Psychoterapia

Psychoterapie somatizace u dětí a dospívajících: obecné a specifické aspekty

David Skorunka

Psychotherapy of somatisation at children and adolescents: some general and specific aspects

Souhrn

Článek pojednává o různých aspektech psychoterapie a rodinné terapie u dítěte/dospívajícího s projevy somatizace. Somatoformní projevy ovlivňují kvalitu života nejen dítěte či dospívajícího, ale i celou rodinu. Přestože tělesné potíže charakterizované jako somatoformní nejsou jasně vysvětlené a objektivizovatelné z medicínského hlediska, velmi často negativně ovlivňují každodenní život a možnosti jak jedince, tak celé rodiny. Z toho důvodu může systematická psychoterapie a rodinná terapie přispět nejen pro odstranění tělesných potíží, ale často pro zlepšení kvality života rodiny. V dané indikaci má psychoterapie a rodinná terapie některá specifika, jež jsou společně s některými obecným principy námětem článku.

Klíčová slova: somatizace, somatoformní poruchy, psychosomatická perspektiva, psychoterapie, rodinná terapie.

Summary

The article deals with both general and specific aspects of psychotherapy and family therapy with children/adolescents who are diagnosed within a category of somatophorm disorders. Various manifestations of somatisation have impact on quality of life of both child/adolescent and also his/her family. Despite the fact that physical symptoms classified as somatophorm are often not explained or objectified sufficiently from a strict biomedical viewpoint, they frequently influence everyday life of the individual as well as the family. Thus systematic psychotherapy and/or family therapy seems necessary not only for relief from the symptoms but also for improvement of quality of life. Apart from the general aspects, several specifics for psychotherapy and family therapy in this indication are discussed.

Key words: somatisation, somatoform disorders, psychosomatic perspective, psychotherapy, family therapy.

Úvod

V souvislosti s etipatogenezí somatizace a somatoformních projevů, častého fenoménu v klinické praxi, jsou různé vývojové okolnosti a precipitující faktory týkajících se rodiny (Eminson, 2001). Různé výzkumné práce i teoretické koncepty dávají vznik a trvání somatoformních neboli tzv. lékařsky nevysvětlených příznaků (*medically unexplained symptoms*) do souvislosti s kvalitou rodinných vztahů (Skorunka, 2006). Na základě mnoha poznatků můžeme předpokládat, že poznání vztahových rodinných souvislostí musí být bráno v potaz při psychoterapeutické práci s dítětem či dospívajícím a jeho rodinou. Proto je překvapivé, že mnozí autoři, kteří se problematikou somatizace v dětství a dospívání zabývají, o rodinné terapii referují minimálně, nebo vůbec. I když rodinná terapie rozhodně není jediným možným terapeutickým přístupem, nelze si dost dobře představit, že by komplexní péče či léčba dítěte/dospívajícího s tělesnými tzv.

Ústav sociálního lékařství Univerzita Karlova v Praze, Ústav sociálního lékařství Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou
Adresa: MUDr. David Skorunka, Ústav sociálního lékařství Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Šimkova 870, Hradec Králové, 50038, E-mail: skor@lfhk.cuni.cz

lékařsky nevysvětlitelnými příznaky spolupráci s rodinou nezahrnovala. Nejde jen o to, že tzv. identifikovaným pacientem je v tomto případě nezletilý jedinec. Rodiče lékaře či terapeuta kontaktují a tím iniciují vznik významného interakčního pole a zároveň se stávají jedním z účastníků potenciální terapeutické spolupráce. Z toho důvodu bude pozornost věnována obecným i specifickým aspektům psychoterapie a rodinné terapie, které může být v případě somatizace u dětí a dospívajících indikována.

Obecné principy

Různí autoři z lékařské či psychoterapeutické obce upozorňují na některé rysy, které jsou pro rodiny potýkající se s problémem somatizace charakteristické (Garralda, 1999, Eminson, 2001, Hotopf, 2000, Craig, 2002). Zároveň tito odborníci tvrdí, že k somatoformním potížím dítěte či dospívajícího nelze jednoduše přiřadit konkrétní typ rodinné dysfunkce či existenci určitého, typicky se vyskytujícího problému. S jedním z uváděných rysů typických pro rodiny s tímto problémem se přesto v klinické praxi setkáváme téměř pravidelně. Jedná se o úporné zaměření pozornosti na somatickou či medicínskou stránku problému a obtížné přijímání širšího, psychologického či psychosociálního pohledu. Tento rys je patrný navzdory tomu, že opakovaná vyšetření vyloučila přítomnost tzv. organické příčiny tělesných potíží a měla by, alespoň dle obvyklého názoru lékařů, rodičům dítěte či dospívajícího přinést uklidnění. To ale samozřejmě není možné, pokud si dítě nadále stěžuje na bolesti, únavu atd. a tělesné příznaku komplikují běžný život nejen jemu, ale mnohdy i celé rodině. S uváděnými charakteristickými rysy se pojí i některé základní prvky zvládání problému a léčby, kterou jsou v této souvislosti zmiňovány (tab. 1).

Tabulka 1. Klíčové prvky zvládání somatoformní poruchy u dětí (upraveno dle Eminson, 2001).

- Důkladně provedená anamnéza; věnování pozornosti stresovým faktorům a nedávným významným událostem v životě dítěte/rodiny
- Adekvátní informování o výsledcích všech provedených vyšetření
- Prozkoumání výkladů (přesvědčení) a obav v rodině v souvislosti existencí somatoformních potíží u dítěte.
- Postupně podporovat návrat rodiny k normálnímu životnímu stylu.
- Poskytnout model objasňující psychosomatickou povahu potíží rodině.

Pozornost jednostranně zaměřená na tělesné projevy a mírně řečeno zdrženlivý postoj k nemedicínským výkladům bývají často komplikací při již tak náročném úkolu získat rodinu k delší, systematické spolupráci. Tím není myšlena neohraničená doba spolupráce trvající několik měsíců až let bez společného monitorování přínosu pro rodinu a případného výsledku psychoterapie. Pokud se podaří získat si důvěru rodiny, tedy rodičů, dítěte či dospívajícího, případně dalších členů rodiny, obvykle je pak šance na uspokojivý výsledek terapeutické spolupráce vyšší. Z toho vyplývá, že první setkání s rodinou a první kroky terapeuta mohou zvýšit nebo snížit pravděpodobnost pokračování spolupráce. Získání rodiny zápasící se somatizací není vždy snadné a terapeutovo úsilí i dobře míněné kroky mohou zmařit nejrůznější okolnosti.

Je naprosto nezbytné od počátku respektovat realitu tělesných potíží tak, jak je dítě či dospívající vnímá, včetně výkladů, kterých se rodina drží. Pokud je terapeut pro rodinu důvěryhodnou a neohrožující osobou, může se pokusit o podnícení posunu ve vnímání a chápání problému. Tím je postupná transformace přesvědčení o existenci choroby v medicínském významu a nutnosti správné diagnózy směrem k vytvoření sdíleného konceptu, který nemusí nezbytně obsahovat metaforu nemoci, ale spíše představu o rozmanitých projevech organismu v tísni, formu signalizace potřeb, případně způsob komunikace ve významných vztazích. Obrazně řečeno se terapeut ocitá podobně jako bájný Odysseus mezi dvěma hrozbami reprezentovanými Skyllou a Charybdou, kterým se musí na své plavbě vyhnout. Na jedné straně má respektovat pohled rodiny, na druhé straně se musí pokoušet citlivě rozšiřovat zorné pole a umožňovat vynoření jiných významů či porozumění. Sklouznutí do jednoho z obou extrémů znamená konec putování, v terapeutickém případě pak konec spolupráce a další zklamání pro rodinu.

Podněcování porozumění, nových významů, jež se mohou v optimálním případě stát odrazovým můstkem pro nové interakce a chování, je možné opět pouze za určitých podmínek. Je důležité, aby členové rodiny měli pocit, že jejich subjektivní zkušenost a svébytné utváření společného světa není terapeutem zpochybňováno. Na druhou stranu je často nutná postupná dekonstrukce přesvědčení, že se jedná o tělesné, nebo dokonce závažné onemocnění, jež se nedaří diagnostikovat. Součástí tohoto procesu je posun pozornosti k těm aspektům života dítěte, dospívajícího a rodiny, které mohou být významné, leč v pozadí v důsledku obtěžujících tělesných projevů. Postupné dekonstrukci musí předcházet prozkoumání navyklých způsobů interpretace tělesných projevů a dění v rodině, obvyklých způsobů interakce zejména těch, které se týkají vyjadřování emocí, podpory, pomoci apod. Samozřejmostí je i „prohlížení“ si existence příznaku v různých kontextech a vztazích. Zde se dostáváme se zde k dalšímu odyseovskému dilematu. Četné výklady představitelů různých psychoterapeutických škol či psychologických teorií jsou bezesporu cenným průvodcem pro klinickou psychoterapii či rodinnou terapii, mezi jejichž základní rysy patří nejistota. Co je důležité, co se v rodině odehrává, jaké významné okolnosti přispívají k trvání potíží, jaké dosud nevyužité dřímající možnosti a potenciál lze v rodině posilovat ? To jsou jen některé z mnoha otázek, na které usilovně hledá odpovědi nejen začínající psychoterapeut. Vývojové aspekty, komunikační vzorce, rozličná traumata a projevy dysfunkčního fungování rodiny jsou jen některé z mnoha

faktorů, které je třeba brát v úvahu. Bez znalosti základních teroretických konceptů by psychoterapie byla slepá, nicméně při tvrdošíjném lpění na jediném možném výkladu by se stala zaslepenou. Nelehkým úkolem je tedy snaha o zachování zdravého odstupu od expertního před-porozumění, jež Andersonová s Goolishianem v kontextu své klinické zkušenosti pojmenovali jako tzv. *not knowing approach* (Anderson, Goolishian, 1992). Jinými slovy, bez ohledu na výzkumy a klinickou zkušenost vlastní i zkušenost respektovaných autorit oboru, vše může být v konkrétním případě jinak. Dějiny rodinné terapie jsou plné příběhů, kdy terapeutovo zaujetí vlastním či preferovaným konceptem bránilo otevřenosti jiným možnostem, nemluvě o schopnosti být vnímavý k tomu, jak své situaci rozumí rodina a jaké potřeby si přináší do terapie.

Je otázkou, zdali je úplné oproštění se od předsudků a předpojatostí, včetně těch odborných, reálné. Vždyť v klinické praxi, charakteristické nejistotou, komplexitou a přítomností nesmírného množství podnětů se neobejdeme bez opěrných bodů v podobě různých konceptů. Zatímco např. Vybíral (2007) zastává někdy radikální postoj v této otázce, vyzdvihujíce širokou otevřenost všem možnostem bez jakékoli preference, Chvála (ústní sdělení) se naopak domnívá, že nelze nemít „předsudky“ neboť ty jsou v podstatě dány našimi osobními zkušenostmi, vzděláním, odborným rozvojem provázaným s klinickými zkušenostmi. Místo snahy o odstranění či někdy přímo popírání vlastního úhlu pohledu a přesvědčení Chvála společně s dalšími experty klade důraz na uvědomění své preference a inklinace k tomuto pohledu s přiznáním si také limitů určité relativity. Platí to v plném rozsahu také pro problematiku somatizace, kdy se psychoterapeutická práce neobejde bez neustálé reflektování vlastní práce, terapeutické role a pozice, uvažování o vlastním vlivu na to, jak se cítí a jak své situaci rozumí lidé, s nimiž pracujeme. Inspirací mohou být úvahy nedávno zesnulého Toma Andersena, který v souvislosti s rodinnou terapií upozornil, že v případě somatoformních potíží nesmíme vnášet rodinného systému příliš novou, neobvyklou informaci (Andersen, 1992). Chceme-li podpořit porozumění či změnu, musí být náš postup či tzv. terapeutická intervence přiměřená; příliš neobvyklý krok může posílit ostražitost rodiny a ohrozit pocit bezpečí, který je pro exploraci problematických okolností nezbytný. Absence nového, či zanedbatelná jinakost naopak nepovede k žádoucímu posunu v uvažování, natož ke změnám v chování či vzájemné interakci.

Terapeutovo přesvědčení o etiologických souvislostech, o rodinné dynamice či vzorcích připoutání, které se u somatoformních projevů dítěte či dospívajícího vyplatí brát v potaz, také nemusí být dostačující. Přední britská psychoterapeutka van Deurzenová, reprezentující současnou existenciální psychoterapii, upozorňuje, že lidé mohou mít z psychoterapie přínos jedině tehdy, pokud jsou schopni se ztotožnit z tzv. základními předpoklady (van Deurzen, 2002). Jde o terapeutovy předpoklady či přesvědčení, které jsou součástí jeho terapeutického přístupu, a které se týkají světa, života, mezilidských vztahů a samozřejmě vzniku zdravotních potíží, včetně těch somatoformních. Domnívám se, že tento názor byť proklamovaný představitelkou konkrétního psychoterapeutického směru, je platný pro psychoterapii obecně. Pokud rodina přicházející k psychoterapeutovi pro somatoformní potíže dítěte či dospívajícího nebude sdílet základní přesvědčení rodinného terapeuta, že potíže mohou mít souvislost s děním rodině, s kvalitou rodinných vztahů či s vývojem rodinného systému, velmi pravděpodobně bude spolupráce minimálně v počátcích terapeutického procesu obtížná. Proto je terapeutův postoj a také jeho způsob podněcování rodiny k angažované spolupráci tak důležitý. Není tolik podstatné vyhmátnutí tzv. patologie, deficitu či projevů dysfunkčních vztahů, ale spíše vytvořit takové prostředí, ve kterém se rodina bude moci zamýšlet, vzájemně si naslouchat, vnímat potřeby i vývojové aspekty, které jsou pro jedince a rodinný systém víceméně univerzální. Přesvědčení o tom, že interpersonální kontext dítěte či dospívajícího je důležitý nejen v souvislosti s rozvojem somatoformních potíží je bezesporu základním možným východiskem rodinného terapeuta. Neznamená přesto, že dění v interpersonálním kontextu je jedinou a výhradní příčinou vzniku potíží ve smyslu jednoduché lineární kausality. A jsme u dalšího odyseovského dilematu – věčnému „soupeření“ filozofických protikladů. Na jedné straně je to esencialistické či funcionalistické zaměření terapeuta, který hledá za tělesnými příznaky něco skrytého, nějakou dosud neobjevenou podstatu či esenci, nebo skrytý význam či funkci, kterou je třeba odhalit. Na druhé straně pak máme post-strukturalistické, sociálně konstrukcionistické pojetí, podle kterého se v terapeutickém rozhovoru objevuje nikoli to skryté, čekající na naše odhalení, ale to, co svými otázkami a svým předporozuměním vyzdvihujeme do popředí a tedy nalézáme. Oba protichůdné, ale navzájem se doplňující přístupy mají svá rizika zejména ve své vyhraněné podobě. Buď riskujeme podlehnutí rigidnímu, předpřipravenému konceptu a stereotypům, zvláště pokud nejsme připraveni je neustále v dialogu s rodinou testovat, ověřovat a upravovat. Anebo nám hrozí chaos, absence jasného směru, představ o cíli spolupráce, vývojových zákonitostech a také hodnot, podle kterých vedeme své terapeutické působení.

Zmíněná klinická dilemata pochopitelně odrážejí různé filozofické tradice, z nichž se odvíjí naše poznávání a vědecké zkoumání. Zastánci pozitivistického přístupu, jehož základy položil Auguste Comte, chovají i v psychoterapeutické obci neochvějné přesvědčení, že veškeré fenomény od fyzikálních jevů až po projevy chování budou dříve či později vysvětleny objevením základních přírodních zákonů. V tomto duchu došlo v psychoterapii k velkému rozmachu kvantitativní metodologie empirického výzkumu, jehož cílem je poskytnout vysvětlení v podobě jasných lineárních sekvencí příčina – následek (McLeod, 2003). Naproti tomu příznivci hermeneutického přístupu, u jehož základu stál William Dilthey, přispěli v psychoterapii k rozvoji kvalitativní metodologie a interpretačních metod, jejichž smyslem je poznávání psychoterapeutického procesu, významů a také procesu vědeckého zkoumání. Jedním z posledních směrů v duchu hermeneutické tradice je teorie sociálního konstrukcionismu, která zejména mezi rodinními terapeuty patří v posledních dva-

ceti letech k vlivným konceptům (Anderson, Gehart, 2007). Dnešní doba svými tržními procesy a monetárními hodnotami ovlivňuje taktéž psychoterapii, v níž stále více dominuje pragmatismus a rozvoj kvantitativního měření účinnosti a finanční efektivity psychoterapie. Přesto debata o základních předpokladech a filozofických tradicích, z nichž vyrůstá každodenní klinická praxe a proces akumulace vědeckého poznání, živě pokračuje, Svědčí o tom např. důkladná analýza tzv. samozřejmých předpokladů současného výzkumu psychoterapie, kterou editoři neváhali zařadit do nedávného vydání respektované vědecké publikace (Slife, 2004).

Získání rodiny ke spolupráci a další kroky

Samotné filozofování a úvahy nad obecnými principy pro klinickou praxi většinou nestačí. Zajímá nás především, jakým způsobem lze zvýšit šanci na to, aby rodina navštěvujícího psychoterapeuta pro somatoformní potíže dítěte či dospívajícího byla ochotná ke spolupráci, zvláště jde-li o opakované setkání s dalším odborníkem? Existují nějaké základní principy a také specifika týkající se terapeutického procesu a způsobu komunikace s rodinami, jež se potýkají se zmíněným problémem? Základní principy – orientační body pro klinickou praxi poskytuje např. Eminsonová (2001). Jejich přehled uvádíme v následující tabulce, abychom se v další části textu některým z nich věnovali detailněji a uvedli i ta, která Eminsonová nezmiňuje.

Aby psychoterapeutický proces mohl zahrnovat ty prvky, které Eminsonová uvádí (tab. 2), musí nejprve dojít k získání rodiny pro spolupráci. V odborném psychoterapeutickém tisku se v současnosti hovoří o vytvoření tzv. kvalitní terapeutické aliance. Postupné získávání si důvěry a maximální snaha zapojit rodiče do spolupráce je považováno za nezbytný předpoklad pro pozitivní výsledek terapeutického procesu. I když se psychologizující výklady a komplexnější vysvětlení tělesných potíží nabízejí již od prvního setkání, je důležité, aby terapeut nic neuspěchal a nejprve pozorně vyslechl všechny zúčastněné. Předčasné hypotetizování, nebo dokonce přílišná snaha za každou cenu vnést do „případu“ jinou perspektivu či jazyk bývá mnohdy kontraproduktivní. Dodržet pozvolné tempo a nespěchat s nabídkou jiné perspektivy, hypotézy či interpretace nebývá jednoduché zvláště v soukromém sektoru, v němž nemusí být psychoterapie hrazena ze zdravotního pojištění a finanční zátěž tak leží na rodině. Očekávání rodiny platící za psychoterapeutická sezení od nichž si slibuje pomoc, radu či nějaké řešení, si je terapeut vědom, často je i rodina explicitně vyjádří. Terapeut se znovu, již po několikáté nachází v nelehké pozici blízké Odyseovi. Nesmí pospíchat, aby rodinu neodradil či nevyprovokoval obranné mechanismy dříve, než si získá její důvěru. Zároveň musí dosáhnout toho, aby rodina měla pocit, že konzultace je přínosná a že pokračování spolupráce je na místě, navzdory ekonomickým aspektům. Samozřejmě břímě odpovědnosti neleží jen na terapeutovi, faktory jedince či rodiny v psychoterapii jsou neméně významné. Přesto v asymetrickém vztahu větší část zodpovědnosti za dění v terapeutické místnosti a kvalitu spolupráce leží na terapeutovi. Různé formy supervize mohou být cennou profesionální oporou, v reálné klinické situace je to ale opět terapeut, kdo se musí s rozmanitými okolnostmi a faktory se ctí vypořádat.

Tabulka 2. Principy léčby somatizačních poruch u dětí a dospívajících (upraveno dle Eminson, 2001).

- Podpora vyjadřování pocitů, emočního napětí, distresu, starostí a strachů verbálně, nikoli prostřednictvím tělesných potíží.
- Podpora změn v postoji k tělesným příznakům: Explorace atribuce dítěte a rodičů ve vztahu k somatickým příčinám příznaku, následně diskuse o jiných možnostech vysvětlení, přesvědčeních a kognitivního zpracování, podpora optimistického postoje k možnosti zlepšení zdravotního stavu.
- Zvládání tělesných potíží různými farmakologickými, fyzikálními a psychologickými metodami v závislosti na typu, intenzitě a stádiu. (analgetika, transkutánní nervová elektrostimulace, monitoring potíží/bolesti s pomocí diářů či škál, práce s pozorností, kognitivně-behaviorální techniky.
- Podpora postupného návratu k aktivitám běžných pro dané vývojové stadium namísto posilování vyhýbavého chování.
- Brát v úvahu možnost souběžných psychiatrických syndromů jako je deprese či úzkost; v takovém případě může být na místě medikace nebo specifický psychologický postup.
- Prevence nadbytečného vyšetřování a intervencí v pediatrické či primární péči. Nutná je zde spolupráce mezi odborníky a také s rodinou.
- Zachovat systemickou perspektivu napříč kontexty, aby nedošlo k narušení synchronizace mezi tempem dítěte, rodiny a zdravotnickým systémem. Toto riziko hrozí tehdy, pokud dochází v případě nedostatečné spolupráce ke střetu různých názorů, atribucí a doporučení ve vztahu k vysvětlení, terapeutickému postupu či lékařské intervenci.

Vytvoření tzv. terapeutické aliance jako základu pokračující spolupráce je v současné rodinné terapii považováno za naprosto klíčové a tomuto tématu je věnován i výzkum. Friedlanderová s kolegy vytvořili projekt na sledování faktorů, které ovlivňují vytvoření aliance, s využitím počítačového programu SOFTA. V následující tabulce je uvedeno, jak může terapeut vytvoření terapeutické aliance pozitivně ovlivnit (tab. 3).

Některé z uvedených faktorů týkající se terapeutova ovlivňování kvality terapeutické spolupráce jsou diskutabilní, zvláště když je chápeme z pohledu individuální či rodinné psychoterapie. V případě fenoménu somatizace však slouží jako vhodný průvodce pro reflektování vlastního působení na rodinu pokračování terapeutického procesu. Zvláštní pozornost si pak v této souvislosti zaslouží emoční atmosféra

v rodině, styl připoutání, projevování emocí mezi členy rodiny a formy poskytování vzájemné opory.

Tabulka 3. Terapeutův vliv na vytvoření terapeutické aliance (upraveno a zkráceno dle Friedlander a spol., 2006).

1. **Terapeutův pozitivní vliv na zapojení rodiny**
   a. Terapeut se zajímá o to, o čem chtějí členové rodiny během sezení rodiny mluvit.
   b. Terapeut podporuje členy rodiny v tom, aby vyjádřili svou představu o cílech terapie.
   c. Terapeut zjišťuje, zdali jsou členové rodiny ochotni provést nějaký úkol, experiment, či realizovat nějaký návrh.
   d. Terapeut se zajímá o to, jaký význam nebo přínos měl daný úkol, experiment apod. pro členy rodiny.
   e. Terapeut se snaží uspořádat terapeutický prostor tak, aby mezi členy rodiny umožnil oční kontakt a vzájemnou blízkost.
2. **Terapeutův pozitivní vliv na vznik emočního napojení se členy rodiny**
   a. Terapeut přijímá a sdílí úsměvné momenty či humornější aspekty setkání s klienty/rodinou.
   b. Terapeut projevuje svůj zájem o klienty/členy rodiny nejen v rámci tzv. terapeutické diskuse.
   c. Terapeut otevřeně reaguje a dává najevo své osobní pocity v reakci na klienta či situaci.
   d. Terapeut dává najevo své uvědomění, jak se jeho vlastní hodnoty či zkušenost liší nebo jsou v souladu s hodnotami a zkušeností kientů/členů rodiny.
3. **Terapeutovo pozitivní přispění k pocitu bezpečí v terapeutickém systému**
   a. Terapeut dává najevo, že terapie zahrnuje rizika či rozhovor o citlivých či intimních věcech.
   b. Terapeut pomáhá klientům/členům rodiny hovořit spolu otevřeně.
   c. Terapeut aktivně mírní, tlumí či zvládá otevřené projevy hostility mezi klienty/členy rodiny.
   d. Terapeut aktivně chrání člena rodiny od ostatních před projevy obviňování, nepřátelství, agrese či emoční necitlivosti/obtěžování.

V souvislosti s psychoterapií u rodin, v nichž dítě nebo dospívajícího trápí somatoformní příznaky, se terapeuti různého zaměření shodují, že jedním z cílů terapie musí být postupné uvědomování si pocitů a emoční roviny v rodinné komunikaci (Dallos, 2006, Hardwick, 2005, Micucci, 1996). Hardwick (2005) považuje podporu většího uvědomování si emocí, a emočních potřeb a obecně tzv. emoční komunikace v rodině za nezbytnou součást psychoterapie s rodinami se somatizací. Zároveň jde o zřejmě nejcitlivější rovinu terapeutické spolupráce. Členové rodiny mnohdy považují projevy emocí za ohrožující nebo nepatřičné. Otevřené vyjádření pocitů, zvláště v rodinách, kde to není zvykem, může vést k vzplanutí konfliktu, projevům hostility, odmítání nebo k „odhalení“ rodinného tajemství v podobě dávného či nedávného traumatu, včetně tragické ztráty někoho z rodiny, zpřetrhání významných rodinných vazeb či jejich vážného narušení v podobě sexuálního zneužití. Ve snaze postihnout jádro věci může terapeut snadno zapomenout, že rodina považuje odhalování svých pocitů, prožitků, zkušeností a některých událostí za nebezpečné, ohrožující nebo vyvolávající pocity viny a studu. Postupné posilování rozvoje emočního jazyka a vyjadřování rozmanitých pocitů a potřeb v blízkých vztazích je navzdory možným rizikům důležitou součástí psychoterapeutického procesu, zvláště pokud má přinést zlepšení kvality života pro celou rodinu. Gjuričová a Kubička připomínají ještě další důležitý aspekt rodinné terapie. Tím je explorace proměny života a chování různých členů rodiny a jejich vzájemných vztahů tělesným symptomem dítěte či dospívajícího (Gjuričová, Kubička, 2003). Na ní obvykle navazuje podpora drobných změn v strnulých pravidlech fungování rodiny, jiného postoje k symptomu a s ním spojeného chování, případně iniciování a posilování těch projevů chování, jejž je spojeno s odhodláním nepodrobit se omezujícímu vlivu příznaku na nejrůznější životní aktivity.

Podpora uvědomování si vztahu mezi tělesnými příznaky a vlastními pocity v souvislosti s různými, zejména zátěžovými životními okolnostmi, je nedílnou součástí tzv. biopsychosociální či psychosomatické edukace, která má též místo v psychoterapii se somatizujícími rodinami. Součástí takové edukace (zejména rodičů) je přiměřené upozornění na možnosti lidského organismu reagovat rozmanitými projevy v různých, zejména zátěžových, situacích, dále na propojení emočních a tělesných-vegetativních projevů organismu, které mohou v některých případech svou podobou a intenzitou komplikovat života jedince. Užitečné je zaměřit též pozornost nejen na provokující či precipitující faktory, ale též na faktory protektivní a podpůrné, které lze v rámci terapeutické spolupráce posilovat a rozvíjet. Zde je možné využít předchozí zkušenosti a upozornit na příběhy rodin s podobným problémem a na způsoby zvládání či překonávání potíží, které se u nich osvědčili. Podobná psychoedukace je důležitá i s ohledem na existenci určitých přetrvávajících mýtů a přesvědčení (*illness myths and beliefs*), které fenomén somatizace provázejí a spolupráci komplikují. Lask a Fosson (1989) jejich prozkoumání a postupné usměrňování či překonávání považují za samozřejmou součást rozšiřování psychosomatické perspektivy, proto je uvádíme ve zkrácené podobě v následující tabulce 4.

Vůči podobným neochvějným přesvědčením nejsou uchráněni ani psychoterapeuti. Jak už bylo řečeno, potřeba opěrných bodů ke zvládnutí všudypřítomné terapeutické nejistoty a množství podnětů, jež se snažíme organizovat podle nějakého konceptu, má svá rizika v podobě lpění na některých stereotypních představách, jejichž některé ukázky uvádíme v další tabulce (tab. 5).

Tabulka 4. Obvyklá přesvědčení tzv. somatizujících rodin (upraveno a zkráceno dle Lask a Fosson, in Hardwick, 2005).

1. Potíže jsou způsobené poškozením tělesného orgánu.
2. Jestliže lékař nezjistil příčinu, potíže nejsou skutečné. Jedinec je předstírá, nebo je popisuje zbytečně dramaticky a jde o projev slabosti.
3. Jestliže se jedná o psychologický problém, znamená to, že za to můžeme my (rodiče).
4. Povídání si o problému a vyhledání pomoci je projevem slabosti a znamená to, že jsme v něčem selhali.
5. Jestli se jedná o nemoc, nemůžeme to sami ovlivnit a potřebujeme něčí pomoc.
6. Určitě se jedná o nějakou chorobu, kterou zatím lékaři nejsou schopni diagnostikovat. Určitě existuje lékař, který jí dokáže vyléčit.

Tabulka 5. Obvyklá přesvědčení psychoterapeutů.

1. Rodina popírá skutečné problémy, se kterými se potýká.
2. Tělesný příznak dítěte či dospívajícího má významnou funkci pro zachování rodinného status quo, neboť jakákoli změna by fungování rodiny ohrozila.
3. Tělesný příznak dítěte je formou odvrácení pozornosti od manželského konfliktu rodičů. Smyslem existence příznaku je udržení pozornosti rodičů směrem k dítěti a zabránění rozpadu rodiny.
4. Tělesné potíže dospívajícího jsou důsledkem narušeného vztahu s rodiči, nejistého připoutání, vzájemného odcizení rodičů apod.
5. Tělesný příznak je formou sebe-trestání či náhradním vyjádřením některých pocitů, např. pocitů viny, vzteku apod.

Zmíněná přesvědčení mohou odpovídat situaci v rodině. Ve vlastní klinické práci jsem se sám setkal s rodinami, u kterých se v kontextu jejich příběhů tyto terapeutické hypotézy nabízely. Nicméně vždy jde o hypotézy, které jsou minimálně v počátečních stádiích pouze provizorní. Je třeba být otevřený jiným možnostem a hypotézám, zůstat zvídavý a nelpět tvrdošíjně na jediném možném výkladu (Cecchin, 1993).

Prostor pro zkušenost dítěte a dospívajícího

I když obvykle jsou to rodiče, kdo kontaktují terapeuta a vyhledávají pomoc pro somatoformní potíže svého potomka, pro dosažení nějakého pokroku v terapii je obvykle nutné navázání kontaktu s dítětem či dospívajícím. Pro práci s dítětem a dospívajícím, zvláště snažíme-li se o porozumění a volbu adekvátního způsobu komunikace, je užitečné povědomí o základech vývojové psychologie. Sama o sobě ale tyto znalosti k získání dítěte pro spolupráci ani k úspěšné komunikaci nemusí stačit. Navíc se k této oblasti poznání a jejímu významu v současné době objevují kritické hlasy. Například Mulander et al. tvrdí, že deficitní modely současné vývojové psychologie vedou k marginalizaci dětí jakožto cenného zdroje informací o jejich vlastních životech a prožitcích. Tradiční vývojové teorie konceptualizují obvykle děti jako „bytosti jež vrůstají do světa dospělých“, jako by šlo o nehotové a nekompetentní jedince nacházející se teprve ve fázi „vyzrávání“ (Mulander et al., 2002).

Rodiče, kteří své děti vnímají pod vlivem všudypřítomných odborných diskurzů, o nich referují v jejich přítomnosti takovým způsobem, jakoby si neuvědomovali, že jejich pohled na věc a prožitky dítěte/dospívajícího nelze automaticky ztotožnit. Obvykle bývají překvapeni, když terapeut nespěchá s tzv. vyšetřováním, ale snaží se nejprve s dítětem či dospívajícím navázat kontakt, získat si jeho důvěru, případně ho také trochu poznat. Další překvapení nastává tehdy, když se terapeut aktivně zajímá o to, jak dítě či dospívající prožívá různé situace, co si myslí o dění v rodině, včetně rodinné atmosféry či vztahu mezi rodiči a dalšími členy rodiny. V tom nadějnějším případě může být podobná zkušenost pro dítě i rodiče cenná, zvláště není-li v rodině obvyklé, že dítě lze brát jako partnera k diskusi, o jehož prožitky i postřehy je dobré se zajímat. Inspirující může být zmíněná zkušenost pouze tehdy, nedojde-li k ní konfrontačním způsobem se zpochybněním autority a zodpovědnosti rodiče. Někteří terapeuti doporučují, že je vhodné se s dítětem seznámit a trochu ho poznat dříve, než se začneme vyptávat na problémy a potíže. Ne vždy je to možné, zvláště v případě somatizace, kdy jsou to obvykle rodiče, kdo potřebují vyjádřit své obavy o zdraví dítěte. O navázání kontaktu s dítětem se lze pokusit rozmanitými způsoby. Například Freemanová s kolegy zastávajících narativní perspektivu navrhují, aby si dítě na sezení přineslo nějakou svou oblíbenou hračku. (Freeman et al, 1998) Jiní zdůrazňují exploraci „pozitivních příběhů“ o dítěti a dění v rodině (Rober, 1998). Tato zcela jistě inspirující doporučení není možné realizovat v každé situaci, zvláště když rodiče mají za sebou dlouhý čas nejistoty, tápání, obav a narušení rodinného fungování v důsledku potíží dítěte. Někdy je obava o zdraví dítěte, nejistota a frustrace rodičů z absence vysvětlení taková, že jim nedovolí dítě či dospívajícího vnímat jinak než nositele problémů, který jim komplikuje života. Tehdy bývá praktické sezení rozdělit a věnovat odděleně čas rodičům, rodičům s dítětem společně, případně u většího dítěte či dospívajícího jemu samotnému.

Byť cíle terapie i kroky k nim mohou být rozmanité, v případě somatizace je často důležité podporovat dítě i dospívajícího k tomu, aby byl(o) schopné popsat své tělesné pocity a prožitky. Uvědomění si svých prožitků a jejich popsání považují představitelé některých přístupů za vůbec základní prvky terapeutického procesu. Samotné pojmenování či popis pocitů nestačí. Pro Vetere emoční prožitky přesahují možnosti verbálního uchopení, neboť jsou součástí jak

tělesné zkušenosti, tak interpersonálních vztahů, zejména blízkých vztahů rodinných, ale i těch terapeutických (Vetere, 2005). Je třeba se přímo zajímat o to, jak dítě či dospívající různí situace prožívá a nespoléhat se jen na popisy rodičů. Ten je důležitý, ale někdy je zabarven různými předsudky anebo nám prozradí více o rodičích samotných, než o vlastním prožitkovém světě dítěte. Pro psychoterapii u somatizace, ale pro psychoterapeutickou práci s dítětem a někdy i s dospívajícím jsou velmi vhodné různé hrové přístupy a techniky, včetně kresby, modelování a využívání nejrůznějších herních pomůcek či hraček. Detailně je tato tematika zpracována v různých publikacích (např. Langmeier, Špitz, Balcar, 2001). Ze systemického pohledu je hra „místem“, kde se může dospělý s dítětem potkat, kde se prolínají dospělé a dětské světy, a kde je také možnost „pouhé“ hry s dítětem v průběhu psychoterapie místo příliš rychlého pátrání po skrytém významu symptomů (Rober, 1998). Hrové metody mohou také tvořivým a pro dítě přiměřeným způsobem usnadnit zkoumání možných variant přístupu k problému, což je dalším důležitou součástí terapeutického procesu. Velmi vhodný pro práci psychoterapii s dítětem a rodinou u somatizace je narativní přístup, jemuž byla v posledních dvaceti letech věnováno v psychoterapeutické komunitě náležitá pozornost. Teoretickým východiskům i praktickým aspektům tohoto přístupu bude věnován podrobně samostatný text.

Specifické psychoterapeutické přístupy a výzkum

Z mnoha existujících psychoterapeutických škol a modalit jsou některé uváděny jako obzvláště indikované v případě somatizace a somatoformích projevů. I v jiných zdrojích často citovaná Eminsonová (2001) zdůrazňuje především individuální psychodynamickou či kognitivně-behaviorální psychoterapii. Přestože ve svých textech uvádí řadu významných faktorů týkajících se rodiny a rodinných vztahů, překvapivě zmiňuje rodinnou terapii okrajově a nevěnuje jí mnoho pozornosti. Přitom mnozí přední rodinní terapeuti se tzv. psychosomatickým potížím v dětství a dospívání terapeuticky věnovali a na toto téma v minulosti opakovaně publikovali (Bowen, 1988, Minuchin, 1996, Andolfi, 2001). I současní respektovaní odborníci v této oblasti považují rodinnou terapii a také narativní přístupy za nesporně indikované v dané problematice. Neplatí to pouze o zahraniční terapeuty. Gjuričová s Kubičkou (2004) a Trapková s Chválou (2004) referují o své bohaté klinické zkušenosti v práci s rodinami, jež vyhledávají pomoc pro nejrůznější potíže, včetně těch somatoformních. Základem psychosomatického pojetí Chvály s Trapkovou je mimo jiné hledání významu tělesných příznaků v kontextu rodinných vztahů a vývojových potřeb s transgenerační perspektivou. Zejména Chvála s Trapkovou svým konceptem inspirují stále více lékařů, kteří se s problematikou somatizace či tzv. psychosomatických potíží často setkávají v klinické praxi. V dobře známém modelu rodiny metaforicky nazvané sociální dělohou je podle Chvály a Trapkové každá událost včetně zdravotních potíží jednotlivých členů součástí širšího obrazu rodiny a někdy i zdánlivě nevyhnutelného vývoje rodu. Příznaky se častěji objevují v obdobích přechodu z jedné vývojové fáze do druhé a mohou být zároveň součástí i komplikací vývojových procesů, např. separace v dospívání (Trapková a Chvála, 2004). Několikaletá zkušenost zmíněných terapeutů koresponduje s výzkumy a zkušenostmi některých jejich kolegů. Jde například o klasickou teoretickou koncepci rodiny jako emočního systému Murray Bowena, ale i o současné poznatky z oblasti teorie připoutání (*attachment theory*). Teoretické úvahy Bowena o významu dokončené separace a diferenciace na fungování rodiny v další generaci a na zdraví jednotlivých rodinných členů potvrzují kvalitativní i kvantitativní studie (Klever, 2003, Harvey et al, 1991). Nedávné výzkumy zaměřené na styly připoutání v souvislosti s fyziologickými i patofyziologickými projevy se prolínají s výzkumy v oblasti neurověd a dávají příslib lepšímu porozumění vztahům mezi sociálními, psychickými a tělesnými fenomény (Schore, 2001). V průběhu úspěšné terapie dochází k různým změnám v rodinném fungování: zlepšení emoční atmosféry a komunikace, vyjasnění a lepší naplňování vzájemných citových potřeb, proměny rolí, zmírnění konfliktů a projevů hostility či nadměrné kritičnosti, pružnější zvládání a zátěžových situací, zlepšení partnerského vztahu rodičů, zlepšení vztahu mezi dospívajícím aj. Tyto a další změny vedou k celkovému zlepšení kvality života dítěte/dospívajícího a celé rodiny. V souvislosti se zdravím pak obvykle tyto změny v rodině přispívají ke zlepšení tělesného i duševního zdraví v rodině (Campbell, 2006).

V současné době charakteristické důkladným sledováním účinnosti psychoterapeutických metod není klinická zkušenost, jakkoli bohatá a neustále prověřovaná, považovaná za dostatečně validní. Vývoj v současné psychoterapii a rodinná terapii, zejména v zahraničí, je v důsledku ekonomických tlaků a vlivu biomedicínského modelu stále více proměňován dle platformy praxe založené na důkazech (EBP, *evidence based practice*) a empiricky ověřené léčby (EST, *empirically supported treatment*). Tento trend, stále diskutovaný, vyvíjející se a z různých perspektiv kritizovaný, je natolik výrazný a vlivný, že ho nelze ignorovat při zkoumání jakéhokoli klinického fenoménu a volby či vytváření odpovídajícího terapeutického postupu. Složitá a heterogenní problematika somatizace či tzv. lékařsky nevysvětlených příznaků je přesto charakteristická téměř kompletní absencí výzkumu jak etiologie, tak léčby, jež by přísným kriteriím EBP a EST vyhovoval. Fonagy et al (2005) upozorňují, že existuje pouze několik metodologicky vyhovujících kontrolovaných studií zaměřených na léčbu somatizace u dětí. Jedná se téměř výhradně o studie zaměřené na léčbu dětí s bolestmi břicha (*abdominal pains*), případně s tzv. chronicky únavovým syndromem (*chronic fatigue syndrom*). Mezi zkoumanými terapeutickými přístupy patřily fyzikální terapie (dietní opatření u bolestí břicha), kognitivně behaviorální terapie, a různé formy individuální rehabilitace ve spolupráci s rodinou.

Chybějící empirický výzkum v této oblasti ostře kontrastuje s pravidelností a četností, s jakou se s touto problematikou setkávají pediatři, psychiatři a psychoterapeuti nejrůznějšího zaměření. I když z výzkumného pohledu může jít

o problém či nevýhodu, z klinické perspektivy absence jednoznačně vymezeného, v laboratorních podmínkách ověřeného standardizovaného léčebného modelu, nechává otevřené dveře možnostem a inspiraci, jež pochází z různých modelů rodinné terapie a psychoterapeutických modalit. Jak trefně poznamenal Lambert (2005), mezinárodně respektovaná postava empirického výzkumu účinnosti psychoterapie, na proces poznávání v psychoterapii lze nahlížet i ve smyslu důkazů pocházejících z klinické praxe (*practice based evidence*). Obzvláště u takových komplexních klinických fenoménů jako je somatizace lze využívání různých perspektiv, často v rámci multidisciplinární spolupráce, považovat za nezbytnou. Platí to zejména tehdy, nespokojíme-li se z úzkou perspektivou biomedicínskou, jejíž hlavní podstatou je diagnostikovat a léčit patologické projevy organismu, a snažíme-li se brát v potaz psychosociální kontext a kvalitu života nejen jedince ale i v rodinném systému. Spolupráce mezi různými odborníky a případně členy terapeutického týmu, jež se dítěti/dospívajícímu a rodině věnuje, vyžaduje toleranci různých perspektiv, bez níž je prospěšná komunikace nemožná. V současném fragmentarizovaném systému zdravotní péče naplnění ideálu multidisciplinární týmové spolupráce není snadné ani samozřejmé. Přesto právě u somatoformní problematiky má úzká spolupráce napříč obory či souběžná koordinovaná péče na pro výsledek léčby či a kvalitu života dítěte/nemocného/rodiny výrazný vliv a to nikoli pouze u závažnějších a chronických forem. Současné poznatky o vlivu rodiny na zdraví jedince a výzkum efektivity intervencí zaměřených na celou rodinu svědčí o tom, že mezioborová spolupráce a rodinná perspektiva zvyšuje kvalitu zdravotní péče, v některých případech snižuje náklady na léčbu a v neposlední řadě vede k lepším výsledkům léčby (Crane a Marshall, 2006).

Závěr

V porovnání s některými zdravotními problémy v dětství a dospívání se mohou somatoformní příznaky zdát banalitou. Však také není neobvyklé, kdy zdravotník po získání výsledků všech laboratorních a zobrazovacích vyšetření naznačí, že se nic vážného neděje. V jiném případě může i v dobrém úmyslu poukázat na psychologickou podstatu problému, což se ale v očích některých rodičů jeví jako obvinění z předstírání či bagatelizace potíží. Přitom somatoformní potíže u dítěte a dospívajícího mohou a někdy také vedou k narušení různých aktivit pacienta (škola, zájmové aktivity, vztahy s vrstevníky) i fungování rodiny. V některých obzvláště komplikovaných a chronifikovaných případech může jít o narušení zdravého vývoje dítěte, negativní vliv na vzdělávací proces apod. Jinými slovy, i v případě potíží, které nelze z medicínského hlediska jasně objektivně posoudit, může být kvalita života dítěte, dospívajícího a celé rodiny v sázce. Proto je nutné, aby byla dostupné adekvátní komplexní léčba, jejíž podstatu bude tvořit biomedicínské poznání, psychologické a psychoterapeutické aspekty a samozřejmě komunikační dovednosti. Dalším užitečným krokem je podle odborníků z různých odvětví vytvoření jiné nosologické klasifikace, která by znamenala posun od deskripce patologie a tvorby nálepek k identifikaci systemických a také úzdravných faktorů (Nunn et al., 2000). Názor, že součástí kvalitní komplexní lékařské péče by měly být i různé formy psychologických/psychoterapeutických přístupů, zastávají i experti z vědecké lékařské komunity, předkládající návrh na nutné změny ve zdravotnictví v tzv. postsomatoformním světě (Sharpe a Mayu, 2004). Vzrůstající zájem lékařů různých specializací o psychosomatické vzdělávání a psychoterapeutické výcviky dává naději, že se dočkáme takových změn ve zdravotní péče, které umožní důsledně naplnit rozšířit biomedicínský pohled o další perspektivy a která kromě technologického pokroku bude zahrnovat adekvátní terapeutický vztah zdravotníka s pacientem a rodinou.

---

*Článek bude s mírnými úpravami zařazen do sborníku Kvalita života u dětí a dospívajících II., který vyjde v prvním čtrvletí 2008 v České republice v rámci spoluřešitelství grantu GA ČR No. 406/06/0035.

Literatura

Andersen, T.: Reflections on Reflecting with Families. In: K.J. Gergen, S. McNamee: Therapy as Social Construction. Sage Publications, 1992.

Anderson, H., Goolishian, H.: A Client is the Expert; A Not-Knowing Approach to Therapy. In: K.J. Gergen, S. McNamee: Therapy as Social Construction. Sage Publications, 1992.

Anderson, H., Gehart, D.: Collaborative Therapy; Relationships and Conversations that Make a Difference. Routledge, 2007.

Andolfi, M.: Children and Illnesses. IVth European Congress on Family Therapy, Budapest, 26-30.6. 2001.

Bowen, M., Kerr, M.: Family Evaluation; An Approach Based on Bowen Theory. WW Norton 1988.

Campbell, L.T.: Improving Health through Family Interventions. In: D. Russell Crane, E.S. Marshall, Handbook of Families and Health, Sage Publications, 2006.

Cecchin, G.: Irreverence; A Strategy for Therapistěs Survival (Systemic Thinking and Practice Series). Karnac Books, 1993.

Crane, D.R., Marshall, S.E.: Handbook of Families and Health. Sage Publications, 2006.

Dallos, R.: Attachment Narrative Therapy. Open University Press, 2006.

Child, N.: The limits of the medical model in child psychiatry. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2000, 5, s. 11-21.

Chvála, V., Trapková, L.: Osm kroků externalizace v narativní terapii. Konfrontace; časopis pro psychoterapii, 14, 2003, č. 4.

Eminson, M.: Somatising in Children and Adolescents II. Management and Outcome. Advances in Psychiatric Treatment, 7, 2001, s. 388-398.

Fonagy, P., Target, M., Cotrell, D., Phillips, J., Kurtz, Z.: What works for whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. The Guilford Press, New York, 2005.

Freeman, J., Epston, D., Lobovits, D.: Playful Approaches to Serious Problems; Narrative Therapy with Children and their Families. WW Norton Company, 1997.

Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L.: New Developments in SOFTA Research; Therapistěs contributions to family therapy alliances and alliance-outcome links in conjoint treatment. Paper at SPR International Conference, 21-24. červen, 2007, Edinbourgh.

Gjuričová, Š., Kubička, J.: Rodinná terapie; systemické a narativní přístupy. Praha, Grada 2004.

Hardwick, J.P.: Engaging Families Who Hold Strong Medical Beliefs in a Psychosomatic Approach. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10, 2005, č. 4, s. 601-616.

Harvey, D.M., Curry, C.J., Bray, J.H.: Individuation and intimacy in intergenerational relationships and health: Patterns across two generations. Journal of Family Psychology, 1991, 5, s. 204-236.

Klever, P.: Intergenerational fusion and nuclear family functioning. Contemporary Family Therapy, 25(4), 2003, s. 431-450.

Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.: Dětská psychoterapie, Portál, 2001.

Lambert, M., Norcross, J., Newman, F., Hollow, S.: Evidence-based practices for mental health: a discussion of the APA Policy and Process, SPR International Conference, 22-25 červen, 2005, Montreal, Quebec, Canada.

McLeod, J.: Doing Counselling Research. Sage Publications, 2003.

Micucci, A.J.: The Adolescent in Family Therapy; Breaking the Cycle of Conflict and Control. The Guilford Press, 1998.

Minuchin, S., Lee, W., Simon, G.: Mastering Family Therapy; Journey of Growth and Transformation. Wiley and Sons, New York, 1996.

Nunn, K.., Nicholls, D., Lask, B.: A new taxonomy;The Uluru personal experiential profile. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2000, 5, s. 313-327.

Rober, P.: Reflections on ways to create a safe therapeutic culture for children in family therapy. Family Process, 37, 1998, č. 2, s. 201-213.

Sharpe, M., Mayou, R.: Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? British Journal of Psychiatry, 2004, 184, s. 465-467.

Schore, N. A.: Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. Infant Mental Health Journal, 22, 2001, č.1-2, s. 7-67.

Skorunka, D.: Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta. In: J.Mareš: Kvalita života u dětí a dospívajících I. MSD Brno 2006.

Slife, B.D.: Theoretical Challenges to Therapy Practice and Research:The Constraint of Naturalism. IN M.Lambert Bergin and Garfieldĕs Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change. Wiley and Sons, 2004, s. 44-84.

Van Deurzen, E.: Existential Counsellling and Psychotherapy in Practice. Sage Publications, 2002.

Vetere, A., Dowling, E.: Narrative Therapies with Children and Their Families: A Practitionerĕs Guide to Concepts and Approaches. Routledge, 2005.

Vybíral, Z.: Psychologie jinak; Současná kritická psychologie, Nakladatelství Academia, Praha, 2006. Do redakcie došlo 14.1.2008.

Do redakcie došlo 22.12.2007.