

Univerzita Karlova v Praze

2. lékařská fakulta

SOMATOFORMNÍ PORUCHA A JEJÍ OVLIVNĚNÍ FYZIOTERAPIÍ

Bakalářská práce

Autor: Kateřina Roubalová, obor fyzioterapie

Vedoucí práce: as. MUDr. Renata Ocmanová

Praha 2007

Jméno a příjmení autora: Kateřina Roubalová

Název diplomové práce: Somatoformní porucha a její ovlivnění fyzioterapií

Pracoviště: Klinika rehabilitace

Vedoucí diplomové práce: as. MUDr. Renata Ocmanová

Rok obhajoby diplomové práce: 2007

Abstrakt: Náplní této rešeršní bakalářské práce je seznámení se somatoformní poruchou a nastín jejího postavení ve fyzioterapii. Na základě poznatků o této problematice jsou představeny možnosti fyzioterapie a navrženy některé prostředky, které lze použít pro pozitivní ovlivnění somatoformní poruchy v rámci komplexního přístupu společně se zásadami péče o somatoformní pacienty.

Klíčová slova: somatoformní porucha, psychiatrická klasifikace, psychosomatický přístup, fyzioterapie

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Kateřina Roubalová

Title of the master thesis: Somatoform disorder and its treatment by physiotherapy

Department: Department of physiotherapy

Supervisor: as.MUDr. Renata Ocmanová

The year of presentation: 2007

Abstract: Subject of this thesis is to inform about the somatoform disorder and outline its position in physiotherapy. On the basis of findings about this phenomenon, the possibilities of physiotherapy are introduced, as well as some means which could be used to positively influence the somatoform disorder within the frame of complex approach along with the principles of treatment of patients with somatoform symptoms.

Keywords: somatoform disorder, psychiatric classification, psychosomatic approach

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením as. MUDr. Renaty Ocmanové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Praze dne 30. 3. 2007

.....

Děkuji as. MUDr. Renatě Ocmanové za vedení této bakalářské práce. Můj dík patří i klinice rehabilitace při 2. LF UK v čele s doc. PaedDr. Pavlem Kolářem, kteří nás směřovali k funkčnímu způsobu myšlení při práci s pacientem.

## OBSAH

1 ÚVOD .....	9
2 CÍL .....	10
3 VÝVOJ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY .....	11
4 SOMATOFORNÍ PORUCHA .....	13
4.1 Definice termínu.....	13
4.2 Klasifikace.....	13
4.3 Společná kritéria somatoformních poruch .....	14
4.4 Etiopatogeneze .....	15
4.4.1 Psychosociální faktory .....	16
4.4.2 Jiné aspekty psychosomatických onemocnění .....	16
4.4.3 Model aktivační hypotézy .....	17
4.5 Faktory ovlivňující rozvoj a průběh somatoformní poruchy .....	18
4.5.1 Alexitymie .....	18
4.5.2 Komorbidita .....	19
4.6 Klinický obraz .....	19
4.7 Epidemiologie .....	20
4.8 Diagnostický postup a vyšetření .....	21
4.9 Terapie.....	21
4.9.1 Psychoterapeutické přístupy.....	21
4.9.1.1 Podpurná psychoterapie a strukturované klinické vedení .....	21
4.9.1.2 Kognitivně behaviorální terapie .....	22
4.9.1.3 Dynamická terapie.....	22
4.9.1.4 Rodinná systematická terapie .....	22
4.9.1.5 Farmakoterapie .....	23
5 FYZIOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY U SOMATOFORNÍCH PORUCH ....	24
5.1 Psychofyziologické prostředky .....	25
5.1.1 Progresivní relaxace .....	26
5.1.2 Autogenní trénink.....	26
5.1.3 Bio-feedback .....	27
5.2 Neurofyziologické prostředky .....	27
5.2.1 Fyzikální terapie .....	27
5.2.1.1 Hydroterapie.....	27

5.2.1.2 Balneoterapie.....	28
5.2.1.3 Fototerapie.....	28
5.2.1.4 Klimatoterapie.....	29
5.2.2 Manuální medicína.....	29
5.2.2.1 Manipulační léčba měkkých tkání.....	30
5.2.3 Reflexní terapie.....	30
5.2.3.1 Masáž.....	30
5.2.3.2 Akupresura.....	31
5.2.3.3 Exteroceptivní stimulace.....	31
5.2.4 Dechová cvičení.....	32
5.2.5 Cvičení podporující správné držení těla.....	32
5.2.6 Jóga.....	33
5.2.7 Metoda Feldenkrais.....	34
5.3 Zásady péče o pacienty se somatoformní poruchou.....	34
6 KAZUISTIKA.....	36
7 DISKUZE.....	37
8 ZÁVĚR.....	39
9 SHRNU TÍ.....	40
10 SUMMARY.....	41
11 REFERENČNÍ SEZNAM.....	42

## SEZNAM ZKRATEK

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

CNS – centrální nervová soustava

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Diagnostická a statistická příručka duševních poruch – USA)

HSS – hluboký stabilizační systém

EBM – Evidence Based Medicine

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LTV – léčebná tělesná výchova

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NK – natural killer

Např. – na příklad

SSRI – Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)

Tzv. – tak zvaně



## 1 ÚVOD

Slovo „somatoformní“ je zvláštní tím, že je tvoří jak řecký („soma“), tak latinský kořen („form“). Odvozený termín „somatizace“ (od „soma“ – „tělo“) označuje proces, při kterém dochází k manifestaci psychologického distresu jako organicky nevysvětlitelných tělesných symptomů. Základem pro vznik somatoformních poruch, široké skupiny onemocnění charakterizované právě takovými příznaky, je vzájemná psycho-somatická interakce. Při této interakci se do pacientova vědomí skrze signály z mozku dostávají informace o vážném problému v těle.

## 2 CÍL

Cíl této práce je směřován k postupnému ujasnění, co ze svých metod může v multidisciplinární léčbě somatoformní poruchy nabídnout fyzioterapie. Dalším cílem je zdůraznit si hlavní pravidla společné práce s pacientem v rámci této diagnózy.

### 3 VÝVOJ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

Již hippokratovská medicína pohlížela na člověka jako na celek, jemuž je vlastní sebeléčivá síla stejně jako je vlastní zbytku přírody. V archaické době lékaři této sebeléčivé síly uměli využít i díky tomu, že respektovali osobnost a temperament pacienta. Po čtyřech stoletích však Galenos pod vlivem Platona odděluje tělo a duši. Tímto krokem byl pozastaven celostní pohled medicíny na člověka, ke kterému se dnešní klasická medicína snaží obtížně vrátit (Chromý, Honzák, Líbalová, Nouza, & Večeřová, 2005).

V 17. století se prosazuje úzce vědecký biomedicínský pohled na člověka. Francouzský filozof a přírodovědec René Descartes se dívá na člověka jako na stroj, který sestává z fyzického těla a racionální a nesmrtelné duše (Schott, Müller, Roelcke, Wolf-Braunová, & Schadevalt, 1994). Podle Descarta má vznikající medicínská věda pojímat člověka jako „rozumný stroj“ a péči o jeho duši má ponechat v kompetenci církve a filozofie.

Termín „psychosomatika“ použil poprvé německý lékař Heinroth v roce 1818 při popisu spánkových poruch. Od roku 1939 vychází pod tímto názvem časopis *Psychosomatic Medicine* (Chromý et al., 2005). Počátky dnešního pojetí psychosomatiky jsou spojené i se jménem Sigmunda Freuda a s jeho psychoanalytickou koncepcí. Freuda samotného nejvíce zajímala problematika konverze u hysterických duševních poruch. Při konverzi dochází k přeměně potlačených duševních konfliktů v tělesné příznaky. Tento způsob uvažování značně ovlivnil Freudovy přímé i nepřímé žáky. Koncepce konverze byla později rozšířena i mimo rámec neuróz na psychosomatická i na somatická onemocnění (Baštecký, Šavlík, & Šimek 1993).

Od 40. let 20. století se psychosomatická medicína vyvíjí dvěma směry. Jednak je to psychoanalytická (specifická) koncepce, jednak nepschoanalytická (nespecifická) koncepce. Nejvýznamnější osobností řadící se k psychoanalytickému směru je Franz Alexander. Podle něj specifický intrapsychický konflikt těsně souvisí s patogenezi určitého onemocnění. Zprostředkujícími mechanismy jsou vegetativní nervový systém a hormony na ose hypotalamus-hypofýza-endokrinní žlázy. Společně s Flanders Dunbarovou vyčlenili skupinu sedmi chorob, u nichž předpokládali psychogenní etiopatogenezi. (Baštecký et al., 1993).

Řada nesespecifických koncepcí navazuje na práci kanadského fyziologa a endokrinologa Hanse Selye (Baštecký et al., 1993). Ten byl ovlivněn studiemi Waltera Bradforda Cannona ze začátku 20. století, zaměřené na poplachovou fázi stresu a biologické mechanismy zátěže. Cannon zároveň definoval obecný adaptační syndrom jako fyziologický mechanismus sloužící jako obrana před poškozením. Jeho stresová teorie se stala dokladem

celostního pojetí lidského organismu a vzájemné propojenosti všech fyziologických a psychických pochodů (Schott et al., 1994). Stresová hypotéza našla své praktické uplatnění v teorii životních událostí, která klinicky prokázala, že nadměrná stresová zátěž znamená reálné ohrožení zdravotního stavu.

Američtí psychologové Holmes a Rahe sestavili po více než patnácti letech klinických výzkumů tabulku významných životních událostí ohodnocených určitým počtem bodů od 100 do 11 podle míry prožívaného stresu. Tato bodová škála není univerzálně platná, jelikož dopad zátěžové situace na organismus je individuální podle charakteru osobnosti a podle sociálních okolností (Chromý et al., 2005).

Od 60. let přijímají psychoanalytici zásady tzv. multifaktorové patogeneze chorob. Přestává se hovořit o příčinách a zavádí se pojem „predisponující faktor“ (Baštecký et al., 1993). Weiner v 50. letech zavedl hypotetický faktor X reprezentující biologickou spoluúčast v etiopatogenezi onemocnění. Také předpokládal, že na stres zareagují psychosomatickým onemocněním spíše disponovaní jedinci s určitými psychologickými či osobnostními charakteristikami (Chromý et al., 2005).

Psychosomatický model měl opačnou sekvenci poškození než jakou viděla klasická medicína, a to: psychické trauma → porucha funkce → výsledné orgánové poškození. (Chromý et al., 2005)

Ve druhé polovině 20. století přišli Ludwig von Bertalanfy a Geoffray Bateson s „všeobecnou teorií systémů“. Systémová teorie nahlíží na každý jev jako na svébytný systém, který obsahuje celou řadu subsystémů, současně je však sám subsystémem vyšších systémů. Změny odehrávající se v některém ze subsystémů se zákonitě odrážejí také v dalších subsystémech. A to ve smyslu cirkulární kauzality, kde změny probíhají i zpětnovazebně. Jde tedy o samoregulační proces. Tento model rozpracoval americký psychiatr Engel a později i kanadský psychosomatik a psychiatr Lipowski. Oba autoři prosazovali biopsychosociální, tedy holistický, přístup při diagnostice, léčbě a rehabilitaci nemocných (Chromý et al., 2005).

## 4 SOMATOFORMNÍ PORUCHA

### 4.1 Definice termínu

Termín somatoformní se odvozuje z řeckého slova pro tělo – „soma“. Somatoformní poruchy tvoří širokou skupinu onemocnění s organicky nevysvětlitelnými tělesnými symptomy. Somatoformní poruchy zahrnují vzájemnou psycho-somatickou interakci; mozek různými, dosud ne zcela objasněnými způsoby, posílá signály zaměřené na pacientovo vědomí, poukazující na vážný problém v těle. „Dodatečné méně důležité změny v neurochemii, neurofyzilogii a neuroimunologii mohou být následkem neznámých duševních nebo mozkových mechanismů, které způsobily onemocnění.“ (Sadock, 2004, 247)

### 4.2 Klasifikace

Somatoformní poruchy jsou nejčastěji klasifikovány podle dvou základních statistických klasifikací – Mezinárodní klasifikací nemocí, 10. revize (MKN-10), a severoamerickou Diagnostickou a statistickou příručkou duševních poruch, IV. revize (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – DSM-IV).

<b>Somatoformní poruchy</b>	
<b>MKN-10</b>	<b>DSM-IV</b>
Somatizační porucha (F 45.0)	Somatizační porucha (300.81)
Nediferencovaná somatizační porucha (F 45.1)	Nediferencovaná somatoformní porucha (300.82)
Hypochondrická poucha (F 45.2)	Konverzní porucha (300.11)
Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)	Bolestivá porucha (307.80, 307.89)
Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F 45.4)	Hypochondrie (300.7)
Jiné somatoformní poruchy (F 45.8)	Tělesná dysmorfická porucha(300.7)
Somatoformní porucha nespecifikovaná (F 45.9)	Nespecifikovaná somatoformní porucha (300.82)

**Tabulka 1. Diagnostická kritéria somatoformních poruch (WHO, 2006; American psychiatric association, 2000)**

Obě diagnostická kritéria vycházejí z popisu symptomatiky jednotlivých duševních chorob a poruch. Poruchy jsou definovány podle přítomnosti určitého počtu diagnostických kritérií.

Severoamerická diagnostická a statistická příručka duševních poruch má podobné členění somatoformních poruch jako MKN-10. DSM-IV oproti MKN-10 nevyčleňuje somatické potíže týkající se orgánů s převážně vegetativní inervací. Na druhou stranu staví samostatně dysmorfickou poruchu, která je v MKN-10 řazena mezi hypochondrické poruchy. DSM-IV zároveň striktněji definuje jednotlivé specifické poruchy. Nejvýraznější rozdíl mezi oběma klasifikacemi je zařazení konverzní poruchy v DSM-IV mezi somatoformní poruchy.

#### 4.3 Společná kritéria somatoformních poruch

V České republice platí od roku 1993 Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace. Pacienti se somatoformní poruchou obecně splňují následující kritéria:

1. Problémy pacienta nemají žádné organické vysvětlení, přesto způsobují tělesné obtíže. V současné medicíně založené na důkazu jsou známy pod pojmem funkční poruchy.
2. Pacient bývá nepřístupný k psychologickým interpretacím jeho potíží.
3. Často se objevuje „histrionské chování“, z velké části závislé na temperamentu pacienta.

<b>MKN-10</b>
<p><b>Somatizační porucha (F 45.0)</b></p> <p>Nejméně dva roky mnohočetných a měnlivých potíží bez organického vysvětlení přes celou řadu vyšetření provedených i opakovaně, nadměrná konzumace zdravotní péče, zhoršování pacientova sociálního fungování z neúčinnosti lékařské péče</p>
<p><b>Nediferencovaná somatizační porucha (F 45.1)</b></p> <p>Splňuje kritéria neúplně, např. co do interference s funkcí.</p>
<p><b>Hypochondrická porucha (F 45.2)</b></p> <p>Dlouhodobá pacientova obava z jedné nebo více tělesných nemocí nebo vad vycházející z usilovného sledování vlastního těla a katastrofických interpretací běžných pocitů bez ohledu na lékařské ujištění a negativní výsledky specializovaných vyšetření.</p> <p>Patří sem i dysmorfofobie – měla by být vyřazena jako samostatná jednotka.</p>

<b>Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)</b> obavy z vegetativních příznaků z různých částí těla někdy objektivně znatelných, jindy jen subjektivně prožívaných, bez zjištěné strukturální léze příslušného orgánu
<b>Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F 45.4)</b> stížnosti na dlouhotrvající somaticky nevysvětlitelnou skličující bolest navazující na psychosociální problém
<b>Jiné somatoformní poruchy (F 45.8)</b>
<b>Somatoformní porucha nespecifikovaná (F 45.9)</b> lokalizované stálé, bez vegetativních projevů a dále blíže nespecifikované poruchy

**Tabulka 2. Charakteristiky poruch podle MKN-10 (Smolík, 1996)**

#### 4.4 Etiopatogeneze

Příčina somatoformní poruchy není doposud známa. Současná psychosomatická medicína pojímá patogenezi komplexně prostřednictvím multifaktorové teorie nebo systémového přístupu. Na etiopatogenezi se společně podílejí biologické i psychosociální faktory (enviromentní).

U somatoformní poruchy jde primárně o popis typického vzorce chování, při kterém mají vedle symptomů značný význam také typická kognitivní přesvědčení pacientů a určité interakční vzorce (Morschitzky, & Sator, 2004). Pomocí běžných důkazů, které Evidence Based Medicine (EBM - medicína založená na důkazu organické nemoci) používá pro stanovení diagnózy, není možné etiopatogenezi této poruchy nalézt EBM v tomto případě nezachycuje znaky nemoci postavené na souboru neorganických symptomů a jejich nozologickém uspořádání.

##### 4.4.1 Psychosociální faktory

Somatoformní poruchy vznikají zpravidla v zátěžových situacích. Každý reaguje na zátěž individuálně v závislosti na charakteru a intenzitě podnětu, podle aktuálního stavu organismu a charakteristikách osobnosti. Člověk s pocitem bezmoci může v určité situaci reagovat obraným mechanismem ve formě somatických projevů.

Psychoanalytický přístup zdůrazňuje význam nevědomých konfliktů a obav pocházejících obvykle z raného dětství a jejich transformace či symbolické vyjádření

v somatických potížích a bolestech. Může jít o obrácení hněvu a agrese na vlastní tělo. Příznaky lze také chápat jako obranu proti pocitům viny nebo jako způsob sebetrestání. Další interpretací je potlačení pudových impulsů či nevědomé vyhnutí se určité aktivitě (Vágnerová, 2004).

Behaviorální pohled vychází z teorie učení. Předpokládá, že se maladaptivnímu chování jako nevhodného způsobu zvládnání stresu pacient naučil, nebo mu správné vzorce chování chybí. Učení může být formou imitace důležité osoby, nebo nadměrné pozornosti pro somatické stesky v dětství, jako je tomu například u somatické poruchy. U hypochondrické poruchy se uvažuje o vzniku potíží klasickým podmiňováním (Praško, Pašková, Horáček, & Fremund, 2002).

#### 4.4.2 Jiné aspekty psychosomatických onemocnění

V pozadí psychosomatické medicíny stojí s největší pravděpodobností neuroimunomodulace. Dnes zjištěné experimentální a epidemiologické údaje ukázaly spojitost mezi nepříjemnými životními událostmi, psychologickým vyčerpáním a depresí člověka se změnami v imunitním systému. Bylo prokázáno, že životní stresové situace provokují relativně dlouhodobé poruchy v různých aspektech imunitních funkcí, například redukcii aktivity NK buněk, snížení mitogenem indukované proliferace lymfocytů, poškození imunitní kontroly nad reaktivací latentního herpetického viru aj. (Song & Leonard, 2000).

„Vyšší nervové funkce a emoce ovlivňují imunitní systém zejména prostřednictvím diencefala, a to jednak působením na neuroendokrinní orgány, jimiž jsou hypotalamus a hypofýza, a jednak působením na aktivitu autonomního nervstva a ovlivněním činnosti modulačních systémů kmene.“ (Bušek & Kancheva, 1999, 248)

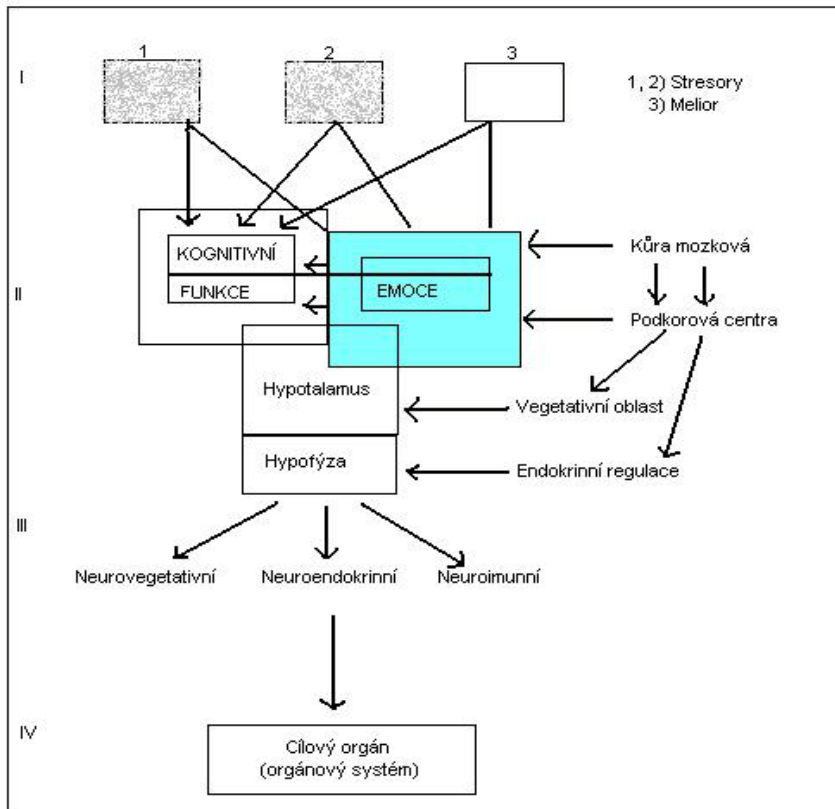
Vliv vyšších nervových funkcí na funkce vegetativní a imunitní je zprostředkován limbickým systémem, zejména hipokampální formací, která propojuje kortex s hypotalamem (Bušek & Kancheva, 1999). Další zajímavý pohled na tuto problematiku ji vysvětluje v obecném pojetí jako řídicí a řízené struktury (Chromý et al., 2005).

#### 4.4.3 Model aktivační hypotézy



Mechanismy vzniku onemocnění spolupodmíněných psychosociálním stresem popisuje model aktivační hypotézy zčásti podle Leviho a Honzáka, který Baštecký a Beran (2003) modifikovali. Schematicky lze rozdělit tento model do čtyř úrovní:

- I. úroveň – Na život jedince v určitých situacích působí podněty biologické, psychologické nebo sociální povahy, většinou jako stresory nebo meliory.
- II. úroveň – Centrální nervový systém zachytí informaci a nejdříve dochází k jistému stupni aktivace kognitivních funkcí. Přes retikulární aktivační systém se aktivuje mozková kůra a přes ni se vyvolávají vědomé a nevědomé asociace. Současně se aktivuje limbický systém a hypotalamus zodpovídající za emoční odpověď.
- III. úroveň – Zpracovaná informace následně aktivuje alespoň tři zprostředkující mechanismy: neurovegetativní, neuroendokrinní a neuroimunní. Podíl aktivace těchto systémů je individuálně variabilní.
- IV. úroveň – Při úspěšné strategii boje jedince se škodlivinou dochází k adaptaci na novou situaci. Při selhání strategie vzrůstá náchylnost k onemocnění.



**Obrázek 1. Aktivační hypotéza (Baštecký & Beran, 2003)**

#### 4.5 Faktory ovlivňující rozvoj a průběh somatoformní poruchy

##### 4.5.1 Alexitimie

V doslovném překladu termínu alexitimie, neboli a-lexi-thymos, znamená nečtení emocí. Začátkem 70. let Sifneos a Nemiah vyslovili hypotézu alexitimie, podle které psychosomatictí pacienti obtížně rozpoznávají a vyjadřují emoce a místo toho je prožívají na tělesné úrovni. Jde o poruchu kognitivního zpracování a regulace subjektivních emocí a emocionálních podnětů z okolí. Somatizace je určitým systémem obrany před bolestivou emocí – nevědomým prožíváním bolestivé emoce (Bankier, Signet, & Bach, 2001).

Již Freud řekl, že deprese je daň za neodžitý smutek. Deprese jako trvalá nálada a bolest k sobě mají velmi blízko. Vědci zjistili, že stejná reakce nastane jak při bolesti tělesné, tak při bolesti „psychické“, kdy dochází k aktivaci v gyru cinguli a v dolní oblasti pravého ventrálního prefrontálního kortexu. Gyrus cinguli reaguje na bolest spíše vnitřním poplachem, že je něco v nepořádku. Zatímco oblast pravého ventrálního prefrontálního kortexu pomáhá potlačit reakci vyvolanou bolestí. Vědci z Kalifornské university v Los Angeles zjistili, že

odmítnutí nebo opuštění mladých savců rodiči je vnímáno jako významné nebezpečí a vede k úpravám chování (Chromý et al., 2005).

Alexitymici obtížně poznávají a popisují emoce. Mají sníženou schopnost introspekce a empatie. Jejich malá fantazie vyplývá z omezených emočních schopností a konkrétního myšlení orientovaného na přítomnost (Byrne, & Ditto, 2005). Jejich život je často citově prázdný, provázený chudými mezilidskými vztahy (Hartl, & Hartlová, 2000).

Souvislost alexitymie s psychosomatickými a somatoformními poruchami, s organicky nevysvětlitelnými příznaky a chováním v nemoci je možná, ale zatím ne zcela přesvědčivě prokázána. Poměrně často se alexitymie vyskytuje u depresivních a úzkostných stavů. Může mít vliv i na některá tělesná onemocnění a mortalitu. Přítomnost alexitymie se negativně promítá do terapie duševní poruchy nebo tělesného onemocnění (Chromý, 2006).

Podle výzkumu Lemche et al. (2004) vycházejícího z „teorie připoutání“ britského psychoanalytika Johna Bowlbyho může být alexitymie důsledkem narušeného vývoje jazyka o vnitřních stavech v souvislosti s nejistými nebo zmatenými vazbami z dětství (Lemche, Klann-Delius, Koch, & Joraschky, 2004).

#### 4.5.2 Komorbidita

Somatoformní poruchy se často vyskytují v kombinaci s další duševními poruchami, které pak ovlivňují klinický obraz i chování v nemoci. Léčbou přidružené poruchy se zmírní naléhavost poruchy somatoformní. Je zaznamenána také komorbidita mezi jednotlivými somatoformními poruchami (Yeung & Deguang, 2002).

Nejčastěji je přítomna depresivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha. U somatoformních poruch se často druhotně objevuje abúzus alkoholu, analgetik a benzodiazepinů. Některé somatoformní poruchy jsou spojeny s poruchami osobnosti. Vždy existuje i možnost, že pacient zároveň trpí somatickou poruchou (Escobar, Hoyos-Nervi, & Gara, 2002).

#### 4.6 Klinický obraz

Somatoformní poruchy mají velmi různorodý klinický obraz. Mohou se týkat jakéhokoliv orgánového systému, může jít o zažívací, kardiovaskulární, urogenitální či kožní

příznaky, o prožitky bolesti, o strach, resp. přesvědčení o existenci závažného onemocnění či pocity deformace různých částí těla (Vágnerová, 2004).

Lidé trpící somatoformní poruchou se výrazně orientují sami na sebe a svoje obtíže. Emotivně, dramaticky podávají seskupení nevysvětlitelných příznaků, popisy sociálních důsledků potíží a odkazy na vyjádření různých autorit. Požadují další odborná vyšetření, přestože jejich nálezy byly opakovaně negativní. Odmítají přijmout ujištění lékaře, že somatické příznaky nemají žádnou přiměřenou tělesnou příčinu. Nadměrné obavy o zdraví se stávají důležitým faktorem udržujícím alespoň část problémů. Jako důkazy tělesné poruchy jsou mnohdy interpretovány tělesné příznaky související se stresem nebo normálními projevy (Praško et al., 2002). Často se posuzují jako slabí a neschopní snášet stres. Neustále vyhledávají různé lékaře a vyžadují léčbu. Obvykle s nimi vážne spolupráce při navržené léčbě (Chromý et al., 2005).

Somatoformní poruchy mívají kolísavý chronický průběh s prezentací stále nových příznaků. Často jsou doprovázeny dlouhodobým narušením sociálních, interpersonálních a rodinných vztahů. Je velmi pravděpodobné, že alespoň u části pacientů nevznikají somatoformní poruchy náhle až v dospělosti. Somatizační poruchy se objevují poměrně brzy, na konci adolescence či v období mladé dospělosti, zpravidla do třiceti let. Hypochondrická porucha začíná později - ve třetím až čtvrtém decenniu.

U ostatních somatoformních poruch není tak jednoznačně časově vymezena doba vzniku (Vágnerová, 2004). V dětství se vyskytují zejména jako organicky nevysvětlitelné opakované bolesti břicha, pocit únavy, bolesti končetin, hlavy a závratě. U adolescentů to jsou bolesti zad, pocity změněné citlivosti v končetinách a zažívací obtíže. Mohou představovat riziko nejružnějších duševních poruch v dospělosti. Často tyto děti a adolescenti žijí v nepříznivé rodinné situaci a mají narušené vztahy s vrstevníky, případně problémy ve škole (Chromý et al., 2005).

#### 4.7 Epidemiologie

Vzhledem k nejednotným přístupům při diagnostice somatoformních poruch a s přihlédnutím k výrazným rozdílům mezi klasifikačními systémy, nelze považovat výsledky epidemiologických studií za dostatečně validní. Studie se však shodují v tom, že danou poruchou trpí častěji ženy než muži, například u somatizační poruchy se udává poměr 10:1 (Barsky, Peekna & Borus, 2001).

## 4.8 Diagnostický postup a vyšetření

Diagnostika somatoformní poruchy je odvozená od výše popsanych jednotlivých příznaků. Stanovení diagnózy somatoformní porucha by měla následovat až po předchozím vyloučení jiného psychiatrického či somatického onemocnění (Sekot, 1997).

## 4.9 Terapie

Metodou první volby při léčbě somatoformních, tedy psychiatrických, poruch je farmakoterapie následovaná psychoterapií. Vedle této základní léčby lze u somatoformních poruch jako podpůrnou léčbu uplatnit fyzioterapii, speciální pohybovou terapii s prvky dramatu a tance, jógu, arteterapii, muzikoterapii apod.

### 4.9.1 Psychoterapeutické přístupy

Psychoterapeutická léčba u lidí trpících somatoformní poruchou bývá poměrně obtížná, protože pacienti často nechtějí přijmout psychosociální původ svých příznaků. Podle charakteru osobnosti pacienta a jeho motivace se indikuje systematická psychoterapie. Mezi krátkodobé systematické přístupy, které se používají v léčbě somatoformních poruch, patří kognitivně behaviorální terapie a dynamická psychoterapie (Praško, Červená, Horáček, & Pašková, 2002).

„Jakýkoli typ dlouhodobé jak individuální, tak skupinové i rodinné psychoterapie zlepšuje stav pacientů se somatoformními poruchami v průměru o 50% (snížení příznaků, počtu hospitalizací, zlepšení sociálního fungování).“ (Herman, Praško & Hovorka, 2004, 270).

#### 4.9.1.1 Podpůrná psychoterapie a strukturované klinické vedení

Přístup k pacientovi by měl být empatický, chápavý, vstřícný a vlídný. V opačném případě je terapie iatrogenní. Podpůrnou psychoterapii mohou poskytovat vybraní členové zdravotnického týmu až po patřičném zaškolení. Terapie spočívá především v cílené podpoře pacienta s určitým onemocněním (Marek, Kalvach, & Sucharda, 2001).

V první řadě je nutné pacienta opakovaně ujišťovat o tom, že jeho potíže souvisejí se stresem. Měl by obdržet informace, které mu umožní pochopit vztah mezi tělesnými a

duševními procesy. Důležité pro pacienta je také uvědomovat si svoje emoce a vyjadřovat je jiným způsobem. Další úkol psychoterapie spočívá v pomoci zmírnit, odstranit jednotlivé příznaky nebo se je naučit akceptovat. Náplní psychoterapie je i podpora při řešení životních problémů souvisejících s poruchou (Praško, 2000).

Doporučuje se, aby pacient byl veden jedním lékařem. „Když je zapojeno více lékařů než jeden, pacienti mají zvýšené příležitosti pro vyjádření somatických stížností.“ (Sadock, 2004, 249). Ošetřující lékař by měl pacienta vidět v předem naplánovaných krátkých návštěvách. Součástí návštěvy by mělo být jednoduché kontrolní vyšetření zaměřené na nové stížnosti, aby se předešlo náhlému zhoršení obtíží (Sadock, 2004).

#### 4.9.1.2 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie využívá poznatků především z teorie učení, kdy psychické projevy jsou učením či přeučováním měnitelné. Nabízí pacientovi náhled na souvislosti mezi somatickými příznaky a aktuálním stavem pacienta. Terapeut pomocí osvědčených technik a strategií s pacientem nacvičuje žádoucí a odnaučuje nežádoucí chování (Zvolský et al., 2001). Součástí terapie jsou tělesná cvičení a nácvik relaxace.

#### 4.9.1.3 Dynamická terapie

Krátkodobá dynamická psychoterapie pomáhá odhalit vytěsňená konfliktní témata, která mají spojitost s rozvojem poruchy, a snaží se odstranit patologické obranné mechanismy, které se podílejí na vzniku somatických potíží. Probíhá buď ve formě individuální nebo skupinové terapie. Výhodou skupinové psychoterapie je možnost vzájemného sdílení společných prožitků za podpory celé skupiny (Praško, 2000).

#### 4.9.1.4 Rodinná systematická terapie

Důležitá je i spolupráce s rodinnými příslušníky, pokud je možná. Rodinná systematická terapie považuje pacienta za součást rodinného systému a v jeho problémech a poruchách hledá souvislosti se současným stavem rodiny (Kratochvíl, 2006).

#### 4.9.2 Farmakoterapie

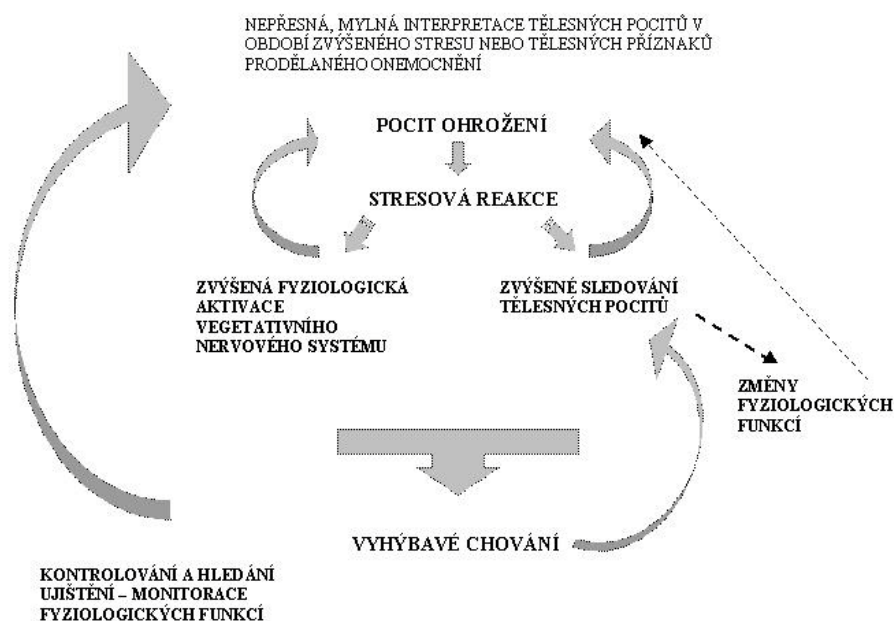
Psychofarmakoterapie patří do rukou psychiatrů a je zaměřena především na léčbu komorbidní deprese a úzkosti. Nejnovější poznatky vyplývají z deprivace serotoninu pomocí antidepresiv III. generace. Z tohoto důvodu základ léčby tvoří preparáty SSRI (Fava, Grandi, Rafanelli, Fabbri, & Cazzaro, 2000). Někdy se také používají malé dávky atypických neuroleptik pro snížení tenze a vegetativních příznaků. Benzodiazepinová anxiolytika nejsou doporučována pro chronickou medikaci kvůli vysokému riziku závislosti, někdy ovšem bývají úspěšná v iniciální fázi léčby do nástupu efektu antidepresivní medikace (Švestka et al, 1995).

## 5 FYZIOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY U SOMATOFORNÍCH PORUCH

Fyzioterapie je u somatoformních poruch součástí podpůrné léčby. Vzhledem k poměrně dlouhé době strávené s pacientem během fyzioterapie, působí fyzioterapeut částečně také jako psychoterapeut. Samotná fyzioterapie využívá psychosomatického přístupu.

„Fyzioterapeut je úspěšný tehdy, je-li zároveň dobrým psychoterapeutem a používá pohybové terapie jako zbraně při psychoterapii. Společný postup obou metod je účinný jako ozbrojená psychoterapie a zdvojuje tím účinnost fyzioterapie.“ (Véle, 2006, 15)

Pacient trpící somatoformní poruchou se ocitá v tzv. bludném kruhu, který naznačuje schéma (Obrázek 2). Nesprávnou interpretací jinak fyziologických tělesných pocitů, které se mohly objevit v době zvýšeného stresu nebo příznaků vztahujících se k již dříve prodělanému onemocnění, je vyvolán pocit ohrožení. Tento pocit vede ke stresové reakci a k zaměření pozornosti na pocity vyvolané vegetativním nervovým systémem. Zvýšené pozorování sebe sama může ovlivnit funkce fyziologických systémů, které jsou pod reflexní i volní kontrolou. Pacienti se poté uchylují k vyhýbavému chování, aby zabránili obávané katastrofě. Ale tímto chováním dále podporují své obavy a příznaky udržují nebo dokonce i zhoršují (Praško, 2002).



Obrázek 2. Schéma „bludného kruhu“



Fyzioterapie je u somatoformních poruch převážně léčbou symptomatickou. Může postiženému pomoci tím, že naruší jeho bludný kruh zmírněním nebo odstraněním jednotlivých příznaků. Většina z fyzioterapeutických prostředků má pozitivní vliv na pacientovu psychiku v rámci svého vedlejšího účinku.

Jedním ze základních prvků fyzioterapie je relaxace. Terapeut ovlivní relaxaci pacienta prostřednictvím snížení celkové reaktivity centrálního nervového systému (CNS), nebo využitím místních reflexních vztahů s inhibičním efektem. Při celkové relaxaci dochází zároveň k psychickému uvolnění (Dvořák, 2003). Fyzioterapeutické postupy naučí pacienty lépe vnímat a kontrolovat vlastní tělo.

Véle (2000) tvrdí, že psychika jako integrační mechanismus celého systému závisí jak na posturální funkci, tak na dýchání a na stavu vnitřního i zevního prostředí, které ovlivňuje naše jednání a pohybové chování. Čím méně bude psychika ovlivňována stavem vnitřního či zevního prostředí, tím více se odpoutá od okolí i potřeb vlastního těla, tím více se může koncentrovat na určitý problém např. i ve vlastním těle. Tato koncentrace může vypadat jako sledování nesémantických informací, které probíhají v lidském těle, vnímání tělesného schématu a podobně, nebo se může soustředit na problémy mentální a psychické a docilovat poznatků v těchto sférách (Véle, 2000, 29).

### 5.1 Psychofyziologické prostředky

Fyzioterapie používá z psychoterapeutických metod hlavně relaxační techniky, které využívají vzájemných vztahů a možnosti vzájemného ovlivnění a působení vyšší nervové činnosti, motorického systému a vegetativního nervového systému. Přes uvolnění jednotlivých systémů řízených dochází zpětnovazebně k i k uvolnění systémů řídících (Chromý et al., 2005).

Lokálním zásahem v segmentu, např. kombinací akupresury s izometrickou inhibicí, můžeme potíží ulevit, avšak nezabráníme recidivě, pokud se nepodaří nemocného přeladit nejen z hlediska motorické stránky, ale i po stránce motivační a psychické. Je třeba naučit pacienta dokonalé psychické i somatické relaxaci (Véle, 1993, 299).

### 5.1.1 Progresivní relaxace

System progresivní relaxace se váže se jménem Edmunda Jacobsona. Snahou je naučit se vnímat a rozlišit jemné rozdíly ve svalovém napětí a poté umět dané svalové napětí vědomě uvolňovat. Nejprve se provádí izometrická kontrakce určité svalové skupiny, která pomůže cvičícímu k lepšímu uvědomění si napětí v příslušných svalech. Využívá se zde principu následné indukce. Po získání schopnosti rozeznávat tenzi by se měl pacient v pozdějších cvičení postupně učit volně snižovat svalové napětí i bez předcházející kontrakce. Cílem je dospět k uvědomění si nadměrných tenzí v běžném životě a využívat relaxace i v průběhu aktivní činnosti během dne (Dvořák, 2003).

Pacient, který zvládne tuto relaxaci, Jacobsonem nazývanou „diferencovaná“, lépe zvládá stres každodenního života (Míček, 1984). Během pravidelného cvičení relaxace si člověk spojí relaxaci s určitým signálem, buďto přímo se slovem „relax“, nebo s konkrétním gestem, prostředím, kde se relaxace odehrává apod. Relaxace na signál se tak může stát pro pacienta se somatoformní poruchou dobrou pomůckou pro navození uvolnění při objevení chorobného příznaku nebo duševní potíže (Nešpor, 1998).

### 5.1.2 Autogenní trénink

Autorem této dnes nejrozšířenější relaxační metody je německý neurolog J.H. Schultze. Využívá neurofyziologie, jógy a budhistických praktik, sugescie a autohypnózy. V autogenním tréninku jde o stav duševního soustředění za maximálního tělesného uvolnění. Vychází z předpokladu, že koncentrací na určitou představu se ovlivňuje organismus (Vojáček, 1988). Skládá se ze dvou stupňů. Již prvním stupněm lze redukovat symptomy pomocí postupného nacvičování pocitu tíže, tepla, chladu, řízeného dechu a tepu (Hartl & Hartlová, 2004).

Zásadní význam této metody u somatoformních poruch spočívá v možnosti postupného přesvědčování o vlastní schopnosti psychicky ovlivňovat tělesné funkce.

### 5.1.3 Bio-feedback

Biologická zpětná vazba se používá i ve fyzioterapii, zejména pro ovlivnění svalové aktivity. Za pomoci bio-feedbacku člověk dostává bezprostřední, průběžnou informaci o jinak neregistrovaných fyziologických procesech. Přístroj zaregistruje danou funkci a vyjádří ji

formou elektrického potenciálu, který je poté zesílen a převeden ve vnímatelný vizuální nebo akustický signál. S pomocí biofeedbacku se jedinec učí ovládat své tělesné reakce prostřednictvím myšlení a vůle, například dechové funkce, svalovou aktivitu, srdeční frekvenci, krevní tlak i aktivity mozku (Levy, 1993).

U somatoformních poruch se metoda indikuje především pro dosažení celkové relaxace a k tréninku vnímání těla.

## 5.2 Neurofyziologické prostředky

### 5.2.1 Fyzikální terapie

Z fyziotrické léčby lze využít komplexních účinků termoterapie, hydroterapie, balneoterapie, mechanoterapie, fototerapie a klimatoterapie.

#### 5.2.1.1 Hydroterapie

Při vodoléčbě působí na organismus tepelná a pohybová energie a eventuelně i chemické látky do vody přidané. Vodoléčba není ani tak symptomatologickou, jako regulační léčbou. Provádí se podle aktuálního stavu vegetativního nervového systému pacienta (Skalíčková et al, 1971).

Z vodoléčebných procedur se u pacientů se somatoformní poruchou nejčastěji využívají celkové koupele. Mohou být prosté nebo mechanické - perličkové, kyslíkové. Z přísadových lázní se indikují solné koupele a u výrazně dráždivých a hyperaktivních jedinců se dají použít i rostlinné přísady se sedativním účinkem (Poděbradský & Vařenka, 1998). Pro svůj zklidňující účinek je možné z vodoléčby indikovat další procedury: polevy, omývání, oviny a zábaly. Procedury jsou převážně izotermní (34°-36°).

Ve vodní koupeli dochází vlivem vztlaku k zdánlivému poklesu tělesné hmotnosti na desetinu, který se projevuje i v nervovém zásobení. „Snížení tonicko-aférentních impulzů ze svalstva přináší s sebou také snížení centrálního nervového tonusu.“ (Benda, 1997, 143). Je však třeba zmírnit obtíže s udržením rovnováhy při silnějším vztlaku či nerovnoměrném vztlaku těla a končetin použitím vhodných technických zařízení pro udržení rovnováhy a zabránit tak zvýšení svalové činnosti.(Benda, 1997) Pravidelným opakováním hydroterapie s gradací a sumací jednotlivých podnětů se postupně navrácí reaktivita organismu do rovnováhy (Skalíčková et al., 1971).

Hydroterapie je zároveň nejrozsáhlejší součástí termoterapie. U somatoformních poruch se využívá pozitivní termoterapie pro své spasmolytické, vazodilatační a analgetické působení.

#### 5.2.1.2 Balneoterapie

Balneoterapie je lázeňská léčba využívající přírodních léčivých zdrojů – minerálních vod a peloidů. Peloidy jsou látky vzniklé v přírodě geologickými procesy. Používají se v rozdrčené směsi s vodou v podobě koupelí, zábalů či obkladů. Jejich chemické vlastnosti se liší podle látkového složení. Pro léčbu pacientů se somatoformní poruchou jsou však významnější jejich mechanické a tepelné vlastnosti. Peloidové koupele, zábaly a obklady odevzdávají teplo pomaleji než samotné vodní obklady a organismus se tak prohřívá účinněji a šetrněji. Dochází k prohřátí i hlubších tkání a k spasmolytickému a myorelaxačnímu účinku. Minerální vody se u somatoformních poruch používají především v podobě celkových koupelí s obdobnými fyzikálními účinky jako u prostých koupelích (Hupka, Kolesár & Žaloudek, 1993).

#### 5.2.1.3 Fototerapie

Fototerapie je léčba elektromagnetickým zářením, která využívá účinku energie fotonů. Podle vlnové délky a účinků se záření rozlišuje na infračervené záření, viditelné světlo a ultrafialové záření. Infračervené záření se svými účinky řadí k termoterapii. Při aplikaci infračerveného záření vzniká reflexní vazodilatace nejen místní, ale i ve vzdálených oblastech. U somatoformních poruch se využije jeho analgetického a spasmolytického účinku. Použitím barevných filtrů lze ovlivnit jeho vlnovou délku, na které závisí hloubka průniku záření a jeho účinku. Význam záření se také váže na reflexy a reakce, které vznikly v průběhu vývoje člověka jako reakce na tepelné podněty přírodních zdrojů (slunce, oheň). Nejčastěji používaným zdrojem infračerveného záření je solux (Capko, 1998; Hupka et al., 1993; Poděbradský & Vařenka, 1998).

Aplikace viditelného a ultrafialového světla se může využít stejně jako hydroterapie k postupnému navrácení reaktivity organismu. K účinkům viditelného nepolarizovaného světla se kromě jiných řadí účinky sedativní, reparační, analgetické a psychovegetativní (Poděbradský, & Vařenka, 1998). Fototerapie je vhodným doplňkem léčby depresí. Studie

hodnotící základní důkazy svědčící pro účinnost fototerapie v léčbě poruch nálady naznačila, že léčba jasným světlem a simulace svítání pro sezónní afektivní poruchu a jasné světlo pro nesezónní depresi je účinná. Při srovnání s výsledky většiny testů antidepressivní farmakoterapie se velikost efektu fototerapie ukázala jako ekvivalentní (Golden et al., 2005).

#### 5.2.1.4 Klimatoterapie

Klimatoterapie je forma balneoterapie, která využívá k léčbě příznivých faktorů klimatu (Poděbradský & Vařenka, 1998). Klima je charakterizováno souborem fyzikálních faktorů, chemických a biologických složek atmosféry, v daném konkrétním místě, které mohou mít příznivý vliv na fyziologické funkce organismu. U lidí vegetativně labilních se doporučuje jak přímořská léčba, tak i pobyt v horském klimatu (Matoušek, 1988). Léčebný pobyt pozitivně působí na stav nemocného nejen z hlediska změn klimatu, ale současně i sociálního prostředí.

#### 5.2.2 Manuální medicína

Manuální medicína je terapeutický směr, který k léčbě funkčních poruch pohybového aparátu používá ruce terapeuta (Capko, 1998). U pacientů se somatoformní poruchou se mohou dle konkrétního minimálního funkčního nálezu použít jednotlivé terapeutické prostředky manipulace, mobilizace, protažení svalu, měkké techniky aj.

V rámci manipulační léčby může fyzioterapeut působit i výrazně psychoterapeuticky, pokud je uplatňován vhodný psychosomatický léčebný přístup k přeladění pacienta po emoční stránce. Správnou instruktáží cvičení lze dosáhnout onoho somatopsychického účinku, který působí i na psychiku nemocného a tím na jeho základní neurotický problém (Véle, 1993, 299). K rozvoji příznaků imitujících poruchu respiračního nebo kardiovaskulárního systému může přispět i benigní porucha muskuloskeletálního aparátu.

Rychlíková (2004) se zabývala diferenciální diagnostikou mezi ischemickou chorobou srdeční a vertebroardiálním syndromem, u něhož jsou pseudoangiózní bolesti vyvolány poruchou pohybového ústrojí (Rychlíková, 2004).

Studie (Erwin, Jackson, & Homonko, 2000), která podle anatomických nálezů zjišťovala přítomnost inervace kostovertebrálního skloubení, naznačila, že: „kostovertebrální skloubení je pravděpodobným, ačkoli možná často nerozpoznaným kandidátem, který může

být zodpovědný za tvorbu atypické bolesti na hrudi, hrudní páteři a paži.“ (Erwin, Jackson, & Homonko, 2000, 403). Odstraněním příslušné blokády mobilizací a fyzioterapií vedoucí k úlevě držení se přispěje ke zlepšení stavu nemocného.

#### 5.2.2.1 Manipulační léčba měkkých tkání

Měkké techniky slouží k diagnostice a reflexní terapii. Manipulační léčba měkkých tkání se liší od manuální masáže hlavně tím, že pracuje s fenoménem bariéry a uvolnění. Poskytuje prostor k plnému fenoménu uvolnění a terapeutovi nabízí lepší zpětnou vazbu. Do manipulace měkkých tkání patří: protažení kůže, pojivové řasy, hlubokých fascií, působení tlakem apod. (Lewit, 2003).

#### 5.2.3 Reflexní terapie

Obecně všechny metody fyzikální medicíny působí reflexně. Pojmem reflexní terapie se označuje léčebný zásah, který je veden přes nervové spoje v oblasti zvolených reflexních oblouků. Podle Lewita (2003) reflexní terapie působí na stejné struktury jako manipulace měkkých tkání, avšak používá k tomu spíše tradiční metody fyzikální léčby.

Véle (2006) tvrdí: „Obousměrných vztahů mezi motorickými výkonnými orgány, pokožkou, vnitřními orgány a mozkiem se využívá terapeuticky u manuální terapie, segmentových masáží a akupresury.“

##### 5.2.3.1 Masáž

Ruční masáž je univerzální metodou pro příznivé ovlivnění místních i celkových stavů a změn. Zahrnuje velký počet technik, kterými se léčí měkké tkáně, ale i okostice. Každá masáž je současně i reflexním působením (Lewit, 2003). Podle efektu se masáže dělí na klasickou s účinkem převážně přímým v masírované tkáni a reflexní, jejíž účinek je zprostředkován reflexně s účastí autonomního nervového systému a může se projevit i ve zlepšení činnosti hluboko uložených tkání a orgánů (Dvořák, 2003). Ačkoli z rehabilitačního hlediska masáže nemají zásadní význam, z hlediska psychologického mohou být neocenitelné (Chvála, & Trapková, 1996).

Ekerholt a Bergland (2006) se ve své studii pokusili objasnit zkušenosti pacientů s masáží aplikovanou v rámci tzv. Psychomotorické fyzioterapie. Autory této

psychoterapeutické metody jsou Aadel Bülow-Hansen a Trygve Braatoy z Norska. Masáž vychází z klasické masáže, terapeut se však v jejím průběhu řídí podle pacientova dechu a přizpůsobuje mu další postup. „Symptomy jsou viděny jakožto vyjádření poruchy postury, dýchání, svalového tonu nebo vegetativních funkcí, často související s emocionálními konflikty nebo mentálními problémy.“ (Ekerholt, & Bergland, 2006). Terapie dává možnost pacientovi uvědomit si své emoce skrze tělesné vjemy, získat vhled do svých symptomů a nabízí způsob, jak na ně reagovat (Ekerholt, & Bergland, 2006).

#### 5.2.3.2 Akupresura

Akupresura je metoda čínského lékařství, která spočívá v působení tlaku na určitá místa na povrchu těla ovlivňující vnitřní orgány a jejich nemoci (Vokurka et al., 2004). Použitím lokálního tlaku a vibrací prstů terapeutata může vyvolat různé fenomény od inhibice bolesti až po reakci vnitřních orgánů (Véle, 2006).

#### 5.2.3.3 Exteroceptivní stimulace

K psychice má úzký vztah vnímání. Člověk se chová a reaguje podle aktivity jeho vnímání a následné interpretace vnímaného. Změněné taktilní vnímání lze ovlivnit haptickým kontaktem (hlazením). „Svalové napětí a citlivost kůže se významně vzájemně ovlivňují, čehož lze využít v terapii.“ (Hermachová, 1999, 109). Na změnu vnímání zareaguje kůže, podkoží i svalstvo (Hermachová, 2003). „Haptická stimulace působí současně i jako ozbrojená psychoterapie.“ (Véle, 2006, 137).

#### 5.2.4 Dechová cvičení

Existuje přímá souvislost mezi dýcháním a nervovou soustavou a tím i psychikou. „Dýchání samo je zdrojem určitých pocitů a určité psychické stavy mění dýchací rytmus i hloubku dýchání.“ (Véle, 2000, 29).

Driscoll a DiCicco (2002) ve své studii zjišťovali, zda se variabilita měření autonomního nervového systému při stálé dechové frekvenci 12 dechů za minutu sníží. Z výsledků vyplývá, že při konstantní dechové frekvenci 12 dechů za minutu se zvyšuje aktivita parasympatického nervového systému a variabilita měření autonomního nervového systému se podle elektrokardiogramu významně snižuje (Driscoll & DiCicco, 2000).

Při práci s pacienty se somatoformní poruchou mají dechová cvičení široké uplatnění. Dechové pohyby řízené mimovolně autonomním nervstvem lze tedy i vědomě kontrolovat. Podle výše popsaného výzkumu se může prostřednictvím dechu působit na vegetativní nervovou soustavu. Svaly, které mají vztah k dýchání, se současně podílejí na posturálních i dynamických funkcích pohybové soustavy. Vzájemného vztahu dýchací a posturální funkce lze využít i v terapii. Pro korekci postury je třeba upravit dýchání a naopak držení těla ovlivňuje mechaniku dýchání (Véle, 2006).

V tenzi se dýchání stává povrchním a mělkým. Převažuje horní typ dýchání, při kterém se zapojují pomocné dýchací svaly v oblasti krku, šíje a ramen, dostávají se do spasmu, stávají se bolestivé a dráždivé, což navozuje sekundární nepříjemné pocity a vzniká tak „začarovaný kruh“ (Stackeová, 2005). Pro navození stavu relaxace spočívá práce s dechem především ve zpomalení dýchání, ovlivnění dechové vlny ve smyslu převahy břišního typu dýchání a prodloužení expiria (Stackeová, 2005).

Vztahů mezi dechovou a posturální funkcí se využívalo již dříve v jógických cvičeních. Torzní spinální cvičení s dechovou koncentrací, které se z jógy rozšířily i do fyzioterapie nejsou jen mechanickým cvičením odstraňujícím blokády, ale působí celkově po motorické i psychické stránce (Véle, 2003).

#### 5.2.5 Cvičení podporující správné držení těla

Pacientům se somatoformní poruchou, vnímavějším k různým pocitům napětí a diskomfortu, může fyzioterapeut pomoci zmírněním nebo odstraněním příznaků prostřednictvím snížení senzitivní aferentace z přetížených struktur pohybového aparátu.



U jedinců s labilní nervovou soustavou dochází často k poruše pohybových stereotypů s výraznou svalovou dysbalancí. Janda popsal syndromy v oblasti trupu a kořenových kloubů, kde je tato nerovnováha nejzřetelnější a ovlivňuje funkční i degenerativní změny na páteři. Nazval je horním zkříženým, dolním zkříženým a vrstevným syndromem. Jde o převahu tonického systému s charakteristickými svalovými dysbalancemi (Lewit, 2003). V současnosti se z hlediska funkčních souvislostí hovoří o poruše „hlubokého stabilizačního systému“ jako o významném etiopatogenetickém faktoru při vzniku vertebrogenních poruch.

Poruchy relaxace nebo poruchy jemné motorické regulace jsou i zde považovány za významné faktory, které zesilují nebo prodlužují patologický stav. Terapie těchto funkčních poruch spočívá především v ovlivnění hluboké stabilizace páteře formou výcviku cílené svalové stabilizace (Kolář & Lewit, 2005). Náplní nácviku by mělo být vyrovnání svalových dysbalancí s korekcí chybných stereotypů zejména dýchání, přes které lze ovlivnit posturu. Součástí cvičení mohou být automobilizační cviky (Lewit, 2003). Pro pacienty se somatoformní poruchou je významné i preventivní hledisko cvičení s možností aktivního zapojení do léčebného procesu.

### 5.2.6 Jóga

Jóga je propracovaný systém cvičení, který se vyvíjel během několika tisíc let v Indii na základě praktických zkušeností mnoha generací jóginů. Měla vždy za cíl zlepšit poznání a ovládání funkcí vlastního organismu jako celku, tj. ve vzájemné podmíněnosti fyzické i psychické (Vltava et al, 1988). Hathajóga, která v širším pojetí zahrnuje všechna tělesná jógová cvičení, byla součástí tradičního indického lékařství – ájurvedy. Prostřednictvím pohybové činnosti působí nejen na hybnost, ale i na viscerální orgány a centrální nervovou soustavu (Dostálek, 1997). Hathajóga sestává z šesti kategorií cvičení s odstupňovanou obtížností. Obsahuje relaxační cvičení, která mohou doplnit léčbu pacientů se somatoformní poruchou jako například: uvolňovací cviky (saravhitásan), uklidňující ásany, balanční polohy (vrkšásana). Ásany a další cviky vyvolávají tlakem a tahem změny ve svalech, které podobně jako masáže působí reflektoricky i na vnitřní orgány.

V počátečních sestavách se mimo jiné učí souhra pohybu a dechu, která je často u neurotických pacientů narušená (Vltava, 1988). „Významným metodickým prvkem relaxace je prodloužený výdech, během kterého se úroveň podráždění organismu snižuje.“ (Dostálek, 1997, 107). V józe lze najít řadu postupů téměř identických s postupy Jacobsonovi progresivní relaxace a autogenního tréninku.

### 5.2.7 Metoda Feldenkrais

Zakladatelem této metody je fyzik Moshe Feldenkrais. Vycházel z přesvědčení, že člověk jedná v souladu s obrazem, který si o sobě vytvořil. Podle Feldenkraise obraz „Já“ tvoří čtyři složky: pohyb, smyslové vnímání, cit (emoce) a myšlení. V souvislosti s jednáním a reakcemi při běžných životních zkušenostech se tento obraz neustále vyvíjí. Tomuto měnícímu se obrazu je nutné se přizpůsobovat, jinak dochází ke schématicnosti v jednání. Aby člověk změnil své jednání, musí změnit obraz o sobě.

Nejlepší cesta ke korekci „Já“ vede přes promyšlené zkvalitňování pohybu. Podstatou metody tedy je uvědomělé vnímání a ovládání pohybů a poloh jednotlivých částí těla. Cvičením se docíluje lepší koordinace pohybů a uvědomění si přímé souvislosti mezi chováním, cítěním, vnímáním a myšlením (Feldenkrais, 1996).

Feldenkraisovu metodu tvoří dva okruhy. Jedním z nich je skupinová práce zvaná „uvědomění si pohybem“ (Bewusstheit durch Bewegung) a druhý tvoří práce individuální zvaná „funkční integrace“ (Funktionelle Integration) (Pavlů, 2002).

Záměrem této práce není představit úplný přehled fyzioterapeutických přístupů. Výše popsané fyzioterapeutické postupy jsou zde uvedeny z hlediska jejich možného psychoterapeutického působení. Základem je empatický přístup. Pro zamezení vzniku nových komplikací z iatrogenního působení je dobré se při práci se somatoformním pacientem řídit následujícími zásadami.

### 5.3 Zásady péče o pacienty se somatoformní poruchou

Fyzioterapeut by měl pacienta se somatoformní poruchou vnímat jako nemocného člověka a od toho odvozovat i svůj profesionální přístup. Pokud před úvodní fyzioterapií nebyla využita psychoterapie, je třeba pracovat s pacientem nadále podle zásad práce s pacienty s příznaky somatoformní poruchy. Přestože částečná úleva obvykle nastává po první návštěvě fyzioterapeuta, pacient je pomalu, zejména dojde-li k atribuci, posílán do péče psychiatra s průpravou „liaison“ (Chromý et al, 2005; Chvála & Moos, 2003; Praško et al, 2002; Yeung & Deguang, 2002).

Zásady práce s pacientem se somatoformní poruchou:

- Uznat existenci a tíživost pacientových příznaků.
- Při vyšetřování a terapii vycházet z pacientova přesvědčení, že je nemocný tělesně, nikoli duševně.
- Na začátku léčby určit nejbližší konkrétní a dosažitelné léčebné cíle – zmírnění potíží.
- Je vhodné poskytnout informace o prevalenci a léčitelnosti poruchy a úvahy o původu odložit na pozdější fázi léčby.
- Nenabízet úspěch, ale spíš věrnost – oboustrannou společenskou smlouvu.
- Při volbě intervence brát ohled na pacientovy představy o tom, co by mu mohlo pomoci.
- Pokoušet se raději o psychoterapeuticky orientovaný doprovod, nežli o instrumentální postupy.
- Směřovat k pomoci pacientovi získat adekvátní biopsychosociální porozumnění nemoci, aby pochopil, že může působit na své symptomy a zaujal aktivní přístup.
- Pro dosažení trvalejších změn vést pacienta k hlubším změnám v jeho životě – změna životosprávy.
- Zvát pacienta na předem naplánované pravidelné krátké návštěvy.

Véle o přístupu fyzioterapeuta k pacientům říká: „V terapii záleží více na tom, jak se postup provádí, než na tom, co se provádí. Detaily postupu je nutno individuálně adaptovat.“ (Véle, 2006, 15)

## 6 KAZUISTIKA

Pacientka H.H., jednačtyřicetiletá matka jednoho dítěte, vysokoškolačka s velmi dobrým sociálním postavením. Psychiatrickou ambulanci vyhledala kvůli konfliktu s partnerem. Zde jí byla diagnostikována somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3) a byla jí indikována farmakoterapie anxiolytiky ve spíše symbolických dávkách. Do ordinace docházela zhruba tři roky na krátkou KBT a pro farmaka. Před rokem u ní došlo k výraznému zhoršení somatoformní poruchy v oblasti vegetativní dysbalance, která se projevovala jako pocit stažení hrudníku a obrovské bolesti za sternální kostí. Přestože z hlediska fyzioterapie má pacientka výrazný horní zkřížený syndrom i dolní dle Prof. Jandy, nebylo v tuto chvíli možno zahájit fyzioterapii adekvátní svalové dysbalance. Jediné, co byla pacientka ochotná akceptovat, bylo suché teplo, přiložené do oblasti sternální kosti a žeber, a spontánní relaxaci. Tato masivní ataka somatoformní poruchy byla způsobena významným sociálním faktorem v jejím životě. Pacientka dále pravidelně docházela na fyzioterapii i neřízenou psychopodporu. Postupně došlo k rozvolnění v oblasti sternokostálních skloubení natolik, že bylo možno manipulovat. Dále se s pacientkou pracovalo na její celkové dysbalanci postupnou korekcí dechového vzoru a nenásilnou aplikací stabilizace HSS. Dnes pacientka dochází jednou za šest týdnů na krátkou pravidelnou fyzioterapeutickou a psychoterapeutickou podporu.

## 7 DISKUZE

Problematika somatoformní poruchy je známější pod obecným názvem psychosomatické onemocnění. Každý si pod tímto pojmem představuje něco jiného. Za psychosomatické onemocnění však lze považovat jakékoliv onemocnění, na jehož vzniku a průběhu se významnou měrou podílejí psychosociální faktory (Honzák et al, 1992).

Pro samotnou somatoformní poruchu již existuje platná definice a kritéria. Postupně se však zjišťují jejich nedostatky, zejména pro použití v klinické praxi. Podle výsledků jedné studie (Grabe et al, 2003) většina pacientů se somatoformními symptomy dle DSM-IV kritéria spadá do kategorie nediferencované somatoformní poruchy, která je však definována jako zbytková. Tento příklad naznačuje neuspokojivou situaci v rámci současné DSM-IV klasifikace. Autoři studie současně zdůrazňují potřebu změny klasifikace somatizační poruchy, která by kromě počtu symptomů zahrnovala také kognitivní faktory, chování v nemoci a psychosociální zhoršení (Grabe et al, 2003).

Přibližně jedna čtvrtina všech pacientů primární péče trpí některou ze somatoformních poruch (podle kritérií MKN-10 ), které jsou společně s depresí a úzkostí nejčastějšími duševními poruchami (Fink et al, 2002).

Tito pacienti svým častým využíváním primární i další péče včetně lůžkové, tlakem na nákladné vyšetření, preskripci i invazivní léčbu vytváří ekonomickou zátěž zdravotnického systému (Kroeke, Spitzer, Degruy & Swindle, 1998). Správnou diagnostikou těchto poruch, adekvátním přístupem k nemocným a zvolením efektivní strategie jejich léčby se mohou výrazně snížit náklady na jejich léčbu. Specializovaná zařízení pro somatizující pacienty, která by poskytovala komplexní péči zprostředkovanou multidisciplinárním týmem, by mohla být řešením. Studie provedená na klinice podobného typu (Malaton, Nahmani, Rabin, Maoz, & Hart, 2002) naznačuje, že by mohlo dojít ke snížení nákladů na léčbu až na čtvrtinu.

V České republice vzniklo již několik podobných „psychosomatických klinik“. Podobně koncipován byl i projekt oddělení psychosomatické rehabilitace a léčby bolesti Hnízdila a Šavlíka (Hnízdil & Šavlík, 2004), jehož cílem byla účelná a úsporná diagnostika a terapie somatizovaných příčin poruch pohybového aparátu a bolestivých stavů.

Pacienti se sklony k somatizaci budou po neúspěšném hledání organických příčin svých potíží stále častěji vyhledávat služby rehabilitačních pracovišť. Proto je třeba, aby se rehabilitační pracovníci dobře orientovali v této problematice, znali její nejmodernější hodnocení, klasifikaci a uplatňovali v praxi zásady péče o tyto pacienty.

Pacientům, vnímavějším k tělesným pocitům, může přinést velkou úlevu již pouhá indikace fyziatrické léčby. To však neznamená, že by tito pacienti neměli být čas od času zařazeni do individuální či skupinové LTV.

Psychosomatický přístup poskytuje široké interpretační pole pro všechny příznaky a znesnadňuje tak orientaci v pacientových obtížích. Pro lepší orientaci v psychosomatických souvislostech nemoci může zdravotníkům pomoci technika, nazvaná „práce s časovou osou“, která umožňuje odstranit disociaci mezi událostí a somatizací. (Chvála & Trapková, 1996)

## 8 ZÁVĚR

Somatoformní poruchy jsou poměrně častou psychickou poruchou, která se projevuje tělesnými příznaky bez dostatečných organických příčin. Pacienti se vzhledem ke svému chování v nemoci ocitají spíše v péči somatických odborníků nežli psychoterapeutů a psychiatrů.

Fyzioterapie je součástí multidisciplinární léčby těchto poruch a svými prostředky umožňuje především lepší vnímání a kontrolu vlastního těla. Dodnes je však většina zdravotníků o této problematice nedostatečně informována. V přetrvávajícím biomedicínském prostředí je psychický původ nemoci stále vnímán negativně a dochází ke stigmatizaci somatizujících pacientů ze strany zdravotníků. Stigmatizaci s důsledky iatrogenního poškození pacientů a vyššími náklady na léčbu lze předejít správnou diagnostikou a adekvátním přístupem k těmto pacientům, jehož základem je empatie. Je třeba brát pacienta jako nemocného, respektovat jeho potíže a chování v nemoci.

## 9 SHRNU TÍ

Tato rešeršní bakalářská práce usiluje o to, představit diagnostickou jednotku somatoformní poruchy, včetně pozice, kterou zaujímá ve fyzioterapii. Pokouší se o její přesnou charakteristiku na základě dosavadních poznatků o této problematice a podle současných klasifikačních kritérií. Pojednání o historickém přístupu v první části práce umožňuje pochopit proč a jak je důležité, aby se fyzioterapeuté již během studií blíže seznámili s nejmodernějším hodnocením a klasifikací problematiky somatoformních poruch. Po stručném přehledu terapie následuje část zaměřená na komplexní přístup ve fyzioterapii, která je součástí multidisciplinární léčby této poruchy, a na možné fyzioterapeutické postupy. V závěru práce jsou uvedeny zásady práce se somatoformním pacientem.



## 10 SUMMARY

This master thesis seeks to introduce a diagnostic unit of somatoform disorders, including its position in physiotherapy. It attempts to precisely characterize the disorder on the basis of existing findings about this problem and in agreement with current classification criteria. Exposition of the historical approach in the first part of the thesis enables understanding why and how important it is for physiotherapists to acquaint oneself closely with the latest evaluation and classification of somatoform disorders already during their study. A brief survey of therapeutical methods is followed by a passage focused on a complex approach in physiotherapy, which is a part of multidisciplinary treatment of this disorder. It also suggests some possible physiotherapeutic practices. At the close of the thesis principles of treating the patients with somatoform disorders are named.

## 11 REFERENČNÍ SEZNAM

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM –IV - TRTM*. Washington: American Psychiatric Association.
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexitymia in DSM–IV disorder: Comparative Evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42 (3), 235-240.
- Barsky, A., J., Peekna, H., M., & Borus, J., F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*, 16 (4), 266-275.
- Baštecký, J., & Beran, J. (2003). Cílová místa terapeutických intervencí u onemocnění spolupodmíněných psychosociálním stresem. *Čes. a slov. Psychiat.*, 99 (2), 100-105.
- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Benda, J. (1997). Mechanismus účinku přírodních minerálních vod při zevní balneaci: II. Mechanické účinky vodní koupele. *Rehabil. fyz. lék.*, 4 (4), 143-147.
- Bušek, P., & Kancheva, R. (1999). Současný pohled na anatomické a fyziologické mechanismy v neurologii a psychoneuroimunologii. *Čes. a slov. Neurol. Neurochir.*, 62/95 (5), 247-252.
- Byrne, N., & Ditto, B. (2005). Alexithymia, cardiovascular reactivity, and symptom reporting during blood donation. *Psychosomatic medicine*, 67 (3), 471-475.
- Capko, J. (1998). *Základy fyziatrické léčby*. Praha: Grada.
- Dostálek, C. (1997). Hathajóga. *Rehabil. fyz. lék.*, 4 (3), 106-108.
- Driscoll, D., & DiCicco, G. (2000). The effects of metronome breathing on the variability of autonomic activity measurements. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 23 (9), 610-614.
- Dvořák, R. (2003). *Základy kinezioterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and source of information. *Advances in physiotherapy*, 8, 137-144.
- Erwin, W. M., Jackson, P. C., & Homonko, D. A. (2000). Innervation of human costovertebral joint: Implications for clinical back syndromes. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*, 23 (6), 395-403.
- Escobar, J. I., Hoyos-Nervi, & Gara, M. (2002). Medically unexplained physical symptoms in medical practice: A psychiatric perspective. *Environ Health Perspect*, 110 (suppl 4), 631-636.
- Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Fabbri, & S. Cazzaro, M. (2000). Explanatory therapy in hypochondriasis. *J Clin Psychiatry*, 61, 317-322.

- Feldenkrais, M. (1996). *Feldenkraisova metoda: Pohybem k sebeuvědomění*. Praha: Pragma.
- Fink, P., Rosendal, M., & Toft, T. (2002). Assessment and treatment of functional disorders in general practice. *Psychosomatics*, 43 (2), 93-131.
- Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, D. R., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., Wisner, K. L. & Nemeroff, C. B. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: A review and meta-analysis of evidence. *Am J Psychiatry*, 162, 656-662.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., & John, U. (2003). Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*, 44, 304-311.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hnízdil & Šavlík (2004). Projekt oddělení psychosomatické rehabilitace. *Psych@ Som*, 4, 94-100.  
Retrieved 22. 01. 2007 from source.
- Hermachová, H. (1999). O svalovém napětí a jeho ovlivnění ve fyzioterapii. *Rehabil. fyz. lék.*, 6 (3), 108-110.
- Hermachová, H. (2003). Exteroceptivní stimulace. In K. Lewit (Ed.). *Manipulační léčba v myoskeletální mediíně* (pp. 212-216). Praha: Sdělovací technika.
- Herman, E., Praško, J., P., & Hovorka, J. (2004). Somatoformní poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 5 (5), 270-272.
- Honzák, R., Bláha, K., Junová, H., Vlasák, Z., & Vymětal, J. (1992). *Základy lékařské psychologie, psychoterapie a psychosomatického přístupu*. Praha: Karolinum.
- Hupka, J., Kolesár, J., & Žaloudek, K. (1993). *Fyzikálna terapia: Učebnica pre stredné zdravotnícké školy*. Martin: Osveta.
- Chromý, K. (2006). Alexitymie: vývoj a současný význam konceptu. *Čes. a slov. Psychiat.*, 102 (7), 363-370.
- Chromý, K., Honzák, R., Líbalová, Z., Nouza, M., & Večeřová, A. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- Chvála, V., & Moos, P. (2003). Naše zkušenosti s léčbou psycho-somatických pacientů v letech 1997-2002. *Psych@ Som*, 2, 7-13.  
Retrieved 22. 01. 2007 from source.
- Chvála, V. & Trapková, L. (1996). Rehabilitace jako součást komplexní terapie psychosomatických pacientů. *Rehabil. fyz. Léč.*, 3 (2), 86-88.
- Kolář, P., & Lewit, K. (2005). Význam hlubokého stabilizačního systému v rámci vertebrogenních obtíží. *Neurologie pro praxi*, 6 (5), 270-275.

- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kroeke, K., Spitzer, R. L., Degruy, F.V., & Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39 (3), 263-272.
- Lemche, E., Klann-Delius, G., Koch, R., & Joraschky, P. (2004). Mentalizing language development in a longitudinal attachment sample: implications for alexithymia [Abstract]. *Psychother Psychosom*, (73) 6, 366-374. Retrieved 23.1. 2006 from Entrez-PubMed database on the World Wide Web:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubme>
- Levy, J., K. (1993). Standard and alternative adjuvative treatments in cardiac rehabilitation. *Cardiac Rehabilitation and Adjuvative Treatments*, 20 (3), 198-208.
- Lewit, K. (2003). *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. Praha: Sdělovací technika.
- Malaton, A., Nahmani, T. Rabin, S., Maoz, B., & Hart, J. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract*, 19, 251-256.
- Marek, J., Kalvach, Z., & Sucharda, P. (2001). *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton.
- Matoušek, J. (1988). *Počasí, podnebí a člověk: Bioklimatologie člověka*. Praha: Avicium.
- Míček, L. (1984). *Duševí hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (1998). *Uvolněte a s přehledem: Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada.
- Pavlů, D. (2002). *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody: Koncepty a metody spočívající především na neurofyziologické bázi*. Brno: Cerm.
- Poděbradský, J. & Vařenka, I. (1998). *Fyzikální terapie I. a II.* Praha: Grada.
- Praško, J. P. (2000). Somatoformní poruchy. *Diagnóza*, 3 (11), 5-6.
- Praško, J. P. (2002). Psychické poruchy imitující kardiální onemocnění. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii, CZ*, 189-192.
- Praško, J. P., Červená, K., Horáček, J., & Pašková, B. (2003). Somatoformní poruchy. *Psychiatrie*, 7 (1), 46-56.
- Praško, J. P., Pašková, B., Horáček, J., & Fremund, F. (2002). *Somatoformní poruchy*. Praha: Galén.
- Rychlíková, E. (2004). *Manuální medicína: Průvodce léčbou a diagnostikou vertebrogenních poruch*. Praha: Maxdorf.

- Sadock, B. (2004). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sekot, M. (1997). Zásady správné léčby somatoformních poruch. *Čes. a slov. Psychiat.*, 93, 62-65.
- Schott, H., Müller, I. W., Roelcke, V., Wolf-Braunová, B., & Schadevalt, H. (1994). *Kronika medicíny*. Praha: Fortuna.
- Skalíčková, O., Prokůpek, J., Skála, J., Škoda, C., Břehovský, J., Kerssenbrock, K., & Slavičková, L. (1971). *Rehabilitace v psychiatrii*. Praha: Avicem.
- Song, C., & Leonard, B. E. (2002). *Základy psychoneuroimunologie*. Brno: Artax.
- Stackeová, D. (2005). Psychosomatika ve fyzioterapii. *Psych@ Som*, 5, 155-159. Retrieved 22. 01. 2007 from source.
- Šveska, J., Čěšková, E., & Náhunek, K. (1995). *Psychofarmaka v klinické praxi*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Véle, F. (1993). Psychosomatické vztahy v neurologii. In J. Baštecký et al. (Ed.). *Psychosomatická medicína* (pp. 296-301). Praha: Grada.
- Véle, F. (2000). Dýchání a jeho vliv na různé funkce organismu. *Jóga v minulosti a přítomnosti, CZ*, 18-31.
- Véle, F. (2006). *Kineziologie: Přehled kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. Praha: Triton.
- Vojáček, K. (1988). *Autogenní trénink*. Praha: Avicem.
- Vokurka, M. (2004). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- Voltava, J., Doležalová, V., Dostálek, C., Lepičovská, V., Nešpor, K., & Šedivý, J. (1988). *Jóga očima lékařů*. Praha: Avicem.
- World Health Organization. (2006). *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Yeung, A., & Deguang, H. (2002). Somatoform disorders. *West J Med*, 176 (4), 253-256.
- Zvolský, P., et al. (2001). *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum.