

Znaczenie dotyku w medycynie – na przykładzie terapii manualnej tkanek miękkich. Cz. II. Dotyk jako czynnik terapeutyczny i kod kulturowy

Importance of touch in medicine – as an example of soft tissue manual therapy. Part II. Touch as a therapeutic agent and the cultural code

MAŁGORZATA CHOCHOWSKA^{1,2/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2/}

^{1/} Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

^{2/} Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dotyk, czyli połączenie klinicysty i terapeuty, powinno być takie, aby reakcja pacjenta na kontakt manualny ułatwiała leczenie. Rola dotyku jest tak ważna w terapii manualnej, że niektórzy badacze wysuwają teorię, że to właśnie on może odgrywać główną rolę terapeutyczną, a cała reszta jest efektem placebo. Zdaniem niektórych badaczy opisana moc lecznicza dotyku może się przejawiać szczególnie mocno „w społecznościach pozbawionych dotyku”. Warto na tę sytuację spojrzeć również z innej strony – otóż osoby wychowane w społeczeństwach unikających kontaktu nie mają sposobności, aby ćwiczyć ten zawity system znaczeniowy dotyku. Z tego powodu pojawia się skodyfikowany system dopuszczanego zakresu dotykania, mówiący o tym jaki dotyk jest niedopuszczalny, a jaki dopuszczalny – co ma ułatwić rozwiązywanie konfliktów na tym tle.

Świadomość tego jest bardzo ważne w zawodzie terapeuty manualnego, gdzie sam sposób pracy wymusza pozostawanie z pacjentem w dużej bliskości. Przekroczenie granic pacjenta jest winą terapeuty – powinien on lepiej zorientować się w sytuacji chorego, być bardziej delikatnym i podążającym za pacjentem. Najczęściej taki pacjent albo zrezygnuje wówczas z terapii, albo podczas leczenia zaczyna zamykać się na terapeutę. Widząc takie oznaki terapeuta manualny powinien albo gruntownie przepracować problem z pacjentem, albo polecić mu innego, zaufanego specjalistę.

Pomimo opisanej powyżej bliskości fizycznej, terapeuta powinien zachowywać oddalenie psychiczne lub mentalne. Jest to konieczne z punktu widzenia rozumianej szeroko higieny pracy i etyki zawodowej.

Nigdy nie należy podejmować działań, które w opinii terapeuty – nawet ukrytej – wiążą się ze wstydem czy zażenowaniem. Terapeuta nie powinien wstydzić się własnego ciała, powinien wielokrotnie odczuć na własnym ciele wykonywane przez siebie techniki, aby móc je dojrzałe przepracować i przemyśleć.

Słowa kluczowe: *terapia manualna, dotyk, etyka pracy*

Therapeutic touch should help the treatment by encouraging a positive reaction of a patient. The role of touch is so important in manual therapy that some researchers theorize it is the only real treatment, the rest of therapy being a placebo. The curing power of touch manifests itself strongly in the societies of no-touch culture. On the other hand persons growing up in such cultures have no opportunity to study and implement the complicated system of touch signals. Therefore the therapy has a codified system of allowed touch to avoid conflicts.

The awareness of this is really important in the profession of a manual therapist, where the job requires close contact with the patient. The overstepping of the boundaries is always the therapists' fault – they should be acquainted with the patient's situation, be delicate and intuitive. Most often the patient quits the therapy or becomes unresponsive. In such cases the therapist should explain the situation to the patient or recommend another specialist.

Despite the physical closeness the therapist should keep mental distance. It is necessary for occupational hygiene and professional ethics.

Never should the therapist introduce activities which could cause a feeling of shame or embarrassment. The therapist should experience on their own body the techniques they use so they can improve them.

Key words: *manual therapy, touch, professional ethics*

© Hygeia Public Health 2013, 48(3): 269-273

www.h-ph.pl

Nadesłano: 14.07.2013

Zakwalifikowano do druku: 03.08.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr Małgorzata Chochowska
Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Rokietnicka 5c, 60-806 Poznań
tel. 61 854-73-89, e-mail: chochoma@ump.edu.pl

Zmysł dotyku

Rozum jest – zdaniem Arystotelesa – łącznikiem pomiędzy duszą i ciałem. Natomiast pośrednikiem pomiędzy ciałem a otaczającym go światem jest ręka [1]. Za jej pomocą możliwe było poznawanie i podporządkowanie sobie przez człowieka otaczającego go świata. Wystarczy przytoczyć popularne związki frazeologiczne, aby uzmysłowić sobie jak ważną spełnia ona rolę: „złote ręce”, „jak bez ręki”, „jest (czyjaś) prawą ręką”, „mieć związane ręce”, „dać (komuś) wolną rękę” [2].

Pierwotnym zmysłem pozwalającym na zrozumienie otaczających wydarzeń jest dotyk, a najznamienitszym jego odbiorcą jest ręka. Poprzez dotyk dłoni dziecko poznaje twarz matki, odbiera bodźce ciepła i zimna, a prawidłowa funkcja kończyny górnej umożliwia mu początkowo zabawę, samoobsługę, później pisanie, wreszcie pracę zawodową [2]. Szczególnie dotyczy to osób, których funkcjonowanie w życiu zawodowym zależy od precyzji tego skomplikowanego „mechanizmu”. Do grupy tej należą także terapeuci manualni – czyli wąsko wyspecjalizowana grupa terapeutów, zajmujących się pracą z ciałem [3]. W Polsce terapeutami manualnymi są najczęściej osoby z przygotowaniem medycznym: fizjoterapeuci i lekarze, kończący podyplomowo specjalistyczne kursy i szkolenia z tego zakresu.

Dotyk jako czynnik terapeutyczny

Jak pisze Carol Manheim – bardzo znana amerykańska terapeutka manualna – dotyk, czyli połączenie klinicysty i terapeuty, powinno być takie, aby reakcja pacjenta na kontakt manualny ułatwiała leczenie [4]. Można domniemać, że oznacza to poczucie bezpieczeństwa, relaksu. Czy jeszcze czegoś?

Można wyodrębnić bardzo wiele kategorii, którymi może zostać opisany dotyk – zarówno wiążących się z miłymi wspomnieniami, jak i odczuciami negatywnymi. Dla przykładu dotyk może być: przyjemny/bezstronny, troskliwy/zagrażający, opiekuńczy/poniżający, ciepły emocjonalnie/zimny emocjonalnie, kochający/manipulujący, bezpieczny/inwazyjny [4]. Doświadczenia autorów tego artykułu pokazują, że studenci fizjoterapii dopiero rozpoczynający pracę z ciałem potrafią wyodrębnić bardzo wiele kategorii dotyku i przy odrobinie skupienia na partnerze potrafią trafnie interpretować te kategorie.

Doświadczenie to jest bardzo ważne w zawodzie terapeuty manualnego, gdzie sam sposób pracy wymusza pozostawanie z pacjentem w dużej bliskości – normą jest kontakt z klatką piersiową pacjenta, którą należy podtrzymywać własnymi rękoma i niejednokrotnie własną klatką piersiową, częste są pozycje wymagające kontaktu z miednicą, czy wewnętrzną powierzchnią

ud pacjenta, uznawanymi za miejsca wyjątkowej wrażliwości. Nie wspominając nawet o konieczności prowadzenia terapii w miejscach tak wrażliwych, jak kość ogonowa, czy guz kulszowy, które biorą udział w wielu dolegliwościach narządu ruchu. Należy zauważyć, że relacja terapeutyczna jest tu tak fizycznie bliska, że po zaobserwowaniu pracy terapeuty manualnego, często w gronie znajomych, czy właśnie studentów, pojawia się pytanie: czy zdarza się, że osoby pracujące w ten sposób posądzane są o przekraczanie granic fizyczności pacjenta? I tu doświadczenia autorów artykułu wskazują, że w polskich realiach to się właściwie nie zdarza.

Dzieje się tak z uwagi na niesamowitą zdolność do odczytywania intencji osoby dotykającej. O ile jest ona czysta i terapeutyczna, pacjent zazwyczaj czuje się bezpieczny – jego ciało w sposób pozawerbalny informuje terapeutę w sposób niezawodny. Ponieważ – jak wspomniano wcześniej – terapię manualną tkanek miękkich opiera się na sprzężeniu zwrotnym płynącym z ciała pacjenta, bezpieczny jest też terapeuta. On również zostaje natychmiast poinformowany o tym jak czuje się pacjent – bez względu na to, co ten ostatni sygnalizuje werbalnie. Oczywiście zdarzają się przypadki przekroczenia cielesnych granic – czasem w wyniku niedostatecznej uwagi poświęconej odczuciom chorego. Pacjent (np. w wyniku różnorodnych uwarunkowań psychospołecznych i religijnych) może uznać kontakt dotykowy za zagrażający, który w opinii terapeuty nie miał z tym nic wspólnego. Wina leży po stronie terapeuty – powinien on lepiej zorientować się w sytuacji chorego, być bardziej delikatnym i podążającym za pacjentem. Najczęściej taki pacjent albo zrezygnuje wówczas z terapii, albo podczas leczenia zaczyna zamykać się na terapeutę, co jest widoczne w napięciu jego ciała i – niestety – blokuje postęp w terapii. Widząc takie oznaki terapeuta manualny powinien albo gruntownie przepracować problem z pacjentem, albo polecić mu innego, zaufanego specjalistę. Podobnie należy uczynić, jeśli zdaniem terapeuty to pacjent przekracza granice. Efektywna terapia nie będzie wtedy możliwa.

Należy również zauważyć, że pomimo opisanej powyżej bliskości fizycznej, terapeuta powinien zachowywać oddalenie psychiczne lub mentalne. Jest to konieczne z punktu widzenia rozumianej szeroko higieny pracy i etyki zawodowej. Oddalenie psychiczne nie oznacza tu chłodu emocjonalnego – wręcz przeciwnie relacja ta może być ciepła, ale jednak „daleka”. Terapeuta ma obowiązek trzymania dystansu, gdyż – niestety – łatwo jest dotykiem uwieść duchowo pacjenta. Tu znane są liczne przypadki uzależnienia od terapeuty, co jest wysoce jatrogenną i szkodliwą sytuacją. Niestety, ta umiejętność utrzymywania ciepłych, lecz „odległych” relacji, wymaga doświadczenia

i dojrzałości, a jej osiągnięcie zwykle poprzedzone jest błędami.

Warto tu również wspomnieć o innej zasadzie kardynalnej. Nigdy nie należy podejmować działań, które w opinii terapeuty – nawet ukrytej – wiążą się ze wstydem, czy zażenowaniem. Terapeuta nie powinien wstydzić się własnego ciała, powinien wielokrotnie odczuć na własnym ciele wykonywane przez siebie techniki, aby móc je dojrzałe przepracować i przemyśleć. Terapeuta może myśleć, że nikt nie musi sobie zdawać sprawy, że określona technika w jakiś sposób go żenuje. Może podjąć się wykonania tej „niechcianej” techniki (np. terapia *per rectum*), myśląc że jest ona w tym danym wypadku najskuteczniejsza, a zdrowie pacjenta poczytując jako dobro najwyższe. Nic bardziej błędnego. Pacjent wyczuje to natychmiast. Może oczywiście nie zdawać sobie do końca sprawy z natury „blokady”, która nagle zaczęła kłaść się cieniem na terapii. Jednakże blokada ta będzie zawsze widoczna. Obie strony będą się czuły wysoce niekomfortowo. Tak prowadzona terapia pozostawia niesmak, który trudno zatrzeć. Być może, tak jak ma to miejsce w przypadku psychoterapeutów, uzasadnione byłoby wprowadzenie i w tym zawodzie superwizji, w czasie których można by poznać i być może przepracować własne ograniczenia.

Placebo

Rola dotyku jest tak ważna w terapii manualnej, że niektórzy badacze wysuwają teorię, że to właśnie on może odgrywać główną rolę terapeutyczną, a cała reszta jest efektem placebo. Nazwanie danego środka leczniczego mianem jako „placebo” jest obecnie terminem pejoratywnym, obdzierającym ów środek wszelkich uprawnień terapeutycznych. Tymczasem Hipokrates zachęcał swoich studentów do uwalniania naturalnych zdolności leczniczych każdej osoby, przestrzegając ich, aby nie skupiali się na toczącym się aktualnie procesie chorobowym. Podobnie Lewis uważał, że działanie leczenia polega jedynie na stymulacji naturalnych funkcji, lub usuwaniu tego, co je hamuje lub uniemożliwia [4].

Zdaniem niektórych badaczy opisana moc lecznicza dotyku może się przejawiać szczególnie mocno „w społecznościach pozbawionych dotyku” – do których należą np. Stany Zjednoczone [4]. Cenne będą tu obserwacje terapeutów amerykańskich, którzy dowodzą, że po zakończeniu okresu dojrzewania dorośli Amerykanie nie trzymają się za ręce jeśli nie towarzyszy temu relacja seksualna. Zatem dotyk dłoni kojarzy się będzie z okresem wczesnego dzieciństwa i bezpieczeństwem, który to czynnik – „automatycznego” wywołania uczucia bezpieczeństwa – jest wykorzystywany w celu „katalizowania” terapii. Pacjent uchwycony za rękę przez terapeutę zaczyna czuć się bezpiecznie, łatwiej o dobroczynne skutki terapii.

Warto na tę sytuację spojrzeć również z innej strony – otóż osoby wychowane w społeczeństwach unikających kontaktu nie mają sposobności, aby ćwiczyć ten zawiły system znaczeniowy dotyku i przekonać się która z form dotyku jest dopuszczalna, a która niesie zagrożenie. Jednakże dotyku uniknąć się nie da. Z tego powodu pojawia się skodyfikowany system dopuszczanego zakresu dotykania, mówiący o tym jaki dotyk jest niedopuszczalny, a jaki dopuszczalny – co ma ułatwić rozwiązywanie konfliktów na tym tle (np. podejrzenie o przestępstwa seksualne). W systemie pracy wielu korporacji obok „*dress code*” (wytycznych dotyczących ubierania się w pracy) istnieje „*touch code*” – system przyzwolenia na dotyk – tzn. możliwe jest tylko dotknięcie, np. dłoni współpracownika (co jest konieczne przy powitaniu). Te prawne obostrzenia można mnożyć, jednakże będą one zawsze ułomne w stosunku do złożoności dotyku – bo nietrudno sobie wyobrazić, że głaskanie po policzku może być po prostu przyjacielskie, a uścisk dłoni głęboko erotyczny.

Różnice kulturowe

Powszechnie znany jest fakt, że w zależności od przynależności do określonego kręgu kulturowego, różnie nakreślone są ramy tego, co w kontakcie fizycznym pomiędzy dwoma osobami jest dopuszczalne, a co już wykracza poza ogólnie przyjętą normę. Mówi się tu także o tzw. „szerokości granic”, które – niezależnie od różnic indywidualnych – są w niektórych częściach świata węższe (tzn. że obywatele przebywają w większej bliskości siebie) oraz szersze (tzn., że do odczucia komfortu potrzeba więcej „wolnego miejsca”). Mieszkańcy krajów skandynawskich znajdują się właśnie w tej drugiej grupie, a krajów Europy południowej w pierwszej.

Problem ten znany jest w terapii manualnej; tu również terapeuta powinien wykazać się znajomością rzeczy. Jednakże w tym miejscu warto zwrócić uwagę na inny aspekt. Otóż w związku z faktem, że obecnie rozwój terapii manualnej przebiega w sposób najbardziej dynamiczny w krajach o rodowodzie anglosaskim – Australii i USA – stamtąd pochodzą też znani nauczyciele tej metody oraz popularne podręczniki [4-6]. Należy brać pod uwagę, że w tych krajach zupełnie inne jest podejście do ciała ludzkiego, niż w Europie – i nie ma ono wiele wspólnego ze skandynawską beztróską. Nie należy tu się sugerować cielesnością ukazaną w filmach produkcji hollywoodzkiej, ponieważ nie ma ona nic wspólnego z rzeczywistym stanem rzeczy.

Kilkakrotnie zdarzało się autorom artykułu obserwować, że nauczyciel terapii manualnej – goszczący w Polsce – pokazywał techniki pracy „przez ubranie”, co wywoływało konsternację słuchaczy, chcących naprawić ten nieprawidłowy – ich zdaniem

– stan rzeczy przez ściągnięcie odzieży, co z kolei wywoływało niepewność u prowadzącego. Inny przykład – w anglojęzycznych podręcznikach terapii manualnej bardzo wiele miejsca poświęca się nieakceptowaniu dotyku przez pacjenta, konieczności okrywania ciała pacjenta (tak aby nie poczuł się wykorzystany seksualnie), niektórzy autorzy przepraszają, że na zamieszczonych zdjęciach pacjentka (pozostająca w białym!) nie została okryta, ale wówczas techniki nie byłyby widoczne. Inni zwracają uwagę, aby nie stawać w pozycji przodem do pośladków pacjenta, gdyż mógłby to odebrać za dotyk zagrażający [4-7].

Uważna obserwacja skłania do rozmyślań, gdyż w polskiej literaturze zagadnienia te nie są poruszone. Ważniejszy jest komfort termiczny i odprężenie psychiczne pacjenta [8, 9]. O okrywaniu ciała pacjenta w innym kontekście w polskich podręcznikach raczej się nie mówi.

Język słów i język dotyku

Kolejnym aspektem, który należy poruszyć, jest komunikacja pomiędzy pacjentem a terapeutą. Jest ona szczególnie skomplikowana w terapii manualnej, gdzie głównym kanałem komunikacji jest dotyk [10].

Należy zauważyć, że po osiągnięciu wyższego progu wrażliwości dotykowej, o której była mowa w części I artykułu, następnym krokiem jest zaufanie odczuciom, których dostarczają ręce. W opinii wielu terapeutów jest to trudny krok. Z uwagi na fakt, że terapeutami są osoby posiadające wykształcenie medyczne, a więc nauczone w toku długiej edukacji do nazywania objawów chorobowych zgodnie z międzynarodową nomenklaturą medyczną. Kiedy język jest niewystarczający do nazwania tego, co niesie dotyk, zwycięża długotrwały nawyk „klasyfikowania” objawów. Jest to o tyle niebezpieczne, że w pewien sposób narzuca terapeutę sposób myślenia – co prowadzi do utraty z pola widzenia pacjenta i jego problemów, pozostawiając myślenie o chorobie. Tymczasem z punktu widzenia terapii manualnej oraz medycyny holistycznej, zgodnie ze słowami Oslera, nazywanego najwybitniejszym lekarzem XIX wieku [4]: „o wiele ważniejsze jest wiedzieć jaki pacjent cierpi na daną chorobę, niż to, aby wiedzieć jaka choroba zaatakowała pacjenta”.

Taki nawyk narzuca też pacjentowi sposób postrzegania i nazywania własnych dolegliwości, co może zaburzać komunikację z terapeutą. Pacjent przyzwyczaja się do mówienia nie swoim językiem, nie będąc pewnym co tak naprawdę czuje, jednakże uważając że „tak jest poprawnie”, „tak jest przyjęte”, lub bojąc się śmieszności – niestety nieświadomie wprowadzając terapeutę w błąd [8, 9].

Wina często leży po stronie terapeuty – zbyt narzucającego język opisu pacjentowi, lub zbyt naciska-

jącego na dokonanie takiego opisu. Tymczasem: „terapeuta musi stworzyć styl komunikacji z pacjentem, będąc jednocześnie ostrożnym, aby nie sugerować, iż odczucia pacjenta muszą być lustrzanym odbiciem odczuć terapeuty” [4].

Niejednokrotnie też podjęta na wstępie próba nazwania objawów – diagnozy – również może zaburzać odczuwanie doznań płynących z ciała pacjenta. Z tego powodu wielu doświadczonych terapeutów manualnych opowiada się za zaufaniem dotykowi i podążeniu za nim, nawet wbrew narzucającym się na pierwszy rzut oka założeniom logicznym [8]. Autorzy niniejszego artykułu mogą potwierdzić, że owo zaufanie odczuciom płynącym z własnych dłoni jest bardzo trudne i że – niestety – często zwycięża myślenie logiczne, które po pewnym czasie trwania terapii zazwyczaj okazuje się błędne. Niestety bardzo trudno ten nawyk wykorzenić.

Podsumowanie

Rozwój medycyny konwencjonalnej przyniósł nieocenione zasługi dla zdrowia społeczeństw i trudno dziś wyobrazić sobie istnienie świata bez opieki zdrowotnej stojącej na mocnych podstawach naukowych, będących także bazą medycyny konwencjonalnej.

Trudno zaprzeczyć, że coraz doskonalsze badania diagnostyczne o dużej czułości i specyficzności, wnikliwe rozpatrywanie mechanizmów powodujących daną chorobę – aż do poziomu molekularnego i genetycznego – przyczynia się do coraz lepszego poznania złożonego mechanizmu ludzkiego ciała. Tak jest w istocie. Jednakże „miecz ten jest obosieczny”. Opisane procesy przyczyniają się do coraz większej atomizacji – czyli rozproszenia wiedzy medycznej, tak, że obecnie w sposób anegdotyczny specjalistą przyjęto nazywać osobę „która wie wszystko o niczym” – bowiem na temat najmniejszego nawet wycinka rzeczywistości medycznej (tak małego, że stanowi prawie „nic”) należy posiadać ogromną wiedzę.

W efekcie lekarze i terapeuci zaczynają wiedzieć wszystko o chorobie, tracąc z oczu samego pacjenta. Należy uświadomić sobie, że współczesna medycyna klasyczna jest zagrożona utratą silnego, staromodnego narzędzia: ludzkiego dotyku. Opisuje to Abraham Verghese – lekarz i pisarz – ukazując dziwny „nowy świat”, gdzie pacjenci są tylko „danymi” i nawołuje od powrotu do tradycyjnego badania fizykalnego: jeden lekarz/terapeuta na jednego pacjenta [11]. Podobnego zdania był zmarły niedawno prof. Andrzej Szczeklik (1938-2012), wybitny internista, który w swojej książce – „Kore – O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny” podkreślał znaczenie „wsłuchiwanie się” w pacjenta – tzn. słuchanie tego co ten o sobie mówi, w jaki sposób to czyni, obserwowanie

w jaki sposób pacjent się porusza, siada, stoi, następnie wnikliwe oglądanie i badanie palpacyjne [12]. Być może to, co subiektywne, co wymyka się standaryzacji – owo nieuchwytne przecucie wieloletniego praktyka, które rodzi się w kontakcie z pacjentem jest ową „sztuką medyczną” i tą „poszukiwaną duszą medycyny”.

Być może też jednym z ostatnich przyczółków medycyny, gdzie wręcz gloryfikuje się wsłuchiwanie się

w pacjenta dotykiem – jest terapia manualna tkanek miękkich. Tu pracuje się zawsze w modelu „jeden na jeden”, podstawowym narzędziem diagnostycznym są zmysły terapeuty – w tym zwłaszcza dotyk, a terapeuta, choć świadomy ograniczonej dokładności i subiektywności narzędzi na jakich bazuje, stara się postrzegać pacjenta całościowo – holistycznie, pamiętając, że nie leczy choroby, ale człowieka.

Piśmiennictwo / References

1. Manikowski W. Zdaniem specjalisty – rehabilitacja ręki. *Rehabil Med* 1998, 2,2: 7-13.
2. Mielcarska M. Rola fizjoterapeuty w okołoporodowym uszkodzeniu splotu ramiennego u dzieci. Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu (praca magisterska).
3. Lewit K. Terapia manualna w rehabilitacji chorób narządu ruchu. ZL Natura, Kielce 2001.
4. Manheim CJ. Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe. Wyd WSEiT, Poznań 2011.
5. Riggs A. Masaż tkanek głębokich. Wizualny przewodnik po technikach. Wyd CRM Terapeuta, 2008.
6. Muscoulino JE. Badanie palpacyjne układów mięśniowego i kostnego z uwzględnieniem punktów spustowych, stref odruchowych i stretchingu. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
7. Chaitow L, Fritz S. Masaż leczniczy – badanie i leczenie mięśniowo-powięziowych punktów spustowych. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
8. Rakowski A. Kręgosłup w stresie. GWP, Gdańsk 2001.
9. Stodolny J. Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. Epidemia naszych czasów. Wyd Med ZL Natura, Kielce 2000.
10. Myers TW. Taśmy anatomiczne. Meridiany mięśniowo-powięziowe dla terapeutów manualnych i specjalistów leczenia ruchem. Wyd 2. DB Publishing, Warszawa 2010.
11. Verghese A. Dotyk lekarza http://www.ted.com/talks/lang/pl/abraham_verghese_a_doctor_s_touch.html (dostęp: 03.08.2013)
12. Szczeklik A. Kore – o chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny. Wyd Znak, Kraków 2007.