

# Žena ako otrokyňa gynekologických psychosomatických ťažkostí

M. Orolová

I. gynekologicko-pôrodná klinika FNŠP, Trieda SNP 1, 040 01 Košice, Slovensko

## Súhrn

V každom období života ženy sa prelína jednota somatického a psychického i na poli gynekologickom a sexuálnom. V jednotlivých vývinových a reprodukčných obdobiach ženy môžu mať vplyv na vznik a rozvoj gynekologických ťažkostí rôzne intrapsychické aj interpsychické udalosti. S celým

spektrom týchto ťažkostí sa dennodenne stretávajú i pracovníci ženských, psychiatrických, interných a iných oddelení. Často sa gynekologické a sexuálne psychosomatické ťažkosti u pacientok nerozpoznajú, zamieňajú, zanedbajú, podceňujú, vytesňujú až ignorujú. Pretože nechceme nechať ženu otrokyňou liečiteľných a riešiteľných gynekologických psychosomatických ťažkostí, poskytujeme ich súhrnný pre-

## **hľad a možnosti, ktoré ich vyvolávajú, a formu liečby.**

**Kľúčové slová:** psychosomatická porucha, gynekológia, pôrodnictvo, psychosomatická sexuálna porucha

Mnohým poruchám v genitálnej oblasti porozumieme až vtedy, keď prepojíme udalosti v rovine psychologickú s udalosťami v rovine somatickej a dostaneme tak jedinečný príbeh, ktorý sa nám objasní. Ukáže sa nám pozadie gynekologických ťažkostí, porúch a bolestí v súvislosti s afektívnym vývojom a emocionálnym stavom ženy. Do tohto stavu prístupuje i vzťah ženy k vlastnému telu či boj s ním, ktorý je poznamenaný i dlhou tradíciou a historickým vývojom.

Luban-Ploza a Poldinger (1980) z histórie opisujú, že už Simon de Beauvoir vo svojej práci uvádza niekoľko prípadov žien v Egypte, kde ich počas všetkých dní veľmi uctievali, no počas menštruácie až do jej skončenia ich na niekoľko dní zatvárali. Aj rímsky spisovateľ Plinius tvrdil vo svojom prírodopise, že „mesiačikmi“ postihnutá žena kazí žatvu, pustoší záhrady, ničí sadbu, plody jej vplyvom opadávajú a zároveň svojou prítomnosťou usmrcuje včely. Keď sa táto žena dotkne vína, víno sa zmení na ocot. Ak sa dotkne mlieka, mlieko sa skazí a zrazí. Dokonca roku 1878 uverejnil člen anglickej lekárskej spoločnosti v *British Medical Journal* článok, v ktorom sa uvádza skutočnosť, že mäso sa skazí, keď sa ho dotknú ženy, ktoré majú menštruáciu. Zároveň opisuje, že osobne pozná dva prípady, kde sa za týchto okolností skazila šunka. Tieto názory pretrvávali naďalej i začiatkom tohto storočia, keď v severofrancúzskej rafinérii zakazovali počas menštruácie vstupovať ženám do tovární.

Nielen toto historické pozadie, ale i rozvoj vied o človeku, myslenia a teórií, ktoré boli na škodu zvlášť rozpracované pre telo a zvlášť pre dušu, mali vplyv na chápanie gynekologických a sexuálnych ťažkostí nielen u žien, ale i celej laickej i odbornej verejnosti. V každom období života ženy sa prelína jednota somatického a psychického aj na poli gynekologickom a sexuálnom. Už dievča v útlom predškolskom, mladšom i staršom školskom veku nahromadením stresu, ťažkostí a tráum v jej živote môže reagovať psychosomatickým ochorením. Tieto udalosti v jednotlivých vývinových obdobiach ženy môžu mať vplyv na vznik a rozvoj gynekologických a sexuálnych ťažkostí.

V období detstva sa môžu vyskytnúť bolesti v podbrušku, bolesti vaječníkov, bolesti v okolí pohlavných orgánov, svrbenie i výtoky. Ak v útlom veku dieťaťa je potrebné gynekologické vyšetrenie, najčastejšie sa uskutočňuje cez rektum, a ak dievča nie je dôkladne vopred citlivým spôsobom pripravené na toto vyšetrenie, môže to u nej zanechať značné psychické následky. Prvé gynekologické vyšetrenie môže pri nesprávnom prístupe detského gynekológa spôsobiť sekundárnu traumatizáciu a následný rozvoj psychosomatických ťažkostí, v budúcnosti ťažkosti v sexuálnom živote, a to na psychickom podklade. Dotykové sexuálne zneužívanie alebo znásilnenie prinášajú nielen v tomto období, ale i neskôr úzkosť, strach, napätie a časté následné gynekologické a sexuálne psychosomatické ťažkosti v budúcnosti.

K obdobiu dospievania nevyhnutne patrí i predpubertálne a pubertálne obdobie s nástupom sekundárnych pohlavných znakov – ochlpenie, rast prs, zmena vonkajších pohlavných orgánov. Nesprávnym prístupom sociálneho okolia, vysmievaním sa, poukazovaním, sledovaním môže toto obdobie priniesť mnoho psychosomatických porúch.

Sotva je nejaká iná oblasť vhodnejšia na psychosomatickú a psychogénnu tvorbu ako ženská menštruácia. Na čas nástupu úplne prvej menštruácie u dievčaťa a na menštruálny cyklus má vplyv:

- strach z prvej menštruácie, obava z neznámeho, z čoho vyplýva stres;
- nesprávne výchovné pôsobenie v rodine, kde sa o menštruácii nerozpráva, alebo sa o nej rozpráva ako o huse, špine ako o niečom nečistom;
- somatické a psychické ochorenia – depresia, mentálna anorexia a iné;
- bolestivý nástup i trvanie menštruácie najmä v prvých začiatkoch menštruálneho cyklu no niekedy i v dospelosti.

Na rozvoj gynekologických a sexuálnych psychosomatických ťažkostí v období dospievania má i masturbácia s obavami z odhalenia, niekedy s pocitmi viny, hanby, hriechu. Ak sú prvé sexuálne skúsenosti negatívne, násilné, nechcené a bolestivé, majú následne vplyv na možný rozvoj psychických ťažkostí v budúcom sexuálnom živote, napríklad vaginizmus, anorgazmia, frigidita. V období dospievania nastupuje i adaptácia na antikoncepciu, ku ktorej prístupuje i vedomie zodpovednosti, skrývanie pred matkou, rodinou a z toho prameniace napätie, stres, pocity viny, do ktorých prístupuje i náboženské presvedčenie. Súčasne i rozhodnutie v aduľciu liečiť sa z pohlavnej choroby, otehotnieť, žiadať o umelé prerušenie tehotnosti, vyrovnať sa s umelým prerušením tehotnosti, donosiť dieťa v nedospelosti, dať dieťa po pôrode na adopciu, ponechať si dieťa a vychovávať ho ako mladistvá matka prináša tiež gynekologické psychosomatické ťažkosti, ktorým sa budeme venovať.

V období dospelosti môžeme psychosomatické poruchy v genitálnej oblasti prehľadne rozdeliť na oblasť gynekológie a na oblasť pôrodnictva.

## **Psychosomatické poruchy v gynekológii**

### **Poruchy menštruálneho cyklu**

*Premenštruálny syndróm* – charakteristický bolesťami hlavy, prs, napätím v podbrušku, únavou, depresívnym ladením, zvýšenou emocionálnou vzrušivosťou a úzkosťou, pocitmi menejcennosti. Tieto symptómy narušujú normálny život ženy. Vyjadrujú nespokojnosť s osudom ženy, menštruácia sa vníma negatívne ako časť tzv. ženského protestu postavenia a existencii žien oproti mužom. Tento syndróm vzniká ako reakcia na nevyhovujúce manželstvo, ako reakcia na náročnosť zlučiť profesionálny a rodinný život, prípadne ako odozva na ťažkosti s otehotnením (Ponešický,

2002). Príčina je komplexná – sú to faktory somatické, hormonálne i psychosociálne, ktoré senzibilizujú ženu voči pôsobeniu hormonálnych zmien. Podľa Bašteckého a spol. (1993) je liečba možná podpornou psychoterapiou, šetrnou diétou, placebom, blokátormi syntézy prostaglandínov, symptomatickou liečba (progesterón).

*Dysmenorea* – bolestivá menštruácia bez organickej príčiny. Príčina je psychologická a psychosociálna. Vyvolávajúcim momentom môže byť školská, partnerská, či rodinná záťaž. Pri bolestivej menštruácii sa vyskytuje zvýšená tvorba prostaglandínov v endometriu a následne zvýšená kontraktilita maternice (Baštecký a spol., 1993). Začína sa často v puberte, kde sú mladé dievčatá pod afektívnou záťažou. Vyskytuje sa u žien, ktoré sa hanbia odhaliť vlastné telo pred svojím mužom, majú úzkosť zo sexuálneho styku, otehotnenia, a u žien, ktoré majú sexuálny styk len raz za mesiac, či menej a toto tajomstvo „musia“ úzkostne skrývať. Dysmenorea je výrazom ambivalencie k ženskej úlohe a z toho pramení úzkosť. Vyskytuje sa u žien neurotických, málo adaptívnych, frigidných, často preukazujú orálne dysfunkcie (anorexia, bulímia, abúzus alkoholu). Môže ísť o aktívne a panovačné ženy, ktoré sa priebehom menštruácie cítia byť ponížené (Luban-Ploz a Poldinger 1980). Liečba je vhodná blokádou ovulácie perorálnymi kontraktívami, inhibítormi syntézy prostaglandínov, psychoterapia, relaxácia, „biofeedback“ (Baštecký a spol., 1993).

*Amenorea* – vynechanie menštruácie pri normálnej funkcii maternice, vaječníkov, hypofýzy. Vyskytuje sa pri schizofrénii, mániodepresívnej psychóze, anorexii, závislostiach, po elektrošoku (vzostupom hladiny prolaktínu), pri užívaní neuroleptík aj pri pseudocytíze (nepravnej tehotnosti). Niektoré ženy si sugestívne môžu posúvať cyklus podľa priania. Príčinou môže byť regresia hypotalamo-hypofýzo-ováriálnych vzťahov na predpubertálnu úroveň, fyzický a psychický stres akéhokoľvek pôvodu (časté u športovkyň, počas vojny, pri liečbe na jednotke intenzívnej starostlivosti, po emočnej traume, po afektívnej udalosti) (Koryntová, 2002). Amenoreu možno vyvolať hypnózou (Baštecký a spol., 1993). Liečba je najvhodnejšia hormonálna, psychoterapia má podporný význam.

*Metrorágia* – psychogénne krvácanie, ktoré je väčšinou spojené s náhlou psychogénnou záťažou, silným emočným vzrušením, traumou, ako znásilnenie, úmrtie v rodine. Vysokú stratu krvi pacientka hodnotí subjektívne, preto je potrebné dávať pozor na údaje, prípadne ich skreslenosť od pacientky. Baštecký a spol. (1993) uvádzajú, že niekedy sa objavuje pravidelné krvácanie po intímnom styku, ktoré vyjadruje akoby znásilnenie, podľahnutie prianiu muža, napriek vlastnej nechuti k sexuálnemu styku.

*Sterilita* – ide o tzv. nevysvetliteľná sterilita, keď sa nepodarilo nájsť príčinu a nie je ani zjavný psychogénny pôvod. Podľa Luban-Ploza a Poldingera (1980) vzhľadom na sterilitu môže mať úlohu aj to, že niektoré ženy sa počas fertílnej periódy inštinktívne vyhýbajú sexuálnemu styku. Latentný úzkostný stav môže viesť ku kontrakcii krčka maternice a vajčkovodov, a tým môže zabrániť prenikaniu spermii (Brkovich a Fischer, 1998). Sterilita je zdrojom stresu, ktorý pod-

porujú i neustále vyšetrenia a „nedočaká“ od tejto témy neodkloniteľná komunikácia rodiny. Psychologické následky sterility sú pocity depresie, hnevu a viny. Depresia je reakcia na stratu a stres. Strata je podivnej povahy, nie je nič hmatateľné, čo by sa stratilo, chýbajú rituály vyrovnávania sa s takouto stratou – sterilný pár stráca zdravie, prestíž, sebaúctu (Koryntová, 2002). Psychologické následky sterility sú dôležitejšie ako prípadné psychogénne príčiny neplodnosti.

### Panvové bolesti

*Pelipatia* – bolesť v panve, podbrušku. Môže byť akútna pelipatia ako protest proti životnej situácii ženy a chronická pelipatia vyjadrujúca sexuálne ťažkosti, úzkosť z otehotnenia, alebo naopak nesplnené pranie mať dieťa. Pri pelipatiách sa prejavuje celkový depresívny syndróm. Príčinou pelipatií je nevedomý konflikt – obyčajne vo vzťahu k matke, sexu a úlohe matky. V podbrušku je lokalizovaná ženská sexualita i to, čo s ňou súvisí, napríklad ťažkosti v partnerstve, rozchod, či rozvod (Baštecký a spol., 1993).

*Pruritus vulvae* – psychogénne silné svrbenie vonkajších rodidiel a pošvy môže byť vyvolané nešpecifickým stresom, neuspokojením sexuálnych prianí, nevedomým ospravedlnením masturbácie.

*Vulvovaginitída* – zápal pošvy a vonkajších rodidiel môže vzniknúť na základe nevedomého sa vyhýbania sexuálnemu styku.

*Vulvodýnia* – psychogénna bolesť vonkajších rodidiel s psychogénnym fluórom. Aj tu je potrebné dávať pozor na údaje od pacientky a subjektívne vnímanie možno normálneho množstva sekrétu ako chorobu (Bodden-Heidrich, 1999).

### Funkčné sexuálne poruchy

*Anorgazmia* – neprítomnosť orgazmu pri primeranej sexuálnej stimulácii a chuti na styk. Podľa Bašteckého a spol. (1993) môže anorgazmiu spôsobiť prudérna výchova, nevhodujúce podmienky na sexuálny život, traumatizujúci zážitok z detstva, úzkosť zo splynutia s partnerom a oddania sa mu zo strachu o stratu vlastnej identity.

*Frigidita* – chýbanie sexuálnej túžby a vzrušivosti, zníženie až strata sexuálnej apetencie. Prejavuje sa pri ťažkostiach vo vzťahu k vlastnej sexualite, vlastnému telu i k partnerovi, aj u žien, ktoré majú predsudky o intímnom styku. Môže slúžiť ako nástroj nadvlády nad mužom, ako prostriedok proti neistote a úzkosti zo sexu (Baštecký a spol., 1993).

*Dyspareunia* – bolesť pri sexuálnom styku. Môže ju spôsobovať neobratný, netrpezlivý až násilný partner, negatívne prežívanie erotického vzťahu, silná úzkosť až pocit hnsu zo sexuality. Podľa Ponešického (2002) psychogénnou príčinou dyspareunie bývajú často určité predsudky o tom, ako má sexuálny styk vyzeráť, predsudky o jeho častosti a vhodnosti, čo sa niekedy týka i žien v klimakteriu a po ňom. Ojedinele sa objavujú i bolesti, ktoré vznikajú až niekoľko hodín po súloží, tie sú výlučne psychogénnej povahy.

*Vaginismus* – kŕčovité zovretie pošvy, svalstva panvového dna, stehien až prehnutie sa v chrbte, pri ktorom je

nemožný pohlavný styk a gynekologické vyšetrenie. Žena je schopná dosiahnuť orgazmus napr. pri masturbácii. Príčinou môže byť nevhodná sexuálna výchova v rodine, negatívny zážitok z prvého sexuálneho styku, negatívne zážitky v detstve.

Poruchy sexuálneho fungovania prežívania sú preto také časté, pretože je táto oblasť križovatkou najrozmanitejších ľudských problémov a úzkostí (Ponešický, 2002). Terapeutické možnosti, ktoré možno použiť pri funkčných sexuálnych poruchách, sú vysvetlenie, edukácia, zákaz koitu na určité obdobie, nácvik, autogénny tréning, behaviorálna terapia, komunikačná terapia, psychoanalýza, deseinsanalýza, logoterapia (Luban-Ploza a Poldinger, 1980).

## Choroby rodidiel

*Uretrálny syndróm* – časté nutkanie na močenie, bolesti sú bez organického nálezu. Pozadie tohto syndrómu je stresová udalosť, manželské konflikty, konflikty vo vzťahu k matke.

*Inkontinencia* – drobné pomočovanie, často sa prejavuje v situáciách, kde nie je nablízku toaleta, je tu prítomná výrazná psychosomatická zložka. Často sa inkontinencia prejavuje u depresívnych, úzkostných, nepresadzujúcich sa žien, alebo naopak u agresívnych, dominantných žien (Bodden-Heidrich a spol., 1999).

*Gynekologické karcinómy* – najčastejší karcinóm krčka maternice je v tesnom vzťahu k pohlavne prenášanej infekcii ľudským papillomavirom, riziko je v striedaní partnerov. Vznik nádoru v niektorých kultúrach sa vníma aj ako trest za hypersexuálne aktivity (Baštecký a spol., 1993). Zúčastňuje sa tu aj bio-psycho-sociálna zložka.

*Posthysterektomický syndróm* – prejavujúci sa únavou, bolesťami hlavy, depesiou, dyspareuniou. Prejavuje sa stratou symbolu ženskosti, schopnosti plodenia a reprodukčného zmyslu života. Podľa Ryana a spol. (1996) sa hysterektómia častejšie robí u psychicky alterovaných žien.

*Klimakterický syndróm* – typické psychické zmeny v klimakteriu úzkosť, emočná labilita, depresia, podráždenosť a iné sú ovplyvnené psychickými reakciami na menopauzu sociálneho okolia, najmä manžela, psychickými reakciami na telesné zmeny, zmeny v rodine. Podľa Ponešického (2002) sa donedávna klimakterické ťažkosti považovali za prevažne hormonálne. Bol to však omyl, pretože v partnerstve s bohatým intímym životom prakticky k žiadnym klimakterickým ťažkostiam nedochádza.

## Psychosomatické poruchy v pôrodníctve

### Psychosomatické zmeny z užívania antikoncepcie

Prejavuje sa únavou, nauzeou, vracanie, bolesti hlavy, napätie prsníkov, potenie, zvyšovanie telesnej hmotnosti, strata libida, dyspareunia, depresia. Môžu sa prejavovať na základe pocitov viny z odmietania materstva, alebo z toho, že odmietajú otcovstvo partnerovi. Prípadná úzkosť v čase užívania antikoncepcie vyplýva z toho, že ochrana je škodlivá a môže mať neskôr vplyv na možnosť počatia a zdravie dieťaťa. Ak

sa vyskytuje nevedomé prianie mať dieťa, antikoncepcia znižuje sexuálny zážitok. Ak je primárna sexuálna porucha (vaginismus, frigidita), antikoncepcia berie možnosť žene vyhnúť sa sexuálnemu styku, keď ho nechce. Psychosomatické poruchy vyplývajúce z užívania antikoncepcie mávajú ženy s poruchami identity (Baštecký a spol., 1993).

*Sterilizácia* – psychologické komplikácie zvyčajne vznikajú pri nechcenej sterilizácii zo zdravotného dôvodu. Pri dobrovoľnej, chcenej sterilizácii je ojedinelý výskyt psychických ťažkostí, ako depresie, úzkosti, ľútosť.

*Interrupcie* – súčasne ženy znášajú interrupcie väčšinou dobre, no sú ženy, ktoré sa so stratou dieťaťa vyrovnávajú niekoľko týždňov, mesiacov aj rokov a tento stres pôsobí na rozvoj psychosomatických ochorení. Riziko rozvoja psychosomatického ochorenia po interrupcii sa zvyšuje, ak je v anamnéze psychiatrického ochorenia ambivalencia voči interrupcii, ak je prítomné náboženské presvedčenie, konfliktný vzťah s partnerom a žena má nezrelé interpersonálne vzťahy.

### Psychosomatické zmeny v tehotnosti

Už sama zodpovednosť za život a vývoj plodu spôsobuje žene stres. V tehotnosti sa prejavuje najmä:

*Hypermezia* – vracanie, chudnutie, orgánové zmeny v tehotnosti. Prejavuje sa u hysterických žien, nezrelých osobností, u žien so závislosťou od matky, u žien s ambivalentným postojom k tehotnosti (Baštecký a spol., 1993).

*Neskorá gestóza* – edémy, proteinúria, hypertenzia, ohrozený je život plodu i matky. Častejšia je u neurotičiek, zriedkavá pri psychózach (Čepický, 1999).

*Spontánne a habituálne potraty* – tieto ženy mávajú dlhotrvajúce partnerské nezhody a nižšiu kvalitu života. Spontánne potraty vznikajú i po akútnej psychickej traume. Psychologické faktory sú veľmi dôležité a sú i príčinou spontánnych potratov (Bergant a spol., 1997).

*Predčasný pôrod* – môže byť spôsobený chronickou úzkosťou v tehotnosti a závažnými životnými udalosťami (Baštecký a spol., 1993).

### Depresia v tehotnosti

*Pseudocytéza* – nepravá tehotnosť je pomerne zriedkavá porucha. Práve na ňom však možno demonštrovať úzky vzťah medzi duševným a telesným. Je to vedomé i nevedomé prianie otehotnieť, často spojené s úzkosťami pri intímnom styku a vedie k predstave tehotnosti. Toto presvedčenie má niekedy za následok i zväčšovanie brucha, prsných bradaviek, dokonca výron mlieka (Ponešický, 2002).

### Pôrod

Psychika ženy má vplyv na pôrodné bolesti. Správanie rodičky ovplyvní prežívanie pôrodu i jeho priebeh. Optimálna je psychopropylaktická príprava na pôrod.

## Šestonedelie

V tomto období vplyvom psychickej záťaže počas tehotnosti a pôrodu, zmenou identity môžu u matky nastávať ľahšie i ťažšie poruchy. Popôrodné blues – ako prechodná perióda ľahkej depresie prejavujúca sa plačom z banálnych, nejasných dôvodov, prítomný je smútok, znížená sebaúcta, iritabilita, pocity insuficiencie ako matky. Považujeme ju za adaptačnú reakciu matky, ktorá odznieva odchodom z nemocnice. Popôrodná depresia má prolongovaný a prehĺbený obraz. Popôrodná psychóza – je to prvý alebo opakovaný atak funkčnej psychózy.

V gynekológii a pôrodníctve je mnoho chorôb, ktoré sú často psychosomatické, ale zároveň i somatopsychické. Je možné sa pokúsiť odlíšiť medzi prioritnou príčinou a sekundárnym dôsledkom psychického vplyvu. S predstaveným spektrom gynekologických a sexuálnych ťažkostí sa stretávajú pracovníci ženských, psychiatrických, psychologických interných a iných oddelení. Mnohí lekári však túto psychosomatickú oblasť nerozpoznávajú, niekedy podceňujú, vytesňujú a ignorujú. Nerobíme si ilúzie, že psychosomatický spôsob myslenia nejakým spôsobom vnútime dnešnému zdravotníctvu, pretože sa domnievame, že skutočné psychosomatické myslenie nemôže byť dané každému. Vyžaduje si pomerne široký rozhľad vo vedách o človeku, schopnosť spájať myšlienky rôznych teoretických okruhov aj určitú odvahu otvoriť oči. Veríme, že i keď sme každý iný, spoločne nechceme nechať ženu byť otrokyňou psychosomatických gynekologických ťažkostí, najmä vtedy, keď jej môžeme pomôcť a spomínané ťažkosti sa dajú psychologicky, psychoterapeuticky i medicínsky liečiť.

## Literatúra

1. Baštecký J., Šavlík J., Šimek J.: Psychosomatická medicína. Praha, Grada 1993.

2. Bergan A.M., Reinstadler K., Moncayo H. E., Solder E., Heim K., Ulmer H., Hinterhuber H., Dapunt O.: Spontaneous abortion and psychosomatics. A prospective study on the impact of psychological factors as a cause for recurrent spontaneous abortion. Hum. Reprod., 12, 1997, č. 5, s. 1106–1110.

3. Boddien-Heidrich R. a spol.: Psychosomatic aspects of vulvodynia. Comparison with the chronic pelvic pain syndrome. J. Reprod. Med., 44, 1999, č. 5, s. 411–416.

4. Boddien-Heidrich R. a spol.: Psychosomatic aspects of urinary incontinence. Arch. Gynecol. Obstet., 262, 1999, č. 3–4, s. 151–158.

5. Brkovich A.M., Fischer W.A.: Psychological distress and infertility: forty years of research. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., 19, 1998, č. 4, s. 218–228.

6. Čepický P.: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Mod. Gynek. Porod., 8, 1999, č. 3, s. 163–249.

7. Koryntová D.: Psychosomatika sterility. Mod. Gynek. Porod., 11, 2002, č. 4, s. 635–638.

8. Luban-Ploza B., Poldinger W.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Erkenntnisse und Erfahrungen. Berlin, Springer 1980.

9. Ponešický J.: Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i Laiky. Praha, Triton 2002.

10. Ryan M.M., Dennerstein L., Pepperell R.: Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. Brit. J. Psychiat., 154, 1989, č. 4, s. 516–522.

Do redakcie došlo 4.10.2003.