

JAKÉ MÍSTO MÁ PSYCHOTERAPIE V PSYCHOSOMATICE? BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ POHLED

What is the place of psychotherapy in psychosomatics?

Bio-psycho-social view

Vladislav Chvála¹, Ludmila Trapková²

¹*Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Jáchymovská 385, Liberec 10, CZ; chvala@sktlib.cz*

²*Ordinace klinické psychologie Praha, Oveňecká 34, Praha 7, CZ; trapkova@mybox.cz*

Psychoterapie. 15 (2), 134–149; ISSN 1802-3983

SOUHRN:

Psychosomatická medicína jako zvláštní odborná způsobilost mezi biomedicínou a psychoterapií naplňuje nejpřísnější kritéria na zdraví a nemoc dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO): je důsledně bio-psycho-sociálně orientovaná. Žádná jednotlivá léčebná technika není sama o sobě nástrojem psychosomatické léčby, tou je jen ve spojení se způsobem myšlení lékaře. Tvrdíme, že hlavním nástrojem psychosomatické léčby, pokud chce udržet status vědecky obhajitelné disciplíny, je systémová teorie a vyvážený bio-psycho-sociální přístup. Psychosomatická medicína jako zvláštní odborná způsobilost mezi biomedicínou a psychoterapií naplňuje nejpřísnější kritéria na zdraví a nemoc dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Za vyléčení nepokládáme pouhou úlevu od symptomů, ale především vzájemné vyladění biologické, psychologické a sociální vrstvy v životě pacienta na základě předchozího vyladění ve vztahu lékař-pacient. Jaké místo zde má psychotherapie?

Klíčová slova: psychosomatika, psychotherapie, bio-psycho-sociální model, rodinná terapie, narativní terapie, systémová teorie

SUMMARY:

Psychosomatic medicine in a special regime, in addition to biomedicine and psychotherapy, meets the strictest criteria for health and illness as defined by the WHO. No single treatment technique is itself an instrument of psychosomatic treatment, it is only in conjunction with the way a doctor thinks. We therefore argue that the main tool of psychosomatic treatment in order to maintain the status of a scientifically defensible discipline is systemic theory and a balanced bio-psycho-social approach. From a broad perspective on health and disease, psychosomatic intervention may include a wide range of remedies ranging from the word in open dialogue, through any known therapeutic approach, which we understand as the vehicle of the therapeutic alliance. The cure is not only relief from symptoms, but above all mutual tuning of the biological, psychological and social strata in the life of our patient based on the previous tuning in the doctor-patient relationship. What place does psychotherapy have here?

Key words: psychosomatics, psychotherapy, bio-psycho-social model, family therapy, narrative therapy, systems theory

ÚVOD:

Psychosomatiku jako téma hodné pozornosti vědy se podařilo znovu obhájit i na půdě české medicíny teprve nedávno, v roce 2013. I když je těžké složitou interakci mezi lékařem a pacientem zkoumat vědeckými prostředky, o významu komunikace pro zlepšení průběhu onemocnění není možné pochybovat (Havelková, et al., 2017). Efektivita a dlouhodobá účinnost psychosomatické léčby a psychoterapie byla potvrzena v řadě studií. V rozsáhlé metaanalýze, která sledovala 103 publikovaných prací, je uváděna efektivita $Hedges = 0,71$. Silné efekty byly zaznamenány při hodnocení celkové kvality života, střední pak u psychologických a tělesných symptomů (Albani, et al., 2020). Jinde kontrolovaný efekt psychologických intervencí na intenzitu somatických symptomů v metaanalýzách vychází mezi $d = 0,22$ a $0,40$ (Menon et al., 2017) (van Dessel, et al., 2014) (Gerger, et al., 2015) (Kleinstäuber, et al., 2011) (Lakhan, et al., 2013). Pre/post efekty (čili velikost změny, která během terapie nastala, ale kterou nemůžeme spolehlivě celou připsat terapii) vychází u somatických symptomů mezi $d = 0,70$ (Kleinstäuber, et al., 2011) a $d = 0,80$, (Koelen, et al., 2014).

Když už tedy lékaři „smí vidět to, co běžně vidí“, jak někteří z nich výstižně reagovali na doporučený postup k medicínsky nevysvětleným příznakům (MUS), podívejme se na to, jakými nástroji psychosomatická léčba vlastně disponuje (Chvála, et al., 2015). Zda to není jen „medicína se zájmem o život pacienta“, alternativní medicína nebo totéž co psychoterapie. V tom panuje nejistota jak odpůrců, tak samotných zastánců psychosomatiky.

Podívejme se na nepřeberné množství

léčebných metod prizmatem bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, s respektem k existenci spirituality. Zahrnují jak biologické a fyzikální, tak psychologicko-psychoterapeutické, nebo sociálně-komunikační prostředky a metody. Přísná kritéria evidence based medicíny (EBM) splňují jen některé z nich. Co mají všechny ty stovky nejrůznějších nástrojů společné?

Ukážeme, že tím hlavním nástrojem psychosomatické léčby je způsob myšlení respektující bio-psycho-sociální celistvost člověka. *Psychosomatika není totéž, co psychoterapie. I když se překrývají, je třeba mít na paměti jejich zásadní odlišnosti.* Lékaře, který se věnuje psychosomatickým pacientům, spojuje s psychoterapií klinická zkušenost s léčivou silou terapeutického vztahu a slova (Balint, 1999). V oblasti bio-medicíny zůstává díky zaměření na tělesné symptomy pacientů, kteří často nestojí o reflexi své psychosociální situace. Lékař potřebuje postupy, které se na fakultě naučil, praxí validizovat, aby jim mohl důvěřovat. Teprve pak se mohou stát součástí vysoce individualizovaného léčebného stylu, na kterém se významně podílí lékařova osobnost a intuitivní zacházení s terapeutickým vztahem. Je vysoce žádoucí, aby vzdělání psychosomatického lékaře obsahovalo psychoterapeutické minimum, ve kterém se naučí terapeutický vztah s pacientem reflektovat a kultivovat. Samozřejmě součástí práce psychosomatického lékaře by se měla stát pomáhající supervize zkušeným supervizorem, která v medicíně prozatím bohužel téměř chybí.

K bio-psycho-sociální harmonizaci, která vede ke zdraví, mohou lékaři, ale i psychologové nebo fyzioterapeuti, použít téměř cokoli z široké palety nástrojů při res-

pektování legislativního rámce pro zdravotníky v České republice (Telec, 2017). Alespoň základní znalosti systémové teorie jsou proto žádoucí.

Naše úvahy jsou shrnutím zkušeností z více než třiceti let práce ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch a z Ordinance klinické psychologie Praha, kde spoluautorka, dětská klinická psycholožka, pracuje jako rodinná terapeutka s rodinami s psychosomatickými příznaky. Takže celkově lze mluvit o zkušenosti s desítkami tisíc nemocných (Chvála, 2009). Třetím zdrojem je šest běhů čtyřletého výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch schváleném pro zdravotnictví, ve kterém se frekventanti lékařských a nelékařských profesí učí respektovat hranice mezi obory a současně se na těchto hranicích setkávat v intenzivní spolupráci (Trapková, 2016).

NEŽ ZAČNEME LÉČIT

Podívejme se, na jakou oblast jednotlivé metody primárně míří v bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci podle definice WHO (Engel, 1977). Všechny tři vrstvy – biologická, psychologická a sociální, jsou koevolučně svázané, v neustálé interakci se na sebe vyladují jako systém a prostředí a imponují jako jediný celek. Zdraví se projevuje vysokou dynamikou tohoto procesu (Lieb, 1992).

Porucha v kterékoli z těchto tří vrstev může komplikovat vzájemné doladování. Symptom, syndrom nebo nemoc, která připoutá naši pozornost, může ukazovat na potíže nejen v té jedné, ale možná dokonce primárně v kterékoli z ostatních interagujících vrstev. Běžně se předpokládá, že léčebné prostředky působí v oblasti,



**Vladislav
Chvála**

MUDr. (*1952). Vystudoval Fakultu všeobecného lékařství UK v Hradci Králové. Pracoval jako porodník a gynekolog, nyní působí jako sexuolog a rodinný terapeut ve Středisku komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci (www.sktlib.cz), kde je vedoucím. Je předsedou výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS. Vyučuje rodinnou terapii a je supervizorem v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny (www.lirtaps.cz). Spolu s L. Trapkovou napsali knihu *Rodinná terapie a teorie jin-jangu* (Portál, Praha 2008, 2016) a *Rodinná terapie psychosomatických poruch (Rodina jako sociální děloha)* (Portál, Praha 2004, nové vydání 2017).

kde byla diagnóza stanovena. Odborník svými intervencemi zpravidla významně ovlivňuje tu vrstvu, ve které je vyškolen, ať už je somatickým lékařem, nebo psychiatrem, psychologem, či psychoterapeutem, případně fyzioterapeutem anebo působí v některé z pomáhajících profesí, které se zaměřují na dynamiku vztahů v sociálních systémech. Jak jsme poznamenali, jestliže se jednotlivé vrstvy na sebe stále doladují, každý z těchto odborníků, většinou bezděčně a neuvědoměle, přispívá také ke změnám v dalších dvou vrstvách. Například, když lékař řeší bolesti dolní končetiny u dítěte tím, že mu nasadí sádrovou fixaci v naději,

že tak zmírní bolesti, významně tím omezí pohyb dítěte a bezděky tak donutí rodiče, aby se dítěti více věnovali. To samo může mít větší význam pro úzdravu než sádrová fixace.

Proto v psychosomatice vyvstává význam týmů složených z bio-, psycho- a socio-odborníků, kteří mohou upravovat proces léčby koordinovaně. Při respektování kompetencí vyladuje dobře sehraný tým vliv a intervence jednotlivých odborností. Pacient se na vědomé i nevědomé úrovni nabídkami týmu inspiruje, experimentuje s nimi a autorizuje je. Patologické symptomy často ukazují na stagnaci systému, či některého ze subsystémů. Mají tendenci odeznívat, pokud se daří systém uvolňovat k nové tvořivosti a k žádoucím změnám. Vlastně dochází mezi týmem a pacientem v jeho vztahové síti na vyšší logické úrovni, totiž v systému vyššího logického řádu, než je individuální organizmus, k období přenosu a protipřenosu tak, jak to popisuje psychoanalytická teorie v individuální psychoanalýze (Šebek, 2020).

Zvláštní místo v psychosomatice zaujímá *psychoterapie*. Je žádoucí nabízet ji takovým pacientům, kteří jsou pro psychoterapii motivovaní, protože už sami tuší a hledají psychosociální souvislosti svého stonání a erudice psychosomatického lékaře, který není současně vzdělaný v psychoterapii, nestačí (Trapková, 2016). V psychosomatické praxi však zdaleka nejde jen o psychoterapii. Reflexe, kterou část psychotherapeutických škol nabízí, není pro řadu pacientů vítaná, vhodná ani nutná. Pro ně se hodí jiné, reflexi nevyžadující postupy, které zacházejí s metaforami a působí spíše na symbolické úrovni. Řada alternativních postupů účinkuje právě metaforicky a na účinnosti se významně podílí intuitivní vztah

léčitele s pacientem, a tedy i sama osobnost léčitele, který může hodně dopomáhat k uzdravování, ale nereflektovaně naopak i poškodit jako každý lék. Neboť platí, že lékař sám se v terapeutickém vztahu stává léčebným agens (Balint, 1999).

Nehodláme obhajovat metody příliš vzdálené současnému vědeckému poznání z hlediska EBM, i když je bohužel zřejmé, že metodologie pozitivistického vědeckého výzkumu nestačí zachytit a ocenit vztahové fenomény známé a více než století popisované v psychotherapeutické literatuře. Snaží se očistit lékařské postupy od „placebo“ efektu pro jeho nevyzpytatelnost, ovšem ke škodě pacientů i lékařů (Honzák, 2016).

ČÍM VŠÍM SE LIDÉ LÉČÍ

Velmi stručně lze rozdělit metody podle toho, kde je těžiště jejich zásahu:

- a) Metody působící primárně na tělo (prakticky celá bio-medicína)
- b) Metody působící převážně slovem v terapeutickém vztahu, primárně na psychickou vrstvu: **psychoterapie** (Prochaska, 1999) (Vybíral, 2010)
- c) Metody rozšiřující individuální psychoterapii o práci se systémovými vlastnostmi, a tedy o přímé působení na prožívání vztahů v rodinných sítích, případně dalších sociálních systémech. Působí slovem i neverbálními metodami primárně na sociální vrstvu: **rodinná terapie** (Anderson, 2009) (Skorunka, 2010)
- d) Metody záměrně působící současně na psychologickou i tělesnou vrstvu primárně přes práci s tělem: **bodyterapie, biosyntéza, bioenergetika** (Lowen, 1975)

- e) Komplexně zaměřené metody s cílem organizmus harmonizovat: pohybem, dýcháním, uměním, expresní terapií, pracovní terapií a využitím zvířat
- f) Nekonenční a exotické terapeutické metody, často se označují za celostní, působí na tělo a jeho části, argumentují energiemi a tajemnými silami¹ (Drury, 1981)

U mnoha léčebných prostředků existují jak oficiální formy používané v medicíně, tak různé neoficiální a méně vědecké formy, až zcela zlidovělé a léčitelské verze. Původně léčitelské Priessnitzovy léčebné procedury se staly samozřejmou součástí lázeňské léčby. Léčba pijavicemi dostala svůj vědecký rámec až díky objevu hirudinu dlouho po zavržení lidové metody. I psychoterapie má své amatérské verze. Výklad příčin nemoci událostmi z minulých životů může vzdáleně připomínat psychoanalytickou metodu. Amatérská kinesiologie zase připomíná tělově orientované psychotherapeutické techniky. Hranice může být neostrá a v čase proměnlivá. Někdy se lze orientovat jen podle vzdělání toho, kdo metodu aplikuje, zda jde o léčbu nebo podvod. Je-li psychosomatická medicína oborem lékařským, pak odborná společnost musí trvat na kvalitním lékařském vzdělání rozšířeném o vzdělání v psychosomatice. A protože je pro léčbu psychosomatických pacientů často nezbytná spolupráce

s psychoterapeuty s jiným vzděláním než lékařským, s psychology a fyzioterapeuty, případně dalšími nelékařskými profesemi, jako jsou zdravotní sestry, speciální pedagogové apod., stojíme i o vzdělávání všech těchto profesí v psychosomatice (MZ, 2015)

Metoda ověřování účinku léčby EBM zaváděná od devadesátých let kanadským týmem lékařů pod vedením Davida L. Sacketta do medicíny, byla jen logickou reakcí na nepřehledné množství léčebných prostředků. Jejím cílem bylo snížit a ohraničit jejich počet vědeckým průkazem jejich účinnosti. Autoři v původním návrhu uznávali nejen **nejnovější výzkumná data**, ale s nimi i **klinickou zkušenost spolu s pacientovými hodnotami** (Baštecká, 2016). Klinikova zkušenost a pacientovy hodnoty se ale z praxe doporučených postupů stále více vytrácejí. Autoři také nemohli docenit fakt, že *drtivá většina lékařského výzkumu je z metodologických důvodů prováděna především v biologické vrstvě lidské reality*, protože tato data pozitivistická metodologie snadno verifikuje. Mnohem snadněji se prokazuje vliv léku než slova a individuálního terapeutického vztahu, kde je třeba vzít v úvahu mnoho dalších dynamických faktorů (Řiháček, 2017) (Miovský, 2006).

Možná proto dnes dominují v medicíně farmakoterapie a přístrojové techniky. *Psychologická vrstva vyžaduje docela jiné vzdělání a jiné prostředky k bádání*. Je prakticky nemožné ji plně objektivizovat, protože její *podstatou je subjektivita*. Dotazníkem s normami založenými na statistických metodách zjistíme jen obecnosti, jako jsou například aktuální úroveň mentálních schopností, osobnostní faktory, míra úzkostnosti, nebo depresivita, to vše ve vztá-

¹ Tyto metody jsou hojně využívány v léčitelství pro svou „expertní formu“ a tajemné působení „za zrakem“ pacienta. Stojí na těžko dokazatelných předpokladech a hypotézách, pokud je nechápeme jako metaforu. Hodí se tam, kde se pacient brání náhledu na bio-psycho-sociální souvislosti svého stonání. Nelze jimi nahradit psychosomatickou medicínu a lékařské pochopení nemoci.



**Ludmila
Trapková**

PhDr. (*1949). Vystudovala Fakultu tělesné výchovy a sportu (obor tělesná výchova-matematika) a později též Filozofickou fakultu UK (jednooborovou psychologii). Pracuje jako klinická psycholožka a psychoterapeutka v Praze a v Liberci. Je členkou výboru Společnosti psychosomatické medicíny ČLS. Vyučuje rodinnou terapii v Institutu rodinné terapie a psychosomatické medicíny (www.lirtaps.cz) a je supervizorkou rodinné terapie. Spolu s MUDr. V. Chválou napsali knihu *Rodinná terapie psychosomatických poruch (Rodina jako sociální děloha)* (Portál, Praha 2004, nové vydání 2017) a *Rodinná terapie a teorie jin-jangu* (Portál, Praha 2008, 2016).

hu k výskytu v populaci. Bez dobrého vztahu s pacientem a bez individuálního rozhovoru se však nedozvíme téměř nic o pacientově vnitřním životě, o představách, fantaziích a prožívání. O něco lépe jsou na tom projektivní metody, díky kterým lze usuzovat i na nevědomé procesy, jejichž význam už nelze pokládat jen za čiré spekulace při znalosti nových dat z výzkumu mozku (Siegel, 2020). Tyto informace pronikají do praktické medicíny jen velmi pomalu.

JISTOTA, KTERÁ LÉČÍ

Jak si účinek jednotlivých prostředků léčby vysvětlujeme a jak jim rozumí pacient? Lékař pokládá za rozhodující sta-

novení správné diagnózy a co nejrychlejší odstranění nepříjemných symptomů. Tomu dává přednost také většina pacientů. U akutních onemocnění je to dostačující a účinný postup. Psychoterapeut si klade za cíl prohloubení reflexe pacientovy situace a očekává, že díky práci s významy symptomů a životních situací dojde ke změnám i v ostatních vrstvách, a tím k úzdavě. Většinu psychoterapeutických škol vede zkušenost, že pak odeznívají i somatické symptomy a upravují se sociální vztahy (Tress, 2004). Rodinný terapeut pak intervenuje přímo v síti rodinných vztahů pacienta a reflektuje vliv systémových vlastností v rodinném nevědomí na psychickou vrstvu jednotlivců (Doherty, 1983), (Trapková, 2016). To předpokládá pacientovu schopnost reflexe a vnitřní psychologické práce, v případě rodinné terapie taky účast ostatních členů rodiny, což není zdaleka pro všechny pacienty přijatelné nebo možné. Pro psychosomatické pacienty bývá nedostatek nebo neschopnost reflexe nevědomou psychologickou obranou. Její zdroje mohou sahát hluboko do minulosti, někdy až k transgeneračnímu předávání rodinných vzorců (Tóthová, 2011). Nejen pacienti, ale ani všichni lékaři nemusí mít podmínky, talent nebo zájem zabývat se tak podrobně každým pacientem.

Proto jsou stále žádané léčebné metody, které pracují spíše metaforicky. Reflexi neprohlubují a nevyžadují, a přitom nabízí jinou cestu než pouhé utlumení projevů nemoci (Křížová, 2015). Jejich efekt lze vyložit spíše podporou spontánního vyladování systémů ve všech vrstvách, které probíhá na nevědomé úrovni, než zvědomováním psychických a sociálních konfliktů. Samo slovo, text a příběh jsou obrovským zdro-

jem metafor, jejich účinek je silný, ale mnohoznačný. Je na pacientovi, jaký význam asociuje. Metafora může spontánně spustit reflexi bezpečněji, než řízený výklad nebo interpretace terapeuta. Terapeut se stává profesionálním průvodcem pacienta, kterého svým zájmem povzbuzuje, aby se stal sám tvůrcem svého života. To se nemusí slučovat s expertním postojem lékaře, který byl vychován k paternalistickému chápání vztahu s pacientem. Pokud však lékař vědomě využívá znalosti bio-psycho-sociálních okolností nemocného k tomu, aby pomáhal pacientovi navodit změnu a nalézt novou životní rovnováhu, lze i těmito nepřímými metodami získat pacienta k náhledu a pochopení souvislostí. Takové intervence pak lze nazvat psychosomatickými. Je třeba vyloučit postupy eticky problematické nebo doslova manipulativní.

Legitimní cesta může být třeba taková, že navrhneme pacientovi domácí proceduru a vyjednááme o tom, kdo z blízkých by ji měl poskytovat. Mnohdy není ani tak podstatný obsah léčiva, jako spíš kontext, v jakém procedura probíhá. Tak můžeme i fyzikálním prostředkem nebo lékem zasahovat do sociálního systému. Podmínkou je *změna myšlení lékaře*. **Představa lineární kauzality (kdy A je příčinou B), nestačí.** Chápání cirkulární kauzality v živých systémech (A podmiňuje B a B podmiňuje A) dopomůže tvořivěji a účinněji uvažovat o dynamice působení symptomu v širším kontextu. Některý symptom mizí změnou ve vztazích, do kterých je zavázán a ve kterých pak takovou léčbou ztrácí svůj význam a mizí.

V jednom dobře doloženém případě rozsáhlého chronického ekzému u desetiletého chlapce byla matka velkou specialistkou na mastičky, které denně pečlivě po řadu

let mazala na kůži celého těla milovaného syna. Lékař na základě znalosti rodinné dynamiky dal tento úkol otci, čemuž se sice potomek bránil, ale ekzém se konečně ztratil, aniž bychom měnili obsah mastí.

V jiném případě u chronicky depresivní ženy středního věku bylo mnohem účinnější, když se podařilo, aby antidepresiva bral pravidelně její značně impulzivní manžel. Správná indikace vedla ke snížení jeho výpadů a k výraznému ozdravení ženy, aniž by musela sama brát antidepresiva. Změna myšlení vyžaduje vidět nikoli jen symptom, orgán nebo jednoho člena rodiny, ale celý složitý bio-psycho-sociální systém.

Podrobnější ilustrativní kazuistiku jsme publikovali jinde (Chvála, 2017). Domníváme se, že psychosomaticky orientovaný lékař může používat širokou škálu prostředků a metod. Musí ale umět zdůvodnit v pojmech přijatelných v medicínském prostředí, proč tak učinil. Má-li dojít opravdu k úzdavě ve smyslu definice zdraví WHO, děje se tak **vyladováním** v interakci všech systémů mezi sebou ve třech hlavních vrstvách, biologické, psychické i sociální, ať už si toho jsme, nebo nejsme vědomi. Nejen podle naší zkušenosti je to navíc především jistota a důvěra lékaře v metodu, která zlepšuje důvěru pacienta (Konečná, 2012). To neplatí zdaleka jen pro vyvolání užitečného „placebo efektu“ při použití přírodního léčitelství (Honzák, 2016). Stejný princip platí jistě i pro léčebný postup ověřený metodou EBM. I tam může být důvěra ve správný postup významným faktorem, který zlepšuje stav pacienta stejně tak, jako naopak nedůvěra ve vztahu lékaře s pacientem může účinek léku omezovat.

Důvěřujeme-li metodě EBM a tím také účinnosti schváleného postupu, zvyšujeme

tím důvěru a pocit bezpečí pacienta. Jistě se důvěra nepochybně zvyšuje i samotným efektem použitého prostředku, třeba analgetika proti bolesti. Škoda jen, že lékaři vírou v jedinečný a nenahraditelný účinek léku přehlídí neméně důležitý vliv terapeutického vztahu (Balint, 1999). Lék, třeba antidepressivum, podaný mladým a nejistým lékařem může mít mnohem menší efekt než stejný lék předepsaný věhlasným panem profesorem. Šéfové klinik to jistě vědí. A na druhé straně, pokud se oslabí v populaci důvěra k metodám EBM, jako se to stalo nedávno s očkováním, nastalá nedůvěra může značně mařit efekty EBM ověřené praxe.

Čím více se na onemocnění podílí psychická a sociální vrstva, tím větší význam hraje vztah, slovo a naděje na uzdravení. *Lék nebo procedura se stávají vehikulem léčebného vztahu.* Obtížnost psychosomatických pacientů souvisí s tím, že jde vždy o jedinečný případ, individuální historii, často svéráznou laickou teorií o vzniku potíží. Psychosomatice nepomáhají rozsáhlé popisné a statické diagnostické manuály. Pojmy jako příběhová medicína, narativní terapie, vystihují podstatu bohatého repertoáru prostředků psychosomatické léčby, která je účinná v případech psychosomatických symptomů. Vyžadují mnohem pružnější postupy a vytváření jedinečných „teorií“ na míru každému pacientovi. Bývají to postupy orientované na proces.

Psychosomatický pacient vzbuzuje snadno u zdravotnického personálu spoustu nejistoty i hněvu. Práce s nejistotou je v psychosomatické léčbě klíčový fenomén. Jistotu nelze předstírat. Předstíraná jistota může působit jako arogance. Psychosomatický pacient lékaře zpravidla mate, protože se

vymyká běžným „pravidlům stonání“. Má jiné symptomy, než popisuje odborná literatura. Pokud lékař propadne nejistotě, může tím narušit léčebný efekt i správně aplikovaných postupů. Pokud propadá zlosti, nebo se chová arogantně, zvyšuje se šum na úkor informace, roste nedorozumění a nedůvěra. A to zhoršuje vyhlídky psychosomatického pacienta na uzdravení. Nejistotu lékaře lze zvládat zvýšením jeho vlastní sebereflexe a porozuměním jeho vlastnímu životu.

DIALOG JAKO NÁSTROJ LÉČBY

Paradigma neboli obecně přijímané schéma, vzorec myšlení či model, jak to definoval Tomas Samuel Kuhn, rozhoduje o tom, co vidíme a jak viděnému rozumíme. Je to způsob, jakým chápeme nemoc (Kuhn, 1997). Pokud je pro lékaře nemoc jen náhodným omylem přírody, nehodou tělesných funkcí beze smyslu, pak nezbyvá mnoho místa pro tvořivost a spontánní úzdravu člověka. Nemůže nastat dialog. Dokud je lékař odborník, který sám ví v čem je chyba, nemá skutečný dialog smysl. Pacient se ptá a lékař dává rady. Nezbyvá mu než se soustředit na co nejlepší odhad chyby a tu odstranit. U akutních onemocnění to také většinou stačí. Lineární otázky směřují ke zjištění stavu, k deskriptivní diagnóze, ještě ne ke skutečné změně. Tu navodí až lék, nebo operace.

Dialog, jak ukazuje Niclas Luhmann, německý sociolog, neslouží jen k dorozumění, ale především k zneklidnění. Teprve **dialog** totiž **vede ke změně** v psychických systémech **obou účastníků**, které jsou z principu operacionálně uzavřené (Luhmann, 2006). *Jazyk jako hlavní nástroj léčby tak nemůže být v převážně biologicky orientované medicínské praxi vůbec roz-*

poznán a doceněn. Lékař se soustředí na nalezení správného léku, který organizmu chybí (podle vzoru avitaminózy – nemoci z nedostatku vitamínu) nebo látky, která spraví porušenou metabolickou funkci. V naší medicíně je podceňován rozhovor, na lékařských fakultách se jeho nácviku věnuje ve výuce jen minimální prostor, proto jsou naši lékaři ve vedení rozhovoru amatéři. Společnost psychosomatické medicíny ČLS provedla v roce 2018 podrobné šetření týkající se zařazení psychosomatiky do obsahu pregraduálního studia medicíny a dalších zdravotnických oborů. Ukázalo se, že problematika psychosomatiky není v ČR obsahem povinných předmětů v průběhu pregraduálního studia medicíny. Pokud je zmiňována, pak jen sporadicky v rámci jiných studijních předmětů a ve velmi malém rozsahu. Komunikaci je ve studiu medicíny věnována minimální pozornost (Stackeová, 2018). Námitka, že lékař je tady od toho, aby se věnoval léčbě „skutečných nemocí těla“, nemůže obstát, protože jen pacientů s MUS je až 40 % i v naší populaci a dalších psychosomátóz je ještě víc (Chvála, et al. 2015).

Obáváme se, že **podceňování jazyka a dialogu v medicíně** jde tak daleko, že mezi našimi lékaři může panovat nereflektované přesvědčení, že pokud by se někdo uzdravil ze závažného somaticky se projevujícího onemocnění „pouhým rozhovorem“, nebyl doopravdy nemocný. Jak jinak si mohou efekty léčby psychoterapeutickou metodou vysvětlit, než že muselo jít o podvod z obou stran: pacient předstíral, že je nemocný, a psychoterapeut předstíral, že ho léčí. Je možné pacientovi „rozmluvit“ hypertenzi, závažnou ischemickou nemoc srdeční nebo selhávání jater? Jak

by pak nebyli ve zdravotnictví podceňováni psychoterapeuti, kteří se také takovými pacienty denně zabývají a mají k dispozici jako hlavní nástroj léčby terapeutický vztah, a právě především rozhovor! Dobře vědí, že díky dialogu nebo dokonce prací s celým rodinným systémem, došlo ke změně, která umožnila i tělesné uzdravení často bez aplikace léků. O teorii změny ostatně uvažují psychoterapeutické školy mnohem komplexněji než lékařská fyziologie, která bere v úvahu často jen mechanicko-materiální aspekty² (Poněšický, 2019). Není právě to příčinou vzájemné izolace biomedicíny a psychoterapeutické komunity a konečně i přehlížení psychosomaticky orientovaných lékařů z obou stran? Psychosomaticky zaměřeni lékaři překonávají tuto propast mezi čistě biologicky zaměřenými lékaři, kterých je ve zdravotnictví většina, a v psychoterapii vzdělanými specialisty.

K ČEMU JE LÉKAŘI DOBRÝ PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK?

Vyjasněme si, k čemu psychosomaticky orientovaný lékař potřebuje alespoň základní vzdělání v psychoterapii. Nemusí mít ambici stát se psychoterapeutem. Jeho praxe ani neumožňuje takové změny, aby místo dvaceti pacientů pracoval denně jen s pěti. Psychoterapie je nástroj, který učí a prohlubuje sebereflexi. Lékař v rámci tréningu v některé z psychoterapeutických škol se především dozví víc o sobě. Naučí se klást otázky, vést dialog, zacházet se svými

² Modelovou situací v medicíně jsou potíže způsobené ucpáním cévy, močovo- a žlučovo- nebo útisk nervového vlákna. Kauzální léčbou je odstranění překážky. Představa nedostatku serotoninu na synapsích je podobná, i když jeho „doplnění“ je složitější.

vlastními emocemi, tedy se zneklidněním, které skutečný dialog vyvolává. *Lékaře může například napadnout, že o diagnóze a léku začíná uvažovat ve chvíli, kdy zažívá bezmoc a zlost, léčba oproti očekávání nepostupuje a zlobí se na pacienta, že málo spolupracuje. Snadno pak uniká z autentického rovnocenného vztahu s pacientem do nadřazené mocenské pozice, aby sám sobě pomohl.* Vědění je moc (Foucault, 2000). Bezmoc, jak známo, většina lékařů nesnáší, školeni jsme k tomu, abychom si vždy věděli rady. Silný lék (třeba kortikoidy) skutečně zabere na tělesné rovině, tím se zlepší důvěra pacienta v lékaře, a to se pak podílí na celkovém vyladění jeho biologických, psychologických a sociálních systémů, pokud nejsou ve hře ještě i jiné významné síly pocházející právě z nerefektované (neuvědomované nebo zatajované) psychosociální reality pacienta. Psychosomatický lékař, který prošel psychoterapeutickým vzděláním, se učí lépe rozumět vlastnímu životu, a tím také životu pacienta. Kladením vhodných, reflexivních nebo cirkulárních otázek se s pacientem dostává ke skryté realitě a k možnostem léčebných změn (Jones, 1993). Nemusí pak tak často sahat k lékům, které by mu s pacientem pomohly.

Život nikoho z nás neprobíhá bez traumat a potíží. Pokud projde lékař vlastní životní krizí, krizí manželství, nebo zažije ztrátu blízkého člověka, záleží na tom, jak takovou situaci emočně a psychologicky zpracoval. Neprohloubí-li sebereflexi a nerozpozná například také svůj podíl, nemusí pokládat ani proces sebereflexe pacienta za důležitý. Naopak díky zkušenosti vlastních selhání a jejich reflexe, může být lepším průvodcem pacientovi, který je často

v nějakém kritickém místě svého života a symptomy, se kterými se přišel léčit, jsou projevem přemáhání obtíží, které mu krize přináší.

SYSTÉMOVÁ TEORIE JAKO KLÍČ K POCHOPENÍ BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍHO PŘÍSTUPU

Většina lékařů se shodne na tvrzení, že na každém onemocnění se podílí biologické, psychologické i sociální vlivy. Někteří dodají ještě vlivy spirituální. Tak v čem je specifikum psychosomatiky, která tvrdí totéž? Podle naší zkušenosti jde o pochopení lidské existence jako souhry *vzájemně ko-evolučně svázaných sebeorganizujících se systémů, které se k sobě chovají jako systém a prostředí*, a které jsou každý tvořen zcela jinými základními prvky (Luhmann, 2006). Tento přístup nevyžaduje zavádění dalších neznámých sil, abychom vyložili pestrou paletu stonání a uzdravování.

Vztah těla a duše nelze pochopit jen ze dvou odlišných systémů, tělesného a psychického. Je třeba vidět všechny tři, biologický, psychický i sociální. Podstatné je, že *každý operuje jen svými vlastními stavy* a každý lze ovlivňovat jinými prostředky a zkoumat jinou metodologií. Je-li totiž *biologický systém zdrojem signálů*, kterým je v *psychickém systému přidělován význam*, pak v *sociálním systému dochází k vyjednávání významu* ve dvojici nebo skupině (Bateson, 1988). Podstatné je, že tyto tři vrstvy se vzájemně nemohou instruktivně informovat a řídit (Lieb, 1992). Mohou se na sebe v interakci právě jen vyladovat, každý svými vlastními prostředky, jako tři hudební nástroje.

Když lékař využije znalosti z fyziologie a navrhne pacientovi, aby si na nemoc-

nou nohu dával horké zábaly, bude to mít odhadnutelný efekt na kůži, cévy a svaly u každého pacienta téměř stejný. Když proceduru modifikuje tak, aby ji aplikoval někdo blízký, partnerka, matka nebo otec, vedle fyzikálního efektu zapojí také sociální interakci, a ta bude u každého zcela jiná. Když do horkého zábalu doporučí přidat třeba heřmánek nebo mateřídoušku, může tím oslovit ještě i čichovou oblast pacienta a vyvolat z jeho paměti psychické fenomény. Pacientovi se mohou vybavit chvíle, kdy se o něj jako o miminko starala jeho matka. Nebo také nemusí, ale bude možné o tom s ním mluvit. Vůbec totiž nelze odhadnout, zda to bude vnímat pozitivně nebo negativně, protože právě v psychické oblasti jsou významy zcela individuální, spojené s jedinečným chápáním vlastní historie.

Každý podnět vyvolá jedinečné asociace, s ostatními lidmi volně propojené díky jazyku a kultuře. Spontánní vznik a udržování sociálních systémů, existence kultury vytváří naději na dorozumění. *Zatímco biologickou vrstvu lze zkoumat, testovat z hlediska pravdivosti, vrstvu psychickou je možné pouze subjektivně prožívat a více či méně ji reflektovat.* Ovšem i tam jde o vnitřní pravdivost nezakryvanou psychologickými obranami. Respektování a práce s psychologickými obranami je podstatnou součástí dobré psychoterapie. Psychické procesy jsou vždy jedinečné a neopakovatelné, jsou výsledkem sebeutváření každého člověka. Více se o tom lze dovědět jedině dialogem v sociální vrstvě naší existence. Ta je tvořena **pozorovanými událostmi**.

Sociálními systémy nemíníme problematiku sociálních dávek, pracovního zařazení či ekonomické situace pacienta, ani práci sociologů, jak si většina zdravotníků nejspíš

představuje. Jde o složitou vztahovou síť, která má svou strukturu a dynamiku. Každý člověk je součástí nějakého takového systému, který může do určité míry ovlivňovat a formovat, a který cirkulárně zase formuje a ovlivňuje jej (Luhmann, 2006). Nároky a obtíže takového koevolučního vývoje a vzájemného ovlivňování jednotlivce a celku logicky přinášejí neustálé konflikty, které, když překročí určitou míru odolnosti, projeví se symptomaticky.

Je naprosto srozumitelné, že proti představě, že se biologické, psychické a sociální systémy vzájemně jen vyladují a nemohou se instruktivně informovat, stojí naše běžná zkušenost. Navenek se člověk jeví jako jednolitý celek. Všichni máme zkušenost, že myšlenku, která se „urodí v hlavě“, tedy jedinečný stav psychického systému, můžeme vyjádřit slovy, hlasem nebo psaním, pohybem, gestem, tedy také tělesně. Copak to je možné pouhým vyladěním? U dospělého člověka, který chrlí jednu myšlenku za druhou nebo bravurně hraje na housle, je nemožné pochopit, jak by mohlo jít o pouhé vyladování psychického aparátu s tělesným bez přímého spojení. Ale podívejte se na malé dítě, které se teprve učí používat své tělo. Jak obtížné je vytvořit první záměrný pohyb, vyslovit první zamýšlenou hlásku, první smysluplné slovo.

Naše chování po porodu je řízeno instinkty, které zajišťují rozvoj prvních sociálních systémů matka-dítě, později matka-dítě-otec a dalších. Pokud jsou vztahy v těchto subsystemech pro dítě bezpečné, rozvíjí se jeho bohatý psychický aparát (Bowlby, 2012). Význam těchto vazeb je intenzivně zkoumán. Bez pevného uspořádání kolem dítěte nemůžeme počítat se „zdravým“, tedy obvyklým vývojem (Crittenden, 2009). Zdán-

livě snadné propojení těla, psychiky a chování dosahujeme až velmi dlouhým, náročným a houževnatým tréninkem. Ten trvá formálně do osmnácti let, ve skutečnosti mnohem déle (Trapková, 2020).

Pokud si dovedeme představit všechny tři vrstvy jako vzájemně oddělené, ale přitom koevolučně svázané, zjistíme, že je to ještě složitější. Všechny tři úrovně, biologická, psychická i sociální totiž existují navíc nutně jak na makro-, tak na mikroúrovni. Pokud uznáme, že i každá buňka musí být schopná přidělovat zachyceným signálům významy a podle toho řídit své chování („psychická“ úroveň), pak nás nepřekvapí, že i na úrovni buněk musí existovat něco jako „vyjednaný smysl“, tedy „sociální“ jevy (Lipton, 2016). Projevem nedostatečného rozpoznávání a vyladování jednotlivých buněk s celým organismem bývá těžké poškození ať už na úrovni autoimunních chorob nebo maligního bujení. Tedy i biologické systémy mohou na mikroúrovni obsahovat jak „psychické“, tak „sociální jevy“, kterými se nám zdá disponovat až jedinec ve svém lidském společenství. Překvapivé nové znalosti mikrobiomu ukazují, jak složité ekosystémové vztahy mezi sebou tyto mikroorganismy s celým organismem mají. I to nejspíš patří k našemu tématu (Montgomery, et al., 2020).

Znalost fyziologie a anatomie těla, právě tak jako znalost zákonitostí vývojové psychologie dítěte včetně zákonitostí průběhu separačního procesu ve vrozené struktuře rodiny matka-dítě-otec, umožňuje porozumět pacientovi v jeho životní situaci, v jeho jedinečnosti (Trapková, 2017). Bez schopnosti dialogu, který vyžaduje ochotu k proměně jeho účastníků, se nedozvíme nic podstatného o vnitřním psychickém světě

člověka. Hledme, jak velké nároky na vzdělání na nás klade bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci. Není to ten hlavní důvod, proč naděje na jeho uplatnění v medicíně vyslovená už v roce 1977 není dosud naplňovaná (Engel, 1977)?

Současně je zřejmé, že žádný z odborníků na jednotlivou oblast, ať už biologickou, psychologickou nebo sociální, nemůže mít „patent na život“. Když lékař přesvědčuje pacienta, že jedinec on a jeho léky ho mohou zachránit, stejně tak, jako když některý sociolog tvrdí, že rodina už dávno neexistuje a je jedno, kdo děti vychovává, jedná stejně amatérsky, jako kdyby lékař psychosomatik tvrdil, že „všechny nemoci jsou v hlavě“. Jedině respekt ke všem třem rovinám s jejich rozdílnými systémy vede k vyváženému poznání reality. Biopsychosociální model zdraví a nemoci není užitečný jen pro psychosomatiku.

ZÁVĚR

Psychosomatická medicína jako zvláštní odborná způsobilost mezi biomedicínou a psychoterapií naplňuje nejpřísnější kritéria na zdraví a nemoc dle definice WHO. Jejím hlavním nástrojem, pokud chce udržet status vědecky obhajitelné disciplíny, je systémová teorie a vyvážený bio-psycho-sociální přístup. V rámci širokého pohledu na zdraví a nemoc může psychosomatická intervence obsahovat širokou škálu léčebných prostředků od slova v otevřeném dialogu, přes jakýkoli známý prostředek k úlevě od potíží, který však chápeme jako **vehikulum terapeutické aliance**. To neznamená, že nejsou některé intervence anebo kombinace metod výhodnější než jiné. V České republice ve srovnání s rozvinutějším zahraničím vidíme větší vliv rodinné

terapie a psychosomaticky orientovaných proudů ve fyzioterapii, což je zvláště výhodná kombinace. Chápání tělesných reakcí v emočním poli neblížších osob a možnosti práce s rodinou a práce s tělem usnadňují léčbu jinak obtížně léčitelných pacientů. Tento teoretický rámec umožňuje také chápat některé alternativní postupy tradiční medicíny, jak jsme ukázali jinde (Chvála, 2008). Za vyléčení nepokládáme pouhou úlevu od symptomů, ale především harmonizaci, tj. vzájemné vyladění biologické, psychologické a sociální vrstvy v životě našeho pacienta v terapeutickém vztahu lékař-pacient, ke kterému je lékař profesionálně školen. Psychoterapie je jedním z významných nástrojů psychosomatické léčby u vybraných pacientů. Její hlavní význam vidíme v přípravě lékařů, kteří se věnují psychosomatickým pacientům, přestože nemusí směřovat k psychoterapeutické praxi. Psychoterapeutické vzdělání na různých úrovních mezi základním školením a psychoterapeutickou specializací jednak prohlubuje schopnost sebereflexe lékaře, porozumění logice životních příběhů, a v neposlední řadě poskytuje vynikající teoretická východiska, obhajitelná na vědecké půdě medicíny, neboť propojuje medicínu s humanitními vědami.

Domníváme se, že důsledné pochopení bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, jak si jej představoval jeho autor, je v převážně biologicky orientované medicíně stále obtížnější naplňovat (Engel, 1977). Drtivá převaha biotechnologií není na překážku jen rozvoji psychosomatiky, ale celé vědecké medicíny. Hlavní příčinu tohoto stavu vidíme ve vzájemném nepochopení badatelů v oblasti biologických, psychologických a sociálních disciplín, v obtížném

propojování poznatků a výzkumné metodologie při absolutní dominanci biotechnologie. Podle našeho názoru má tento stav vážné ekonomické důsledky nadměrnou spotřebou lékařské péče, v mnoha případech ke škodě pacientů (Null, 2003).

V dramaticky rychlém nárůstu informací je logické, že stoupá význam mezioborových týmů, které mohou pokrýt širší potřeby pacienta díky souhře praktiků různých profesí, lékařů, fyzioterapeutů, psychologů, psychoterapeutů a dalších. Je výhodné, když mají k dispozici širokou nabídku procedur, kterými mohou aktivizovat pacienty. Mohou je vést k většímu náhledu, k větší zdatnosti, ke změnám v zaměření pozornosti atd. Podmínkou však je, aby spolu členové týmu dobře vycházeli, respektovali se a svými rozdíly se doplňovali, obohacovali a neohrožovali se. Obtížné to je tam, kde mezi biologicky vzdělanými odborníky panuje „psycho-skepe“, zatímco mezi odborníky z psychosociálních oblastí velmi často vidíme „biofobii“, jak to nazval významný sociolog Napoleon Shannon (Soukup, 2018). Vést takový tým patří k nejtěžším úkolům a největším výzvám. Nápomocná je pravidelná týmová intervize a supervize s externím speciálně vycvičeným supervizorem.

V České republice vidíme v přímém přenosu pokus o rozsáhlou reformu psychiatrie, kde nejde o nic menšího, než o vytvoření a stabilizaci bio-psycho-sociálně kompetentních týmů z odborníků různých profesí ve prospěch komplikovaných psychiatrických pacientů. Změna myšlení v hierarchicky organizovaných zdravotnických týmech je předpokladem potřebné mezioborové a mezirezortní souhry. Systemické myšlení je pro takové týmy výhodné. Kontext je

pak nejméně tak významný jako samotný symptom (Seikkula, 2003). Pochopení pro cirkulární kauzalitu, na rozdíl od té lineární, umožňuje klíčovou změnu pohledu na pacienta a jeho svět, tím i na zdraví a nemoc.

REFERENCE

- ALBANI, C., J. BECKER-PFAFF, B. GRAMMICH, G. HILDEBRAND, S. KNEER-WEIDENHAMMER a H. ROTHE, 2020. *Krankenhausbehandlung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Berlin: DGPM Fortbildungsakademie gGmbH.
- ANDERSON, Harlene, 2009. *Konverzace, jazyk a jejich možnosti*. Brno: N.C.Publ.
- BALINT, M., 1999. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada Publishing, s. 331.
- BAŠTECKÁ, B., 2016. *Psychologická praxe podložená důkazy: Veda a hodnoty*. 14.
- BATESON, G., 1988. *Mind and Nature: Necessary Unity*. New York: Bantam Book.
- BOWLBY, J., 2012. *Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- CRITTENDEN, P. a R. DALLOS, 2009. *All in the Family: Integrating Attachment and Family Systems Theories*. 10. s. 390–410. DOI: 10.1177/1359104509104048 <http://ccp.sagepub.com>.
- DOHERTY, W. a M. BAIRD, 1983. *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
- DRURY, N., 1981. *The Healing Power*. London: Fredewrick Muller, s. 231.
- ENGEL, G., 1977. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. s. 129–136.
- FOUCAULT, Michel, 2000. *Dohlížet a trestat*. Studie. Praha: Dauphin.
- GERGER, H., M. HLAVICA, J. GAAB, T. MUNDER a J. BARTH, 2015. *Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis*. s. 217–226. DOI: 10.1159/000380914. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1159/000380914>
- HAVELKOVÁ, A. a A. SLEZÁČKOVÁ, 2017. Výzkum v psychosomatice: stručný průřez pojetími, vývojem a současnými tématy. *EPsychologie, elektornický časopis ČMPS* [online]. [cit. 2021]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/clanek/295>
- HONZÁK, R., 2016. *Placebo jako opomíjená součást léčby*. s.233–246.
- CHVÁLA, V., 2009. *Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci*. s. 93–103.
- CHVÁLA, V., R. HONZÁK, O. MASNER, M. ROČNOVÁ, B. SEIFERT, M. SEIFERT a L. TRAPKOVÁ, 2015. Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlené příznaky. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10, (1).
- CHVÁLA, V. a D. SKORUNKA, 2017. Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. *Psychiatr.praxi*. Praha: SOLEN, 18(1), 42–46. DOI: DOI: 10.36290/psy.2017.040.
- CHVÁLA, V. a L. TRAPKOVÁ, 2008. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- JONES, E., 1993. *Family Systems Therapy: Developments in the Milan-systemic Therapies*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- KLEINSTÄUBER, M., M. WITTHÖFT a W. HILLER, 2011. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *ScienceDirect* [online]. Amsterdam: Elsevier, s. 146–160 [cit. 2020]. DOI: doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.001>
- KOELEN, J., J. HOUTVEEN, A. ABBASS, P. LUYTEN, E. EURELINGS-BONTEKOE, S. VAN BROECKHUYSEN-KLOTH, M. BÜHRING a R. GREENEN, 2014. Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* [online]. [cit. 2020]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121830>
- KONEČNÁ, H., D. SLOUKOVÁ a T. MAR-

- DEŠIČ, 2012. *Medicína založená na důvěře*. Praha: Galén, s. 155.
- KŘÍŽOVÁ, E., 2015. *Alternativní medicína v České republice*. Praha: Karolinum, s. 150.
- KUHN, T., Jeníček TOMÁŠ, 1997. *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: Oikoymenh, s. 206.
- LAKHAN, S. a K. SCHOFIELD, 2013. *Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: A systematic review and meta-analysis*. DOI: e71834. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
- LIEB, Hans, 1992. *Psycho-Somatik: Ununterscheidbare Einheit, instruktive Interaktion oder strukturell gekoppelte Koevolution?*. s. 256–267.
- LIPTON, H., 2016. *The Biology of Belief*. Carlsbad, Kalifornie: Hay House Inc.; Anniversary edition, s. 312.
- LOWEN, Alexander, 1975. *Bioenergetics*. Pennsylvania: Penguin books.
- LUHMANN, N., 2006. *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. Praha: CDK.
- MENON, V., T. RAJAN, P. KUPPILI a S. SARKAR, 2017. *Cognitive behavior therapy for medically unexplained symptoms: A systematic review and meta-analysis of published controlled trials*. Dostupné také z: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_17_17
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přástup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, s. 332.
- MONTGOMERY, T., A. KÜNSTNER, J. KENNEDY et al., 2020. Interactions between host genetics and gut microbiota determine susceptibility to CNS autoimmunity. *PNAS* [online]. [cit. 2021]. Dostupné z: <https://www.pnas.org/content/117/44/27516>
- MZ, Věstník, 2015. *Vzdělávací program nástavbového oboru. Věstník MZ, květen*.
- NULL, G., C. DEAN a ET AL, 2003. *Death by Medicine*. New York: Nutrition Institute of America.
- PONĚŠICKÝ, J., 2019. *Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze*. Praha: Triton, s. 219.
- PROCHASKA, J. a J. NORCROSS, 1999. *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada.
- ŘIHÁČEK, T., P. PAVLENKO a H. FRANKE, 2017. *Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledných studií*. s. 350–362.
- SEIKKULA, J. a M. OLSON, 2003. *The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its poetic and micropolitics*. s. 403–418.
- SIEGEL, D., 2020. *The Developing Mind; How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are, 3rd Edition*. N.Y.: Guilford, s. 674.
- SIEGEL, D., 2012. *The Developing Mind*. New York: Guilford Press, 506 stran.
- SKORUNKA, D., 2010. *Rodinná terapie*. VYBÍRAL Z., Roubal. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, s. 235–269.
- SOUKUP, M., 2018. *Antropologie. Teorie, koncepty a osobnosti*. Červený Kostelec: Kosmas, s. 773.
- STACKEOVÁ, D., 2018. *Zpráva o současném stavu výuky psychosomatiky na vysokých školách v ČR*. www.psychosom.cz. Dostupné také z: <https://www.psychosom.cz/psychosom/vydani-4-2018/693-politika>
- ŠEBEK, M., 2020. *Přenos a protipřenos ve vztahu lékaře a pacienta. Psychoanalýza dnes*. Dostupné také z: <http://psychoanalyzadnes.cz/2020/01/16/prenos-a-protiprenos-ve-vztahu-lekare-a-pacienta/>
- TELEC, I., 2017. *Komplementární a alternativní medicína pohledem zdravotnického práva* [online]. Česká advokátní komora [cit. 2020]. Dostupné z: <http://www.bulletin-advokacie.cz/komplementarni-a-alternativni-medicina-pohledem-zdravotnickeho-prava>
- TÓTHOVÁ, J., 2011. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- TRAPKOVÁ, L., 2020. *V genderově zmatené době naše děti nevědí, čím jsou*. s. 100–103.
- TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2016. *Liberecký výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch*. s. 126–139.
- TRAPKOVÁ, L. a V. CHVÁLA, 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

TRESS, W., 2004. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.

VAN DESSEL, N., M. DEN BOEFT, J. VAN DER WOUDE et al., 2014. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochran*

Database Syst Rev. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011142.pub2>

VYBÍRAL, Z. a J. ROUBAL, 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.

Došlo do redakce 28. 5. 2020, v revidovaném znění 19. 1. 2021. K publikaci přijato 7. 9. 2021.