

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Psychosomatické poruchy dětí a dospívajících

Natálie Burešová

vedoucí práce: PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D.

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies



Psychosomatic disorders of children and adolescents

Natálie Burešová

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D.

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne 29. 7. 2016

Natálie Burešová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat mému vedoucímu práce PhDr. Jiřímu Jakubů, PhD. za odborné vedení, podporu a lidský přístup. Dále mé poděkování patří všem respondentům, kteří se ochotně zapojili do výzkumu.

ANOTACE

Práce se zabývá psychosomatickými poruchami dětí a dospívajících. Předmětem teoretické části je vymezení problematiky psychosomatiky, jejího vývoje v zahraničí i u nás. Dále popisuje specifika a diagnostiku konkrétních poruch u dětí a dospívajících a následné možnosti jejich léčby. Autorčino výzkumné šetření na malém vzorku českých pediatrů se zaměřuje na jejich přístup k psychosomatice a léčbě psychosomatických poruch v běžné praxi.

Klíčová slova:

Psychosomatika, psychosomatické poruchy, děti, dospívající, prevence, terapie, pediatři

ABSTRACT

The present thesis deals with the psychosomatic disorders in children and adolescents. The subject of the theoretical part is the demarcation of the psychosomatic problematic, its development abroad, as well as, in the Czech republic. Furthermore, it discusses the specifics as well as diagnostics of the particular disorders in children and adolescents and then the possibilities of therapy. The author`s research done on a small sample of Czech pediatricians is focused on their individual approach to psychosomatic disorders in their practice.

Key words:

Psychosomatic, psychosomatic disorders, children, adolescents, prevention, therapy, pediatricians.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY.....	10
1.1 Vymezení problematiky.....	10
1.2 Historie.....	11
1.2.1 <i>Psychosomatické hnutí</i>	12
1.2.2 <i>Psychosomatická medicína</i>	13
1.2.3 <i>Biopsychosociální přístup a další vývoj do současnosti</i>	14
1.3 Vývoj psychosomatického myšlení u nás.....	17
2 SPECIFIKA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH V PSYCHOMATICKÉ LÉČBĚ.....	20
2.1 Obecné odlišnosti v léčbě dětí a dospívajících.....	20
2.2 Diagnostika psychosomatických poruch.....	21
2.2.1 <i>Psychologické vyšetření</i>	23
3 PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	25
3.1 Faktory podílející se na vzniku psychosomatických poruch.....	25
3.2 Nejčastější psychosomatické poruchy v jednotlivých vývojových obdobích.....	27
3.2.1 <i>Kojenecký věk</i>	28
3.2.2 <i>Rané dětství a předškolní věk</i>	30
3.2.3 <i>Školní věk</i>	32
3.2.4 <i>Puberta a adolescence</i>	33

4	MOŽNOSTI PREVENCE A TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH.....	35
4.1	Prevence psychosomatických onemocnění.....	35
4.2	Léčba psychosomatických onemocnění.....	36
4.2.1	<i>Individuální a skupinová psychoterapie.....</i>	38
4.2.2	<i>Rodinná terapie.....</i>	40
4.2.3	<i>Psychofyziologicky zaměřená psychoterapie.....</i>	43
	VÝZKUMNÁ ČÁST	46
5	CÍLE A METODIKA.....	46
5.1	Cíle práce.....	46
5.2	Metodika výzkumného šetření.....	47
5.2.1	<i>Průběh výzkumného šetření.....</i>	48
5.2.2	<i>Skórování dotazníku.....</i>	49
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA DAT.....	51
6.1	Deskriptivní statistika.....	51
6.1.1	<i>Deskriptivní statistika četnosti odpovědí.....</i>	51
6.1.2	<i>Deskriptivní statistika získaných bodů.....</i>	62
6.2	Korelační analýza.....	63
7	DISKUZE.....	66
	ZÁVĚR.....	71
	LITERATURA.....	73
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Psychosomatika a psychosomatické poruchy jsou stále aktuálnějším tématem jak laické, tak odborné veřejnosti. Na základě dlouhodobého zájmu o tuto oblast se autorka rozhodla k jejímu prozkoumání s cílem podat komplexní zprávu o současném psychosomatickém přístupu k psychosomatickým poruchám u dětí a dospívajících a zároveň přístupu pediatriů k těmto poruchám, který na našem území není doposud probádanou oblastí.

V první, teoretické části práce, se autorka zaměřuje na vymezení problematiky a pojmů, dále na vývoj psychosomatického myšlení s poukazem na rozdílný vývoj v zahraničí a u nás. Dále se věnuje odlišnostem v psychosomatické léčbě u dětí a dospívajících, jejich diagnostice a faktorům podílejícím se na jejich vzniku. Následně jsou v teoretické části uvedeny nejčastější psychosomatické poruchy v jednotlivých vývojových obdobích a možnosti jejich léčby s poukazem na důležitost spolupráce psychologů, pediatriů a dalších specialistů na všech těchto úrovních.

Cílem druhé, výzkumné části práce, je zmapování a popsání současného přístupu českých pediatriů k psychosomaticce a psychosomatickým poruchám v běžné praxi. Vzhledem k tomu, že jsou tyto poruchy u dětí a dospívajících častým důvodem návštěvy u pediatra, považuje autorka za důležité zjistit, zda pediatrii akceptují psychosociální příčiny některých onemocnění, dále zjistit názory pediatriů na psychosomaticku v jejím širším kontextu a zmapovat podmínky pro využití psychosomatického přístupu v běžné pediatrické praxi.

Autorka tak představuje pilotní studii, jejíž výsledky by mohly přispět k dalším výzkumům obohacujícím danou oblast zkoumání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO PSYCHOSOMATIKY

1.1 Vymezení problematiky

Psychosomatika se zabývá vztahy a souvislostmi mezi psychikou člověka a různými vyvolávajícími zátěžovými situacemi a reakcemi na ně. Zároveň se zabývá i psychickými reakcemi na tělesná onemocnění, zvláště chronického rázu. Jedná se o obor, který se snaží vidět nemocného člověka jak s jeho vztahem těla k okolí, tak i s jeho vztahem k vlastnímu tělu, s jeho psychickým uspořádáním a zároveň i s jeho životní, rodinnou a sociální situací. Její název je odvozen od slova psyché, tedy duševno, psychično a slova sóma, znamenající řecky tělo. Duševno a tělesno je tedy chápáno jako vzájemně propojený systém, nikoliv jako dvě nezávislé oblasti (PONĚŠICKÝ, 2002).

Z hlediska dnešního chápání však pojem psychosomatika nabízí svým názvem chybné dělení nemocí na tělesné a duševní a neprospívá tak oboru, který se snaží o celistvé vnímání člověka. Psychosomatika bývá zároveň nepřesně chápána jako medicína, která se věnuje pacientům, u nichž primárně duševní trápení způsobuje tělesnou poruchu. Vždy se však jedná o onemocnění celé biopsychosociální jednotky člověka. Psychosomatika by neměla být vnímána jako alternativa k současné medicíně, ani jako její specifický obor. Usiluje o rozšíření lékařské vědy z modelu založeného pouze na biologických aspektech, na vědu, která pacienta a jeho nemoc vnímá v jeho komplexnosti (DANZER, 2001).

„Je-li předmětem našeho zájmu člověk ve zdraví a v nemoci, pak v současné době základním předpokladem je chápat ho jako neustálou interakci

činnosti somatických struktur, psychických funkcí a vlivů vnějšího prostředí“ (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK a ŠIMEK, 1993, s. 21).

1.2 Historie

Pro pochopení celistvého vnímání člověka v medicínské oblasti je historické hledisko velmi důležité. Psychosomatický přístup k člověku je tak starý jako naše kultura a lékařství samo. Psychosomatická medicína vnímá člověka v jeho celistvosti, ve smyslu hippokratovské tradice (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK A ŠIMEK, 1993).

Řecký lékař Hippokrates, který je pokládán za zakladatele evropské lékařské školy, nekladl na nemoc jako takovou důraz, v jeho přístupu existovali pouze jednotliví nemocní. Názory na nemoc se však postupně vyvíjely od Platonova pojetí dualismu těla a duše dále, až ke karteziánskému dualismu. Descartes dal základy dnešní vědě, která spočívá v racionalitě. Základy současné nozologie pak položil anglický lékař Thomas Sydenham. Vytvořil klasifikaci příznaků, které shlucoval do syndromů a dále je dělil na ty, které jsou společné pro celou skupinu nemocných, nebo významné pouze u jednotlivců. Dal tak lékařům nový nástroj, podle kterého se začali zaměřovat více na společné znaky projevů nemoci. Klasifikaci Thomase Sydenhama podpořil pruský patologický anatom Rudolf Virchow svými histopatologickými nálezy. Tím, že přinesl průkazné a hmatatelné zjištění, přinesl medicíně ohromný přínos a stal se tak základem jejího moderního, biomedicínského pojetí (BAŠTECKÁ, 2003).

Postupně tak začalo docházet k zastínění pacienta, který přestal být pro lékaře důležitý. Nemoc se stala důležitější a hlavním nástrojem léčby se stal objektivní nález. „Evidence based medicine“, medicína založená na důkazech, zůstává v pojetí mnoha lékařů dodnes (CHROMÝ a HONZÁK, 2005).

Výrazu psychosomatika použil poprvé německý psychiatr Johann Christian August Heinroth v roce 1818. Dle jeho pojetí jsou základními principy osoby individualita a jednota, tělo a duše jsou tedy absolutní jednotkou (BAŠTECKÁ, 2003). Psychosomatika v dnešním pojetí však začala vznikat o něco později, začátkem 20. století jako reakce na biomedicínský přístup, který kladl důraz pouze na somatickou stránku nemoci, nebral ohled na osobnost pacienta a opomíjel příčinné vztahy mezi somatickým a psychickým. Tato vývojová etapa se nazývá psychosomatické hnutí (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK A ŠIMĚK, 1993).

1.2.1 Psychosomatické hnutí

Psychosomatické hnutí označuje etapu psychosomatické medicíny, která vznikala počátkem 20. století na půdě psychoanalýzy. Psychosomatickou problematiku rozpracovávali žáci Sigmunda Freuda. Ačkoliv sám Freud pojem psychosomatika nikdy nepoužil, uvedl mechanismus konverze, kdy se intrapsychický konflikt symbolicky vyjádří v tělesném projevu. Psychoanalytická léčba napomáhá řešení tohoto konfliktu jeho zvědoměním. Vzhledem k tomu, že většina neuróz byla v té době doprovázena somatickými projevy, domnívá se Honzák, že je možné Freuda považovat za prvního psychosomatického lékaře (CHROMÝ a HONZÁK, 2005, s.19). Freudovu koncepci konverze rozšířil o rámec neuróz na psychosomatická a další somatická onemocnění Felix Deutsch, který v r. 1927 znovu zavedl pojem psychosomatika a pokusil se tak o vymezení její základní koncepce. Psychosomatické hnutí vrcholí na americkém kontinentě pracemi France Alexandera (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK A ŠIMEK, 1993).

Díky psychosomatickému hnutí se člověk ve své celistvosti dostal do pozornosti lékařů, začal být brán v potaz s celým svým sociokulturním prostředím. Dalším přínosem bylo to, že se předmětem výzkumu staly

psychosomatické a somatopsychické vztahy. Hnutí tak zdůraznilo, oproti do té doby akcentovaného jediného patologického agens, vzájemné působení více patogenních činitelů pro vznik a rozvoj nemoci (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK a ŠIMEK, 1993).

1.2.2 Psychosomatická medicína

Další vývoj pokračoval na americkém kontinentě, kde se zrodila psychosomatická medicína, jejímiž zakladateli byli Flanders Dunbarová a Franz Alexander. Hlavní myšlenkou byla hypotéza, že analogicky ke vzniku psychoneuróz, tedy k potlačení konfliktu, vznikají orgánové neurózy, což jsou psychosomatická onemocnění (CHROMÝ a HONZÁK, 2005).

Na konci třicátých let vychází první číslo časopisu *Psychosomatic Medicine*, které přináší programové prohlášení psychosomatiky. Podle něj se psychosomatika zaměřuje na zjišťování korelací psychologických a fyziologických procesů, zabývá se psychologickým přístupem k medicíně a představuje tak nový obor, a zároveň součást každé lékařské specializace. Franz Alexander a jeho spolupracovníci vyčlenili skupinu sedmi chorob vycházejících z intrapsychických konfliktů, tzv. chicagská sedma. Jednalo se o hypertenzi, hypertyreózu, astma bronchiale, vředovou chorobu, ulcerózní kolitidu, revmatoidní artritidu a atopický ekzém (BAŠTECKÁ, 2003).

Vývoj psychosomatické medicíny se od 40. let ubíral dvěma směry. Jednak docházelo k rozvíjení psychoanalytických koncepcí, které se snažily nalézat psychologické proměnné jako jedinou příčinu specifických somatických onemocnění. Jednalo se o teorie nevědomých specifických konfliktů, teorie specifických změn emocí, teorie specifických postojů vůči konfliktům a další. Dále se rozvíjely koncepce nespecifické, které vycházely především z koncepce Hanse Selyeho o všeobecném adaptačním syndromu, z koncepce

psychofyziologie emocí Waltera Cannona a z Pavlova učení o podmíněných reflexech. Tyto koncepce, které od 60. let převládají nad specifickými, hledají příčinu psychosomatických onemocnění v kauzálním vlivu působení zátěžových situací, tzv. psychosociální zátěži. V rámci těchto směrů se rozvinuly teorie tzv. životních událostí, všeobecného životního vzrušení, teorie vegetativního učení a dále kortikoviscerální koncepce, která rozpracovala Pavlovo učení (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK A ŠIMEK, 1993).

Rozvoj psychosomatiky se ve 40. a 50. letech kvůli rozdílným stanoviskům jmenovaných behaviorálních teorií a kortikoviscerální koncepce zastavil a došlo tak ke krizi psychosomatické medicíny. Jako reakce na vytrácení se psychosomatického přístupu k nemocnému a atomizaci oborů v medicíně a její přílišnou technizaci, vzniká v 70. letech nový biomedicínský obor, behaviorální medicína. Ta vzniká zároveň jako odpověď na příliš analytické chápání psychosomatiky. Její termíny psychofyziologická medicína a psychofyziologické nemoci tak mají být lépe srozumitelnější lékařům. Behaviorální medicína se zabývá člověkem ve zdraví a nemoci a snaží se působit na chování nemocného tak, aby došlo k ovlivnění příznaků nemoci. Ve svém modelu integruje biologické, psychologické i sociální aspekty při vzniku a rozvoji tělesných onemocnění, čím je blízká pojetí Lipowskiho (viz. Kapitola níže). K překlenutí výše zmíněné krize přispěl rozvoj poznatků z oblasti neurofyziologie, genetiky, psychologie, věd o chování a psychosomatická medicína se začala rozvíjet jak v interdisciplinárním směru, tak v klinické oblasti (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK A ŠIMEK, 1993).

1.2.3 Biopsychosociální přístup a další vývoj do současnosti

Ve druhé polovině 20. století přináší Ludwig von Bertalanfy a Geoffrey Bateson všeobecnou teorii systémů. Podle této teorie je možné nahlížet na každé jsooucnou nebo jev jako na svébytný systém, obsahující řadu subsystémů, přičemž

je sám subsystémem systémů vyšších. „Změny, které se odehrávají v některém ze subsystémů, se zákonitě odrážejí také v subsystémech dalších, ne však ve smyslu lineární kauzality, ale daleko častěji ve smyslu kauzality cirkulární, v níž změny neprobíhají jednosměrně, ale výsledek může zase zpětně působit na příčinu a vyvolávat další změnu“ (CHROMÝ a HONZÁK, 2005, s.26). Člověk je sledován ve zdraví a nemoci, nezaměřuje se pouze na sledování chorob.

Celek může ovlivňovat práce s jedním z prvků, navíc se ovlivnění nedá předem odhadnout. Myšlení se mění z pojetí „v důsledku“ na pojetí „v souvislostech“. S touto teorií se ztotožňuje biopsychosociální přístup, který vymezuje americký psychiatr Engel. Rozšiřuje pojetí vzniku nemoci o sociální faktor a neodlišuje psychosomatické nemoci od ostatních. Pozornost se tedy musí věnovat biologickým, psychologickým a sociálním prvkům, které v sobě zahrnují všechny tělesné a psychické nemoci (BAŠTECKÁ, 2003).

Ze systémového pojetí a celostního přístupu vychází Zbigniew J. Lipowski, který psychosomatickou medicínu chápe jako vědeckou a klinickou disciplínu, která se zabývá studiem vztahů mezi psychosociálními faktory a fyziologickými funkcemi organismu, interakcí psychosociálních a biologických činitelů v etiologii nemocí. Dále Lipowský vymezuje a zdůrazňuje biopsychosociální přístup v péči o nemocného a aplikaci psychiatrických, psychologických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických onemocnění (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK A ŠIMEK, 1993).

Ze systemických teorií vychází i rodinná terapie, již věnuje autorka samostatnou kapitolu (viz. 4.2.2).

Biopsychosociální přístup se uplatňuje nejvíce formou tzv. liaison psychologie či psychiatrie. Jedná se o specializovanou formu spolupráce odborníků z oblastí psychologie či psychiatrie na somatických odděleních nemocnic. Koncem 60. let byly zakládány kliniky zaměřené na diagnostiku a léčbu psychosomatických onemocnění. Přestože přetrvávalo jen několik vrcholových středisek této péče, došlo k vyškolení a specializování mnoha

odborníků, kteří pak formou liason psychologie či psychiatrie nastoupili na somaticky orientované kliniky. Znalosti takových odborníků by měly zahrnovat nejen klinickou psychologii, ale i vědomosti z diagnostiky, farmakoterapie, psychoterapie včetně rodinné, manažerské a edukační schopnosti (CHROMÝ a HONZÁK, 2005).

Psychosomatický přístup vznikl jako reakce na nedostačující postoj biomedicínského modelu, který se soustřeďoval na hledání lineární kauzality. „Příčinné myšlení je základním myšlením vědy a věda je myšlením doby, ve které žijeme“ (BAŠTECKÁ, 2003, s. 214) Ani psychosomatický model se v průběhu svého vývoje nezdržel pokusů hledání kauzálních otázek vzniku nemocí, kdy se snažil nalézt jasnou příčinu s následnou léčbou, které však nepřineslo podstatné vysvětlení problémů vzniku nemocí. Vznikla tedy potřeba vyměnit příčinné myšlení za myšlení v souvislostech, myšlení systémové (BAŠTECKÁ, 2003).

V 80. letech tak začal být zdůrazňován princip multifaktoriality a multikauzality většiny nemocí. Namísto hledání jediné psychosociální příčiny somatických nemocí se začaly sledovat tyto vlivy na vznik a rozvoj nemoci spolu s ostatními biologickými faktory. U psychosomatických porucha již není kladen takový důraz na jejich diagnózu a zařazení, jako spíše na uplatnění psychosociálních faktorů při jejím vzniku a rozvoji. Baštecký uvádí, že pouze v tomto smyslu může být dnešní psychosomatika chápána jako komplexní, systémová a integrativní (BAŠTECKÝ, 1993, s. 32).

Psychosomatická medicína prošla dlouhým vývojem a psychosomatika v dnešním pojetí není naukou o psychogenezi ani naukou o specifických somatických chorobách, ale požaduje biopsychosociální přístup u všech nemocí, jak v diagnostice, léčbě, rehabilitaci i prevenci. Psychosomatika se nesnaží o léčbu výhradně psychologickými prostředky. Psychoterapii však považuje za indikovanou, především v oblasti funkčních poruch bez odpovídajícího

patologicko-anatomického nálezu, kde se na vzniku a přetrvávání potíží podílejí psychosociální faktory (HONZÁK a CHVÁLA, 2014).

1.3 Vývoj psychosomatického myšlení u nás

Vývoj psychosomatické medicíny na našem území se od dění popsánoho v zahraničí značně odlišuje. Psychoanalýza nebyla rozšířena v takové míře a v přístupu k nemoci převládal biomedicínský model, který zde i nadále dominuje. Důvodem bylo poválečné odmítnutí Německa s jeho medicínou a vědními disciplínami a na jeho místo nastoupil anglosaský model stojící na principech zobrazovacích technologií a chemie. Psychosomatická medicína se v tehdejší Československu dostala kvůli ideologii na místo zakázaných věd. Psychosomatické myšlení i přes pokusy některých lékařů, kteří museli nedobrovolně opouštět svá místa, postupně zanikalo. Ideologický útlak tak zasadil obrovskou ránu postoji k nemocem a zcela zbavil schopnosti integrovat psychické sociální a duchovní aspekty. Přestože půda pro rozvoj psychosomatiky byla u nás takto pokřivená, postupně se podařilo myšlenky psychosomatické medicíny obnovovat. Koncem 80. let pod vedením Jaroslava Bašteckého vznikala publikace Psychosomatická medicína. Obnova se podařila i díky spolupráci klinických psychologů s některými lékaři. Zásahu měl Jaroslav Skála a jeho žáci, kdy jeho výcviky SUR navštěvovali i lékaři a naskytl se tak prostor pro rozvoj vzájemných znalostí a schopností. Teprve nedávno se podařilo psychosomatické sekci Psychiatrické společnosti J.E.P. prosadit vzdělávání v psychosomatické problematice (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008).

O rozvoj psychosomatiky v České republice pečuje Společnost psychosomatické medicíny, kterou v roce 2014 v rámci České lékařské

společnosti založili odborníci z řad lékařů, psychiatrů, psychologů a fyzioterapeutů. Česká medicína se tak konečně, i když s více než dvacetiletým zpožděním, zařadila k vyspělým zemím Evropy (VÝBOR SPM ČLS, 2014).

Snahy těchto pracovníků o pozvednutí psychosomatiky směřují především do oblasti medicíny. Oblast psychosomatického myšlení převzali více psychologové a psychoterapeuti, s nimiž biologicky vzdělaní lékaři nenacházejí vždy společnou řeč. Baštecká cituje z programového prohlášení psychosomatické sekce ČPS ČLS JEP, kde se zdůrazňuje přístup zaměřený na pacienta, nikoliv na dílčí choroby. „Pacient je pak trhán na nemocné tělo, nebo nemocnou duši. Ale člověk stoná vždy celý“ (BAŠTECKÁ, 2013, s. 216).

V dnešní době u nás působí několik odborných samostatných pracovišť zaměřených na psychosomatickou péči - Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Psychosomatická klinika v Praze a další. Psychosomatická medicína se nyní díky úřednímu uznání dostatečně osamostatnila. Nemusí podléhat specializačním oborům a stává se tak přístupem dostupným pro všechny lékaře (HONZÁK a CHVÁLA, 2014).

Vzdělávací program nástavbového oboru Psychosomatika, který byl přijat Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013, umožňuje lékařům každé specializace žádat o zařazení do této speciální přípravy, s předpokladem jejich dobré dřívější zkušenosti s biopsychosociálním přístupem. Spojujícím článkem odborníků z oblasti lékařů, psychologů, fyzioterapeutů je práce se vztahem. Psychoterapie je vnímána jako jedna z metod, kterou lze při léčbě psychosomatických pacientů využít, ne však jedinou. S psychosomatickým přístupem se pacient může setkat nejen v ordinaci praktického lékaře či jiného specialisty na somatická onemocnění, kde je velmi užitečné spolupracovat v týmu s jinými specialisty (z oblasti psychoterapie, fyzioterapie), tak v praxi psychosomatického lékaře vzdělaného v psychoterapii, tzv. ordinaci psychoterapeutické medicíny. Další možností léčby je stacionární psychosomatická péče, kde může být pacient v celodenním léčebném programu po dobu 6-8 týdnů, kde se nejlépe uplatní

týmová spolupráce. Tým tvoří hlavní diagnosticko-terapeutický nástroj psychosomatické medicíny, ve kterém by měl být zastoupen somatický lékař, fyzioterapeut, klinický psycholog, psychoterapeut, sociální terapeut a další. (VÝBOR SPM ČLS, 2015).

Biopsychosociální přístup by v klinické praxi měl vést k celistvějšímu pochopení faktorů, které mohou přispívat ke zdraví nebo nemoci a tím i k léčbě pacienta jako celého člověka. Přestože se však tento přístup vyučuje ve většině vzdělávacích programů pro odborníky v lékařství, jedná se většinou o teoretický rámec, který není aplikován na klinickou práci. V medicíně tak stále ještě nedochází k jeho všeobecnému využití (AYERSOVÁ a VISSER 2015).

Pro podporu psychosomatického myšlení a humánního přístupu v biotechnologické medicíně je potřeba nejen začlenění potřebné teorie do vzdělávání budoucích lékařů, ale také umožnění nahlédnutí na propojenost uměle oddělovaných úrovní lidského organismu v systémech vztahů. Neméně důležitá je i možnost sebepoznání a porozumění vlastním emocím, které jsem nedílnou součástí interakce s pacienty v klinické praxi (SKORUNKA, 2007).

Chvála a Trapková (2006) spatřují překážky jednak v uvažování samotných lékařů, kteří jsou vázáni na exaktní principy a technologie moderní medicíny, jednak v zájmech farmaceutického průmyslu, který by sníženou spotřebou léků a technologií výrazně utrpěl. Nejde však pouze o smýšlení lékařské obce, ale celé společnosti i se svými pacienty, kteří medicínu spoluvytváří.

2 SPECIFIKA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH V PSYCHOSOMATICKÉ LÉČBĚ

2.1 Obecné odlišnosti v léčbě dětí a dospívajících

Východiskem současného psychosomatického přístupu v lékařství je stírání ostrého dělení poruch na psychické a tělesné. Vzhledem k tomu, že u každé poruchy nemůžeme rozlišovat jakým způsobem a jakou intenzitou se na ní podílí vlivy somatické, psychické a sociální, nemohou psychosomatické poruchy označovat jasně vymezenou skupinu onemocnění. Slouží však jako popis těch onemocnění, kdy duševní vlivy mají podstatný podíl na jejich vyvolání, především v oblasti somatické. Jejich vliv na konkrétní onemocnění může u každého jedince být v různém poměru. U dětí, vzhledem k menší diferencovanosti tělesných a psychických funkcí, dochází k častějšímu přecházení symptomů z jedné oblasti do druhé. S psychosomatickým onemocněním u dětí se tak setkáváme častěji než u dospělých (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Propojení na úrovni tělesné a psychické je u dětí mnohem těsnější i na úrovni patogenetické. Čím jsou děti mladší, tím více reagují na přetížení organismu, reagují na duševní zátěž tělesnými příznaky. Ty se pak stávají prostředkem sociální komunikace, tělo tak vyjadřuje duševní tíseň.

V psychosomatickém přístupu, u dospělých i dětí, nahlížíme životní jevy ze čtyř základní úrovně. Ty tvoří zaprvé úroveň orgánová, kde se psychologické vlivy podílí na fyziologii jednotlivých ústrojí a tkání. Dále úroveň organismická, kde tyto vlivy ovlivňují regulační funkce celého organismu. Další dvě úrovně tvoří úroveň osobnostní a sociální (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

Respektování vlivu všech těchto čtyř úrovní, na kterých se porucha rozvíjí a projevuje, je důležité nejen pro správnou diagnostiku, ale i následnou práci psychologa, který na jedné straně spolupracuje s lékaři a na straně druhé

s rodiči a pedagogy. Orientace v oblasti orgánové a organismické patří především do kompetencí lékaře, který pak své údaje o tělesném stavu předává psychologovi. Tomu pak přísluší především orientace v úrovni osobnostní a sociální, postihnutí vlivů, které na ně působí, individuální a rodinná diagnostika vedoucí k vyvození závěrů pro společný plán péče o nemocného s lékařem a dalšími členy léčebného týmu (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

Při hodnocení případů a formulaci závěrů je zvláště u dětí a dospívajících nutná opatrnost a ohled na vývojová stadia - nemusí být nutně spojeny s odchylkami osobnostního vývoje. Oproti dospělým je celkově menší diferencovanost tělesných a psychických funkcí. Psychosomatické poruchy se vyskytují častěji, bývají však mnohdy přechodného rázu a mívají i lepší prognózu (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

„Dávno už víme, že se člověk neskládá ze dvou samostatných, svébytných jednotek, těla a duše, jak se dříve věřovalo, ale že je jednou celistvou osobností, na niž můžeme sice pohlížet z různých stran a již můžeme studovat v nejrůznějších funkcích a projevech, ale která ve skutečnosti vždy funguje jako jeden celek. Porucha nebo větší zatížení v jedné části této složité soustavy se musí nutně projevit ve funkci celku.“ (MATĚJČEK, 1992, s. 9)

2.2 Diagnostika psychosomatických poruch u dětí a mládeže

Na diagnostice a následné léčbě psychosomatických poruch se musí vždy spolupodílet více odborníků, v první řadě především dětský lékař a psycholog. Jedná se o skupinu poruch, které nejsou ostře ohraničené – na každé zdravotní poruše se mohou v určité míře spolupodílet faktory tělesné a psychologické, které jsou ve vzájemné interakci. Jejich dělení na somatické a psychologické je uměle vyčleněné, avšak pro diagnostiku a následnou volbu léčby a terapeutického přístupu je popis psychosomatických mechanismů a vyčleňování

poruch praktické. Jednostranný pohled somatického lékaře nebo naopak psychologa či psychiatra, či zdůrazňování pouze jednoho z faktorů by mohl vést k neúspěšné léčbě (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Psychosomatické poruchy jsou ta tělesná onemocnění, v jejichž etiologii se rozhodujícím způsobem podílí interakce faktorů organických s faktory psychosociálními. Těmto poruchám je vyčleněna diagnóza v MKN-10 „psychické a behaviorální faktory spojené s nemocemi a poruchami klasifikovanými jinde“. (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001). Jednotlivým psychosomatickým poruchám u dětí a dospívajících věnuji samostatnou kapitolu níže.

Pro adekvátní diagnostiku psychosomatických poruch u dětí a dospívajících jsou podstatnými předpoklady znalosti vývojové fyziologie, vývojové neurologie a vývojové psychologie a patologie. Praktický lékař získává anamnézu nejen osobním vyšetřením dítěte, ale doplňuje obraz informacemi od rodičů. „Na straně rodičů je to spolu-postižení jako emocionálně vázaných rodinných příslušníků, kteří mají ve většině případů odpovědnost osob oprávněných k péči a již existující vztah důvěry k praktickému lékaři díky vlastním zkušenostem se zdravím, popř. nemocemi, které umožňují, aby se u nich lékař informoval“ (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008, s. 284).

Vyšetření u psychologa většinou následuje až po návštěvě dětského lékaře, který ze svého hlediska obtíže nemůže vysvětlit. Jeho úkolem je zjistit, do jaké míry jsou jeho somatické obtíže podmíněny psychicky. V kontextu těchto otázek zpracovává psycholog anamnézu, vede rozhovor s dítětem a rodiči, podle potřeby dále používá testy a dotazníky (MATĚJČEK, 2001).

Pro získání důvěry a následnou spolupráci je pro diagnostiku psychosomatických poruch velmi důležité dobré navázání kontaktu s rodinou. U rodin, které lékař odešle k psychologickému vyšetření, se často vyskytuje nepochopení. Rodiče nerozumí důvodu vyšetření, domnívají se, že jsou obviněni ze simulace a zaujímají tak negativní postoj. Podíl

psychosociálních či emočních vlivů v etiologii nemoci jejich dítěte je pro ně často nepřijatelný, mohou cítit selhání a pocity viny. Proto je dobré nejprve objasnit rodičům obecnou povahu psychosomatických poruch, zeptat se na vlastní názor vzniku poruchy (MATĚJČEK, 2011).

2.2.1 Psychologické vyšetření

Vzhledem k tomu, že somatické obtíže jsou hlavním důvodem návštěvy rodiny, je nutné zaměřit se v úvodním rozhovoru s rodiči i dítětem právě na povahu symptomů a jejich prožívání dítětem. To je vhodné nejen pro samotnou diagnostiku, ale i pro získání potřebné důvěry rodiny. Z výpovědí rodičů i dětí zjišťujeme frekvenci a intenzitu obtíží a jejich změny, jejich vztah k různým situacím, časovou souvislost s jinými životními událostmi. Dále je důležité zjistit, co pomáhá ve zvládnutí obtíží a jaké měly obtíže vliv na rodinný život. Důležitý je i názor malých dětí na danou situaci, kterou může vyjádřit i projektivními technikami – kresbou, modelováním nebo konstruktivní hrou.

Dalším postupem je posouzení možných patogenních psychosociálních činitelů. Tím je zaprvé vyšetření osobnosti - zejména emoční charakteristiky. U dětí je získávání údajů zaměřeno na oblast pozorování a vyhodnocování projektivních metod. Důvodem je časté nevědomé potlačování negativních prožitků a nízká schopnost popsat vlastní pocity, která bývá rysem alexithymie. U dospívajících však k její diagnostice můžeme použít některé dotazníkové metody, např. Torontskou škálu alexithymie, která se zaměřuje na rozpoznání a popis vlastních pocitů, odlišení emocí od tělesných vjemů a na tzv. externě orientovaný styl myšlení (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Z projektivních metod byl v diagnostice psychosomatických onemocnění často využíván Rorschachův test. Vzhledem k tomu, že se stal oblíbeným testem v době, kdy se rozvíjelo psychosomatické hnutí, vznikalo mnoho studií

zaměřených na diagnostiku psychosomatických onemocnění právě pomocí tohoto testu. Výzkumy však neměly vypovídající schopnost a nebyl tak ani nalezen Rorschachovský syndrom odpovídající psychosomatickým onemocněním. Jeho hodnota tak spočívá ve vystižení individuální osobnostní struktury, avšak v oblasti psychosomatických chorob nepřináší podstatné informace o tom, zda jsou obtíže dané osoby psychosomatického původu (BASH, 2010).

Další částí psychologického vyšetření je posouzení sekundárních zisků v konkrétní situaci dítěte, příležitost k sociálnímu učení nápodobou v případech somatických obtíží u ostatních členů rodiny. Důležité informace v tomto směru poskytuje rodinná anamnéza. Významnou roli hraje i hyperprotektivita rodičů, která brání rozvoji autonomie dítěte. K jejímu hodnocení byly vyvinuty speciální dotazníkové metody, např. VCOP - dotazník při hodnocení hyperprotektivity rodičů (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Psycholog by si měl především klást otázky, jaké psychické mechanismy (stresové situace, konflikty, frustrace, deprivace životní okolnosti) mohou somatické obtíže vyvolávat. Dále se ptá, co může dítě danou nemocí získat, nebo od čeho se pomocí nemoci osvoboduje. Matějček (2001) doporučuje i sledování psychické konstituce dítěte, neboť psychosomatickými obtížemi častěji trpí děti konstitučně úzkostné, která se zvyšuje těsným vztahem s úzkostnými rodiči. Takoví rodiče svým úzkostným sledováním odchylek od optimálního zdravotního stavu vytváří atmosféru, která stimuluje dítě ke sledování vlastního zdravotního stavu a má za následek pociťování bolestí a obtíží, které jsou vnucovány rodiči.

Dále je zapotřebí poznání celého rodinného systému – jak probíhá komunikace mezi členy rodiny, jaké jsou její strukturální charakteristiky, jakým způsobem zvládá vývojové přechody. Posouzení je zapotřebí nejen ze stran psychologa, ale i od každého člena rodiny zvlášť. Pro tyto účely je možné použít dotazníkové metody k hodnocení závažných životních událostí, např. Holmes a

Rahe. S tím souvisí i celková míra stresu v rodině i širším sociálním okolí, především ve škole. Jedná se často o problémové vrstevnické vztahy, které rodiče neznají. Při prospěchových obtížích je vhodné vyšetření intelektových schopností (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Zjištění úrovně intelektových schopností by neměla být podceňováno ani u dětí, které si ve škole vedou velmi dobře a mají výborné výsledky. Nižší nadání dítěte, spojené s vysokými nároky rodiny a celkovou zvýšenou emocionalitou v rodině bývá nejčastějším etiologickým činitelem v dětských psychosomatických poruchách (MATĚJČEK, 2011).

3 PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

3.1 Faktory podílející se na vzniku psychosomatických poruch u dětí a dospívajících

Vývoj psychosomatického myšlení včetně názorů různých směrů a škol na vznik a udržování nemoci v jejím širším kontextu byl probrán v první kapitole. Na tomto místě konkrétněji uvádí autorka příčiny, které se podílejí na vzniku psychosomatických onemocnění v dětském věku.

Následující tři předpokládané oblasti, které jsou již dostatečně prokázány a kterým je vhodné věnovat pozornost, vedou k lepšímu pochopení vzniku psychosomatických onemocnění, jejich diagnostice a následné léčbě u konkrétního jedince v jeho individuálních podmínkách. První oblastí je konstituční somatická dispozice, která je značnou měrou vrozená a také dědičná. Tato somatická dispozice se však může v důsledku různých okolností, jako jsou vnější podmínky a způsob života, vyvíjet k větší pravděpodobnosti

psychosomatického onemocnění určitého ústrojí nebo funkce (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Druhou oblastí je přítomnost konfliktu mezi protikladnými citově závažnými motivy, které jsou často neuvědomované. „Nedokáže-li pacient (což u dětí bývá často) odvrátit konflikt a s ním spjatý stres jinak (ať zdravě, nebo patologicky), vzniká psychofyziologické emociogenní přetížení, které se projeví poruchou tělesné funkce s příslušnými příznaky“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006, s. 144).

Častým konfliktem bývá rozpor mezi citovou závislostí na blízkých osobách a sebeprosazováním se proti těmto osobám. Pokud nedojde k otevřenému vnějšímu konfliktu, nebo pokud je projev dítěte potlačován ať už vnějším nebo vnitřním tlakem, bývají tyto motivy často potlačovány a vytěšňovány. U dítěte tak dochází k trvalému přetěžování organismu a následnému poškození jeho funkcí či struktury. V tomto konfliktním stavu a citovém přetížení u dítěte hraje svoji velkou roli i rodina a nevyváženost vztahů v ní. Taková rodina se vyznačuje buď vztahy příliš těsnými, nebo rozvolněnými. Pro oba typy rodin je typický konflikt motivu citové blízkosti a závislosti na jedné straně a motivu sebeprosazení na straně druhé. Společná je jim absence přímé komunikace, ať už kvůli nepříjatelnosti odlišných potřeb a prožitků, neochotě, nebo kvůli tomu, že společně komunikovat nedovedou. Rodiny fungují podle svého vzorce soužití, který v krizi nejsou schopni přizpůsobit a naopak ho více posilují. Jediným způsobem, kterým pak rodina vyjadřuje svoje city, přání a potřeby jsou právě v podobě tělesných příznaků. Dítě se také často dostává do konfliktu mezi rodiči, kteří neumí své problémy řešit přímo mezi sebou. Jsou na něj tak vznášeny protichůdné nároky na jeho chování i citové vztahy k rodičům, bez možnosti se ze svého postavení vymanit. Únikem z takové situace je pak tělesné onemocnění, které může hrozící střet mezi rodiči odložit.

To, zda a v jaké míře se projeví somatickým onemocněním, závisí jak na tělesné konstituci, tak na psychofyziologickém učení nápodobou a zpevnováním.

To tvoří třetí činitel, podílející se na vzniku psychosomatických onemocnění (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

V současné době empiricky dokládají svoje úvahy o etiologii psychosomatických onemocnění některé psychoanalytické teorie. Somatizace podle nich souvisí s emocemi, které si zřetelně uvědomujeme prostřednictvím pocitů. V opačném případě zůstávají převážně somatickými prožitky. Podle teorie zaměřující se na kódování emočního zpracování, které jsou v souladu se současnými poznatky kognitivní vědy a neurovědy, v sobě emoční schémata zahrnují symbolické procesy a představy spojené s emocemi. Ty se nejprve rozvíjejí v kojeneckém věku v neverbální podobě. Do těchto schémat se později začleňují verbální složky. Pomocí referenčních spojů pak dochází k propojení tak, aby bylo možné převádět emoční schémata z neverbálního systému do logicky organizované řeči. Tento vývojový proces je pak ovlivněn schopností rodiče naladit se na emoční stavy dítěte, ty následně regulovat a převádět do pojmenovatelných pocitů. U dětí, jejichž rodiče tuto schopnost postrádají, nebo své dítě zanedbávají, pak nedojde k vytvoření referenčních spojů a to vede k disociaci mezi neverbálními a verbálními emočními schématy. To se pak může projevit náchylností k somatizaci, jelikož jedinec prožívá disociované reprezentace pouze jako somatické události. Somatické symptomy v tomto smyslu představují znaky tvořící prostředek významu. Tím se odlišují od symptomů konverze, která je symbolickým vyjádřením vytěsněných nevědomých přání a fantazií. Somatizace a konverze jsou chápány jako dva rozdílné procesy, čímž následně vyžadují i rozdílnou psychoterapii (TAYLOR, 2012).

3.2. Nejčastější psychosomatické poruchy v jednotlivých vývojových obdobích

Na tomto místě uvádím přehled některých psychosomatických poruch vyskytující se nejčastěji v jednotlivých vývojových obdobích. Vzhledem

k samotné povaze psychosomatických poruch a často se měnícímu obrazu psychosomatických projevů, které se individuálně mohou vyskytovat v různých vývojových obdobích, je toto rozdělení spíše orientačního charakteru.

3.2.1 Kojenecký věk

Neprospívání bez organické příčiny je častým problémem v kojeneckém a raném batolecím věku, který rodiče přivádí do ordinací dětských lékařů. Pokud však přetrvává delší dobu, může ohrožovat nejen tělesný, ale i psychický vývoj dítěte. Po vyloučení neurologické poruchy či dysfunkce se na příčinách neprospívání podílí celá řada faktorů. Těmi je chování dítěte, rodičů, jejich chybné postoje a situace celého rodinného systému. Tyto faktory se obvykle vzájemně kombinují. Vzhledem k tomu, že neprospívání se vyskytuje častěji v rodinách zanedbávajících, nebo se slabším socioekonomickým zázemím, je vedle interakční a rodinné psychoterapie vhodná i sociální pomoc. Stav výživy se může upravit i následkem hospitalizace. Pokud se však rodině nedostane potřebné psychoterapeutické intervence, může patologický styl interakce a s ním někdy spojený problém s výživou dítěte přetrvávat. To se pak v batolecím věku může stát prostředkem boje mezi rodiči a dětmi. Dítě se stává v oblasti jídla extrémně vybíravým, často zvrací a prožívá úzkostně období jídla. Tyto obtíže pak mohou trvale zatěžovat rodinné klima a přetrvávat do dalších vývojových období. V rámci vyšetření neprospívajících dětí je vhodné zaměřit se nejen na posouzení vývojové úrovně a interakci rodičů dítěte ve volné hře, nebo při řízené činnosti, ale i samotné pozorování rodiny v situaci jídla a zjištění celkového významu jídla v dané rodině (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001; ŘÍČAN A KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Kožní choroby tvoří 20 % všech onemocnění, které přivádějí dětské pacienty do ordinací praktických lékařů. Nejčastějším chronickým zánětlivým kožním onemocněním, které postihuje děti, je atopický ekzém. U většiny

pacientů vzniká toto onemocnění do 6 let věku a často navazuje na seboroickou dermatitidu, která se objevuje v prvních týdnech života. Diagnóza tohoto onemocnění v klinické praxi spočívá v morfologickém nálezu spolu s osobní a rodinnou anamnézou. Léčba je spatřována v úpravě jídelníčku, životosprávy a domácího prostředí, dále ve znalosti a omezení faktorů vyvolávajících svědění a edukace nejen pacienta, ale i celé rodiny. Dále je v klinické praxi využití celé řady lokálních mastí a farmak. Přesto však zbývá skupina nemocných, u kterých jsou tyto způsoby léčby bez úspěchu (ČAPKOVÁ, 2008).

Atopický ekzém patří mezi nejčastější kožní onemocnění a v rámci psychosomatiky jako vedeného oboru se řadí ke klasickým psychosomatickým onemocněním. Ke vzniku ekzému přispívají faktory jako pozitivní rodinná anamnéza, brzký vznik onemocnění v kojeneckém věku nebo přítomnost respiračního onemocnění. Psychickými zdroji bývá silný symbiotický vztah dítěte a matky. Její hyperprotektivní chování dítě frustruje a stísňuje, následně má potřebu toto napětí ventilovat škrábáním (TURČEKOVÁ, 2012).

Z pohledu psychosomatiky je kůže podstatným orgánem vyjadřujícím emoce, zrcadlící psychické procesy a tvořící hranice jednotlivce. Ekzém v kojeneckém věku tedy může být chápán jako narušený vztah mezi dítětem a matkou. V adolescenci pak může být příčinou kožních problémů konfliktní vztahy mezi rodiči, vrstevníky, nebo v partnerských vztazích (KUČÍREK, 2006).

V případě psychogenně podmíněných příčin je vedle somatické péče vhodný terapeutický zásah do psychických zdrojů rozvoje a upevnování tělesného onemocnění. „Patří k nim nebezpečí (1) upevnění symbiotického vztahu matky a dítěte; (2) označování nemocného dítěte jako jediného narušeného člena rodiny; (3) upnutí péče o nemocné dítě na vnější léčbu kortikoidy“ (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000, s. 389). Vhodným psychoterapeutickým zásahem je psychodynamicky a rodinně zaměřená terapie, dále autogenní trénink a hypnotická sugesce.

3.2.2 Rané dětství a předškolní věk

Enuréza jako psychosomatické onemocnění je po vyloučení organických příčin definována jako mimovolní a neuvědomělé pomočování. Věkové vymezení není zcela jednoznačné, jako dolní hranice je považován věk 3 let. Z psychologického hlediska se enuréza pokládá za neurotický příznak, který je vyvoláván citovým přetížením dítěte, nebo nadměrnými nároky na něj kladené. Na vzniku a udržování enurézy se někdy spolupodílejí vlivy rodinné, především nedostatek pozitivních emocí v rodině a sdílení citů a potřeb, dále sourozenecké soupeření. Pro děti je pomočování jedním z nejzávažnějších zdrojů stresu. Za problém se často stydí a odmítají o něm hovořit – proto mívají rodiče často dojem, že samotným dětem příliš nevádí. Léčba enuréz primárních (poruchy močového ústrojí, opožděné dozrávání či výchovné zanedbání nácviku) spočívá především v nácviku, úpravě režimu, cvičení svěračů s podpurným vedením celé rodiny. U enuréz sekundárních, kde se objevují problémy osobnostní či emoční, je vhodná psychoterapie. Pro menší děti jsou vhodná rodinná sezení s terapeuticky vedenou hrou, během níž mohou rodiče objevit skutečný vztah k dítěti a sdílet s ním jeho potřeby tak, aby je nemuselo komunikovat prostřednictvím pomočování (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001; ŘÍČAN A KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Astma bronchiale patří mezi časté onemocnění dýchacích cest v dětství, které se projeví u 40% nemocných již do 5. roku věku. V dopívání pak dochází u stejného procenta postižených ke značnému zlepšení, nebo úplné úzdavě. Při vzniku onemocnění se společně podílejí vlivy alergické, imunitní a infekční a psychologické. Často dochází k zobecňování astmatických reakcí z původních podnětů (alergenů, infekcí apod.) na podněty a situace, které jsou s nimi spojené. Tyto přidružené podněty a situace jako jsou slovní připomenutí, pohled na léky

aj., dále fungují jako samostatné spouštěče záchvatů. U astmatických dětí bývá typický přetrvávající symbiotický vztah s matkou, kdy nedochází k postupnému osamostatňování, ale zůstává silná potřeba závislosti a péče. Astmatické záchvaty jsou často spojeny s odloučením od matky (skutečným či anticipovaným), nebo silným negativním citovým zážitkem. Z psychodynamického pohledu je záchvat projevem hněvu při ohrožení potřeb jistoty a závislosti. Nemocné dítě hněv nedokáže, nebo nemůže projevit. Vyjádření záchvatem přináší navíc citový příklon osoby (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001; ŘÍČAN A KREJČÍŘOVÁ, 2006).

Astmatické potíže jsou často vázány na rodinné prostředí, což dokazuje jejich zmírnění při opuštění domova (při vyloučení alergenů). „Ze studia interakce malých i větších dětí pak vyplývá jako jeden z příčinných činitelů i operantní podmiňování záchvatů jako nástroje moci v rodinné interakci. Záchvatem dušnosti dokáže dítě změnit třeba vývoj chování mezi rodiči směřující k propuknutí konfliktu mezi nimi tak, že strhne pozornost na sebe a přiměje rodiče, aby namísto svých záležitostí věnovali svou pozornost a péči jemu“ (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000, s. 369).

Onemocnění vždy přináší významné psychické důsledky, které spolu se sociálními faktory významně ovlivňují další průběh nemoci. V případě záchvatu dušnosti, které mohou ohrožovat dítě na životě, dochází k vzniku silné úzkosti u celé rodiny. Psychologická léčba se jeví být vhodnou i vzhledem k tomu, že léky jsou obvykle špatně snášeny pro nežádoucí účinky.

Při léčbě je důležitá i vlastní spolupráce dětí, jejich dobrá informovanost a přiměřené předávání odpovědnosti za léčbu. V rámci psychologické léčby je kromě psychoterapie a rodinné terapie vhodné nacvičování celkového uvolnění progresivní relaxací, autogenním tréninkem či biologickou zpětnou vazbou. Samotné vyvolání a následné odstranění záchvatů hypnosuggestivně přispívá k sebejistotě dítěte a jeho větší nezávislosti (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001; LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2006).

3.2.3 Školní věk

Zvýšené teploty až **horečky**, bez prokazatelných známek chorobného procesu, bývají častým problémem především u dětí školního věku. Někdy se objevuje v návaznosti na proběhlé onemocnění, někdy samostatně, v obou případech je však doprovázena intenzivním sledováním a úzkostným napětím. Většinou bývá signálem toho, že se dítě nachází v životní situaci, se kterou si nedokáže samo poradit. Jedná se buď o vysoké nároky na školní výkon, nebo nároky citové v rodině, často se také objevuje při změně prostředí nebo v závažných životních situacích. Horečka je často dětmi vyvolávána v rodinných situacích, kde se dítě cítí opuštěně a bezmocně, slouží tak jako nástroj citové komunikace. Léky tlumící horečku jsou vhodné pouze při teplotních maximech. Léčba by se především měla zaměřovat na pochopení významu onemocnění i jeho následky pro dítě a na objasnění interakcí dítěte v rodině, ve škole a mezi vrstevníky. Terapie se pak zaměřuje na změnu interakčních vzorců mezi těmito osobami a upevnění důležitých vztahů (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

Bolesti břicha bez organické příčiny se vyskytují nejčastěji u dětí po nástupu školní docházky a po přechodu na druhý stupeň, zejména pak u dívek. Bolestivé ataky se objevují nejčastěji ráno a časně odpoledne a jsou tak silné, že děti ruší při učení. U některých dětí bývá přítomna zesílená orientace na výkon, perfekcionismus, obavy ze školního selhání, úzkost, depresivní ladění. Někdy bývají společně přítomny poruchy spánku, vegetativní labilita a zvýšené svalové napětí. Potvrzení psychogenního charakteru bolestí bývá jen v 10 % případů. Někdy se může jednat o vývojově podmíněnou funkční bolest, nebo potravinovou alergii, která je s psychologickými vlivy kombinovaná. Roli může hrát zvýšená citlivost vůči bolesti, přítomnost modelu bolesti v rodině, nebo sekundární zisk z nemoci. To bývá udržujícím faktorem, kdy je bolest posilována

pozorností, nebo se díky nim dítě vyhýbá náročným situacím ve škole. Pro správnou diagnostiku a následnou léčbu je důležitá nejen znalost samotného přístupu dítěte k bolestem a to, jakým způsobem o nich zpravuje rodiče, ale i celková znalost pojetí nemoci v dané rodině a míra posilování úzkostnou reakcí ze strany rodiny (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

3.2.4 Puberta a adolescence

Bolesti hlavy se typicky objevují ve školním věku - postihují až 40% dětí. Významné jsou i v době dospívání, kdy si na ně stěžuje až 70% dospívajících. Před provedením psychologického vyšetření by měl být vždy vyloučen organický podklad. U chronických bolestí, jež dosahují 15% u dětí do 15 let, se jedná o bolesti tenzního charakteru. Symptomy jsou nespecifické, mohou se vyskytovat v části hlavy nebo generalizovaně. Bolest v tomto případě významně koreluje se stresem, objevuje se obvykle po vyučování v odpoledních hodinách. Dochází ke zvýšenému svalovému napětí, které bolesti způsobuje. S bolestí migrenózní se setkáváme více u dívek v dospívajícím věku. Bolest bývá ostřejší, je doprovázena nauzeou či zvracením. U většiny dětí však mají bolesti hlavy smíšený charakter. Při vyšetření je důležitý popis bolesti dítětem, jeho názor a vedení záznamů o bolesti, i ve spolupráci s rodiči. Dále je třeba pozornost zaměřit na jeho sebepojetí a zdroje stresu v rodině. Psychosomatická povaha těchto obtíží bývá obvykle dítětem i rodiči dobře akceptována. Rozlišování tenzního či migrenózního typu však není pro terapii příliš významné. Pro oba typy těchto bolestí bývá účinná systematická svalová relaxace, u které jsou ve vysoké míře potvrzovány trvalé pozitivní efekty. V případě přítomnosti vážnějších psychických problémů nebo tam, kde na vznik i udržení poruchy hraje velkou roli stres, je vhodnější systematická psychoterapie (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Chronická únava se nejčastěji vyskytuje u dospívajících dívek. Jedná se o podobné příznaky jako v případě chronického únavového syndromu u

dospělých – únavu doprovází bolesti hlavy, zvětšení mízních uzlin, opakované zvýšené teploty a zhoršení pozornosti. Zatímco však u dospělých bývá tento stav obtížně léčitelný, u většiny dětí dojde ke zlepšení nebo úplnému vyléčení nejpozději do 4 let od prvních příznaků onemocnění. Zlepšení se většinou objevuje v průběhu prázdnin. I přes dobrou prognózu vyléčení vede chronická únava k zhoršení celkové kvality života a omezení aktivit a zájmů. Příčiny vzniku se přikládají patologické imunitní reakci na infekční onemocnění, v některých případech se může jednat o maskovanou depresi – to však bývá obtížně diagnostikovatelné vzhledem k tomu, že snížení nálady může být reakcí na nemoc (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Čistě psychogenní charakter je pravděpodobný jen u malého procenta dětí, osobnostně však bývají spíše emočně otažití, se sklonem k sociální izolaci. S rozvojem nemoci je časté zhoršení školních výsledků, avšak třetina dětí vykazuje toto zhoršení již před začátkem onemocnění. Na udržení nemoci mají vliv i sekundární zisky, následně může docházet k vyhýbavému chování, kdy sám pacient všechny symptomy stále připisuje vnějšímu faktoru. Pokles jeho aktivit stále stupňuje únavu, pacient se stává závislejší na rodině a více se izoluje od vrstevníků. Dochází tak k posilování a udržování symptomů. Důležitá je v tomto směru reakce rodičů – hyperprotektivita nebo naopak obviňování z lenosti (v případě lékaře i ze simulace) může průběh léčby zhoršovat. Proto je vhodná péče psychoterapeutická, rodinná terapie, rehabilitace i komplexní lékařská péče (SVOBODA, KREJČÍŘOVÁ a VÁGNEROVÁ, 2001).

Ačkoliv můžeme odlišovat únavu fyzickou a psychickou, její příčiny i projevy se často prolínají. Únava je projevem komplexní povahy a tomu musí být přizpůsobena i její léčba. „Únava je (...) příznak, který dává signál o tom, že něco není v organismu v pořádku. Proto pokud se únava objeví, měli bychom nejprve pátrat po její příčině a pokusit se ji řešit. Nezbytný je ovšem komplexní přístup k pacientovi, tzn., že každého nemocného je nutné vidět jako celek a jako celkovou poruchu řešit i jeho onemocnění“ (HONZÁK a CHVÁLA, 2005, s. 201).

4 MOŽNOSTI PREVENCE A TERAPIE PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

4.1 Prevence psychosomatických poruch

Vzhledem k tomu, že je účelnější a ekonomicky nenáročnější chorobám předcházet, než je léčit, měla by být prevence součástí všech lékařských oborů. Při prevenci není vhodné zaměřovat se na konkrétní nemoci odděleně. Je nutné vždy zachovat komplexní přístup a zaměřit se na všechny nepříznivé faktory, které působí ve svém celku. Prevencí, která odpovídá současné psychosomatické medicíně, pak rozumíme nejen zabránění nežádoucím, rizikovým faktorům, ale zároveň hledání a posilování faktorů zdravých. Ochranným faktorem není pouze eliminace zátěžových situací, které jsou v určité míře běžnou součástí života, ale způsob jakým člověk tyto situace zvládá a podpora v jeho sociálním okolí. Přestože otázky životního způsobu, rodinné a pracovní prostředí nejsou primární úlohou psychosomatické medicíny, je vhodné alespoň na potřebu jejich řešení upozorňovat a hovořit o nich (BAŠTECKÝ, 1993).

Hoskovcová (2006) jmenuje mezi ochranné faktory psychického zdraví dítěte pozitivní partnerství rodičů, dobré rodinné klima a úzký vztah alespoň k jedné dospělé osobě.

Prevence může probíhat individuálně - u praktického lékaře, jehož úkolem by mělo být i zaměření se na životosprávu a zátěžové situace v životě pacienta. Dále ve skupinách, a to především na školách, kde je možné zařadit hodiny správné životosprávy, osvěty týkající se poruch příjmu potravy, kurzy zaměřené na správný pohyb, zacházení se stresem a aktivní odpočinek. Vzhledem k tomu, že v rámci primární prevence psychosomatických onemocnění není možné zasahovat do oblastí rodinného života či způsobu výchovy dětí, osvědčují se linky první pomoci nabízející poradenství pro ohrožené děti.

V prevenci i terapii psychosomatických poruch hraje důležitou roli pohybová aktivita. Cílená pohybová aktivita, kineziologie, je do terapie psychosomatických pacientů využívána pro její schopnosti snižovat hladinu úzkosti. Díky novým prožitkům pohyb ovlivňuje vnímání těla a tím i mění vztah pacienta k němu. Vnitřní prožitek soustředění a klidu při pohybové aktivitě, která vyplývá z její bezprostřední činnosti bez vazby na výsledek, je významným faktorem, který zvyšuje kvalitu života (STACKEOVÁ, 2005).

Na úrovni sekundární prevence existuje široký výčet možností, které může praktický lékař, psycholog či psychoterapeut, fyzioterapeut či další specialista nabídnout. Jedná se o osvětu vzniku a vývinu psychosomatických onemocnění, psychoterapii, poradenství v oblasti výživy a zdravého pohybu, fyzioterapie, relaxačních technik a celkovou péči o zdraví. Cílem tohoto komplexního přístupu je včasná diagnostika psychosomatického onemocnění a zabránění jeho rozvoje (PONĚŠICKÝ, 2010).

4.2 Léčba psychosomatických poruch

Léčba psychosomatických poruch vyžaduje současnou péči biologickou i psychologickou. To, která z nich bude mít hlavní nebo podpůrnou funkci, záleží na stavu nemocného a jeho potřebách. Nezbytnou součástí v léčbě psychosomatických onemocnění je především důkladná znalost nemocného po stránce tělesného stavu a poruch v průběhu celého života i psychického vývoje. Dále je určující dobrý vztah mezi lékařem a pacientem a jejich vzájemná důvěra (BAŠTECKÝ, 1993).

Psychologické léčebné metody nejsou v našem zdravotnictví tolik obvyklé. Jejich užití není možné předepsat přesně lékařem jako v případě medicínské léčby a velmi záleží na přístupu pacienta, na jeho přijetí psychosomatické interpretace jeho onemocnění. Pacientovi mohou v přijetí bránit

právě ty mechanismy, které se podílejí na vzniku a udržování nemoci. Cesta psychoterapie tak může být zdlouhavá a prvním úspěchem je už samotné porozumění širším souvislostem vlastního onemocnění. Vždy je třeba dodržovat zásady týmové práce v léčbě psychosomatických onemocnění - psycholog či psychiatr nemohou být jedinými terapeuty, vždy spolupracují se somatickými lékaři (BAŠTECKÝ, 1993).

V léčbě psychosomatických onemocnění je zvlášť důležitý postoj praktického nebo odborného lékaře. Vzhledem k tomu, že pacienti přistupují k psychoterapeutické léčbě většinou neradi a nejsou ochotni přijmout psychosociální faktory, je potřeba se nadále věnovat pacientovým tělesným obtížím bez jejich znevažování. Aby se negativní postoj k psychoterapii nehoršil, je třeba mezi pacientem a terapeutem vytvořit dobrý vztah a pacienta brát vážně se všemi jeho obtížemi (PONĚŠICKÝ, 2010).

Léčba začíná už samotným sdělením povahy příčin obtíží nemocného, nejlépe na společném setkání lékaře, pacienta i jeho rodiny. Lékař by měl svůj nález sdělovat podporujícím a nehodnotícím způsobem. Správná edukace pacienta a jeho rodiny minimalizuje obavy ohledně povahy onemocnění a pomáhá v přijetí následné psychosociální léčby (SHAW, 2010).

Schopnost lékaře důvěrně hovořit se svými pacienty lidským a chápajícím přístupem může být jeho největším terapeutickým nástrojem. Je však zapotřebí, aby byl schopen sebereflexe a v případě nejistoty spolupracoval s dalšími odborníky (CHARON, 2001).

Poněšický (2004) navrhuje jako podstatnou pomoc jak somaticky zaměřeným lékařům, kteří se snaží zařadit do své praxe naslouchání problémům svých pacientů, balintovské skupiny, kde mohou rozebírat své vztahy k pacientům. Ty mohou být někdy důvodem, proč se potíže pacienta neléčí – například v situacích, kde lékař nevědomě zaujímá komplementární rodičovskou roli.

Vzhledem k tomu, že psychosociální faktory nejsou nikdy jedinou podmínkou pro vznik somatické poruchy, je třeba léčbu psychologickými prostředky spatřovat v ovlivňování rizikových jevů namísto léčení jediné příčiny. Zároveň je však důležité si uvědomit, že psychologickou léčbu je možné uplatnit pouze u těch pacientů, kde se psychosociální faktory spolupodílely na vzniku a udržení onemocnění, nikoliv u všech nemocných jedné konkrétní diagnózy (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK a ŠIMEK, 1993).

„Pro praktickou psychoterapii psychosomatických poruch u dětí je příznačné, že vyžaduje nejen „dvoukolejnost“ současné péče psychologické i biologické, nýbrž i „dvoukolejnost“ v rámci psychoterapie samé. Jednu stránku zde představuje odstraňování poruchy, druhou stránkou je současné vytváření zdravých způsobů orgánové a organismické funkce, osobnostní regulace a vývinu a sociální interakce.“ (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006, s. 152)

Vedle biologické léčby a psychologických technik je v komplexní léčbě psychosomatických poruch podstatná i farmakoterapie, která může přinést podstatnou úlevu v případech, kdy není možné jí dosáhnout jinými prostředky. (BAŠTECKÝ, ŠAVLÍK a ŠIMEK, 1993). U dětských pacientů zvláště však musí být silné opodstatnění pro jejich užití s ohledem na jejich možné nežádoucí účinky, vyžadující navíc přesnou kontrolu při jejich dávkování. Jejich použití může být zvažováno především u akutních stavů úzkosti a nespavosti (SHAW, 2006).

4.2.1 Individuální a skupinová psychoterapie

Psychosociální faktory, které se podílí na vzniku a udržování psychosomatických onemocnění je nutné zohledňovat i v jejich léčbě. V individuální psychoterapii jsou psychosociální situace vybavovány, reprodukovány a zpracovávány v rámci důvěrného vztahu s terapeutem. Skupinové psychoterapie nabízí možnost pracovat s nimi přímo v sociální situaci pro tento účel vytvořené. Uplatnění psychoterapie individuální i skupinové je

v léčbě psychosomatických onemocnění závislé na vývojových předpokladech dítěte. U kojence a často i batolete je možná psychoterapie pouze společně s matkou. U starších batolat, která jsou již schopná vyjadřování svých pocitů spontánně nebo pomocí hry, je pak možné individuální psychoterapeutické působení. Hra má v terapii malých dětí své zásadní postavení. Poskytuje možnost náhrady za verbální sebevyjádření, porozumění a zmírnění citového napětí. Hra nachází své využití v individuální, později i skupinové psychoterapii u dětí, které jsou již schopné společné hry. Ve skupině se pak hra stává nejen prostředkem sebevyjádření, ale i sociálních interakcí s terapeutem i druhými dětmi a zpracování vyjádřených obsahů a pocitů. Velkou výhodou takto zaměřené terapie pro děti je, že kontext hry spolu s terapeutickým přístupem je sám předpokladem změny a není na straně dítěte nutné, aby bylo zvlášť motivováno pro práci na změně u své poruchy. V mladším školním věku je pak vhodnou možností činnostní skupinová terapie, jejíž principy jsou podobné jako u terapie hrou, ale více odpovídá schopnostem a potřebám staršího dítěte. Činnost, ať už pracovní, hravá, nebo sportovní, by měla dítě zaujmout a vést ho do situací, kde vznikají přirozeným způsobem problémy. Ty pak vyžadují individuální či společné rozhodování a řešení vnitřních a interpersonálních konfliktů. Tato skupinová činnost tak přináší novou a korektivní zkušenost původních patologických vzorců z rodiny. Rozhovorovou terapii je pak možné zařadit později ve starším školním věku a především u dospívajících (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

V léčbě psychosomatických onemocnění se podle konkrétních potřeb pacientů využívá psychodynamicky, behaviorálně či kognitivně zaměřená terapie. Dále terapie rodinná a psychofyziologicky zaměřená psychoterapie, kterým věnuji samostatnou kapitolu níže.

4.2.2 Rodinná terapie

Tělesné symptomy jsou v rodinné terapii chápány jako součást celého pole rodinných vztahů. Členové rodiny tvoří prostředí pro každý jednotlivý

organismus v něm. Tělesné symptomy, které jsou spoluvytvářeny v celém jejím systému, pak ovlivňují chování celé rodiny. Práce s rodinou zahrnuje jak počáteční informování o vzniku a léčbě onemocnění, tak podrobné instruování i specializovanou rodinnou terapii. Rodinná terapie, vycházející ze systemických teorií, bere jako pacienta celou rodinu (HONZÁK a CHVÁLA, 2014).

V rámci systémové terapie, která se zabývá rodinou vytvářející problém, je terapeut v pozici experta, který rodinný systém pozoruje. Léčebnou jednotkou je však celý rodinný systém, do kterého patří každý, kdo se na problému nějakým způsobem podílí, koho se dotýká či kdo o něm hovoří (PECHÁČKOVÁ, 1993).

V rodinách, kde je psychosomatická porucha důsledkem a často i nástrojem k zvládnání patogenních vztahů a interakcí, je potřeba pomocí rodinné terapie tyto procesy překonat a objevit a následně uplatnit nové způsoby vztahové interakce. Psychosomatické onemocnění, které mělo v rodině svoji komunikační úlohu, se tak postupně stává postradatelným a je možné ho léčit (ŘÍČAN a KREJČÍŘOVÁ, 2006).

V rodinném systému má významné postavení jazyk, kterým rodina komunikuje. Každá rodina má svoje hranice, jejichž prostupnost si nastavuje dosavadní zkušeností se světem, aktuálním vývojovým stádiem, ve kterém se nachází i svým komunikačním stylem. Jazykem se vymezují hranice rodiny nejen vůči okolí, ale i mezi členy uvnitř rodiny, je médiem rodinného prostředí. V rodinách, kde jsou chronicky nemocní, se pak častěji opakují rigidní komunikační vzorce. Takové rodiny se mezi sebou hodně podobají – komunikace není pružná, těžko se přizpůsobují novým situacím, domluva a sdílení je nesnadné. Schopnost porozumět má i malé dítě, které ještě neumí mluvit. Rozpoznává situace nejprve na preverbální úrovni – pachově, chuťově a pohybově. Situace, které pro něj nejsou bezpečné, v něm vyvolávají napětí. Dítě si postupně ověřuje svět nejprve pomocí tělesných smyslů, v dalším vývoji smysly psychickými a důvěryhodným vztahem s někým druhým. Pokud dítě

nerozumí nebo nechce rozumět vnitřnímu jazyku své rodiny, působí tato nemožnost jako ochrana – před nároky okolí, před separací od matky.

Vznik symptomů je závislý na tom, jaké významy mu rodina přiřadí. Děti, které mají v rodině nejméně moci, ji tak svým stonáním dosahují. Tím, že ovlivní chod rodiny, dostane se jim uspokojení některých potřeb. Rodinný terapeut pak nepředstavuje odborníka na konkrétní problém rodiny, ale na způsob, jakým se o problému mluví a tím i následně udržuje a pomáhá rodině hledat způsob komunikace, který by jí vyhovoval (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004).

Psychosomatické pacienti používají k vyjadřování svých problémů a své identity jazyk těla - je součástí jejich naučeného způsobu zvládnání problémů v průběhu jejich života. Nechtějí se pak svého způsobu tělesného vyjadřování vzdát a bojují tak s lékaři a psychoterapeuty, kteří trvají na vyjádření jejich problému jazykem emočním. V práci se somatizujícími pacienty a jejich rodinami je potřeba nalézt společný způsob vyjednávání a vytváření příběhů tak, aby byl společně akceptovatelný pro všechny účastníky – jak pacienty a jejich rodiny, tak terapeuty (McDANIEL, 1995).

To, zda je emoční jazyk přijatelný a v jaké podobě, je ovlivňováno rodinnou tradicí, kulturními zvyklostmi i genderovými vzorci. Terapeuti pak spolu s pacientem a rodinou hledají významy tělesných symptomů, které mají významnou komunikační funkci pro ně samotné i vůči ostatním členům rodiny. Někdy se může terapeutická práce se somatizujícími pacienty a jejich rodinami soustředit na dekonstrukci přesvědčení, že výskyt určitého symptomu je spojen pouze s určitým chováním, jako je například absence ve škole. Pokud se společně s rodiči a školou upraví prostředí, ve kterém dítě symptom prožívá namísto boje o dokazování jeho opravdové či vymyšlené existenci, může postupně dojít k jeho zmírnění či úplnému vymizení. Terapeuticky účinné může být i objevování, jakým způsobem symptom proměňuje životy a chování jednotlivých členů rodiny a jaký má vliv na jejich vzájemné vztahy. Pomocí využití externalizační metafory

narativní rodinné terapie je možné popsat problém vázaný k určitému symptomu. Ten však, přestože řídí životy všech členů rodiny, je možné neposlechnout a nepodrobit se jeho tlaku a najít tak nový způsob interakce (GJURIČOVÁ a KUBIČKA, 2003).

Konkrétní podoba terapie závisí i na věku konkrétních dětí. Důležitý je na začátku i způsob, jakým jsou děti i rodiče informováni. Často dochází k odděleným sdělením dětí i rodičů, což může nést svá úskalí a následný vliv na důvěru dítěte. Dítě může přinést překvapivá a užitečná porozumění, ačkoli se může jevit, že se primárně jedná o problém mezi rodiči. Děti, které často o neshodách svých rodičů ví a mohou si situaci dokreslovat podle svých představ, může setkání, kde si ujasní rodinnou situaci, uklidnit. Terapeuti by pak měli s ohledem na odlišnou vývojovou úroveň, jazykovou vyspělost a celkovou společenskou kompetenci dětí rozvíjet setkání tak, aby bylo dítě angažováno a uznáváno. Zvláště u menších dětí pak využitím prvků hry a zapojením hraček. Naopak u adolescentů dáváme prostor pro mlčení. Dítě by zároveň mělo mít možnost se z terapie na potřebnou dobu odpojit nebo dostávat uznání za jeho vstupy v průběhu setkání.

Dospívající děti bývají často účastni s neochotou, bývají odmítaví vůči pravidlům svých rodičů, kteří pak očekávají, že jim terapeuti pomohou jejich požadavky prosadit. Nejen v těchto případech je nutné zachovat terapeutickou neutralitu. Rodičům pak terapeut zachová respekt a porozumění, přestože nebude pomáhat prosadit jejich názory, a adolescent se může začít o terapii více zajímat, pokud nebude kritizován, což bývá často jeho dosavadní zkušeností (GJURIČOVÁ a KUBIČKA, 2003).

Barker (2012) podotýká, že rodinná terapie není ani všemocnou léčbou, ani posledním pokusem, když ostatní možnosti selhávají. Jedná se však o účinný způsob zacházení s problémy, které plynou z dysfunkčního rodinného systému. V některých případech může být vhodné kombinovat ji u jednotlivých členů s individuální terapií.

4.2.3 Psychofyziologicky zaměřená psychoterapie

Ve zdraví i nemoci lze psychologicky ovlivňovat průběh mnoha fyziologických funkcí. V léčbě psychosomatických onemocnění lze pomocí autoregulačních a heteroregulačních postupů zasáhnout do porušeného fyziologického dění a navrátit porušenou funkci do zdravého stavu. Tím, že dochází k bezprostřednímu účinku v oblasti tělesné poruchy a jejích symptomů, je takto zaměřená terapie účinným motivačním krokem v léčebném procesu. Pokud jsou zároveň ošetřeny i psychologické a sociální zdroje nemoci, může dojít k trvalému léčebnému účinku (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

V případě autoregulačních postupů se využívá vědomé součinnosti pacienta – určitou úmyslně řízenou činností si sám navozuje psychofyziologické změny. K těmto postupům patří hypnóza, metoda biologické zpětné vazby a autogenní trénink. V hypnóze dochází k nácviku správného průběhu porušené funkce – používá se například u průduškového astmatu, kde se nacvičuje samostatné vyvolávání a následné odstraňování záchvatů. Zásady užití hypnózy u dětí jsou v mnohém shodné jako u dospělých. Vyvolání hypnózy je však u dětí snazší díky jejich větší sugestibilitě. Je důležité, aby dítě s terapeutem navázalo důvěrný vztah, přistupovalo k hypnóze jako zajímavé a pomáhající zkušenosti a aktivně spolupracovalo. Pro překonání obav je možné uvést ji jako druh hry, nebo cvičení a zároveň dobře a srozumitelně popsat její postup. Hypnosuggestivní terapii je možno využít v plné šíři u dětí zhruba od sedmi let věku, u menších dětí je možné použít její prvky jen v určité míře, například k ovlivňování bolesti nebo k celkovému zklidnění (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

Při využití biologické zpětné vazby se pacient učí vědomě vnímat, ovlivňovat a hodnotit tělesné děje, které samy vědomé nejsou. Při nácviku ovládnutí těchto dějů, které jsou monitorovány fyziologickým snímačem, je jejich průběh sdělován pacientovi, který se má následně „snažit“ měnit je v požadovaném směru. U pacienta tak probíhá operantní psychofyziologické

podmiňování na mimovědomé úrovni. Tím si vytváří dovednost ovlivňovat vědomě v žádaném směru i průběh těch funkcí, které přímému vědomému řízení nepodléhají (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

Biologická zpětná vazba se dá úspěšně využít u funkčních poruch vyměšování a u chronických bolestí. O dobrém využití biologické zpětné vazby u bolesti hlavy dětí a adolescentů svědčí i nedávná zahraniční studie. Výsledky ukazují, že již po dvou nácvicích byla frekvence bolestí výrazně snížena, a to jak u epizodických, tak chronických bolestí hlavy (BLUME, 2012).

Autogenní trénink je metoda, která prostřednictvím celé řady vystavěných cvičení vede k sebeuvolňování. Je zaměřena na senzibilizaci tělesných počitků a na uvolňování oblasti vegetativní, pocitové i myšlenkové. Jedná se o metodu snadno naučitelnou a osvojitelnou a nabízí tak možnost, jak si může pacient sám pomoci v obtížných situacích. Její účinnost byla prokázána jak u léčby psychosomatických onemocnění, tak v preventivních opatřeních (TRESS, KRUSSE a OTT, 2008).

Loew (2015) spatřuje v relaxaci dobrý komplementární doplněk léčby u dětských pacientů s astmatem. Dostává se jim tak do rukou prostředek, který mohou sami ovládat.

Nejužívanější metodou je Schultzův autogenní trénink, který však klade značné nároky na kognitivní sebeřízení – je proto přístupný dětem zhruba od 12 let. Pro potřeby menších dětí existuje řada modifikací, které namísto obecných pojmů používají názorné představy a situace, které jsou dětem blízké. Takto upravené postupy jsou využitelné pro děti od 4 let. Autogenní trénink se využívá u dětí duševně přetěžovaných a pomáhá zmírnit či odstranit různé přetrvávající bolesti (LANGMEIER, BALCAR a ŠPITZ, 2000).

Baštecký (1993) uvádí mezi vhodné autoregulační postupy také jógu, která vede ke stabilizaci organismu, aby tak byl odolnější vůči zatěžujícím podnětům naší společnosti.

Na rozdíl od běžných pohybových aktivit dochází při provádění jógových cviků (ásán) k protažení či posílení svalů s jejich následným uvolněním. Jsou zaměřeny na vnitřní prožívání pohybu a působí harmonicky na tělesné, duševní i sociální zdraví dítěte. Jóga integruje do svého cvičení i částečnou či celkovou relaxaci a dechová cvičení. U psychosomatických pacientů se daří jógu dobře využít v léčbě bolestí a při bronchiálním astmatu. Cvičení jógy je však třeba přizpůsobit konkrétnímu věku dítěte. Čím je dítě mladší, tím je relaxace i výdrž při provádění ásán kratší a více se podobá hře. Je třeba zohlednit i jazyk, který provází děti cvičením. Dále obrazy, které se využívají k imaginaci, by měly být blízké dětskému věku. Využití relaxace a jógy u dětí je pro svoji dostupnost a snadnou osvojitelnost vhodné pro svoji preventivní hodnotu, protože zlepšuje sebeuvědomění dítěte a podporuje utváření zdravého životního stylu (KROUFKOVÁ, 2007).

Heteroregulační postupy, jejichž východiskem je vnější ovlivňování průběhu fyziologických funkcí, se dají využít v terapii dětí při pomočování, psychogenně podmíněných chronických bolestech a dalších poruchách, kde lze průběh fyziologické funkce dobře sledovat. Změny u ovlivňovaných funkcí, na které reaguje okolí pacienta určitými podněty, jsou buď zpevňovány nebo naopak tlumeny či vyhasínány podle zákonitostí psychofyziologického učení. Fyziologická funkce je tak vedena prostřednictvím učení k žádoucí změně bez samotné vědomé součinnosti pacienta. Příkladem postupu klasického podmiňování je využití budícího strojku u dětí s přetrvávajícím nočním pomočováním. Pomocí něho dochází k vytváření řídicích podnětů pro funkce organismu, které jim dosud nepodléhaly. Psychofyziologické postupy zatím nevyužívají zdaleka všech svých možností, jedná se však o nadějnou oblast v léčbě tělesně se projevujících onemocnění (LANGMEIER, BALCAR A ŠPITZ, 2000).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE A METODIKA

5.1 Cíle práce

Výzkum si klade za cíl zmapovat současný přístup českých pediatrů k psychosomatice a léčbě psychosomatických poruch v běžné praxi. K jeho realizaci autorka použila smíšený výzkum, který dle Kučery (2013) vychází z užití kvantitativního i kvalitativního přístupu v rámci jedné studie. Východiskem autorky k užití těchto dvou přístupů je lepší pochopení výzkumného problému.

K rozlišení rovin smíšeného designu uvádí Creswell (2014) možnost kombinace jeho prvků buď na všech úrovních současně, nebo napříč jeho rovinami. Autorka zvolila kombinaci obou prvků napříč jeho rovinami, tedy k hledání odpovědi na stanovenou kvalitativní otázku směřuje sběrem dat dotazníkovým šetřením a jeho následnou kvalitativní interpretací.

Hlavním výzkumným problémem je tedy otázka: Jaký je přístup k psychosomatice a léčbě psychosomatických poruch v praxi dětského lékaře?

K hledání odpovědi autorka směřovala prostřednictvím výzkumných otázek, které se zaměřují na tři hlavní oblasti:

1. Spatřují pediatři příčinné působení psychosociálních faktorů na rozvoji a léčbě somatických poruch?
2. Spatřují pediatři léčbu psychosomatických poruch pouze psychologickými prostředky, nebo se cítí kompetentně v léčbě těchto pacientů ve spolupráci s psychologem?
3. Považují pediatři psychosomatický přístup za součást běžné praxe, nebo pouze za alternativní léčbu?

Tyto výzkumné otázky, které tvoří podklad pro formulaci otázek do dotazníku, byly autorkou vytvořeny na základě požadavků současné psychosomatické medicíny a léčby psychosomatických poruch uvedené v teoretické části práce.

Výzkumné šetření je pilotní studií, která mapuje přístup k psychosomatice u malého vzorku českých dětských lékařů. Dle Hendla (2012) se pilotní studie provádí za účelem mapování problémů a získání předběžných dat. Na základě této studie by mohly být navrženy hypotézy, které by se tak mohly stát podkladem pro rozšířené zkoumání dané problematiky.

Přínos pilotního výzkumného šetření autorka sledává především v nahlédnutí do pediatrické praxe jako prvního místa, které navštíví psychosomatický pacient a které ho může směřovat dále, k uzdravení ve spolupráci pediatra, psychologa, terapeuta a dalších specialistů.

5.2 Metodika výzkumného šetření

Pro realizaci cílů bylo provedeno jednorázové průřezové šetření. Jeho podstata spočívá dle Hendla (2012) ve sběru informací ve standardizované podobě, obvykle pomocí dotazníku od skupiny lidí v jednom časovém bodu a v následné analýze dat. Cílem je statistický popis trendů, postojů nebo názorů v populaci pomocí zkoumání výběrového vzorku z této populace.

5.2.1 Průběh výzkumného šetření

Kvantitativní sběr dat byl realizován pomocí dotazníku, který pro tyto účely sestavila autorka na základě pečlivě vybraných otázek tak, aby jednotlivé otázky odpovídaly výzkumným oblastem. Forma dotazování v písemné podobě

se autorce jevila jako nejvhodnější vzhledem k časové vytíženosti lékařů. Dle Ferjenčíka (2010) je vedle časové úspory další výhodou, že data lze lépe kvantifikovat.

Dotazník obsahoval 11 položek, z toho sedm otázek polootevřených a čtyři uzavřené. Jednotlivé otázky jsou variabilní, co se týče počtu odpovědí i možností jejich označování. Dotazník byl takto zkonstruován za účelem eliminace stereotypního odpovídání na položky. Pro ověření srozumitelnosti otázek autorka nejprve provedla pilotní šetření u dvou dětských lékařů.

Popis účelu jednotlivých položek dotazníku:

Otázka č. 1, č. 2, č. 3 a č. 4 zjišťovala, zda lékaři připouštějí vliv psychických a sociálních faktorů na vznik a léčbu somatických onemocnění.

Otázka č. 5 zjišťovala, zda je možné zvažovat tyto příčiny v běžné praxi.

Otázka č. 6 zjišťovala postup dětských lékařů při podezření na psychosomatické onemocnění, pokud k tomuto podezření dojde.

Otázka č. 7 a č. 8 zjišťovala, kdo je dle pediatriů způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění.

Otázka č. 9 směřovala ke zjištění, zda pediatrii považují psychosomatický přístup za dostupný pro všechny lékaře.

Otázka č. 10 zjišťovala, jak si pediatrii pojem psychosomatická medicína vysvětlují.

Otázka č. 11 zjišťovala, zda dle názoru pediatriů psychosomatika popírá klasickou medicínu, nebo je jí přínosem.

Výzkum byl prováděn u skupiny pediatriů – atestovaných praktických lékařů pro děti a dorost. Kritériem pro výběr respondentů bylo vykonávání pediatrické praxe v České republice. Nebyli osloveni lékaři pracující na psychosomatických pracovištích, nebo lékaři, kteří se zaměřují na léčbu psychosomatických poruch u dětí. Za účelem oslovení co největšího počtu

pediatrů byly otázky sestaveny do anonymního internetového dotazníku Survio. Důvodem bylo kromě časové vytíženosti lékařů i umožnění úplné anonymity při vyplňování, kterou autorka chtěla podpořit upřímnost výpovědí. Následně byl vygenerován odkaz, který byl lékařům odesílán na e-mailové adresy. Jednotlivé lékaře autorka oslovila prostřednictvím e-mailu, kde byli informováni o povaze výzkumu a anonymitě, a následně byli požádáni o vyplnění dotazníku na přiloženém odkazu. Celkem bylo osloveno 158 lékařů pomocí jejich e-mailových adres získaných po předchozí telefonické domluvě, nebo jejich adres veřejně přístupných. Kvůli očekávané nízké návratnosti autorka použila všechny získané adresy. Data byla sbírána v průběhu června 2016.

Z celkového počtu zaslaných dotazníků, bylo systémem Survio zachyceno 56 návštěv. Z tohoto počtu pak 42 respondentů úspěšně dokončilo vyplnění dotazníku. Celková úspěšnost při vyplňování dotazníku byla tedy 75 %.

5.2.2 Skórování dotazníku

Dotazník byl pro účely korelační analýzy skórován autorkou následujícím způsobem. Jednotlivým odpovědím byly přiřazeny body na škále od 0 do 2. Odpověď, která nejvíce odpovídala požadavkům současného psychosomatického přístupu popsaného v teoretické části, byla ohodnocena nejnižším počtem bodů, tedy 0 body. Nejvíce bodů, tedy 2 body, získala odpověď, která byla danému přístupu nejvzdálenější. 1 bod byl přiřazen odpovědím, které psychosomatickému přístupu odpovídaly pouze částečně.

Uvedené hodnocení u jednotlivých otázek zároveň odpovídalo 3 výzkumným oblastem následujícím způsobem:

Otázky č. 1, č. 2, č. 3, č. 4 a č. 5 odpovídají první výzkumné oblasti, směřující k poznání, zda pediatři spatřují příčinné působení psychosociálních faktorů na rozvoji a léčbě somatických poruch ve své praxi.

Otázky č. 6, č. 7 a č. 8 odpovídají druhé výzkumné oblasti, hledající odpověď na to, zda pediatři spatřují léčbu psychosomatických poruch pouze psychologickými prostředky, nebo zda se cítí kompetentně v léčbě těchto pacientů ve spolupráci s psychology.

Otázky č. 9, č. 10 a č. 11 odpovídají třetí výzkumné oblasti, zjišťují, zda pediatři považují psychosomatický přístup za součást běžné praxe, nebo pouze za alternativní léčbu.

Bodové ohodnocení nabízených možností odpovědi u jednotlivých otázek je zaznamenáno v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Přehled jednotlivých skórovaných odpovědí

*	Odpověď a)	Odpověď b)	Odpověď c)	Odpověď d)	Jiné
Ot. 1	0	1	2		
Ot. 2	0	1	2		
Ot. 3	0	1	2		
Ot. 4	2	1	1	0	0
Ot. 5	0	2	2	1	1
Ot. 6	2	0	1		0
Ot. 7 **					
Ot. 8	2	0	1		
Ot. 9	0	2	1		0
Ot. 10	1	0	2	2	0
Ot. 11	2	0	1		

* Dotazník je uveden v příloze.

**Otázka č. 7 byla jako jediná s možností volby více odpovědí. Zvolení méně než dvou odpovědí bylo ohodnoceno 2 body, zvolení minimálně 2 odpovědí bylo ohodnoceno 1 bodem. Výběr všech možností získal 0 bodů.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU A ANALÝZA DAT

Statistické zpracování výsledků získaných dat autorka rozčlenila do dvou etap. Nejprve autorka data podrobila deskriptivnímu statistickému zpracování, poté provedla korelační analýzu mezi jednotlivými otázkami v dotazníku. Statistická analýza dat byla provedena v programu JASP 0.6.6.

6.1 Deskriptivní statistika

Výsledky šetření byly v rámci deskriptivní statistiky zpracovány ve dvou krocích. V první podkapitole uvádí autorka výsledky pro jednotlivé odpovědi, které byly zpracovány pomocí absolutní a relativní četnosti do tabulek. K větší přehlednosti jsou k tabulkám přiřazeny i grafy. Grafickému zpracování však nepodléhaly otázky č. 1, č. 2, č. 3 a č. 11 vzhledem k tomu, že 100 % dotazovaných zvolilo pouze jednu možnost z nabízeného výběru.

V druhé podkapitole autorka uvádí statistický rozbor bodů, které byly jednotlivým odpovědím přiřazeny. Tento krok je důležitý pro následnou korelační analýzu jednotlivých otázek v dotazníku.

6.1.1 Deskriptivní statistika četnosti odpovědí

Otázka č. 1 : Myslíte si, že psychická nerovnováha, stres a další problémy (ve škole, v rodině) se mohou projevit tělesnými obtížemi?

Tabulka č. 2: Zastoupení odpovědí na otázku č. 1.

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	42	100%
Spíše ne	0	0%
Nesouvisí	0	0%
Celkem	42	100%

Tabulka č. 2 ukazuje, že v první otázce dotazníku zjišťující, zda pediatři zvažují u tělesných obtíží svých pacientů příčinné působení psychické nerovnováhy či stresu, zvolili respondenti ve 100 % stejnou možnost a to *Spíše ano*.

Otázka č. 2: Domníváte se, že postoj pacienta může ovlivnit léčbu jeho tělesných obtíží?

Tabulka č. 3: Zastoupení odpovědí na otázku č. 2

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	42	100%
Spíše ne	0	0%
Nesouvisí	0	0%
Celkem	42	100%

Tabulka č. 3 znázorňuje výsledky druhé otázky. Ta mapuje názor pediatrů na to, zda může postoj pacientů ovlivnit průběh jejich další léčby. 100 % respondentů vybralo stejnou možnost *Spíše ano*.

Otázka č. 3: Domníváte se, že rodinné prostředí může ovlivnit léčbu jeho tělesných obtíží?

Tabulka č. 4: Zastoupení odpovědí na otázku č. 3

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Spíše ano	42	100%
Spíše ne	0	0%
Nesouvisí	0	0%
Celkem	42	100%

Tabulka č. 4 ukazuje výsledky třetí otázky, zjišťující názor lékařů, zda rodinné prostředí může ovlivnit léčbu jejich tělesných obtíží. Všechny 42 dotazovaných respondentů zvolilo stejnou možnost *Spíše ano*.

Otázka č. 4: Myslíte si, že přetrvávající a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže souvisejí s psychickými obtížemi?

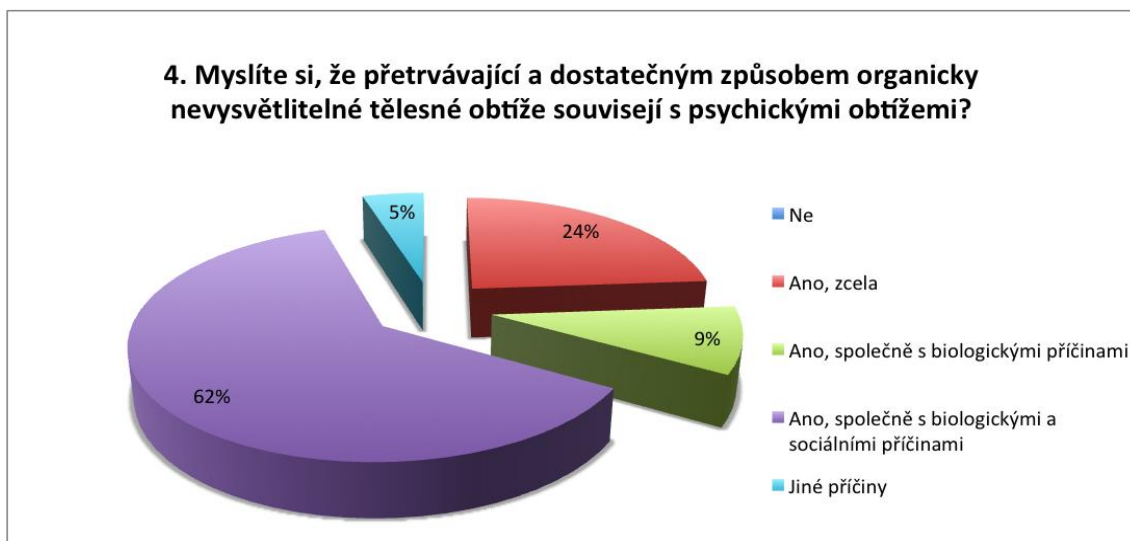
Tabulka č. 5: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	0	0%
Ano, zcela	10	23,8%
Ano, společně s biologickými příčinami	4	9,5%
Ano, společně s biologickými a sociálními příčinami	26	61,9%
Jiné příčiny	2	4,8%
Celkem	42	100%

Z tabulky č. 5 je možné vyčíst, že největší část respondentů (26) odpověděla na otázku zjišťující, zda přetrvávající a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže souvisejí s psychickými obtížemi, možností *Ano, společně s biologickými i sociálními příčinami*. 4 respondenti využili možnosti *Ano, společně s biologickými příčinami*, 10 respondentů *Ano zcela*. Nikdo nevybral možnost *Ne*. Dva respondenti využili možnost jiné odpovědi, kde jeden uvedl, že: *Lze uvést všechny důvody, které jsou obsaženy pod odpověďmi ano, a*

druhý uvedl, že: *Psychosomatické problémy jsou u adolescentů poměrně časté i bez přesných biologických příčin.*

Graf č. 1: Zastoupení odpovědí na otázku č. 4



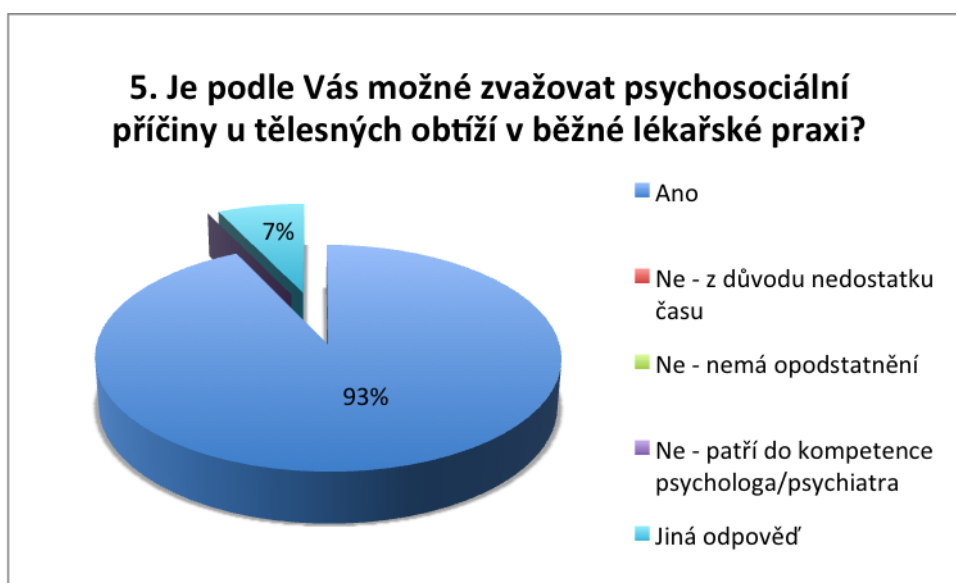
Otázka č. 5: Je podle Vás možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi (v ordinaci dětského praktického lékaře)?

Tabulka č. 6: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	39	92,9%
Ne - z důvodu nedostatku času	0	0%
Ne – nemá opodstatnění	0	0%
Ne – patří do kompetence psychologa/psychiatra	0	0%
Jiná odpověď	3	7,1%
Celkem	42	100%

Z tabulky č. 6 vyplývá, že většina dotazovaných (39) vybrala na otázku, která zjišťuje názor pediatrů na to, zda je možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi, možnost *Ano*. Tři respondenti využili v této otázce jiné odpovědi. Jeden uvedl, že *lékař musí chtít a musí si vytvořit časový prostor*. Další uvedl *ne vždy* a třetí respondent uvedl odpověď *až po vyloučení organické příčiny*.

Graf č. 2: Zastoupení odpovědí na otázku č. 5



Otázka č. 6: Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?

Tabulka č. 7: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6

Možnosti odpovědí	Relativní četnost	Absolutní četnost
Doporučení k psychologickému vyšetření	12	28,6%
Rozhovor s pacientem	23	54,8%
Nesetkávám se s takovými poruchami	1	2,4%
Jiný postup	6	14,3%
Celkem	42	100%

Z tabulky č. 7 vyplývá, že 23 dotazovaných v případě otázky mapující postup pediatriů při podezření na psychosomatické onemocnění zvolilo možnost *Rozhovor s pacientem*. 12 dotazovaných volilo odpověď *Doporučení k psychologickému vyšetření* a pouze 1 osoba zvolila možnost *Nesetkávám se s takovými poruchami*.

6 dotazovaných zvolilo vlastní odpověď. Jiný postup vysvětlil první respondent takto: *Jednak sama mluvím s pacienty i s rodiči, + psychologické, psychoterapeut, a/nebo psychiatrické vyšetření*. Druhý respondent uvedl, že: *Po důkladném pohovoru s pacientem dohodneme další postup, např. rhh, psychologické vyšetření a jiné*, třetí respondent uvedl *ev.psychol.vyš.* Čtvrtý respondent odpověděl: *Nejprve vyloučím organickou příčinu, pak posílám na psychologické vyšetření*. Pátý respondent uvedl v odpovědi *Nejdříve vyloučím organicitu a šestý Jak kdy*.

Graf č. 3: Zastoupení odpovědí na otázku č. 6



Otázka č. 7: Kdo je podle Vás způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka č. 8: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7

Možnosti odpovědí	Relativní četnost	Absolutní četnost
Praktický lékař	18	43,9%
Psycholog/psychiatr	33	80,5%
Psychoterapeut, rodinný či sociální terapeut	31	75,6%
Jiná odpověď	2	4,9%
Celkem	84	100 %

Otázka č. 7, zjišťující názor pediatriů na to, kdo je způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění, umožňovala volbu více odpovědí. Z tabulky č. 8 vyplývá, že odpověď *Praktický lékař* zvolilo 18 dotazovaných, odpověď *Psycholog/Psychiatr* 33 dotazovaných - a odpověď *Psychoterapeut, rodinný terapeut či sociální terapeut* zvolilo 31 dotazovaných. Dva respondenti si vybrali jinou odpověď. První uvedl *MŠ, ZŠ* a druhý uvedl *Spolupráce praktický lékař+specialista+psycholog*. Otázka č. 7 nebyla jedním respondentem zodpovězena.

Graf č. 4: Zastoupení odpovědí na otázku č. 7



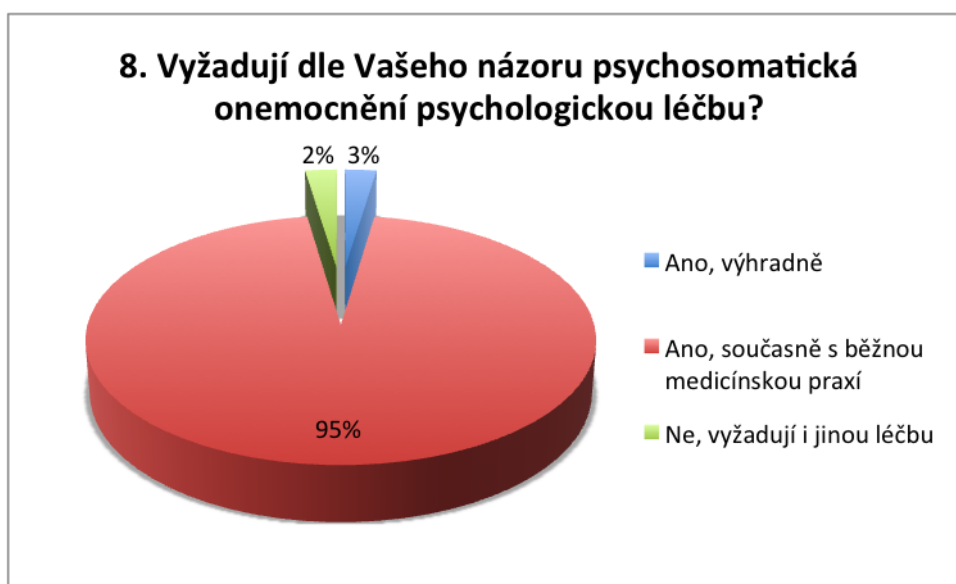
Otázka č. 8: Vyžadují dle Vašeho názoru psychosomatická onemocnění psychologickou léčbu?

Tabulka č. 9: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, výhradně	1	2,4%
Ano, současně s běžnou medicínskou praxí	40	95,2%
Ne, vyžadují jinou léčbu	1	2,4%
Celkem	42	100%

Z tabulky č. 9 vyplývá, že 40 respondentů jsou názoru, že psychosomatická onemocnění vyžadují psychologickou léčbu *současně s běžnou medicínskou praxí*. Pouze jeden respondent vybral možnost *Ano, výhradně* a jeden respondent uvedl jako jinou odpověď *ne vždy*.

Graf č. 5: Zastoupení odpovědí na otázku č. 8



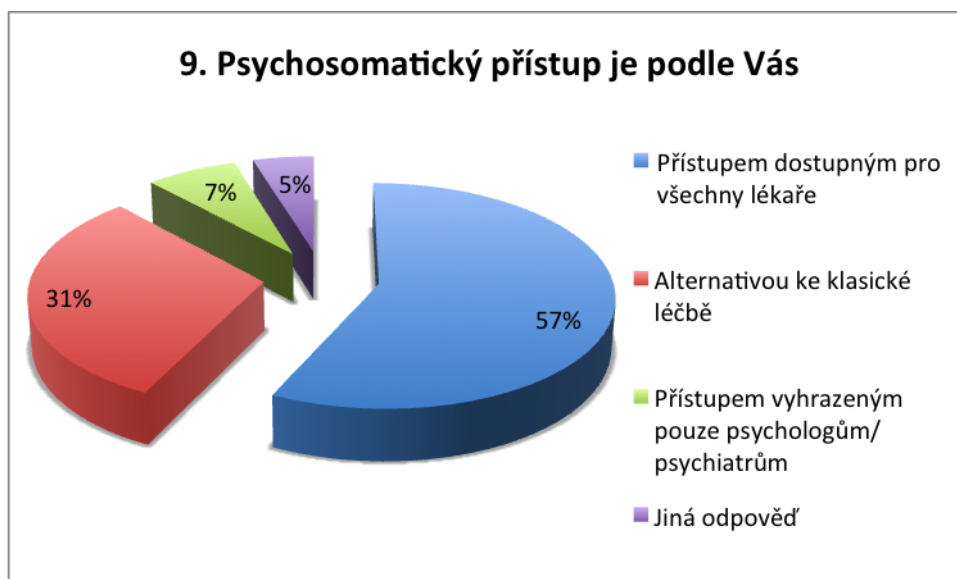
Otázka č. 9: Psychosomatický přístup je podle Vás

Tabulka č. 10: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9

Možnosti odpovědí	Relativní četnost	Absolutní četnost
Přístupem dostupným pro všechny lékaře	24	57,1%
Alternativou ke klasické léčbě	13	31,0%
Přístupem vyhrazeným pouze psychologům/psychiatrům	3	7,1%
Jiná odpověď	2	4,8%
Celkem	42	100%

Tabulka č. 10 znázorňuje odpovědi na otázku č. 9, zjišťující, jak pediatři vnímají psychosomatický přístup. 24 respondentů vybral odpověď *Přístupem dostupným pro všechny lékaře*. 13 respondentů vybralo možnost *Alternativou ke klasické léčbě* - a 3 respondenti vybrali možnost *Přístupem vyhrazeným pouze psychologům/Psychiatrům*. 2 dotazovaní uvedli jako jiné odpovědi: *Měl by být pro všechny lékaře, ale praktici a odborní lékaři nemají dostatek času a erudice řešit, a Nelze ho od klasické léčby oddělovat*.

Graf č. 6: Zastoupení odpovědí na otázku č. 9



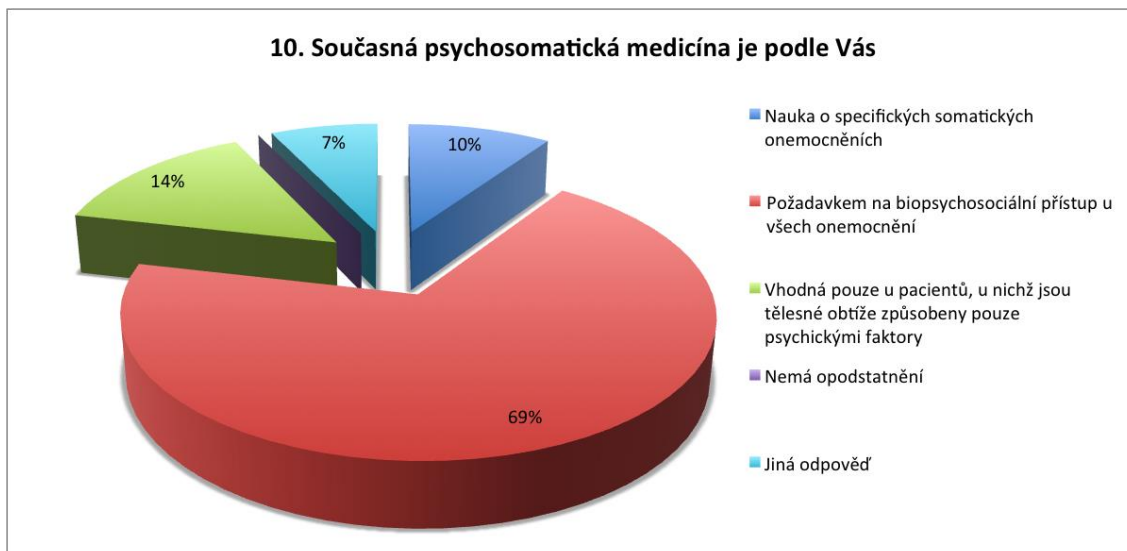
Otázka č. 10: Současná psychosomatická medicína je podle Vás

Tabulka č. 11: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nauka o specifických somatických onemocněních	4	9,5%
Požadavkem na biopsychosociální přístup u všech onemocnění	29	69,0%
Vhodná pouze u pacientů, u nichž jsou tělesné obtíže způsobeny pouze psychickými faktory	6	14,3%
Nemá opodstatnění	0	0%
Jiná odpověď	3	7,1%
Celkem	42	100%

Tabulka č. 11 znázorňuje odpovědi na otázku č. 10 mapující názor pediatriů na současnou psychosomatickou medicínu. Největší počet respondentů (29) vybral odpověď, že současná psychosomatická medicína je *Požadavkem na biopsychosociální přístup u všech onemocnění*. 4 respondenti vybrali možnost, že je *Naukou o specifických somatických onemocněních*. 6 dotazovaných se domnívá, že je *Vhodná pouze u pacientů, u nichž jsou tělesné obtíže způsobeny pouze psychickými faktory*. Tři dotazovaní zvolili jinou, vlastní odpověď. První dotazovaný uvedl, že: *Pacientů, u nichž není jasná příčina somatických obtíží a tudíž se mnohou podílet psychické faktory*. Druhý respondent napsal: *Vzhledem k tomu, že medicína je jedna, neodděloval bych je. S tělem musíme léčit a podpořit i duši*. Třetí respondent uvedl: *Součástí naší denní praxe*.

Graf č. 7: Zastoupení odpovědí na otázku č. 10



Otázka č. 11: Domníváte se, že psychosomatika je

Tabulka č. 12: Zastoupení odpovědí na otázku č. 11

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je v rozporu s klasickou medicínou	0	0%
Je snahou o rozšíření a zkvalitnění klasické medicíny	42	100%
Nepopírá klasickou medicínu, ale ani jí není přínosem	0	0%
Celkem	42	100%

Z tabulky č. 12 vyplývají odpovědi na otázku zjišťující názor pediatrů na to, čím je psychosomatika. Všechny 42 respondentů vybralo stejnou možnost: *Je snahou o rozšíření a zkvalitnění klasické medicíny.*

6.1.2 Deskriptivní statistika získaných bodů

Jednotlivé body byly přiřazeny na základě tabulky vytvořené autorkou a popsaného v kapitole 5.2.2. Pro účely deskriptivní statistiky těchto získaných bodů pak byly vybrány pouze ty položky, které vykazují určitou variabilitu dat, tzn. pouze otázky č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9 a č. 10. U ostatních otázek byla ve sto procentech odpovědí vybrána pouze 1 odpověď.

Výsledky deskriptivní statistiky získaných bodů autorka uvádí v tabulce. Tento krok je podstatný pro následnou korelační analýzu.

Tabulka č. 13: Deskriptivní statistika získaných bodů

	M	SD	Md	Min	Max
Otázka č. 4	0,36	0,48	0	0	1
Otázka č. 5	0,02	0,15	0	0	1
Otázka č. 6	0,74	0,94	0	0	2
Otázka č. 7	1,07	1,01	2	0	2
Otázka č. 8	0,07	0,34	0	0	2
Otázka č. 9	0,69	0,92	0	0	2
Otázka č. 10	0,38	0,73	0	0	2

Legenda: **Otázka č.4**=Myslíte si, že přetrvávající a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže souvisejí s psychickými obtížemi? **Otázka č.5**=Je podle Vás možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi (v ordinaci dětského praktického lékaře)? **Otázka č. 6**=Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)? **Otázka č.7**=Kdo je podle Vás způsobit k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí) **Otázka č. 8**=Vyžadují dle Vašeho názoru psychosomatická onemocnění psychologickou léčbu? **Otázka č. 9**=Psychosomatický přístup je podle Vás, **Otázka č. 10**=Současná psychosomatická medicína je podle Vás, **M**=průměr, **SD**=směrodatná odchylka, **Md**=medián, **Min/Max**=minimální a maximální hodnota.

6.2 Korelační analýza

Po uvedených výsledcích popisné statistiky zvolila autorka další analýzu dat. Vzhledem k tomu, že autorka zhodnotila výsledky pro jednotlivé odpovědi ve výzkumných oblastech za blízké psychosomatickému přístupu, rozhodla se dále zjistit, jaké souvislosti se mezi těmito oblastmi vyskytují. K tomuto účelu provedla korelační analýzu jednotlivých otázek v dotazníku. Korelační analýze podléhaly pouze ty položky dotazníku, které vykazovaly variabilitu dat. U otázek č. 1, č. 2, č. 3 a č. 11 zvolilo 100% probandů pouze jednu možnost, proto do korelační analýzy nebyly zahrnuty.

U těch položek, které tuto variabilitu vykazují, autorka nejprve ověřila rozložení dat. Za tímto účelem provedla Test of Normality Shapiro-Wilk.

Tabulka č. 14: Test of Normality (Shapiro – Wilk)

	W	p
Otázka č. 4	0,607	<. 001
Otázka č. 5	0,142	<. 001
Otázka č. 6	0,657	<. 001
Otázka č. 7	0,635	<. 001
Otázka č. 8	0,219	<. 001
Otázka č. 9	0,647	<. 001
Otázka č. 10	0,55	<. 001

Legenda: **Otázka č.4**=Myslíte si, že přetrvávající a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže souvisejí s psychickými obtížemi?, **Otázka č.5**=Je podle Vás možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi (v ordinaci dětského praktického lékaře)?, **Otázka č. 6**=Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?, **Otázka č.7**=Kdo je podle Vás způsobit k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí), **Otázka č. 8**=Vyžadují dle Vašeho názoru psychosomatická onemocnění psychologickou léčbu?, **Otázka č. 9**=Psychosomatický přístup je podle Vás, **Otázka č. 10**=Současná psychosomatická medicína je podle Vás, **W**=testovací statistika Shapiro-Wilk testu, **p**=oboustranná hladina významnosti

Z výsledku tohoto testu vyplývá, že všechna data, která nabývají určité variability, nesplňují podmínky normálního rozložení. Z tohoto důvodu užila autorka ke korelační analýze Spearmanův korelační koeficient.

Vzhledem k rozsahu práce poukazuje autorka pouze na významné vztahy, které byly prostřednictvím korelační analýzy zjištěny. Signifikantní vztahy byly zjištěny mezi otázkami č. 5 a č. 8, mezi otázkami č. 6 a č. 7, dále mezi otázkami č. 6 a č. 9 a mezi otázkami č. 7 a č. 9. Číselné důkazy u jednotlivých otázek dokládá autorka v tabulkách č. 15 až č. 18.

Tabulka č. 15: Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 5 a č. 8

otázka č. 5	otázka č. 8	
	rho	0,681
	p-hodnota	<0,001***

Legenda: **Otázka č.5**=Je podle Vás možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi (v ordinaci dětského praktického lékaře)?, **Otázka č. 8**=Vyžadují dle Vašeho názoru psychosomatická onemocnění psychologickou léčbu?, **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, ***p<0,001

Tabulka č. 16 Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 6 a č. 7.

otázka č. 6	otázka č. 7	
	rho	0,349*
	p-hodnota	<0,026

Legenda: **Otázka č. 6**=Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?, **Otázka č.7**=Kdo je podle Vás způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí), **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, *p<0,05

Tabulka č. 17: Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 6 a č. 9

otázka č. 6	otázka č. 9	
	rho	0,391*
	p-hodnota	0,011

Legenda: **Otázka č. 6**=Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?, **Otázka č. 9**=Psychosomatický přístup je podle Vás, **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, * $p < 0,05$

Tabulka č. 18: Korelační analýza vzájemného vztahu otázky č. 7 a č. 9

otázka č. 7	otázka č. 9	
	rho	0,518****
	p-hodnota	<0,001

Legenda: **Otázka č.7**=Kdo je podle Vás způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí), **Otázka č. 9**=Psychosomatický přístup je podle Vás, **rho**=Spearmanův korelační koeficient, **p-hodnota**=oboustranná hladina významnosti, * $p < 0,05$

7 DISKUZE

Autorka si ve výzkumné části diplomové práce kladla za cíl zmapovat současný přístup českých pediatrů k psychosomatické a léčbě psychosomatických poruch. V diskuzi se vyjadřuje k výsledkům získaným ze statistického zpracování odpovědí.

K hledání odpovědi autorka směřovala prostřednictvím tří výzkumných oblastí otázek. V případě první výzkumné otázky, zda pediatři spatřují příčinné působení psychosociálních faktorů na rozvoj a léčbu somatických poruch, bylo na základě posouzení deskriptivní statistiky jednotlivých odpovědí sledáno následující. U první položky, kde bylo zjišťováno, zda si lékaři myslí, že se psychické problémy mohou projevit tělesnými obtížemi, byla všemi respondenty vybrána možnost *spíše ano*. Stejně tomu bylo i v případě dalších dvou otázek dotazníku zjišťujících, zda může postoj pacienta a jeho rodinné prostředí ovlivnit léčbu jeho tělesných obtíží. Čtvrtá otázka směřovala k odpovědi na to, jaké příčiny zvažují u přetrvávajících a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelných obtíží. Většina respondentů (61,9%) uvedla vedle psychických obtíží, uvedených v otázce, i biologické a sociální příčiny. Pátá otázka zjišťující názor dětských lékařů na to, zda je možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné praxi, byla výraznou většinou (92,9%) zodpovězena odpovědí *ano*. Na základě těchto odpovědí se autorka domnívá, že pediatři spatřují příčinné působení jak psychologických, tak sociálních příčin společně s biologickými a že je možné tyto příčiny spatřovat v praxi běžného dětského lékaře.

Druhá výzkumná otázka směřovala k poznání, zda pediatři spatřují léčbu psychosomatických poruch pouze psychologickými prostředky, nebo se cítí kompetentně v léčbě těchto pacientů s těmito poruchami ve spolupráci s psychologem. Uvedené výsledky v šesté otázce z dotazníku ukazují, že nadpoloviční většina pediatrů (54,8%) se při podezření na psychosomatické onemocnění nejprve uchýlí k rozhovoru s pacientem. K tomuto postupu směřují i

dva respondenti, které označili jinou možnost. První odpovědí bylo: *Jednak sama mluvím s pacienty i s rodiči, + psychologické, psychoterapeut, a/nebo psychiatrické vyšetření.* Druhou odpovědí bylo: *Po důkladném pohovoru s pacientem dohodneme další postup, např. rhb, psychologické vyšetření a jiné.* Zbylí respondenti volí po specializovaných vyšetřeních a vyloučení organické příčiny jako první postup psychologické vyšetření. Z odpovědí na sedmou otázku dotazníku vyplývá, že nejvíce respondentů označuje za způsobilé k léčbě psychosomatických poruch jak psychology, tak psychoterapeuty i pediatry. Poslední jmenovaní byli však v odpovědích označováni nejméně. Osmá otázka dotazníku přímo zjišťovala, zda jsou pediatři názoru, že psychosomatické poruchy je třeba léčit pouze psychologickými prostředky. Výrazná většina 95,2 % je toho názoru, že vyžadují psychologickou léčbu současně s běžnou medicínskou praxí. Vzhledem k tomu, že z poznatků uvedených v teoretické části vyplývá, že samotné informování pacienta o možné povaze jeho poruchy praktickým lékařem a pohovoření s ním je v jeho léčbě důležitým krokem, autorka konstatuje, že je tento postup velmi dobře nakloněn psychosomatickému přístupu. Na základě výsledků položek vazajících se na druhou výzkumnou oblast lze dle autorky usoudit, že většina dotazovaných pediatriů spolupracuje s psychology, a zároveň se na procesu léčby aktivně podílí rozhovory s pacienty.

V rámci třetí výzkumné otázky bylo zjišťováno, zda pediatři považují psychosomatický přístup za součást běžné praxe, nebo pouze za alternativní léčbu. K odpovědi autorka směřovala prostřednictvím tří položek v dotazníku, které mapovaly povědomí o psychosomatice v jejím širším kontextu. Výsledky deváté otázky z dotazníku ukazují, že většina pediatriů 57,1 % spatřuje psychosomatický přístup jako dostupný pro všechny lékaře. K této odpovědi směřují také dva respondenti, kteří se rozhodli uvést vlastní odpověď. První uvedl, že: *Měl by být pro všechny lékaře, ale praktici a odborní lékaři nemají dostatek času a erudice řešit* a druhý napsal, že *Nelze ho od klasické léčby oddělovat.* 31 % lékařů se domnívá, že je alternativou ke klasické léčbě a pouze 7,1 % vybrala možnost, že je přístupem pouze pro psychology. Desátá položka

dotazníku zjišťovala, čím je podle pediatriů současná psychosomatická medicína. Celých 69 % respondentů uvedlo možnost, že je *Požadavkem na biopsychosociální přístup u všech onemocnění*, tedy možnost, která psychosomatickému přístupu z nabízených odpovědí nejvíce odpovídá. Výsledky poslední položky dotazníku pak ukazují, že 100 % dotazovaných se domnívá, že psychosomatika je snahou o rozšíření a zkvalitnění klasické medicíny. Na základě výsledků jednotlivých otázek dotazníku vázajících se na třetí výzkumnou oblast bylo shledáno, že pediatrii vykazují spíše kladný vztah k psychosomatice.

Po zhodnocení výsledků korelační analýzy autorka dospěla k následujícím vztahům, vyplývajících ze zjištěných vztahů mezi otázkami. Prvním prokázaným vztahem u otázek č. 5 a č. 8 je, že pediatrii, kteří uvažují psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi, pak i odpovídají, že psychosomatická onemocnění vyžadují psychologickou léčbu současně s medicínskou praxí. Autorka se na základě tohoto vztahu domnívá, že akceptace psychosociálních příčin je tedy důležitým faktorem pro následnou spolupráci v léčbě psychosomatických poruch pediatriů a psychologů. Další vztah byl korelační analýzou prokázán u otázek č. 6, kde většina pediatriů považuje za první krok při podezření na psychosomatickou poruchu rozhovor s pacientem a č. 7, kde pediatrii v největším počtu označují zároveň psychologa, psychoterapeuta i praktického lékaře za způsobilého v léčbě psychosomatických poruch. Tento vztah naznačuje otevřenost ke spolupráci všech jmenovaných odborníků při léčbě těchto poruch. Otázka č. 6 zároveň významně koreluje s otázkou č. 9, kde se většina pediatriů domnívá, že psychosomatický přístup je dostupný pro všechny lékaře. Poslední uváděná silná korelace ještě prokazuje vztah mezi otázkami č. 7 a č. 9. Z uvedených výsledků se autorka domnívá, že chápání psychosomatického přístupu jako přístupu dostupného pro všechny lékaře (ne pouze jako alternativy, nebo přístupu vyhrazeného psychologům) pak přispívá k přesvědčení, že na léčbě by se měl podílet pediater, psycholog i psychoterapeut ve vzájemné spolupráci.

Po zhodnocení všech uvedených oblastí zkoumání dle autorky vyplývá, že lékaři se nejvíce shodují na tom, že psychosociální příčiny mohou mít vliv na

vznik a léčbu somatických nemocí. V postupu léčby těchto poruch je pak u nadpoloviční většiny dotazovaných lékařů zásadní rozhovor s pacientem a spolupráce s psychology, psychoterapeuty a dalšími specialisty. Stále však zůstává významná část pediatriů, kteří jako hlavní nástroj léčby spatřují pouze psychologickou léčbu, a to jak při prvním podezření na psychosomatickou poruchu, tak v její následné léčbě. Psychosomatiku však převládající část pediatriů považuje za přístup dostupný všem lékařům, který by neměl být alternativou, ale součástí klasické léčby. Na základě těchto poznatků se autorka domnívá, že čeští pediatri představují dobrou připravenost pro lepší prosazování psychosomatického přístupu do ordinací praktických lékařů.

Vzhledem k tomu, že studie věnované psychosomatickému přístupu u pediatriů nebyly autorkou nalezeny, porovnává výsledky se srovnatelnými studii, které se věnují dané problematice u praktických lékařů pro dospělé. Ze zjištění výzkumné studie Feuersteinové (2014) zaměřující se na psychosomatický přístup v českém zdravotnictví vyplývá, že postoje českých lékařů k psychosomatické specializaci a psychosomatickému přístupu obecně jsou kladné, a na psychosociální faktory pacientů je brán zřetel.

Výše uvedená zjištění se ukazují být v souladu s výsledky této studie. V dalším výzkumném šetření by tak mohlo být zajímavé porovnat, jak se tento přístup liší u lékařů pro dospělé a pediatriů, vzhledem k častějšímu výskytu psychosomatických onemocnění v dětském a dorostovém věku. Za významné zjištění v oblasti aplikování psychosomatického přístupu uvádí dále Feuersteinová (2014) překážky na straně pacienta, v jeho přístupu očekávajícího sérii vyšetření s konkrétními výsledky a léčbou.

Autorka této práce shledává, že výše zmíněné aspekty nebyly v její studii mapovány a klade si otázku, zda by se tyto překážky mohly objevovat i u lékařů, pracujících s pacienty dětského a dorostového věku. Určitý směr potřeby zkoumání této oblasti přinášejí dle názoru autorky i výsledky její studie, kdy významná část pediatriů neuvádí rozhovor jako první postup v případě podezření

na psychosomatické onemocnění. Další výzkumná studie by se pak mohla lépe zaměřit na oblast interakce lékařů s psychosomatickými pacienty na úrovni jejich informování o povaze onemocnění a následné léčby.

Dubová (2016) dochází ve své výzkumné studii věnující se postoji lékařů k psychosomatickému přístupu ke zjištění, že kromě časové náročnosti spatřují lékaři vlastní nekompetenci pramenící z nedostatečné vzdělanosti v psychosomatice a finanční náročnosti případného odborného sebevzdělání.

K výsledkům výše zmíněné studie se váže zjištění ve výsledcích této práce – pediatři sami jmenují ve vlastních výpovědích časovou náročnost i nedostatky ve vzdělání. Autorka této práce se tak domnívá, že by v dalším výzkumném šetření mohlo být přínosné porovnat, jak se přístup k psychosomatice liší u pediatrů s dlouholetou praxí a pediatrů, kteří měli nově možnost vzdělání v nástavbovém oboru Psychosomatika.

Z limitací výzkumné studie je třeba uvést absenci demografických charakteristik souboru. Pro budoucí výzkumné šetření se jeví potřeba rozlišení věku respondentů, pro lepší zachycení možného vlivu nově upraveného vzdělání lékařů v oboru psychosomatiky. Další limitací studie spatřuje autorka v tom, že k vyplnění dotazníku mohli přispět nejvíce právě ti lékaři, kterým je psychosomatický přístup blízký, přestože se k němu explicitně nehlásí – skupina se tak mohla sama selektovat pouze na základě informací, že se jedná o výzkum se zaměřením na psychosomatiku. Pro eliminaci tohoto nedostatku v dalších šetřeních by bylo vhodné zařadit do výzkumu kontrolní skupinu. I přes uvedené limity své práce se však autorka domnívá, že výsledky vykazují pozitivní směr vzhledem k potřebám psychosomatické medicíny.

ZÁVĚR

Psychosomatické poruchy, které se u dětí a dospívajících často vyskytují, vyžadují pozornost z řad psychologů, psychoterapeutů i pediatriů v jejich vzájemné spolupráci. V teoretické části byl vymezen vývoj psychosomatického myšlení v České republice odlišný ve srovnání s jeho vývojem v zahraničí, z čehož pramení i předpokládané nedostatečné uplatňování psychosomatického přístupu v praxi českých lékařů. Autorka v teoretické části dále specifikovala faktory podílející se na vzniku těchto poruch, jejich diagnostiku i následnou léčbu a z toho vyplývající důležitost přístupu pediatriů k nim na všech těchto úrovních.

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat a popsat současný přístup pediatriů k psychosomatické a léčbě psychosomatických poruch v běžné praxi. Vzhledem k tomu, že tato oblast ještě nebyla dostatečně probádaná, použila autorka smíšený design výzkumu pro lepší zmapování a pochopení výzkumného problému. K realizaci cílů a hledání odpovědí na stanovené výzkumné otázky zvolila autorka sběr dat pomocí dotazníku, který k těmto účelům sestavila a které po následném statistickém zpracování kvalitativně hodnotila. Výzkumného šetření se zúčastnilo 42 pediatriů vykonávajících svoji praxi v České republice.

Danou oblast se dle autorky podařilo zmapovat a výsledky studie byly popsány v diskuzi. Z výsledků studie vyplývá, že psychosociální příčiny jsou většinou pediatriů akceptovány jako faktory, které mohou mít vliv na vznik a léčbu somatických onemocnění. Dále bylo zjištěno, že větší část pediatriů volí při podezření na psychosomatickou poruchu rozhovor s pacientem a v následné léčbě spatřuje kompetentní psychology, psychoterapeuty i sebe samotné. Ačkoli je tento přístup převládající, nemalá část pediatriů i nadále spatřuje diagnostiku a léčbu pouze v rukou psychologa. K psychosomatické v širším kontextu má převažující část pediatriů kladný přístup. Není považována za alternativu klasické medicíny, ale je vnímána jako snaha o zkvalitnění klasické medicíny. Autorka

tak dochází k závěru, že pediatrii představují nadějnou oblast pro lepší prosazování psychosomatického přístupu. Zároveň však z výsledků vyvstává potřeba lepší opory ve vzdělání a zaměření se na jeho praktickou aplikaci v přístupu k pacientovi. Výsledky této pilotní studie tak nastolují nové otázky a ukazují, jak důležité by bylo pokračovat v šetření dané oblasti.

Změna biomedicínského modelu lékařské péče opomíjejícího psychosociální faktory je u nás, oproti uvedeným trendům v zahraničí, zatím velmi pomalá. Tato studie však nabízí nadějný pohled na postupnou přeměnu pediatrické lékařské společnosti.

LITERATURA

AYERSOVÁ, Susan a Richard de VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5230-3.

BARKER, Philip. *Rodinná terapie*. Přeložili Jan LORENC, Zuzana LEBEDOVÁ a Jana MATOUŠKOVÁ. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-530-5.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÝ, Jaroslav, ŠAVLÍK, Jiří a ŠIMEK, Jiří. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.

BASH, K. W. Psychosomatic Diseases and the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment*. 1986. Vol. 50(3), s.350-357. ISSN 0022-3891.

BLUME, H. K., BROCKMAN, L. N. a C. C. BREUNER. Biofeedback Therapy for Pediatric Headache: Factors Associated With Response. *Headach: The Journal of Head and Face Pain*. July 2012. Vol. 52, Issue 9. ISSN 0017-8748.

ČAPKOVÁ, Š. Nejčastější kožní choroby v dětském věku a jejich léčba. *Pediatric pro praxi*. 2008; 9(6): 369-375. ISBN neuvedeno.

CRESWELL, J. W. *Research design: Qualitative, quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4. edition. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2013. ISBN 978-1-4522-2609-5.

DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. Přeložila Renata HÖLLGEOVÁ. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.

DUBOVÁ, Magdaléna. *Postoj lékařů k psychosomatickému přístupu při vzniku a léčbě onemocnění*. Diplomová práce. Brno, 2016. Masarykova univerzita.

Filozofická fakulta. Psychologický ústav. Vedoucí: PhDr. Hana Neudertová, Ph.D.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.

FEUERSTEINOVÁ, Judita. *Psychosomatický přístup v českém zdravotnictví*. Diplomová práce. Olomouc, 2014. Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí: MUDr. Miroslav Ortel, PhDr.

GJURIČOVÁ, Šárka a KUBIČKA Jiří. *Rodinná terapie: Systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0415-3.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4. rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.

HONZÁK R. a CHVÁLA V. Psychosomatická medicína. *Psychosom.* 2014; 12(2). ISSN 1214-6102.

HOSKOVCOVÁ Simona. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1424-8.

CHARON, R. Narrative medicine. A Model of Empathy, Reflection, Profession and Trust. *The Journal of the American Medical Association*. 2001; 286(15), 1897-1902. ISSN 1538-3598.

CHROMÝ, Karel, HONZÁK, Radkin a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.

CHVÁLA, V. a TRAPKOVÁ, L. Proč se medicína brání systemické teorii. In: Jiří RŮŽIČKA (Ed.) *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-750-X.

KROUFKOVÁ, Jarmila. *Využití jógy a relaxačních cvičení na základní škole praktické se zaměřením na jedince ze sociokulturně znevýhodněného prostředí*. Diplomová práce. Brno, 2007. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta.

Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí: doc. PaedDr. Miroslava Bartoňová, Ph.D.

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.

KUČÍREK, Jiří. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-80-6.

LANGMAIER, J., BALCAR, K. a ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. A přeprac. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.

LOEW, T. H. Psychosomatika je vynikající pole pro současný moderní výzkum. *Psychosom.* 2015, 9. ISSN 2336-7741.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0000-0.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: H&H, 1992. ISBN 80-85467-42-9.

McDANIEL. S. H., HEPWORTH. J. a DOHERTY W. J. Medical Family Therapy with Somaticizing Patients: The Co-Creation of Therapeutic Stories. *Family Process*. September 1995. Vol. 34: 349 – 361. ISSN 1545-5300.

PECHÁČKOVÁ, Soňa. *Zpráva o systemické terapii*. Praha: Institut pro systemickou zkušenost, 1993. ISBN neuvedeno.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha: PVŠPS, 2010. ISBN 978-80-904541-8-7.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SHAW, R. J. a DeMASO D. R. *Clinical Manual of Pediatric Psychosomatic Medicine. Mental Health Consultation With Physically Ill Children and Adolescents*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2006. ISBN 1-58562-187-0.

SKORUNKA, D. Životní příběhy jako základ psychosomatické medicíny. *Psychosom.* 2009; 7 (1). ISSN 2336-7741.

STACKEOVÁ, D. Využití kinezioterapie v terapii psychosomatických pacientů. *Psychosom.* 2015; 13 (2), 101-111. ISSN 1214-6102.

SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D. a VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.

TAYLOR, G. J. Somatizace a konverze: odlišné nebo překrývající se konstrukty? *Revue psychoanalytická psychoterapie*. Přeložila Eva KLIMENTOVÁ. 2012, roč. 14, č. 2, s. 7-23. ISSN: 1212-7280.

TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA, *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-7178-889-9.

TRESS, W., KRUSSE, J. a OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Přeložil Lubor ŠPÍŠ. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.

TURČEKOVÁ, L. Psychosomatika v dermatologii. *Psychosom.* 2012; 10(2),84-92. ISSN 1214-6102.

INTERNETOVÉ ZDROJE

SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS, Co je psychosomatická medicína? *SPM ČLS* [online]. 2015. [cit. 24. 3. 2016]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=733

SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS, Tisková zpráva: Česká republika má odbornou společnost psychosomatické medicíny. *SPM ČLS* [online]. 2014. [cit. 24. 3. 2016]. Dostupné z: http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=540

PŘÍLOHA

Dotazník použitý ve výzkumném šetření

- 1) Myslíte si, že psychická nerovnováha, stres a další problémy (ve škole, v rodině) se mohou projevit tělesnými obtížemi?**
 - a) Spíše ano
 - b) Spíše ne
 - c) Nesouvisí

- 2) Domníváte se, že postoj pacienta může ovlivnit léčbu jeho tělesných obtíží?**
 - a) Spíše ano
 - b) Spíše ne
 - c) Nesouvisí

- 3) Myslíte si, že rodinné prostředí může ovlivnit léčbu tělesných obtíží?**
 - a) Spíše ano
 - b) Spíše ne
 - c) Nesouvisí

- 4) Myslíte si, že přetrvávající a dostatečným způsobem organicky nevysvětlitelné tělesné obtíže souvisejí s psychickými obtížemi?**
 - a) Ne
 - b) Ano, zcela
 - c) Ano, společně s biologickými příčinami
 - d) Ano, společně s biologickými a sociálními příčinami
 - e) Jiné příčiny – prosím uveďte

- 5) Je podle Vás možné zvažovat psychosociální příčiny u tělesných obtíží v běžné medicínské praxi (v ordinaci dětského praktického lékaře)?**
 - a) Ano
 - b) Ne – z důvodu nedostatku času
 - c) Ne - nemá opodstatnění
 - d) Ne – patří do kompetence psychologa/psychiatra
 - e) Jiná odpověď (doplňte)

6) Jak nejprve postupujete v případě podezření na psychosomatické onemocnění (po všech specializovaných odborných vyšetřeních)?

- a) Doporučení k psychologickému vyšetření
- b) Rozhovor s pacientem
- c) Nesetkávám se s takovými poruchami
- d) Jiná odpověď (doplňte)

7) Kdo je podle Vás způsobilý k léčbě psychosomatických onemocnění? (můžete označit více odpovědí)

- a) Praktický lékař
- b) Psycholog/psychiatr
- c) Psychoterapeut, rodinný či sociální terapeut
- d) Jiná odpověď (doplňte)

8) Vyžadují dle Vašeho názoru psychosomatická onemocnění psychologickou léčbu?

- a) Ano, výhradně
- b) Ano, současně s běžnou medicínskou praxí
- c) Ne, vyžaduje jiné způsoby léčby – uveďte jaké.....

9) Psychosomatický přístup je podle Vás

- a) Přístupem dostupným pro všechny lékaře
- b) Alternativou ke klasické (biomedicínské) léčbě
- c) Přístupem vyhrazeným pouze psychologům/psychiatrům

10) Současná psychosomatická medicína je podle Vás

- a) Nauka o specifických somatických onemocněních
- b) Požadavkem na biopsychosociální přístup u všech onemocnění
- c) Vhodná pouze u pacientů, u nichž jsou tělesné obtíže způsobeny pouze psychickými faktory
- d) Nemá opodstatnění
- e) Jiná odpověď

11) Domníváte se, že psychosomatika

- a) Je v rozporu s klasickou medicínou
- b) Je snahou o rozšíření a zkvalitněním klasické medicíny
- c) Nepopírá klasickou medicínu, ale ani jí není přínosem

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Natálie Burešová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Psychosomatické poruchy dětí a dospívajících

Počet stran (bez příloh): 77

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 34

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 6

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Jakubů, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2016

Posudek oponenta diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: Bc. Natálie Burešová
 Obor studia: Jednooborová psychologie
 Název práce: Psychosomatické poruchy dětí a dospívajících
 Oponent práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 77
 Počet stránek příloh: 2
 Počet titulů v seznamu literatury: 40
 Počet internetových odkazů:
 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Ve své práci neuvádíte z jak velkých měst byli, lékaři které jste oslovila a z jak velkých měst byli ti co dotazník vyplnili, byla by tato otázka zajímavá pro výzkum?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ve své diplomové práci si autorka zvolila velmi aktuální téma a zaměřila se na problematiku psychosomatický poruch u dětí a dospívajících, což považuji, vzhledem ke studijnímu programu za vhodné.
Teoretická část diplomové práce je velmi pěkně vypracovaná, dobře srozumitelná. Autorka prokazuje, že umí pracovat s odbornou literaturou.
Praktickou část považuji za dobře vypracovanou, obsahuje informace bez zavádějících komentářů, škoda jen že respondentů bylo jen 42 z oslovených 158. V závěrečném hodnocení je patrná osobní zkušenost autorky a její profesionální přístup k danému tématu

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1-2

Datum, podpis:

8.9.2016

Mgr. Eva Petráková



**Posudek vedoucího/eponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Bc. Natálie Burešová**

Obor studia: **Psychologie**

Název práce: **Psychosomatické poruchy dětí a dospívajících**

Vedoucí práce: **PhDr. Jiří Jakubů PhD.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **72(77)**

Počet stránek příloh: **2**

Počet titulů v seznamu literatury: **40 (42)**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

1				
---	--	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

1				
---	--	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1				
---	--	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
---	--	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

1				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) jaké by byly vaše další kroky při potenciálním novém výzkumu v této oblasti
- 2) co byste doporučila lékařům, psychologům a terapeutům již nyní

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma práce je odborně velmi atraktivní, výzkumně málo zpracované, společensky významné a politicky (ve smyslu zdravotní a vzdělávací politiky státu a lékařských oborů) aktuální. Autorčin vklad je nejen v originálním výběru tématu (specifická kategorie „pediatrů“ a jejich prakticky poučeného pohledu na psychosomatické otázky), ale i v celkovém přístupu při práci na projektu. V průběhu přípravné fáze byl zřetelný autorčin profesní i osobní zájem o danou problematiku, s vedoucím práce systematicky konzultovala dílčí otázky a samostatně zpracovávala výsledný design a vyhodnocení svého výzkumného projektu. V teoretické části přehledně představuje (nemnohé) dostupné poznatky v literatuře naší a vhodně využívá i zahraniční zdroje: rozdělení této části na 4 navazující kapitoly, v nichž krok za krokem zaostřuje fokus na „své“ téma je vynikající. V části prakticko-výzkumné si rovněž v kombinaci kvantitativní a kvalitativní metodologie flexibilně poradila s nástrahami a omezeními, které velmi profesionálně referuje v diskusi: ačkoli nelze hovořit o reprezentativitě, lze získané výsledky z tohoto pilotního projektu využít pro další interpretace, hypotézy a nové výzkumy, ale také pro výuku a osvětu lékařů, psychologů a terapeutů.

Vzhledem k nedostatečnému výzkumnému zmapování dané oblasti a také proto, že (jak autorka sama píše) dětský lékař se s psychosomatickým pacientem a jeho rodinným kontextem setkává jako první je autorčin projekt velmi cenný. Mimo jiné totiž zpochybňuje některé tradované „mýty“ o nedoceňování psychosociálních faktorů a psychosomatiky u praktických lékařů a naopak naznačuje jejich otevřenost pro širší možnosti komplexní spolupráce v duchu Engelova biopsychosociálního modelu. I proto by si výsledky její práce zasloužili publikaci v odborném periodiku. Autorčinu práci považuji za výbornou.

Doporučení k obhajobě: **Doporučuji/nedoporučuji***

Datum, podpis:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. K.', written in a cursive style.

*
nehodící se, škrtněte