdechem uvolňuji tělo do podložky jakoby se trochu propadalo.....(opakovat 3 krát až 5 krát) S nádechem si uvědomuji pravou nohu od prstů přes lýtko, koleno, stehno a s výdechem uvolňuji. (totéž s nohou levou) S nádechem si uvědomuji pravou paži od prstů, přes loket, nadloktí, rameno a s výdechem uvolňuji. (totéž s rukou levou) S nádechem si uvědomuji svůj trup a s výdechem uvolňuji. S nádechem si vědomím svou hlavu, obličej, oblast kolem očí a s výdechem uvolňuji. Zaměřím pozornost na pravou dlaň, která se stává propustnou.....(opakovat) zaměřím pozornost na levou dlaň, která se také stává propustnou.....(opakovat), S nádechem jamkami v dlaních proudí do mého těla blahodárná energie, postupuje do paží přes trupa s

výdechem chodidly na nohou vychází všechno nepotřebné, z mého těla ven (opakovat). Pozoruji, jak energie proudí mým tělem a všechno nežádoucí se vyplavilo . Blahodárná a uzdravující energie zaplavila mé tělo. Vychutnávám si ten pocit..... Vracím se zpět z uvolnění do stavu bdělosti, do stavu původního. Uvědomím si, že do mého trupu, paží a nohou přichází bdělost a aktivita . Pohybuji prsty na rukou i na nohou , protáhnu celé tělo a otvírám oči.

4. Sebepoznání prostřednictvím relaxačních a imaginačních technik

Techniky zde zařazené nám pomáhají nalézat odpovědi na otázky, které se týkají naší osoby a našeho života. Mohou se zabývat naší současnou situací, naší minulostí a stejně tak budoucím životem. Techniky takto zaměřené pomáhají pochopení, poznání, uvědomění si nějaké skutečnosti. Mají schopnost odhalovat skryté motivace, utajená přání či vnitřní nastavení naší osobnosti.

Dotazování probíhá ve dvou formách. V hlubokém uvolnění můžeme podvědomí zadávat otázky např. Co si přeji? Jak bych se mohl měnit? Co je smysl mého života? apod. Odpověď se vynoří jako nápad, pochopení, uvědomění si nebo v podobě vizualizovaného obrazu či děje. Jinou formou otázky je obrazový kontext, který může mít podobu obrazu nebo děje. Pro sebepoznání jsou dobře použitelné různé tematické řízené imaginace.

Hanscarl Leuner nabízí např. témata: Louka, Tok potoka, Hora ,Dům, Jeskyně. Klaus Thomas vypracoval známé cesty: Cesta do mořských hlubin, Cesta na vrchol hory. Verena Kastová, která praktikuje jungovskou psychoterapii (C.G. Jung), používá ke svým imaginacím motivy krajiny, stromu, zvířat, ostrovu, jeviště. Archetypální úroveň našeho nevědomí oslovují témata vnitřních průvodců, rádců , moudrých starců či stařen.

5. Řízená imaginace - Můj dům

Lehněte na záda a zavřete oči. Uvolněte své tělo osvědčeným způsobem. S každým výdechem se vaše tělo více uvolňuje a propadá do podložky. Okolní svět a myšlenky vás neruší a vy se můžete plně zaměřit na vnitřní obrazy.

Představte si nějaký dům. Jeho obraz se vyjasňuje a vy si uvědomujete, že je to dům vašeho dětství. Obraz se vyjasňuje a vy se můžete projít okolo domu a prohlédnout si ho. Uvědomte si všechny detaily. Pak vejděte do domu. Vyberte si jeden z pokojů a vstupte. Všimněte si , jak vypadá a co ve vás vyvolává. Možná cítíte nějaké vůně, slyšíte nějaké zvuky nebo tóny. Možná vás zaujme nějaký předmět a vy se dotknete nebo ho vezmete do ruky. Možná se s někým v pokoji setkáte...Nyní opusťte pokoj. Ještě jednou se rozhlédněte po domě a rozmyslete si, co byste chtěli přestavět. Přestavějte to. Opusťte tyto obrazy.

Nyní si představte dům vzniklý z vaší fantazie, dům ještě nepostavený, váš ideální dům. Ani nemusí být k bydlení.....Prohlédněte si tento dům, uvědomte si, jak se v něm cítíte. Uvědomte si místo, na kterém dům stojí. Opusťte tento dům a nechte rozplynout jeho obraz.

Vynořte se z hlubiny uvolnění na hladinu bdělosti, pomalu, postupně, ale důsledně.

6. Uplatnění relaxačních a imaginačních technik v životních situacích

I zde se již předpokládá schopnost uvést se do uvolněného stavu a zůstat v něm ponořen. Tento stav je pak vhodný pro zadávání autosugestivních formulí. Ty obcházejí volní mechanismy a tím se dostávají až podstatě naší motivace a chtění. Je známa celá řada takových formulí, které jsou buď podporující, např. "Dovedu se prosadit", neutralizující .např. "Pozornost lidí je mi lhostejná" a zaměřující: "Každý den je zajímavý".

V procesu sebeovlivňování je možné také použít vizuální představy. Objevuje se zde řada možností. Imaginace ideálního obrazu sebe, přehrávání žádoucích rolí, trénování situací dopředu. Známa je zde metoda desenzibilizace (Josef Wolpe) při které dochází k „vyhasínání“ nežádoucích pocitů (např. strachu.) spojených s určitou situací.

Stav hlubokého uvolnění nám může také pomoci v procesu vědomého rozhodování. V imaginaci si „prožije mé“ možnosti, které se nám nabízejí. Pocit nám pak spolehlivě vybere optimální variantu.

Schopnost samořídící relaxace je možné také využít v aktuální životních situacích, např. částečné krátkodobé uvolnění před a po stresové situaci, prohrátí organismu v chladném prostředí, aktuální tišení bolesti. Známý jsou jako staré tibetské techniky, srozumitelně jsou uvedeny jako součást prostředního stupně AT.

„Cesta do neznámého města“ je třetí Thomasovou imaginací, která nabízí uplatnění pro určitou životní situaci, závažné rozhodnutí, životní křižovatku apod. Může nám ukázat „dobrý“ směr našeho života, může nám pomoci překonat strach z nejistoty a neznámých situací, můžeme rozpoznat, co je pro nás podstatné a co naopak třeba škodlivé...

7. Řízená imaginace - Růžová bublina

Lehněte si na záda a zavřete oči. Uvolněte celé tělo a pozorujte pravidelný a klidný dech. Postupně se budete uvolňovat stále hlouběji.

Představte si něco, co byste chtěli dokázat. Něco, po čem toužíte. Představte si své možná tajné přání. Dále si představte, že toto přání se začne uskutečňovat. Obraz uskutečněního přání se vyjasňuje. Nyní uzavřete svou představu co růžové bubliny, do ní vložte svůj cíl. Růžová bublina se uzavírá a začíná se vznášet. Opouští tuto místnost, vznáší se dále nad domy, zmenšuje se a vznáší se stále výš.... I když ji nevidíte růžová bublina s vaším přáním pluje vesmírem, přitahuje a shromažďuje energii ke svému uskutečnění.....a jednoho dne se vrátí zpět.

Biofeedback

Biofeedback, též **biologická zpětná vazba** je terapeutický postup, který zahrnuje měření osobních fyziologických veličin jako krevní tlak, tep, teplotu, pocení, svalové napětí (EMG) v reálném čase a jejich prezentaci ve vhodné formě pacientovi. Pacient je do jisté míry schopen tyto hodnoty ovlivnit vůlí a tím se naučit je alespoň částečně ovládat.

Malé přístroje na biofeedback jsou dnes běžně k dostání, můžeme k nim zařadit i přístroje na měření tlaku (tonometry).

Biofeedback může být použit ke zlepšení zdraví, výkonu a fyziologických změn, které se často vyskytují ve spojení se změnami myšlenek, emocí a chování. Tyto změny mohou být zachovány bez použití dodatečného vybavení, neboť nutně není nutno používat zařízení k procvičování biofeedbacku. Bylo zjištěno, že biofeedback je účinný při léčbě bolesti hlavy a migrény.

Hlavní součásti biofeedbacku

Elektromyogram (EMG) - tonus svalů

Elektromyogram je nejrozšířenější formou měření biofeedbacku. Využívá elektrod, či jiných senzorů pro měření napětí svalů. Tím, že EMG upozorňuje na napětí ve svalu, pacient se může tento pocit naučit rozeznat a včas ovládnout. EMG je používán jako relaxační technika na pomoc při uvolňování svalových napětí při bolestech zad, hlavy, krku a vrzání zubů. EMG se může používat při léčbě některých onemocnění jejichž projevy se zhoršují při stresu - například astma.

Povrchová teplota kůže

Senzor připevněný na prst na ruce či na nohu měří povrchovou teplotu kůže. Pokud je jedinec vystaven stresu, klesá z důvodu vazokonstrikce jeho povrchová teplota. Varování může pomoci včas začít s uvolňovacími technikami. Teplotní zpětná vazba může pomoci při léčbě určitých oběhových poruch nebo snížit frekvenci migrén.

Galvanické napětí kůže

Senzory pro galvanické napětí kůže měří aktivitu vašich potních žláz. Tato informace může být užitečná při léčbě emočních poruch jako jsou fobie, strach apod. Tato metoda je nejčastěji

používána ve spojení s detektory lži. Praktiky využívající galvanického napětí kůže jsou používány i při některých typech psychoterapie.

Elektroencefalogram (EEG)

EEG sleduje na základě korových akčních potenciálů aktivitu mozku při různých psychických i fyzických stavech jako je bdění, spánek, pohyb apod. Z důvodu časové a finanční náročnosti je tato metoda nejméně využívána v oblasti biologické zpětné vazby, ale své uplatnění si získala v diagnostice i terapii některých psychických poruch.

Účinnost

EEG trénink využívá kombinace toho podstatného, co lidská mysl potřebuje. Jednou z těchto věcí je činnost, neustálá aktivita, hlad po podnětech a učení, a tou druhou je pohodlnost, lenost, snaha ulevit si od problémů a uvolnit se. Z toho plyne, že náš mozek se rád učí, jak si řešení problémů usnadnit, zrychlit a zpříjemnit, když se mu ukáže, jak na to.

Duch je otcem mozku, konstatoval možná největší odborník na mozek, neurochirurg a neurovědec Karl Pribram. Lze říci, že učení je konstruktérem mozku. Mozek je nesmírně plastický a schopný učení, a tak může změnit i svoji vlastní činnost, pokud jsou mu poskytovány okamžité a cílené informace, jak.

To, že mozku poskytnete příležitost lépe ovládat sám sebe, vám přinese celou řadu výhod, protože pak to dělá spontánně a neustále.

Celý proces se velmi podobá normálnímu učení nebo cvičení, ale na rozdíl od něho se nemůžete učením mozku přetížít. Když tréninkový proces dosáhne vrcholu, je již uložen do paměti i nových funkcí.

Alternativní medicína

Principy přístupu alternativní medicíny k léčení (převážně neakutních zdravotních poruch) spočívá v úvahách o všech možných souvislostech, které ke vzniku nemoci vedly nebo ještě vedou. Alternativní medicína uvažuje nejen o postiženém orgánu, který „nefunguje a bolí“, ale i o vztahu nemoci k psychice (což dělá standardní psychosomatika také) a také k poruchám jiných orgánů, které s nemocným orgánem přímo nesouvisí nebo „nesousedí“. Jak výše naznačeno, v tomto bodě se nejvíce blíží psychosomatice. Příkladem je zlepšení úporného astmatu potom, co se psychosomatickému lékaři podaří „zlepšit“ náladu a náhled pacienta na nemoc i na sebe samého. Alternativní medicína uvažuje podobně. Snaha o zlepšení zdraví současným léčením „těla, duše i vzdálených orgánů“ je principem celostní medicíny. Ta - zjednodušeně řečeno – tvrdí, že všechny tělesné buňky spolu nějakým způsobem komunikují a že vytvářejí jakousi „celotělovou komunikační síť“. Podle této představy spolu komunikuje nejen duše s tělem, ale i všechny buňky a orgány navzájem. K vyléčení postiženého orgánu tedy může přispět jak zlepšení duševního stavu člověka, tak залéčení resp. podpora funkce vzdáleného orgánu, který sám nemocen není, ale který je funkčně oslaben a mohl by mít k tomu skutečně nemocnému orgánu vztah. Příklad: člověk s úporně se opakujícími gastritidami (záněty žaludeční sliznice) nejprve pozitivně zareaguje na psychosomatiku nebo na rostlinné preparáty, které zklidní duši a následně i žaludeční sliznici. Po nějaké době se přesto stav zhorší. Alternativní lékař/léčitel se zamyslí a doporučí intenzivní podporu jater a žlučníku, typicky pomocí ostropestřce mariánského a artyčoku, třeba ve formě tablet. Předtím navozený klid v duši, rozumná dieta a „rostlinkami“ navozené zlepšení funkce jater nakonec (definitivně) zaléčí úporné gastritidy. Alternativní medicína tu například zná pojem tzv. „hepatobiliární gastritidy“, což jsou záněty žaludku způsobené (laboratorně často neprokazatelným) „oslabením“ funkce jater a žlučníku. Co je příčinou tohoto jevu není zcela jasné. Jde o zkušenost a výsledek pozorování. Popsaného „úspěchu“ může samozřejmě dosáhnout i standardní lékař, pokud postřehne pacientovu neurózu a všimne si posunutých jaterních testů. Anebo když pacientovi prohmatne břicho a najde tlakově citlivý bod v pravém podžebří.

Dalším alternativně medicínským principem je stimulovat imunitu a ozdravné síly pacienta, pokud takové ještě existují. Příkladem je nasazení akupunktury nebo homeopatie. Akupunkturní jehla „posazená do správného bodu“ způsobí mj. to, že „nabudí“ imunitní a ozdravné rezervy organismu.

Podobně působí homeopatie prostřednictvím informace obsažené v homeopatiku, jakkoli to standardní medicína popírá. Intenzivně v tomto smyslu účinkuje léčba vlastní krví, autohemoterapie. Alternativní medicína se snaží o důsledné odstraňování a léčení tzv. „rušivých polí a ložisek“. Nejsou tu míněny jen ložiskové infekce, typicky chronické sinusitidy, otitidy, appendicitidy, hnisavé zubní kořenové váčky-granulomy a klasickou medicínou bagatelizované záněty střevních výčlipek-divertikulitidy. Patří sem ještě svalové zatvrdliny (myogelózy) a staré zapomenuté jizvy, na které standardní medicína nemyslí skoro nikdy.

Akupunktura

Akupunktura patří k jedné z metod tradiční čínské medicíny, která podporuje nerušený tok energie čchi tělem. Z tohoto důvodu akupunkturista rychle zapichuje tenké jehličky do určených bodů kůže. Jednotlivé body jsou propojené s určitými částmi organismu (zejména orgány). Akupunkturu lze využít i na uvolnění určitých hormonů (např. hormonu štěstí). Na těle můžeme nalézt celkem 360 akupunkturních bodů, které se vyskytují podél meridiánů (neviditelné energetické dráhy). Cílem této metody je uvolnění všech blokád v drahách, podpořit tok krve a obnovit rovnováhu jin a jangu, což jsou dva základní principy existence světa a všech jevů jako filosofický základ akupunktury ve staré Číně. Jehličkami se pak harmonizuje funkce všech orgánů a je možné tak onemocnění vyléčit. Tato metoda patří do ruky lidem, kteří s ní umí zacházet.

Akupresura

Akupresura by měla uvolnit zablokovanou energii. Je podobně jako akupunktura zaměřena na určité body a meridiány, které jsou stimulovány tlakem, poklepem, teplem, elektropunkturou, moxibucí nebo laserem. Tato metoda zlepšuje prokrvení v určitých oblastech a zmírňuje bolest. Dále optimalizuje i tok lymfy a odpadních látek. Zlepšené prokrvení vede k vytváření tepla, které podpoří uvolnění a uklidní nervy. U této metody je oproti akupunktuře ta výhoda, že si člověk může pomoci sám.

11. Psychosomatika pracovníků v pomáhajících profesích: rizikové faktory, pracovní zatížení a zdraví, možnosti prevence. Psychosomatické příznaky syndromu vyhoření. honzák , psych zdraví – kap. 5, zákl. psychosom práce str 371

- BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. Psychosomatická medicína. Praha: Grada-Avicenum, 1993.
CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál 2004
CHROMÝ, K., HONZÁK, R. Somatizace a funkční poruchy. Grada, 2005
LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 1999.
KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. Portál, 2012.
KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.
HONZÁK, R. Psychosomatická praxe. Praha: Vyšehrad, 2018.

TRESS, W., KRUSSE, J. OTT, J. Základní psychosomatická péče. Praha: Portál, 2002.
DANZER, G. Psychosomatika. Praha: Portál, 2001.
PONĚŠICKÝ, J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton 1999.