

Univerzita Palackého v Olomouci

CMTF



Účinnost psychosomatické terapie

Disertační práce

MUDr. Jaromír Kabát

Školitelka: PhDr. Iva Šolcová, Ph.D.,
doc. PhDr. Iva Poláčková Šolcová, Ph.D.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, jsou v práci řádně citovány a uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 5.6. 2020 Podpis :

Děkuji své školitelce doc. PhDr. Ivě Poláčkové Šolcové, Ph.D. za odborné vedení a cenné podněty při zpracování této práce. Dále děkuji doc. Mgr. Tomáši Řiháčkovi, Ph.D. za odborné rady a konzultace a neobyčejnou vstřícnost a ochotu. Díky patří i celému týmu Centra pro výzkum psychoterapie za odborné rady a administrativu spojenou se sběrem dat.

Abstrakt

Práce zjišťuje účinnost psychosomatické terapie a zkoumá oblasti terapeutické změny v multimodálním stacionárním programu. Psychosomatická diagnostika a léčba je v současné době aktuálním a často diskutovaným tématem. Psychosomatická medicína usiluje o své místo v pregraduální výuce medicíny, usiluje i o zakotvení v medicínské praxi a ve způsobu myšlení lékařů. Výzkumy psychosomatické léčby jsou z tohoto důvodu velmi potřebné, zatím jsou u nás ale spíše ojedinělé. Cílem práce je proto zhodnotit využitím naturalistické studie změny ke kterým v terapeutickém procesu dochází a identifikovat faktory, které k této změně napomáhají či ji naopak znesnadňují. Data byla získávána pomocí sebeposuzovacích škál, každý týden v průběhu šesti až dvanáctitýdenní stacionární léčby. Jejich analýza naznačuje dobrou účinnost multimodální stacionární léčby. Ke změně dochází v hlavních sledovaných oblastech – zlepšuje se osobní pohoda, pocit celkové spokojenosti, ustupují příznaky depresivity i úzkosti, méně somatické příznaky, ale rozšiřuje se schopnost tělesného a emočního uvědomění. v práci jsou diskutovány limity naturalistického uspořádání výzkumu a zmíněny i doporučení pro další pokračování výzkumu psychosomatické terapie.

Klíčová slova: psychosomatická léčba, dynamicky orientovaná psychoterapie, stacionární multimodální léčba, naturalistický výzkum, účinnost terapie.

This work examines the effectiveness of psychosomatic therapy and analyses the areas of therapeutic changes in a multimodal therapeutic inpatient program. Psychosomatic diagnosis and treatment is topical subject at this moment and often discussed. Psychosomatic medicine is trying to get its place in the undergraduate medical education and it also aims to be anchored in medical

practice and in physicians' minds. Psychosomatic therapy research is therefore very important, but up to now, rather sporadically in our country. This work aims to evaluate the changes occurring in the therapeutic process and to identify factors that facilitate it or make it more difficult. Data were collected from patients using self-assessment scales, each week during three to twelve weeks of inpatient treatment. Data analysis suggests good effectiveness of multimodal inpatient treatment. Changes occur in primary fields of observation – well-being and overall satisfaction improves, symptoms of depression and anxiety decrease, somatic symptoms decrease to a lesser extent and expands physical and emotional perceptions. The limits of the naturalistic research are discussed and recommendations for further research are mentioned.

Key words: psychosomatic treatment, dynamically oriented psychotherapy, inpatient multimodal treatment, naturalistic research, therapy effectiveness.

Abstrakt	4
A.Psychosomatická medicína - obecná část	8
1. Úvod	8
2. Problém těla a mysli	9
2.1.Vývoj medicíny	9
2.2.Psychofyzický dualizmus	12
3. Psychosomatické modely	14
3.1.Vývoj psychosomatického myšlení	14
3.2.Současný stav	18
4. Vznik a vývoj psychosomatického onemocnění	19
4.1.Predisponující a vyvolávající faktory	20
4.1.1.Časně životní události	21
4.1.2.Chování v nemoci	23
4.1.3.Duševní pohoda, obavy o zdraví a strach z nemoci	24
4.1.4.Osobnostní charakteristiky	25
4.1.5.Alexithymie	26
4.1.6.Kognitivní faktory	27
4.1.7.Alostatická zátěž	27
4.2.Udržující faktory	28
5. Léčba psychosomatických onemocnění	28
5.1.Selhání čistě biologického přístupu	29
5.1.1.“Outsourcing” a stigmatizace	30
5.2.Pacient s psychosomatickými potížemi	30
5.2.1.Interakce s lékařem	33
5.2.2.Nástroje lékaře k psychosomatické terapii	35
5.3.Multimodální uspořádání léčby	37
5.3.1.Psychodynamický rámec	39
5.3.2.Práce s tělem v psychosomatické terapii	41
5.3.3.Edukace	42
5.3.4.Neverbální techniky	43
5.3.5.KBT	43
6. Výzkumy účinnosti psychosomatické terapie	44
6.1.Efektivita různých léčebných přístupů	48
6.2.Mechanismy změny psychosomatické terapie	51
6.3.Prediktory úspěšnosti psychosomatické léčby	53

7. Souhrn teoretické části	55
B. Výzkumná část	58
1. Úvod	58
2. Cíle výzkumu	59
3. Metoda	60
3.1. Metoda stacionární léčby	60
3.1.1. Skupinová psychoterapie	61
3.1.2. Edukace	62
3.1.3. Kreativní hraní	62
3.1.4. Arteterapie	62
3.1.5. Bioenergetická cvičení	63
3.1.6. Psychosomatické cvičení	63
3.1.7. Autogenní trénink	63
3.1.8. Pracovní činnosti	63
3.1.9. Zdravá výživa	64
3.1.10. Princip terapeutické komunity	64
3.2. Výzkumný soubor	64
3.3. Sběr dat a použité testové metody	69
3.3.1. Stručný popis dotazníků použitých před začátkem terapie:	71
3.3.2. Stručný popis dotazníků použitých v průběhu terapie	76
3.3.3. Stručný popis dotazníků použitých na konci terapie:	77
3.4. Statisticko analytické metody	78
4. Výsledky	79
4.1. Deskriptivní statistiky vyšetřovaného souboru	79
4.2. Terapeutická změna po skončení léčby	83
4.3. Klinicky signifikantní změna	87
4.4. Mechanizmy terapeutické změny	91
4.5. Prediktory úspěšné léčby	99
5. Diskuze	100
5.1. Limity výzkumu	111
6. Závěr	113
Literatura	115

A. Psychosomatická medicína - obecná část

1. Úvod

Přibližně 10 % populace a přibližně jedna třetina dospělých pacientů trpí funkčními somatickými příznaky, které mají mnoho podob. Jsou často chronické, zasahují do běžného fungování, zhoršují kvalitu života a jejich léčba je náročná a nákladná (Roenneberg, C., Sattel, Schaefer, Henningsen, & Hausteiner-Wiehle, 2019; Tress, K., Ott, 2003). Psychosomatická diagnostika a léčba je proto v současné době velmi aktuálním a často diskutovaným tématem. Přijetí a rozšíření bio-psycho-sociálního modelu (BPS) napříč klinickými obory i teoretickým výzkumem ukázalo v průběhu posledních desetiletí, že psychosociální faktory lze prokázat jako příčiny nebo kofaktory vzniku a průběhu mnoha nemocí (Berrocal et al., 2016). Bio-psycho-sociální model, je v současné době nejucelenějším, nejkompaktnějším a nejdůležitějším konceptem, v němž je možné porozumět zdraví a nemoci člověka (Engel, 1977). Psychosomatická medicína je tak vědeckým přístupem ke zdraví a nemoci, který bere v úvahu vzájemné vztahy a vzájemné působení biologických, psychologických a sociálních faktorů. i když byl tento model přijat Světovou zdravotnickou organizací (WHO) již v roce 1977, dosud nebyl v našem zdravotnictví plně převeden do praxe. Psychosomatická medicína přitom integruje nejnovější poznatky neurověd, výsledky klinických pozorování, terapeutické zkušenosti a opírá se podstatným způsobem také o empirické výzkumy. Tento přírodovědný postoj kombinuje v klinické praxi s rozumějícím přístupem, ve kterém jde o individuální smysl nemoci v aktuální životní situaci pacienta (Chvála, 2015b).

K tomu aby mohly být vědecké předpoklady bio-psycho-sociálního modelu pevně zakotveny v praxi a ve způsobu myšlení lékařů všech medicínských oborů, je třeba získat více důkazů o účinnosti různých forem psychosomatické terapie, resp. o účinnosti a efektivitě jednotlivých léčebných opatření a o indikacích k jejich výběru. I náš výzkum účinnosti léčby v multimodálním programu denních stacionářů zaměřených na léčbu psychosomatických onemocnění má být krokem tímto směrem.

Protože šlo o naturalistické pozorování – sběr dat probíhal v běžném provozu našeho zařízení – považuji za důležité nejprve v následujících kapitolách obecné části blíže definovat náš současný pohled na psychosomatické onemocnění, jeho diagnostiku a charakteristiky pacientů, kteří jsou do našich programů přijímáni.

2. Problém těla a mysli

Pro porozumění současnému stavu psychosomatické medicíny a jejího výzkumu je třeba se stručně ohlédnout do historie. Stejně tak je potřebné vyjasnit a vymezit některé pojmy, které jsou v práci použité a jejichž význam není vždy jednoznačný.

2.1. Vývoj medicíny

Historie západní medicíny je příběhem postupného odhalování vnitřní struktury a funkcí těla a tělesných orgánů, který nutně nakonec vyústil v porozumění nemocím a poruchám zdraví jako důsledku identifikovatelných poruch v těle. Následující objevy virů, bakterií a dalších škodlivin ještě více upevnily přesvědčení o působení “hmatatelných” patogenů na lidské zdraví. Příchod moderních technologií pak umožnil ještě podrobnější “materiální” rozlišení pomo-

cí stále dokonalejších přístrojů a laboratorních technik. Všechny tyto pokroky biologické medicíny byly velmi důležité. Umožnily léčbu a prevenci mnoha nemocí a jsou užitečné a důležité pro stavy, kterým lze dobře porozumět v biologických pojmech. Tento tradiční biomedicínský model ale není vhodný pro pochopení celé řady zdravotních potíží, které jsou někdy nepřesně nazývány „psychosomatické“. Proto je již delší dobu evidentní potřeba doplnit biomedicínskou teorii a praxi tak, aby psychosomatická problematika byla dostatečně chápána a při léčbě využita všemi lékaři (Chvála, 2015a). Ve vztahu k medicíně má termín „psychosomatika“ širší význam, než tomu bylo v minulosti. Psychosomatická medicína se dnes neomezuje jen na studium několika stavů, tzv. psychosomatických poruch, u nichž mají psychické faktory zvláště důležitý etiologický význam, místo toho se pojmem psychosomatika rozumí přístup, způsob myšlení v celé oblasti medicíny, včetně psychiatrie, při kterém jde u každého pacienta o porozumění interakci mezi biologickými, psychologickými a sociálními faktory (Engel, 1977).

Rychlý pokrok, kterého medicína postupně dosahovala v našem porozumění fyzikálním mechanismům a příčinám nemocí, vedl k zanedbávání úvah o psychosociálních aspektech nemoci, které ve starověku a středověku přirozeně patřily k léčbě i diagnostice (Chromý, Honzák, 2005). Přispěl k tomu především Descartův dualismus v 17. století a jehož přímým důsledkem pro medicínu bylo stanovisko redukující organismus člověka na rozumný stroj. Medicína se v devatenáctém století prudce rozvíjela spolu s ostatními vědami. Biomedicínský model, posílený Virchowovou definicí nemoci jako poruchy buněk a tkání se stal jejím základem na dlouhou dobu (Chromý, Honzák, 2005).

Teprve s Freudovou teorií a s rozvojem psychoanalytické léčby, ve dvacátém století, se přesouvá pozornost i k psychickým faktorům. Tento mezník je spojen především se jménem Franze Alexandera, amerického psychoanalytika, který vytvořil první koncept psychosomatických onemocnění (Baštecký et al.,

1993; Luborsky et al., 1973). Předpokládal, že určité nemoci vznikají pouze působením psychických příčin, že jsou důsledkem nějakého základního intrapsychického konfliktu. Tato tak zvaná teorie specifity přeceňovala psychologické vlivy. U některých nemocí, jako je hypertenze, peptický vřed nebo ulcerózní kolitida považovala za dominantní buď vliv konkrétní struktury osobnosti nebo konfliktní emoční situace, která dokonce měla být specifická pro konkrétní onemocnění (Baštecký et al., 1993). Přestože tato teorie byla vyvrácena, dodnes někteří lékaři nekriticky inklinují k zjednodušené aplikaci pojmů konverze a symboliky pro vysvětlení příznaků nemoci. Tyto přístupy ale ignorují stejně důležité biologické aspekty poruch. Později ve 40. letech 20. století se na cestě k dalšímu porozumění psychosomatickým souvislostem objevuje koncept stresu jako nespecifické odpovědi organismu na zátěž a také teorie zkoumající psychosomatické nemoci v souvislosti s osobnostními charakteristikami jako je chování typu A (Friedman, Rosenman, 1971) nebo alexithymie. Tyto koncepty nemají dnes platnost univerzálního vysvětlení, je však třeba brát v úvahu jejich možné uplatnění při rozvoji či udržování nemoci.

Dnešní psychosomatický přístup kombinuje biologické úvahy s psychologickými a sociálními a studuje jejich interakci v chorobných stavech, protože somatické i psychické faktory ovlivňují člověka jako psycho-biologický organizmus v jeho sociálním prostředí (Vaillant-Roussel et al., 2015; Wenzel, Morfeld, 2016). Neznamená to tedy, že jeden nebo druhý pohled je důležitější. Ve skutečnosti se u mnoha organických onemocnění může ukázat, že psychosociální faktory nemají žádný etiologický význam, zatímco u některých fyziologických poruch funkce může být příčina převážně nebo zcela psychogenní a dlouhodobé hledání neexistující fyzické příčiny může jen oddálit relevantnější šetření významných psychosociálních faktorů. Zdá se dnes tedy vhodnější zkoumat relativní přínosy obou těchto aspektů a jejich interakce, než setrvávat v zastaralé diskuzi o tom, zda je určitá nemoc určena fyzickými nebo psycholo-

gickými faktory (Deter, H. C., 2018a). Tento přístup je použitelný pro celou oblast lékařské praxe. Je třeba studovat psychologické i fyzické jevy. Metody pozorování se ale v obou případech liší, fyziologické a biochemické metody jsou vhodné pro výzkum biologických mechanismů, zatímco psychologické postupy jsou vyžadovány při výzkumu mentálních jevů. Studium vzájemných vztahů mezi těmito dvěma výzkumnými obory, biologickým a psychologickým, představuje pole psychosomatiky v nejširším slova smyslu a má své uplatnění ve zdravém fungování člověka i v jeho nemoci. (Berrocal et al., 2016; Bragee, Bullington, 2003; Wolff, 1977)

2.2. Psychofyzický dualismus

Problém “těla a mysli”, nebo-li problém psychofyzického dualismu, je podstatou současné diskuze a mnohdy nepochopení psychosomatické. Použití samotného termínu psychosomatika je zpochybňováno (Lewis, 1965) protože odděluje psychické od tělesného a tak zachovává karteziánský koncept dualismu mysli a těla. Při tom dnes víme, že všechny mentální jevy jsou založeny na fyzických procesech v mozku (Rüegg, 2007). v tomto smyslu je dualismus mysli a těla zastaralým pojmem. Na každou lidskou zkušenost lze pohlížet buď z psychologického nebo somatického hlediska v závislosti na tom, zda studujeme zkušenost a její význam v psychosociálním kontextu, nebo zda se zabýváme studiem fyziologických mechanismů, které jsou základem lidské zkušenosti a chování (Hill, 1978; Wolff, 1971).

Vztah mezi duchem a hmotou, významem a obsahem je filozofickým tématem odedávna (Baštecký et al., 1993). Vztah mezi myslí a tělem v termínech zdraví a nemoci začal být diskutovaným tématem až když byla nemoc konceptualizována jako důsledek materiálních lézí, dysfunkcí a poruch v hmotném těle. Ve starověku bylo zdraví a nemoc chápáno holisticky - celostně. Vyvážené

vztahy s ostatními lidmi i s přírodou byly pro zdraví stejně důležité jako výživa a tělesný pohyb (Deter, H.C. et al., 2018; Teppone, 2019). Tím, že se však příčina poruch zdraví zredukovala jen na jednu z částí celku – na hmotné tělo – byl náš pohled na zdraví a nemoc tímto redukcionistickým rámcem velmi omezen. Nejsou to jen lékaři, kteří se zabývají primárně pouze tělem. Také pacienti s psychosomatickými problémy chápou své zdravotní potíže výhradně somaticky, často velmi mechanisticky. Vzhledem k tomuto somatickému zaměření na obou stranách, není možné rozpoznat a pochopit problémy ze sféry psychické a sociální, které se prezentují až svým „tělesným řešením“ – tedy somatickými projevy – které ale nemají žádné rozpoznatelné organické příčiny (Cooper et al., 2017; Spaans et al., 2009). Pacient se ve svém porozumění nemoci zafixuje na úrovni tělesného příznaku jako poruchy v těle. To je však nedostatečné pro zprostředkování problému a příčin nemoci v celé potřebné šíři. Lékař nemá bohužel většinou ve svém repertoáru nic co by mohlo jakkoliv ovlivnit somatické symptomy se kterými pacient přichází. Zdravotní potíže totiž mají zdroj v jeho životě, nikoliv v těle samotném (Tress, K, Ott, 2003). Dokud zůstává příčina potíží (a zároveň i výzva a příležitost k nějaké změně) v životě pacienta bez pozornosti, symptomy přetrvávají (Spaans et al., 2009).

Způsob jakým lidé vnímají význam a smysl svého života i způsob jak jej žijí se odráží v těle. Selhání tohoto psychosomatického chápání souvislostí zapříčiňuje onu dualistickou konceptualizaci člověka jako dvou různých sfér, které mají vlastnosti vzájemně se vylučující (Carlsson, Jern, 1982). Duševní děje jsou subjektivní, velmi soukromé, těžko poznatelné, přístupné pouze subjektu, nehmotné, kvalitativní, intencionální. Souvisí s pocity, postoji, hodnotami, sebevědomím a s úmysly jedince. Hmotu těla lze definovat jako pravý opak: Je objektivní, “veřejné”, hmotné, kvantitativní (měřitelné) a mechanické (Carlsson, Jern, 1982; Lipowski, 1986). Tímto způsobem tvoří vnitřní (duše) a vnější (tělo) dvě v podstatě odlišné sféry reality, spojené však do jedné bytosti. Dokud

zastává lékař pojetí těla jako pouhé hmoty a psychiky jako opaku těla, pak zůstanou psychosomatické podmínky nevysvětlitelné (Vonuekull, 1988).

3. Psychosomatické modely

Výzkum v psychosomatice odpovídal aktuálně platným psychosomatickým teoriím, od prvotního hledání specifických psychických příčin některých somatických onemocnění, až po současné interdisciplinární zkoumání interakce faktorů na všech úrovních bytí člověka, využívající dnes i nejmodernějších zobrazovacích metod mozku. Poučení a inspiraci pro plánování výzkumu poskytuje i vývoj psychosomatického myšlení, neboť některé myšlenky jsou platné dodnes.

3.1. Vývoj psychosomatického myšlení

Freudův model psychoneurózy, jako důsledku konfliktu pudového přání a zákazu, který se symbolicky prezentuje v symptomu, obsahoval koncept konverze, ve kterém bylo tělo nositelem symbolického vyjádření tohoto konfliktu (Bronstein, 2011; Engel, Schmale, 1967). Hromadily se impulzy, zvláště sexuální či agresivní, kterých si člověk není vědom, protože porušují jeho představy o sobě a proto není možné je realizovat, naléhají tyto impulzy a přání na to aby byly vyjádřeny. Naléhají tak silně, že může dojít k jejich vyjádření v tělesném symptomu. Dojde tak k projevu konfliktu v jediné přijatelné podobě, totiž v podobě symbolické. Konfliktu je tím odňata jeho hrozivost, protože je znázorněn skrytě. Obavy z impulzů se tak sníží (Mendez, 2018).

Po selhání hypotézy specifity, korelující určité konkrétní nevědomé konflikty se specifickými onemocněními, došlo k posunu zájmu směrem k psycho-

fyziologickému přístupu a k porozumění mechanismům zprostředkujícím spojení mezi symbolickými stimuly a fyziologickou odpovědí.

Fenichel přesunul etiopatogenetické porozumění významu pudových přání k ústřednímu vlivu afektů (Koepp, Deter, 2006). Myšlenka, že se projevuje a je vnímána pouze tělesná vegetativní část afektu, zatímco jeho psychický aspekt není zastoupen, vedla k rozvoji konceptu somatického příznaku jako ekvivalentu afektu a ke konceptu tzv. orgánové neurózy. Při ní vegetativní, somatický fenomen „zastupuje“ neuvědomovaný afekt (např. strach, zlost).

Alexander (1951) rozlišoval mezi dvěma hlavními poruchami: přetrvávání ve stavu připravenosti na nezbytnou akci (s převahou sympatiku; problém spočívá v tom, že k akci nikdy nedojde) nebo reakce organismu stažením (s převahou parasympatiku). Pro Alexandra nebyly psychosomatické poruchy symbolickým výrazem konfliktního napětí jako u Freuda, ale následkem výsledné vegetativní reakce (Brown, TM, 1993; Schmidt, 2010). Somatická doprovodná reakce afektů, ke které dochází automaticky a nelze ji smysluplně prožít, tak vyvolává nemoc.

Emoce byly vždy dobře představitelné příčiny psychosomatických symptomů, protože jsou typickým příkladem psycho-somatických fenomenů, které mají fyziologickou i psychologickou složku. Myšlenku použití emocí jako mostu mezi myslí a tělem použily mnohé tradiční teorie, aby se pokusily najít srozumitelné spojení mezi významem (z psycho-sociální oblasti) a fyzickým tělem (Deter, H.C. et al., 2018; Vonuekull, 1988).

Max Schur a Alexander Mitscherlich následně vyvinuli koncept regresivní obrany jako podstaty psychosomatických onemocnění (Rudolf, Henningsen, 2017). Schur viděl v modelu tzv. resomatizace pohyb směrem zpět z místa již dokončené desomatizace. Resomatizaci považoval za obranu, kterou člověk reaguje na neúnosné pocity (Rudolf, Henningsen, 2017). Za příčinu je považována porucha desomatizace v raném dětství a schopnost symbolizovat afekty

(Krystal, 1997). Nedostatečná desomatizace afektů vede ke zvýšenému afektivnímu obsazení tělesných funkcí a orgánů. Afekty a pocity jako je hněv, strach, smutek, deprese, strach, nechuť a další jsou prožívány tělesně. Příčinné afekty zůstávají neuvědomované, zatímco somatická část je vnímána intenzivněji než při normální emoční reakci (Deter, H.C. et al., 2018; Vonuekull, 1988).

V dnešní psychosomatice je pochopení těla i fyzických stížností a poruch úzce spjato s vývojovou perspektivou. Na začátku života je vývoj dětí zcela závislý na empatii pečující osoby. Zkušenosti na začátku života prožívá dítě zprvu zcela tělesně, fyzicky. Neexistuje žádná diferenciaci na fyzickou a duševní dimenzi (Krystal, 1997). Teprve později se tělesné zážitky symbolizují a dostávají se na vyšší symbolickou – verbální – úroveň. Možná každá psychická realita je založena na nějaké biologické funkci (Anzieu-Premmereur, 2015). Tělesná zkušenost je transformována do myšlenek a tak získává svoji mentální reprezentaci (Lorenzer, 2016). Zkušenosti, které pocházejí z doby, kdy dítě ještě nemá možnost symbolizovat, jsou ukládány jako preverbální vzpomínky, tedy jako emoční nebo tělesné stavy, do implicitní, procedurální paměti. Tam je uložena “paměť těla” (Tewes, Fuchs, 2018). v průběhu dalšího vývoje nabývá člověk schopnosti mentální reprezentace svých afektů a stále lepšího odlišení tělesného vnímání a duševního prožívání. v průběhu tohoto procesu se ale mohou objevit chyby a odchylky od normálního průběhu, které pak mohou významně spolupůsobit při vzniku různých psychosomatických onemocnění (Krystal, 1997). Psychoterapeutické přístupy mohou takové poruchy plně pochopit pouze když zahrnují nejen pacientovu duševní ale také tělesnou dimenzi.

Zástupci psychodynamické teorie psychosomatiky obhajují hypotézu konverze jako procesu, při kterém je určitý obsah mysli přeměněn do tělesného příznaku (Goetzmann et al., 2019; Schussler, 2002; Wiseman, Tishby, 2014). Podle této hypotézy obklopuje do nevědomí potlačená přání a fantazie energie,

která se dále hromadí, neboť není možné ji uvolnit “normální” cestou, kterou jsou pocity, myšlenky a činy. Tato psychická energie obklopující zakázané myšlenky a přání, je-li příliš silná, se nakonec dostane do těla, což způsobí psychosomatické tělesné symptomy (Schussler, 2002). v původním modelu konverze bylo toto prostupování do těla považováno za důsledek určité větší tělesné zranitelnosti způsobené buď vrozenou slabostí nebo organickou predispozicí – to znamená, že se příznak objeví v nejslabší, nejzranitelnější části těla (Herrmann-Lingen et al., 2019). Později si však Freud všiml, že symptom má také někdy symbolický význam, kterému je možné porozumět, interpretovat jej. Podle psychodynamické teorie jsou tedy za vytváření psychosomatických symptomů odpovědné fyziologické procesy, které jsou spojené s psychickou, mentální úrovní významovosti. To co může způsobit psychosomatické příznaky, je podle této teorie psychická energie obklopující potlačené myšlenky, přání a fantazie nebo potlačené emoce (Herrmann-Lingen et al., 2019).

Moderní vyšetřovací metody mozku (fMRI, PET) a objevy neurobiologie dnes potvrzují, jak slova a myšlenky, sugesce, ale i neuvědomované představy, přání, fantazie proměňují synaptické struktury mozku a tím ovlivňují nejrůznější somatické procesy jako např. bolestivá svalová přepětí, či onemocnění srdce a oběhového systému, funkční změny v gastrointestinálním traktu, v hormonálním a imunitním systému. Stejně tak se množí i důkazy o neuronální restrukturalizaci vlivem různých terapeutických intervencí, které pak tímto způsobem působí na tělo a tělesné funkce (Gray et al., 2014; Karatsoreos, McEwen, 2013; McEwen, 2018).

3.2. Současný stav

Z výše uvedeného vyplývá, že pátrání po jediné vysvětlující příčině tak komplexního problému, kterým je psychosomatické onemocnění nemůže mít úspěch. s tím souvisí i požadavek větší komplexity výzkumných strategií.

Podle současné, všeobecně přijaté představy, jsou dnes procesy nemocí a všechny zdravotní poruchy považovány za výsledek složitých interakcí mezi faktory nacházejícími se v různých, ale vzájemně závislých a provázaných systémech (biofyziologickém, psychologickém, sociálním, kulturním) které spolu navzájem interagují prostřednictvím zpětnovazebných smyček a vzájemně se ovlivňují (Wenzel, Morfeld, 2016). Etiologie nemoci je multifaktoriální, její vznik a vývoj ovlivňují složité vzorce interakcí (Engel, 1977; Roelcke, 2016). Důležitou roli hrají subjektivní faktory, konkrétně vlastnosti a osobnostní charakteristiky pacienta, jeho schopnost vyrovnat se s nároky v době nástupu nemoci, jeho kognitivní a behaviorální vzorce, které mohou přispět k nedostatečnému zvládnutí zátěže.

Uznáváme multifaktoriální etiologii onemocnění ale dosud většinou neznáme příčinné souvislosti ani účinné mechanismy všech interakcí. Současně stále rozdělujeme člověka na říši subjektivní významovosti, hmotného těla a prostředí, proto jsme stále nuceni obhajovat vzájemný vztah mezi částmi nedělitelného celku (Schueffel, 2019). Dalším rozporem spojeným s psychosomatickou medicínou, který znesnadňuje i výzkum, je určitý nesoulad rozdílných vědeckých zájmů: na jedné straně hledání všeobecně platných, univerzálních zákonů, které je možné zobecnit a současně přijetí otevřenějšího přístupu, vyzdvihujícího jedinečnost člověka a důležitost subjektivního významu individuálních situací.

Psychosomatická medicína, jako lékařská disciplína potřebuje ale kvantifikované, experimentální ověření svých teoretických předpokladů a poznání

alespoň některých kauzálních mechanismů. Tato strategie ale opět není slučitelná s jiným hlavním principem psychosomatické medicíny, který pro porozumění psychosomatické patologii vyzdvihuje důležitost hluboce individuálních a subjektivních faktorů (Holub, Telerovský, 2013). Je těžké si představit jak mohou být objeveny kauzální vztahy, když spolu vzájemně reaguje tak složitá a téměř nekonečná kombinace faktorů, jako jsou specifické osobnostní charakteristiky, copingové strategie, schopnosti adaptace, sociální postavení, vztahy a další jedinečné individuální významy nejrůznějších životních situací a událostí. Toto dilema je velmi těžko řešitelné. Kdyby psychosomatická medicína chtěla následovat přírodní vědy a formulovat ověřené hypotézy a definovat kauzální mechanismy, nemohla by současně přijmout důležitost individuální subjektivní významovosti pro fungování člověka a pro etiologii psychosomatických symptomů a nemocí (Dreier, O., 1998; Dreier, Ole, 2015).

Je zřejmé, že základní problémy psychosomatické medicíny stále přetrvávají. Dosavadní vývoj neposkytl skutečně bio-psycho-sociální model člověka a nezajistil ani srozumitelnou etiologii psychosomatických onemocnění ani neobjevil kauzální vztahy mezi duší a tělem. Přes vzrůstající úsilí v oblasti výzkumu je zatím psychosomatické bádání pro leckteré lékaře asi zklamáním, přestože se podařilo nahromadit již velké množství empirických pozorování. Nicméně problém spočívá v tom, že mnoho zjištění nelze vzájemně propojit a už vůbec ne zobecnit (Carlsson, Jern, 1982).

4. Vznik a vývoj psychosomatického onemocnění

Pro výzkum je důležité ujasnit přístupy a koncepty, které jsou východiskem pro diagnostiku i léčbu. Stejně tak pojmy používané při konceptualizaci

jednotlivých případů a následném plánování jejich terapie. To je obsahem následující kapitoly.

Původ a příčina psychosomatických poruch jsou ještě i dnes známy jen částečně. Jak již bylo řečeno, základním postulátem psychosomatiky se stala multikauzalita, tedy předpoklad multifaktoriální příčiny onemocnění. To naznačuje interakci biologických, psychologických, sociálních i kulturních faktorů, jakož samozřejmě i zdravotního systému. v procesu rozvoje nemoci je možné identifikovat predispoziční faktory – jako určitou dispozici či náchylnost člověka k rozvoji onemocnění. Dále precipitační nebo-li spouštěcí faktory, což jsou takové okolnosti a situace, které přímo způsobují nástup nemoci a udržující faktory, které přispívají k udržování nebo někdy i zhoršování patologických procesů v organismu (Tress, W et al., 2003). Prvotní příznaky nemoci mohou být velmi diskrétní, tak že je často pacient ani jeho lékař nezaznamenají. Po této fázi následuje manifestní nemoc, která může směřovat k uzdravení, k chronickému postižení, případně ke smrti. Různé etiologické a patofyziologické faktory se mohou uplatnit v různých fázích průběhu nemoci. a tak je vlastně málokdy možné hovořit o příčině (Tress, W et al., 2003). U mnoha onemocnění jsou predispoziční a udržující faktory zvláště významné a spouštěče pak rozhodují o tom, které příznaky se rozvinou (Moss-Morris and Spence 2006). Přesto pacient i lékař často považují spouštěče za příčinu onemocnění a ostatní možná vysvětlení zanedbávají.

4.1. Predisponující a vyvolávající faktory

Jako predisponující faktory mohou fungovat různé nespecifické psychické a sociálních okolnosti působící v průběhu života, spolu s genetickými dispozicemi jedince a jeho získanou vnímavostí. Může to být dysfunkční rodina, předčasná ztráta blízké osoby, špatné sociální podmínky, také fyzické nebo se-

xuální zneužívání v dětství (Kato et al., 2009). Ty nejdůležitější budou popsány v následujícím textu. Potíže mohou být pak v průběhu dalšího života vyvolány působením nejrůznějších zatěžujících situací.

4.1.1. Časné životní události

Role časných vývojových faktorů pro náchylnost k nemoci je ověřená zkušeností i výzkumy na zvířecích modelech (Meaney, 2001). Události, jako je předčasná nebo dlouhodobá separace od matky, vedou k rozvoji trvalé fyziologické zranitelnosti (Plotsky, Meaney, 1993). To může být následkem zvýšené aktivace osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny (HPA) zprostředkované zvýšením hypothalamické mRNA pro kortikoliberin (faktor uvolňující kortikotropin, CRF) (Plotsky, Meaney, 1993).

Citové přilnutí malého dítěte k matce a jeho poruchy související s pozdějším rozvojem psychosomatických potíží studuje teorie attachmentu (Sutton, 2019). Attachment je rané citové pouto, které vzniká mezi dítětem a primární pečující osobou, nejčastěji matkou. Dítě má totiž vrozenou potřebu vyhledávat a udržovat kontakt s touto osobou. Vzniká tak pouto, hluboká emocionální vazba, které má zásadní vliv na vytváření vztahových vzorců v jeho dalším životě (Sutton, 2019). Vyvíjí se již od prvních měsíců života. Když se matka k dítěti vztahuje empaticky, uspokojuje jeho vazbové potřeby a poskytuje mu pocit pohodlí, bezpečí, podpory a ujištění v případě nebezpečí, utvoří si dítě vazbu jistou. Je-li ale naopak matka odmítavá, vyhýbá se tělesnému kontaktu, pohledům dítěte, vyvíjí se vazba nejistá. Prostřednictvím reakcí vztahové osoby na chování dítěte se vyvíjí v jeho implicitní paměti vnitřní reprezentace bezpečné nebo nejisté vazby (attachmentu), která je určující pro chování a často i pro psychosomatické zdraví v dospělosti (Gil, Rupprecht, 2003; Maunder, Hunter, 2009; Ridley, 2015; Sutton, 2019). v případě nejisté vazby chybí v dalším životě dů-

věra, schopnost vypořádat se se stresujícími traumaty, nebo se ztrátou či separací od milovaných osob. Takoví jedinci se vyvinou v nedůvěřivé, labilní, ke stresu náchylné a často i v psychosomaticky nemocné osobnosti (Romeo et al., 2017).

Poruchy vztahové vazby, ale i restriktivní výchova v pozdějším věku, výskyt onemocnění v rodině, negativní sociální podmínky a chudoba mohou různým způsobem přispívat ke zvýšené vulnerabilitě a k psychosomatickým onemocněním (Tress, W et al., 2003). Více než padesát let starou Bowlbyho teorii potvrzují dnes moderní objevy neuroendokrinní a epigenetické (Fries et al., 2008). To je pro praxi založené na důkazech důležitý argument. Fries a jeho spolupracovníci zjistili, že u jistě navázaných dětí vzrostou významně krevní hodnoty oxytocinu, když se mazlí nebo si hrají s matkou či jinou důvěrně známou vztahovou osobou. Nestalo se tak však u nejistě navázaných nebo zcela sociálně deprivovaných dětí (Fries et al., 2005). Oxytocin neovlivňuje pouze vztah matky s dítětem, ale i vztahy mezi dospělými. v mozku zřejmě tlumí pocity nedůvěry a snižuje zřejmě i strach z druhých lidí tím, že moduluje neuronální okruhy amygdaly (Kirsch, 2015, 2016). i z pokusů na zvířatech vyplývá, jak důležitá je pro pozdější rozvoj sociálních vazeb postnatální zážitek nepodmíněné mateřské láskyplné péče a pozornosti. U novorozených samiček potkanů se při takové péči zvýší počet v amygdale exprimovaných receptorů pro oxytocin, u samečků pak množství receptorů pro hormon zadního laloku hypofýzy arginin-vasopresin, který je oxytocinu příbuzný (Francis et al., 2000; Francis et al., 2002).

4.1.2. Chování v nemoci

Chování v nemoci je často velmi odlišný způsob chápání, vnímání, hodnocení a projevování příznaků nemoci. Je to způsob jakým jednotlivci prožívají a reagují na svůj zdravotní stav. Informace, které pacient v souvislosti s nemocí získává, vyvolávají určité jeho reakce, chování, postoje, které zpětně velmi ovlivňují jeho prožívání nemoci, i průběh nemoci a terapeutickou odpověď, nakonec i výsledek léčby (Mechanic, 1986, 1992). Podle Pilowského konceptu (Pilowsky, 1993) je abnormální chování v nemoci definováno jako přetrvávání maladaptivního způsobu vnímání, prožívání, hodnocení a reakcí na zdravotní stav, přestože lékař poskytl, na základě posouzení biologických, psychologických, sociálních faktorů, srozumitelnou a dostatečnou informaci o nemoci a plánovaném léčení (Pilowsky, 1993; Scicchitano et al., 1996). Dvě hlavní formy abnormálního chování v nemoci – potvrzení nemoci a popření nemoci – mají v klinické praxi několik běžných klinických projevů: disimulaci, minimalizaci symptomů, nebo naopak zveličování, agravaci (Pilowsky, 1993). s abnormálním chováním v nemoci ve smyslu potvrzení souvisí termíny somatosenzorické amplifikace a atribuce.

Somatosenzorická amplifikace představuje intenzivnější vnímání tělesných pocitů, zvýšené sebepozorování a zaměření pozornosti na různé tělesné vjemy. Je to, podle naší zkušenosti, stav u psychosomatických pacientů velmi častý. Pozornost k slabým a často zcela nevýznamným a indiferentním tělesným signálům je posilována myšlenkami a emocemi, které vyvolávají další tělesné pocity. v konečném důsledku může dojít i ke zvýšení eficiency určitých synapsí a může se tak vytvořit i neurobiologický podklad pro zvýšenou somatickou citlivost k určitým oblastem (Yuste, Bonhoeffer, 2001, 2004). Také v somatosenzorickém kortexu dochází při zaměřené pozornosti k rozšíření oblastí reprezentace příslušných sensorických oblastí (Recanzone et al., 1992).

Atribuce je způsob subjektivního vytváření spojitostí mezi tělesnými pocity a jejich významem a velmi úzce souvisí s předchozím pojmem. Pacienti s psychosomatickými potížemi přisuzují více patologických organických významů tělesným signálům (Barsky, Borus, 1999). Děje se to však i u pacientů depresivních a úzkostných. Globální somatický atribuční styl je spojen s množstvím nejasných somatických symptomů, zatímco psychologický atribuční styl je spojen s psychickými i somatickými symptomy deprese a úzkosti (Duddu et al., 2006).

4.1.3. Duševní pohoda, obavy o zdraví a strach z nemoci

Zdraví je somatickými lékaři často považováno za nepřítomnost nemoci, přestože Světová zdravotnická organizace již před více než půl stoletím definovala zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady“ (WHO, 1946). Výzkum duševní pohody naznačuje, že je odvozována od přítomnosti a vzájemné interakce několika propojených dimenzí: sebezpřijetí (pozitivní přístup k sobě samému), pozitivních vztahů s ostatními (vřelých, uspokojivých, důvěryplných), autonomie (sebeurčení a nezávislosti), pocitu zvládnání, kompetence a smyslu života. (Fava, G. A., Sonino, 2000). Existují vědecké důkazy o tom, že duševní pohoda hraje důležitou roli při zvládnání stresu a příznivě ovlivňuje průběh nemocí, prostřednictvím svého vlivu na imunologické a endokrinní regulace (Fava, Giovanni A., 1998; Ryff, Singer, 1998). Například udržení psychické pohody po nástupu rakoviny prsu znamená delší dobu přežití, zatímco zhoršená pohoda vede ke zkrácení doby přežití (De Brabander, Gerits, 1999; Spiegel, 2014). Siegel uvažuje o pravděpodobných mechanismech působení prostřednictvím dysregulace denního rytmu vylučování kortizolu, změny hladiny prozánětlivých cytokinů, změny aktivity natural killer buněk, nebo zprostředkováním změny exprese genu

p53 a BrCA1 epigenetickými mechanizmy (Spiegel, 2014). Další autoři uvádějí příklady vlivu naděje, optimizmu, úzkosti, psychické pohody na osud pacientů po transplantacích, pacientů s kardiovaskulárními onemocněními, hypertenzí či chronickými bolestivými stavy (Fry, 1995; Heszen-Niejodek et al., 1999; Rim, 1990; Stillely et al., 1999).

K abnormální atribuci tělesných signálů a somatosenzorické amplifikaci přispívají i zvýšené obavy o zdraví a strach z nemoci, které jsou u psychosomatických pacientů považovány za jeden z jejich společných rysů (Aggarwal et al., 2006; Duddu et al., 2003; Rief et al., 1998).

4.1.4. Osobnostní charakteristiky

Představa, že různé osobnostní charakteristiky mohou disponovat k určitým nemocem převládala v první fázi vývoje psychosomatické medicíny. Tato hypotéza byla pozdějším výzkumem vyvrácena (Fava, G. A., Sonino, 2010). Pozornost psychosomatické medicíny však zasluhují dva konstrukty osobnosti. Jedním je vzorec chování typu A, který je spojen s nadměrnou pracovní aktivitou, odpovědností, smyslem pro povinnost a časovou naléhavost, s nepřátelstvím, cynismem, podrážděnou náladou i touhou po úspěchu a uznání. Vzorec chování typu a je zkoumán v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční a s hypertenzí (Billing et al., 2000; Littman, 1993; Rozanski et al., 1999). Dalším konstruktem je alexithymie, o které bude pojednáno zvlášť.

Různé styly zvládání vzteku se rovněž dávají do souvislosti s psychosomatickými poruchami. Ty jsou častěji spojovány s potlačováním hněvu, na rozdíl od depresivních poruch, pro které je typičtější exprese hněvu (Gulec et al., 2009; Hosseini et al., 2011). Sklon k potlačení hněvu a agrese je častý u pacientů zejména s autoimunitními nemocemi, jak vyplývá z naší zkušenosti. Agresivitu cílí takoví pacienti více k sobě než k objektům kterým patří. To vede k sil-

nému sebe-omezování a sebekontroly, často až k nepřiměřenému přizpůsobení někdy až téměř k sebedestruktivnímu sebeobětování (Bai et al., 2009; Goulia et al., 2015).

U potlačovaného, nevyjádřeného hněvu, ale také u atypické deprese, nebo u posttraumatického stresu je podle názoru Maese a spolupracovníků produkován v hojné míře interleukin-1 beta (a IL-6) a tím je tak silně stimulován imunitní systém, tak, že se nezaměřuje pouze na cizorodé antigeny, ale také na látky tělu vlastní (Maes et al., 1999). Pravděpodobně se zvyšují i krevní hladiny interleukinu-12, který v obzvlášť vysoké míře stimuluje proliferaci „ozbrojených“ T-lymfocytů (Elenkov et al., 2000; Wilder et al., 1996).

4.1.5. Alexithymie

Jako alexithymie se označuje omezená schopnost člověka identifikovat, porozumět, zpracovat a popsat své pocity. Znamená rovněž potíže s rozlišováním mezi pocity a tělesnými vjemy. Kromě těchto deficitů mají alexithymičtí pacienti velmi omezenou fantazii a charakteristické je pro ně zaměření na vnější detaily. Alexithymie je podle některých autorů negativně korelována kvalitou života (Jenewein et al., 2009; Nunez et al., 2010). Kvůli neschopnosti sdělit své pocity jsou lidé s alexithymií náchylní ke komunikaci prostřednictvím svých tělesných pocitů a hledají primárně pomoc lékařskou. Alexithymie je spojována i s poruchou interocepce, tedy vnímání a zpracování tělesných signálů i se sníženou schopností emočního uvědomění (Shipko, 1982). s tím souvisí i jejich silnější naladění na nediferencovanou tělesnou excitaci a následné zesílené vnímání tělesných signálů jako symptomů tělesného onemocnění (Nunez et al., 2010).

4.1.6. Kognitivní faktory

U psychosomatických pacientů, kteří vnímají indiferentní somatické signály jako možné příznaky nemoci, převládá v jejich sebepojetí často představa že jsou slabí a zranitelní (Rief et al., 1998). Katastrofizace somatických příznaků je specifická pro somatizaci i hypochondrii, ale není tolik zřejmá u pacientů s depresivními a úzkostnými poruchami (Rief et al., 1998).

4.1.7. Alostatická zátěž

Zdánlivě méně významné stresory a dlouhodobě působící nepříznivé životní situace nejsou zanedbatelné z hlediska svého působení na organismus (Hahn, Smith, 1999; Neerinckx et al., 2000; Twisk et al., 1999). Hodnocení míry zátěže jakékoliv prožívané situace je velmi individuální a každodenní zdánlivě nevýznamné stresory mohou působit jako velká zátěž a dokonce mohou překročit individuální schopnosti jejich zvládnutí. Psychologickou reakci na takovou zátěž může ovlivnit řada faktorů, jako je sociální podpora a osobnostní charakteristiky jedince, které mohou zhoršovat dopad stresogenních událostí nebo naopak proti nim mohou poskytovat účinnou ochranu (Scheier, Bridges, 1995). Alostatická zátěž odráží vlastně kumulativní účinky stresových zážitků každodenního života a může vést časem k onemocnění. Pokud úsilí organismu na udržení homeostázy zvýšenými neuroendokrinními reakcemi na opakované nebo chronické nároky prostředí přesáhne individuální možnosti zvládnutí, jde o „toxický stres“, který má za následek alostatické přetížení (Fava, G. A. et al., 2019). Jeho stanovení se zpočátku spoléhalo na stanovení určitých biomarkerů. Později byla vyvinuta a použita klinická kritéria pro stanovení alostatického přetížení (Fava, G. A. et al., 2012). Zahrnují specifikaci stresoru a jeho dopady na fungování jedince, podobu a intenzitu klinických projevů, kterými jsou například psychologické příznaky, somatické příznaky, omezení sociálního a pro-

fesního fungování, alterace pocitu psychické pohody atd. (Fava, G. A. et al., 2018)

4.2. Udržující faktory

Způsob, jakým jsou zpracovány informace a představy o nemoci a tělesné pocity, se uplatňuje jako precipitující ale i jako udržující faktor. Sociální faktory, zahrnující i aktuální rodinnou situaci, mohou přispívat ke zvýšení psychického tlaku působícího na člověka v roli nemocného. Někdy hrají roli i nejrůznější finanční aspekty související s nemocí. Například u syndromu chronické únavy se ukázalo, že sekundární zisky z nemoci, získání nemocenských dávek i členství ve svépomocných skupinách pacientů může zhoršovat prognózu terapie (Bentall et al., 2002). Významné udržující faktory mohou souviset se systémem zdravotní péče a s iatrogenním vlivem lékařské péče, která bohužel často přispívá k chronifikaci symptomu. Usilovná snaha lékařů nalézt organické vysvětlení potíží totiž může znamenat iatrogenní zesílení obav z nemoci a posílit chování v nemoci. Významným udržujícím faktorem je následné výhradní a nevhodné zaměření pacienta a případně i jeho blízkých na somatické aspekty onemocnění (McDaniel et al., 1991).

5. Léčba psychosomatických onemocnění

Úkolem psychosomatické medicíny je identifikovat a zkoumat vliv psychosociálních faktorů na individuální vulnerabilitu jednotlivců vůči jakémukoliv onemocnění, zkoumat interakce mezi psychosociálními a biologickými faktory a jejich roli při vzniku a průběhu onemocnění a také navrhnout a uplatňo-

vat komplexní postupy v prevenci a léčbě somatických onemocnění (Fava, G. A., Sonino, 2010). Realizace tohoto úkolu není snadná. Také výzkum účinnosti psychosomatické terapie je díky nezbytné komplexitě léčby komplikovaný.

Současné vzdělání lékařů je soustředěno převážně na tělesnou stránku nemoci. Je tedy nepochybné, že bude třeba doplnit vzdělávání zdravotníků, kteří se chtějí věnovat psychosomatické medicíně, o oblasti dosud v medicíně opomíjené, které jsou však ke komplexnímu přístupu nezbytné (Fava, G. A., Sonino, 2000; Chvála, 2015b). k tomu je výzkum v psychosomatice, který umožní lépe poznat účinné faktory léčby, velmi důležitým krokem. Následující kapitola má přispět k porozumění specifickým problémům psychosomatických onemocnění a jejich léčby, což je důležité i pro plánování výzkumu.

5.1. Selhání čistě biologického přístupu

Pacient, který vykazuje somatické příznaky bez jasně rozpoznatelné léze nebo poruchy funkce, představuje pro tradiční systém zdravotní péče problém. Reduktivní postup myšlení se v přírodních vědách a medicíně velmi osvědčil. Ale v mnoha případech selhává. Stává se to v situacích, kdy jsou příznaky lékařsky nevysvětlitelné (jde o tzv. MUS=medically unexplained symptoms) (Gerskowitch et al., 2015). Ty představují pro čistě materialistické porozumění zdravotním potížím, které je většinou dosud základem praxe moderní medicíny, určitou anomálii. Způsoby léčby většiny zdravotnických zařízení nejsou pro psychosomatické pacienty vhodné. Tam se totiž očekává se, že pacienti budou mít tělesné problémy, jejichž příčinu bude možné odhalit a naplánovat somatické ošetření, jako je medikace, chirurgické zákroky, fyzioterapie případně budou mít problémy psychické, vyžadující psychologické ošetření – psychoterapii, nebo poradenství. Protože pacienti s psychosomatickými symptomy nepatří

přísně vzato, ani do jedné skupiny, ocitají se při hledání pomoci v “zemi nikoho” (Deter, H. C., 2018b).

5.1.1. “Outsourcing” a stigmatizace

Pojem “psychosomatický“ je mnohými stále vnímán jako stigmatizující označení, ze kterého pro mnohé vyplývá, že nejde o “opravdovou” nemoc a že člověk do určité míry odpovídá za své zdraví i nemoci (Looper, Kirmayer, 2004). Psychické faktory jsou vnímány jako cizí, do somatického oboru nepatřící, jako nadstavba, která je buď ignorována nebo delegována (outsourcována) na jiné specialisty (Glaa et al., 2014; Hermes et al., 2011). Pacient pociťuje často hanbu a vinu. Lékaři naopak mohou vůči těmto pacientům zažívat řadu negativních pocitů, od mírného podráždění až po zlost nebo opovržení (Tress, W et al., 2003). Pacient sám nerozumí svému špatnému zdraví, pokud jde o psychosomatický problém, ale vnímá jej spíše jako zvláště obtížné somatické onemocnění, které nikdo není schopen vyléčit. Léčba v těchto případech je časově poměrně náročný proces, který vyžaduje jiný přístup než ten, který je tradiční v somatických oborech nebo v psychoterapii.

Tato specifika vedou k tomu, že většina návštěv u lékařů je neuspokojivá a neefektivní, takže pacienti i lékaři jsou frustrováni a nespokojeni. Že jde o problém opravdu závažný, ukazují některé studie, podle nichž až třetina fyzických příznaků, které přivádí pacienty do ordinace lékaře prvního kontaktu, je lékařsky nevysvětlitelná (Kirmayer et al., 2004; Tress, W et al., 2003).

5.2. Pacient s psychosomatickými potížemi

Pacienti většinou přicházejí k ošetření na specializované psychosomatické pracoviště až po delší době opakovaných návštěv u somatických specialistů. Stěžují si totiž na různé tělesné příznaky, pro které nebylo nalezeno somatické

vysvětlení, nebo průběh léčení neodpovídá původnímu předpokladu stanovené léčby. Doporučení k psychosomatické terapii je často výsledkem dlouhého procesu eliminace somatických diagnóz. Během tohoto procesu získávají pacienti zkušenost s nepochopením a rozpory s mnoha lékaři, často trpí i následky iatrogenizace (Tress, W et al., 2003). Vyvolávají často pochybnosti o diagnóze a dožadují se dalších vyšetření. Návrh na jinou než biologickou léčbu akceptují jen obtížně. Na konfliktní zážitky reagují takoví pacienti často primárně tělesně, trpí různými tělesnými příznaky a nemají vůbec či jen velmi omezeně přístup k psychickým souvislostem. Spíše je charakteristická tendence vyhýbat se vlastním pocitům, a přemýšlení o sobě (Mintz, 1995; Wolf, W, 1948). Ve svém emočním světě se špatně orientují, jsou také často méně obratní v mezilidských vztazích (Duddu et al., 2003; Hermes et al., 2011). Velmi často mají pocit neřešitelnosti svých problémů. U některých jsou hlavním emocionálním problémem pocity bezmoci a neschopnost tyto pocity tolerovat. Somatické potíže, kterými trpí, je konfrontují s pocity nemoci a vytvářejí pocity bezmoci, protože příznaky nemají pod kontrolou. Vypořádat se s nemocí pak znamená vypořádat se nejprve s pocity bezmoci a zranitelnosti (Trifu et al., 2012).

Den Boeft rozděluje somatizující pacienty do několika skupin: 1. *úzkostní* se zaměřují na tělesné signály, mají tendenci nesprávně interpretovat indiférentní signály jako rušivé a alarmující a stávají se úzkostnými. Doufají že najdou ujištění v dalších formách vyšetření. Mají tendenci vyjadřovat nepřiměřené obavy a často je zřejmý rozpor mezi povahou příznaku a jeho katastrofickou prezentací pacientem. 2. *nešťastní*, které je někdy obtížnější odlišit od pacientů primárně depresivních se somatickými příznaky. Projevují se jako nešťastní a někdy apatičtí. Nálada kolísá během opakujících se konzultací, při kterých jako hlavní problém uvádějí fyzické příznaky. 3. *pasivní* charakterizuje pocit, že nemají kontrolu nad svým životem a že se jim v každodenním životě události jen dějí. Tento pocit může být výsledkem traumatické anamnézy. Při vyšetře-

ní se prezentují jako bezmocní, vykazují malou kapacitu pro introspekci a své problémy externalizují. 4. *sklíčení* verbalizují dobře své příznaky jsou ochotni a schopni je připsat okolnostem nebo psychosociálním problémům. Často však postrádají vhled do těchto psychosociálních problémů a proto jsou pevněji zaměřeni na fyzické symptomy. To může způsobovat značné kolize při konzultaci s lékaři, kteří se snaží nabízet nebiologické příčiny (den Boeft et al., 2016).

Léčba tedy nejprve většinou zohledňuje pacientovo somatické porozumění nemoci, spíše alexithymické zpracování emocí a dynamiku jejich vztahů, které jsou většinou charakterizovány hlubokými zkušenostmi ztrát a bezmoci (Engel, Schmale, 1967; Tress, W et al., 2003). Obzvláště důležitá, zejména na začátku léčby, je podpurná vztahová nabídka, která přijímá stížnosti na somatické symptomy a na opakované zklamávající zkušenosti s lékařským systémem. Až v pozdějších fázích se dostane do popředí diferenciační práce na vnímání emocí a terapeutická práce na konfliktních vzorcích vztahů (Tress, W et al., 2003).

Velkou část pacientů s psychosomatickými potížemi také podle našich zkušeností charakterizuje nezávislost, zaměření na akci a výkon, velmi omezené spoléhání se na ostatní a minimální zkušenosti s pomocí druhých. v anamnéze je časté i zneužívání. v nemoci se u těchto pacientů objeví pocity zranitelnosti a bezmoci pro jejichž zvládnání postrádají výbavu. Nejsou proto schopni uznat a zpracovat tyto pocity. a patrně mnoho jejich tělesných symptomů je formou nepřímé komunikace tohoto těžce prožívaného zážitku bezmoci (Weidner, 1980). Patří mezi ně typicky i velká zlost na zdravotníky se kterými se při svém vyšetřování a pokusech o léčení setkávají (Nash et al., 2009).

Pacienti s psychosomatickými problémy jsou mnohdy málo ochotní angažovat se v terapii. Je to v každém případě skupina pacientů velmi odlišná od těch kteří aktivně hledají pomoc. Někdy jsou označováni termínem “help-rejecting complainer” – stěžovatelé odmítající pomoc, protože je pro ně charakteris-

tická velmi malá motivace k provedení jakékoliv změny (Peters, Grunebaum, 1977). Je tedy poměrně nesnadné získat je k překonávání pocitů bezmoci, kterou nemoc vyvolává.

Mezi další charakteristiky patří velká zdrženlivost až neochota k opuštění čistě fyzického vysvětlení symptomů a uvažování o širším rámci jejich vzniku. Nezřídka rozlišují “černobíle” mezi psychickými a fyzikálními faktory a na své potíže nahlížíjí buď jako somatické nebo psychologické. Ostatně i lékaři často tendují k zjednodušené představě, že nemá-li problém známou organickou příčinu, pak musí mít psychologickou.

5.2.1. Interakce s lékařem

Častou příčinou problémů v interakci mezi lékařem a pacientem (a tedy i v léčbě) je určitý nesoulad mezi tím co pacient od lékaře potřebuje čeho chce dosáhnout, a tím co lékař poskytuje. Lékaři mají tendenci provádět laboratorní a zobrazovací vyšetření a poskytovat fyzickou léčbu. Jakoby se někdy zdálo, že k “tělesné fixaci” inklinuje více lékař a nikoli pacient, neboť lékař zaměřuje svoji pozornost na fyzické onemocnění a hledá jeho somatické příčiny. To je jeden z důvodů, proč pacienti zažívají často neporozumění. Přispívají k němu i nedostatečné znalosti lékařů o psychosomatických poruchách. Pacienti chtějí znát příčinu svých potíží, chtějí vysvětlení a informace, ujištění, doporučení, potřebují aby je bral lékař vážně, aby byl empatický a kompetentní, potřebují emoční podporu. Místo toho se jim dostane jen stručného medicínského vysvětlení, které nijak nezmírní jejich obavy, doporučení která nijak nepomohou protože se většinou týkají jen dalších plánovaných vyšetření. Nedostanou ani žádnou emoční podporu a odcházejí často s pocitem, že doktor o ně nemá zájem, nebo si myslí, že jsou symptomy banální a nevýznamné. Takové interakce mnohdy pomáhají udržovat pacienty v roli nemocných a napomáhají chronifi-

kaci potíží (Tress, W et al., 2003). Je však možné porozumět tomu, proč právě k takové interakci dochází a v psychosomatické terapii se jí vyhnout.

Lékaři mají často obavu, že přehlédnou vážnou nemoc. To je vede k indikaci vyšetření, která jsou mnohdy nadbytečná, zbytečná a neindikovaná (Stone et al., 2005). Je samozřejmé, že i při velké opatrnosti a odpovědnosti je velmi obtížné, spíše až nemožné, vyhnout se přehlédnutí vážného problému a stanovení nesprávné diagnózy. Není možné mít stoprocentní jistotu. To je také dobrý argument pro nastavení určitého limitu vyšetřování. Potřeba jakési vysoké úrovně bezpečí a jistoty je spíše potřebou lékaře než zájmem o bezpečí pacienta. Cenou za to je zvýšené nepohodlí pacientů, zvýšené riziko komplikací a iatrogenních poškození (Henningsen et al., 2007). Iatrogenizací je míněna i fixace pacienta v roli nemocného, fixace na somatické příznaky, obava z vážné nemoci a chronifikace příznaků (Blumenstiel, Eich, 2003), ke kterým dochází vlivem působení lékaře. Lékaři také mohou mít strach ze stížností a z obvinění či dokonce ze stíhání za nedbalost (Williamson et al., 1981). Vyšetření, jejichž indikace může být z lékařského hlediska sporná, jsou pak prováděna ve snaze lékaře ochránit se před následnou kritikou. Ze zkušeností s našimi pacienty je takové „defenzivní“ vyšetřování poměrně časté. Pacienti s psychosomatickými poruchami mohou vyžadovat další vyšetřování k vyloučení různých fyzických onemocnění. Jejich lékaři pak mohou nabýt dojmu, že vyšetření probíhají na vyžádání a vlastně na odpovědnost pacienta (Quill, 1985; Williamson et al., 1981). Touha po dalších vyšetřeních nebo konkrétní léčbě se může pacientovi zdát, vzhledem k jeho znalostem o nemoci a léčbě, jako racionální a často k nim svého lékaře přesvědčí. Je ale třeba mít na paměti, že pro mnoho pacientů jsou hlavním zdrojem znalostí informace z internetu, někdy velmi pochybné kvality.

Také lékaři často postrádají znalosti o novějších principech a metodách psychosomatické léčby. Je třeba totiž přijmout, že jen část somatických symp-

tomů má kořeny v postižení, které lze vysvětlit na podkladě biomedicínského modelu, a jsme schopni léčit ještě menší část těchto symptomů (Wortman, M. S. H. et al., 2019). To neplatí jen pro funkční poruchy, ale také pro mnoho fyzických chorob. Nemají-li lékaři dost informací a důvěry k psychosomatické léčbě, pokračují v biomedicínském schématu (Tress, W et al., 2003). Výsledkem toho přístupu je pak odklad účinné léčby .

5.2.2. Nástroje lékaře k psychosomatické terapii

Z výše uvedeného je zřejmé, že péče o psychosomatické pacienty musí být jiná než jakou lékaři obvykle mohou nabídnout. v následujících odstavcích se pokusíme definovat – na základě vlastní zkušenosti – specifické nástroje, které máme k dispozici.

Psychosomatický lékař opouští výlučnou důvěru v objektivní nálezy zprostředkované laboratorními a zobrazovacími technikami. Naopak opětovně získává důvěru ve své smysly, tělesné pocity, v prociťovaný význam. a používá nové nástroje. Má znalosti o povaze psychosomatických onemocnění a jejich léčbě. Výrazem a nositelem tohoto vědění nejsou jen slova a sdělování významů, vysvětlování, ale i lékařovy postoje, gesta, názory, způsob myšlení. Toto vědění dává určitou jistotu, klid a převahu. a posiluje důvěru a naději pacientů. Dalším nástrojem je účast, jako pozorná a zájem vyjadřující náklonnost lékaře k pacientovi, a ochota emočně se přiblížit. Lékař potřebuje i odvahu chránit pacienta před přeceňováním jednotlivých nálezů specialistů na druhé straně i alternativních léčitelů. Odvahu nepodléhat pacientovu naléhání ohledně dalších vyšetření a odvahu vydržet také diagnostickou nejistotu. Neméně důležitá je zdrženlivost při předepisování léků, které může pacienta upevnit v jeho somatickém chápání nemoci. Zdrženlivost při doporučování dalších nebo opakování již provedených vyšetření. Dalším nástrojem je schopnost nelpění u čistě biolo-

gického konceptu patogeneze, zároveň ale nepřeceňování psychických a sociálních faktorů. a konečně velmi důležitým nástrojem je práce v týmu a multimodální uspořádání léčby.

Schopnost a vyjádření empatie je důležitou dovedností lékaře. Předpokladem je účastné naslouchání toho co a jak pacient říká, a sledování jeho reakcí, které umožní postihnout jeho často ambivalentní pocity, ambice, potřeby a přání (Holub, Telerovský, 2013). Zážitek empatie umožní přijetí pocitů a postojů pacienta, bez souzení, kritizování nebo obviňování a přijímání jeho ambivalencí jako zcela normálního stavu mysli (Fassino, 2010). Umožní také porozumění dilematům, například mezi tím, kým pacient je a co dělá a kým by chtěl být a co by chtěl dělat. Uvědomění těchto konfliktů umožní porozumění a náhledu na současnou situaci a umožní pacientovi rozhodnout se ke změně – jak je to v tzv. fázi kontemplace, podle Prochasky a Norcross (Norcross et al., 2011; Prochaska, Norcross, 2001).

Důležitá je schopnost lékaře soustředit se na pozitivní zdroje pacienta, schopnost motivovat jej ke změně. Rozpoznat odpor, který je možné považovat v psychosomatické terapii za signál ke změně strategie. Namísto konfrontace nebo argumentace, kterou lékaři často používají, je třeba pozvolna modifikovat a přerámovat pacientova přesvědčení a vytvořit novou perspektivu směřující ke změně a umožňující změnu (Rollnick et al., 2010). Důležitým prvkem v motivaci ke změně psychosomatického pacienta je tzv. self-efficacy, nebo-li vnímání vlastní účinnosti, stejně jako důvěra v možnost takové změny. Nápomocná k podpoře self-efficacy je rekapitulace dřívějších úspěchů a zdrojů, které lze využít a podpora důvěry v provádění osobních změn (Fava, G. A. et al., 2017).

Lékař by měl také odolat potřebě napravovat, tedy zdržet se rad a doporučení, není-li to pacientem požadováno. Namísto korekce chybných přesvědčení a překážek v pacientově způsobu přemýšlení o nemoci je efektivnější naslouchat. Odolat nutkání napravovat, korigovat umožní překonat pacientův od-

por a pokračovat ve změnách. Reflektivní naslouchání, jak uvádí Lindberg je nejlepším vyjádřením hluboké empatie (Fassino, 2010; Lindberg, Lindberg, 1996). Formy reflexe mohou být různé: opakování pacientových vyjádření, formulace implikací která z nich vyplývají, pojmenování ambivalencí a rozporů. Rovněž shrnutí příležitostně během rozhovoru i na konci je pro pacienta velmi užitečné, protože se cítí empaticky přijímán, slyší co bylo řečeno a ujišťuje se že lékař pozorně naslouchal a cítí se respektován (Korkel, 2012; Pollak et al., 2011). To opět prohlubuje pacientovu motivaci k léčbě, která mu zpočátku velmi chybí.

5.3. Multimodální uspořádání léčby

Týmová spolupráce a multimodální uspořádání byly zmíněny jako důležité nástroje léčby. Výzkumu efektivity krátkodobých, intenzivních, multimodálních stacionárních programů pro psychosomatické pacienty se publikované studie věnují v menší míře. Roennebergův rozbor přehledových studií zabývajících se účinností léčby psychosomatických onemocnění ukazuje, že v popředí zájmu je sledování účinnosti farmakoterapie (128 studií) pasivně fyzikálních a fyzioterapeutických procedur (78 studií), ambulantních psychoterapeutických intervencí (92 studií), zatímco pouze 14 studií se sledovalo multimodální terapii a 18 multidisciplinární bio-psycho-sociální rehabilitaci (Roenneberg, Casper, Sattel, Schaefer, Henningsen, Hausteiner-Wiehle, et al., 2019).

Při plánování léčby zastává většina psychosomatických pracovišť myšlenku integrace různých psychoterapeutických, behaviorálních a psychosociálních postupů (Rudolf, Henningsen, 2017). I ambulantní programy stacionární péče nebo programy v lůžkových zařízeních jsou založeny na integrativním psychoterapeutickém konceptu a kombinaci různých terapeutických přístupů,

například skupinových terapií, individuální léčby a rodinné nebo párové terapie. Mnoho klinik se zaměřuje na skupinovou psychoterapii (Brunner et al., 2019; Fiedorowicz, 2019). Existují určité indikace k intenzivnější terapii nebo hospitalizaci, jako je závažnost symptomů, velké omezení v každodenním životě, výrazné psychosociální potíže nebo domácí konflikty. Často je však důvodem k přijetí do takového programu i nedostatečná kapacita či omezená dostupnost ambulantní léčby (von Wietersheim et al., 2005; Zeeck, Hartmann, et al., 2009). Několik studií prokázalo účinnost intenzivní stacionární a lůžkové léčby, zejména s ohledem na zmírnění příznaků, frekvenci lékařských kontaktů a dnů pracovní neschopnosti (Liebherz, Rabung, 2013; Zeeck, Weber, et al., 2009).

Účinné jsou jednak společné faktory, bez ohledu na konkrétní teoretická východiska, jako je důvěra, bezpečí, empatie, koheze ve skupinové terapii, podpora, pracovní spojenectví (Norcross, 1996, 1997). Za hlavní faktory umožňující terapeutickou změnu se považuje, především v úvodní fázi psychosomatické terapie, posilování naděje týkající se výhledů na léčení (Yalom, 2015), posilování motivace, poskytnutí pocitu porozumění a přijetí subjektivních potíží. Na edukaci o psychofyziologických procesech navazuje porozumění smyslu somatických příznaků (Rihacek, Cevelicek, 2019; Roenneberg, C., Sattel, Schaefer, Henningsen, & Hausteiner-Wiehle, 2019). Dalšími důležitými principy terapeutické změny je rozvoj a kultivace tělesného uvědomění, rozvoj emočního uvědomění i regulace afektů (Rihacek, Cevelicek, 2019). Psychodynamické přístupy zahrnují podpůrné techniky, interpretace, snahu rozšířit vhléd a umožnit prožití a vyjádření nezpracovaných pocitů souvisejících s nepříznivými událostmi, adverzní dětskou zkušeností a intrapsychickými konflikty (Abbass et al., 2020).

Dnešní koncepty psychosomatické terapie se většinou primárně utvářejí na podkladě psychodynamické a behaviorální terapie. Tato orientace však

obecně poskytuje pouze rámec, ve kterém se používají postupy a metody původem z jiných terapeutických škol. Různé neverbální techniky, tréninky relaxace či zvládání úzkosti, jsou do programu začleňovány jako součást psychosomatické terapie (Ermann, 1993; Vogel, Frommer, 2016). Často se však zdůrazňuje, že kombinace procesů, metod a technik by neměla být aditivní a eklektická, ale měla by být koordinována a opatřena teoretickým zdůvodněním. (Kuchenhoff, 1994, 1999) Psychosomatický pacient má v takovém multimodálním programu možnost spojit senzomotorické procesy a reakce s jejich významem a v tomto propojení je integrovat do svého vnitřního světa (Wortman, Margreet S. H. et al., 2016). Často je třeba pacienta teprve učit porozumět řeči vlastního těla, vnímat s ním spojené emoce a impulzy. Jde o zvědomování, subjektivizaci a personifikaci vlastního těla a diferenciaci tělesného vědomí.

5.3.1. Psychodynamický rámec

Koncept psychosomatické terapie je většinou budován na principech analytické psychoterapie. Psychodynamická orientace poskytuje důležitý rámec, ve kterém se používají další postupy a metody původem z jiných terapeutických směrů. To vyžaduje, aby při použití všech intervenčních technik bylo zachováno základní porozumění psychodynamiky a aby byly využity aspekty přenosu, protipřenosu a odporu (Nash et al., 2009). Protože velké části psychosomatických pacientů se týká nižší úroveň strukturální integrace, je důležitou terapeutickou strategií i podpora mentalizační funkce (Bales et al., 2015; Bateman, Fonagy, 2013; Leithner-Dziubas et al., 2010). Schopnost reflexního sebezpozorování a vnímání vlastních psychických stavů a psychických stavů druhých, která je nedostatečně vyvinuta kvůli časným poruchám vztahové vazby, má závažný dopad na mezilidské vztahy a připravuje půdu pro vznik různých příznaků, jak

bylo již dříve zmíněno. Skupinové uspořádání psychosomatické terapie je vhodným prostředím pro posílení schopnosti mentalizace (Schonenberg et al., 2014). Při skupinovém spolubytí se pacienti učí jak mohou ostatní chápat jejich výroky a chování, učí se i řešit nedorozumění a zpochybňovat vzájemné projekce. Neformální kontakty mezi pacienty mohou významně přispět k řešení nedorozumění a zpochybňování vzájemných projekcí (Barghaan et al., 2009).

Existují rovněž neurovědecké důkazy o tom, že subjektivní vědomí, pocity a emoce a s nimi související tělesné příznaky souvisejí s interoceptí. Některé interoceptivní signály jsou přiváděny až nad úroveň mozkového kmene a přinášejí signály přispívající k inferenčním procesům (tj. procesům usuzování, odvozování), které potvrzují intrapersonální a interpersonální zkušenosti (Duquette, Ainley, 2019). Uvážíme-li, že subjektivní stavy, tělesné pocity a emoce našich pacientů jsou odvozovány od interoceptivních a exteroceptivních senzoričkových vstupů a jejich srovnání s dříve uloženým senzoričkovými daty, zdá se, že i “tělesná” mentalizace interocepce je pro psychosomatické pacienty důležitá (Lischke et al., 2019). i na to se zaměřují na tělo orientované psychoterapeutické přístupy.

Vzhledem ke všem zmíněným okolnostem je léčba psychosomatických pacientů náročná, vyžaduje týmovou mezioborovou spolupráci.

Psychosomatická medicína získává stále větší význam. Usiluje o upevnění svého postavení jako samostatné disciplíny a jako subdomény konkrétních oblastí, jako je interní medicína, všeobecné lékařství nebo psychiatrie. Zvyšující se výskyt psychosomatických onemocnění, jakož i nárůst počtu specializovaných psychosomatických oddělení je ukazatelem rostoucího významu interdisciplinárních přístupů k psychosomatickým poruchám (Fava, G. A., Offidani, 2010).

V kontrolovaných výzkumech psychosomatické terapie jsou popsány různé psychoterapeutické postupy a techniky (psychoedukační intervence, po-

stupy zvládání stresu, kognitivně-behaviorální terapie zaměřené na symptom, relaxační techniky, hypnóza, krátká dynamická terapie, rodinná terapie a skupinové intervence) (Arnold et al., 2012; Dale, Stacey, 2016; Wortman, Margreet S. H. et al., 2016). Tyto postupy jsou všeobecně považovány za účinné. Kognitivně behaviorální terapeutické přístupy převládají (Egloff et al., 2010; Knowles et al., 2018; Laird et al., 2017). Méně často je zkoumána efektivita multimodální skupinové terapie v krátkodobých intenzivních programech denních stacionářů (Philipps et al., 2019).

Multimodální koncepce léčebných programů vychází z všeobecně přijatého názoru, že patogeneze nemocí je multikauzální. Terapeutické intervence zahrnují edukaci o povaze poruchy a bio-psycho-sociálních souvislostech, dále relaxační techniky, fyzioterapii, behaviorální cvičení, bodyterapeutické postupy i farmakologickou léčbu a změny dietetických zvyklostí. Multimodální nabídka psychosomatických terapeutických programů umožňuje získat i obtížněji dostupné pacienty, u kterých by to pouze verbálními postupy nebylo možné (Dale, Stacey, 2016). Multimodalita ale rozhodně neznamená prostý součet technik a postupů nýbrž promyšlenou kombinaci, spolupůsobení a synergií různých léčebných prvků. Znamená tedy kvalitativní změnu oproti samotné ambulantní psychoterapii (Limburg et al., 2019).

Podívejme se teď podrobněji na nejobvyklejší komponenty multimodálních programů.

5.3.2. Práce s tělem v psychosomatické terapii

Bodyterapie je důležitou součástí komplexního multimodálního programu. Cvičení přispívá ke zlepšení, v některých případech vůbec k navázání kontaktu s vlastním tělem. Napomáhá kultivovat vnímání a prožívání tělesných

i psychických pocitů. Směřuje k získání dovednosti vnímat tělo i psychiku celistvě (Rohricht et al., 2019).

Opakovaná zjištění, že změny v držení těla a napjatosti ve svalech mohou vést ke změnám pocitů a nálad, které zase mohou vést ke změnám v myšlení, má klinický a praktický význam. (Hackford et al., 2019; Wilkes et al., 2017) Lidé vnímají sebe a své prostředí odlišně při různých drženích těla. Podpora tělesného uvědomění má proto velký význam v psychoterapeutických procesech stejně jako využití tělesné zpětné vazby při zvládnání emoční regulace, protože i ve stresu či atace úzkosti je možné změnit držení těla nebo dýchání a ovlivnit tak náladu a myšlení (Wilkes et al., 2017).

5.3.3. Edukace

Stejně významná je edukace, zvláště v úvodní fázi terapie, kde těžiště spočívá ve změně čistě organického porozumění nemoci k porozumění komplexním psycho-fyziologickým a psycho-somatickým souvislostem. Důvodem je to, že pacient z různých důvodů prožívá své potíže převážně v těle. Kdyby byl schopen zvládnout svoji životní situaci myšlenkami, činy a zpracováním pocitů, nebylo by nutné tělesné symptomy rozvinout (Tress, W et al., 2003). Klíčem k úspěšné psychosomatické léčbě je opuštění “tělesného řešení” a otevření se myšlence tělesných symptomů jako reakce na různé životní situace. k tomuto obratu nedojde samo od sebe, protože psychosomatické řešení je aktuálně jediný způsob jak situaci zvládnout (Tress, W et al., 2003). Špatné zkušenosti pacientů při setkáních se zdravotní péčí mohou vyvolávat nepřátelství vůči zdravotnickým pracovníkům a následně negativní reakce na jakékoli náznaky tvrzení, že problém není v těle, ale “v hlavě”. Aby bylo možné předefinovat zdravotní problém, musí být pacient ochoten uznat, že odpověď na jeho

problém nespočívá v dalším lékařském ošetřování. Je třeba odstranit pocit stigmatizace a to se může stát pouze prostřednictvím ohleduplného dialogu s lékařem (Parth et al., 2016; Verissimo, 2014). Úkolem edukace je tedy v první fázi pacientům vysvětlit, že nejsou psychicky nemocní, ale že jsou prostě přemoženi svoji situací do té míry, že se jejich tělo snaží o řešení, které by však mělo nastat na jiné úrovni.

5.3.4. Neverbální techniky

Neverbální techniky pomáhají odkrývat myšlenky a pocity které jsou jinak obtížně přístupné a obtížně sdělitelné. Zvláště psychosomatickým pacientům pomáhá tvořivý proces jako například arteterapie nebo dramaterapie k vyjádření emocí, k prohloubení sebepoznání. Je inspirací k novým adaptivnějším strategiím a nakonec k dalšímu rozvoji a růstu (Rubinová, 2008). Při arteterapii se pracuje s metaforou a symbolem. Pro pacienty je taková práce bezpečnější, protože umožňuje vytvoření odstupů od problému a určitého náhledu. Podobný efekt přináší dramaterapie, která navíc ve skupině přispívá ke zvyšování sociální interakce, k objevování a zvládání vlastních emocí, k rozvoji sebedůvěry, k rozvoji spontaneity a kreativity (Murdoch, 2008; Seymour, 1998; Teszary, 2008).

Při použití arteterapie udává Plecity statisticky významné snížení somatických symptomů. Subjektivně se pacienti po arteterapii cítili lépe, hlavní smysl viděli v možnosti vyjádřit své problémy, méně v rozvoji kreativity nebo v možnosti uvolnění (Plecity et al., 2009).

5.3.5. KBT

Postupy kognitivně-behaviorální se zaměřují na ovlivnění jednotlivých příznaků nemoci (Haag et al., 2007; Murakami, 2009; Zhao et al., 2019), na

zlepšení spolupráce pacienta a dodržování léčebného režimu nebo na pomoc při zvládnání emočních důsledků nemoci (ter Kuile et al., 2007). Nejčastěji se v těchto programech používá v různé kombinaci edukace pacienta o povaze potíží a zásadách správné životosprávy, nácvik relaxace a její uplatnění v zátěžových situacích (Creswell et al., 2009; Fjorback, 2012) a kognitivní restrukturalizace.

6. Výzkumy účinnosti psychosomatické terapie

V medicíně již dlouhou dobu sílí trend k vedení praxe založené na důkazech (EBP). To vyžaduje, aby rozhodnutí o zdravotní péči byla založena na nejlepších dostupných, aktuálně platných a relevantních důkazech. To klade na zdravotnické pracovníky nárok, aby byli schopni kontinuálně získávat, posuzovat a integrovat nové znalosti ve svém oboru, aby byli schopni sledovat a přizpůsobovat se měnícím se okolnostem a probíhajícímu výzkumu (Tilson et al., 2011). Zdravotní péče poskytovaná bez dostatečných výzkumných důkazů není považována pro pacienty za prospěšnou, dokonce může způsobit i poškození (Dopson et al., 1994). Poskytování péče založené na důkazech je uznáváno jako klíčová dovednost zdravotnických pracovníků různých profesí (Rosenberg, Sackett, 1996) a zajišťuje kvalitu individualizované zdravotní péče (Guyatt, 1992). Samozřejmě to platí i pro psychosomatickou medicínu. Získávat důkazy o účinnosti psychosomatické léčby je ale komplikovanou záležitostí. Jednak kvůli obtížnému vymezení toho, co je dobrým výsledkem psychosomatické terapie i toho co vedlo k terapeutické změně a jakým způsobem bylo této změny dosaženo. Od devadesátých let se výzkumníci na celém světě více věnují zkoumání účinnosti psychoterapie a objevuje se požadavek empiricky podporované léčby (Empirically Supported Treatments EST) která definuje účinné in-

tervence pro konkrétní onemocnění a opírá se při tom o výsledky randomizovaných kontrolovaných studií, které jsou považovány za zlatý standard výzkumu účinnosti léčby (Sakaluk et al., 2019; Wolf, D et al., 2018).

Ve výzkumu psychosomatiky nastává odklon od hledání psychických příčin somatických nemocí k výzkumu účinných psychologických a medicínských intervencí u psychosomatických chorob (De Vries, Schussler & Petermann, 2012). Je nepochybné, že moderní výzkum v psychosomatice vyžaduje mezioborovou spolupráci, v první řadě spolupráci psychoterapeutů, fyzioterapeutů a lékařů různých medicínských oborů.

Psychosomatické potíže nabývají mnoha podob a forem, jsou často chronické, mnohdy výrazně ovlivňují fungování v zaměstnání i v běžných aktivitách, snižují kvalitu života a jejich ošetřování je nákladné. Pacienti jsou totiž zpočátku vyšetřováni a léčeni nejružnějšími specialisty, často opakovaně a nekoordinovaně. Lékařsky nevysvětlitelné a klinicky významné příznaky jsou při tom v běžné populaci velmi rozšířené. Fröhlich na základě analýzy odpovědí 4181 participantů jeho výzkumu ve věku 18-65 let uvádí, že 22% všech mužů a 34% všech žen zažilo alespoň jeden takový příznak během posledních 12 měsíců. v obecné populaci je prevalence somatoformních poruch přibližně 12% (Frohlich et al., 2006; Tress, W et al., 2003). a téměř jedna třetina všech pacientů v ambulantní praxi i na různých odděleních nemocnic trpí somatoformními poruchami (Fink et al., 1999). Bolest je často hlavní stížností téměř u 70% těchto pacientů (Nickel et al., 2010). Průřezová studie Aggarwala ukázala, že ze vzorku neklinické populace (N=2299) ve věku 18-75 let trpělo 15% fibromyalií, chronickou bolestí v oblasti obličeje 7%, syndromem dráždivého tračníku 9% a chronickou únavou 8%. Celkem 27% uvedlo jeden nebo více symptomů (Aggarwal et al., 2006). Jen pro malé množství těchto pacientů je však adekvátní psychosomatická terapie dostupná. U nás je to způsobeno většinou i nedostatečnou výbavou lékařů k posouzení psycho-somatických souvislostí. Proto

pacienti dlouhou dobu absolvují opakovaná vyšetření bez adekvátní léčby a jejich potíže se zhoršují. Terapie na specializovaném pracovišti je tak indikována často až po letech průběhu onemocnění, kdy je léčení komplikovanější a dlouhodobější a výsledky často horší. To pak samozřejmě může ovlivňovat i výsledky výzkumu účinnosti a efektivity psychosomatické terapie, tedy její hospodárnosti vzhledem k vynaloženému úsilí a prostředkům.

Výzkum psychosomatické terapie je důležitý k porozumění procesu léčby, i k ověření výsledku, tedy zjištění účinnosti existujících programů, případně k formulaci nových terapeutických postupů. Slouží na jedné straně ke zdůvodnění oprávněnosti psychosomatické léčby, což je důležitý argument pro všeobecné přijetí psychosomatické medicíny lékaři, širokou veřejností i zdravotními pojišťovnami. Dále slouží výzkum i k porovnání efektu odlišných terapeutických přístupů a k diferenciaci různých léčebných plánů a strategií pro různé pacienty.

U jednotlivých léčebných postupů můžeme zjišťovat jejich účinek (effectiveness) nebo jejich účinnost (efficacy). Rozdíl je hlavně v tom, že stanovení účinnosti vychází z randomizované klinické studie (RCT), zatímco účinek (effectiveness) vychází z naturalistické studie (Timulak, 2005). Jinými slovy efficacy odpovídá na otázku, zda určitá léčba funguje za standardizovaných a kontrolovaných podmínek, zatím co effectiveness popisuje účinnost léčby v běžných podmínkách praxe. Jako účinnost se tedy označuje *míra změny* kterou přináší terapie oproti kontrolní skupině, nebo míra změny některé ze zkoumaných veličin, které je možné změřit na začátku a na konci terapie. Účinek (effectiveness) a velikost účinku (*effect size*) je matematicky, statisticky definovaná veličina vyjadřující sílu určitého jevu. Často se uvádí i *outcome* – výsledek, který většinou popisuje celou množinu změn různých parametrů v různých oblastech života pacienta, které přinesla terapie (Timulak, 2005).

Ke kvantitativnímu hodnocení výsledku léčby, je třeba vymezit kritérium pro stanovení úspěšné terapie. Je třeba nalézt co a jakým způsobem se má v terapii měřit a jaký výsledek je možné považovat za úspěch terapie.

Terapeutická změna je veličinou závisle proměnnou ve vztahu například ke konkrétním charakteristikám pacienta, k formám a způsobu intervencí, k délce trvání terapie a podobně. Může být vyjádřena rozdílem dosažených průměrů určité veličiny u porovnávaných skupin (například před terapií a po ní) nebo posouzením, zda se pacientova symptomatika upravila natolik, že po terapii odpovídá neklinické populaci.

V lékařských vědách zůstávají zlatým standardem randomizované klinické studie. Díky kontrolní skupině a náhodnému výběru pacientů buď do skupiny léčené nebo kontrolní umožňují považovat změnu závisle proměnných za přímý důsledek konkrétní sledované intervence. Náhodné rozdělení by mělo zajistit, aby interferující proměnné na straně pacientů byly pokud možno podobně rozdělené v obou skupinách (Timulak, 2005). Pacienti jsou do randomizované klinické studie vybíráni podle pravidel umožňující statistické zevšeobecnění dosažených výsledků. Tento typ studií má však i některé nedostatky, zvláště pro výzkum v oblasti psychosomatické medicíny. Léčba, která je pacientům poskytována se často významně liší od běžné praxe. Například délka terapie je v těchto studiích přesně stanovena, zatímco v praxi existují velké rozdíly v délce léčby, která se přizpůsobuje individuálně jednotlivým pacientům (Dattilio et al., 2010; Fishman, 2017). v kontrolovaných studiích se většinou používají homogenní skupiny pacientů a zkoumá se výsledek terapie pro konkrétní diagnózy. Homogenita a přísná diferenciatní indikace k účasti ve studii přispívá k zvýšení vnitřní validity ale naopak snižuje validitu vnější, tedy zobecnitelnost výsledků (Timulak, 2005). Přes všechna opatření není možné také odlišit vliv nespecifických faktorů psychoterapie a učinit kauzální závěry o účinných faktorech (Baron, Kenny, 1986).

Jinou možností výzkumu než RCT jsou přirozené, naturalistické studie. Ty zkoumají průběh a výsledek terapie v její specifické podobě tak jak je běžně prováděna v praxi. Výzkumné soubory nejsou homogenní, léčba není standardizována, není uplatněn princip randomizace, pacienti často vyhledávají konkrétní léčbu na základě vlastních preferencí, nebo místních možností (Timulak, 2005). Heterogenita vzorku je například podle Kazdina výhodou, neboť je-li změna prokázána u více pacientů, kteří se liší v různých aspektech, je možné formulovat přesvědčivější závěry o účinnosti terapie než při homogenním vzorku (Kazdin, Nock, 2003). Leichsenring dokonce ukazuje, že RCT a naturalistické studie nejsou v konkurenčním vztahu, a priori se neliší, pokud jde o jejich vnitřní a vnější platnost. Naturalistické studie v zásadě neposkytují důkazy nižší úrovně než RCT (Leichsenring, F, 2004; Leichsenring, VF, Ruger, 2004).

6.1. Efektivita různých léčebných přístupů

Míra efektu terapie je definována jako číselné vyjádření velikosti rozdílů naměřených hodnot mezi dvěma porovnávanými skupinami pacientů nebo mezi výsledky stejné skupiny pacientů před terapií a po terapii (Timulak, 2005). V některých případech u konkrétních diagnóz je možné využít i fyziologické nástroje měření efektu terapie. Je možné například hodnotit změny krevního tlaku, změny hmotnosti a BMI, nebo dokonce strukturální a metabolické změny určitých oblastí mozku pomocí zobrazovacích vyšetření (fMRI, PET) (Kachele, 1986; Kachele et al., 2000; Landa et al., 2020).

Psychofyzické a psychosomatické fungování člověka je ovlivňováno biologickými, fyzikálními, farmakologickými, psychologickými i sociálními faktory. Identifikovat vztahy mezi biologickými a psychosociálními proměnnými a postihnout v této složité interakci mediátory a moderátory terapeutického

procesu je nesnadný úkol. Dosud chybí přesvědčivé důkazy potřebné ke zhodnocení nejvhodnějšího a nejefektivnějšího způsobu léčby pro psychosomatické pacienty, i když za jednu z hlavních strategií je všeobecně považována psycho-terapie (den Boeft et al., 2017). Cochranův systematický přehled účinnosti různých způsobů léčby pacientů s diagnózou somatoformních poruch a MUS, jak uvádí den Boeft, nepodává jasný důkaz o účinnosti tricyklických antidepresiv, naopak moderní antidepresiva, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) se ukazují jako účinné při léčbě tělesných symptomů, účinnější jsou ještě v kombinaci s antipsychotiky (den Boeft et al., 2017). Různé formy psycho-terapie byly hodnoceny v 21 randomizovaných kontrolovaných studiích s celkovým počtem 2658 pacientů. Nejčastější zastoupení má kognitivně behavio-rální terapie, včetně KBT třetí vlny (především mindfulness), psychodynamická terapie a integrativní formy terapie. v celkovém hodnocení je léčba psychologickými prostředky účinná při snižování závažnosti symptomů ve srovnání s obvyklým postupem či s průběhem u pacientů na čekací listině. Efekt je ale malý až střední a studie popisují častěji vyšší míru předčasného ukončení léčby (den Boeft et al., 2017). Kösters a kol. provedli metaanalýzu 46 studií hodnotících efekt skupinové terapie u hospitalizovaných pacientů. Teoretická orientace terapeutických postupů vycházela v 39% z KBT v 37% psychodynamické tera-pie. v 71% případů byla skupinová terapie primárním způsobem léčby, ve 24% součástí multimodální terapie (Kosters et al., 2006). V jiné metaanalýze deseti randomizovaných a šesti nerandomizovaných studií s celkem 890 pacienty a 548 pacienty v kontrolní skupině zjistil Koelen a kol., že psychotherapie byla oproti kontrolní skupině efektivnější pro fyzické symptomy a poruchy fungo-vání, nikoliv ale pro psychologické příznaky (Koelen et al., 2014). Míra efektu bývá ve studiích hodnocena pro základní tři oblasti, primární proměnnou jsou obvykle somatické symptomy, sekundárními pak psychologické příznaky (de-prese, úzkost a obecné příznaky) a poruchy fungování – v oblasti zdraví, život-

ní spokojenosti a mezilidských vztahů. Steinert a kol. referují o psychodynamicky orientované multimodální léčbě 709 pacientů, s velmi dobrým výsledkem a velikostí účinku (před - po) pro symptomy a míru prožívaného stresu ($d \cong 1$), a podstatně nižší pro interpersonální problémy ($d=0,34$). Dobrá odpověď na terapii byla u pacientů asociována s výrazně vyšší úrovní terapeutické aliance (Steinert et al., 2019). Zajímavé jsou výsledky léčby vztažené k poskytovateli terapeutických intervencí u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy (MUS). Metaanalýza dvaceti randomizovaných kontrolovaných studií ($N=3225$) hodnotící primárně změnu fyzických symptomů a sekundárně změnu fyzického fungování a psychologických symptomů ukázala malou velikost účinku ($d=0,13-0,19$, $p < 0,05$) pro všechny sledované domény. Intervence byly nicméně účinnější pro fyzické symptomy když byly poskytovány psychoterapeuty než praktickými lékaři ($p=0,02$). Studie však neuvažovala frekvenci terapií, která byla u psychoterapeutů pravděpodobně vyšší (Gerger et al., 2015). Abbas a spolupracovníci provedli metaanalýzu 17 RTC studií publikovaných v letech 2006-2019 která shrnuje výsledky krátké dynamické psychoterapie pro chronické somatické potíže. Efekt léčby pro primární sledovanou kategorii, tedy somatické potíže, dosahoval hodnot $d=0,22$ až $1,3$ (Abbass et al., 2020).

Psycho-somatické porozumění nemoci zohledňují velmi dobře skupinové programy (Avila, 2009; Kusters et al., 2006). Skupinový formát léčby umožňuje zlepšení komunikace emocí, zlepšení regulace sociálních vztahů, stanovení a upevnění hranic, umožňuje práci se vztahovou dynamikou a omezení sociálního chování které udržuje nebo dokonce posiluje somatické symptomy. Je tedy vhodná pro propracování témat jež jsou důležitá právě pro psychosomatické pacienty.

Zajímavá je studie shrnující očekávání pacientů před a jejich naplnění po desetidenní multimodální terapii. Většina pacientů uvedla, že celou terapii

prožili jako užitečnou a podpůrnou pro zlepšení svých příznaků a schopnosti řešit problémy každodenního života. Jako přínos uváděli interakce s ostatními pacienty ve skupině, prožívání komunitní sounáležitosti, setkání s lidmi s podobnými problémy, zlepšení sociálních dovedností a kompetencí. Obavy se týkaly fluktuace pacientů v otevřené skupině a nutnost vstoupit do probíhajícího terapeutického procesu. To se týkalo hlavně pacientů bez předchozí terapeutické zkušenosti. Všichni ocenili výhodu úzkého vztahu terapie a každodenního života ve srovnání s programy ústavní léčby. To podle názoru pacientů umožnilo rychlé začlenění témat diskutovaných v terapii do jejich každodenního života. (Brunner et al., 2019; Nikendei et al., 2016). Řiháček a kol. provedli přehledovou studii zahrnující 44 prací. Účinnost léčby se pohybovala v rozmezí $d=0,12 - 1,17$ (Rihacek et al., 2017).

6.2. Mechanizmy změny psychosomatické terapie

Mechanismy jsou takové procesy nebo události, které vedou k terapeutickým změnám a způsobují je. Jsou stále do značné míry neznámé. k označení příčiny nebo mechanismu změny se používá termín *mediátor*. Odkazuje na procesy, kterými dochází je změnám. *Moderátor* označuje ty vlastnosti, které ovlivňují do jaké míry nebo zda vůbec terapeutická změna nastane (Johansson, Hoglend, 2007).

V současné době je pro psychosomatickou léčbu k dispozici široká škála terapií. Výzkum ukazuje podobnou účinnost a srovnatelné výsledky u různých terapeutických modalit, i těch které pocházející z velmi odlišných teoretických pozadí (Peterson, 2019). To dlouhou dobu vyvolávalo diskuze, zda různé léčby fungují prostřednictvím společných nespecifických faktorů. Ani po mnoha studiích a metaanalýzách, které se pokusily podpořit představu, že účinnost léčby je způsobena nespecifickými faktory, nebyla otázka zcela zodpovězena (Budd,

Hughes, 2009; Luborsky et al., 2002). Wampold sumarizoval přehled účinnosti nejčastěji uváděných společných faktorů terapie. Uvádí společnou shodu na cílech terapie ($d=0,7$), empatii, pracovní alianci, jako nejčastěji uváděné faktory ($d=0,5-0,6$), kongruenci a autenticitu terapeuta ($d=0,5$). Kivlignan analyzoval hodnocení účinných faktorů účastníky 284 terapeutických skupin a definoval čtyři základní faktory, které představovaly 59,2% rozptylu: emoční uvědomění-vhled, získání důležitých zjištění o sobě a o vztazích, objasnění problému a posílení schopnosti zvládnání, nové způsoby bytí a porozumění (Kivlighan et al., 1996).

Prohlubování porozumění terapeutickým faktorům má smysl. Umožňuje činnost terapeuta zacílit na různé terapeutické faktory účelněji pro konkrétní problémy nebo fáze vývoje skupiny a zlepšit tak účinnost skupiny. Pro zlepšení výzkumu mechanismů změn v psychoterapii bylo navrženo několik metodických doporučení. Mediátory je třeba sledovat v průběhu léčby a nejen na začátku a na konci (Pachankis, Goldfried, 2007). Také časová souvislost změny je důležitá. Ke změně mediátoru musí dojít před změnou závislé proměnné určující výsledek, aby bylo možné vyloučit opačnou kauzalitu (Pachankis, Goldfried, 2007).

Grawe empiricky odvodil obecné mechanismy změny: *Aktivace zdrojů* znamená schopnost účelného využití individuálních schopností pacienta k terapeutickým změnám. *Aktualizace problému* se týká aktuální emoční zkušenosti s problémem, kterou pacient zažije v terapii. *Zvládnutí (mastery)* znamená nabytí konkrétní zkušenosti jak se vypořádat s problémovými situacemi. *Objasnění významu* se týká uvědomění dosud nevědomých cílů a motivů vlastního chování a rozhodování. *Terapeutická aliance* odráží kvalitu vztahu mezi terapeutem a pacientem (Grawe, 1997, 1999; Grawe, Grawe-Gerber, 1999).

Řiháček a kol. identifikoval analýzou 153 prací zabývajících léčbou psychosomatických pacientů osm obecných kategorií společných terapiím různých

teoretických příslušností. Patří mezi ně uznání reality a legitimacy jejich tělesných příznaků, přestože neexistuje dostatečné lékařské vysvětlení, normalizace symptomů a vlastně destigmatizace pacientů jako hypochondrů či “somatizerů”, možnost vyjádření emocí spojených s dosavadním pocitem nepochopení, motivace k terapii jdoucí ruku v ruce s edukací a vytváření důvěry, spolupráce a budování terapeutického vztahu, poskytování bezpečí a podpory. Dále uvádí další důležité zaměření léčby směřující k rozvoji a kultivaci tělesného a emočního uvědomění (Rihacek, Cevelicek, 2019).

Jak již bylo zmíněno, v posledních letech narůstá vědecký zájem o interoceptci, neboli proces vnímání, interpretace a integrace vnitřních tělesných signálů. Zdá se důležitý zvláště pro klinickou praxi psychosomatické medicíny. Khouryová a spolupracovníci provedli rešerši literatury a identifikovali čtrnáct randomizovaných kontrolovaných studií hodnotících léčebné intervence pracující s interoceptí. Sedm z těchto studií prokázalo, že takové intervence byly účinné při zmírnění symptomů. Interocepce se zdá může být mechanismem účinku při zlepšování klinické symptomatologie mimo jiné i u psychosomatických pacientů (Khoury et al., 2018). Zatím však není dostatek studií postačujících k pochopení významu interocepce pro léčbu psychosomatických poruch.

6.3. Prediktory úspěšnosti psychosomatické léčby

Některé práce se pokoušejí na základě analýzy výsledků určit proměnné ovlivňující dobrý výsledek psychosomatické léčby. Burlingame například uvádí, že efektivita skupinové terapie koreluje s některými aspekty skupiny, například s jejím složením, settingem a výběrem diagnóz. Taktéž ukazuje, že homogenní skupiny mají lepší výsledek než skupiny pacientů s heterogenními příznaky. Ambulantní pacienti se zlepšují více než pacienti hospitalizovaní a skupiny smíšené fungují lépe než skupiny jednoho pohlaví (Burlingame et al.,

2003). Deprese může být důležitým prediktorem výsledku terapie. Pacienti s těžší depresí z terapie méně profitují neboť jejich stav představuje aktuální překážku ke změně. Na druhou stranu se zdá, že anamnestická zkušenost s depresí může znamenat větší potenciál pro zlepšení (Gilpin et al., 2019). Rovněž míra psychické adaptability, umožňující přizpůsobení se požadavkům problémové situace, a projevující se především ve schopnosti změny, ovlivňuje potenciál k vyléčení chronického psychosomatického onemocnění (Gilpin et al., 2019). Nezaměstnanost je považována za prediktor horšího výsledku, je spojena s větší úzkostí a s depresí (Paul et al., 2009). Skeptický přístup léčbě, nízké vzdělání a dlouhá doba pracovní neschopnosti před zahájením terapie mohou předpovídat nižší úspěšnost léčby (Lange et al., 2012). Naproti tomu Buchner se domnívá, na základě analýzy výsledků léčby 387 pacientů s chronickou bolestí zad, že významný přínos z multidisciplinární léčebné strategie mají pacienti i ve vyšších stádiích chronicity (Buchner et al., 2007). Hodnocení osobnosti nejspíše nepřináší žádnou přidanou hodnotu pro predikci výsledku terapie (Steinert et al., 2015). Schneider přinesl důkaz klinického významu a prediktivní hodnoty OPD (Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika). Jednotlivé dimenze OPD hodnocené ve vztahu k výsledku léčby ukázaly, že negativními prediktory dlouhodobého výsledku byly vysoké vnitřní překážky ke změně, významné sekundární zisky z nemoci a také méně integrovaná struktura osobnosti. Pozitivními prediktory dlouhodobého výsledku byla změna pacientova konceptu nemoci směrem k psychologickému porozumění symptomům a dosažení vyšší úrovně uvědomění maladaptivních vzorců chování (Holub, Tellerovský, 2013; Schneider et al., 2006). U pacientů s funkčními gastrointestinálními potížemi byly alexithymie, perzistentní somatizace, vyšší počet DPCR diagnóz (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) významnými prediktory horších výsledků terapie (Fava, G. A. et al., 2018; Porcelli et al., 2004). Alexithymie je spojena se specifickými vztahovými vzorci a interpersonálními

problémy, chladným, sociálně vyhýbavým, neasertivním chováním. To ovlivňuje negativně terapeutickou alianci, a jejím prostřednictvím se tak alexithymie stává rovněž silným prediktorem horšího výsledku léčby (Probst et al., 2017).

7. Souhrn teoretické části

Bio-psycho-sociální model, je v současné době nejucelenějším, nejkompletnějším a nejdůležitějším konceptem, v němž je možné porozumět zdraví a nemoci člověka. Prevalence psychosomatických onemocnění, které nelze úspěšně léčit bez zohlednění komplexních bio-psycho-sociálních souvislostí, se pohybuje od 10 do 40 % (Baitha et al., 2019; Fink et al., 1999; Haller et al., 2015) Psychosomatická diagnostika a léčba je proto v současné době velmi aktuálním a často diskutovaným tématem. k tomu aby mohly být vědecké předpoklady bio-psycho-sociálního modelu pevně zakotveny v praxi a ve způsobu myšlení lékařů všech medicínských oborů, je třeba získat více důkazů o účinnosti různých forem psychosomatické terapie, resp. o účinnosti a efektivitě jednotlivých léčebných opatření a o indikacích k jejich výběru. To je potřebné především proto, že psychosomatická medicína se dnes neomezuje jen na studium některých stavů, ale představuje přístup a způsob myšlení v celé oblasti medicíny. v posledních letech stále přibývá důkazů o tom, jak životní zkušenosti, nebo chronické bolesti, deprese či úzkosti a další emoce mění mozkovou strukturu, i o tom, k jakým interakcím dochází mezi psychikou a naším fyzickým zdravím, například při zánětech, imunitní obraně nebo při fungování srdce a oběhového systému. Množí se i důkazy o neuronální restrukturalizaci vlivem různých terapeutických intervencí, které pak tímto způsobem působí na tělo a tělesné funkce (Rüegg, 2007).

Uznáváme multifaktoriální etiologii onemocnění ale dosud většinou neznáme příčinné souvislosti ani účinné mechanismy všech interakcí. Znány jsou

zatím jen určité predisponující faktory, které mohou zvýšit vulnerabilitu k pozdějšímu vzniku onemocnění vlivem zatěžujících situací a takzvaných precipitujících faktorů. Úkolem psychosomatické medicíny je identifikovat a dále zkoumat vliv psychosociálních faktorů na individuální vulnerabilitu jednotlivců vůči jakémukoliv onemocnění, zkoumat interakce mezi psychosociálními a biologickými faktory a jejich roli při vzniku a průběhu onemocnění a také navrhovat a uplatňovat komplexní postupy v prevenci a léčbě somatických onemocnění.

Dnešní koncepty psychosomatické terapie se primárně utvářejí na podkladě psychodynamické a kognitivně behaviorální terapie. Uznávána je rovněž myšlenka integrace různých psychoterapeutických, behaviorálních, psychosociálních a na tělo zaměřených postupů. I ambulantní programy stacionární péče nebo programy v lůžkových zařízeních jsou založeny na integrativním psychoterapeutickém konceptu a kombinaci různých terapeutických přístupů, například skupinových terapií, individuální léčby a rodinné nebo párové terapie.

V medicíně již dlouhou dobu sílí trend k vedení praxe založené na důkazech (EBP). Zdravotní péče poskytovaná bez dostatečných výzkumných důkazů není považována za prospěšnou pro pacienty. Tomu musí vyhovět i psychosomatická medicína. Výzkum psychosomatické terapie je důležitý k porozumění procesu léčby, i k ověření výsledku, tedy zjištění účinnosti existujících programů, případně k formulaci nových terapeutických postupů. Slouží však i ke zdůvodnění oprávněnosti psychosomatické léčby, tedy její účinnosti. To je důležitý argument pro všeobecné přijetí psychosomatické medicíny lékaři, širokou veřejností i zdravotními pojišťovnami. Zlatým standardem v lékařských vědách zůstávají randomizované klinické studie. Jinou možností výzkumu jsou přirozené, naturalistické studie, které zkoumají průběh a výsledek terapie v její specifické podobě tak jak je běžně prováděna v praxi.

Účinnost léčby psychosomatických potíží udávaná v přehledových studiích se pohybuje v rozmezí $d=0,12 - 1,17$ (Rihacek et al., 2017). Nejčastěji se v přehledových studiích objevuje kognitivně behaviorální terapie v různých modalitách, dále hypnoterapie, vizualizace a řízená imaginace (Arnold et al., 2012; Hefner et al., 2009; Koelen et al., 2014; Laird et al., 2017). Pozornost výzkumy věnují i identifikaci mechanismů, jejichž prostřednictvím k terapeutickým změnám u psychosomatických onemocnění dochází, rovněž analýze faktorů, které by umožnili předpovědět pravděpodobnost dobrého výsledku léčby či pravděpodobnost jejího selhání (Bentall et al., 2002; Ekroll, Ronnestad, 2018; Gilpin et al., 2017).

B. Výzkumná část

1. Úvod

Výzkumy psychosomatické léčby u nás jsou velmi potřebné, zatím jsou ale stále spíše ojedinělé a probíhají nesystematicky v jednotlivých oblastech medicíny (Havelková, Slezáčková, 2017). Náš výzkum je součástí multicentrické studie, která je zaměřena na zjištění mechanismů změny v terapii medicínsky nevysvětlených somatických symptomů (medically unexplained physical symptoms; MUPS), dále na překlad a standardizaci zahraničních výzkumných nástrojů a metod a analýzy zkušeností pacientů i terapeutů z léčby.

V naší práci jsme se soustředili na ověření účinnosti krátkého multimodálního programu stacionářů Psychosomatické kliniky v Praze. Krátkodobou stacionární léčbu totiž považujeme pro psychosomatické pacienty za velmi důležitou a účinnou. Dosud jsme však tento předpoklad opírali pouze o zahraniční studie (Abbass et al., 2020).

V práci uvádíme hlavní výsledky výzkumu léčby psychosomatických pacientů v multimodálním stacionárním programu. Jednalo se o naturalistickou studii. Oproti čistě výzkumné terapeutické situaci má toto uspořádání určité odlišnosti, které se více blíží klinické praxi a výsledky tedy mohou být pro ni i užitečnější (Leichsenring, VF, Ruger, 2004). Terapie v denním stacionáři nemá předem stanovenou délku, pobyt se řídí aktuálním stavem pacienta. Intervence jsou individualizovány, proměňují se podle složení skupiny, nejsou prováděny fixním způsobem a nebyly tedy studií omezeny a manualizovány. Pacienti přicházeli do terapie aktivně a na základě vlastního výběru tohoto způsobu léčby, ne tedy procesem náhodného přiřazení. Soubor pacientů je heterogenní, pacienti mají více problémů týkajících se více oblastí jejich zdraví a fungo-

vání. Výběr tedy není omezen pouze na jednu diagnózu. Ve studii jsme sledovali zlepšení symptomů i celkového fungování, pozornost nebyla zaměřena pouze na redukci jednoho konkrétního příznaku.

Bezprostředním plánovaným cílem byla odpověď na otázku do jaké míry je psychoterapeutická péče efektivní v podobě v jaké je poskytována v běžné praxi denních stacionářů Psychosomatické kliniky a který způsob terapeutické práce je nejvhodnější pro které pacienty. Předpokládali jsme, že na základě výsledků budou formulovány další hypotézy k ověření, týkající se diferenciální indikace psychosomatické terapie. Definitivním cílem, k jehož dosažení snad práce snad přispěje, bude možnost predikce efektu a nejvhodnějšího a nejúčinnějšího typu léčby na základě kombinace vstupních a průběžných charakteristik.

Práce vznikla ve spolupráci s Centrem pro výzkum psychoterapie při Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v rámci projektu "Účinnost psychoterapie u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Multicentrická naturalistická studie", který je podpořen granty The Czech Science Foundation (Czech Republic) a Grantovou agenturou České republiky (GAČR) pod číslem GA18-08512S.

2. Cíle výzkumu

Zjištění efektu komplexní terapie psychosomatických onemocnění v multimodálním programu stacionáře.

Identifikace účinných mechanismů terapeutické změny u psychosomatických pacientů.

Identifikace předpokladů úspěšné terapie.

Srovnání výsledků terapie v komunitním režimu polootevřené skupiny pobytového denního stacionáře s výsledky léčby v uzavřené skupině docházkového denního stacionáře.

Návrh dalších výzkumných témat.

3. Metoda

Sběr dat probíhal v průběhu dvou let 2018-2019, pomocí baterie sebeposuzovacích dotazníků, vybrané týmem Centra pro výzkum v psychoterapie. Pacienti indikovaní k terapii v denním stacionáři, kteří vyjádřili souhlas se zapojením do výzkumu, vyplňovali baterii testů před započítáním léčby ve stacionáři, každý týden pobytu ve stacionáři a po ukončení léčby.

3.1. Metoda stacionární léčby

Stacionární léčba poskytuje oproti ambulantnímu léčení možnost intenzivnější terapeutické práce. v našem zařízení probíhají současně dva denní stacionární programy. Výzkum probíhal v obou. Pobytový denní stacionář nabízí ubytování, aby byl dostupnější i pro mimopražské pacienty. Nabídka ubytování v samostatné budově v prostředí přírodního parku, podmiňuje i komunitní charakter léčby, což je hlavní rozdíl proti docházkovému dennímu stacionáři. Drobné rozdíly jsou i v programovém složení, délce a frekvenci terapie, jak je uvedeno v tabulce 1.

Tabulka 1: srovnání programu denních stacionářů

	Pobytový denní stacionář	Docházkový denní stacionář
Délka terapie	6-12 týdnů	8 týdnů
Četnost	5 dnů v týdnu, možnost pobytu v komunitě i o víkendu	4 dny v týdnu
Denní rozvrh	9:00-17:00	9:00-16:00
Složení programu	Dynamická interpersonální skupinová psychoterapie, fyzioterapie, bioenergetická cvičení, relaxační cvičení, kreativní hraní, arteterapie, edukace, zdravá výživa, pracovní činnosti	Dynamická skupinová psychoterapie, arteterapie, bodyterapie, KBT, edukace
Charakter skupiny	průběhová, polootevřená	uzavřená

3.1.1. Skupinová psychoterapie

Je hlavní součástí programu obou stacionářů. Jejím cílem je ve stacionáři vytvořit bezpečný prostor pro zkoumání a odhalování jak tělesných tak psychosociálních aspektů onemocnění a pro jejich léčebné ovlivňování směřující k úzdavě. Dynamicky orientovaná terapie se nezaměřuje na mírnění symptomu, spíše na zpracování vnitřních konfliktů. Terapeutické skupiny poskytují větší prostor a intimitu potřebnou ke zpracování prožitků z komunitního spolubytí pacientů i z ostatních částí programu a jejich integraci do životních příběhů jednotlivých pacientů. Skupinové terapie vede dvojice terapeutů, vždy muž a žena. Terapeuti používají především prostředky abreaktivní, objasňující a interpretativní, přispívající k vhledu i poskytující modely k identifikaci.

V docházkovém denním stacionáři tvořila hlavní terapeutickou dvojici žena 45 let, 23 let praxe, s výcvikem v psychoanalytické psychoterapii a muž 40 let, 11 let praxe, výcvik v PCA a probíhající výcvik psychoterapii zaměřené na přenos (TFP). v pobytovém denním stacionáři tvořila dvojici žena, 30 let, praxe 8 let, výcvik v psychoanalytické skupinové psychoterapii a muž 59 let,

praxe 16 let, somatický lékař s výcvikem v dynamické a interpersonální psychoterapii.

3.1.2. Edukace

Edukace je i v našich stacionářích důležitou součástí léčby. Lékař formou přednášek a diskuzí podává informace které vysvětlují propojení mezi psychickým stavem a tělesnými nebo psychickými potížemi. Cílem je ozřejmit a vysvětlit jednotu těla a psychiky tak, aby to bylo pro každého srozumitelné a pochopitelné.

3.1.3. Kreativní hraní

Které je určitou obdobou dramaterapie přispívá ke zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence, získání schopnosti uvolnit se, rozvíjet a kultivovat tělesné uvědomění, schopnost spontánního chování a rozvíjet představivost a koncentraci.

3.1.4. Arteterapie

Je v programu stacionáře velmi důležitým psychoterapeutickým přístupem umožňujícím jiný způsob vyjádření a porozumění vlastním pocitům, emocím a myšlenkám. Nevědomé obsahy, přání, fantazie, které je těžké verbalizovat, protože nepodléhají racionální logice ale subjektivní symbolické logice, je snadnější ztvárnit při arteterapii (Oster et al., 2016). Za prospěšný považujeme i obecný skupinový efekt – tvoření jako prostředek komunikace, uvědomování si pocitů, ale také uvolnění a zábavy.

3.1.5. Bioenergetická cvičení

Využívají zkušenosti, že tělesná a duševní stránka člověka spolu úzce souvisejí a skrze práci s tělem je tak možné přistupovat k různým psychickým obsahům – zejména k emocím. Cvičení napomáhají rozvoji tělesného uvědomění, často vedou i k mírnění různých obtěžujících tělesných příznaků a k uvolnění nevyjádřených emocí.

3.1.6. Psychosomatické cvičení

Zahrnuje prvky z různých druhů cvičení těla i ducha (relaxace, focusing, mindfulness). Hlavními principy těchto cvičení je zklidnění myšlenek, uvolňování a vnímání vlastního těla. Cvičení přispívá k navázání a zlepšení kontaktu s vlastním tělem. Napomáhá kultivovat schopnost vnímat a prožívat jak tělesné, tak psychické pocity a vnímat tak tělo i psychiku celistvě.

3.1.7. Autogenní trénink

Jde o relaxační tréninkovou psychoterapeutickou metodu, která usnadňuje regulaci svalového a současně psychického napětí a umožňuje lépe ovládat některé vegetativní funkce, tím přispívá k mírnění některých tělesných symptomů. Stejně jako ostatní na tělo zaměřené postupy napomáhá rozvoji tělesného uvědomění. v programu obou stacionářů má důležité místo.

3.1.8. Pracovní činnosti

Fyzická práce často pacienty přímo konfrontuje s různými jejich tělesnými omezeními a překážkami a to často vede k uvolnění silných emocí, pocitů úzkosti a vzteku. Pacienti získávají schopnost tyto emoce verbálně i neverbálně lépe vyjadřovat a jejich problémy se stávají přístupnějšími terapeutickému procesu.

3.1.9. Zdravá výživa

Zdravá výživa může podporovat účinky léčby a léčebně ovlivnit stav těla, tělesné procesy i stav psychiky. Výživová poradkyně, která je součástí terapeutického týmu pobytového stacionáře navrhuje přípravu jídel s vyváženým množstvím základních i doplňkových živin. Společné vaření je navíc důležitou komunitní aktivitou.

3.1.10. Princip terapeutické komunity

V pobytovém stacionáři spolu pacienti určitou dobu žijí a kromě léčebného programu sdílejí i další společný čas pracovní, sportovní nebo jinou činností. Ze vzájemných a intenzivních interakcí vzniká množství témat ke zpracování v terapeutických skupinách.

3.2. Výzkumný soubor

Do studie byli zařazeni pacienti indikovaní k terapii v denním stacionáři splňující jeho základní indikační kritéria:

- věk > 18 let
- nepsychotická porucha
- nepřítomnost závažnější strukturální poruchy osobnosti
- nepřítomnost somatické nemoci, která by vyžadovala speciální lékařskou a/nebo speciální dietetickou péči a pacientovi zabraňovala v úplné účasti v programu, který zahrnuje fyzickou aktivitu a sporty
- bez závislosti na návykových látkách
- do programu jsou přednostně zařazováni pacienti se somatickými potížemi na jejichž vzniku a průběhu se významně podílejí psychosociální faktory.

Pro účast ve výzkumu bylo osloveno celkem 142 pacientů. Devatenáct z nich se odmítlo zúčastnit výzkumu. Zpracovali jsme data 123 pacientů. 62 pacientů absolvovalo léčbu v pobytovém denním stacionáři a 61 v docházkovém denním stacionáři. v případě že pacient v některém dotazníku vyplnil méně než 80 % položek, nebyl hodnocen a představuje chybějící data, proto se v jednotlivých statistikách celkové počty mohou lišit. Průměrný věk pacientů byl 42,5 roku, ženy tvořily 70 %. Tabulka 2. přináší základní údaje o souboru pacientů.

Tabulka 2: Demografické údaje souboru pacientů

2-1. Věk

N	minimum	maximum	průměr	SD
123	18	80	42,47	11,496

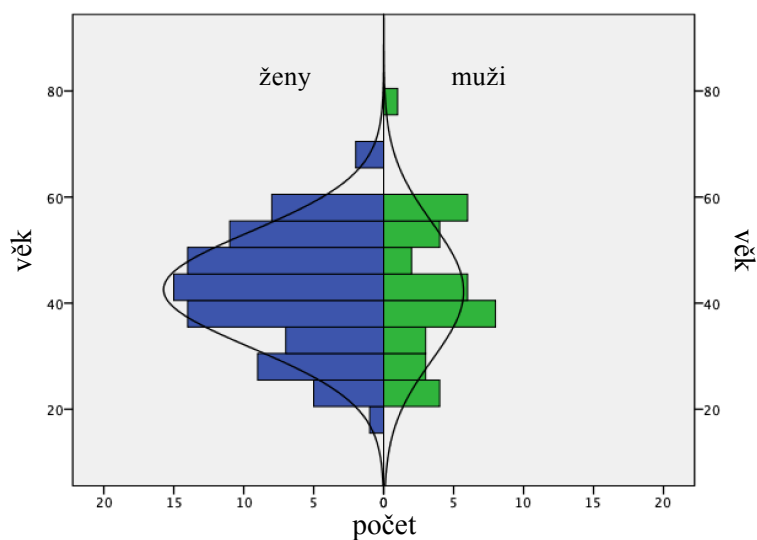
2-2. Věkové rozdělení

	počet	%	% validní	kumulativní %
≤26	13	10,6	10,6	10,6
27-39	35	28,5	28,5	39,0
40-49	41	33,3	33,3	72,4
50-59	31	25,2	25,2	97,6
60-69	1	0,8	0,8	98,4
≥70	2	1,6	1,6	100,0
Celkem	123	100,0	100,0	

2-3. Pohlaví

	počet	%	% validní	kumulativní %
ženy	86	69,9	69,9	69
muži	37	30,1	30,1	100,0
Celkem	123	100,0	100,0	
Celkem	123	100,0		

Graf 1: Věkové rozvrstvení žen a mužů



2-4. Společná domácnost

	počet	%	% validní	kumulativní %
s partnerem	64	52,0	56,1	56,1
sám/sama	23	18,7	20,2	76,3
s rodiči	10	8,1	8,8	85,1
ostatní	17	13,8	14,9	100,0
Celkem	114	92,7	100,0	
Chybějící údaje	9	7,3		
Celkem	123	100,0		

2-5. Rodinný stav

	počet	%	% validní	kumulativní %
svobodný/á	51	41,5	44,7	44,7
ženatý/vdaná nebo v registrovaném partnerství	45	36,6	39,5	84,2
rozvedený/á	17	13,8	14,9	99,1
ovdovělý/á	1	0,8	0,9	100,0
Celkem	114	92,7	100,0	
Chybějící údaje	9	7,3		
Celkem	123	100,0		

2-6. Zaměstnání

	<i>počet</i>	<i>%</i>	<i>% validní</i>	<i>kumulativní %</i>
zaměstnanec/kyně	37	30,1	43,0	43,0
podnikatel/ka	10	8,1	11,6	54,7
nezaměstnaný/á	14	11,4	16,3	70,9
rodičovská dovolená	4	3,3	4,7	75,6
ststudent/ka	5	4,1	5,8	81,4
starobní důchodce/kyně	2	1,6	2,3	83,7
invalidní důchodce/kyně	8	6,5	9,3	93,0
ostatní	6	4,9	7,0	100,0
Celkem	86	69,9	100,0	
<i>Chybějící údaje</i>	<i>37</i>	<i>30,1</i>		
<i>Celkem</i>	<i>123</i>	<i>100,0</i>		

2-7. Diagnóza

<i>Dg</i>	<i>počet</i>	<i>%</i>	<i>kumulativní %</i>
F31	2	1,6	1,6
F33	1	0,8	2,4
F40	3	2,4	4,9
F41	24	19,5	24,4
F43	24	19,5	43,9
F44	7	5,7	49,6
F45	54	43,9	93,5
F48	1	0,8	94,3
F50	2	1,6	95,9
F54	4	3,3	99,2
F60	1	0,8	100,0
Celkem	123	100,0	

2-8. Somatické příznaky

	<i>počet pacientů</i>	<i>průměrná intenzita</i>	<i>%</i>
Pocit únavy nebo málo energie	105	3,09	92,92 %
Potíže se spánkem	99	2,32	87,61 %
Bolesti hlavy	92	2,22	81,42 %
Bolesti v zádech	91	2,27	80,53 %
Pocit na zvracení, plynatost, poruchy trávení	83	2,35	73,45 %
Zácpa, řídká stolice, průjem	79	2,18	69,91 %
Bolesti v pažích, nohou nebo kloubech (kolenou, kyčlích atd.)	78	2,31	69,03 %
Pocit bušení nebo zrychlení tlukotu srdce	72	2,21	63,72 %
Bolesti žaludku	62	1,87	54,87 %
Bolesti hrudníku	56	1,88	49,56 %
Závratě	56	1,80	49,56 %
Dušnost	49	1,88	43,36 %
Bolesti nebo potíže při pohlavním styku	37	1,78	32,74 %
Záchvaty mdloby	34	1,68	30,09 %
Menstruační křeče nebo jiné problémy s Vašimi měsíčky (pouze pro ženy)	31	2,35	27,43 %
<i>Chybějící údaje</i>	<i>10</i>		<i>8,13 %</i>
<i>Celkem</i>	<i>123</i>		

V přehledu diagnóz používáme klasifikaci na podkladě deskriptivní diagnostiky MKN10, přestože na ni při plánování léčby nebereme velký zřetel. Somatické symptomy, jejichž léčba nespočívá výhradně v medicínských postupech a které především přivádějí naše pacienty k terapii ve stacionáři, se objevují napříč uvedenými diagnózami. o všechny příznaky se zajímáme spíše jako o projevy vnitřní dynamiky pacienta a jeho reakce na předchozí i aktuální životní situace.

Z tělesných symptomů si naši pacienti stěžovali nejčastěji na pocit únavy, potíže se spánkem, bolesti hlavy a bolesti v zádech.

Všichni pacienti našeho souboru, kteří vyplnili v úvodním dotazníku otázku na přítomnost a intenzitu jednoho z 15 nejčastějších somatických symptomů (N=113), uvedli alespoň jeden z těchto příznaků, průměrně však 8,3. U 99 pacientů (87,6 %) byl alespoň jeden z příznaků důvodem k vyhledání psychosomatické léčby. Celkem 107 pacientů (94,6 %) udávalo alespoň u jednoho ze somatických příznaků trvání v délce šest a více týdnů, a u 90 pacientů (79,6 %) je alespoň jeden příznak považován lékaři za medicínsky nevysvětlitelný.

Přehled podle nejvyššího ukončeného vzdělání ukazuje převahu absolventů středních a vysokých škol.

2-9. Nejvyšší dosažené vzdělání

	<i>počet</i>	<i>%</i>	<i>% validní</i>	<i>kumulativní %</i>
ZŠ	1	0,8	0,9	0,9
SŠ bez maturity	12	9,8	10,5	11,4
SŠ s maturitou	44	35,8	38,6	50,0
VOŠ	8	6,5	7,0	57,0
VŠ	49	39,8	43,0	100,0
Celkem	114	92,7	100,0	
Chybějící údaje	9	7,3		
Celkem	123	100,0		

2-10. Délka terapie

	<i>N</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>průměr</i>	<i>σ</i>
počet dní	95	18	84	54,64	13,740

Délka terapie se lišila podle typu denního stacionáře, jehož programu se pacienti účastnili, průměrně trvala 54 dní (18 – 84).

3.3. Sběr dat a použité testové metody

Pacienti vyplňovali dotazníky před začátkem léčby (první den po přijetí do stacionáře), v průběhu terapie vždy na konci každého týdne v pátek a po-

slední dotazník v den ukončení terapie. Cílem bylo postihnout úvodní stav psychických a somatických příznaků, jejich vývoj v průběhu terapie, mechanismy případné změny a její moderátory (viz tabulka 3). Každému pacientovi byl přiřazen unikátní kód, zajišťující anonymitu při dalším zpracování údajů.

Tabulka 3: Sledování jednotlivých ukazatelů v průběhu terapie

<i>Efekt</i>	<i>PŘED</i>	<i>v průběhu (6-12 týdnů)</i>	<i>PO</i>
Tělesné symptomy	●	—————	●
Duševní pohoda/distres	●		●
Deprese	●		●
Úzkost	●		●
Fungování	●		●
Mechanismy změny			
Tělesné uvědomění	●	—————	●
Emoční regulace	●	—————	●
Přijetí potíží	●	—————	●
Naplnění vztahov.ch potřeb	●	—————	●
Aktivace zdrojů		—————	●
Aktualizace problému		—————	●
Pocit zvládnání (mastery)		—————	●
Klarifikace významu		—————	●
Terapeutické spojení		—————	●
Skupinová koheze		—————	●
Moderátory			
Hypochondrie	●		
Psychologické myšlení	●		
Alexithymie	●		
Disociace	●		
Emoční vazba	●		
Nepříznivé události v dětství	●		

Sběr dat pro naši studii byl proveden v denních stacionářích Psychosomatické kliniky. Schválila jej etická komise pro výzkum. Pacienti byli informováni

o důvěrnosti a ochraně osobních údajů i o podstatě a účelu studie. Do studie byli zařazeni jen ti pacienti, kteří podepsali poučený dobrovolný souhlas s anonymní analýzou jejich dat.

3.3.1. Stručný popis dotazníků použitých před začátkem terapie:

- **PHQ-15** (součást Patient Health Questionnaire) – obsahuje 15 otázek na přítomnost nejčastějších tělesných obtíží, jejichž intenzitu pacienti hodnotí na Likertově pětibodové škále (0=“vůbec”, 1=“málo”, 2=“středně”, 3=“silně”, 4=“velmi silně”) Hodnotí nakolik je v posledním týdnu uvedené příznaky obtěžovaly. v originální verzi (Kroenke et al., 2010) je škála tříbodová, pro náš účel, ke zvýšení její citlivosti ke změně, byla škála doplněna o dva body. Dotazník PHQ-15 je volně přístupný, včetně jeho české verze. Vnitřní konzistence (N=6000) $\alpha=0,80$, senzitivita 78 % a specificita 71 % (Kroenke et al., 2010).
- **ORS** (Outcome Rating Scale) – představuje čtyři grafické škály mapující pocit osobní spokojenosti, spokojenosti v rodině a blízkých vztazích a spokojenosti ve společnosti. Pacient má za úkol na vizuální analogové 10 cm dlouhé úsečce vyznačit jak dobře se mu v posledním týdnu dařilo ve zmíněných třech oblastech a jak se celkově cítí spokojený. Hodnoty více vlevo značí nízké hodnocení, vpravo vysoké. ORS byl vyvinut jako krátká alternativa k dotazníku OQ45. Vnitřní konzistence byla hodnocena na neklinickém vzorku (N=336) a dosáhla hodnoty $\alpha=0,93$. (Miller et al., 2003)

Tab. 3.: ORS - srovnání klinického a neklinického souboru (Miller, Duncan et al. 2003)-1

	n	dotazník	průměr	SD
Neklinický	86	ORS	28,0	6,8
		OQ45	46,6	16,2
Klinický	435	ORS	19,6	8,7

- **WHO-5** (Well-Being Index) (WHO, 1998) je sebeposuzovací škálou pocitu osobní pohody. Skládá se z pěti položek, které jsou hodnoceny na šestibodové Likertově stupnici. Vysoké skóre znamená vysoký stav pohody. Pro klinický vzorek je Cronbachovo $\alpha=0,95$. (Krieger et al., 2014)
- **PHQ-9** (součást Patient Health Questionnaire) – dotazník obsahuje devět otázek na přítomnost problémů v posledních dvou týdnech (např.: “Malý zájem nebo potěšení z věcí, které děláte”, “Pocit únavy nebo málo energie”) hodnocených na čtyřbodové Likertově stupnici 0=“vůbec ne”, 1=“několik dní”, 2=“více než polovinu dní”, 3=“téměř každý den”. PHQ-9 může být použit buď jako diagnostický nástroj pro stanovení pravděpodobné diagnózy depresivní poruchy, nebo pro kontinuální měření skóre v rozsahu od 0 do 27. Cut-off skóre 5, 10, 15 a 20 vymezují lehkou, střední, středně těžkou a těžkou úroveň depresivních příznaků. Vnitřní konzistence (N=6000) $\alpha=0,89$, senzitivita i specifická 88 %. (Kroenke et al., 2010)
- **GAD-7** (součást Patient Health Questionnaire) – obsahuje sedm položek mapujících úroveň úzkostného prožívání. (“Jak často jste během posledních dvou týdnů trpěl/a následujícími problémy?” např.: “Cítil/a jsem se nervózní, úzkostný/á nebo napjatý/á”, “Nedařilo se mi uvolnit se”) Míra potíží je hodnocena na Likertově stupnici 0=“vůbec ne”, 1=“několik dní”, 2=“více než polovinu dní”, 3=“téměř každý den”. Skóre GAD-7 se může pohybovat od v hodnotách od 0 do 27, přičemž hodnoty 5, 10 a 15 představují mírnou, střední a závažnou úroveň symptomů úzkosti. Psychometrické charakteristiky dotazníku: (N=2740), Cronbachovo $\alpha=0,92$. (Kroenke et al., 2010)
- **MAIA** (Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness) je dotazník obsahující 32 otázek k posouzení úrovně tělesného uvědomění. Na

Likertově škále 0=“nikdy” až 5=“vždy” hodnotí pacienti frekvenci výskytu různých tělesných fenomenů a reakcí na ně. Osm dimenzí dotazníku zahrnuje 1 – vnímavost k tělesným prožitkům (*noticing*), 2 – tendenci nevěnovat pozornost bolesti a tělesnému diskomfortu (*not-distracting*), 3 – tendenci neznepokojoovat se prožitky bolesti a diskomfortu (*not-worrying*), 4 – regulaci pozornosti směrem k nebo od tělesných pocitů (*attention regulation*), 5 – propojování tělesných pocitů s emocionálním stavem (*emotional awareness*), 6 – schopnost regulovat distress skrze tělesné pocity (*self-regulation*), 7 – naslouchání tělu (*body-listening*), 8 – důvěru v tělo (*trusting*). Vnitřní konzistence položek byla hodnocena zvlášť u každé z osmi dimenzí a pohybovala se v originální verzi v rozmezí $\alpha=0,69 - 0,87$. (Mehling et al., 2012) Pro účely výzkumu byl použit český překlad vytvořený Centrem pro výzkum psychoterapie. Standardizace na české populace neproběhla.

- **ERSQ** (Emotional Regulation Skills Questionnaire) je dotazník 27 otázek mapujících v devíti kategoriích strategie vnímání a zpracování emocí. Na Likertově škále 0=“vůbec”, 2=“zřídka”, 3=“občas”, 4=“často” je hodnocen stav v uplynulém týdnu terapie v oblasti 1. pozornosti k vlastním pocitům (“attention”, např.: “všímal/a jsem si svých pocitů.”) 2. porozumění pocitům (“understanding”, např.: “věděl/a jsem, co znamenají mé pocity.”) 3. jasnosti a srozumitelnosti vnímaných pocitů (“clarity”, např.: “bylo mi jasné, co právě cítím.”) 4. vědomí souvislosti tělesných pocitů a emocí (“body awareness”, např.: “mé tělesné reakce byly dobrým znamením toho, jak jsem se cítil/a.”) 5. pocitu zvládnání intenzivních emocí (“resilience”, např.: “cítil/a, jsem, že zvládnou i intenzivní negativní pocity.”) 6. přijetí i negativních emocí (“acceptance” např.: “dokázal/a jsem přijmout také negativní pocity.”) 7. sebedopory v náročných situacích (“self support”, např.: “sám/sama sobě jsem byl/a v obtížných situacích oporou.”) 8. schopnosti regulace emocí (“dokázal/a jsem si cíleně navodit příjemnější

pocity.”) a 9. připravenosti čelit distresovým situacím (“readiness to confront”, např.: “dokázal/a jsem navzdory nepříjemným pocitům udělat, co jsem si naplánoval/a.”). Dotazník má vysokou vnitřní konzistenci, $\alpha=0,93$ pro všechny podškály. (Grant et al., 2018a)

- **RNS-20** (Relational Needs Scale) – obsahuje 20 otázek zachycujících pět dimenzí vztahových potřeb: bezpečí, vliv, autenticitu, sdílenou zkušenost a iniciativu. Likertova škála 1=“vůbec neplatí” až 5=“zcela platí” hodnotí míru jakou platí výroky jako např. “Moji blízcí pro mě občas něco udělají, aniž bych o to musel/a žádat” nebo “Ostatní si často berou mé rady k srdci.” Vnitřní konzistence položek hodnocena pro každou z pěti škál zvlášť, dosahuje hodnot $\alpha=0,82 - 0,94$. (Žvelc, Jovanoska, 2017)

- **CPAQ-R** (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) – je v původní verzi dotazníkem zjišťujícím míru přijetí chronické bolesti. Obsahuje 20 položek s podškálami 1. setrvávání v aktivitách i za přítomnosti bolesti a 2. relativní absence pokusů o kontrolu nebo vyhnutí se bolesti. Pro náš výzkum byl nástroj upraven na přijetí jakýchkoli tělesných potíží, ne jen bolestí, např.: “Navzdory mým potížím se mi daří dobře.”, “Nehledě na své potíže žiji normální život.” Hodnocení probíhá na Likertově škále 0=“nikdy”, 1=“velmi zřídka”, 2=“málokdy”, 3=“někdy”, 4=“často”, 5=“téměř stále”, 6=“stále”. Cronbachovo $\alpha=0,78$. (McCracken et al., 2004)

- **DES-B** (Brief Dissociative Experiences Scale) - 8 otázek hodnotí frekvenci disociativních zkušeností v průběhu posledního týdne na Likertově škále 0=“vůbec”, 1=“jednou či dvakrát”, 2=“téměř každý den”, 3=“přibližně jednou denně”, 4=“častěji než jednou denně”. (Dalenberg C, Carlson E, 2010)

- **BIPM** (Balanced Index of Psychological Mindedness) - 14 otázek typu “Často si neuvědomuji své pocity”, “Většinou neprožívám žádné emo-

ce, nebo jen málo” nebo “Nevím, co se ve mně děje” popisuje schopnost psychologického myšlení projevujícího se jako zájem a schopnost člověka být v kontaktu s psychickými stavy a procesy a přemýšlet o nich. Jsou hodnoceny na Likertově škále 0=“nepravdivé”, 1=“málo pravdivé”, 2=“poněkud pravdivé”, 3=“docela pravdivé”, 4=“velmi pravdivé”. Vnitřní konzistence položek $\alpha=0,85$. (Nyklicek, Denollet, 2009)

- **Whiteley Index (WI)** - obsahuje 6 otázek mapujících míru obav o zdraví. Např.: “Obáváte se hodně o své zdraví?”, “Myslíte si, že je s Vaším tělem něco závažně v nepořádku?”. Míra s jakou výroky platí je hodnocena na Likertově škále 1=“vůbec”, 2=“mírně”, 3=“středně”, 4=“značně”, 5=“výrazně”. Bylo prokázáno, že WI má vysokou test-retest reliabilitu ($r=0,81$) (Pilowsky, 1967).

- **PTI-AS** (Psychological Treatment Inventory-Alexithymia Scale) - skládá se z 5 položek, měřených na pětibodové Likertově stupnici 1=“vůbec”, 5=“značně”. Cílem je posoudit příznaky alexithymie, která se vyznačuje obtížemi při identifikaci, popisu a analýze vlastních pocitů a ochuzením vnitřního emočního života (neschopnost porozumět emocím a strach z emocí). Reliabilita škály, vyhodnocená pomocí Cronbachova alfa koeficientu, vykazovala dobrou úroveň vnitřní konzistence ($\alpha=0,88$). (Gori et al., 2012)

- **ECR-RS** (Experiences in Close Relationships—Relationship Structures) - sebeposuzovací nástroj k posouzení typu vztahové vazby v dospělosti. Škálu tvoří devět otázek a dvě subškály. První představuje „vztahovou úzkostnost“ (attachment anxiety), druhá „vztahovou vyhýbavost“ (attachment avoidance). Měření je provedeno na Likertově stupnici 1=“rozhodně nesouhlasím” až 7=“rozhodně souhlasím”. Vnitřní konzistence položek pro di-

mezi vztahové úzkostnosti $\alpha=0,85$ pro vztahovou vyhýbavost $\alpha=0,88$. (Fraley et al., 2011)

- **Adverse Childhood Experiences** - dotazník se skládá ze 14 položek, týkajících se aspektů fyzického, psychického a sexuálního zneužívání dětí, jejich fyzického a emočního zanedbávání, dále rodičovských nebo rodinných nezpůsobilostí, ztráty rodičů v důsledku rozvodu, úmrtí nebo opuštění, věznění rodičů, rodinného násilí a podobných nepříznivých dětských zkušeností. Hodnoceny jsou dichotomicky ANO/NE. (Finkelhor et al., 2015)

3.3.2. Stručný popis dotazníků použitých v průběhu terapie

- PHQ-15
- Outcome Rating Scale (ORS)
- Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)
- Emotional Regulation Skills Questionnaire (ERSQ)
- Relational Needs Scale (RNS-20)
- Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-R)
- **SACIP** (Scale for the Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms) – dotazník obsahuje 12 výroků, vztahujících se k týdnu proběhlé terapie. Sledující mechanismy změny v psychoterapii. Pravdivost výroků je hodnocena na pětibodové Likertově škále (0=“vůbec nesedí”, 1=“spíše nesedí”, 2=“sedí napůl”, 3=“spíše sedí”, 4=“zcela sedí”). Cílem dotazníku je identifikace mechanismů terapeutické změny, které jsou rozděleny do několika dimenzí: 1. klarifikace problému (např.: “Po skupinových sezeních za poslední týden lépe rozumím sám/sama sobě a svým potížím.”) 2. aktualizace problému (např.: “Terapeut/skupina se v uplynulém týdnu dotkli mých citlivých míst.”) 3. aktivace zdrojů (např.: “Na skupinách jsem v uplynulém týdnu cítil/a, v čem spočívají mé silné stránky.”) a 4. mastery

(zvládání, např. “V uplynulém týdnu jsme v terapii významně pokročili směrem k překonání mých potíží”) (Mander, J, 2015; Mander, JV et al., 2013). Pro účely této práce byla použita česká verze SACiP-P přeložena autory Centra pro výzkum psychoterapie v Brně.

- **GCS** (Group Cohesiveness Scale) - dotazník obsahuje 7 výroků. Na Likertově pětibodové škále 1=“výrazně nesouhlasím” až 5=“výrazně souhlasím” pacient označil nakolik se cítil ve skupině přijímaný, jaká míra důvěry panovala mezi členy skupiny, do jaké míry se členové na chodu skupiny podílejí a podobně. Vnitřní konzistence položek $\alpha=0,87$. (Wongpakaran et al., 2013) Do českého jazyka byla přeložena autory z Centra pro výzkum psychoterapie v Brně.

- **GSRS** (Group Session Rating Scale) – čtyři grafické škály k hodnocení skupinového sezení z hlediska cílů, témat, vztahů ve skupině, přístupu nebo metody. Pacient hodnotí na vizuální analogové 10 cm dlouhé úsečce umístěné mezi dvěma výroky, ke kterému z nich se přiklání. Škála obsahuje čtyři dimenze zaměřující se na kvalitu spojenectví během posledního uskutečněného sezení. Vnitřní konzistence jednotlivých položek $\alpha=0,86 - 0,90$ (Quirk et al., 2013)

3.3.3. Stručný popis dotazníků použitých na konci terapie:

- PHQ-15
- Outcome Rating Scale (ORS)
- WHO-5 Well-Being Index
- PHQ-9
- GAD-7
- Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA)
- Emotional Regulation Skills Questionnaire (ERSQ)

- Relational Needs Scale (RNS-20)
- Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ-R)
- Scale for the Multiperspective Assessment of General Change Mechanisms (SACIP)
- Group Cohesiveness Scale (GCS)
- Group Session Rating Scale
- **NEQ-32** (Negative Effects Questionnaire) – 32 otázek s odpovědí typu ano/ne na negativní události a následky terapie. v případě kladné odpovědi má pacient vyznačit, jak intenzivně tyto události působily (na pěti-bodové škále, kde 0=vůbec, 4=extrémně), a zda je způsobila terapie, mimo-terapeutické faktory či jejich kombinace (Rozental et al., 2019).

3.4. Statisticko analytické metody

Pro praktickou interpretaci a zhodnocení výsledků terapie používáme kvantitativní míru, kterou bývá efekt psychoterapie nejčastěji vyjadřován – takzvanou velikost účinku – effect size (ES) – jejíž autorem je J. Cohen. k operacionalizaci konstruktu “zdravotního zlepšení” je možné definovat několik základních proměnných, jako např. intenzita a charakter somatických symptomů, psychické symptomy, well-being, adaptivní schopnosti. k jejich měření byly použity výše popsané sebesuzovací dotazníky.

Při následném hodnocení byla použita míra věcné významnosti rozdílů založené zde na rozdílu průměrů parametrů před a po terapii – již zmíněné Cohenovo d – k jejímuž výpočtu jsme použili vzorec:

$$d = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{\frac{s_1^2 + s_2^2}{2}}} \text{ kde } M_1 \text{ a } M_2 \text{ jsou průměry hodnot před terapií a po}$$

skončení léčby, s_1 a s_2 jsou směrodatné odchylky hodnot před a po terapii.

Analýzou korelací jsme provedli průzkum hypotetických asociací mezi proměnnými. Regresní analýzou – logistickou regresí – pak pravděpodobnost změny hlavních ukazatelů zdravotního zlepšení vlivem nezávisle proměnných parametrů.

K určení indexu klinicky spolehlivé změny jsme používali výpočet podle

Jacobsona:
$$RCI = \frac{|M_2 - M_1|}{\sqrt{2(S_E)^2}}, \text{ kde } S_E \text{ je standardní chyba měření}$$

$S_E = SD\sqrt{1 - \alpha}$, koeficient α udává reliabilitu nástroje měření a SD je směrodatná odchylka hodnot před terapií (Jacobson, Truax, 1991).

K statistickým analýzám jsme používali program IBM SPSS Statistics, v.24.

4. Výsledky

4.1. Deskriptivní statistiky vyšetřovaného souboru

Analýzou variace demografických dat a vstupních údajů o pacientech bylo zjištěno, že data se v ničem signifikantně neliší u mužů a žen, ani mezi skupinami na základě dosaženého vzdělání, rodinného stavu, zaměstnání či věku. Nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v rámci žádné podskupiny ani v intenzitě či charakteru potíží, pro které byli pacienti přijímáni do terapie. Jedinou výjimkou je statisticky významný rozdíl ve schopnosti psychologické-

ho myšlení a v anamnéze adverzní dětské zkušenosti. v těchto doménách skórovaly při úvodním vyšetření více ženy $M=2,34$ vs. $2,02$; $F(1,110)=8,13$, $p=0,005$) resp. $M=4,63$ vs. $2,72$; $F(1,110)=11,19$, $p=0,001$.

Hodnoty několika základních sledovaných proměnných před začátkem terapie ukazuje tabulka 4 (u některých nástrojů jsou pro srovnání s našim souborem uvedeny údaje z literatury):

Tabulka 4: Hodnoty základních sledovaných proměnných před zahájením terapie

	N	Min	Max	M	SD
Somatické příznaky (PHQ-15) ¹	103	4	45	21,51	8,73
Počet tělesných příznaků	123	0	15	8,33	3,89
Intenzita tělesných příznaků	123	0	45	18,54	10,05
Příznaky depresivity (PHQ-9) ²	114	0	27	14,47	5,73
Pocit osobní pohody (WHO) ³	114	0	22	6,78	4,15
Symptomy úzkosti (GAD)	112	1	21	11,52	4,90
Pocit celkové spokojenosti (ORS) ⁴	108	2	36	14,50	8,76
Celková úroveň tělesného uvědomění (MAIA)	114	25	115	74,72	20,45
Celková úroveň emočního uvědomění (ERSQ) ⁵	107	0,44	3,33	1,93	0,59
Míra naplnění vztahových potřeb	113	31	92	61,84	13,75
Úroveň přijetí potíží	110	18	97	46,72	13,09
Disociativní zkušenost	112	1	27	9,76	5,71
Schopnost psychologického myšlení (BIPM)	112	15	51	31,30	8,04
Úroveň vztahové vyhýbavosti (ECR-RS) ⁶	113	1	7	4,12	1,18
Úroveň vztahové úzkostnosti (ECR-RS) ⁶	113	1	7	4,11	1,74
Míra obav o zdraví ⁷	113	1	5	2,87	0,87
Příznaky alexithymie (PTI-AS) ⁸	113	5	25	15,89	4,53
Adverzní dětská zkušenost	112	0	11	4,02	2,95

¹ Cut-off skór pro PHQ-15 podle Kroenkeho, upravený pro pětibodovou Likertovu stupnici má hodnotu 16,67. (Kroenke et al., 2010). Průměrná hodnota našich pacientů jej výrazně překračuje.

² Výsledky PHQ-9 neklinického vzorku: $N=1654$, $M=6,98$, $SD=4,59$ (Dansova et al., 2016). v našem souboru je průměrná hodnota tohoto skóru dvojnásobná.

³ Pocit osobní pohody (well-being) neklinického vzorku ($N=207$) $M=15,83$ ($SD=5,37$) u depresivních pacientů ($N=207$) $M=5,61$ ($SD=4,05$) (Krieger et al., 2014). U našich pacientů se průměrný skór blíží spíše depresivnímu vzorku citované studie.

⁴ Výsledky ORS neklinického vzorku ($N=86$), $M=28,0$, $SD=6,8$, pro klinický vzorek ($N=435$), $M=19,6$. (Miller et al., 2003).

⁵ Výsledky ERSQ pro neklinický vzorek ($N = 376$), $M=2,85$ $SD=0,51$, pro klinický vzorek pacientů psychosomatického oddělení ($N=102$), $M=1,98$ $SD=0,69$ (Grant et al., 2018b).

⁶ Úroveň vztahové vyhýbavosti dosahuje v našem souboru pacientů průměrného skóru u žen: $4,00$ ($SD=1,11$), u mužů: $4,36$, ($SD=1,3$), úroveň vztahové úzkostnosti u mužů: $M=3,66$, ($SD=1,58$), u žen: $M=4,32$, ($SD=1,78$). Jde o hodnoty významně vyšší oproti výsledkům velkého neklinického souboru Fraleye a Heffernana ($N=21838$), kde skóre vztahové úzkostnosti dosahovalo u mužů hodnoty $M=2,42$ ($SD=1,11$) a u žen $M=2,56$ ($SD=1,21$) a skóre vztahové vyhýbavosti u mužů $M=3,34$ ($SD=0,96$) a u žen $M=3,14$ ($SD=0,96$) (Fraley et al., 2011)

⁷ Vzorek neklinické populace z norské studie: ($N=7166$) $M=1,55$ (Veddegaerde et al., 2014)

⁸ 80% našich pacientů dosáhlo vyššího skóru než neklinický vzorek: ($N=35$) $M=10,26$, ($SD=2,86$) a 50% než klinický soubor stejných autorů: ($N=35$) $M=13,69$ ($SD=4,57$) (Gori et al., 2012).

Pacienti obou stacionářů se neliší statisticky významně ($p<0,05$) v přítomnosti a intenzitě žádného ze sledovaných parametrů.

Z uvedeného přehledu ale vyplývá vysoká zátěž pacientů denních stacionářů, nejen intenzitou a počtem somatických příznaků, ale i symptomů depresivity, úzkostnosti, nízké úrovně osobní pohody a celkové spokojenosti. Není překvapením ani vysoké skóre znaků alexithymie a vyšší míra obav o zdraví.

Pacienti stacionáře v anamnéze poměrně často uvádějí svoji dětskou zkušenost se zanedbáváním, zneužíváním, násilím či dysfunkčním rodinným prostředím. Setkáváme se s dopady této zkušenosti na pozdější vývoj a celkové zdraví. Již bylo zmíněno, že jde o velmi významný predispoziční faktor pro psychosomatické onemocnění. Adverzní dětskou zkušenost uvádí 88,4 % pacientů našeho souboru. Odpověděli kladně aspoň na jednu ze 14 otázek týkajících se fyzického, psychického nebo sexuálního zneužívání v dětském věku, fyzického a emočního zanedbávání nebo nezpůsoblostí rodičů v důsledku domácího násilí, rozvodu, úmrtí nebo opuštění. Následující tabulka ukazuje výsledky detailněji:

Tabulka 5: adverzní dětská zkušenost pacientů stacionáře

Počet kladných odpovědí	Počet	%	validní %	kumulativní %
0	13	10,6	11,6	11,6
1	13	10,6	11,6	23,2
2	15	12,2	13,4	36,6
3	14	11,4	12,5	49,1
4	12	9,8	10,7	59,8
5	12	9,8	10,7	70,5
6	9	7,3	8,0	78,6
7	8	6,5	7,1	85,7
8	3	2,4	2,7	88,4
9	10	8,1	8,9	97,3
11	3	2,4	2,7	100,0
Celkem	112	91,1	100,0	
Chybějící údaje	11	8,9		
Celkem	123	100,0		

4.2. Terapeutická změna po skončení léčby

Statistická významnost je v oblasti medicíny důležitým způsobem prezentace výsledků léčby. Jako praktické se ukázalo užití velikosti účinku. Tento ukazatel však nepodává informaci o tom, zda terapeutické intervence skutečně změní každodenní fungování pacientů, tedy jde-li o klinicky významnou změnu (*clinical significance*). v poslední době se proto prosazuje právě tento koncept (Jacobson, Truax, 1991; Pinteá, 2010).

Výzkumem provedeným v přirozených podmínkách denních stacionářů Psychosomatické kliniky podáváme přehled o výsledcích intenzivního multimodálního stacionárního způsobu psychosomatické péče. v naturalistické studii nelze hovořit přímo o efektu terapie. Ke kvantitativnímu vyjádření změny, ke které v terapii došlo, budeme používat již zmíněnou velikost účinku (ES, effect size) J. Cohena. k výpočtu účinku používáme postup uvedený v kapitole 3. Sledujeme hodnoty několika proměnných, které považujeme za indikátory terapeutické změny. k výpočtu míry účinku léčby používáme srovnání počátečních hodnot proměnných před zahájením terapie s hodnotami po skončení terapie ($ES_{pre-post}$). Jako hlavní, primární indikátory žádoucí změny v terapii budeme sledovat ústup *tělesných potíží*, zvýšení *duševní pohody*, *celkové spokojenosti*, ústup *symptomů depresivity* a *symptomů úzkosti*, ale i změny na ostatních použitých škálách, neboť předpokládáme, jak bylo vysvětleno výše, že k mechanismům které působí tyto změny patří *tělesné uvědomění (měřené nástrojem MAIA)*, *emoční regulace (ERSQ)*, *přijetí potíží (CPAQ)* a *uspokojení vztahových potřeb (RNS-20)*, dále nespecifické mechanismy mezi které v naší studii řadíme *aktivaci zdrojů (SACiP)*, *aktualizaci problému (SACiP)*, *pocit zvládnání (mastery) (SACiP)*, *klarifikaci významu (SACiP)*, *terapeutické spojenectví (GSRS)* a *skupinovou kohezi (GCS)*.

Tabulka 5: Terapeutická změna - hlavní indikátory

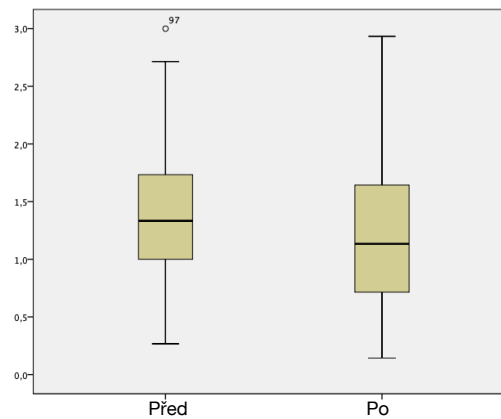
		Průměr	N	SD	SE	Cohenovo d
Somatické příznaky (PHQ-15)	PRE	1,41	86	0,58	0,06	0,296
	POST	1,23	86	0,64	0,07	
Symptomy depresivity (PHQ-9)	PRE	1,65	92	0,62	0,06	0,742
	POST	1,20	92	0,60	0,06	
Symptomy úzkosti (GAD-7)	PRE	1,64	91	0,68	0,07	0,653
	POST	1,21	91	0,64	0,07	
Well-Being Index (WHO-5)	PRE	1,33	92	0,82	0,09	0,941
	POST	2,12	92	0,85	0,09	
Pocit spokojenosti (ORS)	PRE	140,32	87	87,32	9,36	1,095
	POST	240,97	87	96,34	10,33	

V souladu s konvencí užívanou ve výzkumu psychoterapie jsou Cohenem udávané míry efektu 0,20–0,49 hodnoceny jako malý efekt, 0,5–0,79 střední a $\geq 0,8$ jako velký efekt. z tabulky 5 je zřejmé, že míra efektu pro somatické příznaky dosahuje ze všech hlavních indikátorů nejmenší hodnoty a znamená jen malou změnu. Naopak změna osobní pohody ($d=0,94$) a změna v oblasti osobní spokojenosti, spokojenosti v rodině a blízkých vztazích a spokojenosti ve společnosti ($d=1,1$) ukazují na velký efekt léčby. Ve všech ostatních proměnných je míra efektu středně vysoká a vysoká.

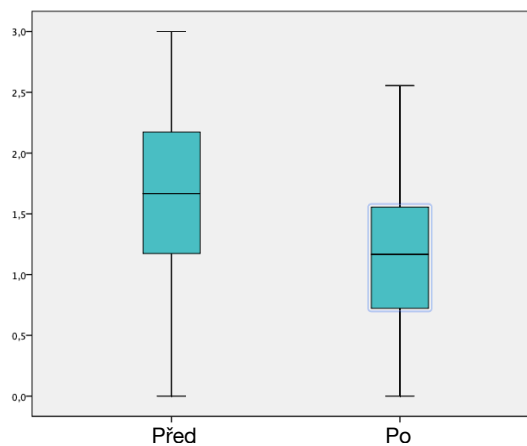
Na grafech 1 až 5 je názorněji patrná změna sledovaných parametrů před a po terapii. Mezi výsledky pacientů obou stacionářů není signifikantní rozdíl, kromě příznaků depresivity ($F_{1,90}=8,79$; $p<0,005$) a osobní pohody ($F_{1,90}=9,15$; $p<0,005$), kde k většímu zlepšení došlo v pobytovém denním stacionáři. Ani u negativních účinků terapie, hodnocených nástrojem NEQ po skončení terapie $M=0,8$; $N=94$; $SD=0,57$ jsme nezaznamenali rozdíl mezi pacienty obou stacionářů. Zážitek negativních účinků terapie slabě koreluje s mírou zlepšení somatických příznaků ($r=-0,26$; $p<0,05$), osobní pohody ($r=-0,36$; $p<0,01$), příznaků

depressivity ($r=-0,29$; $p<0,01$) a úzkostnosti ($r=-0,26$; $p<0,05$). Přičemž slabá pozitivní korelace se ukázala i mezi úvodní, před terapií zjištěnou mírou depressivity a úzkostnosti a pozdějším zážitkem negativních účinků terapie ($r=0,22$ resp. $r=0,24$, $p<0,05$).

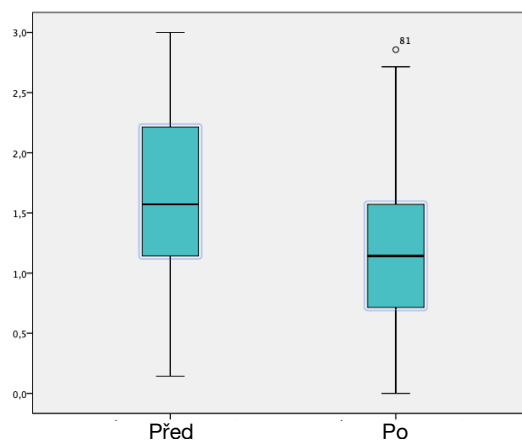
Graf 1: Úroveň somatických příznaků před a po terapii (PHQ-15)



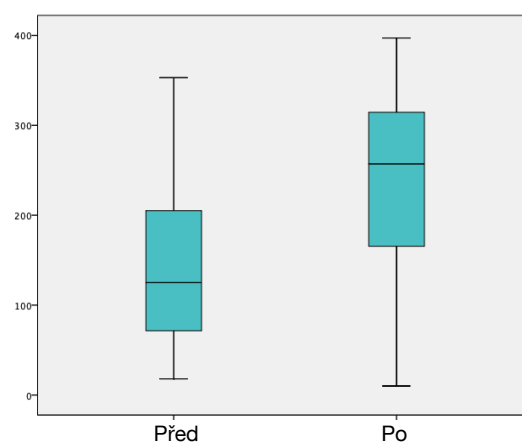
Graf 2: Úroveň příznaků depresivity před a po terapii (PHQ-9)



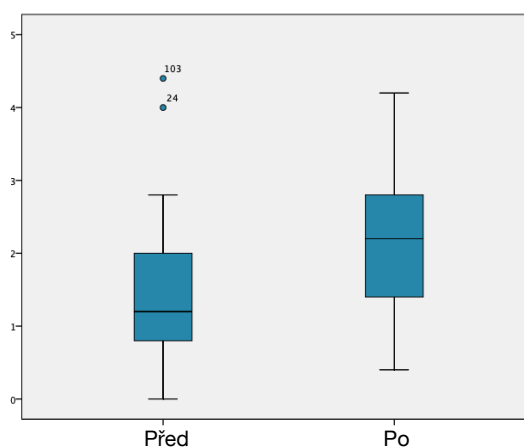
Graf 3: Úroveň příznaků úzkosti před a po terapii (GAD-7)



Graf 4: Pocit osobní pohody před a po terapii (Well-Being Index WHO-5)



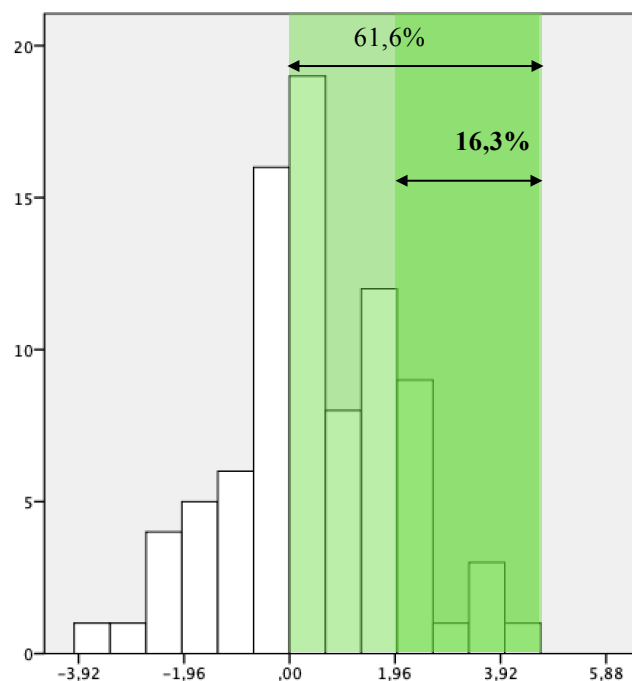
Graf 5: Pocit celkové spokojenosti před a po terapii (ORS)



4.3. Klinicky signifikantní změna

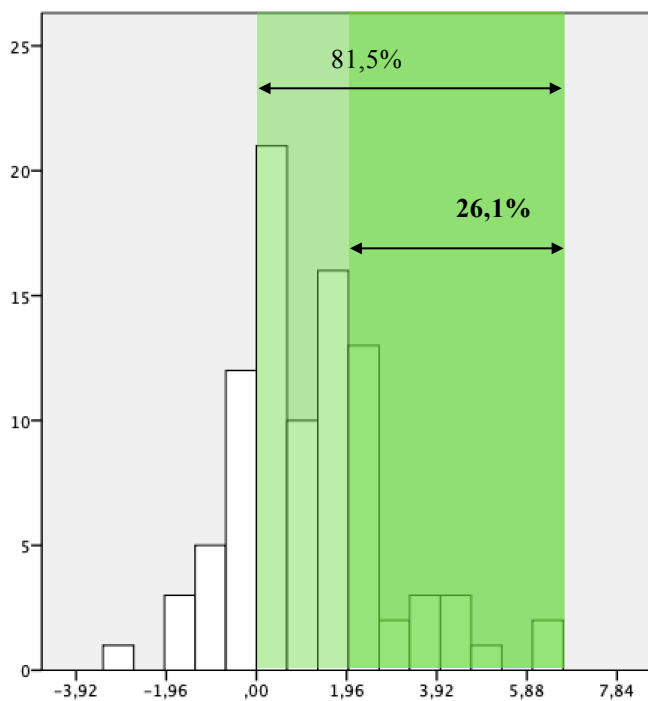
K posouzení toho, zda tyto změny znamenají jen statistické zlepšení, nebo jsou významné i z klinického hlediska, je třeba zjistit, zda převyšují chybu nástroje měření. k určení indexu klinicky spolehlivé změny používáme výpočet popsany v kapitole 3.

Graf 6: Klinicky signifikantní změna tělesných příznaků ($p < 0,05$, PHQ-15)

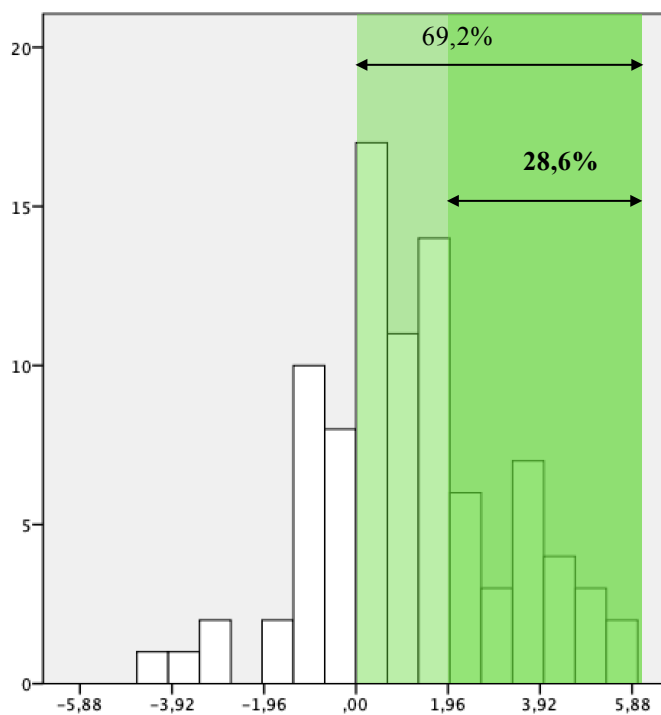


Grafy 6-10 podávají procentuální přehled terapeutické změny u jednotlivých sledovaných parametrů. Hodnoty >0 znamenají zlepšení, avšak teprve hodnoty $>1,96$ představují změnu klinicky signifikantní (Jacobson, Truax, 1991).

Graf 7: Klinicky signifikantní změna příznaků depresivity ($p < 0,05$, PHQ-9)

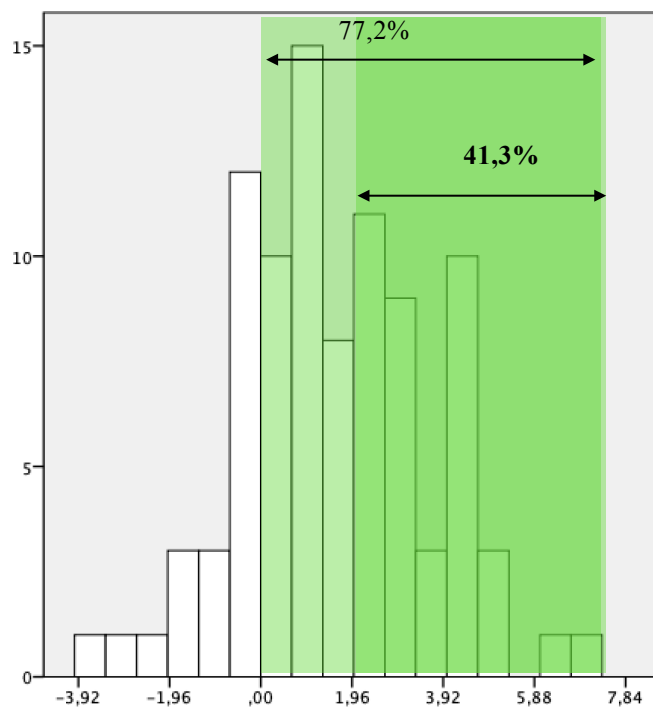


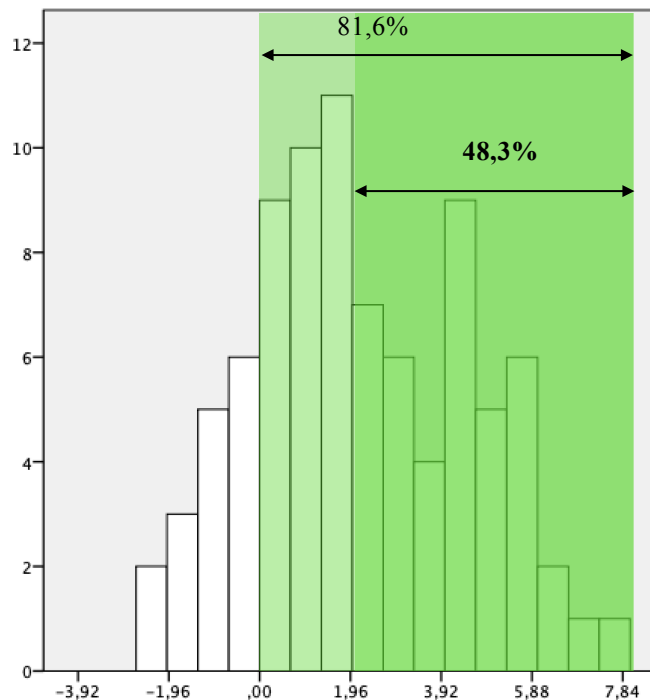
Graf 8: Klinicky signifikantní změna příznaků úzkostnosti ($p < 0,05$, GAD-7)



Z grafického znázornění terapeutické změny jednotlivých parametrů je zřejmý podíl pacientů zlepšených oproti stavu před léčbou a klinicky signifikantní zlepšení, uvažující chybu nástroje použitého k měření, které velmi závisí na jeho reliabilitě. Klinicky signifikantní změny ($p < 0,05$) skóru celkové spokojenosti (měřené nástrojem ORS) dosáhlo v našem souboru 48,3 % pacientů, osobní pohody (WHO-5) 41,3 %, příznaků úzkostnosti (GAD-7) 28,6 %, depresivity (PHQ-9) 26,1 % a somatických příznaků (PHQ-15) 16,3 % pacientů. Ale spoň v jednom z hlavních sledovaných parametrů dosáhlo klinicky významného zlepšení 65,2 % pacientů. Vnitřní konzistence použitých dotazníků se pohybovala od 0,76 (PHQ-15) do 0,86 (ORS a GAD-7).

Graf 9: Klinicky signifikantní změna osobní pohody ($p < 0,05$, WHO-5)



Graf 10: Klinicky signifikantní změna pocitu celkové spokojenosti ($p < 0,05$, ORS)

Ke zhoršení v oblasti somatických příznaků došlo u 7 % pacientů, ke zhoršení duševní pohody u 2,2 %, příznaků depresivity u 1,1 % a úzkosti u 3,3 %. Klinicky signifikantní změna somatických příznaků, osobní pohody, depresivity a úzkostnosti negativně korelovala se zážitky negativního účinku terapie ($r = -0,26$; $p = 0,05$; $r = -0,36$; $p = 0,01$; $r = -0,29$; $p = 0,01$; $r = -0,26$; $p = 0,05$)

Na základě průběžných závěrečných reflexí našich pacientů a katamnestických rozhovorů, které probíhaly v době před současným výzkumem, jsme očekávali lepší výsledky. Zajímá nás proto ještě vývoj dalších sledovaných proměnných, které jsme chtěli původně hodnotit jen z hlediska jejich působení v roli mechanismů změn primárních ukazatelů zdravotního zlepšení. Jde především o *tělesné a emoční uvědomění*. Je možné předpokládat, jak bude vysvětleno později, že dosažené změny v těchto kategoriích povedou v budoucnu k dalšímu zlepšení hlavních sledovaných faktorů a jejich změnu bude možné tedy rovněž pokládat za ukazatel dobrého výsledku terapie. v případě tělesného uvě-

domění dosahuje $ES_{pre-post}$ hodnoty $d=0,71$, u emočního uvědomění $d=1,0$, tedy efekt střední a velký. Míra naplnění vztahových potřeb se v průběhu terapie nezměnila nijak výrazně $d=0,49$, stejně tak míra přijetí potíží $d=0,5$.

V následující kapitole prozkoumáme podrobněji podkategorie prvně jmenovaných faktorů zkoumaných jako mechanismy změny.

4.4. Mechanizmy terapeutické změny

Tabulka 6: Terapeutická změna strategie vnímání a zpracování emocí (ERSQ)

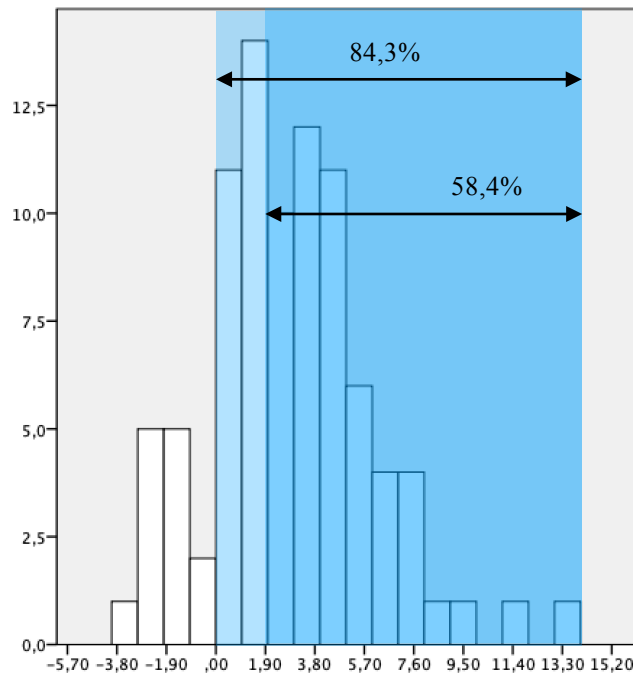
		Průměr	N	SD	SE	Cohenovo d
Porozumění pocitům	PRE	1,93	90	0,82	0,09	0,970
	POST	2,67	90	0,71	0,07	
Jasnost a srozumitelnost vnímaných pocitů	PRE	2,30	90	0,78	0,08	0,664
	POST	2,80	90	0,70	0,07	
Vědomí souvislosti tělesných pocitů a emocí	PRE	2,23	89	0,81	0,09	0,830
	POST	2,88	89	0,73	0,08	
Pocit zvládnání intenzivních emocí	PRE	1,35	90	0,75	0,08	1,054
	POST	2,26	90	0,97	0,10	
Přijetí i negativních emocí	PRE	1,58	90	0,76	0,08	1,007
	POST	2,38	90	0,83	0,09	
Sebepodpora v náročných situacích	PRE	2,15	89	0,79	0,08	0,465
	POST	2,54	89	0,90	0,10	
Schopnost regulace emocí	PRE	1,53	90	0,80	0,08	0,780
	POST	2,16	90	0,83	0,09	
Připravenost čelit distresovým situacím	PRE	2,06	90	0,87	0,09	0,501
	POST	2,51	90	0,91	0,10	
Pozornost k vlastním pocitům	PRE	2,49	90	0,86	0,09	0,575
	POST	2,95	90	0,72	0,08	

Tabulka 6 podává přehled o změně jednotlivých dimenzí emočního porozumění operacionalizovaných dotazníkem ERSQ. Především pro *posílení zvládnání intenzivních emocí* (cítíl/a jsem, že zvládnu i intenzivní negativní pocity; cítíl/a jsem se dostatečně silný/á na to, abych dokázal/a vydržet i náročné pocity) a *přijetí negativních emocí* (dokázal/a jsem přijmout také negativní pocity; byl/a jsem v pohodě se svými pocity, i pokud byly negativní; přijímal/a jsem své pocity) měla léčba nejvyšší účinek ($d=1,1$ resp. $1,0$) velký efekt jsme za-

znamenal i pro *porozumění pocitům a vědomí souvislosti tělesných pocitů a emocí* ($d=0,9$ resp. $0,8$). Zlepšení celkové úrovně emočního porozumění dosáhlo 84,3 % pacientů a klinicky spolehlivé změny 58,4 % pacientů (viz. graf 11).

Nedostatečná schopnost naslouchat tělesným signálům a regulovat pozornost k nim je častým nálezem u našich pacientů. Tělesné uvědomění nepovažujeme za příznak neadekvátního zaměření na somatické symptomy, ale spíše za schopnost, která je potenciálně prospěšná pro zdraví. Proto se v našem programu zaměřujeme na rozvoj tělesného uvědomění, tedy schopnost rozpoznávat lépe tělesné signály a dávat je do souvislosti s emočním prožíváním.

Graf 11: Klinicky signifikantní změna emoční regulace ($p < 0,05$, ERSQ)



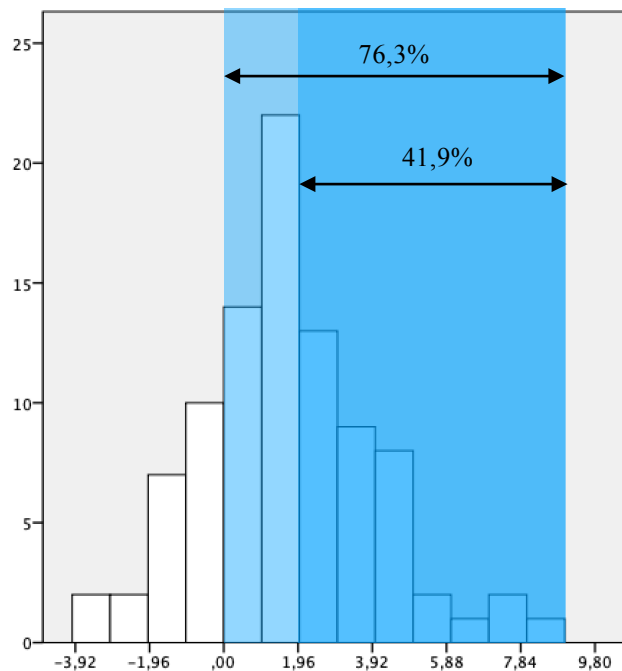
Tabulka 7: Terapeutická změna kategorií tělesného uvědomění (MAIA)

		Průměr	N	SD	SE	Cohenovo d
Vnímavost k tělesným prožitkům	PRE	2,64	93	1,06	0,11	0,50
	POST	3,11	93	0,80	0,08	
Tendence nevěnovat pozornost tělesnému diskomfortu	PRE	2,40	92	1,08	0,11	0,14
	POST	2,53	92	0,73	0,08	
Tendence neznepokojet se prožitky diskomfortu	PRE	1,91	93	1,14	0,12	0,43
	POST	2,38	93	0,98	0,10	
Regulace pozornosti k tělesným pocitům	PRE	2,04	93	0,96	0,10	0,58
	POST	2,60	93	0,97	0,10	
Propojování tělesných pocitů s emočním stavem	PRE	3,31	92	0,98	0,10	0,20
	POST	3,50	92	0,90	0,09	
Schopnost regulovat distres skrze tělesné pocity	PRE	1,82	93	1,01	0,10	0,61
	POST	2,44	93	1,06	0,11	
Naslouchání tělu	PRE	1,99	93	1,12	0,12	0,90
	POST	2,99	93	1,08	0,11	
Důvěra v tělo	PRE	2,29	93	1,25	0,13	0,38
	POST	2,78	93	1,31	0,14	

Změnu různých kategorií tělesného uvědomění jsme sledovali pomocí dotazníku MAIA. Výsledky jsou shrnuty v tabulce 7. Větší změny dosahovali pacienti ve *schopnosti naslouchat tělu* (naslouchám signálům svého těla o tom, jak se cítím; když jsem rozrušený, věnuji čas tomu, abych zjistil, jak se cítím ve svém těle; naslouchám svému tělu, abych zjistil, co mám udělat), *regulovat pozornost k tělesným pocitům* (dokáži se soustředit na svůj dech, aniž by mě rušilo, co se děje kolem mě; dokáži si uvědomovat své vnitřní tělesné pocity, i když se kolem mě děje hodně věcí; dokáži přesměrovat pozornost od přemýšlení k vnímání svého těla; dokáži si uvědomovat celé tělo, i když někde cítím bolest či nepohodu). Středně velkou změnu jsme zaznamenali u změny *vnímavosti k tělesným prožitkům*. Nutno dodat, že některé podškály použitého nástroje mají velmi nízkou reliabilitu. Týká se to především *vnímavosti k tělesným prožitkům*,

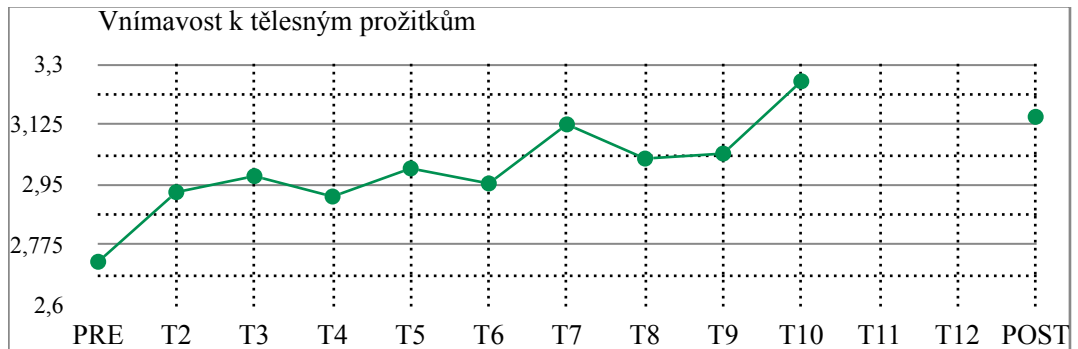
tendenci nevěnovat pozornost tělesnému diskomfortu a tendenci neznepokojoval se prožitky diskomfortu ($\alpha=0,66$; $0,68$; $0,11$). To negativně ovlivňuje hodnocení signifikance změny. Celkově dosahuje dotazník MAIA dostatečné reliability ($\alpha=0,93$), proto jsme i pro tělesné uvědomění stanovili hranici klinicky signifikantní změny, kterou ukazuje graf 12. Dosáhlo jí 41,9% pacientů stacionáře.

Graf 12: Klinicky spolehlivá změna tělesného uvědomění ($p<0,05$, MAIA)

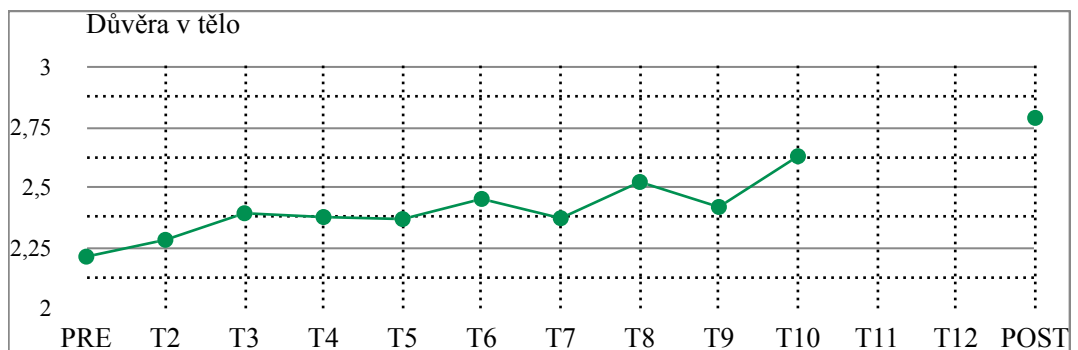


Pro velký význam somatických příznaků a tělesného uvědomění, jsme sledovali i průběh průměrných hodnot některých aspektů *tělesného uvědomění* v jednotlivých týdnech. Ukazuje se, že nezávisle na délce terapie průměrně stoupá vnímavost k tělesným prožitkům, jak je vidět na grafu 13-15.

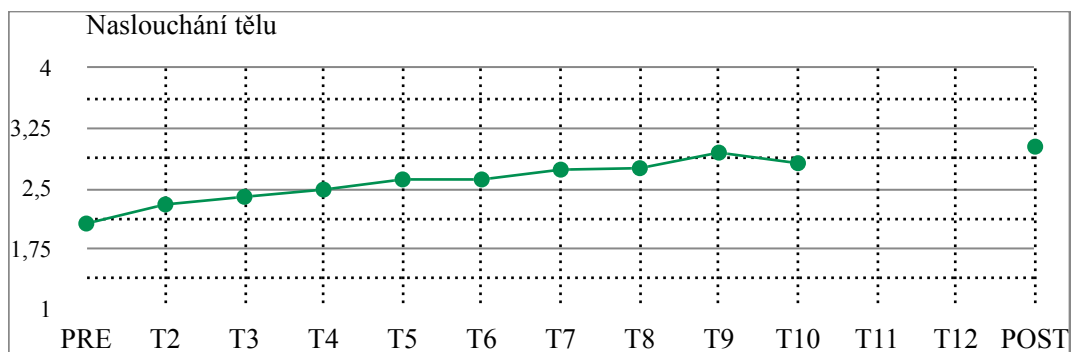
Graf 13: Průběh průměrných hodnot vnímavosti k tělesným prožitkům v jednotlivých týdnech léčby



Graf 14: Průběh průměrných hodnot důvěry v tělo v jednotlivých týdnech léčby

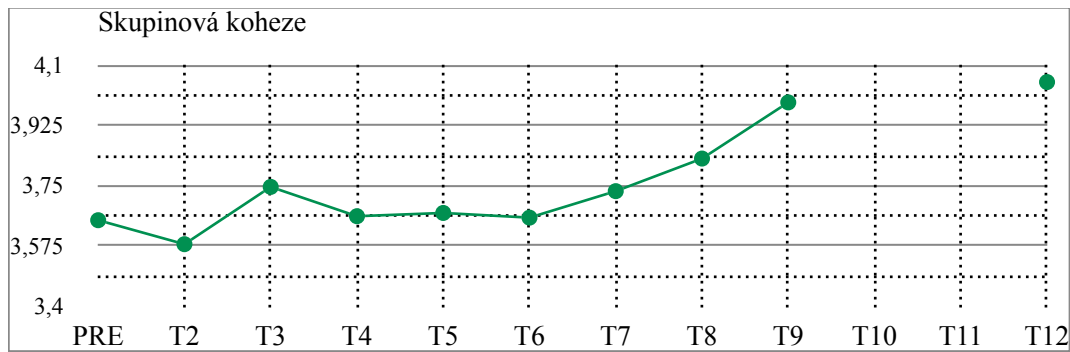


Graf 15: Průběh průměrných hodnot naslouchání tělu v jednotlivých týdnech léčby



Podobný vzestupný trend v průběhu léčby vykazoval i vývoj skupinové koheze (graf 15)

Graf 15: Průměrné hodnoty skupinové koheze (GCS) v jednotlivých týdnech terapie



K vývoji hodnot sledovaných parametrů v týdenních intervalech v průběhu terapie a jeho interpretaci, se ještě vrátíme v diskuzi. Nyní se budeme věnovat jejich exploraci z hlediska neúčinnějších mechanismů terapeutické změny. Budeme tedy zkoumat, které z nich působí jako procesy vedoucí k dosažení terapeutického efektu. Za specifické faktory změny považujeme u našich pacientů *tělesné uvědomění, emoční regulaci, přijetí potíží a naplnění vztahových potřeb*, za nespecificky působící pak *aktivaci zdrojů, aktualizaci problému, pocit zvládnání (mastery), klarifikaci významu, terapeutickou alianci a skupinovou kohezi*.

Ke zjištění, které z těchto moderátorů působí zlepšení *somatických symptomů, osobní pohody, úrovně depresivity, úzkostnosti* a pocitu *celkové spokojenosti*, jsme použili regresní analýzu metodou stepwise. Multikolinearita byla ve všech případech vyloučena ukazateli VIF a tolerance.

Ke změně somatických symptomů se ukázala statisticky významně vztažena pouze výsledná *úroveň tělesného uvědomění (MAIA)* na konci terapie. Vysvětluje 20 % variance změny somatických symptomů (Tabulka 8).

V případě osobní pohody vysvětluje zlepšení tohoto ukazatele pouze *změna emočního uvědomění (ERSQ)* ($R^2=0,24$, $p<0,001$). Změny ani konečné hodnoty *naplnění vztahových potřeb* a *úrovně tělesného uvědomění* se neukázaly jako relevantní (Tabulka 9).

Tabulka 8: Vliv na změnu somatických příznaků

Model	R	R ²	korigované R ²	SE				
1	,453 ^a	0,205	0,196	0,55992				
<i>a Prediktory: (Konst.), ÚROVEŇ TĚLESNÉHO UVĚDOMĚNÍ_a</i>								
Model		B	SE	Beta	t	sig.	Kolinearita	
	(Konst.)	-0,916	0,243		-3,767	0,000	Tolerance	VIF
1	ÚROVEŇ TĚLESNÉHO UVĚDOMĚNÍ	0,387	0,083	0,453	4,660	0,000	1,000	1,000

K ještě bližšímu porozumění mechanismům změny somatických příznaků, jsme provedli detailnější analýzu dimenzí tělesného a emočního uvědomění. Ukázalo se, že statisticky významný vliv mělo jen *zvládnání intenzivních emocí* ($R^2=0,127$, $p<0,001$).

Na zvýšení osobní pohody má v detailnějším pohledu největší vliv *zvládnání intenzivních emocí spolu se schopností regulace emocí* ($R^2=0,303$, $p<0,05$).

Tabulka 9: Vliv na změnu osobní pohody

Model	R	R ²	korigované R ²	SE				
1	,490 ^a	0,240	0,231	0,88457				
<i>a Prediktory: (konst.), ZMĚNA ÚROVNĚ EMOČNÍHO UVĚDOMĚNÍ</i>								
Model		B	SE	Beta	t	sig.	Kolinearita	
	(konst.)	-0,333	0,129		-2,582	0,012	Tolerance	VIF
1	ZMĚNA ÚROVNĚ EMOČNÍHO UVĚDOMĚNÍ	0,727	0,140	0,490	5,213	0,000	1,000	1,000

Tabulka 10: Vliv na změnu příznaků depresivity

Model	R	R ²	korigované R ²	SE				
I	,416 ^a	0,173	0,164	0,59865				
<i>a Prediktory: (konst.), ZMĚNA ÚROVNĚ EMOČNÍHO UVĚDOMĚNÍ</i>								
Model		B	SE	Beta	t	sig.	Kolinearita Tolerance	VIF
I	(konst.)	0,205	0,087		2,349	0,021		
	ZMĚNA ÚROVNĚ EMOČNÍHO UVĚDOMĚNÍ	-0,401	0,094	-0,416	-4,245	0,000	1,000	1,000

Depresivní stejně jako úzkostné příznaky ovlivňuje statisticky významně pouze změna *emočního uvědomění*. v případě depresivních symptomů vysvětluje 17 % změny, v případě úzkostných příznaků odpovídá ze 21 % variance (tabulka 10 a 11).

Tabulka 11: Vliv na změnu úzkostných příznaků

Model	R	R ²	korigované R ²	SE				
I	,462 ^a	0,213	0,204	0,67800				
<i>a Prediktory: (konst.), ZMĚNA ÚROVNĚ EMOČNÍHO UVĚDOMĚNÍ</i>								
Model		B	SE	Beta	t	sig.	Kolinearita Tolerance	VIF
I	(konst.)	0,124	0,097		1,281	0,204		
	ZMĚNA ÚROVNĚ EMOČNÍHO UVĚDOMĚNÍ	-0,512	0,106	-0,462	-4,825	0,000	1,000	1,000

Z nesespecifických mechanismů, mezi které jsme zařadili *aktivaci zdrojů, aktualizaci problému, pocit zvládnání (mastery), klarifikaci významu dále terapeutické spojenectví a skupinovou kohezi* se pro změnu somatických příznaků

ukázaly jako nejvýznamnější zvýšená *úroveň zvládnutí (mastery)*. Vliv je statisticky významný ($p < 0,05$) ale velmi slabý ($R^2 = 0,056$, $p < 0,05$). Pro zvýšení úrovně psychické pohody byla důležitá úroveň *klarifikace problému a skupinové koheze*. ($R^2 = 0,141$, $p < 0,05$). Příznaky depresivity klesají se zvyšující se úrovní *skupinové koheze* a *schopností zvládnutí (mastery)* ($R^2 = 0,18$, $p < 0,001$), stejně je to i u úzkostných příznaků, avšak s mírně nižším vlivem obou mechanismů ($R^2 = 0,152$, $p < 0,005$). k celkovému pocitu spokojenosti (ORS) přispívá *úroveň zvládnutí a aktivace zdrojů* ($R^2 = 0,142$, $p < 0,05$).

Analýzou rozptylu jsme nepotvrdili statisticky významný rozdíl vlivu výše uvedených faktorů mezi pacienty obou stacionářů.

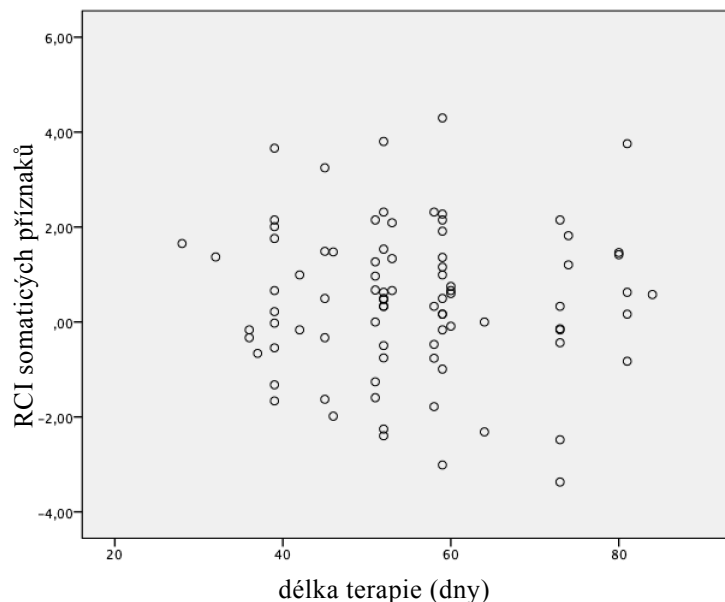
4.5. Prediktory úspěšné léčby

Další výzkumný cíl se týkal identifikace faktorů, které mohou být prediktorem úspěšné terapie, nebo které faktory naopak mohou snižovat pravděpodobnost dobrého výsledku léčby.

Nenalezli jsme žádnou statisticky významnou korelaci mezi snížením intenzity tělesných příznaků a dalšími proměnnými, které zahrnovali celkové trvání terapie ve stacionáři, míru obav o zdraví, úroveň vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti, rysy alexithymie, schopnost psychologického myšlení, disociační zkušenosti či adverzní dětské zkušenosti. Velikost změny somatických symptomů korelovala pouze s mírou a intenzitou tělesných potíží na začátku terapie. Čím vyšší počet a intenzita somatických příznaků na začátku léčby, tím větší změna na konci terapie ($R = 0,439$; $p < 0,01$). Podobně je to s úrovní depresivity ($R = 0,547$; $p < 0,001$), úzkostnosti ($R = 0,599$; $p < 0,001$) a psychické pohody ($R = -0,579$; $p < 0,001$). Čím více příznaků depresivity a úzkostnosti, tím větší zlepšení v těchto oblastech, čím nižší úroveň duševní pohody, tím větší zlepšení na konci terapie.

Ani výchozí, před terapií hodnocený zájem a schopnost být v kontaktu s psychickými stavy a procesy (BIMP) ani míra obav o zdraví (WI) či příznaky alexithymie (PTI-AS) nebyly významně korelovány s výsledkem terapie ani v jedné ze sledovaných oblastí. z výše jmenovaných jen úroveň alexithymie korelovala negativně se schopností psychologického myšlení ($R=-0,437$; $p<0,001$) a pozitivně s úrovní vztahové vyhýbavosti ($R=0,382$; $p<0,001$), což spíše jen vypovídá o konstruktové validitě použitých nástrojů. Délka terapie neměla rovněž vliv na terapeutickou změnu v žádné ze sledovaných veličin.

Graf. 16 : Nezávislost změny somatických příznaků na délce terapie



5. Diskuze

Výsledky naznačují, že multimodální léčba denního stacionáře vede ke zlepšení hlavních sledovaných ukazatelů zdravotního zlepšení. v případě *somatických příznaků* jsme zaznamenali nejmenší velikost účinku léčby ($ES_{\text{před-po}}$) $d=0,29$ pro příznaky *depressivity* $d=0,74$, *úzkosti* $d=0,65$, to je možné považovat

za střední efekt. Změna *osobní pohody* $d=0,94$ a *celkové spokojenosti* $d=1,1$ představují velký efekt. Dotazník WHO-5, který používáme k měření úrovně well-being – osobní pohody, je považován za nástroj s vysokou spolehlivostí, validitou a citlivostí k zachycení terapeutické změny (Newnham et al., 2010). Rovněž se ukazuje, že duševní pohoda hraje důležitou roli při schopnosti zvládnání stresu a příznivě ovlivňuje průběh nemocí, patrně svým vlivem na imunologické a endokrinní regulace (Fava, Giovanni A., 1998; Ryff, Singer, 1998). z tohoto pohledu tedy zlepšení celkové pohody u 77,2 % a klinicky signifikantní zlepšení u 41,3 % pacientů je dobrým výsledkem.

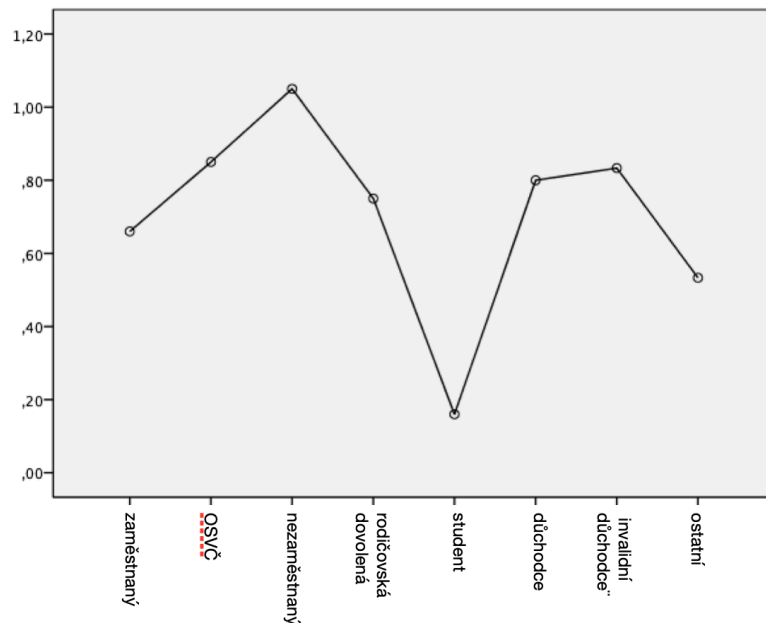
Pokud jde o ústup somatických potíží, ve studiích a metaanalýzách pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky je prezentována rovněž poměrně nízká míra účinku, $d=0,12-1,17$ s mediánem $d=0,35$ (Rihacek et al., 2017). Z Glombiewského metaanalýzy 23 studií léčby fibromyalgie a chronické bolesti vyplynula velikost účinku $ES_{pre-post}$ pro intenzitu bolesti $d=0,37$, pro příznaky depresivity $d=0,33$, fungování $d=0,42$ (Glombiewski et al., 2010). Looper a Kirmayer podávají přehled účinnosti KBT terapie při léčbě somatoformních poruch, pro bolest na hrudi dosahuje velikost účinku $d=0,27-0,82$, pro MUS $d=0,36-0,88$ (Looper, Kirmayer, 2002).

Výsledné zlepšení v oblasti somatických symptomů bylo v našem souboru závislé na jejich počáteční intenzitě. Čím větší počáteční míra somatických potíží tím větší změna. Podobně tomu bylo i u příznaků depresivity a úzkostnosti. Vysvětlení může být na straně použitého nástroje měření, v tomto případě PHQ-15, resp. PHQ-9 a GAD-7, které při lepším počátečním skóru neumožní stejný prostor pro zlepšení jako při horším výsledku na počátku. Na straně pacienta může znamenat vyšší míra “utrpení” které potíže přinášejí větší motivaci k terapeutické změně. Gilpin se však naopak domnívá, že pacienti s těžší depresí z terapie méně profitují, neboť jejich stav představuje aktuální překážku ke

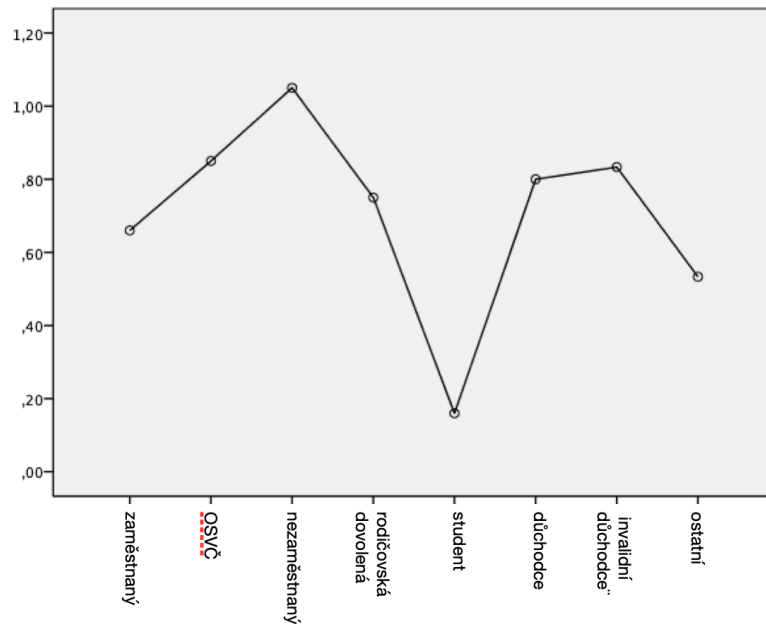
změně. Na druhou stranu se zdá, že anamnestická zkušenost s depresí může znamenat větší potenciál pro zlepšení (Gilpin et al., 2019).

Rovněž nezaměstnanost byla některými autory identifikována jako prediktor horšího výsledku léčby. Výzkumy naznačují, že nezaměstnanost je spojena s větší emoční úzkostí a vyšší mírou depresivity a přítomnosti chronických bolestí (Brown, DW et al., 2003; Paul, Moser, 2009). v našem souboru nezaměstnanost nepredikovala horší výsledek terapie. Přestože nezaměstnaných bylo v našem souboru 11,4 % objevili jsme u nich sice nesignifikantní ale proti ostatním skupinám spíše výraznější zlepšení osobní pohody a celkové spokojenosti (viz. graf 17 a 18).

Graf. 17 : Změna osobní pohody v jednotlivých skupinách podle zaměstnání



Graf. 18 : Změna celkové spokojenosti v jednotlivých skupinách podle zaměstnání



Také alexithymie bývá považována za prediktor horšího výsledku léčby (Fava, G. A. et al., 2018; Porcelli et al., 2004), tuto relaci jsme v našem souboru nezaznamenali.

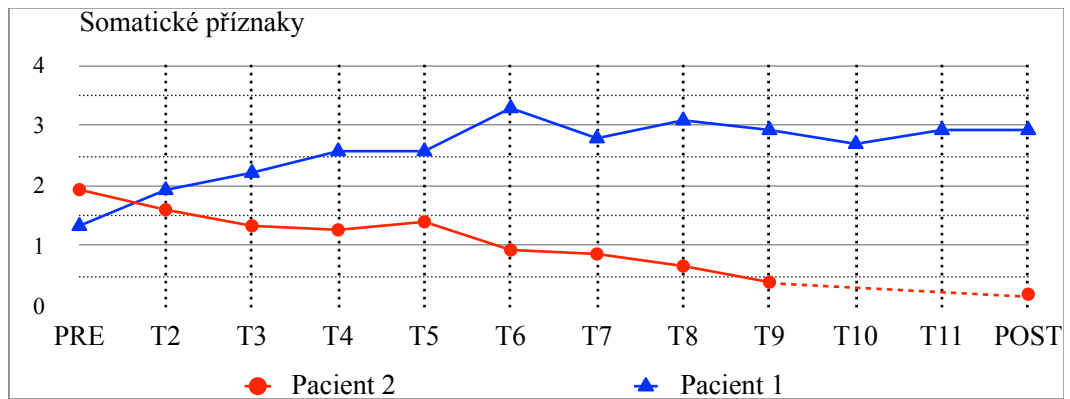
Koncept klinické signifikance (Jacobson, Truax, 1991) umožňuje zhodnocení změn nejen z hlediska statistického ale i klinického významu. Hoder upozorňuje, že publikací popisujících výsledky z hlediska klinické signifikance je pouze 28 %, přestože data vhodná pro její stanovení obsahuje 70 % prací. Nejčastěji se používá míra velikosti účinku (Effect Size, ES) a to v 45 % případech. Výsledky jsou podle autora interpretovány schematicky podle Cohenových kategorií (Hoder, Huppe, 2019). v naší práci jsme zpracovali výsledky i z hlediska klinické signifikance. v programu denních stacionářů došlo ke klinicky signifikantnímu zlepšení alespoň jednoho z hlavních sledovaných ukazatelů u 65,2 % pacientů. Somatické příznaky se zlepšily pouze v 16,3 %, ale jak už jsme zmínili v předchozí části, nedá se očekávat změna v průběhu krátkého, i když velmi intenzivního programu (průměrně 31,62 terapeutických dní) po mnoha měsících trvání potíží. Počet somatických příznaků, které trvaly déle než 6 měsíců, byl u našich pacientů poměrně vysoký ($M=4,68$, $max=14$,

SD=3,42). Lepší je výsledek celkové spokojenosti a osobní pohody (Well-being) (48,3 % vs. 41,3 %). Celkem 41,9 % pacientů dosáhlo klinicky signifikantní změny tělesného uvědomění a 58,4 % změny emoční regulace. Těmito důležitým moderátorem se budeme věnovat ještě v dalším textu.

Je také zajímavé podívat se na dynamiku změn některých proměnných v jednotlivých týdnech terapie, jak ukážeme na příkladu dvou pacientů. Umožní to detailnější zkoumání terapeutického procesu a hlubší porozumění dějům které obsahuje. Bylo by jistě poučné srovnat analýzu dat získaných sebeposuzovacími dotazníky s popisem interakcí konkrétního pacienta s terapeutem a ostatními členy skupiny v průběhu léčby. To v současném výzkumu neumožňuje kontrakt zajišťující zcela anonymní zpracování dat oddělené od identifikačních údajů pacienta.

Jako příklad uvedeme změny hodnot vybraných parametrů, zaznamenané u dvou pacientů v týdenních intervalech po dobu trvání programu stacionáře. Názorně jsou zobrazeny na grafech 19-1 až 19-10: *Pacient-1* (žena, 52 let, stížnost na 12 z 15 somatických příznaků, tři z nich trvají déle než 6 týdnů, dominantní jsou bolesti pohybového aparátu; terapie v délce 11 týdnů) patří mezi ty u kterých došlo ke zhoršení somatických symptomů. U *pacienta-2* (žena, 40 let, stížnost na 10 z 15 somatických příznaků, čtyři z nich trvají déle než 6 týdnů, dominantní jsou bolesti hlavy a bolesti pohybového aparátu; terapie v délce 9 týdnů) byl naopak zaznamenán kontinuální ústup tělesných příznaků. Terapie prvního pacienta by z pohledu hodnocení hlavního kritéria zlepšení – somatických symptomů – byla neúspěšná, neboť došlo dokonce k jejich zhoršení.

Graf 19-1: Somatické příznaky v jednotlivých týdnech terapie

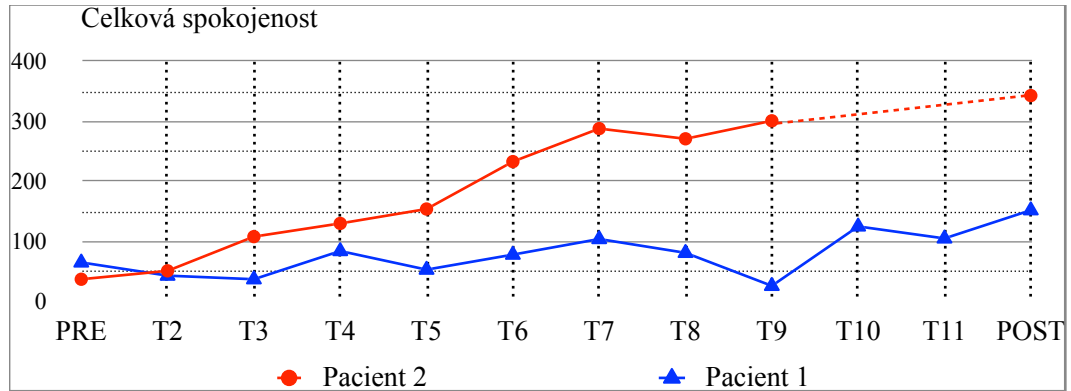


I v rámci téže skupiny mohou pacientům přinést užitek různé terapeutické faktory. Závisí to na jejich aktuálních potřebách, na jejich sociálních dovednostech i na osobnostních charakteristikách. Náročné interakce ve skupině mohou, kvůli selhávající schopnosti mentalizace, vést ke komunikaci odehrávající se na tělesné úrovni, stejně jako tomu bylo v období preverbálním, tedy v období před schopností symbolizace (Spaans et al., 2009). Případně může vést nevědomé úsilí zvládnout problematickou situaci k tělesné reakci směřující k útoku nebo útěku, resp. pouze ke stavu připravenosti na takovou akci, která se projeví zvýšeným svalovým napětím a bolestmi. Dynamické spojení tělesného prožívání s jeho různými subjektivními významy ovlivňuje velkou měrou zdravé fungování celé somatopsychické osobnosti (Poněšický, 2019).

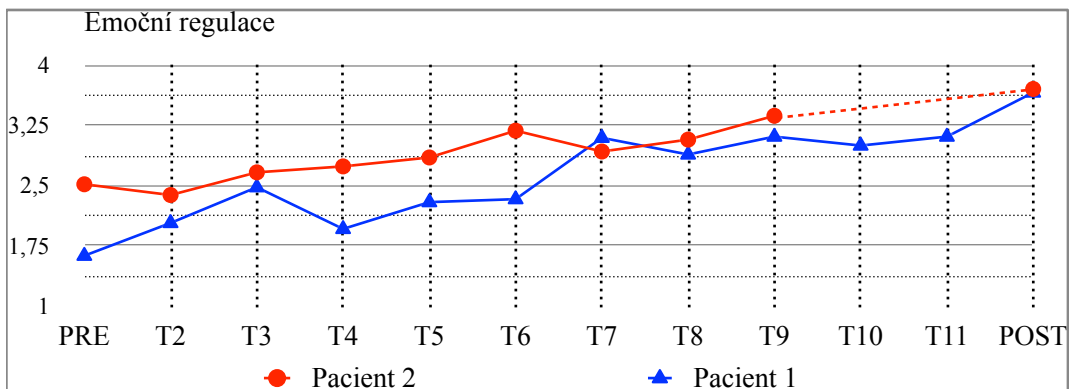
U pacienta–2 došlo v průběhu terapie ke zlepšení somatických příznaků i celkové spokojenosti a jeho terapii je možné hodnotit jako úspěšnou. U pacienta–1 došlo naopak ke zhoršení těchto ukazatelů a jeho léčení by tedy bylo možné považovat za neúspěšné. v jednotlivých týdnech u něj můžeme sledovat, jak zhoršování tělesných příznaků i stagnace a zhoršení celkové spokojenosti, koresponduje s klesajícím hodnocením skupinového dění. Jak vyplývá ze sebe-posuzovacích dotazníků, necítil se skupinou přijímaný, respektovaný, pochope-

ný, necítil se součástí skupiny, necítil důvěru. Nízko hodnotil i prospěch ze skupinových sezení.

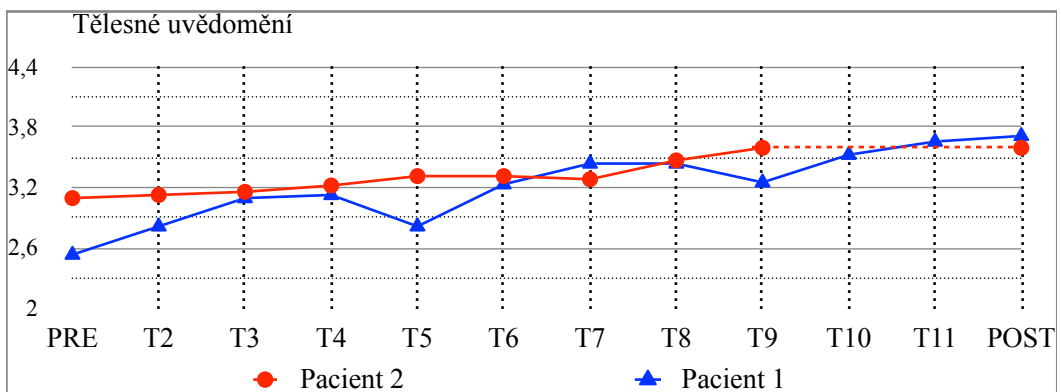
Graf 19-2: Celková spokojenost v jednotlivých týdnech terapie



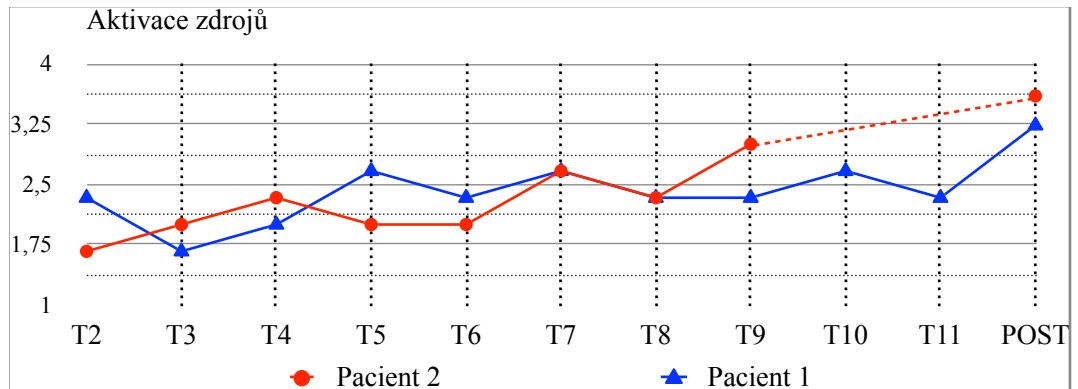
Graf 19-3: Schopnost emoční regulace v jednotlivých týdnech terapie



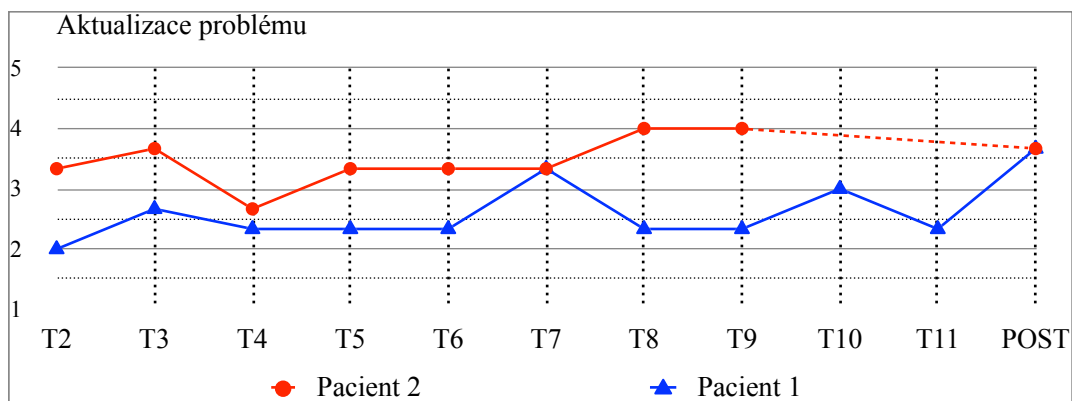
Graf 19-4: Tělesné uvědomění v jednotlivých týdnech terapie



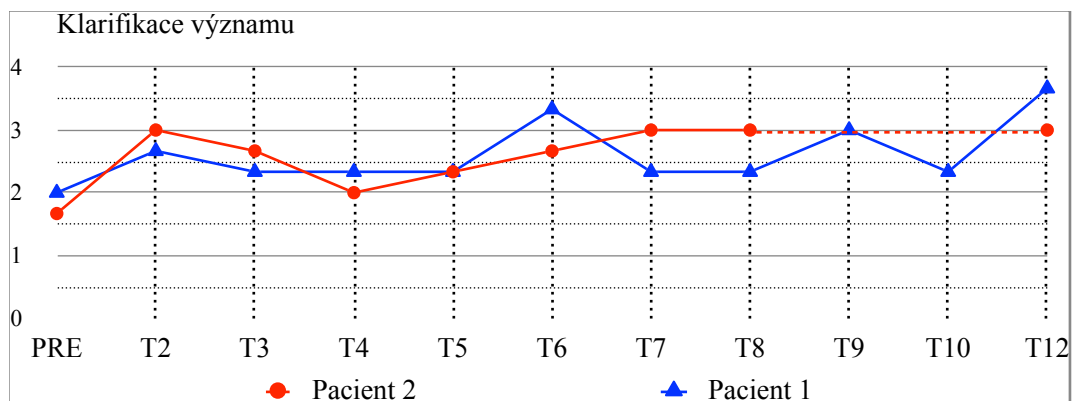
Graf 19-5: Aktivace zdrojů v jednotlivých týdnech terapie



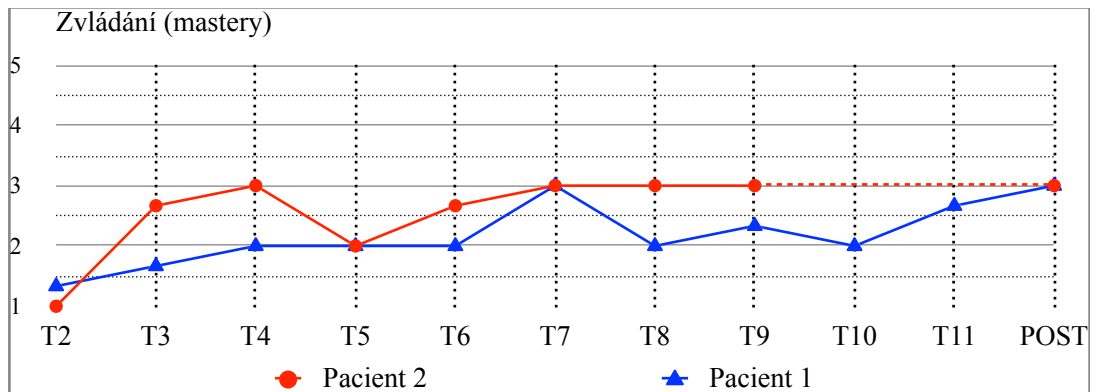
Graf 19-6: Aktualizace problému v jednotlivých týdnech terapie



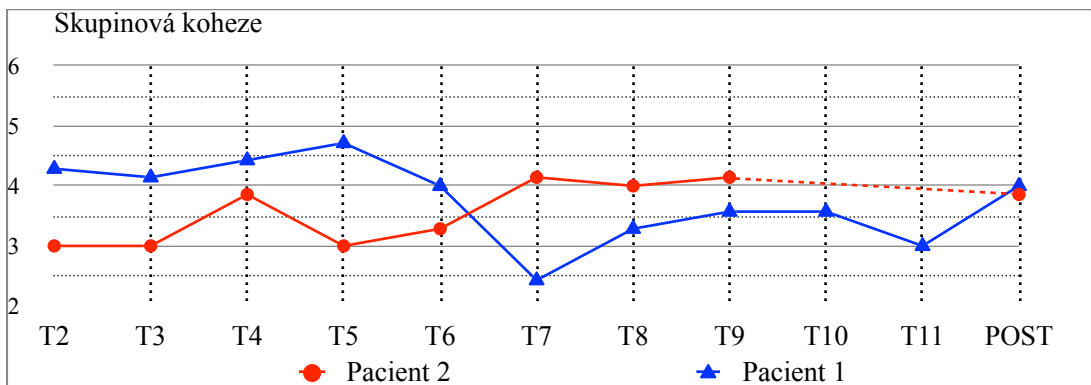
Graf 19-7: Klarifikace významu v jednotlivých týdnech terapie



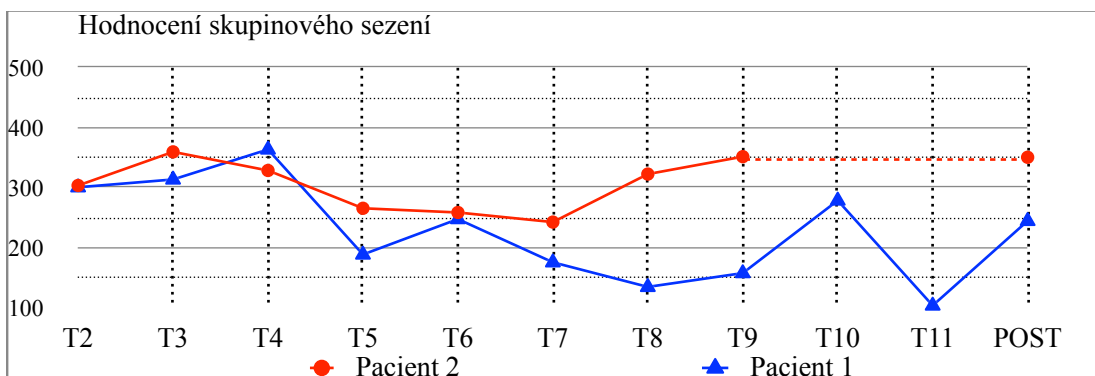
Graf 19-8: Zvládání (mastery) v jednotlivých týdnech terapie



Graf 19-9: Skupinová koheze v jednotlivých týdnech terapie



Graf 19-10: Hodnocení skupinového sezení v jednotlivých týdnech terapie



Je obvyklou terapeutickou zkušeností, že v průběhu léčby může dojít ke zhoršení somatických příznaků i celkové pohody. Tělesný symptom může mít obrannou stabilizační funkci, která pacienta chrání před psychickým napětím se kterým není schopný se v danou chvíli vyrovnat. Je ochranou před vystavením se nejistotám a konfliktům (Poněšický, 2002). Pflingsten psychometrickou studií pacientů s bolestí zad dokládá, že bolest je častým tělesným vyjádřením depresivních symptomů zcitlivěním se k vnímání bolesti (Pflingsten et al., 1997).

Z časového průběhu dalších proměnných u pacienta-1 lze vypožorovat, že se současně se zhoršováním tělesných příznaků a duševní pohody naopak zvyšovala *schopnost zvládnání, emoční regulace i tělesné uvědomění*. Posilování těchto schopností a jejich vzestupný trend v průběhu terapie považujeme za důležitý nálezný. v delším časovém intervalu by mohl mít vliv na ústup somatických potíží. Předpokládá se, že terapie může vytvářet adaptivní změny, které umožňují pokračování dalších důležitých terapeutických změn i po ukončení léčby (Shedler, 2010). Může také, jak naznačují práce neurovědce zabývající se například výzkumem chronické bolesti, zahájit déletrvající proces strukturálních a funkčních změn v příslušných míšních segmentech ale i v mozku v oblasti gyrus cinguli a v místě centrální reprezentace odpovídající postižené tělesné oblasti, protože například chronickou bolestí dochází k restrukturalizaci a k funkčním změnám a tím k velkému zcitlivění k bolesti v celém systému zpracovávajícím bolest (Flor, 2010; Nees et al., 2019; Rüegg, 2007).

Analýzou moderátorů, která měla přispět k identifikaci účinných mechanismů změny v programu denních stacionářů, jsme zjistili, že zmírnění somatických symptomů statisticky významně ovlivňuje pouze výsledná úroveň *tělesného uvědomění*. Pacienti do stacionáře vstupovali s různou měrou vyjádření této schopnosti – skóry získané nástrojem MAIA se pohybovaly v rozmezí

0,78-3,5 ($M=2,3$; $SD=0,6$). Léčba směřuje k rozvoji a kultivaci tělesného uvědomění. Patrně proto můžeme zachytit silnější vztah s výslednou úrovní tělesného uvědomění, spíše než s velikostí jeho změny. *Osobní pohoda* koreluje statisticky významně se změnou *emočního uvědomění*. To se ostatně ukazuje jako důležitý mechanismus i pro ústup příznaků *depresivity* a *úzkostnosti*. Je to v souladu s výzkumy Taylora, které ukazují, že nízká úroveň emočního uvědomění a nevhodných strategií regulace emocí souvisí s vyšší měrou úzkosti a deprese a vyšším výskytem psychosomatických nemocí (Taylor, Bagby, 2004). Pjanic vyzdvihuje důležité místo schopností regulace emocí v komplexním programu nechirurgické léčby obezity (Pjanic et al., 2017).

Z nesespecifických moderátorů měla podle předpokladu největší vliv na terapeutickou změnu *skupinová koheze* a *schopnost zvládnání (mastery)*. Toto pozorování je v souladu s metaanalýzou 55 studií potvrzující statisticky významnou korelaci mezi skupinovou kohezí a výsledkem léčby $r=0,26$ ($p < 0,01$), což odráží střední velikost účinku ($d=0,56$) (Burlingame et al., 2003; Burlingame et al., 2018).

Při analýze faktorů s potenciálem předpovědět výsledek terapie jsme v našem souboru pacientů nenalezli žádnou statisticky významnou relaci. U adverzní dětské zkušenosti to není překvapující, vzhledem k tomu, že se týkala většiny pacientů (88,4%). Schopnost a ochota k psychologickému myšlení je často zmiňována jako prediktor dobrého výsledku terapie (Csillik, Bigeard, 2015; Kealy et al., 2019). Hall definuje základní aspekty psychologického myšlení jako zájem o vnitřní jevy, který je nezbytnou podmínkou pro introspekci a schopnost náhledu (Hall, 1992). v souboru našich pacientů dosahuje úroveň psychologického myšlení hodnoty téměř dvakrát vyšší $M=31,3$, $SD=8,04$ oproti hodnotám 545 zdravých dospělých ($M=18,65$, $SD=3,88$ v souboru Nyklíčka a Denolleta. (Nyklicek, Denollet, 2009) Zdá se, že pacienti přicházející do stacionáře mají větší zájem o to porozumět souvislostem svých potíží. Také

není vyloučené, že na začátku terapie nadhodnocují svoji schopnost naslouchat a porozumět svým niterným pocitům. To by vysvětlovalo vysoký počáteční skóre i malou korelaci s konečným výsledkem terapie.

Zhoršení které jsme v našem souboru pacientů zastihli v případě somatických příznaků u 7 % pacientů a v případě duševní pohody u 2,2 %, příznaků depresivity u 1,1 % a úzkosti u 3,3 % je výsledek který odpovídá literárním zkušenostem. Reuter dospěl analýzou 31 studií k závěru, že 20 % až 30 % pacientů opouští psychoterapeutickou léčbu bez jakékoli významné změny, 5 % až 10 % pacientů se v průběhu terapie dokonce zhorší. Za prediktory takového výsledku považuje chronický průběh nemoci, také somatoformní poruchy a poruchy osobnosti jsou častěji spojeny s nedostatečnou odpovědí na léčbu či zhoršením (Reuter et al., 2014).

5.1. Limity výzkumu

Domníváme se, že v prostředí stacionáře, v terapeutické skupině, dosahuje pacient změn skrze vztah s terapeuty a vzájemné interakce s ostatními pacienty ve skupině. Tyto interakce ožívají jeho dřívější životní a vztahové zkušenosti, které je možné v bezpečném prostoru skupiny zvědomovat, korigovat zkreslení a napravovat maladaptivní vzorce chování (Lorentzen, Hoglend, 2004). Velká komplexita vztahů a interakcí, jejichž prostřednictvím se změna odehrává, je však obtížně postižitelná. Nelze očekávat, že je možné získat přehled o všem co ovlivňuje léčbu pacienta, mít kontrolu nad všemi proměnnými které vstupují do terapeutického procesu. Tím se nabízí otázka, zda je vůbec možné předvídat změnu, neboť jak poznamenal Dreier, pacient je ten kdo rozhoduje o své změně a často má pro něj význam něco zcela jiného než by jeho terapeut očekával (Dreier 1998, Dreier 2015). Jak také shrnuje Yalom - "hluboce prožívaná lidská zkušenost ve skupině může mít pro pacienta obrovskou

hodnotu a nemusí dojít k viditelnému obratu, vnější změně a přesto může člověk objevit lidštější a bohatší část sebe samého a mít ji jako vnitřní maják. Jde o jeden z výsledků skupinové terapie, které obohacují vnitřní život a při tom se nemusejí po dlouhou dobu projevovat.” (Yalom, 2015) Terapeutická změna může mít u každé terapie jiný princip a ovlivňovat jiné symptomy. Přestože jsme se snažili v našem výzkumu postihnout široké spektrum faktorů působících v terapeutickém programu, nemohlo se to podařit vyčerpávajícím způsobem. Jak uzavírá Timulák – interakci pacientů ve skupině totiž nelze zjednodušit natolik, abychom objevili korelace prokazující vliv určitých faktorů (Timulák, 2005).

Jak bylo popsáno výše, mají naturalistické studie své nevýhody, kvůli nimž bývají jejich výsledky mnohdy zpochybňovány. Absence kontrolní skupiny, nehomogenní soubor pacientů, nestandardizované postupy jsou charakteristikami i naší studie. Také zatím chybí katamnestická data, která považujeme za velmi důležitá pro závěrečné zhodnocení, zvláště vzhledem k předpokladu změn pokračujících po skončení terapie, které byly zmíněny v diskuzi. Mnohé studie totiž skutečně naznačují, že po skončení terapie pokračuje trend rozvoje tělesného a emočního uvědomění, introspekce, náhledu, schopnosti nového způsobu myšlení a dalších v terapii nabytých dovedností, které se odrážejí v katamnestickém hodnocení výsledku léčby (Heuft et al., 1996; Senst et al., 2000; van Dessel et al., 2014).

Velká heterogenita souboru pacientů a rozmanitost terapeutických intervencí v obou stacionářích i poměrně malý soubor pacientů neumožňuje zobecnění výsledků.

6. Závěr

Hlavním cílem práce bylo zjištění efektu komplexní terapie v multimodálním programu denních stacionářů Psychosomatické kliniky. v letech 2018-2019 byla získána a zpracována data od 123 pacientů. Lze soudit, že terapie denních stacionářů je účinná a ke změně dochází především v oblasti well-being a celkové spokojenosti, stejně tak dochází k ústupu příznaků depresivity a úzkostnosti. Dosažené hodnoty $ES_{pre-post}$ (0,65-1,1) nasvědčují střednímu až velkému efektu. Somatické příznaky, které jsou u většiny pacientů hlavní důvodem, který je přivádí k ošetření, se v průběhu relativně krátkého programu mění jen slabě. Přijímáme-li však psychodynamický interakční model vzniku somatických symptomů, předpokládáme, že základní konflikty vedou k určitým psycho-somatickým vzorcům reagování (Rudolf, Henningsen, 2017), které nakonec vedou ke vzniku tělesné symptomatiky. a podkladem k tomu jsou funkční a dokonce i strukturální změny v různých etážích CNS. Za úspěšnou terapii je tedy možné považovat nastartování procesů vedoucích k obnovení zdravého fungování v psycho-somatické celistvosti. Terapii, která klarifikuje prožívání afektů, tělesných signálů, minulých i současných vztahů (Rudolf, Henningsen, 2017). Mezi ně patří, podle našeho zjištění, změna úrovně tělesného a emočního uvědomění, především naslouchání tělu, regulace pozornosti k tělesným pocitům, porozumění pocitům, vědomí souvislosti tělesných pocitů a emocí, přijetí a zvládnutí intenzivních emocí a schopnost regulace emocí. Výsledky našeho výzkumu naznačují, i v případě těchto faktorů, střední až velkou míru efektu léčby na jejich změnu. Považujeme za vhodné, podporovat v průběhu terapie právě změny v těchto oblastech. z nespecifických faktorů se jako nejvýznamnější ukázala schopnost zvládnutí (mastery) a aktivace zdrojů, klarifikace významu a úroveň skupinová koheze.

Pro ověření moderátorů, které by pomohly predikovat výsledek léčby, jsme testovali míru obav o zdraví, vyjádření příznaků alexithymie, schopnost psychologického myšlení, úroveň vztahové vyhýbavosti a úzkostnosti, disocia-
tivní zkušenost a adverzní dětskou zkušenost. Na těchto škálách jsme nenalezli žádný patrnější vliv na výsledek léčby.

Výsledky léčby v obou typech našich stacionářů se prakticky neliší, kromě nevýrazného, byť statisticky signifikantně většího úbytku příznaků depresivity a zvýšení úrovně osobní pohody v pobytovém denním stacionáři. Pro to jsme však nezískali analýzou dat žádné zdůvodnění.

K dalšímu zkoumání bychom navrhli katamnestické vyšetření pacientů stacionáře formou sebeposuzovacích dotazníků i kvalitativních následných rozhovorů, k ověření našeho předpokladu, že dosažené změny emočního a tělesného uvědomění povedou k ústupu symptomů jsou stabilní v čase a v dlouhodobější perspektivě vedou ke změnám somatických symptomů.

Za vhodné bychom považovali navázat výzkumem s homogennější skupinou pacientů a hodnocením terapeutické změny oproti kontrolní skupině tvořené pacienty čekajícími na terapii nebo pacienty s léčbou dosavadní, obvyklou. Užitečné by v takovém případě bylo i zhodnocení ekonomického přínosu komplexní stacionární terapie. s tím souvisí i katamnestické sledování vývoje pracovních omezení z důvodu nemoci a využívání somatické ambulantní a nemocniční zdravotní péče.

Dále by bylo vhodné naplánovat vícečetnou případovou studii využívající kombinace kvantitativního a kvalitativního přístupu, tzv. mixed methods designu.

I průběžné monitorování účinku psychoterapie v praxi považujeme za velmi cenný a důležitý nástroj k získávání informací o procesu terapie a důkazů o užitečnosti účinnosti terapeutické práce.

Literatura

Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., et al. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychother Psychosom.*

Aggarwal, V.R., McBeth, J., Zakrzewska, J.M., Lunt, M., & Macfarlane, G.J. (2006). The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: Do they have common associated factors? *International Journal of Epidemiology, 35(2)*, 468-476.

Anzieu-Premmereur, C. (2015). The skin-ego: Dyadic sensuality, trauma in infancy, and adult narcissistic issues. *Psychoanal Rev, 102(5)*, 659-681.

Arnold, B., Hauser, W., Arnold, M., Bernateck, M., Bernardy, K., Bruckle, W., et al. (2012). [multicomponent therapy of fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline]. *Schmerz, 26(3)*, 287-290.

Avila, L.A. (2009). Group psychotherapy of psychosomatic outpatients - analysis of the ten first sessions. *Spanish Journal of Psychology, 12(1)*, 192-203.

Bai, M., Tomenson, B., Creed, F., Mantis, D., Tsifetaki, N., Voulgari, P.V., et al. (2009). The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 38(6)*, 419-430.

Baitha, U., Deb, K.S., Ranjan, P., Mukherjee, A., Baudh, N.K., Kaloiya, G.S., et al. (2019). Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in india. *General Hospital Psychiatry, 61*, 47-52.

Bales, D.L., Timman, R., Andrea, H., Busschbach, J.J., Verheul, R., & Kamphuis, J.H. (2015). Effectiveness of day hospital mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: a matched control study. *Clin Psychol Psychother, 22(5)*, 409-417.

Barghaan, D., Schulz, H., Koch, U., & Watzke, B. (2009). German inpatient mental healthcare: Distribution of individual versus group therapy and psychotherapy approaches. *Gruppenpsychotherapie Und Gruppendynamik, 45(2)*, 83-103.

Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator mediator variable distinction in social psychological-research - conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Barsky, A.J., & Borus, J.F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 130(11), 910-921.

Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*: Avicenum.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanal Inq*, 33(6), 595-613.

Bentall, R.P., Powell, P., Nye, F.J., & Edwards, R.H. (2002). Predictors of response to treatment for chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry*, 181, 248-252.

Berrocal, C., Fava, G.A., & Sonino, N. (2016). Contributions of psychosomatic medicine to clinical and preventive medicine. *Anales De Psicología*, 32(3), 828-836.

Billing, E., Eriksson, S.V., Hjemdahl, P., & Rehnqvist, N. (2000). Psychosocial variables in relation to various risk factors in patients with stable angina pectoris. *Journal of Internal Medicine*, 247(2), 240-248.

Blumenstiel, K., & Eich, W. (2003). Psychosomatic aspects regarding diagnosis and treatment of fibromyalgia. *Schmerz*, 17(6), 399-+.

Bragee, B., & Bullington, J. (2003). From health to disease: a new approach to study the emergence of psychosomatic symptoms. *Psychother Psychosom*, 72(4), 228-229.

Bronstein, C. (2011). On psychosomatics: The search for meaning. *International Journal of Psychoanalysis*, 92(1), 173-195.

Brown, D.W., Balluz, L.S., Ford, E.S., Giles, W.H., Strine, T.W., Moriarty, D.G., et al. (2003). Associations between short- and long-term unemployment and frequent mental distress among a national sample of men and women. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(11), 1159-1166.

Brown, T.M. (1993). From paralysis to fatigue - a history of psychosomatic-medicine in the modern-era - shorter,e. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 29(3), 241-245.

Brunner, F., Dinger, U., Komo-Lang, M., Friederich, H.C., Schauenburg, H., Herzog, W., et al. (2019). Psychosomatic-psychotherapeutic treatment in an evening clinic:

a qualitative examination of patients' expectations and experiences. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1).

Budd, R., & Hughes, I. (2009). The dodo bird verdict-controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(6), 510-522.

Buchner, M., Neubauer, E., Zahlten-Hinguranage, A., & Schiltenswolf, M. (2007). The influence of the grade of chronicity on the outcome of multidisciplinary therapy for chronic low back pain. *Spine*, 32(26), 3060-3066.

Burlingame, G.M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 7(1), 3-12.

Burlingame, G.M., McClendon, D.T., & Yang, C.M. (2018). Cohesion in group therapy: a meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398.

Carlsson, S.G., & Jern, S. (1982). Paradigms in psychosomatic research - a dialectic perspective. *Scandinavian Journal of Psychology*, 151-157.

Cooper, A., Abbass, A., & Town, J. (2017). Implementing a psychotherapy service for medically unexplained symptoms in a primary care setting. *Journal of Clinical Medicine*, 6(12).

Creswell, J.D., Myers, H.F., Cole, S.W., & Irwin, M.R. (2009). Mindfulness meditation training effects on cd4+ t lymphocytes in hiv-1 infected adults: a small randomized controlled trial. *Brain Behav Immun*, 23(2), 184-188.

Csillik, A., & Bigeard, E. (2015). Psychological mindedness and its clinical utility. *Annales Medico-Psychologiques*, 173(1), 72-76.

Dale, R., & Stacey, B. (2016). Multimodal treatment of chronic pain. *Med Clin North Am*, 100(1), 55-64.

Dansova, P., Masopustova, Z., Hanackova, V., Chabadova, K., & Korabova, I. (2016). *Metoda patient health questionnaire-9: Czech version*.

Dattilio, F.M., Edwards, D.J.A., & Fishman, D.B. (2010). Case studies within a mixed methods paradigm: Toward a resolution of the alienation between researcher and practitioner in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 47(4), 427-441.

De Brabander, B., & Gerits, P. (1999). Chronic and acute stress as predictors of relapse in primary breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 37(3), 265-272.

den Boeft, M., Claassen-van Dessel, N., & van der Wouden, J.C. (2017). Uncertainties how should we manage adults with persistent unexplained physical symptoms? *Bmj-British Medical Journal*, 356.

den Boeft, M., Huisman, D., van der Wouden, J.C., Numans, M.E., van der Horst, H.E., Lucassen, P.L., et al. (2016). Recognition of patients with medically unexplained physical symptoms by family physicians: Results of a focus group study. *Bmc Family Practice*, 17.

Deter, H.C. (2018a). Bio-psycho-socio or psychotherapeutic medicine - actual development of psychosomatics in clinical practice. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 168(3-4), 52-61.

Deter, H.C. (2018b). [bio-psycho-socio or psychotherapeutic medicine - actual development of psychosomatics in clinical practice]. *Wien Med Wochenschr*, 168(3-4), 52-61.

Deter, H.C., Kruse, J., & Zipfel, S. (2018). History, aims and present structure of psychosomatic medicine in germany. *Biopsychosocial Medicine*, 12.

Dopson, S., Mant, J., & Hicks, N. (1994). Getting research into practice: Facing the issues. *Journal of management in medicine*, 8(6), 4-12.

Dreier, O. (1998). Client perspectives and uses of psychotherapy. *The European Journal of Psychotherapy, Counseling & Health*, 1(2).

Dreier, O. (2015). Interventions in everyday lives: How clients use psychotherapy outside their sessions. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 17(2), 114-128.

Duddu, V., Isaac, M.K., & Chaturvedi, S.K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 435-438.

Duddu, V., Isaac, M.K., & Chaturvedi, S.K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 25-33.

Duquette, P., & Ainley, V. (2019). Working with the predictable life of patients: The importance of "mentalizing interoception" to meaningful change in psychotherapy. *Front Psychol*, 10, 2173.

Egloff, N., Beer, C., Gschossmann, J.M., Sendensky, A., & von Kanel, R. (2010). [multimodal therapy of functional gastrointestinal disorders]. *Praxis (Bern 1994)*, 99(8), 487-493.

Ekroll, V.B., & Ronnestad, M.H. (2018). Exploring associations between therapy factors and post-therapy development after naturalistic psychotherapies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(1), 15-25.

Elenkov, I.J., Chrousos, G.P., & Wilder, R.L. (2000). Neuroendocrine regulation of il-12 and tnf-alpha/il-10 balance - clinical implications. In A. Conti, G. J. M. Maestroni, S. M. McCann, E. M. Sternberg, J. M. Lipton, & C. C. Smith (Eds.), *Neuroimmunomodulation: Perspectives at the new millennium* (Vol. 917, pp. 94-105).

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

Engel, G.L., & Schmale, A.H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder - conversion, specificity, and disease onset situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(2), 344-365.

Ermann, M. (1993). Psychoanalytic-therapy in praxis - german - konig,k. *Praxis Der Psychotherapie Und Psychosomatik*, 38(1), 63-63.

Fassino, S. (2010). Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality. *Panminerva Med*, 52(3), 249-264.

Fava, G.A. (1998). The concept of psychosomatic disorder. In G. A. Fava & H. Freyberger (Eds.), *International universities press stress and health series monograph; handbook of psychosomatic medicine* (Vol. 9, pp. 161-180).

Fava, G.A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current psychosomatic practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(1), 13-30.

Fava, G.A., McEwen, B.S., Guidi, J., Gostoli, S., Offidani, E., & Sonino, N. (2019). Clinical characterization of allostatic overload. *Psychoneuroendocrinology*, 108, 94-101.

Fava, G.A., & Offidani, E. (2010). Psychosomatic renewal of health care. *Panminerva Medica*, 52(3), 239-248.

Fava, G.A., Piolanti, A., Gervasi, J., Guidi, J., & Sonino, N. (2018). Diagnostic criteria for psychosomatic research (dcpr) and dsm-5 in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 102-103.

Fava, G.A., & Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom*, 69(4), 184-197.

Fava, G.A., & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine. *International Journal of Clinical Practice*, 64(8), 1155-1161.

Fava, G.A., Tomba, E., & Sonino, N. (2012). Clinimetrics: The science of clinical measurements. *International Journal of Clinical Practice*, 66(1), 11-15.

Fiedorowicz, J.G. (2019). Integrating psychosomatic care across settings and specialties. *Journal of Psychosomatic Research*, 121, 1-2.

Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., Holm, M., & Munk-Jorgensen, P. (1999). Somatization in primary care - prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338.

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of adverse childhood experiences. *Child Abuse Negl*, 48, 13-21.

Fishman, D.B. (2017). The pragmatic case study in psychotherapy: a mixed methods approach informed by psychology's striving for methodological quality. *Clinical Social Work Journal*, 45(3), 238-252.

Fjorback, L.O. (2012). Mindfulness and bodily distress. *Dan Med J*, 59(11), B4547.

Flor, H. (2010). Brain changes related to chronic pain.

Fraley, R.C., Heffernan, M.E., Vicary, A.M., & Brumbaugh, C.C. (2011). The experiences in close relationships-relationship structures questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychol Assess*, 23(3), 615-625.

Francis, D.D., Champagne, F.C., & Meaney, M.J. (2000). Variations in maternal behaviour are associated with differences in oxytocin receptor levels in the rat. *Journal of Neuroendocrinology*, 12(12), 1145-1148.

Francis, D.D., Young, L.J., Meaney, M.J., & Insel, T.R. (2002). Naturally occurring differences in maternal care are associated with the expression of oxytocin and vasopressin (v1a) receptors: Gender differences. *Journal of Neuroendocrinology*, 14(5), 349-353.

Friedman, M., & Rosenman, R.H. (1971). Type a behavior pattern - its association with coronary heart-disease. *Annals of Clinical Research*, 3(6), 300-&.

Fries, A.B.W., Shirtcliff, E.A., & Pollak, S.D. (2008). Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Developmental Psychobiology*, 50(6), 588-599.

Fries, A.B.W., Ziegler, T.E., Kurian, J.R., Jacoris, S., & Pollak, S.D. (2005). Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(47), 17237-17240.

Frohlich, C., Jacobi, F., & Wittchen, H.U. (2006). Dsm-iv pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(3), 187-196.

Fry, P.S. (1995). Perfectionism, humor, and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 121(2), 211-&.

Gerger, H., Hlavica, M., Gaab, J., Munder, T., & Barth, J. (2015). Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? a meta-analysis. *Psychother Psychosom*, 84(4), 217-226.

Gerskowitch, C., Norman, I., & Rimes, K.A. (2015). Patients with medically unexplained physical symptoms experience of receiving treatment in a primary-care psychological therapies service: a qualitative study. *Cognitive Behaviour Therapist*, 8.

Gil, F.P., & Rupprecht, R. (2003). Attachment research. Current aspects of attachment theory and development psychology as well as neurobiological aspects in psychiatric and psychosomatic disorders. *Nervenarzt*, 74(11), 965-971.

Gilpin, H.R., Keyes, A., Stahl, D.R., Greig, R., & McCracken, L.M. (2017). Predictors of treatment outcome in contextual cognitive and behavioral therapies for chronic pain: a systematic review. *J Pain*, 18(10), 1153-1164.

Gilpin, H.R., Stahl, D.R., & McCracken, L.M. (2019). a theoretically guided approach to identifying predictors of treatment outcome in contextual cognitive behavioural therapy for chronic pain. *Eur J Pain*, 23(2), 354-366.

Glaa, B., Zoghalmi, N., Taghipour, A., & Ieee. (2014). Outsourcing and off-shoring healthcare services: a way to cut the costs and improve quality.

Glombiewski, J.A., Sawyer, A.T., Gutermann, J., Koenig, K., Rief, W., & Hofmann, S.G. (2010). Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain, 151*(2), 280-295.

Goetzmann, L., Siegel, A., & Ruettnner, B. (2019). The connectivity / conversion paradigm - a new approach to the classification of psychosomatic disorders. *New Ideas in Psychology, 52*, 26-33.

Gori, A., Giannini, M., Palmieri, G., Salvini, R., & Schuldberg, D. (2012). Assessment of alexithymia: Psychometric properties of the psychological treatment inventory-alexithymia scale (pti-as). *Psychology, 3*.

Goulia, P., Voulgari, P.V., Tsifetaki, N., Andreoulakis, E., Drosos, A.A., Carvalho, A.F., et al. (2015). Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study. *Rheumatology International, 35*(4), 691-700.

Grant, M., Salsman, N.L., & Berking, M. (2018a). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an english version of the emotion regulation skills questionnaire. *PLoS One, 13*(10), e0205095.

Grant, M., Salsman, N.L., & Berking, M. (2018b). The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an english version of the emotion regulation skills questionnaire. *Plos One, 13*(10).

Grawe, K. (1997). Research-informed psychotherapy. *Psychotherapy Research, 7*(1), 1-19.

Grawe, K. (1999). Reasons and proposals for a general psychotherapy. *Psychotherapeut, 44*(6), 350-359.

Grawe, K., & Grawe-Gerber, M. (1999). Resource activation: a primary change principle in psychotherapy. *Psychotherapeut, 44*(2), 63-73.

Gray, J.D., Rubin, T.G., Hunter, R.G., & McEwen, B.S. (2014). Hippocampal gene expression changes underlying stress sensitization and recovery. *Molecular Psychiatry, 19*(11), 1171-1178.

Gulec, M.Y., Kilic, A., Gul, U., & Gulec, H. (2009). Alexithymia and anger in patients with psoriasis. *Noropsikiyatri Arsivi-Archives of Neuropsychiatry*, 46(4), 169-174.

Guyatt, G. (1992). Evidence-based medicine - a new approach to teaching the practice of medicine. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425.

Haag, S., Senf, W., Tagay, S., Langkafel, M., Braun-Lang, U., Pietsch, A., et al. (2007). Is there a benefit from intensified medical and psychological interventions in patients with functional dyspepsia not responding to conventional therapy? *Aliment Pharmacol Ther*, 25(8), 973-986.

Hackford, J., Mackey, A., & Broadbent, E. (2019). The effects of walking posture on affective and physiological states during stress. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 80-87.

Hahn, S.E., & Smith, C.S. (1999). Daily hassles and chronic stressors: Conceptual and measurement issues. *Stress Medicine*, 15(2), 89-101.

Hall, J.A. (1992). Psychological-mindedness - a conceptual-model. *American Journal of Psychotherapy*, 46(1), 131-140.

Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Arzteblatt International*, 112(16), 279-+.

Havelková, A., & Slezáčková, A. (2017). Výzkum v psychosomatice: Stručný průřez pojetím, vývojem a současnými tématy. *ePsychologie*, 11(3), 39-50.

Hefner, J., Rilk, A., Herbert, B.M., Zipfel, S., Enck, P., & Martens, U. (2009). [hypnotherapy for irritable bowel syndrome--a systematic review]. z *Gastroenterol*, 47(11), 1153-1159.

Henningsen, P., Zipfel, S., & Herzog, W. (2007). Management of functional somatic syndromes. *Lancet*, 369(9565), 946-955.

Hermes, S., Bierther, U., Kurth, R.A., Leichsenring, F., & Leweke, F. (2011). Alexithymia and specific relationship patterns in a clinical sample. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 57(3), 275-287.

Herrmann-Lingen, C., Melzer, J., & von Boetticher, D. (2019). Emotions, bodily changes, and the social environment: How did early psychosomatic medicine consider the social dimension in health and disease? *Psychosomatic Medicine*, 81(8), 694-703.

Heszen-Niejodek, I., Gottschalk, L.A., & Januszek, M. (1999). Anxiety and hope during the course of three different medical illnesses: a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(6), 304-312.

Heuft, G., SeibuchlerEngel, H., Taschke, M., & Senf, W. (1996). Long-term outcome of outpatient psychoanalytic psychotherapy and psychoanalysis. Analysis of 53 catamnestic interviews. *Forum Der Psychoanalyse*, 12(4), 342-355.

Hill, O. (1978). Psychosomatic-medicine - its clinical applications - wittkower,ed, warnes,h. *Psychosomatic Medicine*, 40(3), 268-268.

Hoder, J., & Huppe, A. (2019). On clinical significance in german clinical rehabilitation trials an inventory of current practice. *Rehabilitation*, 58(6), 405-+.

Holub, D., & Telerovský, R. (2013). Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii: Vyd. 1. Brno.

Hosseini, S.H., Mokhberi, V., Mohammadpour, R.A., Mehrabianfard, M., & Lashak, N.B. (2011). Anger expression and suppression among patients with essential hypertension. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(3), 214-218.

Chromý, K., & Honzák, R. (2005). Somatizace a funkční poruchy: Grada Publishing.

Chvála, V.e.a. (2015). Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky: CDP-PL.

Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.

Jenewein, J., Garcia, D., Leenen, K., Majohr, K.L., Grabe, H., & Rufer, M. (2009). Poor quality of life associated with alexithymia in somatoform pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 566-567.

Johansson, P., & Hoglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(1), 1-9.

Kachele, H. (1986). Present trends in evaluation of therapeutic outcomes in psychotherapy and their importance in psychosomatic-medicine. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 36(9-10), 307-312.

Kachele, H., Porzsolt, F., & von Wietersheim, J. (2000). The evidence based status of psychodynamic psychotherapy in the treatment of psychosomatic disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(3), 209-209.

Karatsoreos, I.N., & McEwen, B.S. (2013). Annual research review: The neurobiology and physiology of resilience and adaptation across the life course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 337-347.

Kato, K., Sullivan, P.F., Evengard, B., & Pedersen, N.L. (2009). a population-based twin study of functional somatic syndromes. *Psychol Med*, 39(3), 497-505.

Kazdin, A.E., & Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.

Kealy, D., Piper, W.E., Ogrodniczuk, J.S., Joyce, A.S., & Weideman, R. (2019). Individual goal achievement in group psychotherapy: The roles of psychological mindedness and group process in interpretive and supportive therapy for complicated grief. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 241-251.

Khoury, N.M., Lutz, J., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Interoception in psychiatric disorders: a review of randomized, controlled trials with interoception-based interventions. *Harvard Review of Psychiatry*, 26(5), 250-263.

Kirmayer, L.J., Groleau, D., Looper, K.J., & Dao, M.D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry*, 49(10), 663-672.

Kirsch, P. (2015). Oxytocin in the socioemotional brain: Implications for psychiatric disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 463-476.

Kirsch, P. (2016). From anxiety and affiliation: Oxytocin and the socioemotional brain. *International Journal of Psychology*, 51, 929-929.

Kivlighan, D.M., Multon, K.D., & Brossart, D.F. (1996). Helpful impacts in group counseling: Development of a multidimensional rating system. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 347-355.

Knowles, S.R., Keefer, L., Wilding, H., Hewitt, C., Graff, L.A., & Mikocka-Walus, A. (2018). Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses-part ii. *Inflamm Bowel Dis*, 24(5), 966-976.

Koelen, J.A., Houtveen, J.H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E.H., Van Broeckhuysen-Kloth, S.A., et al. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 204(1), 12-19.

Koepp, W., & Deter, H.C. (2006). Psychoanalysis and psychosomatics - notes about the history of a difficult relationship. *Forum Der Psychoanalyse*, 22(3), 297-306.

Korkel, J. (2012). 30 years of motivational interviewing: An updated overview. *Suchttherapie*, 13(3), 108-118.

Kosters, M., Burlingame, G.M., Nachtigall, C., & Strauss, B. (2006). a meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 10(2), 146-163.

Krieger, T., Zimmermann, J., Huffziger, S., Ubl, B., Diener, C., Kuehner, C., et al. (2014). Measuring depression with a well-being index: Further evidence for the validity of the who well-being index (who-5) as a measure of the severity of depression. *J Affect Disord*, 156, 240-244.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., & Lowe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(4), 345-359.

Krystal, H. (1997). Desomatization and the consequences of infantile psychic trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 126-150.

Kuchenhoff, J. (1994). Specificity models in psychosomatic-medicine - a look back on an old controversy. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychoanalyse*, 40(3), 236-248.

Kuchenhoff, J. (1999). Environmental psychosomatics - an integrative model. *Zentralblatt Fur Hygiene Und Umweltmedizin*, 202(2-4), 261-271.

Laird, K.T., Tanner-Smith, E.E., Russell, A.C., Hollon, S.D., & Walker, L.S. (2017). Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 51, 142-152.

Landa, A., Fallon, B.A., Wang, Z.S., Duan, Y.S., Liu, F., Wager, T.D., et al. (2020). When it hurts even more: The neural dynamics of pain and interpersonal emotions. *Journal of Psychosomatic Research*, 128.

Lange, M., Franke, W., & Petermann, F. (2012). Who doesn't benefit from psychosomatic rehabilitation? *Rehabilitation*, 51(6), 392-397.

Leichsenring, F. (2004). Empirically supported treatments - scientific theory and methodology in controlled versus naturalistic studies. *Zeitschrift Fur Klinische Psychologie Psychiatrie Und Psychotherapie*, 52(3), 209-222.

Leichsenring, V.F., & Ruger, U. (2004). Psychotherapy and evidence based medicine (ebm) - randomized controlled vs. Naturalistic studies: Is there only one gold standard? *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 50(2), 203-217.

Leithner-Dziubas, K., Bluml, V., Naderer, A., Tmej, A., & Fischer-Kern, M. (2010). [mentalization and bonding in chronic pelvic pain patients: a pilot study]. *z Psychosom Med Psychother*, 56(2), 179-190.

Lewis, N.D.C. (1965). New dimensions in psychosomatic-medicine - wahl,cv. *American Journal of Psychiatry*, 122(2), 237-238.

Liebherz, S., & Rabung, S. (2013). Effectiveness of psychotherapeutic hospital treatment in german speaking countries: a meta-analysis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 63(9-10), 355-364.

Limburg, K., Schmid-Muehlbauer, G., Sattel, H., Dinkel, A., Radziej, K., Gonzales, M., et al. (2019). Potential effects of multimodal psychosomatic inpatient treatment for patients with functional vertigo and dizziness symptoms - a pilot trial. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 92(1), 57-73.

Lindberg, N.E., & Lindberg, E. (1996). Importance of active listening in treating workers with musculoskeletal disorders. *Work and Stress*, 10(4), 373-376.

Lipowski, Z.J. (1986). Psychosomatic-medicine - past and present .1. Historical background. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 31(1), 2-7.

Lischke, A., Weippert, M., Mau-Moeller, A., Jacksteit, R., & Pahnke, R. (2019). Interoceptive accuracy is associated with emotional contagion in a valence- and sex-dependent manner. *Soc Neurosci*, 1-7.

Littman, A.B. (1993). Review of psychosomatic aspects of cardiovascular-disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60(3-4), 148-167.

Looper, K.J., & Kirmayer, L.J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 810-827.

Looper, K.J., & Kirmayer, L.J. (2004). Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res*, 57(4), 373-378.

Lorentzen, S., & Hoglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 25-35.

Lorenzer, A. (2016). Language, life praxis and scenic understanding in psychoanalytic therapy. *Int J Psychoanal*, 97(5), 1399-1414.

Luborsky, L., Docherty, J.P., & Penick, S. (1973). Onset conditions for psychosomatic symptoms - comparative review of immediate observation with retrospective research. *Psychosomatic Medicine*, 35(3), 187-204.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well - mostly. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(1), 2-12.

Maes, M., Lin, A.H., Delmeire, L., Van Gastel, A., Kenis, G., De Jongh, R., et al. (1999). Elevated serum interleukin-6 (il-6) and il-6 receptor concentrations in posttraumatic stress disorder following accidental man-made traumatic events. *Biological Psychiatry*, 45(7), 833-839.

Mander, J. (2015). The individual therapy process questionnaire: Development and validation of a revised measure to evaluate general change mechanisms in psychotherapy. *Clin Psychol Psychother*, 22(4), 328-345.

Mander, J.V., Wittorf, A., Schlarb, A., Hautzinger, M., Zipfel, S., & Sammet, I. (2013). Change mechanisms in psychotherapy: Multiperspective assessment and relation to outcome. *Psychother Res*, 23(1), 105-116.

Maunder, R.G., & Hunter, J.J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 123-130.

McCracken, L.M., Vowles, K.E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166.

McDaniel, S.H., Campbell, T., & Seaburn, D. (1991). Treating somatic fixation - a biopsychosocial approach. *Canadian Family Physician*, 37, 451-456.

McEwen, B.S. (2018). Redefining neuroendocrinology: Epigenetics of brain-body communication over the life course. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 49, 8-30.

Meaney, M.J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.

Mehling, W.E., Price, C., Daubenmier, J.J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (maia). *PLoS One*, 7(11), e48230.

Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior - culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16(1), 1-7.

Mechanic, D. (1992). Health and illness behavior and patient practitioner relationships. *Social Science & Medicine*, 34(12), 1345-1350.

Mendez, M.F. (2018). Non-neurogenic language disorders: a preliminary classification. *Psychosomatics*, 59(1), 28-35.

Miller, S., Duncan, B., & Brown, J. (2003). The outcome rating scale: a preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.

Mintz, I.L. (1995). The psychosomatic patient.

Murakami, M. (2009). [treatment of myalgia]. *Nihon Rinsho*, 67(9), 1759-1765.

Murdoch, J.L. (2008). An introduction to dramatherapy. *Arts in Psychotherapy*, 35(5), 356-357.

Nash, S.S., Kent, L.K., & Muskin, P.R. (2009). Psychodynamics in medically ill patients. *Harv Rev Psychiatry*, 17(6), 389-397.

Neerinx, E.R., Vingerhoets, A., & Van Houdenhove, B. (2000). Daily hassles reported by chronic fatigue and fibromyalgia syndrome patients in tertiary care: a qualitative and quantitative analysis. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 109-109.

Nees, F., Usai, K., Loffler, M., & Flor, H. (2019). The evaluation and brain representation of pleasant touch in chronic and subacute back pain. *Neurobiology of pain (Cambridge, Mass.)*, 5, 100025-100025.

Newnham, E.A., Hooke, G.R., & Page, A.C. (2010). Monitoring treatment response and outcomes using the world health organization's wellbeing index in psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 133-138.

Nickel, R., Ademmer, K., & Egle, U.T. (2010). Manualized psychodynamic-interactive group therapy for the treatment of somatoform pain disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(3), 219-237.

Nikendei, C., Haitz, M., Huber, J., Ehrental, J.C., Herzog, W., Schauenburg, H., et al. (2016). Day clinic and inpatient psychotherapy of depression (dip-d): Qualitative results from a randomized controlled study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10.

Norcross, J.C. (1996). When (and how) does psychotherapy integration improve clinical effectiveness? a roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6(4), 295-332.

Norcross, J.C. (1997). Emerging breakthroughs in psychotherapy integration: Three predictions and one fantasy. *Psychotherapy*, 34(1), 86-90.

Norcross, J.C., Krebs, P.M., & Prochaska, J.O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154.

Nunez, D.G., Rufer, M., Leenen, K., Majohr, K.L., Grabe, H., & Jenewein, J. (2010). Quality of life and alexithymia in somatoform pain disorder. *Schmerz*, 24(1), 62-68.

Nyklicek, I., & Denollet, J. (2009). Development and evaluation of the balanced index of psychological mindedness (bipm). *Psychological Assessment*, 21(1), 32-44.

Oster, J., Moser, A.S., Danner-Weinberger, A., & von Wietersheim, J. (2016). [helpful factors of ambulant art therapy in the group and changes of experiences in psychosomatic patients]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 66(2), 82-87.

Pachankis, J.E., & Goldfried, M.R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 760-768.

Parth, K., Rosar, A., Stastka, K., Storck, T., & Loffler-Stastka, H. (2016). Psychosomatic patients in integrated care: Which treatment mediators do we have to focus on? *Bull Menninger Clin*, 80(4), 326-347.

Paul, K.I., Geithner, E., & Moser, K. (2009). Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. *J Psychol*, 143(5), 477-491.

Paul, K.I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.

Peters, C.B., & Grunebaum, H. (1977). It could be worse: Effective group psychotherapy with the help-rejecting complainer. *Int J Group Psychother*, 27(4), 471-480.

Peterson, B.S. (2019). Editorial: Common factors in the art of healing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(9), 927-929.

Pfingsten, M., Leibing, E., Franz, C., Nargaz, N., & Hildebrandt, J. (1997). The importance of bodily complaints in patients with chronic back pain. *Schmerz*, 11(4), 247-253.

Philipps, A., Silbermann, A., Morawa, E., Stemmler, M., & Erim, Y. (2019). Effectiveness of a multimodal, day clinic group-based treatment program for trauma-related disorders: Differential therapy outcome for complex ptsd vs. Non-complex trauma-related disorders. *Front Psychiatry*, 10, 800.

Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *Br J Psychiatry*, 113(494), 89-93.

Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60(2), 62-74.

Pintea, S. (2010). The relevance of results in clinical research: Statistical, practical, and clinical significance. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 10(1), 101-114.

Pjanic, Muller, R., Laimer, M., Hagenbuch, N., Laederach, K., & Stanga, Z. (2017). Evaluation of a multiprofessional, nonsurgical obesity treatment program: Which parameters indicated life style changes and weight loss? *Journal of Eating Disorders*, 5.

Plecicy, D.M., Danner-Weinberger, A., Szkura, L., & von Wietersheim, J. (2009). The effects of art therapy on the somatic and emotional situation of the patients - a quantitative and qualitative analysis. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(9-10), 364-369.

Plotsky, P.M., & Meaney, M.J. (1993). Early, postnatal experience alters hypothalamic corticotropin-releasing factor (crf) messenger-rna, median-eminence crf content and stress-induced release in adult-rats. *Molecular Brain Research*, 18(3), 195-200.

Pollak, K.I., Alexander, S.C., Tulskey, J.A., Lyna, P., Coffman, C.J., Dolor, R.J., et al. (2011). Physician empathy and listening: Associations with patient satisfaction and autonomy. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(6), 665-672.

Poněšický, J. (2002). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie: Triton.

Poněšický, J. (2019). Proces změny v dynamické psychoterapii a psychoanalýze: Triton.

Porcelli, P., De Carne, M., & Todarello, O. (2004). Prediction of treatment outcome of patients with functional gastrointestinal disorders by the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 166-173.

Probst, T., Sattel, H., Gundel, H., Henningsen, P., Kruse, J., Schneider, G., et al. (2017). Moderating effects of alexithymia on associations between the therapeutic alliance and the outcome of brief psychodynamic-interpersonal psychotherapy for multisomatoform disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 8.

Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy*, 38(4), 443-448.

Quill, T.E. (1985). Somatization disorder - one of medicine's blind spots. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 254(21), 3075-3079.

Quirk, K., Miller, S., Duncan, B., & Owen, J. (2013). Group session rating scale: Preliminary psychometrics in substance abuse group interventions. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13.

Recanzone, G.H., Merzenich, M.M., & Dinse, H.R. (1992). Expansion of the cortical representation of a specific skin field in primary somatosensory cortex by intracortical microstimulation. *Cerebral Cortex*, 2(3), 181-196.

Reuter, L., Bengel, J., & Scheidt, C.E. (2014). Non-response to therapy in acute and rehabilitative psychosomatic inpatient care a systematic review. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 60(2), 121-145.

Ridley, C. (2015). Attachment theory and research: New directions and emerging themes. *Nurse Researcher*, 23(1), 47-47.

Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 587-595.

Rihacek, T., & Cevliceck, M. (2019). Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychother Res*, 1-14.

Rihacek, T., Pavlenko, P., & Franke, H. (2017). The effectiveness of psychotherapy interventions in patients with medically unexplained physical symptoms: a summary of meta-analyses and literature reviews. *Ceskoslovenska Psychologie*, 61(4), 350-362.

Rim, Y. (1990). Optimism and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 11(1), 89-90.

Roelcke, V. (2016). "Crisis in medicine" - models of reform. The early history of psychotherapy and social sciences in medical science. *Psychotherapeut*, 61(3), 237-242.

Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Functional somatic symptoms. *Dtsch Arztebl Int*, 116(33-34), 553-560.

Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., Hausteiner-Wiehle, C., & Guideline Grp Functional, S. (2019). Functional somatic symptoms. *Deutsches Arzteblatt International*, 116(33-34), 553-+.

Rohricht, F., Sattel, H., Kuhn, C., & Lahmann, C. (2019). Group body psychotherapy for the treatment of somatoform disorder - a partly randomised-controlled feasibility pilot study. *Bmc Psychiatry*, 19.

Rollnick, S., Butler, C.C., Kinnersley, P., Gregory, J., & Mash, B. (2010). Competent novice motivational interviewing. *Bmj-British Medical Journal*, 340.

Romeo, A., Tesio, V., Castelnovo, G., & Castelli, L. (2017). Attachment style and chronic pain: Toward an interpersonal model of pain. *Frontiers in Psychology*, 8.

Rosenberg, W.M.C., & Sackett, D.L. (1996). On the need for evidence-based medicine. *Therapie*, 51(3), 212-217.

Rozanski, A., Blumenthal, J.A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99(16), 2192-2217.

Rozenal, A., Kottorp, A., Forsstrom, D., Mansson, K., Boettcher, J., Andersson, G., et al. (2019). The negative effects questionnaire: Psychometric properties of an instrument for assessing negative effects in psychological treatments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(5), 559-572.

Rubinová, J.R.e. (2008). Přístupy v arteterapii: Teorie & technika.: Triton.

Rudolf, G., & Henningsen, P. (2017). Psychotherapeutische medizin und psychosomatik: Thieme.

Rüegg, J.C. (2007). Gehirn, psyche und körper: Neurobiologie von psychosomatik und psychotherapie: Schattauer Verlag.

Ryff, C.D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.

Sakaluk, J.K., Williams, A.J., Kilshaw, R.E., & Rhyner, K.T. (2019). Evaluating the evidential value of empirically supported psychological treatments (ests): a meta-scientific review. *Journal of Abnormal Psychology, 128*(6), 500-509.

Scicchitano, J., Lovell, P., Pearce, R., Marley, J., & Pilowsky, I. (1996). Illness behavior and somatization in general practice. *Journal of Psychosomatic Research, 41*(3), 247-254.

Senst, R., Kloss, R., Oberbillig, R., Schowalter, M., Kielmann, S., & Heuft, G. (2000). Experiences with the basic and outcome-documentation psy-bado. Application in a one-year-catamnesis. *Psychotherapeut, 45*(5), 308-314.

Seymour, A. (1998). Dramatherapy: Clinical studies. *New Theatre Quarterly, 14*(54), 189-191.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*(2), 98-109.

Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics, 37*(4), 193-201.

Scheier, M.F., & Bridges, M.W. (1995). Person variables and health - personality predispositions and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosomatic Medicine, 57*(3), 255-268.

Schmidt, E.S. (2010). The berlin tradition in chicago: Franz alexander and the chicago institute for psychoanalysis. *Psychoanalysis and History, 12*(1), 69-83.

Schneider, G., Schmitz-Moormann, S., Bar, O., Driesch, G., & Heuft, G. (2006). Psychodynamic therapy foci in inpatient psychotherapy - relations to self-assessment scales and individual therapeutic goals. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie, 52*(3), 259-273.

Schonenberg, M., Mares, L., Smolka, R., Jusyte, A., Zipfel, S., & Hautzinger, M. (2014). Facial affect perception and mentalizing abilities in female patients with persistent somatoform pain disorder. *Eur J Pain, 18*(7), 949-956.

Schueffel, W. (2019). Psychosomatic medicine between narrative and evidence-based medicine - a history of pm in germany after ww i. *Psychotherapy and Psychosomatics, 88*, 116-116.

Schussler, G. (2002). The current conception of the unconscious - empirical results of neurobiology, cognitive sciences, social psychology and emotion research. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 48(2), 192-214.

Spaans, J.A., Veselka, L., Luyten, P., & Buhning, M.E. (2009). [bodily aspects of mentalization: a therapeutic focus in the treatment of patients with severe medically unexplained symptoms]. *Tijdschr Psychiatr*, 51(4), 239-248.

Spiegel, D. (2014). Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 465-485.

Steinert, C., Klein, S., Leweke, F., & Leichsenring, F. (2015). Do personality traits predict outcome of psychodynamically oriented psychosomatic inpatient treatment beyond initial symptoms? *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 109-125.

Steinert, C., Kruse, J., Leweke, F., & Leichsenring, F. (2019). Psychosomatic inpatient treatment: Real-world effectiveness, response rates and the helping alliance. *Journal of Psychosomatic Research*, 124.

Stilley, C.S., Miller, D.J., Manzetti, J.D., Marino, I.R., & Keenan, R.J. (1999). Optimism and coping styles: a comparison of candidates for liver transplantation with candidates for lung transplantation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(6), 299-303.

Stone, J., Smyth, R., Carson, A., Lewis, S., Prescott, R., Warlow, C., et al. (2005). Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ*, 331(7523), 989.

Sutton, T.E. (2019). Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage and Family Review*, 55(1), 1-22.

Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77.

Teppone, M. (2019). Medicine has always been "modern" and "scientific" from ancient times to the present day. *J Integr Med*, 17(4), 229-237.

ter Kuile, M.M., van Lankveld, J.J., de Groot, E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behav Res Ther*, 45(2), 359-373.

Teszary, J. (2008). On the use of psychodrama and art therapy in the treatment of long-lasting psychosomatic conditions. *International Journal of Psychology*, 43(3-4), 33-33.

Tewes, C., & Fuchs, T. (2018). The formation of body memory introduction. *Journal of Consciousness Studies*, 25(7-8), 8-19.

Tilson, J.K., Kaplan, S.L., Harris, J.L., Hutchinson, A., Ilic, D., Niederman, R., et al. (2011). Sicily statement on classification and development of evidence-based practice learning assessment tools. *Bmc Medical Education*, 11.

Timulak, L. (2005). Současný výzkum psychoterapie (Psyché ed.): Triton.

Tress, K., Ott. (2003). Psychosomatische grundversorgung: Kompendium der interpersonellen medizin: Schattauer Verlag.

Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2003). Psychosomatische grundversorgung: Kompendium der interpersonellen medizin: Schattauer Verlag.

Trifu, S., Delcuescu, C., & Boer, C.M. (2012). Psychosomatics and psychological tension (clinical research). In M. Anitei, M. Chraif, & C. Vasile (Eds.), *Psiworld 2011* (Vol. 33, pp. 128-132).

Twisk, J.W.R., Snel, J., Kemper, H.C.G., & van Mechelen, W. (1999). Changes in daily hassles and life events and the relationship with coronary heart disease risk factors: a 2-year longitudinal study in 27-29-year-old males and females. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), 229-240.

Vaillant-Roussel, H., Cadwallader, J.S., & Gelly, J. (2015). a bio- psycho-social approach of chronic lumbago. *Exercer-La Revue Francophone De Medecine Generale*, 26(119), 94-94.

van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J.C., Kleinstaubert, M., Leone, S.S., Terluin, B., et al. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (mups) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).

Veddegjaerde, K.E.F., Sivertsen, B., Wilhelmsen, I., & Skogen, J.C. (2014). Confirmatory factor analysis and item response theory analysis of the whiteley index. Results from a large population based study in norway. The hordaland health study (husk). *Journal of Psychosomatic Research*, 77(3), 213-218.

Verissimo, R. (2014). Affective underpinnings of the clinical relationship.

Vogel, M., & Frommer, J. (2016). Adaptive high-dose psychotherapy: Towards an integrative psychosomatic specialization. *Psychodynamische Psychotherapie*, 15(1), 25-36.

von Wietersheim, J., Zeeck, A., & Kuchenhoff, J. (2005). Status, possibilities and limitations of therapies in psychosomatic day clinics. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55(2), 79-83.

Vonuexkull, T. (1988). The origin of psychosomatic-medicine from the history of physis-psyche-dualism. *Medizinische Klinik*, 83(1), 37-39.

Weidner, G. (1980). Self-handicapping following learned helplessness treatment and the type a coronary-prone behavior pattern. *J Psychosom Res*, 24(6), 319-325.

Wenzel, T.R., & Morfeld, M. (2016). [the bio-psycho-social model and the international classification of functioning, disability and health : Examples of using the model, its parts and the items]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 59(9), 1125-1132.

WHO. (1946). Preamble to the constitution of who as adopted by the international health conference, new york, 19 june - 22 july 1946; signed on 22 july 1946 by the representatives of 61 states (official records of who, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 april 1948. Paper presented at the International Health Conference, New York.

Wilder, R.L., Elenkov, I.J., Papanicolaou, D.A., & Chrousos, G.P. (1996). Effects of glucocorticoids and catecholamines on human interleukin-12 and interleukin-10 production: Implications for the effect of stress on autoimmune rheumatic diseases and th1/th2 cytokine balance. *Arthritis and Rheumatism*, 39(9), 605-605.

Wilkes, C., Kydd, R., Sagar, M., & Broadbent, E. (2017). Upright posture improves affect and fatigue in people with depressive symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 143-149.

Williamson, P., Beitman, B.D., & Katon, W. (1981). Beliefs that foster physician avoidance of psycho-social aspects of health-care. *Journal of Family Practice*, 13(7), 999-1003.

Wiseman, H., & Tishby, O. (2014). Client attachment, attachment to the therapist and client-therapist attachment match: How do they relate to change in psychodynamic psychotherapy? *Psychotherapy Research*, 24(3), 392-406.

Wolf, D., van den Berk-Clark, C., Williams, S.L., & Dulmus, C.N. (2018). Are therapists likely to use a new empirically supported treatment if required? *Journal of Social Work, 18*(6), 666-678.

Wolf, W. (1948). The problem of the psychosomatic patient. *American Journal of Psychotherapy, 2*(3), 438-440.

Wolff, H.H. (1971). Basic psychosomatic concepts. *Postgraduate Medical Journal, 47*(550), 525-+.

Wolff, H.H. (1977). The contribution of the interview situation to the restriction of fantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom, 28*(1-4), 58-67.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Intachote-Sakamoto, R., & Boripuntakul, T. (2013). The group cohesiveness scale (gcs) for psychiatric inpatients. *Perspectives in Psychiatric Care, 49*(1), 58-64.

Wortman, M.S.H., Lucassen, P.L.B.J., van Ravesteijn, H.J., Bor, H., Assendelft, P.J.J., Lucas, C., et al. (2016). Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: Feasibility and treatment effects. *Family Practice, 33*(4), 346-353.

Wortman, M.S.H., van der Wouden, J.C., Grutters, J.P.C., Visser, B., Assendelft, W.J.J., van der Horst, H.E., et al. (2019). Psychosomatic therapy for patients frequently attending primary care with medically unexplained symptoms, the corpus trial: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials, 20*(1), 697.

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2015). Teorie a praxe skupinové psychoterapie: Portál.

Yuste, R., & Bonhoeffer, T. (2001). Morphological changes in dendritic spines associated with long-term synaptic plasticity. *Annual Review of Neuroscience, 24*, 1071-1089.

Yuste, R., & Bonhoeffer, T. (2004). Genesis of dendritic spines: Insights from ultrastructural and imaging studies. *Nature Reviews Neuroscience, 5*(1), 24-34.

Zeeck, A., Hartmann, A., Kuchenhoff, J., Weiss, H., Sammet, I., Gaus, E., et al. (2009). Differential indication of inpatient and day clinic treatment in psychosomatics. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 59*(9-10), 354-363.

Zeeck, A., Weber, S., Sandholz, A., Wetzler-Burmeister, E., Wirsching, M., & Hartmann, A. (2009). Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(3), 152-160.

Zhao, S.R., Ni, X.M., Zhang, X.A., & Tian, H. (2019). Effect of cognitive behavior therapy combined with exercise intervention on the cognitive bias and coping styles of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome patients. *World J Clin Cases*, 7(21), 3446-3462.

Žvelc, G., & Jovanoska, K. (2017). The development of the relational needs scale.