

Léčba na specializovaném psychosomatickém pracovišti

MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D.

Psychosomatická klinika, s. r. o., Praha

Psychosomatická medicína pracuje na teoretické i praktické úrovni se všemi poruchami, na jejichž rozvoji či udržování se významně podílejí psychické a sociální vlivy. Nepatří k ní ty teoretické přístupy, které popírají možnost vlivu psychiky na vznik a rozvoj chorob, na druhé straně ani koncepty, které somatické stránce nemoci nevěnují žádnou pozornost. To vymezuje hranice psychosomatické medicíny, vědecky založené a budované odbornosti, kterou se zabývá Psychosomatická klinika v Praze. V článku představujeme koncepci, hlavní principy a nástroje léčby našich pacientů. Stručně seznámíme i s výsledky výzkumu účinnosti psychosomatické terapie.

Klíčová slova: psychosomatická terapie, multimodální léčba, interdisciplinární tým, pracoviště psychosomatické medicíny, psychosomatika.

Treatment at the specialized psychosomatic department

Psychosomatic medicine deals with the interaction between psychosocial and biological factors participating in the origin and development of psychosomatic diseases and disorders, as well as with their course, treatment and prevention. It does not include those theoretical approaches that deny the possibility of the psychological influence on emergence and development of diseases, on the other hand, nor concepts that do not pay any attention to the physical aspects of the illness. This defines the boundaries of psychosomatic medicine, scientifically based and developed medical speciality, in which the Psychosomatic Clinic in Prague is engaged. In the article, we present the concept, main principles and tools for the treatment of our patients. We will also briefly introduce the research studies on the effectiveness of our psychosomatic therapy.

Key words: psychosomatic therapy, multimodal treatment, interdisciplinary team, psychosomatic medical institution, psychosomatics.

Úvod

Ze zkušenosti praktických lékařů i specialistů v nejrůznějších oborech vyplývá, že přibližně 10 % populace a téměř jedna třetina dospělých pacientů trpí „funkčními somatickými příznaky“ projevujícími se v různých systémech. Jsou často chronické, zasahují do běžného fungování, zhoršují kvalitu života a jejich léčba je náročná a nákladná, neboť je často provázána opakovanými vyšetřeními, střídáním lékařů a léčebných strategií, která selhávají nebo nevedou k předpokládaným výsledkům (1).

U nás je to způsobeno absencí základní psychosomatické péče v ordinacích praktiků a specialistů, tak jako je to běžné třeba v sousedním Německu, 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 psychosomatickém pracovišti je tak indikována často až po letech průběhu onemocnění, kdy je léčení komplikovanější a dlouhodobější a výsledky často horší.

Psychosomatická diagnostika a léčba je proto v současné době velmi aktuálním tématem. A zdaleka se netýká jen těchto medicínských nevysvětlitelných příznaků. Rozšíření bio-psycho-sociálního modelu nemoci napříč klinickými obory i teoretickým výzkumem ukázalo, že psychosociální faktory lze prokázat jako příčiny nebo významné kofaktory vzniku a průběhu mnoha onemocnění (2). Bio-psycho-sociální model, je v současné době nejucelenějším, nejkompaktnějším a nejdůležitějším konceptem, v němž je mož-



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jaromír Kabát, Ph.D., kabat@psychosomatika.org
Psychosomatická klinika, s. r. o.
Patočkova 712/3, 169 00 Praha 6

Psychiatr. praxi. 2022;23(3):174-178

Článek přijat redakcí: 30. 7. 2022

Článek přijat k publikaci: 22. 8. 2022

né porozumět zdraví a nemoci člověka (3). Psychosomatická medicína je tak vědeckým přístupem ke zdraví a nemoci, který bere v úvahu vzájemné vztahy a vzájemné působení biologických, psychologických a sociálních faktorů. Integruje nejnovější poznatky neurověd, výsledky klinických pozorování, terapeutické zkušenosti a opírá se podstatným způsobem o empirické výzkumy (4).

Tyto skutečnosti se staly základem konceptu komplexní péče o pacienty na Psychosomatické klinice v Praze – základem přístupu kombinujícího biologické úvahy s psychologickými a sociálními a zabývajícího se studiem jejich vzájemných interakcí v nejrůznějších chorobných stavech.

Koncepce péče

Psychosomatická klinika byla založena v roce 2003, jako nestátní zdravotnické zařízení. Základní filosofií pracoviště byl od začátku celostní přístup, mezioborová týmová spolupráce a společné hledání optimální péče o pacienta. Klinika se zpočátku potýkala s mnoha těžkostmi. S malým zájmem pacientů, spolupracujících odborníků i pojišťoven. To se ale v průběhu let začalo proměňovat, patrně v souvislosti s rozšiřujícím se povědomím o celostním, psychosomatickém přístupu a s poznáváním limitů čistě biologického přístupu v medicíně.

V současné době působí na Psychosomatické klinice tým více než 40 terapeutů, který se skládá z lékařů různých klinických oborů (u nás je zastoupena konkrétně interní medicína, chirurgie, pneumologie, praktické lékařství a samozřejmě psychiatrie) a z humanitně vzdělaných odborníků a bodyterapeutů. Všichni lékaři mají rovněž atestaci z psychoterapie, část i z psychosomatiky. Všechna léčba je pacientům hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Naše koncepce vychází z přijetí hlavních cílů současného vývoje psychosomatické medicíny: identifikovat a zkoumat vliv psychosociálních faktorů na individuální vulnerabilitu jednotlivců vůči jakémukoliv onemocnění, zkoumat interakce mezi psychosociálními a biologickými faktory, zkoumat jejich roli při vzniku a průběhu onemocnění a také navrhnout a uplatňovat komplexní postupy v léčbě (5). O to usilujeme od prvního kontaktu s pacientem, stanovení terapeutického plánu a cílů terapie až po ukončení léčby.

Přijímáme do péče pacienty s nejrůznějšími obtížemi a onemocněními. Specializujeme se však nejvíce na léčbu pacientů trpících symptomy, které nelze dostatečně vysvětlit a léčit na podkladě výlučně biomedicínského modelu nemoci. Tedy na takové případy, které představují pro systém zdravotní péče problém a nemalou zátěž. Reduktivní postup myšlení, který se v přírodních vědách a medicíně osvědčil totiž v mnoha případech selhává a stává se velmi neefektivním.

Naše léčba má určitá specifika, a liší se od čistě psychiatrické či psychoterapeutické péče. Zpočátku zohledňujeme převažující, výhradně somatické porozumění nemoci a spíše alexithymické zpracování emocí. Obzvláště důležitá, zejména na začátku léčby, je podpora, akceptace stížností na somatické symptomy a na opakované zklamávající zkušenosti s lékařským systémem.

Velkou část našich pacientů charakterizuje nezávislost, zaměření na akci a výkon, velmi omezené využívání sociálních zdrojů a minimální zkušenosti s pomocí druhých. V anamnéze je časté i zneužívání. Tito pacienti nejsou proto schopni uznat a zpracovat pocity bezmoci a zranitelnosti, které se při delším trvání potíží objeví. Často je mnoho jejich tělesných symptomů formou nepřímé komunikace tohoto těžce prožívaného zážitku bezmoci, k nimž patří typicky i velká zlost na zdravotníky, se kterými se při svém vyšetřování a pokusech o léčení setkávají (6).

Postupně se dostáváme k vysvětlení, co psychosomatickou terapii odlišuje od psychoterapie. Naši pacienti jsou většinou málo ochotní angažovat se v terapii. Je to v každém případě skupina pacientů velmi odlišná od těch, kteří aktivně hledají psychoterapeutickou pomoc. Někdy jsou označováni termínem „help-rejecting complainer“ – stěžovatelé odmítající pomoc, protože je pro ně charakteristická velmi malá motivace k provedení jakékoliv změny (7). Je tedy poměrně nesnadné získat je k aktivnímu překonávání pocitů bezmoci, které nemoc vyvolává. Mezi další charakteristiky patří velká zdrženlivost až neochota k opuštění čistě fyzického porozumění symptomům a uvažování o širších souvislostech jejich vzniku. Nezřídka rozlišují „černobíle“ mezi psychickými a fyzikálními faktory a na své potíže nahlíží buď jako somatické, nebo psychologické. Ostatně i jejich

dosavadní lékaři často tendují k zjednodušené představě: Nemá-li problém jasnou organickou příčinu, pak musí mít psychologickou.

Jak probíhá léčba na Psychosomatické klinice

Při prvním setkání s pacientem proběhne důkladné psychosomatické příjmové vyšetření. Je jakousi kombinací exploračně-medicínského přístupu – svoji strukturou je pro pacienty bezpečný a známý, protože jej již mnohokrát u různých specialistů absolvovali – a přístupu který je možné nazvat vztahově-dynamickým. Účelem prvně jmenovaného je shromáždit informace a „objektivní“ data získaná provedenými vyšetřeními a seznámit se s dosavadním průběhem onemocnění. Účelem druhého je subjektivně porozumět jedinečnému příběhu pacienta a uvážít a zpracovat četná neverbální a vztahová data, a snažit se postihnout i neuvědomované významy pacientových sdělení a projevů (8). Tato subjektivní i objektivní data jsou podkladem pro konceptualizaci případu, formulaci hypotéz o vzniku a vývoji potíží a pro návrh terapie.

Důležitým nástrojem dalšího terapeutického postupu je týmová spolupráce a multimodální uspořádání léčby. Při jejím plánování zastáváme myšlenku integrace různých psychoterapeutických, behaviorálních a psychosociálních postupů. Naše ambulantní programy individuální, skupinové a stacionární péče nebo programy pobytové stacionární péče jsou založeny na integrativním terapeutickém konceptu a kombinaci různých přístupů. Existují určité konkrétní indikace k intenzivnější stacionární terapii, jako je závažnost symptomů, velké omezení v každodenním životě, výrazné psychosociální potíže nebo problematické domácí prostředí. Často je však jedním z faktorů ovlivňujících přijetí do takového skupinového programu i nedostatečná kapacita či omezená dostupnost individuální ambulantní léčby. Podobně je tomu však i v zemích, kde je psychosomatická medicína dostupnější, protože získala respekt pojišťoven a více institucionální podpory pro koncepční rozvoj pregraduální a postgraduální výuky (9, 10).

Psychodynamická a behaviorální terapie tvoří rámec individuálních i skupinových programů, v němž se navíc používají postupy a metody původem z jiných terapeutických škol. Neverbální techniky, tréninky relaxace, focusingu a mindfulness do programu začleňujeme jako

důležitou součást psychosomatické terapie. Přitom považujeme za důležité, aby tato kombinace procesů, metod a technik byla odůvodněna, koordinovaně propojena v celém programu a také opatřena teoretickým zdůvodněním, které je velmi důležité především pro pacienty. V takto uspořádaném multimodálním programu má pacient možnost spojit senzomotorické procesy a reakce s jejich významem a v tomto propojení je integrovat do svého vnitřního světa (11), i když zpočátku je třeba pacienty teprve učit porozumění řeči vlastního těla, vnímání s ním spojených emocí a impulsů. Jde o zvědomování, subjektivizaci a personifikaci vlastního těla a rozvoj tělesného uvědomění.

Protože velké části psychosomatických pacientů se týká nižší úroveň strukturální integrace, je důležitou terapeutickou strategií i podpora mentalizační funkce (12, 13, 14). 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 připravila půdu pro vznik různých příznaků. Skupinové uspořádání psychosomatické terapie je vhodným prostředím pro posílení schopnosti mentalizace (15). Při skupinovém spolubytí se pacienti učí to, jak mohou ostatní chápat jejich výroky a chování, učí se i řešit nedorozumění a jak zpochybňovat vzájemné projekce. K tomu velmi přispívají i neformální kontakty mezi pacienty, pro které je zvláště pobytový stacionář dobrým prostředím (společné vaření, práce na zahradě).

Bodyterapie je další důležitou součástí komplexního multimodálního programu naší psychosomatické léčby. 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 (16). Opakovaná zjištění, že změny v držení těla a napjatosti ve svalectech mohou vést ke změnám pocitů a nálad, které zase mohou vést ke změnám v myšlení, mají klinický a praktický význam (17, 18). Lidé vnímají sebe a své prostředí odlišně při různých drženích těla. Podpora tělesného uvědomění má proto velký význam v procesu terapie, stejně jako využití tělesné zpětné vazby při zvládání emoční regulace, protože i ve stresu či atace úzkosti je možné změnit držení těla nebo dýchání a ovlivnit tak náladu a myšlení (18).

Stejně významná je edukace, zvláště v úvodní fázi terapie, kdy těžiště spočívá ve změně čistě organického porozumění nemoci k porozumění komplexním psycho-fyziologickým a psychosomatickým souvislostem. Klíčem k úspěšné psychosomatické léčbě je opuštění „tělesného řešení“ a otevření se myšlence tělesných symptomů jako vyústění různých životních situací. K takovému obratu nedojde samo od sebe, protože psychosomatické řešení je aktuálně jediný způsob, jak situaci zvládnout (19). 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 (20).

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 a k prohloubení sebezpoznání. Je inspirací k novým adaptivnějším strategiím a nakonec k dalšímu rozvoji a růstu (21). Při arteterapii se pracuje s metaforou a symbolem. Pro pacienty je taková práce bezpečnější, protože umožňuje odstup od problému a vytvoření 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 (22, 23, 24). Při použití arteterapie je dokonce popsáno i statisticky významné snížení somatických symptomů (25).

Multioborový tým – hlavní nástroj psychosomatické terapie

Pro správné a koordinované fungování takového multimodálního programu je nezbytné, aby se členové interdisciplinárního terapeutického týmu pravidelně scházeli, aby diskutovali a projednávali cíle léčby pacientů a plánovali další terapii. V týmu je velmi potřebná vysoká míra komunikace a spolupráce. Diskuze, součinnost, porozumění, jako doplněk medicíny

„pětiminutového kontaktu“, je největší výhodou a největším přínosem komplexní terapie. Při diskuzích nad případy pacientů se vytváří společný názor a společný integrativní pohled na případ, vzdálený krajním postojům jednotlivých teorií a přístupů. To je to podstatné, co zajistí racionální plánování koordinované spolupráce a co přináší do péče potřebnou synergii a efektivitu.

Pravidelné týmové intervize probíhají dvakrát týdně, případové supervize v týmu jednou měsíčně a týmové supervize jednou za dva měsíce. Členové užších subtýmů (například spolupracujících v rámci stacionářů) se scházejí jednou týdně. Ani to ale zdaleka nestačí, takže jsou nutná i osobní setkání terapeutů mimo tuto vyhrazenou dobu.

Výuka

Zkušenosti, které odborníci týmu Psychosomatické kliniky nabývají v péči o psychosomatické pacienty, předáváme dál našim studentům v systému pregraduální i postgraduální výuky. Psychosomatická klinika je školícím pracovištěm pro obory klinická psychologie a psychoterapie, jako jedna z prvních získala i akreditaci pro realizaci vzdělávacího programu nástavbového oboru psychosomatika. Mimo tento program nabízíme lékařům všech odborností individuální a skupinové konzultace složitých případů a balintovské sebezkušenostní semináře.

Výzkum

Poskytování péče založené na důkazech je uznáváno jako klíčová dovednost zdravotnických pracovníků různých profesí (26) a zajišťuje kvalitu individualizované zdravotní péče (27). Samozřejmě to platí i pro psychosomatickou medicínu. Navíc je pro nás, tak jako v každém oboru, důležitá zpětná vazba a informace o účinnosti léčby.

Účinné jsou jednak společné faktory, bez ohledu na konkrétní teoretická východiska, jako je důvěra, bezpečí, empatie, koheze ve skupinové terapii, podpora, pracovní spojení (28, 29). Za hlavní faktory umožňující terapeutickou změnu se považuje, především v úvodní fázi psychosomatické terapie, posilování naděje týkající se výhledu na léčení (30), posilování motivace, poskytnutí pocitu porozumění a přijetí subjektivních potíží. Na edukaci o psychofyziologických procesech navazuje porozumění

Tab. 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

Tab. 2. Sledování jednotlivých ukazatelů v průběhu terapie

Efekt	PŘED	v průběhu (6–12 týdnů)	PO
Tělesné symptomy	•		•
Duševní pohoda/distres	•		•
Deprese	•		•
Úzkost	•		•
Fungování	•		•
Mechanismy změny			
Tělesné uvědomění	•	••••••••	•
Emoční regulace	•	••••••••	•
Přijetí potíží	•	••••••••	•
Naplnění vztahových potřeb	•	••••••••	•
Aktivace zdrojů		••••••••	•
Aktualizace problému		••••••••	•
Pocit zvládnutí (mastery)		••••••••	•
Klarifikace významu		••••••••	•
Terapeutické spojení		••••••••	•
Skupinová koheze		••••••••	•
Moderátory			
Hypochondrie	•		
Psychologické myšlení	•		
Alexithymie	•		
Disociace	•		
Emoční vazba	•		
Nepříznivé události v dětství	•		

smyslu somatických příznaků (1, 31). Dalšími důležitými principy terapeutické změny je rozvoj a kultivace tělesného uvědomění, rozvoj emočního uvědomění i regulace afektů (31). 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 (32).

V průběhu let 2018–2019 jsme pomocí baterie sebeposuzovacích dotazníků shroma-

žďovali údaje s cílem postihnout úvodní stav psychických a somatických příznaků, jejich vývoj v průběhu terapie, mechanismy případné změny a její moderátory¹. Pacienti vyplňovali dotazníky před začátkem léčby (první den po přijetí do stacionáře), v průběhu terapie vždy na konci každého týdne v pátek a poslední dotazník v den ukončení terapie (viz tabulka 2). Pro účast v této naturalistické studii, v přirozených podmínkách našich denních stacionářů, bylo osloveno celkem 142 pacientů s nejruznější symptomatikou.

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 (tabulka 1).

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

Stojí za zmínku, že jsme potvrdili vysokou zátěž pacientů denních stacionářů, nejen intenzitou a počtem somatických příznaků (83,7 % pacientů trpělo více než jedním somatickým příznakem), 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. Jde o známý a velmi významný predispoziční faktor pro psychosomatická onemocnění. Adverzní dětskou zkušenost v našem souboru uvedlo 88,4 % pacientů.

Jako hlavní, primární indikátory žádoucí změny v terapii jsme sledovali ústup tělesných potíží, zvýšení duševní pohody, celkové spokojenosti, ústup symptomů depresivity a symptomů úzkosti, dále mechanismy, které tyto změny působí, ke kterým patří tělesné uvědomění (měřené nástrojem MAIA) a emoční regulace (ERSQ).

Ke zlepšení skóru celkové spokojenosti došlo v našem souboru u 81,6 % pacientů, klinicky signifikantní změny ($p < 0,05$) bylo dosaženo u 48,3 % pacientů². Skóre osobní pohody: zlepšení u 77,2 %, klinicky signifikantní u 41,3 %; příznaky úzkostnosti: zlepšení u 69,2 %, klinicky signifikantní u 28,6 %; depresivita: zlepšení u 81,5 %, klinicky signifikantní u 26,1 % a u somatických příznaků nastalo zlepšení u 61,6 %, zatímco klinicky signifikantní změnu bylo možné zjistit u 16,3 % pacientů. Alespoň v jednom z hlavních sledovaných parametrů dosáhlo klinicky významného zlepšení 65,2 % pacientů.

Na základě našich zkušeností se domníváme, že za úspěšnou terapii je možné považovat na-

¹ Tato práce vznikla ve spolupráci s Centrem pro výzkum psychoterapie při Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v rámci projektu „Účinnost psychoterapie u pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými 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 Koncept klinické signifikance (Jacobson, Truax, 1991) umožňuje zhodnocení změn nejen z hlediska statistického ale i klinického významu.

startování procesů vedoucích k obnovení zdravého fungování v psycho-somatické celistvosti. Terapii, která klarifikuje prožívání afektů, tělesných signálů, minulých i současných vztahů (33).

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 zvládání intenzivních emocí a schopnost regulace emocí. Výsledky našeho výzkumu naznačují, i v případě těchto faktorů, střední až velkou míru efektu léčby na jejich změnu.

LITERATURA

1. 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-+.
2. Berrocal, C., Fava, G.A., & Sonino, N. Contributions of psychosomatic medicine to clinical and preventive medicine. *Anal. De Psicologia*. 2013; 32(3), 828-836.
3. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
4. Chvála, V. e.a. (2015). Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky: CDP-PL.
5. Fava, G.A., & Sonino, N. Psychosomatic medicine. *International Journal of Clinical Practice*. 2010; 64(8), 1155-1161.
6. Nash, S.S., Kent, L.K., & Muskin, P.R. (2009). Psychodynamics in medically ill patients. *Harv Rev Psychiatry*, 17(6), 389-397.
7. 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.
8. Holub, D., & Telerovský, R. (2013). Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii: Vyd. 1. Brno.
9. 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.
10. 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.
11. Wortman, Margaret S. H. et al., (2016). Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: feasibility and treatment effects. *Family Practice* 33(4)
12. 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

Naproti tomu jsme nenalezli 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 vyhybavosti a úzkostnosti, rysy alexithymie, schopnost psychologického myšlení, disociativní zkušenosti či adverzní dětské zkušenosti.

Z výsledků našeho výzkumu, z literatury i z našich zkušeností se zdá nepochybné, že multimodální terapie, ať skupinová či individuální, je pro pacienty s psychosomatickými potížemi vhodným léčebným postupem.

- severe borderline personality disorder: a matched control study. *Clin Psychol Psychother*, 22(5), 409-417.
13. Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanal Inq*, 33(6), 595-613.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2003). Psychosomatische Grundversorgung: Kompendium der interpersonellen medizin: Schattauer Verlag.
20. Parth, K., Rosar, A., Stastka, K., Storck, T., & Löffler-Stastka, H. (2016). Psychosomatic patients in integrated care: Which treatment mediators do we have to focus on? *Bull Menninger Clin*, 80(4), 326-347.
21. Rubinová, J.R. (2008). Přístupy v arteterapii: Teorie & technika.: Triton.
22. Murdoch, J.L. (2008). An introduction to dramatherapy. *Arts in Psychotherapy*, 35(5), 356-357.
23. Seymour, A. (1998). Dramatherapy: Clinical studies. *New Theatre Quarterly*, 14(54), 189-191.

Perspektiva

Bliží se dvacáté výročí založení Psychosomatické kliniky. Za dvacet let se v oblasti psychosomatické medicíny hodně změnilo, i když některé změny jsou pomalejší než bychom si přáli. Chceme však pokračovat v započaté práci, nadále se věnovat rozvoji psychosomatiky, neboť jsme přesvědčeni o tom, že práce psychosomatického pracoviště, přestože je náročná a terapie často dlouhodobá, má smysl a nezpochybnitelný význam. Stejně jako budování základní psychosomatické péče, vyučování nového způsobu myšlení a úsilí o rozšíření spolupráce s ostatními specialisty.

24. 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.
25. Plecity, 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.
26. Rosenberg, W.M.C., & Sackett, D.L. (1996). On the need for evidence-based medicine. *Therapie*, 51(3), 212-217.
27. 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.
28. Norcross, J.C. (1996). When (and how) does psychotherapy integration improve clinical effectiveness? a roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6(4), 295-332.
29. Norcross, J.C. (1997). Emerging breakthroughs in psychotherapy integration: Three predictions and one fantasy. *Psychotherapy*, 34(1), 86-90.
30. Yalom, I.D., Leszcz, M. Teorie a praxe skupinové psychotherapie: Portál. 2015.
31. Rihacek, T., & Cevělice, M. (2019). Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. 2019. *Psychother Res*, 1-14.
32. Abbas, 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*.
33. Rudolf, G., & Henningsen, P. Psychotherapeutische medizin und psychosomatik: Thieme. 2017.
34. Jacobson, N.S., & Truax, P. Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991; 59(1), 12-19.
35. Verissimo, R. (2014). Affective underpinnings of the clinical relationship.