

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
PREVENTIVA IN ZDRAVLJENJE PSIHOSOMATSKIH
MOTENJ

BERLEC

NIKA BERLEC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Preventiva in zdravljenje psihosomatskih motenj

(Prevention and treatment of psychosomatic disorders)

Ime in priimek: Nika Berlec

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Nika BERLEC

Naslov zaključne naloge: Preventiva in zdravljenje psihosomatskih motenj

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 30 Število slik: 1

Število referenc: 50

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: psihosomatika, psihosomatske motnje, stres, aleksitimija, čuječnost

Izvleček:

Tako v medicini kot v splošni javnosti vedno bolj opozarjajo na vpliv duševnega stanja na telesno zdravje. Obstajajo ocene, da je do 80 odstotkov bolnikov, ki pridejo v splošno ambulantno, psihosomatskih bolnikov. Trenutno potekajo številne raziskave, s katerimi bi bilo mogoče ugotoviti in opredeliti medsebojno odvisnost med duševnostjo in telesom, na podlagi tega pa bi lahko razložili do zdaj še nepojasnjene motnje in ugotovili načine njihovega zdravljenja. Namen zaključne naloge je bil preko različnih teorij predstaviti mogoče vzroke za nastanek psihosomatskih motenj in opisati načine, s katerimi bi pojavnost motenj lahko zmanjšali tako preko preventive kot zdravljenja. Eden glavnih dejavnikov, ki sproži nastanek psihosomatskih motenj, je stres. Za razvijanje boljših mehanizmov spoprijemanja s stresom obstajajo tehnike sproščanja, zavedanja sebe in svojega telesa, kot je čuječnost, t. i. biofeedback, avtogeni trening in druge. Vlogo pri nastanku psihosomatskih motenj ima tudi osebnostna struktura. V zaključni nalogi je predstavljen psihoanalitičen in kognitivno-vedenjski pristop k zdravljenju psihosomatskih motenj. Psihoanalitični pristop somatske znake pojasnjuje na podlagi teorij somatizacije in konverzije ter jih skuša zdraviti z razreševanjem psiholoških konfliktov iz posameznikove preteklosti. Pri kognitivno-vedenjski terapiji pa je namen modificirati nekonstruktivne vzorce mišljenja in vedénja, zaradi katerih se psihosomatske motnje pojavljajo, ter posameznika na novo naučiti bolj funkcionalnih vzorcev.

Key words documentation

Name and SURNAME: Nika BERLEC

Title of the final project paper: Prevention and treatment of psychosomatic disorders

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 30 Number of figures: 1

Number of references: 50

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: psychosomatics, psychosomatic disorders, stress, alexithymia, mindfulness

Abstract:

In medicine as well as in general public, more and more attention is put on the relevance of the psychological condition for the physical health. Some estimation says that 80 percent of the patients who come to the general practitioner are psychosomatic patients. At the moment a lot of researches are in progress, which are used to establish and define the connection between mind and body and with the help of which we could clarify disorders that have not yet been explained. The intention of the final project paper was to present through different theories the possible reasons for psychosomatic disorders and to describe ways how to make these disorders manifest less frequently, with prevention as well as with treatment. One of the main causes that trigger psychosomatic disorders is stress. For developing better mechanisms for dealing with stress, there are techniques of relaxation, self-awareness and awareness of one's body, such as mindfulness, biofeedback, autogenic training and others. Individual's personality structure also plays a role in the appearance of psychosomatic disorders. The final project paper presents psychoanalytic and cognitive behavioral approach of treatment psychosomatic disorders. The psychoanalytic approach explains the somatic symptoms on the basis of theories of somatization and conversion and tries to treat them by resolving psychological conflicts from individual's past. The purpose of cognitive behavioral therapy is to modify destructive thought and behavior patterns that are the cause of psychosomatic problems, and to teach the individual new, more functional patterns.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju doc. dr. Gregorju Žvelcu za usmerjanje in svetovanje pri izdelavi zaključne naloge.

Zahvala gre tudi moji družini, ki mi je študij omogočila in me veskozi podpirala, ter vsem, ki so mi stali ob strani in mi kakorkoli pomagali.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
2 OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV	3
2.1 Psihosomatika	3
2.2 Psihosomatske motnje	3
2.2.1 Primeri psihosomatskih motenj	4
2.2.2 Klasifikacija psihosomatskih motenj.....	4
3 ETIOLOGIJA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ	5
3.1 Psihoanalitični pristop	5
3.2 Aleksitimija	7
3.3 Patofiziologija stresa	8
3.4 Strah in anksioznost	9
3.5 Biopsihosocialni model.....	10
4 PREVENTIVA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ	11
4.1 Tehnike obvladovanja stresa	11
4.1.1 Čuječnost ali mindfulness	12
4.1.2 Biofeedback.....	13
5 PSIHOTERAPIJA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ	15
5.1 Psihoanalitična terapija	15
5.1.1 Alexandrov pogled	15
5.1.2 Jungov pogled	16
5.2 Kognitivno-vedenjska terapija	17
6 SKLEP	18
7 VIRI IN LITERATURA	20

KAZALO SLIK

<i>Slika 3.01.</i> Integrativni model nastanka psihosomatskih motenj (Tomori, 2001, str.14).....	8
--	---

1 UVOD

Obstaja več teorij in definicij psihosomatskih motenj. Najpreprostejša in splošno sprejeta je definicija po mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10, 1995), ki psihosomatske motnje opredeli kot zdravstvene motnje, za katere domnevajo, da imajo na njihov nastanek velik vpliv psihični in vedenjski dejavniki.

Povezava med telesom in duševnostjo se pojavlja že od Hipokrata, ki je povezal različne tipe osebnosti z ujemajočimi se telesnimi tekočinami. Osebnosti je razdelil na štiri skupine: kolerik, sangvinik, melanholik in flegmatik ter jih povezal s štirimi telesnimi sokovi v človeku, ki naj bi bili odgovorni za človekovo vedenje in zdravje, to so kri, žolč, črni žolč in sluz. Teorija o taki povezavi med duševnostjo in telesom ni bila podprta z novejšimi raziskavami, vendar vedno več izsledkov raziskav potrjuje njuno soodvisnost. Tudi kasneje so številni avtorji opisovali povezanost duševnih konfliktov s telesnimi motnjami (Freud, Alexander in drugi). V zadnjih letih se je z razvojem tehnologij pojavilo vedno več možnosti za dokazovanje medsebojne odvisnosti, na primer s testiranjem vpliva stresa in čustvenih stanj na imunologijo (Gerson, 2002), vpliv čustev ter njihove potlačitve na kardiovaskularni sistem (Mauss in Gross, 2004), še vedno pa je povezava vprašljiva. Gerson (2002) se sprašuje, ali ni psihosomatsko pojasnjevanje samo način, da bi nepojasnjene telesne motnje, ki nimajo vidnih ali merljivih vzrokov za nastanek, lahko pojasnili in s tem zmanjšali anksioznost ob nevednosti.

Za iskanje odgovorov se je pogosto treba specializirati za točno določeno znanje in pojav preučiti do potankosti. Pri tem obstaja nevarnost, da se prezrejo dejstva, ki jih je mogoče spoznati, če na problem pogledamo iz širšega zornega kota, skozi več ved in znanosti, ter potegnemo vzporednice med različnimi pristopi. Psihosomatika s pomočjo biologije, medicine, psihologije, nevrologije, imunologije in drugih ved skuša pojasniti in najti razloge za pojav nekaterih bolezni in motenj, katerih s specializacijo na točno določenem področju ni mogoče ugotoviti.

Podatki kažejo, da je kar 80 odstotkov ljudi, ki pridejo v splošno ambulanto, psihosomatskih bolnikov (Rakovec-Felser, 1997). To številko lahko pojasnimo, če sklepamo, da večina ljudi živi v okolju, kjer se neprestano srečujejo s stresom, ki je eden glavnih povzročiteljev psihosomatskih motenj. Stres je sicer normalen odziv na zunanje dogodke, problematičen pa postane, kadar se začne pojavljati dolgoročno. Kroničen stres ima veliko negativnih posledic na avtonomno živčevje in organske sisteme, ki jih le-ta upravlja. Za preprečevanje negativnih posledic stresa obstaja več tehnik obvladovanja stresa, kot je čuječnost, biofeedback, tehnike dihanja, vizualizacija in druge.

Številne raziskave ugotavljajo vpliv osebnostnih lastnosti na razvoj psihosomatskih motenj. Izkušnje iz zgodnjega otroštva, izpostavljenost hudim stresom in travmam imajo pomembno vlogo pri nastanku nefunkcionalnih vedenjskih in mišljenjskih vzorcev.

Za vzpostavljanje in rekonstruiranje novih, bolj konstruktivnih vzorcev se uporabljajo psihoterapevtske metode, kot je na primer kognitivno-vedenjska terapija.

Namen zaključne naloge je izpostaviti pomen celostnega pristopa k zdravljenju in opozoriti na močno povezanost med telesom in duševnostjo, predstaviti psihosomatske motnje in razloge za njihov nastanek ter opisati preventivne ukrepe in zdravljenje psihosomatskih motenj.

Cilji zaključne naloge so naslednji:

- Pojasniti psihosomatiko in psihosomatske motnje ter opisati in naštetih teorije, ki pojasnjujejo vzroke za nastanek motenj.
- Predstaviti načine obvladovanja stresa, tehnike čuječnosti in biofeedbacka ter drugih metod.
- Opisati pomen in uporabnost psihoterapije v preventivi, zdravljenju in preprečevanju vnovičnega pojava psihosomatskih motenj.

2 OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV

2.1 Psihosomatika

Za pojem psihosomatika, ki velja za vejo psihologije, so avtorji navedli različne opredelitve.

- Psihosomatika je beseda, ki izhaja iz grških besed *psyche*, ki pomeni duša, in *soma*, ki pomeni telo. Psihosomatika je torej veda o čustvih in njihovem vplivu na zdravje ljudi (Hauch, 2008).
- Po Alexandru (1950) je psihosomatski pristop multidisciplinarni proces, v katerem psihiatri in psihologi sodelujejo s strokovnjaki z različnih področij medicine.
- Psihosomatski pristop bi po Lipowskemu (1984) lahko poimenovali tudi holistični pristop, saj bolnika in motnjo obravnava iz celostnega vidika. V procesu nastanka in zdravljenja motenj upošteva tako biološke, psihološke kot sociološke dejavnike.

2.2 Psihosomatske motnje

Zaghet (2004) omenja, da je vpliv čustvenih stanj na fiziološke procese viden že v vsakdanjem življenju; žalost se na primer lahko kaže z jokanjem, strah s potenjem, povečanim srčnim utripom, sram s pordelostjo obraza, sreča s smejanjem. Torej ima vsako čustveno stanje specifičen telesni sindrom, ki ga lahko poimenujemo tudi psihosomatski odziv.

Alexander (1950) je eden prvih avtorjev, ki se je ukvarjal z raziskovanjem vpliva duševnosti na psihično in fizično zdravje. Domneval je, da se čustvena stanja povezujejo s telesnimi simptomi. Psihosomatske motnje, oziroma kot jih je Alexander imenoval psihogene organske motnje, so kronične telesne motnje, ki nastanejo kot posledica psiholoških konfliktov v posameznikovi duševnosti (Alexander, 1950).

Zaghet (2004) je navedel, da je psihosomatska motnja posledica nepravilnega delovanja telesa na celostnem nivoju. Meni, da sta telo in duševnost povezana ter da se vsaka naša stiska izraža hkrati v duševnosti in telesu. Telesna bolezen lahko povzroči nastanek duševnih motenj, v primeru psihosomatskih motenj pa gre za telesne bolezni, ki so nastale kot posledica duševne stiske. Avtor navaja, da lahko na podlagi telesnih motenj razberemo, kaj se hkrati dogaja v naši duševnosti (Zaghet, 2004).

2.2.1 Primeri psihosomatskih motenj

Alexander (1950) je v svoji knjigi kot psihosomatske bolezni opisal naslednje motnje:

- gastrointestinalne motnje,
- respiratorne motnje,
- kardiovaskularne motnje,
- kožne bolezni,
- metabolične in endokrine motnje,
- motnje sklepov in skeletnih mišic,
- motnje seksualnega aparata.

Gerson (2002) omenja ulcerozni kolitis in Chronovo bolezen, kot primera gastrointestinalne motnje. Ulcerozni kolitis naj bi se pojavljal pri posameznikih, ki imajo probleme z ekspresijo jeze. Simptomi so podobni kot pri Chronovi bolezni in vključujejo nenadno povečanje telesne temperature, bolečine v mišicah, anemijo, krvavitve pri odvajanju in dolgotrajno drisko (Gerson, 2002).

2.2.2 Klasifikacija psihosomatskih motenj

V mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih znanstvenih problemov za statistične namene (MKB-10, 1995) so psihosomatske motnje obravnavane pod oznako Somatoformne motnje (F45) in njeno podoznako Somatizacijska motnja (F45.0). Posamezne bolezni so kategorizirane glede na organski sistem, kjer se motnja izraža, pod oznako Somatoformna avtonomna disfunkcija (F45.3). Kategorizirani organski sistemi so (WHO, 1992):

- Srčni in kardiovaskularni sistem (F45.3.30),
- Zgornji gastrointestinalni trakt (F45.3.31),
- Spodnji gastrointestinalni trakt (F45.3.32),
- Respiratorni sistem (F45.3.33),
- Urogenitalni sistem (F45.3.34) ter
- Drugi organski sistemi (F45.3.38).

Psihosomatske motnje so opredeljene kot zdravstvene motnje, pri katerih je domnevano, da so psihični ali vedenjski vplivi velik dejavnik pri etiologiji telesnih motenj (MKB-10, 1995).

3 ETIOLOGIJA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ

Medicina psihosomatske bolezni že dolgo pozna in jih uradno priznava. Časovni pregled etioloških teorij psihosomatskih bolezni prikazuje zgodovino medicine in psihiatrične misli. V daljni zgodovini je bilo pojmovanje psihosomatskih motenj vključeno v splošno medicinsko miselnost. Stari Grki so te motnje označevali kot prepletenost duševnega in telesnega (Freedman in Kaplan, 1967; Tomori, 2001).

Pogled na zadnja desetletja, ko psihosomatika označuje določeno skupino bolezni, kaže, da so analitskemu pogledu sledile psihodinamične razlage, ki so se kasneje povezovale s psihofiziološkimi in psihosocialnimi razlagami. Šele v zadnjih petih letih so se začele razvijati teze dognanj z novejšimi izsledki razvojne nevrofiziologije (Kandel, 1999).

Tomorijeva (2001) navaja, da danes ločevanje na telesno in duševno ni več smiselno. Psihosomatske motnje razume kot rezultat dejavnikov, ki se med seboj prepletajo; to so razvojni, izkustveni in zunanji vplivi, ki sooblikujejo nevrobiološka dogajanja. Mnoge stare resnice so dobile svoje pravo in mnogo bolj razumljivo mesto tudi v sodobnem razumevanju psihosomatskih motenj (Tomori, 2001).

Ugotavljanje etiologije psihosomatskih motenj je ta čas v fazi raziskovanja, zato je teorij, zakaj se motnje pojavljajo, več. Morda bo neko spoznanje v prihodnosti služilo kot Ockhamova britev in bo z najbolj preprosto razlago motnje enostavno in razmeroma pravilno pojasnilo. Druga možnost je, da na pojav psihosomatskih motenj vpliva toliko različnih dejavnikov, da je za razumevanje pomembna integracija in poznavanje različnih modelov in pristopov. Nekaj teh pogledov na razvoj psihosomatskih motenj je predstavljenih v tem poglavju.

3.1 Psihoanalitični pristop

Psihoanalitične študije na bolnikih z nevrozami so pokazale, da se v primeru čustvene napetosti, ki traja dalj časa, lahko pojavijo tudi somatski znaki nepravilnega delovanja. Freud je razvil koncept »konverzijska histerija«, s katerim je poimenoval psihične in fizične motnje, ki nastanejo zaradi kroničnih emocionalnih konfliktov v duševnosti. Konflikti naj bi nastali zaradi pretiranega obvladovanja in potlačitve človekovih notranjih vzgibov. Pri posameznikih naj bi prevladoval ego, ki naj bi bil pretirano agresiven in zatiralen do ida. Glavni namen ega je uravnati ravnotežje med željami ida in pričakovanji superega. Pri konverzijski histeriji pa je ravnotežje porušeno, saj posameznik pretirano želi zadovoljiti pričakovanja okolice, torej superego, pri čemer je id oškodovan in prezrt, kar se lahko manifestira v različnih duševnih ali telesnih motnjah (Breuer in Freud, 2002).

Alexander (1950) razlikuje histerično konverzijo od vegetativne nevroze. Podobnost med njima naj bi bila samo površinska. Oba pojava naj bi bila posledica potlačenih in neosvojenih čustvenih napetosti, razlikujeta pa se v temelju mehanizma nastanka. Histerična konverzija nastane kot težnja osvobajanja čustvenega konflikta, kjer je simptom simbolični izraz določene čustvene vsebine. Vegetativno nevrozo opredeljuje kot psihološko povzročeno motnjo vegetativnega organa, ki ni pod nadzorom hotenih mišičnih sistemov. Vegetativni simptom torej ni način čustvenega izražanja, temveč naravna, fiziološka vsebina čustva. Telesni simptom pri vegetativni nevrozi ni konverzivni simptom, saj nima simboličnega pomena in ne razrešuje notranjega konflikta (Šikanić, 2012).

Psihosomatske motnje nastopijo po Alexandru kot posledica (Adamović, 1983):

- zgodnje čustvene travme,
- reaktivirane travme v odraslosti,
- psihičnega konflikta,
- pretirane kronične vzdraženosti enega ali več delov vegetativnega živčevja,
- dednih dejavnikov.

Alexander (1950) je ustvaril teorijo o specifičnem konfliktu, ki pojasnjuje nastanek psihosomatskih motenj zaradi čustvenih travm iz zgodnjega otroštva. Ta občutja travme se znova prebudijo, ko se posameznik znajde v podobnih okoliščinah kot v otroštvu, kar so običajno stresni in travmatični dogodki. Ker gre za nezavedna čustva, človek ne reagira na običajen način s kretnjami, z mimiko in besedami, temveč razbremenitev poteka na nivoju vegetativnega živčnega sistema. Zaradi izpostavljenosti nevrovegetativnega sistema se psihosomatske motnje pojavljajo največ na predelih, ki delujejo pod vplivom avtonomnega živčnega sistema, to je na primer krvni obtok, gastrointestinalni trakt, srce, dihanje, endokrini sistem, koža, urogenitalni trakt in drugi (Alexander, 1950).

Teorija somatizacije temelji na ideji psihične razbremenitve preko telesa. Pri dojenčku je normalno, da se energija gona kaže preko telesnih odzivov, saj njegova duševna podoba še ni izoblikovana. Kasneje posameznik postane avtonomen, razvijejo se mehanizmi uravnavanja in prilagajanja sebe in svojega telesa situacijam in okolici (Lipowski, 1988). Do drugačnega odziva lahko pride v situacijah, ki jim oseba ni kos. Takrat se vzpostavijo poti reševanja problema iz otroštva. Ta proces se imenuje resomatizacija. Oseba izgubi zmožnost sekundarnega mišljenja in ni zmožna sama povrniti telesa in duševnosti v ravnotežje (Kapljuk, 1997).

3.2 Aleksitimija

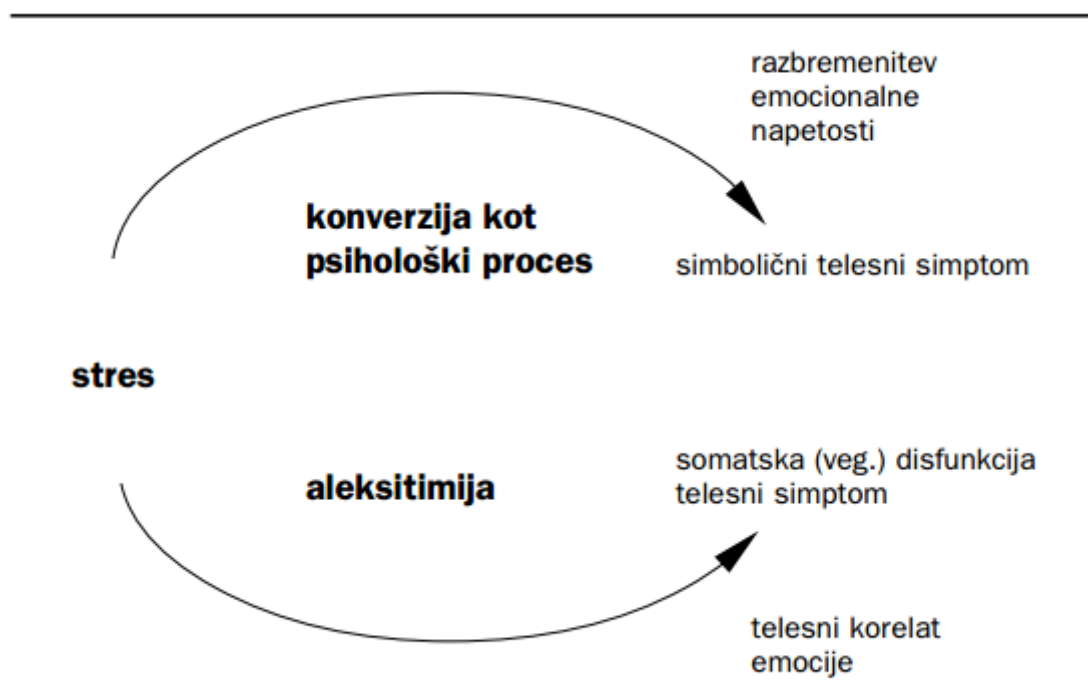
Sposobnost doživljanja čustev je prirojena vsem ljudem, vendar se razlikujemo po sposobnosti identificiranja, ekspresije in regulacije svojih in tujih čustvenih stanj (Mikolajczak, Luminet in Menil, 2006).

Beseda aleksitimija dobesedno pomeni »primanjkljaj besed za čustva« /ang. »lacking words for feelings«/ (Sifneos, 1973). Osebe, ki se soočajo z aleksitimijo, kažejo pomanjkanje zavedanja čustev ter imajo težave z vpogledom in uvidom v svoje notranje doživljanje čustev, simptomov in motivacije (Lumley idr., 2007). Pri psihološki obravnavi takšne osebe počasneje in slabše napredujejo, zato so Porcelli in drugi (2003) aleksitimijo opredelili kot dober napovednik za predvidevanje izida zdravljenja.

Konstrukt aleksitimije po Lumleyju in drugih (2007) zajema značilnosti, kot so težave pri prepoznavanju, razlikovanju in opisovanju čustev, probleme pri operativnem mišljenju ter imajo omejeno zmožnost domišljije. Te značilnosti po Lumleyju, Neelyju in Burgerju (2007) odražajo zmanjšano kognitivno procesiranje in regulacijo emocij ter povzročajo različne medicinske in psihiatrične motnje.

Shipko (1982) navaja, da se problem pri osebi z aleksitimijo pojavi, ko pride do potencialno ogrožajoče situacije oziroma stresa, ki zahteva zavedanje čustev. Ker oseba ni zmožna uvida v svoje čustveno doživljanje, pride do neučinkovitih mehanizmov soočanja s situacijo, ki stanje samo poslabšajo. Posamezniki v takih situacijah odreagirajo na enak način, kakor so odreagirali v zgodnjih obdobjih otroštva. Pojavijo se regresivna dediferenciacija in resomatizacija ter razbremenitev napetosti na nivoju avtonomnega živčevja. Čustveno stanje, ki se pojavi ob stresnem dogodku, pri aleksitimiji torej ni obravnavano preko kognitivne predelave informacije, zato se neposredno pretvori v somatsko motnjo (Klein, 1999; Tomori, 2001).

Tomorijeva (2001) je v shemo integrativnega modela (*Slika 3.01*) nastanka psihosomatskih motenj vključila aleksitimijo kot enega od mogočih vzrokov nastanka motenj. Tako v primeru konverzije kot aleksitimije je sprožilni dejavnik stres, posledica pa somatska motnja. Proces se razlikujeta v mehanizmu reakcije na stresor in predelave psihičnega konflikta. V procesu konverzije gre za razbremenitev čustvene napetosti s simbolično izbranim telesnim simptomom, ki predstavlja nesproščena ali zatrta čustvena stanja iz posameznikove preteklosti, pri aleksitimiji pa oseba konfliktne situacije ni zmožna psihično predelati, zato se pojavi somatska disfunkcija kot telesni ustreznik nekonstruktivno predelane emocije (Tomori, 2001).



Slika 3.01. Integrativni model nastanka psihosomatskih motenj (Tomori, 2001, str.14)

3.3 Patofiziologija stresa

Tomorijeva (1990) opredeljuje stres kot pojav, ki zmoti človekovo notranje ravnotežje ali homeostazo ter povzroči aktivacijo prilagoditvenih mehanizmov. Osebe dogodke sprejemajo na različne načine. Kako se bo telo na situacijo odzvalo, je močno odvisno od posameznikove interpretacije dogodka. Enak dogodek je lahko za eno osebo stresen in za drugo ne.

Najpomembnejši odziv, ki ga izzove stres, nastane v nevroendokrinem sistemu. Gre za povezavo med možgani in hormonskim sistemom. V možganih so glavna območja, ki se odzivajo na stres, hipotalamus, amigdala in hipokampus. Kortizol je hormon, ki ima bistveno vlogo v odgovoru na stres. Učinkuje tako, da zviša raven glukoze v krvi za hitrejši odziv telesa. Glukokortikoidi, kot je kortizol, delujejo tudi protivnetno, protialergijsko in imajo vazokonstriktorne lastnosti, torej funkcijo zoženja žil, ter zavirajo imunski sistem. Vse te lastnosti pripomorejo k boljšemu odgovoru telesa na trenutno nevarnost iz okolja, če pa je aktivacija tega sistema dolgotrajna, lahko pride do patoloških somatskih posledic. Posledice kroničnega stresa se lahko kažejo v presnovnih motnjah, kot so sladkorna bolezen, arterijska hipertenzija, debelost, kot tudi v razgradnji mišic, zmanjšanem vnetnem odzivu in zavrtem imunskem sistemu. Vse to nadalje vpliva na razvoj različnih hujših motenj, kot je na primer Cushingova bolezen (Starc, 2007).

Herbert in Cohen (1993) sta v svoji metaanalizi ugotovila, da stres močno vpliva na imunski sistem in spremeni imunski odziv. Stres naj bi bil povezan s povečanim številom levkocitov, z zmanjšanim številom, odstotkom in delovanjem celic T, celic B in celic NK, ki so pomembne v delovanju imunskega sistema. Stresogeni dejavniki, ki povečujejo sproščanje glukokortikoidov, zavirajo imunski sistem, zniža se tudi sposobnost tvorbe protiteles in celjenja ran.

3.4 Strah in anksioznost

Rakovec-Felser (1997) navaja, da je za tesnobo na psihičnem nivoju značilna zaskrbljenost, občutja negotovosti, bojzani, utesnjenosti in nemira, nemoči in utrujenosti. Na telesnem nivoju se lahko pojavi sprememba barve kože, telesna drža, gibanje, mimika, spremembe v dihanju in srčnem delovanju, spanju, prehranjevanju in drugih.

Strah je normalen fiziološki odziv na nevarnost. Kadar obstaja utemeljen, realen vzrok za stisko, traja ta samo toliko časa, dokler obstaja nevarnost. Ker strah sproži simpatični živčni sistem, požene torej krvni obtok, dihanje postane hitrejše, v sistem se sprosti adrenalin in pripravi telo za odziv boj ali beg. Strah je torej ključnega pomena za preživetje. Pri tesnobi pa gre za nerealen strah, ki sproži podobne reakcije v telesu kot strah. Ko je posameznik napet, ga obliva pot, stiska v pljučih in grlu ter v večini primerov ne ve razloga za tako stanje. Ker ni resnične nevarnosti, tesnoba človeka ohromi in onemogoči njegovo delovanje ter tako oslabi kvaliteto njegovega življenja (Rakovec-Felser, 1997).

Anksiozna kriza nastane kot posledica dolgotrajnih konfliktnih situacij. Pri tem gre za zaplete z zdravjem, izgubo bližnjih oseb in v splošnem situacije, v katerih oseba doživlja občutja nemoči oziroma navidezno nerazrešljivost problemov. Če anksiozna kriza traja dalj časa, človeka utruje, izčrpa, postane brez energije in notranje motivacije, kar lahko vodi tudi v hujše bolezni (Rakovec-Felser, 1997).

Študija Jonasa, Franksa in Ingrama (1997) je pokazala, da lahko tesnoba in depresija vplivata na nastanek hipertenzije. Kot razloge za to povezavo omenjajo rezultate, da anksioznost in depresija neposredno vplivata na akutno vzbujenje avtonomnega živčnega sistema kar povzroča povišanje krvnega tlaka.

3.5 Biopsihosocialni model

Biopsihosocialni model predstavlja sistemsko povezanost komponent, in sicer (Selić, 1994):

- biološko komponento,
- psihološko komponento,
- sociološko komponento.

Biomedicinski model je opredeljeval duševno in telesno komponento kot dve ločeni in ne povezani komponenti. Model je vseboval mehanicističen pogled, ki telo obravnava kot stroj, ki ga zdravimo z odstranitvijo ali zamenjavo delov. Obstoje tega modela so potrdila in okrepila odkritja o zunanjih povzročiteljih bolezni, kot so bakterije in virusi. Pri tem so zanemarjali vpliv psiholoških in socialnih dejavnikov, ki vplivajo na telesno in čustveno blaginjo (Sheridan in Radmacher, 1992; Selić 1994).

Sklicevanje psihosomatske medicine na dejstvo, da so ljudje lahko izpostavljeni enakim tveganjem za razvoj bolezni (npr. virusi, mraz, kemikalije) in nekateri zbolijo, drugi pa ne, je začelo opozarjati, da so biološki dejavniki le del razlage nastanka bolezni. Biopsihosocialni model pripisuje zdravju celostni pomen, saj brez duševnega in telesnega zdravja ni zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija temelji na opredelitvi zdravja, ki gleda na stanje celotne fizične, mentalne in socialne blaginje in ne le na odsotnost bolezni (Selić, 1994).

Selić (1994) predlaga kontinuum med zdravjem in boleznijo, saj trdi, da zdravje ni le odsotnost bolezni in je zato opredelitev dveh ekskluzivnih kategorij zdravja in bolezni neustrezna (Selić, 1994).

4 PREVENTIVA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ

Starc (2007) meni, da je danes splošno znano, da so emocionalni, mentalni, psihološki, socialni in vedenjski dejavniki medsebojno povezani in da skupaj pomembno vplivajo na zdravje posameznikov. Na zdravje naj bi pozitivno vplivalo pozitivno mišljenje, pozitivno emocionalno stanje, pogovor oziroma socialna podpora. Obstajajo tudi tehnike, ki naj bi znanstveno dokazano imele ugodne učinke na zdravje (Starc, 2007).

4.1 Tehnike obvladovanja stresa

Kolikor želimo preprečiti nastanek psihosomatskih motenj, se moramo usmeriti na preprečevanje negativnega stresa in na učinkovito spopadanje z njim. V nadaljevanju so našteje metode, ki kažejo pozitivne posledice zmanjševanja stresa in preprečevanja nastanka psihosomatskih motenj.

Goleman (2006) trdi, da je umirjanje samega sebe temeljna življenjska spretnost. Bowlby (1988) in Winnicott (1960) menita, da je sposobnost umiriti samega sebe in obvladovanje čustev »osnovno duševno orodje«, ki se ga naučimo bolj ali manj učinkovito uporabljati že v zgodnjem otroštvu. Vedenjske in mišljenjske vzorce pomirjanja privzamemo od staršev glede na to, kako učinkovito in na kakšen način so to opravljali oni. V kasnejših obdobjih življenja je te vzorce mogoče tudi zavestno spreminjati in izboljšati.

Med tehnike premagovanja stresa Starc (2007) uvršča tehnike relaksacije, jogo, taj čí, avtogeni trening in meditacijo. Vsaka od teh tehnik ima lahko pozitiven učinek na duševno in telesno zdravje.

Joga po Wagnerju (2003) prinaša sprostitev v stresnih situacijah in krepi telesno moč. Dihalne vaje izboljšajo delovanje pljuč, telesne vaje pa povečujejo gibljivost sklepov in krepijo mišice. Meditacija povzroča povečano delovanje dela možganov, ki je povezan s pozitivnim emocionalnim stanjem in z izboljšanim delovanjem imunskega sistema (Starc, 2007).

Po Lindemannu (1982a) je avtogeni trening znanstvena metoda, podobna samohipnozi, pri kateri se predstave prenesejo na človeško telo. Če si oseba na primer predstavlja sproščenost mišic, se ji mišice tudi v resnici sprostijo. Po Kožarju (1995) omogoča avtogeni trening utrditev osebnosti, povečanje samozaupanja in zmožnost samopomirjanja tudi takrat, ko pride do obremenitev.

Za premagovanje stresa niso vedno potrebne posebne tehnike in zdravljenja, saj že sam način življenja lahko na človeka vpliva kot metoda preprečevanja in zmanjševanja stresa. Tak način življenja naj bi po Lindemannu (1982b) vključeval dosledno telesno gibanje, zdravo prehranjevanje, psihohigieno, ki zajema delo na sebi, svoji duševnosti in osebnosti

rasti. Poleg tega omenja tudi dihanje, zadostno količino spanja, utrjevanje telesa z zmerno izpostavljenostjo različnim naporom in druge načine.

4.1.1 Čuječnost ali mindfulness

Černetič (2011) je pojem čuječnosti označil kot zavedanje in sprejemanje dražljajev v sedanjem trenutku. Skozi zgodovino so duhovne in filozofske tradicije ljudem pomagale krepiti čuječnost, katere posledica je bilo manj stresno, bolj zdravo in izpolnjeno življenje. Čuječnost v psihoterapiji nastopa kot eden od skupnih dejavnikov terapevtskih usmeritev.

Medtem, ko je posameznik v čuječnem stanju se hkrati zaveda svojih notranjih občutkov, misli, čustev kot tudi dražljajev iz okolice. Černetič (2011) zato navaja, da pri čuječnosti izstopata dva dejavnika, in sicer:

- zavedanje svojega doživljanja in
- sprejemanje le-tega.

Številne raziskave ugotavljajo vpliv čuječnosti na duševno blaginjo (Černetič, 2005) ter negativno soodvisnost s pojavnostjo duševnih (Miller, Fletcher in Kabat-Zinn, 1995) in telesnih motenj (Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig in Walach, 2002). Grossman, Nieman, Schmidt in Walach (2004) so ustanovili program redukcije stresa na podlagi čuječnosti, ki uporablja čuječnostno meditacijo za zmanjšanje težav, povezanih s telesnimi, psihosomatskimi in psihičnimi motnjami (Grossman idr., 2004). Ta pristop reducira negativne učinke motenj, izboljša vitalnost in strategije spoprijemanja (Grossman idr., 2004).

Raziskava, ki so jo naredili Grossman idr. (2004), je pokazala, da ima čuječnost pozitivne učinke na duševno zdravje vključno z izboljšanjem kakovosti življenja, zdravljenjem depresije, anksioznosti in strategij spoprijemanja s težavami. Prav tako naj bi pozitivno vplivala na telesno zdravje, na primer na medicinske simptome, senzorično bolečino, fizične nepravilnosti in drugo.

Študija Majumdara idr. (2002) je pokazala, da se je pri osebah, ki so dalj časa prakticirale čuječnost, bistveno izboljšalo čustveno in fizično stanje, psihični distress se je zmanjšal in splošna kakovost življenja izboljšala (Majumdar idr., 2002). Raziskava Millerja in drugih (1995) je pokazala, da ima lahko čuječnost blagodejne učinke tudi na ljudi z diagnosticirano anksiozno motnjo.

Ker je pri psihosomatskih motnjah eden glavnih dejavnikov sprožitve psihosomatskih simptomov stres, se s pomočjo dolgoročnega treninga čuječnosti in spremenjenim načinom razmišljanja oziroma procesiranja informacij lahko prepreči nastanek somatskih težav.

Po Ludwigu in Kabat-Zinnu (2008) obstaja veliko načinov pozitivnega vpliva čuječnosti na bolezn. Pri tem navajata pojav zmanjšane percepcije za bolečino, povečano zmožnost tolerance za bolečino, redukcijo stresa, anksioznosti in depresije, povečano motivacijo za življenjske spremembe, ki vključujejo fizično aktivnost, zdravo prehrano in druge pozitivne učinke.

Čuječnost se je dobro ujema tudi z drugimi načini zdravljenja, kot so psihoterapija, homeopatija, fizioterapija, masaža, akupunktura in druge. Predvsem pa se pozitivne posledice potencirajo ob kombinaciji s psihoterapijo, saj se lahko uporablja kot uravnoteženje fizičnega z emocionalnim zaznavanjem (Majumdar idr., 2002).

4.1.2 Biofeedback

Biofeedback je po Brownu (1977) opredeljen kot proces zdravljenja motenj preko mentalnih procesov z regulacijo in normalizacijo kompleksnih funkcij človeškega telesa. Oseba preko naprave pridobi informacije o delovanju telesa ter na podlagi teh s telesom laže upravlja in ga regulira. S spremljanjem telesnih funkcij oseba lahko vidi spremembe, ki jih v telesu povzroči odziv na stresne dogodke, ter se jih nauči spreminjati in nadzorovati. Tako se z zavestnim spremljanjem in odzivanjem osebe med terapijo naučijo mehanizmov, ki njihovo telo povrnejo v homeostazo. S tem jim je spet omogočeno optimalno delovanje (Brown, 1977).

Metoda biofeedback predstavlja biološko povratno informacijo. Pri terapiji se s pomočjo naprav spremlja fiziološka aktivnost telesa. Elektrode zaznavajo telesne funkcije, kot so potenje, srčni utrip, srčni tlak, mišična napetost in možgansko valovanje. Te funkcije so neposredno povezane z avtonomnim živčnim sistemom, ki ni pod posameznikovim zavestnim nadzorom in je odvisen od čustvene napetosti, kroničnega ali akutnega stresa in drugih nezavednih procesov, ki se jih posameznik s pomočjo metode biofeedback začne zavedati in jih nadzorovati. Pacient je pri obravnavi hkrati tudi tisti, ki zdravi, saj mu terapevt in naprave dajejo samo možnost razumevanja sebe in svojega telesa (Brown, 1977).

Kot pravi Brown (1977), je metoda biofeedback primer integracije senzoričnega zaznavanja s procesiranjem in z odzivanjem telesa. Kot preventiva pred psihosomatskimi motnjami je učinkovit, saj preprečuje negativne učinke kroničnega stresa.

Biofeedback je tako psihološka kot medicinska metoda zdravljenja in preprečevanja motenj. Stres, socialni pritiski in emocionalne napetosti povzročajo stresne reakcije organizma, z metodo biofeedback pa jih je mogoče sproti zmanjševati ter zdraviti. Pozitivni učinki terapije segajo od zdravljenja čustvenih do zdravljenja fizioloških motenj. Zdraviti se da večina psihosomatskih motenj, še posebno učinkovit je pri kardiovaskularnih motnjah, gastrointestinalnih problemih in glavobolih (Brown, 1977).

5 PSIHOTERAPIJA PSIHOSOMATSKIH MOTENJ

Prochaska in Norcross (2003) sta definirala psihoterapijo kot »namerno uporabo kliničnih metod in medosebnih značilnosti, ki temeljijo na psiholoških principih z namenom spreminjati klientovo vedenje, mišljenje, čustva in/ali druge osebne značilnosti v smeri, ki jih klient želi« (Žvelc, 2011, str. 1).

Rakovec-Felserjeva (2002) je v svoji knjigi poudarila, da psihosomatski pristop v psihoterapiji ne pomeni samo drugačnega etiološkega modela nastanka bolezni, torej razlage motnje, ki vključuje različne dejavnike nastanka, temveč obravnava poteka na celostnem nivoju vključno z zdravljenjem oziroma terapevtsko obravnavo. Pri tem celostna terapija sloni na treh nivojih:

- timsko delo v vseh procesih zdravljenja,
- bolnik je v zdravljenje aktivno vključen,
- večji poudarek je na odnosu zdravnik – bolnik.

Porcelli in drugi (2003) navajajo, da se ob psihosomatskih motnjah po navadi vključuje multikomponentno terapevtsko klinično zdravljenje, kar pomeni zdravljenje, ki vključuje specialiste z različnih področij in poteka tako na nivoju psihološkega kot somatskega zdravljenja.

5.1 Psihoanalitična terapija

Psihoanalitična terapija se ukvarja z raziskovanjem v globino posameznikove duševnosti. V nadaljevanju sta predstavljena dva psihoanalitična pogleda na psihoterapevtsko zdravljenje psihosomatskih motenj.

5.1.1 Alexandrov pogled

V globinskih oblikah psihoterapije je cilj psihoterapevtske obravnave odstraniti obrambne mehanizme do te mere, da se oseba zave prvotne konfliktna situacije, iz katere izvirajo nekonstruktivni vzorci. Ta proces je dolgotrajen in poteka postopoma, saj lahko psihoterapevtska obravnava sproži nastanek somatskih simptomov, zato je pomembno sodelovanje psihologa z osebnim zdravnikom. V procesu mora biti psiholog pozoren, koliko lahko obremeni bolnikov ego z odkrivanjem regresiranih impulzov, da oseba lahko to psihično in fizično še prenese (Alexander, 1950).

Alexander (1950) navaja, da telesna bolezen za bolnika ni samo njegov zasilni izhod, temveč je celo ključnega pomena v njegovem življenju, saj mu da možnost regresije na ravni otroka, zato se ob zdravljenju pojavljajo zanj novi problemi. S tem ko se ob konfliktih ne zateka več v telesno bolezen, se mu poveča odgovornost in prepreči izgovor za regresijo. Tedaj oseba išče način za zapolnitev čustvene praznine, ki se je ob ozdravitvi simptoma pojavila. Glavni problem, ki se ga je po Alexandru (1950) ob terapevtskem zdravljenju treba zavedati, je, da se bolnik zavestno želi pozdraviti, njegovo nevrotično nezavedno pa telesne simptome želi in potrebuje, saj so na ta način njegove potrebe bolje zadovoljene.

Med psihoterapevtsko obravnavo psihosomatskega bolnika Alexander (1950) opozarja na pomembnost kronološkega zaporedja razvoja somatskih simptomov. Kaj se je torej pojavilo prvo in kaj je nastalo kot posledica tega. Skupaj s somatskimi simptomi je treba najti vzporednice z dogodki iz okolice in z bolnikovim čustvenim stanjem ter na podlagi tega razrešiti pacientov konflikt na kognitivni ravni (Alexander, 1950).

5.1.2 Jungov pogled

Po Jungu (1994) je ločevanje med telesom in duševnostjo umetna delitev, ki si jo je človek ustvaril zaradi lažjega razumevanja. Jung človeka vidi kot celoto, s telesnimi in duševnimi lastnostmi, ki so tako povezane, da lahko na podlagi telesnih potez sklepamo o duševnih in obratno.

Cilj terapije je po Jungu (1966) prispeti čim globlje do središča osebnosti in ugotoviti primarne konflikte, zaradi katerih se pojavljajo somatske motnje. Isti avtor meni, da vsak človek nosi navidezno masko ali persono, torej naj bi se obnašal na način, ki ni pristen in sproščen. Ko se persona med terapijo začne razkrajati, se lahko soočimo s predelom osebnosti, ki je ostal v senci. V senci so naše izpodrinjene vsebine, intuicija in značajske poteze. Vsaka lastnost, ki jo kažemo zunanjemu svetu, ima v senci svojo nasprotujočo si lastnost. Če torej človek navzven deluje urejeno, ubogljivo in resno, ima nekje v svoji senci tudi nasprotujoče si lastnosti, na primer neubogljivost, raztresenost in tako dalje. Patologije naj bi se pojavile, kadar se človek dalj časa istoveti z nekaterimi značajskimi lastnostmi in prezira svojo senco, torej nasprotujoče si lastnosti (Jung, 1966).

Zaradi potlačitve in zapostavljanja senčnega nivoja svoje osebnosti se energija iz notranjih impulzov začne kopičiti, saj ne more priti na dan, kar lahko privede do nepravilnega delovanja nekega organa. Pojavi se lahko tudi nepravilno delovanje v več organih hkrati, kar lahko pomeni neravnovesje na enem ali več duševnih nivojih (Jung, 1966).

Zaghet izpostavi primer bolnika, ki se mu hkrati pojavijo simptomi glavobol, vrtoglavica, visok krvni tlak, nespečnost in spolne težave, kar naj bi bili simboli za tri delovanja v duševnosti: prevladovanje razuma in nadzora, visoka stopnja notranje napetosti in zavrt čustveni svet (Zaghet, 2004).

Telo nam torej pošilja povratne informacije o našem delovanju, od nas pa je odvisno, kako bomo to sprejeli in razumeli. S poznavanjem psihosomatike in samega sebe lahko preko teh simbolov izboljšujemo stanje tako na telesni kot duševni ravni. To poznavanje nam daje možnost neprestanega preverjanja, komuniciranja s svojo duševnostjo in telesom. Tako lahko ostanemo v ravnovesju, v katerem je omogočeno optimalno delovanje in izboljšana kakovost življenja.

5.2 Kognitivno-vedenjska terapija

»Vedenjsko-kognitivni pristop temelji na predpostavki, da je razvoj različnih motenj povezan s kompleksno interakcijo med čustvi, vedenjem, vplivom okolja in izkušenj ter kognitivnimi dogodki, procesi, kognitivnimi produkti in strukturami« (Rotvejn-Pajič, 2001, str. 82).

Pri tem pristopu so ključnega pomena kognitivni procesi. Cilj pristopa je modifikacija določenega vedenja, ki jo dosežemo s spremembo v kognitivnih procesih in z različnimi vedenjskimi postopki (Rotvejn-Pajič, 2001).

Cilj psihoterapevtske intervencije v somatiki je kognitivno prestrukturiranje, ki ga z drugo besedo imenujemo zamenjava miselnih vzorcev z novimi. Dekonstruktivni vzorci, ki osebo privedejo k somatizaciji in sprostitvi napetosti v telesnih motnjah, se s pomočjo kognitivnega treninga zamenjajo za funkcionalnejše. Oseba se nauči reševanja problemov preko psihološke obravnave in iskanja rešitev na zavednem nivoju (Rakovec-Felser, 2002).

S pomočjo kognitivno-vedenjske terapije se po Allenu, Woolfolku, Gariju in Hamerju (2006) lahko zmanjšajo negativni učinki stresa, regulirata aktivnost in čustveno zavedanje, rekonstruirata kognitivno procesiranje in interpersonalna komunikacija. Po Allenu in drugih (2006) je kognitivno-vedenjska terapija najprimernejša oblika zdravljenja psihosomatskih motenj, saj nefunkcionalne vedenjske in mišljenjske vzorce, ki ob stresnih ali travmatičnih dogodkih nezavedno povzročijo somatsko disfunkcijo, rekonstruira v bolj funkcionalne vzorce.

6 SKLEP

V zaključni nalogi so predstavljene psihosomatske motnje, njihovi simptomi in razlage, zakaj do motenj pride. Ker je psihosomatika veja psihologije, ki se ukvarja izključno s psihosomatskimi motnjami, so predstavljeni različni pristopi in pogledi psihosomatike in njene opredelitve. Namen naloge je bil predstaviti načine preventive in zdravljenja, s katerimi bi pojavnost motenj zmanjšali. Da bi bilo to mogoče, pa je treba razumeti, zakaj do motenj sploh pride. Teorij nastanka je več. Avtorji si etiologijo motenj razlagajo na različne načine. Vsem pa je skupna ugotovitev, da psihosomatske znake sproži stres, ki ima negativne posledice na posameznikov avtonomni živčni sistem ter na organe in organske sisteme, ki jih ta sistem upravlja. Ti sistemi so po Alexandru (1950) kardiovaskularni sistem, gastrointestinalni trakt, urogenitalni trakt, respiratorni sistem, koža, mišice in drugi.

Stres, stresni in travmatski dogodki pa ne vplivajo na vse ljudi enako, iz česar avtorji sklepajo, da igra pomembno vlogo pri nastanku psihosomatskih motenj tudi posameznikova osebnostna struktura, mišljenjski in vedenjski vzorci ter dogodki iz zgodnjega otroštva, ki vplivajo na izoblikovanje osebnosti in procesiranje informacij. Psihoanalitični avtorji razlikujejo med pravimi psihosomatskimi motnjami, katerih nastanek pojasnjujejo preko teorije somatizacije, in konverzijami. Konverzijska reakcija je pretvorba duševnih konfliktov v telesne motnje, kjer imajo somatski simptomi simboličen pomen, psihični konflikti pa nastanejo zaradi pretiranega potlačevanja in zatiranja notranjih impulzov. Teorija somatizacije temelji na izražanju čustvenih in psihosocialnih potreb s telesnimi simptomi. Osebe naj bi v stresnih situacijah reagirale na enak način kot v obdobju zgodnjega otroštva – preko razbremenitve na nivoju vegetativnega živčnega sistema.

Psihosomatske motnje naj bi bile povezane tudi z aleksitimijo, nezmožnostjo zavedanja in opisovanja svojih in tujih čustev. Pri osebah s to motnjo ob stresnih dogodkih pride do somatizacije kot rezultata nekonstruktivnega reagiranja na lastna čustva.

Preventiva psihosomatskih motenj je lahko del vsakodnevnega življenja. Z zdravim življenjem, s športnimi aktivnostmi in tehnikami sproščanja, kot so čuječnost, avtogeni trening, joga in druge, lahko sprotno obvladujemo in zmanjšujemo stres. Pri tem pa je pomembna tudi sposobnost regulacije telesa in čustev, ki se je priučimo že v zgodnjem otroštvu preko vezi, ki jih ustvarimo s starši, kasneje pa se jih je mogoče tudi na novo naučiti preko spoznavanja samega sebe in razumevanja svojih notranjih impulzov.

Za učenje uglašnosti med notranjim doživljanjem in kognitivnostjo so razvili metodo biofeedback, s katero je mogoče spremljati aktivnost svojega avtonomnega živčnega sistema, ki ga upravljamo nezavedno. Tehnika je ena redkih, ki na neposreden način omogoča vpogled osebe v lastno telesno doživljanje ter najbolj konkretno predstavlja povezavo človekovega duševnega in telesnega dela.

Glede na druge tehnike zdravljenja metoda biofeedback aktivno vključuje klienta v proces preventive ali zdravljenja, kar omogoča, da se posameznik zavestno in namerno spreminja in napreduje. To pa prinaša dolgoročne pozitivne posledice, zato predstavlja dobro dopolnitev simptomatskega in medikamentoznega zdravljenja, pri katerem je pacient v procesu zdravljenja pasivnejši. Z razvojem in večjo uporabnostjo tehnik, kot sta čuječnost in biofeedback v zdravstvu, bi lahko preprečili nastanek motenj, saj so ljudje, ki uporabljajo te tehnike, v boljšem stiku sami s seboj, lažje in hitreje uravnavajo svoja čustva in nezavedne impulze ter jih kognitivno predelujejo. Ob konstruktivnem predelovanju in reševanju problemov, ki so mogoči kot posledica poznavanja samega sebe, so konflikti v duševnosti razrešeni hitreje in učinkoviteje ter do kasnejših zapletov in somatskih simptomov ne pride.

V nasprotju s simptomatskim zdravljenjem, ki vključuje zdravljenje posameznih simptomov, pri tem pa ne upošteva celostne ravni človeka, je biopsihosocialni model širši pogled na zdravje in zdravljenje, saj upošteva tako biološke kot psihološke in socialne komponente posameznikovega življenja. S pomočjo celostnega zdravljenja je mogoče ugotoviti razloge za nastanek motenj in jih preprečiti na samem začetku ter s tem ne samo preprečiti bolezni, temveč tudi izboljšati kakovost življenja.

Pri psihoanalitičnem pristopu se vsak somatski simptom razume kot simbol, preko katerega telo sporoča duševno stisko, in skuša simbolom pripisati pomen, medtem ko pri kognitivno-vedenjskem pogledu simptomov ne razumemo kot simbolov, temveč kot posledico preko pogojevanja naučenih vzorcev vedenja in mišljenja, ki jih je s terapijo mogoče rekonstruirati.

Z uveljavljanjem celostnega pristopa, povezanosti duševnosti in telesa, ozaveščanjem o pomembnosti razumevanja svojega telesa in usklajenosti s svojimi notranjimi impulzi bi lahko preprečili nastanek velikega števila bolezni, od katerih jih veliko še nima pojasnjenih vzrokov.

Potrebne bi bile nadaljnje raziskave na celostnem nivoju človeka, kako lahko notranje doživljanje in psihološki konflikti vplivajo na zdravje in kakšne bi bile najprimernejše metode zdravljenja. Če bi boljše razumeli soodvisnost telesa in duševnosti, bi lahko preprečili in zdravili vedno več tako duševnih kot telesnih motenj.

7 VIRI IN LITERATURA

Adamović, V. (1983). *Emocije i telesne bolesi*. Beograd: Nolit.

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its Principles and Applications*. New York: W. W. Norton & Company Inc.

Allen L. L., Woolfolk R. L., Escobar, J. I., Gara, M. A. in Hamer, R. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder. *Arch Intern Med*, 166, 1512–1518.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.

Breuer, J. in Freud, S. (2002). *Študije o histeriji*. Ljubljana: Delta.

Brown, B. B. (1977). *Stress and the art of biofeedback*. New York: Harper & Row.

Černetič, M. (2005). Biti tukaj in zdaj: Čuječnost, njena uporabnost in mehanizmi delovanja. *Psihološka obzorja*, 14 (2), 73–92.

Černetič, M. (2011). Kjer je bil id, tam naj bo... čuječnost – Nepresojajoče zavedanje in psihoterapija. *Kairos*, 5 (3-4), 23-34.

Freedman, A. M. in Kaplan, H. I. (1967). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Gerson, M. J. (2002). Psychosomatics and psychoanalytic theory; The psychology of ulcerative colitis and Chron's disease. *Psychoanalytic psychology*, 19 (2), 380–388.

Goleman, D. (2006). *Čustvena inteligenca; zakaj je lahko pomembnejša od IQ*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. in Walach, H. (2004). Mindfulness – based stress reduction and health benefits; A meta analysis. *Journal of Psychosomatic research*, 57, 35–43.

Hauch, G. (2008). »Zdravnik je rekel, da je psihosomatsko...«. Ljubljana: Temza.

Herbert, T. B. in Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic medicine*, 55 (4), 364–379.

IVZ. (1995). *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: deseta revizija*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jonas, B. S., Franks, P. in Ingram, D. D. (1997). Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension?; Longitudinal evidence from the national health and nutrition examination survey I Epidemiologic follow-up study. *Arch Fam Med*, 6, 43–49.

Jung, C. (1966). *Two essays on analytical psychology*. New York: Bollingen Foundation.

Jung, C. (1994). *Sodobni človek išče dušo*. Ljubljana: J. Pergar.

Kandel, E. R. (1999). Biology and future of psychoanalysis – a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J. Psychiatry*, 156; 505–524.

Karpljuk, M. (1997). *Psihološke značilnosti študentk z bolečinami pri menstruaciji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Klein, E. (1999). *Medicinska psihologija*. Zagreb: Golden marketing.

Kožar, A. (1995). *Premagajmo stres in druge bolezni z vajami avtogenega treninga*. Ljubljana: Lunik.

Lindemann, H. (1982a). *Avtogeni trening: sprostitev v stiski*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Lindemann, H. (1982b). *Premagani stres: Človek in vsakdanji pritiski*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Lipowski, Z. J. (1984). What does the word »Psychosomatic« really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46 (2), 153-171.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145 (11), 1358–1368.

Ludwig, D. S. in Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300 (11), 1350–1352.

Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medial settings: implications for understanding and treating health problems. *National institute of health*, 89 (3), 230–246.

Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. in Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8 (6), 719–730.

Mauss, I. B. in Gross, J. J. (2004). Emotional suppression and cardiovascular disease: Is hiding feelings bad for your heart?. V I. Nykliček, L. Temoshok in A. Vingerhoets (ur.), *Emotional expression and health*. (str. 61–80). New York: Brunner-Routledge.

Mikolajczak, M., Luminet, O. in Menil, C. (2006). Predicting resistance to stress: Incremental validity of trait emotional intelligence over alexithymia and optimism. *Psicothema*, 18, 79–88.

Miller, J. J., Fletcher, K. in Kabat-Zinn, J. (1995). Three year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*, 17, 192–200.

Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, G. in Todarello, O. (2003) Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65, 911–918.

Prochaska, L. O. in Norcross, J. C. (2003). *Systems of Psychotherapy. A theoretical Analysis*. Thomson. Brooks/Cole.

Rakovec-Felser, Z. (1997). *Medicinska psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.

Rakovec-Felser, Z. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.

Rotvejn-Pajič, L. (2001). Kombiniranje tehnik v vedenjski in kognitivni terapiji. *Psihološka obzorja*, 10 (1), 81–90.

Selić, P. (1994). Psihološki dejavniki pri psihosomatskih težavah. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Sheridan, C. L. in Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley & Sons.

Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization, *Psychother. Psychosom.* 37, 193–201.

Sifneos, P. (1973). The presence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* 22, 255–262.

Starc, R. (2008). *Bolezni zaradi stresa. 1, Od utrujenosti, pešanja spomina, razpoloženskih motenj, glavobola, nespečnosti, razjede dvanajsternika in astme do rakavih obolenj*. Ljubljana: Sirius.

Šikanić, N. (2012). Somatizacija in teorije somatizacije. V L. Erić (ur.), *Psihodinamična psihiatrija V; Somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje*, str. 19–42. Ljubljana: Hermes IPAL.

Tomori, M. (1990). *Psihologija telesa*. Ljubljana: DZS.

Tomori, M. (2001). Etiološke teorije psihosomatskih bolezni. V *Na stičiščih psihiatrije in interne medicine: Begunje, 26. in 27. oktober 2001* (str. 10-23). Begunje: Psihiatrična bolnišnica.

Wagner, H. (2003) *Močni živci: konec s stresom in izčrpanostjo: kako z zdravilnimi rastlinami, zdravo prehrano in blagimi terapijami krepimo prenapete živce*. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the Parent-Infant Relationship. *The international journal of psychoanalysis*, 41, 585–595.

World Health Organization (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Pridobljeno: 20. 8. 2014 s <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>.

Zaghet, A. (2004). *Bolezni in motnje zrcalo naše duše: pogled v psihosomatiko in grafologijo*. Trst: Mladika.

Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. (2011). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA.