

**RIZIKOVÉ FAKTORY PRE VZNIK  
PSYCHOSOMATICKÝCH OCHORENÍ**

Bakalárska práca

Tatiana Gašparová

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE  
SV. ALŽBETY, BRATISLAVA  
Katedra sociálnej práce – Psychoterapia a resocializácia**

**Školiteľ: PhDr. Eva Šovčíková, CSc.**

Dátum odovzdania: 2009-10-12

Dátum obhajoby: 2009-10-28

Bratislava 2009

## **Čestné prehlásenie**

Prehlasujem na svoju česť, že predloženú bakalársku prácu som vypracovala samostatne, neporušila som autorský zákon a použitú literatúru uvádzam na príslušnom mieste.

Bratislava, 12. 10. 2009

## **Pod'akovanie**

Touto cestou by som chcela poďakovať školiteľovi mojej bakalárskej práce PhDr. Eve Šovčíkovej, CSc., za jej cenné rady, odborné vedenie a metodickú pomoc, ktorú mi poskytla pri jej vypracovávaní.

## ABSTRAKT

GAŠPAROVÁ, Tatiana: Rizikové faktory pre vznik psychosomatických ochorení. [Bakalárska práca]/Tatiana Gašparová. – Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave; Katedra sociálnej práce - Psychoterapia a resocializácia. - Konzultant: PhDr. Eva Šovčíková, CSc. - Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár sociálnej práce. - Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, Bratislava; 2009. 48 s.

### **Rizikové faktory pre vznik psychosomatických ochorení**

Predložená bakalárska práca uvažuje na podklade bio-psycho-sociálneho modelu nad faktormi, ktoré utvárajú život človeka. Ich spoločné pôsobenie sa prejavuje v oblasti zdravia vznikom psychosomatických ochorení. V prvej časti popisuje pojem psychosomatiky z pohľadu súčasnej medicíny. V druhej časti približuje obraz osobnosti psychosomaticky chorých podľa psychoanalytickej teórie, syndrómom vyhorenia a chronickej únavy. V tretej časti sa opisuje vplyv náročných záťažových životných situácií, tendenciu psychiky k udržaniu rovnováhy. Štvrtá časť obsahuje niektoré možnosti využitia psychoterapie v somatických oboroch. Na záver uvádzam klasickú metódu na elimináciu dopadu záťažových situácií - autogénny tréning.

#### Kľúčové slová:

Bio-psycho-sociálny model. Psychosomatické ochorenia. Obraz osobnosti. Psychoanalytická teória. Chronická únava. Syndróm vyhorenia. Životné situácie. Stres. Homeostatické mechanizmy. Psychoterapia. Autogénny tréning

## OBSAH

ÚVOD.....	8
CIEĽ PRÁCE.....	9
<b>1 PSYCHOSOMATIKA, ALEBO BIO-PSYCHO-SOCIÁLNY MODEL OCHORENÍ.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Ako dnes rozumieme pojmu psychosomatika?.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Psychosomatické ochorenia.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Psychosomatické funkčné poruchy.....	12
1.2.2 Psychosomatické choroby.....	12
<b>1.3 Rozdelenie psychosomatických diagnóz podľa Medzinárodnej         klasifikácie ochorení.....</b>	<b>13</b>
<b>1.4 Rozdelenie psychosomatických ochorení podľa         liečebných postupov.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBRAZ OSOBNOSTI PSYCHOSOMATICKY CHORÝCH PODĽA PSYCHOANALYTICKEJ TEÓRIE.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Ochorenia dýchacích orgánov.....</b>	<b>15</b>
2.1.2 Bronchiálna astma, kašeľ.....	15
<b>2.2 Kardiovaskulárne ochorenia.....</b>	<b>16</b>
2.2.1 Funkčné srdcové choroby, srdcová neuróza.....	16
2.2.2 Koronárna skleróza .....	17
2.2.3 Esencionálna hypertenzia.....	18
<b>2.3 Ochorenia tráviaceho traktu.....</b>	<b>19</b>
2.3.1 Žalúdočné a dvanástorníkové vredy.....	20
2.3.2 Chronické zápalové ochorenia čreva (Ulcerózna kolitída).....	21
2.3.3 Nešpecifický zápal čreva (Crohnova choroba).....	22
<b>2.4 Poruchy príjmu potravy.....</b>	<b>22</b>
2.4.1 Mentálna anorexia.....	22

2.4.2 Mentálna bulímia.....	23
<b>2.5 Ochorenia endokrinného systému.....</b>	<b>24</b>
2.5.1 Tyreotoxikóza.....	24
2.5.2 Hypotyreóza.....	24
<b>2.6 Alergie.....</b>	<b>25</b>
<b>2.7 Kožné ochorenia.....</b>	<b>25</b>
2.7.1 Atopický ekzém.....	26
<b>2.8 Gynekologické ochorenia.....</b>	<b>26</b>
2.8.1 Dysmenorea.....	27
2.8.2 Funkčná sterilita.....	27
<b>2.9 Syndróm chronickej únavy.....</b>	<b>28</b>
<b>2.10 Syndróm vyhorenia.....</b>	<b>29</b>
<b>3 NÁROČNÉ ZÁŤAŽOVÉ A ŽIVOTNÉ SITUÁCIE.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Význam stresu.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Homeostatické mechanizmy psychiky.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3. Aspekty adaptácie.....</b>	<b>34</b>
<b>4 PSYCHOTERAPIA AKO SÚČASŤ LIEČBY.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Príklady využitia psychoterapie v somatických oboroch.....</b>	<b>38</b>
4.1.1 Gastroenterológia.....	38
4.1.2 Endokrinológia.....	38
4.1.3 Gynekológia.....	38
4.1.4 Klimakterický syndróm.....	38
4.1.5 Tehotenstvo, pôrod, šestonedelie.....	39
4.1.6 Urológia, sexuológia.....	39
4.1.7 Alergológia.....	39
4.1.8 Reumatológia.....	39
4.1.9 Dermatológia.....	40
4.1.10 Pediatria.....	40

4.1.11 Bolestivé syndrómy chrbtice.....	40
<b>4.2 Autogénny tréning.....</b>	<b>41</b>
4.2.1 Štandardné cvičenie.....	42
4.2.2 Individuálne postupy.....	44
4.2.3 Riešenie problémov s nácvikom.....	45
4.2.4 Využitie autogénneho tréningu.....	46
<b>ZÁVER.....</b>	<b>47</b>
<b>ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY.....</b>	<b>48</b>

## ÚVOD

Dnes žijeme v prechodnej dobe, keď nás postihujú mnohé nebezpečia, o ktorých mnohokrát ani nevieme, že sme sa s nimi stretli. Nedorástli sme strojom, ktoré sme sami skonštruovali. Naše pomocné prostriedky nám prerastajú cez hlavy a začínajú mať vlastný účel, pritom bežný človek sotva vie, akým ďalším smerom sa bude uberať opojenie pokrokom. Uprostred civilizácie stojíme so svojou potrebou bytia a strachom z bytia, ktoré nás trápi rovnako ako v minulosti. Naše usporiadanie sveta ešte neutvorilo predpoklady pre to, aby mohli byť technické vymoženosti použité k zníženiu ľudského utrpenia a biedy. Podstata človeka celkom iste nie je definovaná organickými stavmi a funkciami, ale spočíva v tom, že si je neustále vedomý sám seba a že každý čin v jeho živote obsahuje postoj k sebe samému a k svetu okolo neho. Ľudská „príroda“, spočívajúca v organickej sfére, sa dvíha do ríše hodnôt, ktoré jej boli uložené uskutočniť. Pritom je jej však vlastná podivuhodná nedokončenosť, ktorá so sebou prináša nutkanie k sebarealizácii. Človek má za úlohu stať sa tým, čím sa má stať. V tomto zmysle je človek tiež duševná bytosť, chápaná v zmysle slobody, pomocou ktorej môžeme prekročiť už dopredu dané podmienky svojej telesnosti a svojho okolia, aby sme sa mohli realizovať. Zdravie spočíva v produktívnom vysporiadaní sa so životom, v prežívaní vnútornej slobody a tvorení seba samého. To taktiež súvisí s usporiadanými medziľudskými vzťahmi, lebo len z ponorenia sa do spoločnosti iných ľudí, získava človek odvekú dôveru, ktorá mu poskytuje pocit bezpečia. Ak nám chýba opora blízkych, cítime sa izolovaní a pociťujeme rôzne stupne strachu, ktorý obmedzuje všetky fyzické i psychické funkcie. Strach je pocit vnútornej neslobody a nedostatočnej sebarealizácie, jeho deštruktívna moc preniká z psychických hlbín do organickej oblasti. Na ceste týchto pohybov dochádza k poruchám funkcií telesných orgánov a môže dôjsť aj k ich trvalému poškodeniu. To sa navonok prejaví ako choroba. Ochorenie z psychosomatického hľadiska je teda produktom životného štýlu, z ktorého sa napr. pre nehody so sebou samým vytratila – čiastočne či úplne – sebarealizácia, sloboda a ľudskosť.



## **CIEĽ PRÁCE:**

Svoju bakalársku prácu som písala s vedomím, že psychosomatický prístup k ochoreniam, je svojou filozofiou veľmi obsiahly, rôznorodý ale pritom paradoxne mimoriadne kompaktný pretože spája do celku biologické, psychické a sociálne prostredie človeka. V dnešnej dobe, vplyvom životného štýlu dochádza stále viac k typom chorôb, ktoré súvisia s psychickým zaťažením, prežívaním a reagovaním, ktoré sa odráža na poruchách jednotlivých orgánov, resp. celých orgánových systémov. Bio-psycho-sociálny model je stále rozvíjajúci sa pohľad na spájanie somatickej a psychosociálnej medicíny, ktorá nemala nikdy byť rozdelená.

Mojím cieľom je priblížiť príklady niektorých psychosomatických chorôb podľa obrazu osobnosti z psychoanalytickej teórie, vplyvu a vysporiadania sa s náročnými záťažovými životnými situáciami a v skratke uviesť prehľad možností psychoterapeutických postupov pri ich riešení. Vychádzala som z poznatkov zo štúdií na Vysokej škole sv. Alžbety, z odborných publikácií a článkov slovenských, českých a prekladov nemeckých autorov, ktorých zoznam uvádzam na konci práce.

## **1 PSYCHOSOMATIKA, ALEBO BIO-PSYCHO-SOCIÁLNY MODEL**

*Zdravie je prejavom života, je to vnútorná tvorivá sila, prirodzená múdrosť, ktorá je v tele vždy prítomná, dokonca i v čase choroby, alebo ak nastala nejaká trauma. Záujmom terapeuta je nájsť zdravie klienta. Chorobu dokáže nájsť každý.*

*Dr. A. Still*

Z biologického hľadiska zodpovedá psychosomatickej diagnóze štrukturálny deficit v určitej oblasti centrálnej nervovej sústavy, ktorý zatiaľ nebol presne diagnostikovaný. Má zrejme svoj genetický základ, ale ten predstavuje len určitú dispozíciu, nie však jednoznačne danú podobu biologickej štruktúry. Je to ako to známe úslovie: “Nemôžeme za to, aké karty nám boli rozdane..... ale hrať s nimi

budeme sami“. Hotová podoba centrálnej nervovej sústavy sa utvára až jej vývojom v interakciách s okolím. Sociálne pole dieťaťa sa postupne rozširuje, jeho osobnosť sa štrukturuje a zároveň s tým sa vytvárajú a vyzrievajú adaptačné mechanizmy a spôsoby reagovania. Pri práci s deťmi sa bežne stretávame s psychosomatickými príznakmi – veľmi často deti reagujú na dianie v rodinnom systéme napr. zvýšenou teplotou. Tieto „psychosomatické teploty“ potom u určitých štruktúr osobnosti pretrvávajú až do dospelosti. U dieťaťa sa teda stretávame s akousi „psychosomatickou matrix“ osobnosťou, ktorá postupne dozrieva k vývojovo vyšším interakciám s okolím. Behom tejto evolúcie je však nezastupiteľná funkcia matky, resp. oboch rodičov, ktorí plnia funkciu podporujúceho ega. Hlavné je ale zistenie, že v interakciách s okolím sa rozvíjajú (nie len v detstve, ale po celý život) určité vzorce, spôsoby chovania, a spolu s nimi tiež adaptačné mechanizmy na situácie, ktoré nevieme, alebo nemôžeme vyriešiť. Tieto adaptačné mechanizmy sa behom vývoja rozširujú na funkčné vzorce chovania alebo regresujú do podoby vzorcov maladaptívnych. Nie je však možné hovoriť o jednoduchej spätnej väzbe. Interakcie medzi „ja“ a okolím je zložitá a zahŕňa aj sebareflexiu, ktorá môže reakčné mechanizmy utvárať takisto významne ako spätná väzba zo sociálneho prostredia.

Systémový pohľad na ochorenie reflektuje aj opačnú väzbu a tým zavádza namiesto lineárnej kauzality tzv. kauzalitu cirkulárnu. Symptomatický príznak člena rodinného (alebo akéhokoľvek iného) systému utvára zároveň tento systém. Z tohto hľadiska príznak nie je umiestnený „na jedincovi“, ale je súčasťou celého systému. Behom psychosomatického vyšetrenia je potom dôležité sledovať nie len to, ako chorý človek vníma svoje okolie, ale taktiež ako okolie vníma chorého a ako ten svoje bezprostredné okolie svojimi problémami utvára. Asi najďalej týmto smerom išiel Michel Foucault, keď tvrdil, že nič ako psychopatia neexistuje. Podľa neho je možné popisovať iba určité spôsoby reagovania, ktorým socio-kultúrny kontext až následne priradí označenie choroby. V inom sociálnom a kultúrnom okruhu však rovnaký príznak môže byť vnímaný ako atribút geniality. Je pozoruhodné, že práve toto svojím spôsobom extrémne ponímanie psychopatológie korešponduje s podstatou neurobiologických objavov. Dostávame sa tak späť na začiatok bio-psyho-sociálnej teórie: z biologického

hľadiska sú si všetky štruktúry rovnocenné. Niektoré štruktúry ale lepšie „zapadajú“ do sociokultúrnych noriem okolia, takže sa lepšie adaptujú na zmeny. (Konečný, M, [www.psychosomatika.net](http://www.psychosomatika.net))

### **1.1 AKO DNES ROZUMIEME POJMU PSYCHOSOMATIKA?**

Psychosomatika je spôsob uvažovania o telesných a duševných problémoch. Ide o prístup, ktorý sa opiera o všeobecne uznávanú bio-psycho-sociálnu teóriu vzniku ochorení. Všetky tieto oblasti u konkrétneho pacienta anamnesticky aj klinicky vyšetruje a iba na základe všetkých dostupných informácií stanovuje diagnózu, ktorá okrem kódov z Medzinárodnej klasifikácie chorôb používaných bežne v somatických odboroch medicíny zahrňuje aj popis psychosociálneho kontextu ochorení.

Najširšie poňatie psychosomatiky teda predpokladá, že človek v zdraví aj v chorobe, je chápaný ako jednota psychického a somatického, vo vzťahu k svojmu prostrediu. Súčasné prepracované chápanie tohto modelu zahŕňa aj zložku vedomia na vyššej úrovni, a to znamená zložku duchovnú.

Človek je tu chápaný ako komplexná jednotka, pretože fyziológia aj psychológia majú úzko na seba naväzujúce princípy, spôsob hľadania odpovedí na otázky. Každá má len svoj vlastný spôsob reči a svoje metodické prístupy, ale vzťah medzi psychickými a fyziologickými funkciami je organický a logický.

### **1.2 PSYCHOSOMATICKÉ OCHORENIA**

Pri psychosomatózach ide predovšetkým o fyziológiu emócií, t.j. funkčné prepojenie emócií a neurovegetatívnych procesov podľa schémy: trvalé napätie – neurovegetatívne poruchy – poškodenie orgánov. (Konečný M., 1997, s.279)

U v podstate zdravých ľudí, ktorí neprekonali žiadny väčší chybný duševný vývoj sa môžu vyskytnúť psychosomatické reakcie pri zvlášť zaťažujúcich alebo vzrušujúcich životných situáciách napr. strata chuti do jedla pri smútku alebo závraty pri šťastne skončenej dopravnej nehode. Tieto symptómy ale väčšinou pominú, keď sú prekonané tieto vonkajšie podnety z prostredia.

Rozlišujeme dve skupiny psychosomatických porúch:

**1.2.1 Psychosomatické funkčné poruchy (orgánové neurózy)**, to znamená ochorenia u ktorých existuje iba funkčná porucha jednotlivých orgánov. Ako celý orgán je napr. črevo zdravé, bez poškodenia. Ale existuje „lenivosť čreva“: následkom psychických faktorov môže orgán nepravidelne fungovať.

**1.2.2 Psychosomatické choroby (psychosomatózy)** u ktorých je už poškodené tkanivo orgánu. Tu sa už jedná o choroby v telesnom zmysle, u týchto ale v protiklade k psychosomatickým funkčným poruchám sa musí pridať niečo zvláštneho, čím dochádza k presunu z kvantitatívnej ku kvalitatívnej zmene. Tieto špeciálne telesné poruchy nie sú zapríčinené len telesným procesom, ale taktiež sú podmienené psychickými faktormi. Emocionálna podmienenosť morfológicky preukázateľných telesných zmien tu predstavuje dôležitý faktor. Týmto sú vyňaté neurovegetatívne alebo neurotické poruchy.

Psychosomatické choroby v užšom slova zmysle sú charakterizované niektorými základnými spoločnými znakmi:

**1. prvý výskyt nezáleží na veku** – ale podľa štatistík je to najčastejšie neskorá adolescencia (môže byť priebeh jednoduchý, chronický alebo recidivujúci)

**2. prítomný psychický stres** rozhodujúci pri vyvolaní choroby, väčšinou špecifické psychodynamické podmienky pre špecifickú organickú chorobu

**3. nápadne konštantné psychologické charakteristiky pacientov**

Somatopsychické poruchy predstavujú psychické reakcie na somatické choroby. V skratke sa dajú syndrómy týchto ťažkostí vymedziť nasledovne: sú to záležitosti, ktoré sa prípad od prípadu čo do štruktúry a intenzity sa značne menia. Zasahujú od relatívne presne lokalizovaných somatických symptómov, ako sú bolesti hlavy, žalúdka alebo srdca, až k vágnym pocitom stiesnenosti. Odpovedajú subjektívnym obrazom ťažkostí. Sú veľmi časté v lekárskej praxi a bez pevných hraníc migrujú do psychických stavov napätia ako je úzkosť, rôzne rozladenia, nekľud... (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s. 41,42)

### **1.3 ROZDELENIE PSYCHOSOMATICKÝCH DIAGNÓZ PODĽA MEDZINÁRODNEJ KLASIFIKÁCIE OCHORENÍ**

Z hľadiska Medzinárodnej klasifikácie by sme mohli rozdeliť psychosomatické ochorenia do troch základných skupín:

**Prvú skupinu** tvoria pacienti, ktorých hlavná diagnóza je zaradená do kategórie Duševné poruchy a poruchy správania (F) okrem F54. Ide o psychiatrických pacientov u ktorých sa vyskytuje výrazná psychosomatizácia. Psychosomatizáciou rozumieme produkciu somatických príznakov o ktorých nie je zistená organická príčina ochorenia.

**Druhú veľkú skupinu** tvoria chorí, u ktorých hlavná diagnóza choroby je určená inde než pod skupinu F a k nej ako podvojná diagnóza je pripojená kategória F54 „Psychické faktory a faktory správania spojené s poruchami alebo chorobami zatriedenými inde“.

**Tretou veľkou skupinou** sú psychosomatické ochorenia v širšom zmysle slova, teda chronické telesné ochorenia alebo stavy, u ktorých síce nie je preukázaná psycho-sociálna etiologická zložka, ale u ktorých možno predpokladať výrazný dopad na psychiku chorého a na sociálny, hlavne rodinný systém.

### **1.4 ROZDELENIE PSYCHOSOMATICKÝCH OCHORENÍ PODĽA LIEČEBNÝCH POSTUPOV**

Podľa MUDr. M. Konečného z Psychosomatickej kliniky v Prahe, liečebný postup závisí však skôr na rozdelení, ktoré ide naprieč skupinami definovanými podľa diagnóz a odvíja sa od stupňa postihnutia v oblasti negatívnej psychosomatickej symptomatiky.

**Prvú skupinu** predstavujú pacienti, ktorí somatizujú, ale stále relatívne dobre vnímajú psychické a sociálne pozadie svojich problémov a sú pomerne kvalitne schopní identifikovať vlastný emočný proces. U chorých z tejto skupiny sa osvedčil analytický, dynamický alebo celostný terapeutický prístup. V súlade s miernymi negatívnymi príznakmi je tiež u chorých z tejto skupiny dobre zachovaný vzťah k vlastnému telu, tzn. že sa u nich nestretávame s odmietaním alebo skresleným vnímaním telesného systému. Preto je psychoterapia s dôrazom na vzťah a proces u tejto skupiny pacientov hlavným spôsobom liečby.

**Druhou skupinou** sú chorí so závažnejším stupňom postihnutia v oblasti negatívnych príznakov psychosomatózy. Psycho-sociálny kontext sa dá v tejto skupine ešte spravidla vypozerovať, ale nadväzujúce emočné obsahy sú už mimo dosah ich prežívania. Terapeutické využitie psychických a sociálnych súvislostí choroby je tak ťažšie než pri pacientoch z prvej skupiny. Relatívne dobrá skúsenosť je u týchto pacientov s celostnými a hlavne s systémovo orientovanými prístupmi. Dôraz psychoterapie sa presúva z terapeutického vzťahu a procesu na systémovú úroveň. Častejšie už používame na telo orientované psychoterapeutické techniky a fyzioterapiu, ktoré majú zlepšiť narušené vnímanie vlastnej telesnosti alebo priamo jej odmietanie, s čím sa často stretávame napr. u pacientiek s poruchami príjmu potravy.

**Tretou skupinou** sú chorí u ktorých je schopnosť náhľadu na psychický a sociálny kontext choroby takmer celkom rozrušený, kontakt s emočným procesom je väčšinou úplne potlačený a do popredia vystupuje produktívna psychosomatická symptomatika, od ktorej sa pacienti takmer nedajú odkloniť. U týchto chorých vnímame pôsobenie psychoterapie i rodinnej terapie už len ako podporné. Pokúšame sa zasahovať na behaviorálnej úrovni s pomocou KBT v kombinácii s fyzioterapiou. Na prvom mieste by pri týchto chorých mala byť vždy psychagogika, dlhodobé klinické vedenie jedným ošetrovujúcim lekárom, čo však v praxi naráža na problémy. (Konečný, M, [www.psychosomatika.net](http://www.psychosomatika.net))

## **2 OBRAZ OSOBNOSTI PSYCHOSOMATICKY CHORÝCH PODĽA PSYCHOANALYTICKEJ TEÓRIE**

Hlbinná Freudova psychológia, ktorá sa dôkladne venovala vnútornému psychickému životu človeka, znamenala zásadný zvrät v prístupe k psychickým poruchám. Podľa jeho teórie, motivačné zložky správania – uspokojovanie pudov a potrieb, sú zodpovedné za vznik somatických porúch. Ak sa neodstráni prekážka, ktorá bráni adekvátnemu uspokojeniu biologických a psychických potrieb, tento stav môže skončiť somatickou chorobou. Psychoanalytický výklad psychosomatických porúch má spoločný základ v zistení, že patológia sa vždy týka najrannejšieho obdobia vývinu v detstve. V zhruba prvých dvoch rokoch

života vznikajú a upevňujú sa základné fyziologické vzorce správania a taktiež stabilné emočné reaktívne vzorce. Prepojenie skorých emočných zážitkov a fyziologických funkcií môže potom byť rôzne. Tieto intrapsychické konflikty sú väčšinou nevedomé a vo veľa prípadoch sú špecifické pre niektoré ochorenia. Sprostredkujúcim faktorom pre vznik takéhoto ochorenia sú mechanizmy vegetatívneho nervového systému a hormóny centrálne riadené po osi: hypotalamus – hypofýza - endokrinná žľaza. Dnes je už vedecky dokázané, že psychoterapia je schopná meniť fungovanie mozgu a navyše podporuje funkcie tých štruktúr centrálnej nervovej sústavy, ktoré umožňujú lepšie sa vyrovnávať s emocionálnou záťažou a efektívnejšie spracovávať podnety vychádzajúce z dnešnej reality.

## **2.1 OCHORENIA DÝCHACÍCH ORGÁNOV**

Prvou nutnosťou pred ktorú je novonarodené dieťa postavené je dýchanie. Dýchanie skutočne odráža a odhaľuje emocionálne afektívne procesy spoľahlivejšie než iná vegetatívne riadená funkcia. Smútok znižuje hĺbku dýchania, zatiaľ čo radosť ju zvyšuje, úzkostní ľudia majú povrchné a nepravidelné dýchanie. Dýchanie je regulované vôľou i mimovoľne. Bežná denná skúsenosť nás učí, že dýchanie je ovplyvňované rôznymi afektami, aj hovorová reč vyjadruje tieto súvislosti: vyrazilo mu to dych, zalapal po dychu, s úľavou si vydýchol...Aj naša základná nálada sa prejavuje v spôsobe dýchania. Spokojná vyrovnaná nálada je spojená s hlbokým dýchaním, nevyrovnaná nálada s nepokojným. Dýchanie úzko súvisí s osobnosťou. každý človek má do určitej miery charakteristický spôsob dýchania, ktorý je mu vlastný tak, ako iné rytmické prejavy napr. písma. Psychologický význam dýchania je tiež daný tým, že dýchanie je predpokladom iných výrazových foriem, ako je reč, smiech, plač, kašeľ. (Qint, H., 1989, s.18)

### **2.1.1 Bronchiálna astma, kašeľ**

Astma bronchiale sa môže vyskytovať v každom veku, často sú postihnuté už deti. Príčiny sú multifaktoriálne – alergická reakcia ktorá vyvolá astmatický záchvat, chemické, fyzikálne podráždenie alebo intrapsychické konflikty. Z osobnostného

hľadiska je výraznou črtou potreba závislosti na nejakej osobe. Narušený ranný vzťah k matke zostáva v osobnosti človeka ako napätie medzi potrebou a priáním si nežnosti a zároveň strachu z nej, v podstate je to konflikt medzi dvoma rovnocennými hodnotami. Táto úzkosť zostáva skrytá a človek má narušenú schopnosť prijímať, brať a dávať. Pri astmatickej núdzi o dych môžu byť súčasne so vzduchom zadržované pocity a emócie. Úzkosť môže spôsobiť až hyperventilačné stavy. Kašeľ je typická zmena dýchania pri určitých psychosomatických ochoreniach. Je určený k tomu, aby oslobodil dýchacie cesty od cudzích telies a ich dráždivého pôsobenia, ale kašeľ môže slúžiť tiež k tomu, aby odstránil vnútorné snahy, ktoré sú vnímané ako cudzie a nebezpečné. Mnoho ochorení kašľom, ktorých začiatok bol organickej podstaty, je posilovaných a udržiavaných neurotickými mechanizmami, ktoré sú prístupné len psychoterapii. Kašeľ bez sprievodných symptómov je často následkom vnútorného napätia, vybitie ktorého pôsobí po určitú dobu ukludňujúco. Môže predstavovať ekvivalent afektu, často je to hnev alebo zlosť ako následky prežitého sklamania. Sekundárne býva ešte zaťažovaný naznačenými výčitkami alebo sťažnosťami zo strany okolia postihnutého. Tie môžu zosilovať bronchiálnu sekréciu a tiež stimulujú žalúdočnú sekréciu. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.45)

## **2.2 KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA**

Úzky vzťah činnosti srdca k psychickému stavu a naopak je každodennou skúsenosťou. Srdce nám „skáče radosťou“, keď sa zľakneme tak sa nám „zastaví srdce“, sme „srdeční“, alebo môžeme „srdce stratit“. Vedecky bolo doložené že v nepretržitej registrácii intervalov akcií srdca je obsiahnutý určitý druh psychovegetatívneho rukopisu, ktorého charakteristiky sú nastavené už pred narodením. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.48)

### **2.2.1 Funkčné srdcové choroby, srdcová neuróza**

Je to široká oblasť problémov, ktoré zahŕňajú ťažkosti ako srdcová neuróza, funkčná srdcová porucha, srdcová fóbia ako úzkostná neuróza alebo telesný ekvivalent úzkosti. Väčšinou sa uvádzajú príznaky ako búšenie srdca, bolesti tlakové, bodové a vystreľujúce do ľavého ramena pripomínajúce infarkt,



problémy dýchania, nemožnosť sa volne hlboko nadýchnuť, panické pocity nedostatku vzduchu, vnútorný nepokoj, úzkosť, únava, vyčerpanie, chvenie, pocity tepla alebo naopak zimy, dráždivosť, emočné problémy ako úzkosť, obavy zo smrti, úzkostné stavy, fóbie.

S. Freud, ktorý poznal symptomatiku z osobnej skúsenosti, označoval tieto stavy ako úzkostnú neurózu a ako typický charakteristický symptóm všetkých svojich vegetatívne a duševne labilných pacientov vyzdvihol úzkosť. Táto úzkosť má ešte pre človeka charakter nálady: pocit, že je celkom zbavený nádeje, skleslý, pocit že je opustený a vykorenený, chýba mu „pradôvera“. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.49) Ako osobnostný rys je tu zreteľná tendencia k depresivite, úzkostnosti, a s tým spojené sebazporovanie. Matky týchto pacientov bývajú často veľmi neisté a prenášajú túto neistotu a úzkosť na deti. Väčšina neurotikov reaguje s mimoriadnym znepokojením na separačné zážitky a tým prezrádza vnútorné pranie prilnúť s dôverou k niekomu. Táto problematika nás zavádza späť do rannej fázy individuálneho vývoja, v ktorom by oddelenie od ochraňujúcej matky viedlo k tomu, že by dieťa bezmocne zahynulo. Ako dozvuk tejto rannej väzby medzi odlúčením a smrťou pôsobí u srdcových neurotikov pravidelný spoločný výskyt strachu z osamotenía a smrti. Za týchto psychologických predpokladov môžeme lepšie rozumieť významu tých udalostí, ktoré často vyvolávajú prvý záchvat srdcovej neurózy, alebo ktoré ju zhoršujú. Prichystaný strach zo smrti môže prepuknúť a vyvolať chorobu, ak sa v okolí prihodí niečo čoho sa človek tajne obáva. Alebo nasledujú záchvaty srdcovej neurózy po nejakom znepokojivom objave na vlastnom tele – napr. neškodná reakcia krvného obehu na momentálne vyčerpanie. Syndróm môže slúžiť tiež k tomu, aby podporil tendenciu k pasivite a súčasne mu zaistil pozornosť a náklonnosť rodiny. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.51)

### **2.2.2 Koronárna skleróza**

Koronárna skleróza – ateroskleróza, pri ktorej ide o postihnutie tepien. Ak vzniká tento proces na srdci, charakterizuje sa ako ischemická choroba srdca - angina pectoris. Vždy sa jedná o kumuláciu alebo vzájomnú závislosť rizikových faktorov pri chronickom vývoji, ktorý sa roky tiahne a potom náhle nastupuje

akútna udalosť – infarkt. Pri infarkte sú dnes zverejnené viaceré teórie, ktoré pracujú s obrazom „rizikovej osobnosti“ - faktory (A - typ správania). Pre tento typ osobnosti je typická multifaktorová patogenéza s konkrétnymi rizikovými faktormi ako zvýšená hladina cholesterolu v krvi, hypertenzia, fajčenie, pozitívna rodinná anamnéza.

Osobnostná štruktúra ľudí ohrozených infarktom je odlišná od štruktúry „neurotikov“. Nie sú to ľudia emocionálne labilní, neistí a inhibovaní, ktorí majú psychické vedomie choroby. Na druhej strane však nie sú ani duševne vyrovnaní, pretože ich správanie je silne orientované na vonkajší svet, zamerané na výkon so súčasnými rysmi rigidity a nutkavosti. Pre týchto ľudí býva častá narcistická porucha, ktorá je hlavnou podmienkou nedostatočného spracovania straty objektu. To potom človek citlivo prežíva ako hrubé poranenie. Netrzeplivosť, nepokoj, pocit časového presu, napäté svaly, prehnaná zodpovednosť – to všetko charakterizuje týchto ľudí. Na jednej strane určité fyzické faktory a na druhej strane stres, ktorý núti organizmus k príslušnej reakcii. Je to uzavretý kruh. Dôležité je ale že tieto skutočnosti vždy závisia od subjektívneho hodnotenia človeka. Lenže takáto osobnosť má práve problém vystúpiť zo svojho subjektívneho obrazu sveta. Niektorí odborníci nevychádzajú z charakterovej štruktúry osobnosti, ale z dynamického deja pri vývoji osobnosti. Jedná sa predovšetkým o zábranu prejavu prirodzenej agresivity primeranou formou asertívneho prejavu. Ako konfliktné chovanie je možné vypozerovať postoj pacienta, ktorý popiera svoje konflikty a stavia sa do pozície: Kto veľa pracuje je zdravý. Jedná sa tu o permanentné preťaženie následkom vnútorného nutkania. Mechanizmus popretia sťažuje vytvorenie vnútornej motivácii k psychoterapii.

### **2.2.3 Esencionalna hypertenzia**

Esencionalna hypertenzia alebo zvýšený krvný tlak nad 160/95 mmHg je závažné ochorenie. Krvný tlak je hodnota veľmi labilná a závisí najmä od psychosociálnych faktorov. Je to jedna z najčastejších ľudských chorôb. Postihnutí sú ňou ľudia, ktorí trpia chronicky zábranou agresie. Agresívne impulzy, ktorým je bránené v ich voľnom prejavení, sa môžu stať zdrojom trvalého dráždenia cievneho systému, ako keby sa organizmus musel stále

pripravovať na boj, ktorý sa však nekoná. Podľa Konrada Lorenza sa takýto človek dopúšťa jedného zo „smrteľných hriechov“ a to je beh o závod so sebou samým. Je to vlastne baženie po tom, aby viac vedeli, viac mohli, boli viac úspešní, mali viac uznania, moci. Inými slovami: títo ľudia prepadnú tomu, čo sa dá označiť ako „skutočnosť všedného dňa“. Existujú situácie, ktoré majú sugestívnu príťažlivosť už od detstva ako: výkon, zdravie, mladosť, moc, majetok, nadpriemer...Z psychosomatického hľadiska je možné esencionálnu hypertroniú označiť ako „toxikomániu“, pričom cieľom baženia nie sú materiálne potreby ako u alkoholika alebo fajčiara, ale silné emocionálne potreby. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.60)

### 2.3 OCHORENIA TRÁVIACEHO TRAKTU

Pri tomto komplexe psychosomatických ochorení sa ukazuje na prítomnosť celkom konkrétnych emócií – je to okruh istoty a bezpečia človeka. Aby tieto potreby boli uspokojené chorý človek sa opiera o vzorce chovania, ktoré mu boli vlastné ako kojencovi a tam niekde nastala určitá disbalancia, ktorá sa takouto regresívnou cestou realizuje. Tieto zaist'ovacie tendencie sa prejavujú v mechanizme „byť nakŕmený“, teda v pôvodnej forme zaist'ujúceho získavaniu a z toho vyplývajúceho hospodárenia a zhodnocovania majetku. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.81) Zvlášť úzke vzťahy existujú ale tiež k toxikomániám, ktorých výskyt sa stále zvyšuje a k depresiám, ktoré vykazujú podobné regresívne znaky ako psychosomatické ochorenia tráviaceho traktu Často sú u ochorení tráviaceho ústrojenstva potlačené pocity úzkosti, vnútorná tieseň a neistota – viditeľný je iba telesný symptóm. Zvlášť jasne sa táto skutočnosť ukazuje v prípadoch, keď je orgán alebo symptóm vyriešený či už chirurgicky alebo medikamentózne a objavia sa potom psychické symptómy ako úzkosť, depresie, baživosť. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.82) Vonkajšia symptomatika sa tu snaží viac ako u iných psychosomatických chorôb maskovať emocionálne deje, ktoré sa uskutočňujú skryto v pozadí.

Okrem už chorobne vyhranených prejavov týchto stavov existuje celá rada tzv. problémov s trávením, ktoré sa prejavujú ako funkčné poruchy trávenia. Už u malých detí bývajú často nešpecifické bolesti brucha spôsobené vplyvom

fungovania okolností, ktorým je dieťa vystavené a nemá možnosť ich ovplyvniť. Väčšinou je príčina v určitých „rodinných rituáloch“, ktoré dieťa zaťažujú. Taktiež u chronickej zápchy alebo hnačkách sa stretávame s vplyvom emocionálnych faktorov. Tieto poruchy sa popisujú ako stav medzi zdravím a chorobou. Prílišným pedantským nácvikom čistoty u malých detí sa môže súhra medzi vonkajšími alebo vnútornými telesnými alebo psychickými faktormi rozladiť. (Rattner, J., 2001, s.79) Pri chronickej zápche, ktorá sa dnes radí k civilizáčnym chorobám a v nejakej forme ju zažíva skoro každý človek, je obraz osobnosti typický pre našu súčasnú realitu. Vplyvom života, ktorý vedieme vo „vyspelom svete“ sme väčšinou viac alebo menej úzkostní a depresívni, navonok kľudní ale vnútorne napätí. Realita je taká aká je, máme stále menej fungujúcich sociálnych kontaktov, bojíme sa od druhých niečo očakávať a preto im nemusíme ani nič dávať, musíme si pevne držať, to čo máme. Tieto tendencie, ktoré potlačujeme, opísal už Freud ako triádu: poriadkumilovnosť, svojhlavosť a šetrnosť a jej stupňovanie: pedantéria, intolerancia a lakomosť. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.96) Podľa Bašteckého však platí „telesné problémy rieši lekár, psychické a sociálne si musí riešiť každý sám. (Qint, H., 1989, s.18), ale na ich riešenie obvykle sami nebývame, pokiaľ však udržiavame a pestujeme zdravé sociálne vzťahy podľa vyváženého vzorca „dám a dostanem“. Tento vzorec si môžeme aj prispôbiť sebe – „chcem, potrebujem“, ale výsledok už nemusí byť podľa našich predstáv a takéto jednanie s okolím nás môže zacyklovať v našich ťažkostiach a potom je už ťažko rozmotávať uzlíky, ktoré nás udržiavajú v problémovej situácii.

### **2.3.1 Žalúdočné a dvanástorníkové vredy**

Funkcie žalúdka sú úzko viazané na činnosť nervových procesov behom trávenia, ale aj mimo neho, sú spojené s afektívnymi stavmi. Agresivita a hnev urýchľujú prechod potravy žalúdkom, úzkosť a silné emócie ju spomaľujú. Pod vplyvom úzkosti z nespľniteľného prania uniknúť, depresívnych myšlienok alebo pocitu straty odvahy sa znižuje prekrvenie žalúdka, znižuje sa tvorba žalúdočnej kyseliny. Naopak agresívne prostredie, konfliktné stavy stupňujú žalúdočnú sekréciu. Táto disbalancia zapríčiňuje zmeny na sliznici, ktorá sa stáva ľahko

narušiteľná. V obraze osobnosti nachádzame nevedomé paradoxné postoje. Je to neurotický konflikt medzi prianím závislosti a nezávislosti od dominantnej rodičovskej postavy obyčajne opačného pohlavia. V podstate sa dajú vypožorovať dve psychodynamické štruktúry osobnosti týchto ľudí.

a/ Pasívny typ je skôr depresívny a navonok priamo prejavuje svoju potrebu závislosti. K ataku choroby prichádza vtedy, keď nevedomé alebo aj vedomé priania zažijú frustráciu. Stojí u nich v popredí strach pred opustením, stratou bezpečia, čo vedie k stálemu napätiu. Títo ľudia vyhľadávajú partnerov, ktorí ich „za žiadnych okolností nemôžu opustiť“ a každá pochybnosť u nich môže vyvolať úzkostnú reakciu. Nepodnikajú kroky k samostatnosti a nezávislosti, neriskujú, snažia sa byť chránení.

b/ Hyperaktívny typ naopak agresívne sleduje svoj cieľ úsilím o nezávislosť, neustále sa snaží sám sebe dokázať svoju silu a nedokáže si od takéhoto kompenzačného chovania oddýchnuť. Sú to ľudia hľadajúci úspech, ale v zásade sú neúspešní, pretože im ide viac o prestíž a náklonnosť. Sú súčasne aktívni aj neistí. Vnútorne napätie z očakávania zlyhania im spôsobuje trvalú úzkosť. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.85)

### **2.3.2 Chronické zápalové ochorenia čreva (Ulcerózna kolitída)**

Je to zdĺhavé ochorenie s tendenciou rodinného výskytu., ľudia postihnutí touto chorobou sú precitliveli na zlyhanie. Ich osobnosť je s chorobou veľmi silno stotožnená a predchádzajú jej často depresívne ladené životné situácie spojené so skúsenosťami straty dôležitého objektu. Vyznačujú sa silným prianím závislosti a ochrany, ak stratia vzťah ku osobe, ktorá je pre nich dôležitá zažívajú to ako ohrozenie vlastnej existencie. Zvyčajne sa bránia, alebo im nie je okolím umožnené afektívne prejavenie sa tejto straty a tak ju nemôžu vo svojom vedomí spracovať. Chýba im vedomé prežitie agresívneho prežívania a chovania, sú pohotovi k depresívnym reakciám. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.97) Ako pri každom ochorení tráviaceho traktu tu funguje proces autoimunitnej reakcie organizmu a súčasne sa dá začiatok ochorenia vysledovať v životnej histórii alebo súčasnej stresujúcej situácii.

### **2.3.3 Nešpecifický zápal čreva (Crohnova choroba)**

Na rozdiel ulcerózna kolitídy pri Crohnovej chorobe zápal postihuje steny celého tráviaceho traktu na rôznych miestach. Istú úlohu tu zohrávajú genetické faktory pri neprimerane veľkej imunitnej reakcii organizmu. Vyskytuje sa už vo veku 20 – 25 rokov a v poslednej dobe je zaznamenaný prudký nárast tohto ochorenia. Psychosomatická koncepcia vychádza z pozorovania že vzplanutie choroby môže vyvolať stres a psychická trauma. Pozorovateľné sú aj infantilné črty osobnosti, výrazný sklon k depresii, potlačená agresivita, nahromadená anxieta. Pre týchto chorých je charakteristický vyhraný vzťah k matke. Spúšťač ochorenia býva psychická trauma zo straty sociálneho vzťahu. Táto strata môže byť reálna, hroziaca alebo aj symbolická a ochorenie má svoj rytmus s fázami aktivity a remisie. (Qint, H., 1989, s.36)

## **2.4 PORUCHY PRÍJMU POTRAVY**

Príčinu rastúceho počtu porúch príjmu potravy vidí väčšina odborníkov práve v súčasnej kultúre, ktorá nekriticky oslavuje vychudnutú štíhlosť a nadmernú sebakontrolu. Médiá robia zo štíhlosti najdôležitejší znak ženskej krásy. Tým je možné zdôvodniť, prečo sú poruchy jedenia v podstate ženským problémom. Všeobecný typ rodiny, v ktorej dieťa trpí poruchou príjmu potravy neexistuje. Z mnohých prieskumov však vyplýva, že rodiny s poruchami príjmu potravy rozhodne nie sú rodinami, kde by rodičia nejavili o svoje deti záujem. Práve naopak. Rodičia sa o svoje deti starajú, venujú im pozornosť, zaujímajú sa o ich aktivity. Toto zistenie sa prikláňa k niektorým poznatkom, ktoré vyskyt poruchy stravovania pripisujú prevažne starostlivým rodinám zo stredných, či vyšších sociálnych vrstiev. Problémom v rodine s poruchou príjmu potravy býva komunikácia medzi jednotlivými členmi rodiny a spôsob riešenia problémov a konfliktov. ([www.nadaciapontis.sk](http://www.nadaciapontis.sk))

### **2.4.1 Mentálna anorexia**

Mentálna anorexia je klinický obraz choroby, ktorý predstavuje obzvlášť typický príklad somatického ochorenia, ktorého príčiny ležia v psychike. Jedná sa o poruchu chovania vo vzťahu k príjmu potravy a o poruchu sociálnej

komunikácie. Toto ochorenie, ktoré postihuje prevažne dievčatá, sa dokonca v literatúre uvádza ako „chronická forma samovraždy. Odmietanie jedla môže byť chápané ako orálny protest, ktorým má byť dosiahnutá láskyplná starostlivosť, ale ktorým môže byť vykonávaná kontrola chovania druhých. (Luban - Plozza, B.- . Pöldinger, W., 1992, s.76). Psychoanalytici sa domnievajú, že sa jedná o istý druh nevedomej obrany voči vlastnej sexualite a prijatí ženskej role. Rodinní terapeuti interpretujú mentálnu anorexiu ako boj o vnútropsychické a medziľudské sebakpresadzovanie sa. Anorektické ženy sú z tohto pohľadu v jadre svojej osobnosti skôr neisté, cítia sa bezmocné a majú pocit, že druhí nad nimi dominujú. Prostredníctvom kontroly vlastného tela, pomocou prekonania pocitu hladu sa potom cítia ako silné a samostatné. (Trenckmann U., Bandelow B., 1999, s. 96)

#### **2.4.2 Mentálna bulímia**

Na rozdiel od mentálnej anorexie je mentálna bulímia utajovaná porucha, vyskytujúca sa v prevažnej miere u dospelých žien. Prejavuje sa opakujúcimi záchvatmi prejedania sa, ktoré sú ale spojené s kontrolou telesnej hmotnosti. Táto kontrola sa realizuje úmyselným zvracaním, používaním prehánadiel, nadmerným záchvatovitým hladovaním a cvičením. Prejedanie sa tak dostáva do konfliktu s túžbou zostať štíhla, čo má za následok pocit viny.

Dosiaľ neexistuje všeobecne prijímaný model tejto choroby. Diskutujú sa faktory súvisiace s životnou situáciou – biografické faktory: v rodinách týchto žien sa často vyskytuje difúzna, nepomenovaná atmosféra neistoty, do akej miery je úplne „spoľahnutie sa“ na jedného či druhého rodiča. Pomerne často bývajú matky popisované ako nadmerne starostlivé a obmedzujúce, otcovia ako málo prítomní alebo citovo rozporní, alebo neprítomní. (Luban - Plozza, B.- . Pöldinger, W., 1992, s.77) Rodinná atmosféra sa vyznačuje kontrolovaním, vyhýbaním sa konfliktom, dievčatá nemajú možnosť sa ohraničiť. Jedenie sa často považuje za prostriedok odklonenia pozornosti, odmeny, uvoľnenia a udržania si tradičných noriem, vládne tu pseudoharmónia. Osobnostné rizikové faktory sú: malé sebavedomie, sebaneistota, depresie. Ich duševné stavy závisia od toho koľko pozornosti a ocenenia sa im dostalo od druhých, čo je na druhej strane spojené s tým, že pri sklamaní sa v očakávaniach od druhých ľudí, ktoré sú príliš

vysoké, dochádza k výrazným úzkostiam zo straty a odlúčenia. Depresívne rozladenia, bezmocnosť sa potom vybijajú v narušenom príjme potravy. Kontroly váhy a diéty poskytujú pocit zdanlivej istoty, pretože umožňujú kontrolovať nielen telesné ale hlavne citové potreby. (Trenckmann U., Bandelow B., 1999, s. 100)

## **2.5 OCHORENIA ENDOKRINNÉHO SYSTÉMU**

### **2.5.1 Tyreotoxikóza**

Tyreotoxikóza alebo hypertyreóza je klinický syndróm spôsobený nadmerným produkovaním hormónov štítnej žľazy. Všeobecne dochádza k zvýšeniu metabolických procesov. Sú známe prípady, ktoré sa vyvinú náhle následkom nejakej silnej emócie. Ale vždy sú prítomné nejaké zvláštne životné situácie a ťažkosti, ktoré vytvárajú napätie a pod ich vplyvom sa už stabilizovaný stav môže zhoršiť. Vnútorý nepokoj, ľahká vzrušiteľnosť drží organizmus sústavne v pohotovosti a pripravenosti k vyšším výkonom. V obraze osobnosti týchto ľudí (v prevažnej väčšine sú to ženy) je tendencia stálej pohotovosti plniť úlohy. Zdá sa že v detstve boli okolnosťami donútení k samostatnosti ku ktorej ešte nedozreli. Mohlo to byť spôsobené stratou matky, nezhodami medzi rodičmi a účasťou na ich konfliktoch, alebo vedením k predčasnej zodpovednosti. Pacienti budia dojem osobnej zrelosti, ktorá však nedorástla všetkým situáciám a snažia sa zakryť slabosť a vnútornú úzkosť, strach pred odlúčením, strach z vlastnej zodpovednosti alebo pohlavným životom dospelých. Toto pudenie k výkonu, práci a zodpovednosti má pre nich sebaukľudňujúcu funkciu: vo viac ako dvoch tretinách prípadov ide o „kontrafobické rysy“ a v jednej tretine ide o popretie a potlačenie úzkosti. Celým ich životom sa tiahne výrazná snaha dostať sa ďalej, s pocitom povinnosti voči výkonu a práci, ktorý ide až do vyčerpania. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.99)

### **2.5.2 Hypotyreóza**

Pri hypotyreóze sa jedná o opačný prípad – organizmus nevytvára dostatok hormónov v štítnej žľaze z viacerých dôvodov. V súčasnej dobe sa diskutuje táto problematika v súvislosti so ženami stredného a vyššieho veku a starnutím



populácie bude mať stále väčší význam. Často sa stáva, že endokrinné poruchy v začiatočnom štádiu rozvoja sú zamieňané za funkčné duševné poruchy, napr. neurotické, dementné. Je tu nutná veľmi pozorná diagnostika, pričom za pomoci aj psychoterapie je možné dosiahnuť trvalého zlepšenia.

## **2.6 ALERGIE**

Spoločne pre všetky alergie platí to, že pri nich obranné procesy organizmu prekračujú normálnu mieru, organizmus v snahe ochrániť svoju zdravú existenciu prekračuje „dovolené hranice sebaobrany“ proti látkam, okolnostiam, javom alebo situáciám, aké sa dajú bežne zniesť. Psychosomatický spôsob uvažovania sa prikláňa k psychosociálnej etiológii alergickej reakcie. Neuspokojuje sa preto iba určením alergénu, ale hľadá predchádzajúcu senzibilizáciu vo forme životopisného významového obsahu, ktorý nesie určitý alergén pre určitého človeka. Množstvo pôsobiacich alergénov môže byť preto veľké a nevyvolá reakciu, pokiaľ sa k tomu nepridá ďalšia záťaž alebo emócia ako spúšťací faktor. Takže psychické faktory zvyšujú alebo znižujú prah citlivosti na alergény a fungujú ako významy, ktoré im chorý človek nevedome pripisuje. (Luban - Plozza, B.- . Pöldinger, W., 1992, s.103).

Zistilo sa, že ľudia postihnutí alergiou majú neobvykle veľkú potrebu lásky a pritom vo svojej povahe spájajú dva protiklady – potrebu opory s agresívnymi tendenciami, pričom stále vnútorne kolísajú medzi strachom a obranou. Tak isto je u nich vnútorný konflikt medzi potrebou opory a potrebou samostatnosti. Príčina vzniku takýchto psychických matric má začiatok v rannom detstve, alebo sa zakladá už aj perinatálne. Takže máme výsledok: stres a napätie, vyvolané aj menším citovým strádaním alebo sklamaním alergikom otrasie tak, že mu „dochádza vzduch“(prípady astmy, sennej nádchy), „zlieza mu koža“ (prípady ekzémov, neurodermitíd), je mu „na zvracanie“ (prípady mykóznej kolitídy), atď. Toto je základné alergické chovanie – spúšťacím prostriedkom alergie býva akákoľvek látka, situácia, jav...

## 2.7 KOŽNÉ OCHORENIA

Koža ako náš najväčší senzorický orgán vytvára hranicu medzi vnútorným a vonkajším prostredím, je v bezprostrednom kontakte s okolím. Reaguje ako ochranný štít alebo izolačná vrstva a jej rôzne prejavy odrážajú naše psychické pochody a reakcie. Jej význam ako orgánu k vyjadreniu emócií sa odráža v bežnej reči: „necítim sa vo svojej koži“, „má hrošiu kožu“, „vyletím z kože“. Máloktorý orgán reaguje tak rýchlo na psychické záťaže ako koža. Deje sa tak zmenami v prekrvení od rumenca až po zblednutie zo zľaknutia, od tvorby rôznych vyrážok, ekzémov, lupín... Súvislosti medzi nervovými a psychickými faktormi a určitými kožnými chorobami nie sú podľa názorov embryológov také prekvapujúce. Ako koža, tak centrálny nervový systém sa vyvíjajú z rovnakého zárodkového listu – ektodermu. A v tomto zmysle môžeme označiť kožný orgán tak povediac za „odkrytú“ časť nervového systému. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.105)

### 2.7.1 Atopický ekzém

Toto ochorenie sa dá chápať ako porucha vzťahu medzi matkou a dieťaťom a v mnohých prípadoch vymizne sám od seba pred druhým rokom dieťaťa, keď už nie je odkázané na kontakt len s matkou, ale už si samo vyhľadáva kontakty s inými ľuďmi, vecami a okolím. Pri pretrvávajúci do dospelosti je možné u týchto ľudí pozorovať výraznú pasivitu. Majú problém vyjadriť svoje nároky voči okoliu a presadiť sa. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.107) Psychosomatické súvislosti sa dajú akceptovať pri celej rade kožných problémov a ochorení napr.: psoriáza, lišaje, rozacea, žihľavka, bradavice... V každom takomto prípade je vhodné všímať si psychickú situáciu pacienta, pričom somatizáciu môžeme vidieť ako koniec regresie a tým možnosť prebudovania osobnosti k zrelším reakciám.

## 2.8 GYNEKOLOGICKÉ OCHORENIA

Psychosomatická problematika v gynekológii a pôrodníctve tvorí pomerne veľkú časť ochorení, ktoré narušujú normálny život ženy. Mnohým poruchám v tejto oblasti porozumieme, keď si uvedomíme ako dlho pretrvávalo nepriateľstvo voči telu a zvlášť voči ženskému telu. Ale ani dnešné pokusy

o odtabuizovanie neznamenajú ešte žiadnu slobodu v prežívaní telesnosti a priateľstva so svojou ženskou podstatou. Všeobecnou psychologickou vlastnosťou ženstva je odovzdanosť a základným ženským princípom schopnosť prijímať. Odovzdanosť a zmlievosť to sú pre človeka vždy ťažké úlohy, lebo sa musí vzdať vlastného chcenia a dominantného ega. Nezmierenie sa s vlastným ženstvom je potom jednou z príčin väčšiny porúch v somatickej alebo sexuálnej oblasti. Dá len ťažko prehliadnuť súvis so vzťahovými problémami a sexom. U pacientiek s podobnými anamnézami vývoja ich rodín sa ukázalo, že je tu prítomná nápadná zhoršujúca sa separácia dcéry od matky v niekoľkých generáciách. Akceptovanie ženskej role v sexualite, materstve býva sťažené. Pochopiteľnejšie sú tieto ťažkosti u žien, ktoré v detstve alebo v dospievaní utrpeli sexuálne násilie.

### **2.8.1 Dysmenorea**

Poruchy v menštruačnom cykle sú pomerne časté a ich etiológia je rozmanitá. Dysmenorea alebo bolestivá menzes v obraze osobnosti vždy poukazuje na vnútorné napätie ženy. Je to vlastne stav stále prítomnej latentnej formy úzkostnej neurózy. Niektoré formy miznú, keď situácia afektívnej záťaže pomíne, ale sú aj vážnejšie formy, ktoré vznikajú ako následok hlboko zasahujúcich konfliktov z detstva.

### **2.8.2 Funkčná sterilita**

Tu sa nedá určiť vyhranený typ osobnosti žien, ktoré trpia nemožnosťou otehotnieť, ale spoločný obraz osobnosti je v podstate totožný ako u všetkých gynekologických ochorení. Býva to odmietanie ženskej role v jej dvoch extrémoch. Môže to byť žena, ktorá usiluje o nezávislosť, má snahu o dominanciu, alebo naopak fyzicky a psychicky nezrelá žena, ktorej nápadným znakom je závislosť. (Luban - Plozza, B.- Pöldinger, W., 1992, s.116) Psychodynamicky sa tu javí obrana pred tehotenstvom, pôrodom a materstvom ktorá má súvis s ranným vzťahom k matke. Tak za práním byť tehotná môže stáť hlboko potlačené pranie tehotná nebyť. Po úspešnom narodení dieťaťa často tieto ženy trpia popôrodnou depresiou.

V poslednom období boli uznané za choroby stavu, u ktorých nastáva kombinácia rôznorodých aspektov, ale ako veľmi výrazný spúšťač týchto ochorení je dlhodobý stres, ktorý človek pociťuje vo forme distresu.

## 2.9 SYNDRÓM CHRONICKEJ ÚNAVY

Syndróm chronickej únavy (Chronic fatigue syndrom - CFS) je závažné vysilujúce ochorenie, ktoré sa dá charakterizovať ako abnormálne častá, alebo pretrvávajúca únava dostavujúca sa aj po miernej aktivite. Toto ochorenie podľa odhadov postihuje asi 3% populácie. Jeho symptómy zahŕňujú zníženie koncentrácie, výpadky krátkodobej pamäte, svalové a kĺbové bolesti, rušivý spánok. Keďže príčiny syndrómu chronickej únavy sú stále neznáme, CFS je diagnostikovaný vylúčením známych ochorení s podobnými symptómami ak pocit únavy, alebo rýchla unaviteľnosť trvá viac ako pol roka. Svetová zdravotnícka organizácia CFS uznala ako diagnózu, ale dodnes trvajú diskusie o jeho existencii a príčinách. Jedna z teórií príčin vzniku únavového syndrómu je podľa niektorých odborníkov bližšie nešpecifikovaná infekcia, ktorá vyvoláva komplexnú poruchu imunity a zároveň nenápadne poškodí centrálny nervový systém. Zo systémového pohľadu, symptómy spojené s so syndrómom chronickej únavy môžu dávať zmysel, ak osoba žije život, ktorému chýba zmysel, alebo ak symptómy poskytujú určité benefity. Ako symptómové kritériá sa uvádzajú zvýšené teploty do 38°C; bolesti v krku; bolesť a únava svalov, kĺbov, hlavy; dvadsaťštyri a viac hodín trvajúca únava po námahe; bolestivé lymfatické uzliny na krku a v podpaзуší; napätie, pocit vnútorného nepokoja, úzkosť a poruchy spánku. Všeobecne sa predpokladajú tieto mechanizmy vzniku:

**1. Infekčný pôvod** – najčastejšie sa uvažuje o vplyve herpetických vírusov, hoci jednoznačná súvislosť zatiaľ nebola preukázaná. Naopak sa predpokladá, že aktivovanie vírusových infekcií nastáva až vplyvom oslabenej imunity. (Praško, J., a kol, 2006, s.22)

**2. Stres** – úloha stresu pri vzniku CFS je kľúčová. Stres oslabuje imunitný systém a zvyšuje náchylnosť k mnohým ochoreniam. Stres teda stojí takmer vždy na začiatku ochorenia, neskôr aj napriek liečbe zhoršuje jej priebeh. (Praško, J., a kol, 2006, s.30)

**3. Osobnostné rysy** - chronickou únavou trpia častejšie (nie však vždy) ľudia, ktorí sú zvyknutí klásť si na seba a niekedy aj na svoje okolie príliš vysoké nároky. Často sú to perfekcionalisti usilujúci o presnosť, dokonalosť, všetko potrebujú mať v poriadku. Ľudia s týmito vlastnosťami sa väčšinou príliš snažia o to, aby splnili svoje prehnané očakávania a nedovolia si mať dostatok času na odpočinok a príjemné aktivity. S únavovým syndrómom sa spájajú výrazné maladaptívne rysy osobnosti, niekedy sa môže jednať priamo o poruchu osobnosti, ktorá nositeľovi prináša vzťahové problémy. Problémy vo vzťahoch sú však vždy stresom, ktorý sa môže podieľať na udržiavaní chronickej únavy.

Chronický únavový syndróm je vhodné rešpektovať ako súhrnnú nozologickú jednotku, vyznačujúcu sa dlhodobým priebehom a postihujúcu ľudí mladšieho a stredného veku. Optimálna formou diagnostiky je krátkodobá hospitalizácia na internom oddelení v spolupráci s kvalifikovanými a angažovanými odborníkmi. (Bielik, J., 2005/5) Chronická únava môže slúžiť ako nevedomý program umožňujúci vyhnúť sa riešeniu skutočných problémov, ktoré človek aktuálne má. Väčšinou funguje tak, že si človek ani nepripustí, že sa začína vyhybať veciam, ktoré by mu boli inak veľmi nepríjemné. Má sám pre seba alibi. Mnohokrát je rozvoj chronickej únavy síce spustený myšlienkami na životný problém, ale čoskoro sa začínajú starosti presúvať do oblasti zdravia. Presunom obáv a starostí zo vzťahového alebo vnútorného konfliktu na oblasť únavy a zdravia dochádza k zníženiu silných negatívnych emócií, ktoré sú spojené s myšlienkami na skutočný problém, s pocitmi bolestného neprijatia alebo bezmocnosti situáciu riešiť. (Praško, J., a kol, 2006, s.73)

## **2.10 SYNDRÓM VYHORENIA**

Vyhorenie je stav vyplienenia všetkých energetických zdrojov pôvodne veľmi intenzívne pracujúceho človeka. Je konečným štádiom procesu, pri ktorom ľudia ktorí sa emočne angažujú, strácajú svoje pôvodné nadšenie a svoju motiváciu, sú unavení, bezradní, často bez emócií alebo rezignovaní, depresívni a „prázdni“. V novšej psychologickkej literatúre sa stretávame s pojmom burnout. Je to odpoveď organizmu na dlhotrvajúci stres. (Daniel, J. a kol., 2003, s.215) Postihuje ľudí pracujúcich v tzv. pomáhajúcich povolaniach a dochádza k nemu

v dôsledku nerovnováhy medzi emočnou investíciou a „ziskom“ v podobe ocenenia, uznania a pocitu úspešnosti. Takáto práca je vnímaná ako poslanie a prenáša sa aj do nepracovných oblastí. Ide o komplexný jav, ku ktorému patrí ako emočná únava tak aj somatické príznaky: vyčerpanosť, únava, bolesti hlavy, trávacie problémy, ktoré môžu prebiehať pod obrazom chronického únavového syndrómu. (Praško, J., a kol, 2006, s.32)

### 3 NÁROČNÉ ZÁŤAŽOVÉ A ŽIVOTNÉ SITUÁCIE

Životné udalosti sú takými skutočnosťami, ktoré sa v živote človeka vyskytujú nezávisle od jeho vôle, a ktoré závažne a dlhodobo ovplyvňujú jeho životné návyky, činnosti alebo celý životný štýl. Patria sem zmeny po ktorých, alebo už počas ktorých nasleduje proces adaptácie na zmenené podmienky. Termín „životná udalosť“ sa pri spätnom hodnotení pacientom nadhodnocuje, zatiaľ čo zdravý človek ju podhodnocuje. (Baštecký a kol., 1993, str.46). Podrobne bola skúmaná otázka životných udalostí najmä u pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami, v súčasnosti sa venuje pozornosť ochoreniam žalúdka, hrubého čreva a malígnym nádorom. Strata významnej osoby je nápadná pri výskume zhubných nádorov. Neoverené výskumom, ale empirická skúsenosť ukazuje, že nápadne veľa starých ľudí zomrie do roka po strate partnera. (Nemčeková, M., [www.lefa.sk](http://www.lefa.sk)) Ale aj vlastná osobnosť človeka je pre neho samého „významná osoba“ a pri prechode vekovými krízami môže mať pocit, že ju stráca. Tu zaváži nakoľko má v sebe zabudovanú nezdolnosť „hardiness“, ktorá mu umožní prechod týmito bránami úniku. Taktiež účinným vnútorným mechanizmom je pocit vlastnej schopnosti zvládať situáciu – „personal competence“. Ako významná negatívna životná udalosť sa ukázala nezamestnanosť. V štúdiách venujúcich sa tomuto problému sa uvádza vzostup krvného tlaku, hladiny cholesterolu a kyseliny močovej korelovali s narastajúcou depresiou, podráždenosťou a stratou sebaistoty. Zistené zmeny zmizli až po niekoľkých mesiacoch od nástupu do nového zamestnania. (Nemčeková, M., [www.lefa.sk](http://www.lefa.sk))

### **3.1 VÝZNAM STRESU**

Pre vznik psychosomatickej choroby je podstatné naše emocionálne reagovanie na stres. Stres, ako psychická záťaž, je spojený predovšetkým s poruchami emocionálneho reagovania a súvisí s poruchami vegetatívnych fyziologických zložiek. Negatívne emócie sú v takomto prípade vyvolávané zmenou vnútorných psychofyziologických procesov či stavov ako napr. hlad, riešenie problémov, spomienky...ale aj významnými vonkajšími situáciami, ako napr. nebezpečie, alebo prekážky, ktoré stoja v ceste zacielenému jednaniu (frustrácie). Z týchto emociogénnych udalostí či situácií je však najzávažnejší stres, zaťažujúca situácia, ktorej sa nedá prispôbiť, ale ktorej sme z nejakého dôvodu vystavení, napr. úloha vyžadujúca veľké telesné alebo psychické vypätie, konfliktný sociálny vzťah. (Nakonečný, M., 2000, s.101) Pojem stres je najčastejšie chápaný ako emočne negatívny stres – distres. Najčastejšími a veľmi rozšírenými stresormi, ktoré súvisia so súčasným spôsobom života sú časová tieseň, existenčná neistota, hluk, preľudnenie, sociálne konflikty, celkové preťaženie z množstva úloh.

Každý človek je v priebehu života neustále nútený usilovať o integritu, jednotu, celistvosť, neporušenosť a stabilitu svojej osobnosti tým, že sa prispôbuje najrôznejším náročným životným situáciám vonkajšieho prostredia a aj svojmu vnútornému svetu.

### **3.2 HOMEOSTATICKÉ MECHANIZMY PSYCHIKY**

Motivačný mechanizmus homeostázy zodpovedá tendencii udržiavať istú existujúcu podmienku. Mechanizmy, procesy v organizme sa realizujú pomocou autonómneho nervového systému. Fungujú na princípe negatívneho feedbacku a zabezpečujú vnútornú fyziologickú rovnováhu v organizme. Ak je táto narušená pomocou homeostatických mechanizmov sa automaticky nastoľuje balans. Pokiaľ narušenú rovnováhu nie je možné automaticky obnoviť, človek sa vedome púšťa do činnosti, ktorou sám navodí narušenú rovnováhu. Tieto impulzy nasleduje aj v oblasti emócií, pomocou obranných mechanizmov, ktoré má zafixované z detstva. (Daniel J., a kol.,2003, s. 120)

Už v detstve sú určované hranice nášho vnímania. Dieťa očakáva, že bude vedené svojimi zážitkami, očakáva že ich bude veľa a že budú rôznorodé. Ďalej očakáva, že ich charakter bude mať priamu a užitočnú súvislosť so situáciami, ktoré ho budú v živote stretať. (Liedlofová, J.,2007, s.61) Človek má tendenciu ovplyvňovať všetky odlišné zážitky tak, aby sa podobali tým pôvodným ktoré ho formovali, či k horšiemu či lepšiemu. Pokiaľ bol v detstve zvyknutý na samotu, bude si v živote podvedome priťahovať situácie, ktoré mu zaistia podobný stupeň samoty. Pokiaľ jeho vlastné pokusy alebo okolnosti spôsobia, že bude osamotený ďaleko viac alebo menej než bol zvyknutý, sklony k získaniu stability tomu zabránia. Dokonca aj navyknutý stupeň strachu má tendenciu zostať zachovaný. Náhla strata „toho, čoho sa báť“ môže spôsobiť ďaleko hlbšiu a horšiu formu strachu. Ani posudzovanie úspechu či neúspechu, alebo šťastia či nešťastia, sa nedá radikálne zmeniť. Za to sú zodpovedné naše vnútorné stabilizátory a my často zisťujeme, že sa proti nim snažíme bojovať vôľou. Ale vôľa je slabá oproti sile zvyku. Niekedy je však potrebná zmena – vonkajšie okolnosti k tomu človeka donútia.

Aj v úplnej a fungujúcej rodine dochádza k presunu emócií, výkon rodičovských funkcií nie je bez emócií možný, emócie zaistujú emočnú blízkosť a racionálne vykonávané rodičovstvo poškodzuje deti. Rodina vytvára pri svojom raste silové pole, ktoré tvorí prostredie všetkých jej jedincov. Jednotlivé organizmy cítia a odčítavajú situáciu a nejakou na ňu podľa svojich možností reagujú. ak majú dostatok moci k ovplyvneniu situácie otvoreným chovaním, prechodné emočné stavy nestačia vytvoriť chronické príznaky. ak nemajú dostatok moci, tak môžu vytvárať symptómy – preto najčastejšie ochorejú malé deti a bezmocné ženy. (Chvála.V., 2006, www.lirpas.cz)

Stabilizátory potom nastoľujú rovnováhu v situáciách, ktorým sa nemôžeme v ich danej podobe prispôbiť. Odvádzajú tak pozornosť k náročným, ale známym problémom a tak pomáhajú otupiť neznesiteľný úspech alebo neúspech. Pokiaľ sa človeku nedarí prispôbovať sa nevratnej zmene, je potrebné prestať bojovať, preradiť na neutrál a preorientovať sa na nové podmienky, ktoré život priniesol. Ale keď všetky pokusy o nastolenie statusu quo zlyhali, privolajú stabilizujúce mechanizmy chorobu alebo nehodu, ktoré donútia človeka na



zotrvanie na určitú dobu v kľude – tak, aby si oddýchol a znovu načerpal sily, ktoré na zvládnutie nových požiadaviek potrebuje.

V tejto súvislosti sú pozoruhodné výsledky výskumov F. Dunbarovej. Slávnou sa stala jej analýza pacientov, ktorých postihla nejaká nehoda. Dokázala v nej významný vplyv niektorých osobnostných rysov ako impulzívnosť, agresivita a neschopnosť sebaovládania vo všetkých životných významoch. Pri tom dospela k syndrómu tzv. nehodovej choroby, keď v krízových psychických stavoch prichádza zdanlivo z vonku nejaký úraz. (Rattner, J., s.127) Keď má človek emocionálnu potrebu vrátiť sa do role malého dieťaťa použijú tieto mechanizmy k nastoleniu rovnováhy telo – dovoľia mu podľahnúť chorobe. Tak sa nám podarí dostať chrípku, keď nás boj nakrátko posunul od normálneho stupňa „blaha“, alebo keď sme museli nejakým spôsobom prepínať svoje sily a výrazne meniť svoje chovanie. Niektorí ľudia musia byť vo vážnom telesnom stave (sú nápadne náchylní k nehodám) neuveriteľne často, aby pre nich bol život vôbec znesiteľný. Iní si musia vytvoriť taký stav zraniteľnosti, aby si udržali pozornosť okolia, rodiny, alebo skutočne ochorejú, keď podvedome začnú protestovať proti pre nich extrémne dobrému alebo zlému zaobchádzaniu, na ktoré nie sú nastavení svojimi reálnymi skúsenosťami z ranného detstva. (Liedlofová, J., str.63)

Charakteristické reakcie, ktoré sa vyskytujú pri záťažových skúškach organizmu okrem iných skúmal americký fyziológ Walter Cannon. Hovoril o tzv. núdzovej funkcii ako o prispôbení sa tela zvýšeným nárokom na výkon. Vo svojom neskoršom diele Múdrosť tela formuloval tento významný fyziológ pravidlo, že telu ide vždy o to, aby udržalo svoje vnútorné prostredie v rovnováhe – v homeostáze. Táto rovnováha môže byť ohrozená ako z psychickej, tak aj z fyzickej oblasti. Z jeho učenia je jasné, že trvalý stres môže vyvolať somatické ochorenie. „Keď nie je možné ochrániť pacienta pred vonkajšími príčinami nadmerného vzrušenia – pred starosťami, konfliktmi, zármutkom, obavami -, musíme sa pokúsiť o duševnú zmenu. Keď nemôžeme rýchlo nájsť príčinu poruchy, potom nám môže pomôcť analýza vzniku choroby. Veľmi zaujímavá je skutočnosť, že vysvetlenie toho, prečo porucha vznikla, stačí často k jej odstráneniu.“ (Rattner, J.,2001, s.33)

### 3.3 ASPEKTY ADAPTÁCIE

Niekedy sa človek adaptuje na vonkajšie prostredie sám, ale niekedy do určitej miery môžeme prispôsobiť prostredie sebe samému. Každý jednotlivý proces adaptácie má tieto základné aspekty:

- emočne energetický
- kognitívny
- vôľový
- sociálny a behaviorálny

Ak má byť naše prispôsobovanie z hľadiska duševnej hygieny optimálne, musí byť v súlade so všetkými týmito aspektmi adaptácie. Ľudia sa líšia podľa toho, aké prispôsobovacie prostriedky volia v určitých sociálnych situáciách. Ak je toto prispôsobenie nesprávne alebo nedostatočné, môžeme hovoriť o maladaptácii. Prispôsobovacie techniky, metódy, ego-obranné mechanizmy, dynamizmy sú tvorené určitým obmedzeným množstvom spôsobov, ako sa dokážeme vyrovnávať v náročných, záťažových životných situáciách, s nekorektným jednaním iných osôb, s depriváciami, frustráciami, konfliktmi, chorobnými stavmi ale i so starobou, reálnymi chorobami a ďalšími stresormi. Náročné situácie či udalosti nás nútia často vydať viac energie, než sme schopní v danom čase opäť načerpať. Tieto obranné mechanizmy sú naučené, ale aj vrodené spôsoby obrany vlastného ja. Sú to už obyčajne v rannom detstve naučené spôsoby redukcie napätí, pocitov viny a úzkostí, a to ako u zdravých, tak aj u chorých alebo inak abnormálnych osôb. (Kohoutek, R., 1999, s.10)

Pozitívne reakcie na záťaž sa považujú tie prispôsobovacie reakcie, ktoré smerujú k použitiu adekvátnych foriem riešenia, k prekonaniu zabehnutých rigidných mechanizmov a tým k odstráneniu vlastného napätia. Základom je presvedčenie, že prekážka je prekonateľná a tak prijatie nejakého riešenia odstraňuje vnútorné napätie. Adekvátne pozitívne chovanie má tiež príslušnú mieru racionálnosti, rozumového prístupu. Prejavuje sa schopnosťou premyslieť všetky alternatívy a zvažovať ich dôsledky. Veľký vplyv tu má osobná skúsenosť a úsilie o nezávislosť. Každý človek má svoju osobnú škálu prispôsobovacích a obranných mechanizmov, čo do značnej miery určuje rozdiely v našom chovaní.

Ale niektoré zásady hospodárenia so svojim životom sú overené praxou a platia ako spoľahlivé „desatoro“, ktoré propaguje na Slovensku Liga za duševné zdravie:

### **1. Prijímaj sám seba**

Poznaj sám seba, svoje dary a prednosti i slabosti. Váž si sám seba, ale neber sa príliš vážne.

### **2. Hovor o tom**

O tom, čo ťa trápi, čoho sa bojíš, čo si vyčítaš, o svojich smútkoch, ale i radoostiach, o úspechoch. Zdieľaná starosť je polovičná, zdieľaná radosť je dvojnásobná.

### **3. Bud' aktívny**

Život je rieka, raz plávame s prúdom raz proti nemu. Vždy je za čím ísť a pred čím utekať. Kým sa hýbeme, žijeme a naopak.

### **4. Uč sa novým veciam**

Stále je čo spoznávať a učiť sa. Skúsenosť je neprenosná. To čo zvládneme, nás blaží, čo nezvládneme, aspoň sme vyskúšali.

### **5. Stretávaj sa s priateľmi**

Príbuzných si nevyberáme, ale priateľov áno. Sympatia, náklonnosť, kamarátstvo, priateľstvo, láska sú zdrojom opory a radostí života.

### **6. Rob niečo tvorivé**

Géniov je málo, ale tvorcom je každý z nás. Tvoriť môžeme v ateliéri i v záhrade, v divadle i dielni. Proces je dôležitejší ako výsledok. Výtvor možno skritizovať, ale to, čo pri tvorbe zažijeme, nám nikto nezoberie.

### **7. Zapoj sa a pomôž**

Pohyb krídiel motýľa v jednom kúte sveta môže spôsobiť búrku na jeho opačnom konci. Zaujímaj sa o to, čo sa deje vo svete. Politika, ekológia, charita, pomoc tým, ktorí to potrebujú dávajú zmysel nášmu vlastnému životu.

### **8. Neváhaj požiadať o pomoc**

Ak cítiš, že tvoje bremeno je príťažké, bolesť prisilná, strata priveľká, strach neznesiteľný – nehanbi sa požiadať o pomoc. Odborníka, alebo len spriaznenú dušu, niekoho kto prežil podobné trápenie.

### **9. Oddychuj a uvoľni sa**

Práca šľachtí, ale môže aj zabíjať. Uč sa aktívne oddychovať, nachádzať nové zdroje radosti a uvoľnenia. Pre niekoho veselá spoločnosť, pre iného samota, pre niekoho šport, pre iného príroda. Aj dobré jedlo a pitie, či iné slasti vyvažujú stres všedného dňa.

### **10. Zdolávaj prekážky**

Uč sa brať životné problémy a prekážky ako výzvy a možnosti osobného rastu. Čo nás nezabije...a je potom čo vyprávať vnúčatám.

### **11. Neboj sa snívajť**

Snívajme v noci i cez deň. V snoch sa môžeme vznášať a dokázať úžasné veci. Nie všetky sny sa našťastie naplnia, ale niektorým sa môžeme aspoň priblížiť.

### **12. Ži teraz a tu**

Príliš mnoho minulosti nám bráni vzlietnuť a primnoho budúcnosti nám nedovolí pevne sa rozkročiť na zemi. Ži teraz a tu najlepšie ako vieš, lepší život nemáš.

(Liga za duševné zdravie, [www.dusevnezdravie.sk](http://www.dusevnezdravie.sk))

## **4 PSYCHOTERAPIA AKO SÚČASŤ LIEČBY**

Psychoterapia je rozvinutým odborom ľudskej činnosti s veľkým množstvom špecializovaných škôl a myšlienkových prúdov. Tak ako sa medicína za posledné dve storočia mohutne rozvetvila od svojich historických koreňov do množstva špecializovaných odborov, rozvinula sa psychoterapia od spoločných základov vďaka činnosti rady osobností, do zdanlivo tak odlišných prístupov ako je psychoanalýza, gestalt terapia, kognitívno – behaviorálna terapia, rodinná terapia alebo biosyntéza, smery somatickej psychoterapie... Psychoterapia pri pacientoch s prevažne somatickými prejavmi je však obtiažna už preto, že sami sa obvykle necítia byť psychicky chorí a nevidia zmysel v tom, aby liečili svoju bolesť u psychoterapeuta. Z nevedomosti ho spájajú s psychiatrom a tak nevyužijú možnosť reálne sa uzdraviť. Pretože sa ešte stále u nás dostatočne nekladie dôraz

na to, že človek je skutočne bio-psycho-sociálna bytosť so spirituálnym presahom a každý z nás je neopakovateľný originál.

Podľa MUDr. Vladislava Chvály z Inštitútu rodinnej terapie a psychosomatickej medicíny v Liberci, v súvislosti s psychoterapiou pri psychosomatických ochoreniach platia nasledujúce zásady:

- systematická psychoterapia je vhodná všade tam, kde sa pacient napriek dobre stanovenej somatickej diagnóze a liečbe oproti očakávaniu lekára nezlepšuje
- psychoterapia tu nenahrádza somatickú liečbu, ale stáva sa veľmi žiaducim katalyzátorom, ktorý uľahčuje uzdravenie a je i podstatným zdrojom zlepšenia stavu pacienta, pri niektorých somaticky sa prejavujúcich ochoreniach sú psychogénne faktory tak podstatné, že psychoterapia je žiaduca metóda
- rozhodujúci pre možnosť psychoterapeutického pôsobenia je vzťah dôvery lekára a pacienta, ani najlepší psychoterapeut nie je vhodný pre všetkých pacientov, pre rôzne situácie a rôznych ľudí sa hodia rôzni terapeuti
- dobrá psychoterapia rôznych smerov má aj napriek rôznemu obsahu a formy spoločnú dynamiku: od prijatia pacienta, cez vnútornú prácu a premenu pri ukončení terapie, dĺžku liečby, ovplyvňuje vedľa metódy a osobnosti terapeuta ešte rada ďalších faktorov
- vo väčšine prípadov sa nejedná o nájdenie nejakej jedinej „psychogénnej príčiny choroby“, ale o premenu pacienta a jeho pohľad na celý komplex faktorov, ktoré sa na vývoji somatického ochorenia a jeho udržiavaní podieľajú
- je možné rozlišovať neodkrývajúce psychoterapeutické a relaxačné techniky od odkrývajúcich, či už individuálnych alebo skupinových. U skupinových terapií je práca dlhšia, ale má trvalejší a hlbší účinok.

(Chvála, V., [www.lirpas.cz](http://www.lirpas.cz) )

## **4.1 PRÍKLADY VYUŽITIA PSYCHOTERAPIE V SOMATICKÝCH OBOROCH**

### **4.1.1 Gastroenterológia**

Vedľa relaxačných a hypnotických techník sa dobre osvedčuje dlhodobejšia kvalitná individuálna psychoterapia, skupinová psychoterapia, v komplikovaných životných situáciách aj rodinná terapia. Tieto syndrómy patria ku klasickej psychoanalýze.

### **4.1.2 Endokrinológia**

V jednotlivých prípadoch, zvlášť tam, kde porucha netrvá dlho, je netypická alebo hraničná, hodnoty hladiny hormónu sú rozkolísané je na mieste pokúsiť sa o nejakú formu psychoterapie. Hlbinné odkrývacie techniky môžu pomôcť nájsť pozoruhodné súvislosti, rodinná terapia pomáha vyliečiť rodinné vzťahy. Taktiež relaxačné a hypnotické techniky môžu byť užitočné. Pokiaľ je však štítna žľaza nenávratne poškodená, nemôžeme čakať od psychoterapie iný než podporný efekt.

### **4.1.3 Gynekológia**

Na vzniku väčšiny porúch komplikovaného riadenia hormonálneho cyklu ženy sa môžu podstatnou mierou podieľať psychické a vzťahové faktory. Už fakt, že placebo má dobré výsledky liečby pri 90% pacientiek s premenštruačným syndrómom ukazuje, ako je problematické určiť, čo je vlastne liečbou. Bez znalosti súvislostí psychosexuálneho vývoja ženy a bez možností overiť si vývoj rodinných vzťahov môže sa psychoterapia zdať len ako podporná metóda. Najvhodnejšie tu budú na telo orientované terapeutické systémy, relaxačné a hypnotické techniky. Pri sterilite je potrebné pracovať s celým párom a zamerať sa na separáciu od pôvodných rodín. Keď sa jedná o manželský konflikt je výhodná rodinná či párová terapia, pri zlyhávaní materských funkcií býva vhodná individuálna či skupinová psychoterapia. Výborný efekt majú na telo zamerané techniky a relaxačno-hypnotické metódy.

### **4.1.4 Klimakterický syndróm**

Táto skupina predstavuje veľké množstvo žien s pestrou symptomatológiou. Niektorí odborníci považujú za rozhodujúce hormonálne zmeny v organizme ženy a nevidia dramatické psychosociálne zmeny v živote žien v tomto období. Prekvapivo dobre reagujú na akúkoľvek formu psychoterapie. Vďaka rodinnej

terapii je známe, ako sa premena rodiny pri odchode dospelých detí týka oboch rodičov. Tu vrcholí dlhodobá kríza páru a je treba riešiť často veľmi komplikované situácie zahrňujúce väčšinu členov systému. Neprekvapí nás, že ženy, ktoré sú na sociálne vzťahy bytostne citlivejšie, reagujú častejšie a intenzívnejšie.

#### **4.1.5 Tehotenstvo, pôrod, šestonedelie**

Jedná sa tu o fyziologický dej, v ktorom dochádza k dramatickému vývoju celého rodinného systému a tak vzniká terén pre celú radu možných komplikácií. Samotná záťaž overí úplnosť separácie ženy od svojej pôvodnej rodiny a stabilitu partnerstva. Pre dobrý priebeh tehotenstva a pôrodu, ale aj pre jednoduchšie zvládnutie prijatia dieťaťa, je vhodná psychologická príprava páru na pôrod.

#### **4.1.6 Urológia a sexuológia**

Poruchy sexuálnych funkcií a partnerské konflikty sú veľmi častým zdrojom napätia s možnosťou somatizácie. V našej kultúre je však sexuálna funkcia muža tak vysoko samými mužmi cenená, že neprekvapuje ako často býva porucha vytesnená mimo vedomia. Žiadna medikácia tu nemôže nahradiť kvalitnú psychoterapiu, či už individuálnu, párovú alebo skupinovú.

#### **4.1.7 Alergológia**

Je prekvapujúce ako málo sú využívané možnosti psychoterapie pri alergiách. Pritom ide o telesné reakcie s nápadnými psychosociálnymi súvislosťami. Aj tu farmakológia vytlačila možnosti podstatnejšieho ovplyvňovania poruchy psychoterapiou. Možno je to preto, že je pre pacienta pohodlnejšia. ale u tých pacientov, ktorí nereagujú na liečbu typicky, alebo sa sami dožadujú hlbšieho pochopenia choroby, nemusí alergiológ váhať s nasadením psychoterapie, pretože ju pacient sám v inej podobe vyhľadá u akupunkturistu alebo homeopaticky orientovaného lekára.

#### **4.1.8 Reumatológia**

Reumatoidná artritída bola jednou z klasických psychosomatických ochorení. Pri veľkej zložitosti problematiky sa rada autorov domnieva, že na vzniku ochorenia sa významne podieľa kumulácia negatívnych životných situácií a zážitkov spolu so stresom psychosociálnej povahy. Z tejto skupiny pacientov, ktorí sú často veľmi trpezliví, sa k psychoterapii dostávajú len tí, ktorí majú sami o ňu záujem,

ale je iróniou, že takých je v tejto skupine vzhľadom na svoje charakteristické povahové rysy minimum.

#### **4.1.9 Dermatológia**

Pre kožné ochorenia je psychoterapia veľmi užitočná súčasne s dermatologickou liečbou. Koža ako „projekčné plátno psychiky“ odráža neriešený chronický psychický problém a len pomocou liekov a masť je liečba nedostatočná. Tí pacienti, ktorí majú záujem poznať hlbšie súvislosti svojho ochorenia dobre reagujú na systematické psychoterapie. Pri týchto stavoch je použitie psychoterapie niekedy prekvapivo účinné (klasickým dokladom je použitie hypnoterapie pri bradaviciach). Pri atopickom ekzéme v detskom veku je veľmi vhodné znižovať mieru úzkosti u matky. Stresom provokované herpetické ochorenia patria ku klasickým výskumným modelom.

#### **4.1.10 Pediatria**

Dieťa je natoľko súčasťou rodinného systému, že nie je možné aby jeho ochorenie nemalo vplyv na rodinu a naopak. Najúčinnjšou tu býva rodinná terapia, niekedy je vhodné využiť aj relaxačné techniky. Kognitívno-behaviorálna terapia má úspech paradoxne pri použití u matky, nie u chronicky chorého dieťaťa.

#### **4.1.11 Bolestivé syndrómy chrbtice**

Či už s organickým nálezom, alebo častejšie bez neho, je pri týchto pacientoch kvalitná psychoterapia potrebná vždy. No nie vždy sú títo chorí ochotní ju prijímať. Dobrý rehabilitačný pracovník, zvlášť keď je kvalitnou a zrelou osobnosťou, pri svojom postupe v súlade so súčasnými poznatkami vedy, vykoná viac „psychoterapie“, než by sám pripustil. Existujú však aj psychoterapeutické školy orientované na telo. Touto cestou sa dá dostať omnoho bližšie ku skrytému a často nevedomému emočnému konfliktu, takže terapia postupuje rýchlejšie. Zvlášť u žien v kritických fázach vývoja rodiny je vhodné použiť rodinnú terapiu, inokedy skupinové terapie alebo relaxačné a hypnotické techniky. (Chvála, V., [www.lirpas.cz](http://www.lirpas.cz) )



## 4.2 AUTOGÉNNY TRÉNING

Autogénny tréning je systematický nácvik, zameraný na rozvoj schopnosti navodiť si pomocou sústredenia pozornosti na určité formulky stav príjemného, hlbokého pokoja a uvoľnenia, ktorý má zotavujúci účinok na celý organizmus, na duševný i telesný stav. Používa sa pri liečbe mnohých porúch a ochorení. Jeho veľký prínos je aj v aktívnej prevencii zdravotných problémov, pretože pôsobí proti nadmernému stresu a zvyšuje odolnosť voči vonkajším záťažovým situáciám – stresorom. Človek, ktorý si osvojí autogénny tréning, sa stáva odolnejším voči rôznym formám duševnej a telesnej záťaže, jeho rovnováha je stabilnejšia a radosť zo života intenzívnejšia. Autogénny tréning je vhodný aj pre zdravých ľudí, ktorí chcú byť viac sami sebou a stať sa tak odolnejšími voči vonkajším záťažovým udalostiam. (Hašto, J., 2006, s.5) Je to momentálne, aspoň v Európskych krajinách, najrozšírenejšia tréningová metóda založená na relaxácii. Relaxačné metódy vychádzajú z poznatkov o vzájomnej súvislosti medzi tromi faktormi: psychickým napätím, funkčným stavom vegetatívnej nervovej sústavy a napätím svalstva. Keďže tonus kostrového svalstva sa dá vôľovo meniť, je tu daná možnosť využiť zámernú svalovú relaxáciu k dosiahnutiu psychického uvoľnenia i k ovplyvneniu orgánových funkcií, ktoré sú riadené vegetatívnou nervovou sústavou. Pokojný stav pri obmedzení vonkajších podnetov s pohrúžením sa do svojho vlastného vnútra je zároveň vhodný pre autosugestívne ovplyvňovanie, ktorého účinky pri častom opakovaní presahujú a umocňujú dosah bežnej relaxácie. Pri autogénnom tréningu si vlastne osvojujeme schopnosť navodiť si hypnoidný, čiže hypnóze podobný stav. Keďže pracujeme sami pomocou sústredenia sa na určité formulky, toto preladenie nášho organizmu je vlastne autohypnóza. Autogénny tréning má široko použiteľný nižší stupeň (štandardné cvičenie) s individuálnymi formulkami a zložitejší vyšší stupeň, ktorý je už jednou z foriem riadenej imaginácie. Takýto stav preladenia samým sebou je spojený s priaznivými zmenami vo vyladení celého nervového systému, čím sa harmonizujú funkcie organizmu a dochádza k rýchlejšej obnove psychických ale aj fyzických síl.

Autorom tejto psychoterapeutickej a psychohygienickej metódy je berlínsky neurológ a psychiater J. H. Schultz (1884-1970), ktorý vedľa analytických

prístupov zdôrazňoval význam tzv. aktívne klinických metód: hypnózy, sugescie, relaxácie, tréningu a napísal niekoľko monografií o neurózach, psychoterapii a hypnóze. Jeho kniha o autogénnom tréningu sa za jeho života dočkala trinástich vydání. Pri vypracovaní tejto metódy vyšiel mimo iného zo svojich skúseností s hypnózou, zo znalostí jogínskych cvičení a súčasne zo znalostí európskej mentality. (Kratochvíl, S., 2006, s.169)

#### 4.2.1 Štandardné cvičenie

Jadrom nižšieho stupňa je 6 postupne nacvičovaných fáz, pričom sa dosahuje uvoľnenie v rôznych častiach a orgánoch tela s koncentráciou na príslušné pocity. Predpokladom je zvládnutie celkovej svalovej relaxácie, pričom sa cvičenec koncentruje na myšlienku – som absolútne pokojný. Vhodná poloha je poležiačky, sedenie v pohodlnom kresle alebo ako sa trefne prirovnáva – poloha kočiča, driemajúceho na kozlíku. Na osvojenie si tejto metódy je potrebné vedenie skúsenými odborníkmi, ktorí sú s ňou dokonale oboznámení. Ak je autogénny tréning potrebný aj na zvládanie zdravotných problémov, slúžia stretnutia s psychoterapeutom, liečebným pedagógom, sociálnym pracovníkom aj citovej opore, povzbudeniu a rozoberaniu problémov s hľadaním adekvátnych riešení. To všetko sa odohráva v nenútených rozhovoroch s vymedzeným časom obvykle 45 minút v 1 - 2 týždňových intervaloch. Funkcia psychoterapeuta v tomto prípade je podobná funkcii trénera alebo sprevádzajúceho učiteľa. Samostatne je potrebné autogénny tréning cvičiť 3x denne, pričom jedno cvičenie trvá 2 – 15 minút. Je vhodné o cvičení si viesť denník a nosiť ho na konzultácie s psychoterapeutom.

1. **Nácvik tiaže:** vyvoláva sa predstava najskôr v dominantnej ruke (v pravej u pravákov, v ľavej u ľavákov). Pocit tiaže sa následne rozširuje do druhej ruky a plynulo do oboch nôh. Postupne sa dosiahne pocit tiaže v celom tele už pri tejto predstave. (Kratochvíl, S., 2006, s.170)
2. **Nácvik tepla:** začína sa opäť koncentráciou na dominantnú ruku s predstavou – ruka je teplá, čo je spojené s relaxáciou periférnych ciev. Prechádza sa na druhú ruku, potom na obe ruky. Vedome sa treba sústrediť na formulku – pravá (ľavá) ruka je teplá, pravá (ľavá) noha je

teplá, obe ruky (nohy) sú teplé, celé telo je teplé. (Kratochvíl, S., 2006, s.170)

3. **Nácvik regulácie srdčej činnosti:** účelom tejto fáze cvičenia je uvedomiť si pokojný pulz (formulka Pulz je pokojný, pravidelný a silný...) Po čase začína cvičiaci cítiť pulz niekde v tele – je to individuálne, ale po niekoľkých týždňoch sa pociťovanie preniesie hlavne do oblasti srdca a nakoniec je cítiť pulzovú vlnu v celom tele. Príjemné je hovoriť si formulku zameranú na pulz do rytmu pociťovaného pulzu. Pri takomto rytmizovaní formulky na pulz stačí, keď ju opakujeme tri krát. (Hašto, J., 2006, s.7)
4. **Nácvik koncentrácie na dych s myšlienkou:**– dych je úplne pokojný, alebo ešte lepšie – „dýcha mi to“. „Dýcha mi to samovoľne, bez mojej vôle a ja sa nechávam týmto rytmom unášať, ukolísavať do stále väčšieho uvoľnenia.“ (Hašto, J., 2006, s.15)
5. **Nácvik regulácie brušných orgánov:** sústredenie sa na Plexus solaris – slnečnú pleteň. Je to spleť vegetatívneho autonómneho nervstva v oblasti asi vo výške žalúdka, uložená za žalúdkom a chrbticou. Reguluje prekrvenie a činnosť brušných orgánov. Pri hlbšom uvoľnení môžeme v tejto oblasti pociťovať príjemné prúdivé teplo, hlavne pri výdychu. Táto oblasť tela je pokladaná za stred organizmu. (Hašto, J., 2006, s.17) Je sídlom našich emócií, nálad, strachov a zaslúži si vedomý a harmonický kontakt s nami.
6. **Nácvik koncentrácie na hlavu** pozostáva v myšlienke: – čelo je príjemne chladné, možno si vyvolať predstavu chladivého vánku. Pri nácviku autogénneho tréningu oslobodzujeme hlavu od množstva napätia, taktiež šija a ramená, ktoré sa nevedomky napínajú pri emocionálnych tenziách sa uvoľňujú – tu však sa snažíme vyvolať pocit tepla. Výrazne pôsobí u ľudí s bolesťami hlavy a krčnej chrbtice. (Hašto, J., 2006, s.15)

Cvičenie sa končí vždy odvolaním relaxácie použitím energicky vyslovených formuliek spojených s energickým zacvičením rukami, nohami. V prípade cvičenia pred spánkom relaxácia plynulo prechádza do spánku, ktorý je postupne hlbší a výdatnejší.

#### **4.2.2 Individuálne postupy**

Ako uvádza Stanislav Kratochvíl, Základy psychoterapie, 2006, str.171, je možné a v niektorých prípadoch vhodné modifikovať postup podľa konkrétnych prípadov. Tak napríklad niektorí pacienti môžu pri koncentrácii na srdce venovať prílišnú pozornosť spozorovaným nepravidelnostiam srdcovej činnosti a toto hypochondricky spracovávať. Po zvládnutí štandardného cvičenia je vhodné zamerať sa na žiaduce alebo nežiaduce vlastnosti a príznaky priamo.

##### **1/ Fyziologicky zamerané formulky:**

Smerujú k zosilneniu účinkov navodených už štandardným cvičením, pričom sú špecificky zamerané na funkciu orgánov, v ktorých pacient pociťuje problém.

Pri klasických psychosomatických chorobách ako napr. astma je súčasne s vydýchnutím vhodná formulka „hrdlo je chladné, hrudník je teplý, dýchanie kludne a pravidelne“. Pri ulceróznej kolitíde „spodná časť brucha je teplá“, pri obezite „som kludný, sýty a spokojný“. Tak isto sa v určitých prípadoch napr. pri žalúdočných vredoch sa nedoporučuje cvičenie pocitu tepla v bruchu, pretože zvyšuje peristaltiku a prekrvenie žalúdočnej sliznice.

##### **2/ Intenčné formulky:**

Sú orientované na zmenu psychických funkcií, postojov, chovania.

a/ Neutralizujúce formulky majú odstrániť rušivú koncentráciu na telesné a duševné pochody „nutkavé myšlienky sú mi ľahostajné“...

b/ Zamieravajúce sa formulky vytvárajú pozitívne zameranie „svet je pekný a zaujímavý“, „zaujímajú ma ľudia okolo“...

Pri odstraňovaní nevhodných návykov, hlavne alkoholizmu a fajčeniu, sa doporučujú najskôr neutralizujúce formulky, vytvárajúce ľahostajný postoj k príslušnej návykovej činnosti „alkohol je mi ľahostajný“, „iní pijú, mne je alkohol ľahostajný“... Vlastná abstinencia formulka je napr. „viem, že za každých okolností sa vyhnem alkoholu“.

c/ Posilňujúce formulky podporujú motivačné tendencie smerujúce k dosiahnutiu žiaducich vlastností „riešim veci rýchlo a rázne“, „viem pochopiť druhých“ atď.

Formulka je krátka, jasná a kladná. Napríklad pri enuréze je vhodnejšia formulka „zobudím sa pri potrebe močenia“ než „nepomôžim sa“. Hlavnou zásadou pri

nácviku AT je to, že sa neuplatňuje vôľa, ale predstava a autosugescia. Preto nacvičovanie nemá byť spojené s mobilizáciou vôle, ale s pohrúžením sa do príslušnej predstavy alebo nezúčastneným premieľaním formulky v duchu. V praxi sa môžeme stretnúť s ľuďmi, ktorí si osvoja autogénny tréning a majú z neho zreteľný úžitok, napriek tomu po určitom čase prestávajú cvičiť a opäť sa začínajú boriť so svojimi problémami, ktoré mali pred jeho praktizovaním. Väčšinou udávajú, že nemajú dostatok cvičiť, alebo nemajú vhodné podmienky na cvičenie. Ale to nie sú racionálne dôvody, pretože autogénny tréning je skutočne nenáročná technika relaxácie čo sa týka technického zabezpečenia a straty času, ale má hlboko pozitívne účinky. Často sa jedná o ľudí, ktorí si toho berú na seba veľa a cítia sa preťažení, ale akoby bez tohto bremena už nevedeli žiť. V podstate je to naučené chovanie, ktorého korene môžeme hľadať vo výchove v detstve v iracionálnych pocitoch viny. Iné typy majú zase problémy byť systematickí a robiť niečo pravidelne dlhšiu dobu. Preto je vhodné nacvičovať autogénny tréning pod vedením skúseného terapeuta, ktorý vie toto chovanie usmerniť a cvičiacemu byť oporou a trénerom. Avšak samotnú prácu musí človek zvládnuť sám, ide tu už vlastne o cieľnú prácu na vlastnej osobnosti, o sebvýchovu, o spôsob, ako získať žiadúce vlastnosti. Užitočná individuálna formulka podporujúca sústavnosť, môže znieť takto: „pravidelné cvičenie prináša istotu, pokoj a sebadôveru“. (Hašto, J., 2006, s.23)

#### **4.2.3 Riešenie problémov s nácvikom**

Autogénny tréning vyžaduje normálnu úroveň inteligencie a ochotu k spolupráci, kladie značné nároky na vytrvalosť pacienta i terapeuta. Vytrvalosť cvičiacich býva niekedy oslabovaná tým, že spočiatku práce nevidno okamžite bezprostredné terapeutické výsledky. Ak sa asi po dvoch týždňoch cvičenia nezačnú prejavovať žiadúce pocity, je potrebné pomôcť si vypracovať schopnosť prežívať imaginárnymi predstavami i pomocou opakovaného pozorovania telesných pocitov. Napr. vo vani – teplo, zmena tiaže končatiny, zatínať a uvoľňovať päste, pociťovať pulz priložením ruky na srdce, pociť príjemného tepla v žalúdku pri pití teplého nápoja....Pri ťažkostiach s konkrétnym orgánom je potrebné začať najskôr s neproblémovými oblasťami a po úspešnom zvládnutí prejsť na riešenie

konkrétneho problému. Ak je organizmus v stresom vyladení napr. pri zvýšenej teplote, obvykle sa cvičenie AT menej darí. Občas sa počas cvičenia môžu objaviť prekvapujúce pocity ako rôzne zrakové predstavy, pocity padania, zášklby, nepokoj, hnev, vzlyky. Takýmto spôsobom sa mozog zbavuje nahromadeného napätia a účinky týchto prežívaní bývajú veľmi prospešné pre prirodzenú rovnováhu. Netreba sa ich zľaknúť, ale je dôležité zaujať k nim ľahostajný a prijímajúci postoj.

#### **4.2.4 Využitie autogénneho tréningu**

Telesné ťažkosti a symptómy bez telesnej príčiny často súvisia so zmenami v reguláciách vegetatívneho nervstva. Tieto zmeny sú dôsledkom prežívania na emočnej úrovni so všetkými jeho zložitosťami, vtedy hovoríme o somatoformnej poruche. Pri somatizovaných poruchách sa zas prejavujú nevedomé telesné spomienky na nepríjemné stavy v minulosti, spravidla v rannom detstve. Telesné ťažkosti môžu byť aj symbolickým vyjadrením určitého vnútorného konfliktu medzi „chcem a nemôžem“. V prípade astmy alebo alergií a iných psychosomatóz ide obvykle o kombináciu telesnej dispozície k ochoreniu a psychických faktorov. Priaznivo tu pôsobí i základný stupeň autogénneho tréningu, niekedy je vhodné vytvoriť individuálnu formulku ako napr. „sliznica nosná príjemne chladná“. Autogénny tréning nám môže pomôcť pri utváraní povahy novej osobnosti. Už pri samotnom cvičení základného stupňa popisujú ľudia, že sú kludnejší, nevyvedú ich z rovnováhy veci, ktoré im doposiaľ vadili, ale to neznamená, že by sa napr. nevedeli spravodlivo nahnevať tam, kde je to namieste. Ak chceme zmeniť určitý povahový rys, potom je opäť nutné „šit' individuálne formulky na mieru“ – v spolupráci s psychoterapeutom. Napríklad pri nadmernej úzkosti: „odvaha, istota a sebadôvera v každej situácii“, pri úzkostnom vyhýbaní sa druhým ľuďom napr. „vidím druhého“. (Hašto, J., 2006, s.28)

Autogénny tréning znižuje nadbytočnú aktiváciu centrálného nervstva, pôsobí protistresovo, vedie k rozpusteniu emočného napätia, podporuje pozitívne emočné naladenie, napomáha k rozumnému odstupu (nadhľadu) a racionálnej analýze, prispieva k sebaopoznaniu, a k tomu ešte niečo špeciálne: umožňuje aj cielene ovplyvniť vegetatívnu reguláciu, ktorá sa v bežnom bdelom stave nedá

priamo vôľovo ovplyvňovať. Okrem toho všetkého je, ako pri všetkých psychoterapiách, významným motorom priaznivých zmien aj pozitívna atmosféra medzi človekom v núdzi a terapeutom, ktorá umožňuje dialóg o medziľudských a vnútorných konfliktoch a posilňuje uplatnenie zdravých síl a zdrojov v človeku.

## ZÁVER

Bakalárska práca Rizikové faktory pre vznik psychosomatických ochorení vznikla na základe poznatkov, ktoré som získala štúdiom na Vysokej škole sv. Alžbety a na základe môjho osobného záujmu o túto problematiku.

V dnešnej dobe sa už chorý človek neuspokojí s konštatovaním od lekára, že chorobu, ktorú má, zapríčinili len telesné faktory, cíti a podvedome je o tom aj hlboko presvedčený, že človek je predsa „celý“ – je to systém, ktorý funguje vo viacerých interakciách s okolím i so svojim psychickým hospodárstvom. Taktiež si uvedomuje, že spätne svojim jednaním ovplyvňuje svoje sociálne okolie, obvykle rodinu. V poznatkoch z hlbinej psychológie sa dajú vypožorovať zásadné vplyvy na život človeka už od najútlejšieho detstva a niektorí odborníci idú ďalej do perinatálneho až prenatalného obdobia. V týchto obdobiach ľudského života sa utvárajú a fixujú všetky javy, ktoré ďalší život človeka určujú. Avšak tu nejde o konštatovanie nejakej determinácie, ale o uvedomenie si skutočností, ktoré nás vybudovali. Ak ich spoznáme a vedome prijmeme, máme možnosť s nimi pracovať. Choroba ako biologický prejav je až na vrchole pyramídy dejov, ktoré sú fixované v našich génoch, v utváraní a reakciách našej osobnosti. Toto dianie sa neskôr prejaví v ochoreniach, ktoré sú prísne individuálne. Nie každý človek ochorie napr. na astmu, aj keď v našom prostredí je množstvo alergénov. Musia sa stretnúť ešte aj iné udalosti, okolnosti. Napríklad životné situácie, ktoré pre nás predstavujú záťaž, ktorú však zas každý z nás inak vníma. Sú osobnosti s prirodzenou nezdolnosťou a iné, ktoré ich vlastná psychika nedokáže ochrániť. V súčasnosti sa prudko rozširujú ochorenia ako únavový syndróm alebo syndróm vyhorenia. Je príčina v dnešnej hektickej dobe, alebo v našej fyzickej i psychickej konštitúcii, ktorá sa utvorila v období na začiatku nášho života?

## **Zoznam použitej literatúry:**

- 1.** Bielik, J. a kol.: Chronický únavový syndróm. Bratislava, Interná medicína, 2005/5
- 2.** Daniel, J. a kol.: Prehľad všeobecnej psychológie. Nitra: Enigma, 2003. 278 s. ISBN 80-89132-05-7
- 3.** Hašto, J.: Autogénny tréning, Návik koncentratívneho sebauvoľnenia. 2. opravené a doplnené vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2006. 48 s. ISBN 80-88952-40-9
- 4.** Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapia a teórie jin-jangu. Praha: Portál, 2008, 248 s. ISBN 978-80-7367-391-8
- 5.** Chvála, V.: Niektoré možnosti psychoterapie v somatických oboroch, [www.lirpas.cz](http://www.lirpas.cz)
- 6.** Kohoutek, R.: Psychologie zdraví pro učitele a vychovatele. Brno Psychologický ústav AV ČR 1999. 23 s. ISBN 8090265324
- 7.** Konečný, M.: Revize východisek současné psychosomatiky, [www.psychosomatika.net](http://www.psychosomatika.net)
- 8.** Kratochvíl, S.: Základy psychoterapie. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0
- 9.** Liga za duševné zdravie, [www.dusevne-zdravie](http://www.dusevne-zdravie)
- 10.** Liedlofová, J.: Koncept kontinua. vyd.: DharmaGaia, 2007. 174 s. ISBN 8086685793
- 11.** Luban – Plozza, B., Pöldinger, W.: Psychosomatický pacient v praxi. 4. vydanie, 1992. 244 s. (k dispozícii na [www.vydavatelstvo-f.sk](http://www.vydavatelstvo-f.sk))
- 12.** Nakonečný, M.: Encyklopedie obecné psychologie. 2. rozšířené vyd. Praha : Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- 13.** Nakonečný, M.: Lidské emoce. Praha: Academia, 1. vydanie, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6
- 14.** Nemčková, M.: Podstata a štruktúra modernej vedy, [www.lefa.sk](http://www.lefa.sk)
- 15.** Praško, J. a kol.: Chronická únava: zvládání chronického únavového syndrómu. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 236 s. ISBN 80-7367-139-5
- 16.** Rattner, J.: Základy holistickej liečby. Bratislava: Eugenika, 2001, 210 s. ISBN 80-88913-81-0
- 17.** Trenckmann, U., Bandelow, B.: Psychiatria a psychoterapia. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 270 s. ISBN 80-88952-26-3
- 18.** Qint, H.: Psychosomatické syndrómy. 1989, 83 s. (k dispozícii na [www.vydavatelstvo-f.sk](http://www.vydavatelstvo-f.sk))
- 19.** [www.nadaciapontis.sk](http://www.nadaciapontis.sk)