stomatologie 3_06 7.6.2006 9:03 Str. 78
proLékaře.cz | 30.10.2026

Kognitivně-behaviorální přístupy v psychoterapii u dětí se specifickými izolovanými fobiemi (F40.2) – strach ze stomatologického ošetření

Kolařík Z.[1], Nováková K.[2], Němečková P.[3]

[1]Soukromá ambulance klinické psychologie a psychoterapie, Hranice
[2]Klinika zubního lékařství LF UP a FN, Olomouc,
přednosta prof. MUDr. M. Eber, CSc.
[3]Soukromá psychiatrická a pedopsychiatrická ambulance, Prostějov

Souhrn

Cílem práce autorů bylo upozornit na možnost ošetřování nespolupracujících dětí, zejména je-li příčinou problémového chování izolovaná fobie ze stomatologického ošetřování, týmovou spoluprací stomatolog, psycholog a pedopsychiatr. Uváděný individuální psychoterapeutický přístup kognitivně behaviorální psychoterapie je pro dítě přijatelnější, bezpečnější, šetrnější, bez vedlejších účinků, často i s dlouhodobým efektem a i pro rodiče méně frustrující. Pacienti s dentální fobií bývají totiž většinou opakovaně ošetřeni v celkové anestezii.

Autoři referují o úspěšném zvládnutí dentální fobie u tří dětí mladšího školního věku pomocí individuálního psychoterapeutického přístupu - kognitivně behaviorální psychoterapie. Tato metodika vychází z ověřených vědeckých principů a staví na přesném popisu příznaků nebo problémů, které mají být léčebným postupem ovlivněny (včetně jejich frekvence, závažnosti a závislosti na konkrétních situacích). Je založena na dovedném použití promyšlených a ověřených technik v pevné struktuře jednotlivých terapeutických sezení. Jedním z behaviorálních mediačních modelů, jehož teoretickým východiskem je systematická desenzibilizace Josefa Wolpeho, je teorie recipročních inhibice – tedy spojení nepříjemného podnětu s příjemnou situací (relaxovaný stav atp).

Autoři popisují postup při psychologickém vyšetření a podrobně a přehledně individuální psychoterapeutické postupy u jednotlivých ošetřovaných dětí.

První dvě pacientky zvládly ošetření stomatologem během hospitalizace na dětském oddělení Psychiatrické kliniky LF UP a FN, třetí pacientka byla stomatologicky ošetřena po ambulantní psychologické přípravě a s podporou poučené a podporující matky. Stomatologické vyšetření s následnou sanací chrupu bylo prováděno v přítomnosti a pod psychologickým vedením ošetřujícího psychologa ve stomatologické ordinaci. Jednalo se o ojedinělé kazy I. Blackovy třídy na prvních stálých molárech. Po této psychoterapii jsou všechny tři pacientky ošetřovány běžným způsobem.

Klíčová slova: dentální fobie - týmová spolupráce psycholog, pedopsychiatr, stomatolog - kognitivně behaviorální psychoterapie - systematická desenzibilizace Josefa Wolpeho - stomatologické ošetření

Kolařík Z., Nováková K., Němečková P.:
Cognitive-behavioral approach in Psychotherapy of Children with Specific Isolated Phobias (F40.2) – Fear from Stomatological Treatment

Summary: The aim of the authors was to draw attention to the possibility of treating non-collaborating children, especially if the problem behavior is an isolated phobia from stomatological treatment, using the team collaboration of a stomatologist, psychologist and pediatric psychiatrist. The presented individual psychotherapeutic approach – cognitive behavioral psychotherapy – is more acceptable for the child, safer, more considerate, without side effects, frequently also with a long-lasting effect and less frustrating for the parents. The patients with dental phobia are frequently taken care of in general anesthesia.

The stress from stomatological treatment belongs to frequent causes of problem treatment of children. In some children the cause of inadequate behavior is associated with a certain tool used in a stomatological office (injection syringe, extraction forceps), in other children to procedures during the treatment (preparation, extraction). If we can eliminate the feared of tools or substitute them with another solution or to use psychotherapy knowledge and skills, the stomatologist can deal with this problem. In case of failure the only solution is to perform the treatment, often repeatedly, in general anesthesia. The minimizing of the phobia is in the hands of specialists – a psychologist and children psychiatrist.

The authors refer to a successful management of dental phobia in children less than three years old by means of an individual psychotherapeutic approach – a cognitive behavioral psychotherapy. This method is based on proved scientific approaches and built on experience of precise description of the symptoms or problems, which should be influence by the therapeutic procedure (including their frequency, severity and dependence on specific situati-

stomatologie 3_06 7.6.2006 9:03 Str. 79
proLékaře.cz | 30.10.2026

ons). It is based on s skilled use of elaborated and verified techniques in a fixed structure of individual therapeutic "sessions". One of behavioral mediation models, theoretically based on a systematic desensitization according to Josef Wolpe, is the theory of reciprocal inhibition – i.e. connection of an unpleasant stimulus with a pleasant situation (a relaxed state etc.). The neurotic behavior is usually acquired in situations arousing fear or anxiety. The treatment represents an attempt of reciprocal inhibition of neurotic reactions. The inhibition of anxiety reactions is evoked by simultaneous induction of other reactions, which are incompatible with fear from the physiological point of view and thereby diminishing undesirable conditional connections between this stimulus and fear. The systematic desensitization is based on counter-conditioning.

The authors describe the procedure in psychological examination and in detail and comprehensively individual psychotherapy procedures in individual treated children.

The first two female patients treated by the stomatologist during hospitalization at the Children Ward of the Psychiatric Clinic, Medical Faculty UP and Faculty Hospital, the third female patient was dentally treated after outpatient psychological preparation with the care of an educated and supporting mother. The stomatological treatment with subsequent dental reconstruction was performed in the presence and under psychological guidance of the care taking psychologist in a stomatological consulting room. They concerned rare caries of Ist Black class on the first permanent molars. After this kind of psychotherapy all the patients are treated in a common way.

Key words: dental phobia – team collaboration of a psychologist, pediatric psychiatrist, stomatologist – cognitive behavioral psychotherapy – systematic desensitization according to Josef Wolpe – stomatological treatment

Čes. Stomat., roč. 106, 2006, č. 3, s. 78–83.

ÚVOD

V pedopsychiatrii a klinické psychologii se setkáváme čas od času s dětmi, které odmítají ošetření stomatologem. K rozvoji strachu ze stomatologického ošetření vede kombinace mnoha faktorů, z nichž některé můžeme zjistit, o jiných pouze uvažovat, ale konečný stav je tentýž, nedovoluje stomatologické ošetření a vede k vážnému narušení orálního zdraví [1, 2, 3]. Jako nejčastější etiologický faktor v rozvoji strachu ze stomatologického ošetření bývá uváděna traumatizující zkušenost při ošetření [4, 5, 6]. Pro rozvoj izolované fobie (ze stomatologického ošetření) bývají uváděny nejméně dvě traumatizující návštěvy ordinace [4]. Za další faktory bývá považován efekt vikariačního učení, zejména sdělováním nepříjemných zážitků, včetně pozorování neadekvátního chování jiných lidí, zejména rodičů, sourozenců. Neopominutelné jsou individuální zvláštnosti, zejména psychodynamické aspekty [7, 8]. Fobie se vyskytují často i u dětí s mentální retardací, u lehčího mentálního postižení lze vycházet z popisovaných postupů.

Na dětském oddělení Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie Fakultní nemocnice Olomouc a ve spolupráci s Klinikou zubního lékařství LF UP a FN Olomouc jsme aplikovali systematickou cílenou individuální psychoterapii u dětí odmítajících ošetření stomatologem. Vycházíme v tomto případě z psychoterapeutického směru - Kognitivně behaviorální psychoterapie - dále jen KBT [9, 10, 11].

Definice: "Kognitivně behaviorální psychoterapie vychází z ověřených vědeckých principů a staví na přesném popisu příznaků nebo problémů, které mají být léčebným postupem ovlivněny (včetně jejich frekvence, závažnosti a závislosti na konkrétních situacích). Je založena na dovedném použití promyšlených a ověřených technik v pevné struktuře jednotlivých terapeutických „sezení" (12).

Teoretickým východiskem systematické desenzibilizace Josefa Wolpeho je teorie reciproční inhibice – tedy spojení nepříjemného podnětu s příjemnou situací (relaxovaný stav atp.). Neurotické chování je získáno v situacích vyvolávajících strach nebo úzkost. Terapie se snaží o reciproční útlum neurotických reakcí. Dochází k útlumu úzkostných reakcí a anxiety vlivem současného vyvolávání jiných reakcí, které jsou po fyziologické stránce se strachem neslučitelné, a tím se oslabuje nežádoucí podmíněné spojení mezi tímto podnětem a strachem [12]. Podstatou systematické desenzibilizace je protipodmiňování.

Durecová [13] rozlišuje 3 směry KBT:

1. *Aplikovaná behaviorální analýza* – vychází se ze Skinnera – operantního podmiňování. Tento směr rozpracovali psychologové u mentálních retardací, autismu, chronických psychosociálních pacientů a u dětí s poruchami chování. Vycházeli z předpokladu, že chování je určeno svými následky. Tento směr není omnipotentní (jako ostatně žádný), byl určený pro určitou skupinu diagnóz. Tedy nejde o to léčit mentální retardaci, ale definovat problémové chování a měnit je.

Právě tento směr pracoval se systémem odměn v jednotlivých krocích:

- operacionalizace cíle,
- dílčí cíle – postupné kroky, jak se dopracovat k cíli,
- odměny – specificky, co je pro každého odměnou
- program zpevňování – fixní či variabilní.

Popisovaný směr sklidil kritiku za používání trestů, ale s odměnami úspěšně a v různých variantách je aplikován dodnes na četných pracovištích.

2. *Neobehaviorální mediační model* – vychází z klasického podmiňování Pavlova (Watson,

stomatologie 3_06 7.6.2006 9:03 Str. 80
proLékaře.cz | 30.10.2026

Hull). Je méně zjednodušující než předchozí model. Pracuje s proměnnými, jako jsou vnitřní psychické procesy myšlení, postoje, emoce (proto "mediační"). Autory jsou Wolpe (systematická desenzibilizace), Marks (metoda in vivo) a další. Porucha je definována těmito autory jako chybný produkt myšlení – tedy jak se na poruše podílí klasické podmiňování, může být i odstraněna aplikací klasického podmiňování. Cílovou skupinou byli neurotici, zejména fobici. Jde o klasické schéma: neutrální podnět + nepodmíněný podnět = nepodmíněný podnět vyvolat nepříjemnou reakci.

Podmínky vzniku poruchy jsou:

– traumatické (jednorázové – požár, povodeň),
– chronické vystavování se podnětu,
– nápodoba (malé děti se nebojí pavouků, pokud to neviděli u matky – tzv. sdílená pozornost [14, 15]),
– kognitivní (kulturně podmíněné – např. nevhodná výchova).

K popisovaným modelům patří i expozice in vivo, jejímž autorem je I. Marks. Tu je možné provádět těmito způsoby:

1. *Postupně* – pacientovi vysvětlíme příčinu jeho potíží a smysl jednotlivých terapeutických kroků. Poté vytvoříme hierarchii situací, kterých se pacient obává ve spojitosti s daným fobickým podnětem. V postupných předem domluvených krocích probíhá expozice postupně, opakovaně a dosti dlouho.

2. *Formou zaplavení* –

a) in vivo,

b) v imaginaci.

Pacienta předem informujeme, psychoterapii možné provádět jen u vysoce motivovaných pacientů. Je nutné zajistit, aby pacient ze situace neutekl, nutno počkat, než pomine v dané situaci vysoká míra úzkosti. Z uvedeného plyne, že není vhodná pro děti. Podstatou expozice in vivo je habituace (opakovanou expozicí situace si na ni pacient zvykne).

3. *Kognitivně behaviorálními přístupy* – autoři Ellis (racionálně-emoční terapie) a Beck (kognitivní terapie). Společné pro oba směry, které se vyvíjejí od 70. let dvacátého století společně [16], je pozornost věnovaná kognitivním proměnným. (Např.: Tedy ne to, že mě opustil partner/ka ovlivní mé prožívání, ale to, jak já to budu interpretovat). Podle těchto autorů vzniká emoční porucha + problematické chování z toho vyplývající následkem chybných či zkreslených maladaptivních interpretací a očekávání.

Pacienty s izolovanou fobií ze stomatologického vyšetření není možné stomatologicky vyšetřit ani ošetřit běžným postupem, proto byli odesláni na dětské oddělení Kliniky zubního lékařství, kde po orientačním vyšetření bylo rozhodnuto o specializované psychoterapeutické terapii na Psychiatrické klinice ve FN Olomouc. Dětským psychologem a dětským psychiatrem byl aplikován následující individuální postup, a to nejdříve v prostorách psychiatrické kliniky a v průběhu další terapie přímo ve stomatologické ordinaci. Pro dětské pacienty s izolovanou fobií jsou důležité a použitelné první dva směry, které jsme na dětském psychiatrickém oddělení Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie FN Olomouc ve spolupráci s Klinikou zubního lékařství aplikovali.

KAZUISTIKA

Na dětském oddělení Kliniky zubního lékařství jsme ošetřovali tři pacientky s fobií ze stomatologického ošetřování.

Kazuistika č. 1

Z psychologického vyšetření: Pacientka přichází s matkou k vyšetření pro izolovanou fobii ze stomatologického ošetření, pacientka odmítla ošetření zubu, při předchozím ošetření v soukromé ordinaci způsobila stomatoložce frakturu prstu ruky a pokopala všechny, co se jí pokoušely držet.

Metody a techniky: Psdg. rozhovor, Weinberg, DAP, Kresba rodiny, PDW, Nedokončené věty, Lusch.

Přiměřeně vyvinutá dívenka, věk 7 roků 3 měsíce, dobře navázala kontakt, spolupracuje ochotně, orientovaná, odpovědi přiléhavé, logicky správné, dominuje drobný motorický neklid, emotivita – usměvavá, úkoly plní s nadšením, bez depresivní symptomatologie, menší sociální odstup. Tempo řeči rychlé, výslovnost méně obratná, na počátku vyšetření tenze, ta v dalším průběhu zcela mizí, drobná impulzivita. Pravák, silný tlak na tužku, grafomotorický projev nezralý, OŠD, kvůli nezralosti (doporučila PPP). Poruchy percepce ani myšlení neprokazuji.

Výkon v testu rozumových schopností v pásmu mírného nadprůměru, převaha názorové složky, která je výrazně nadprůměrná oproti verbální, je ve středním pásmu průměru. Slabší je praktický úsudek a úroveň informovanosti, což svědčí pro méně podnětné rodinné prostředí. Dobrá je schopnost kombinací, učit se novým věcem, kvalitní je vizuomotorická koordinace. Nerovnoměrný vývoj jednotlivých kognitivních složek, inter - a intrasubtestová variabilita naznačuje drobnou (usměrnitelnou) impulzivitu snad na bázi lehké LMD. Osobnostně jde o pacientku s impulzívními rysy, normoforickou, s nižším sociálním odstupem, kvalitními volnými vlastnostmi, bystrou, v nových situacích bývá bezradná, reaguje zvýšeným strachem a tenzí, (anxieta však není osobnostním rysem), nutno zajistit výraznou opakovanou emoční podporu.

proLékaře.cz | 30.10.2026

Ze stomatologického vyšetření: Pacienta odeslána na dětské oddělení Kliniky zubního lékařství jako neošetřitelný pacient. Stav chrupu: KPE =1 (K=1), po psychologické přípravě ošetřeno 16 car. med. I. tř. O, Adhesor + Amalgám.

Kasuistika č. 2

Pacientka přichází s matkou k vyšetření pro izolovanou fobii ze stomatologického ošetření, opakovaně odmítala stomatologické ošetření.

Metody a techniky: Psdg. rozhovor, Weinberg, DAP, Kresba rodiny, PDW, nedokončené věty, Lusch.

Přiměřeně vyvinutá dívenka, věk 7 roků 6 měsíců, kontakt navázala neochotně, spolupracuje dobře, orientovaná, odpovědi přiléhavé, logicky správné, dominuje drobný motorický neklid, emotivita – výrazně anxiózní, bez depresivní symptomatologie, sociální odstup přiměřený věku. Tempo řeči pomalejší, výslovnost neobratná, na počátku vyšetření tenze přetrvávající po celou dobu, Pravák, silný tlak na tužku, grafomotorický projev nezralý, OŠD. Poruchy percepce ani myšlení neprokazuji.

Výkon v testu rozumových schopností v pásmu mírného nadprůměru, převaha verbální složky. Slabší je sociální úsudek. Kvalitní jsou všechny ostatní složky, vcelku vyrovnané.

Osobnostně jde o pacientku s výrazně úzkostnými rysy, úzkostně a neuroticky zpracovávající realitu. Manifestuje se vysokou závislostí a potřebou být činná pouze v případě spolupráce autority, bez tohoto vstřícného kooperačního kroku autority způsobuje nejistotu. Rodinné prostředí je pečující, místy až hyperprotektivní, často bez empatického korelátu. Má velmi blízký emoční vztah k sestře.

Matka seznámena s výsledky vyšetření a s plánem psychoterapie během hospitalizace.

Ze stomatologické dokumentace: Pacientka přijata na dětské oddělení Kliniky zubního lékařství s doporučením na ošetření jako neošetřitelný pacient. Stav chrupu: KPE=1 (K=1). Po přípravě psychologem ošetřeno 46, car. med. I. tř. O, Adhesor+Amalgam.

Kasuistika č. 3

Pacientka přichází s matkou k vyšetření pro izolovanou fobii ze stomatologického ošetření, dle matky při stomatologickém ošetření pláče, anxieta. Dnes jdou také k zápisu do ZŠ.

Metody a techniky: Psdg. rozhovor, Weinberg, DAP, Kresba začarované rodiny, Lusch., Zkouška znalostí, OTŠZ.

Přiměřeně vyvinutá dívenka, věk 5 roků 8 měsíců, dobře navázala kontakt, spolupracuje ochotně, orientovaná, odpovědi přiléhavé, logicky správné, dominuje drobný motorický neklid, emotivita – usměvavá, úkoly plní s nadšením, pozornost udrží jen chvíli, bez depresivní symptomatologie, sociální odstup přiměřený věku. Tempo řeči výslovnost méně obratná (problém s výslovností Ř), na počátku vyšetření tenze, ta v dalším průběhu zcela mizí, emotivita bez výkyvů, drobná impulzivita. Pravák, ruka neuvolněná, tužku drží dobře, grafomotorický projev slabší, méně zralý. Poruchy percepce ani myšlení neprokazuji. Po odeznění iniciální tenze velmi sdílná, povídavá, umí básničky i písničky.

DAP- postava zpracována průměrně, úroveň ve Zkoušce znalostí předškolních dětí na úrovni 5.sten u = průměrná připravenost pro zahájení ŠD, vzhledem k vývojovému období dojde do zahájení školy ještě k výraznému zlepšení.

Osobnostně spíše extrovertovaná, společenská, bez výrazných úzkostných rysů.

Přiměřeně vyvinutá 5 roků 8 měsíců dívka, přichází k psychologickému vyšetření s matkou pro izolovanou fobii ze stomatologického ošetření. Intelekt orientačně v normě, letos má jít do školy.

Doporučuji kognitivně - behaviorální psychoterapii, která bude probíhat následujícím způsobem:

S matkou pacientky, pacientkou a ošetřujícím stomatologem se domluví postupné kroky (nechat si aspoň 2x prohlédnout chrup), pak přidávat postupně další úkony. Za každý "zvládnutý" krok nutno poskytnout předem dohodnutou odměnu. V případě, že nebude možné zvládnout PST ambulantně, doporučuji hospitalizaci na našem DPO, zde bude pokračovat s psychologem.

Ze stomatologické dokumentace: Stav chrupu KPE=1 (K=1) po psychologické přípravě ošetřeno 46 car. med. I. tř. O, Adhesor+Amalgám.

Každé z dětí bylo standardně psychologicky vyšetřeno – pro lepší orientaci uvádím psychodiagnostické metody a jejich velmi stručný popis:

Psychologický rozhovor – psychodiagnostický rozhovor, vedený semistrukturovaně.

DAP – kresba postavy, umožňuje zhodnocení vývojové úrovně pacienta, důležitá je též projektivní hodnota testu.

Weinberg – Weinbergova kritéria depresivní symptomatologie u dětí (obraz dětských depresí bývá specifický).

KZR – Kresba začarované rodiny – projektivní kresebný test zaměřený na diagnostiku rodinných vztahů.

PDW – Pražský dětský Wechsler – Wechslerův inteligenční test – diagnostikuje strukturu intelektu (nutno diagnostikovat aktuální vývojovou úroveň dítěte, celý terapeutický postup nelze provádět s dětmi např. mentálně retardovanými).

Lüscherův barvový test – projektivní osobnostní psychodiagnostická metoda.

OTŠZ – Orientační test školní zralosti.

stomatologie 3_06 7.6.2006 9:03 Str. 82
proLékaře.cz | 30.10.2026

Nedokončené věty - opět projektivní test – manifestují se zde osobnostní rysy pacienta, ale i aktuální problematika.

Po psychologickém vyšetření a po konzultaci s pedopsychiatrem bylo v prvních dvou případech rozhodnuto o hospitalizaci dítěte. Byly stanoveny dle časových možností dětského oddělení Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie FN Olomouc (DPO) a Kliniky zubního lékařství Olomouc jednotlivé kroky, které se dají (s drobnými modifikacemi) využít zřejmě u většiny obdobných případů:

1. Navázání terapeutického vztahu s pacientem, motivace k terapii. Zahrnuje i jasnou domluvu s rodiči a jejich souhlas a spolupráci.

2. Stanoveny a s dětským pacientem domluveny kroky postupné aproximace:

a). návštěva stomatologa a ordinace, b) zapůjčení zubního zrcátka, c) posazení se do křesla, "jízda na křesle", d) pacientka si sama vložila zrcátko do úst,

e) prohlédnutí ústní dutiny stomatologem, f) stomatolog vložil nástroje do ústní dutiny, g) vrtání, h) plombování, které bylo v daných případech cílem.

3. Každý krok je nutné striktně dodržet, vyvarovat se zrychlení ze strany stomatologa ("to už vydržíš!!"). Je nutné se vyvarovat negativních interpretací (ty jsi nevychovaná – i kdyby to byla pravda). Každý krok nutno opakovat, dokud se nezafixuje. Pokud se nepodaří, není ten den odměna.

4. Každý úspěšný krok je nutné individuálně odměnit dle jasné domluvy - na dětském oddělení Psychiatrické kliniky je možnost počítačových her, plavání atp. Matka jedné pacientky, kterou lze označit za hyperprotektivní a zároveň málo empatickou, si stěžovala, že dcera chodí plavat, ačkoliv kašle, (i když je místní a nezaměstnaná, navštěvovala dceru 1krát týdně) což lékař nepotvrdil. Byly dohodnuty situačně jiné odměny s tím, že úplné zvládnutí problému – kompletní ošetření zubního kazu – bude pro pacientku znamenat návštěvu cukrárny s terapeutem s konzumací jahodového poháru – a tak se i stalo. Odměnou mohou být též telefony či návštěvy rodičů, dovolenka na víkend atp.

5. Největší odměnou se stalo propuštění z dětského oddělení Psychiatrické kliniky.

První dvě pacientky zvládly ošetření stomatologem během hospitalizace, třetí pacientka ambulantně s podporou poučené a podporující matky. Po příslušné přípravě bylo v přítomnosti a pod vedením ošetřujícího psychologa provedeno stomatologické vyšetření a sanace chrupu. Jednalo se o ojedinělé kazy I. třídy dle Blacka na prvních stálých molárech. Po této psychoterapii jsou všechny tři pacientky ošetřovány běžným způsobem.

DISKUSE

Stres ze stomatologického vyšetření a ošetření je rozšířen mezi dětmi a jeho doprovodem - matka [17]. Strach se může týkat určitého typu ošetření (strach z injekční stříkačky, preparace, extrakce, event. některého lékaře), nebo je nespecifikovaný, vystupňovaný do fobie. Je známou skutečností, že u těchto pacientů je třeba hledat individuální postup a jedním z nich je stále opomíjená spolupráce se zkušeným psychoterapeutem. Je to ošetření sice časově náročné, ale vzhledem dlouhodobému a snad trvalému příznivému ovlivnění, plně indikované. Lékaři je často u těchto problémových pacientů používané ošetření v celkové anestezii [18]. I při současné vysoké úrovni možností celkové anestezie je tento způsob ošetření pro pacienta zátěží a neřeší hlavní problém – fobii, vyžaduje většinou opakované ošetřování v celkové anestezii. Při použití psychoterapeutických technik, jak uvádí naše sdělení, dochází k úpravě fobie a k minimalizaci strachu ze stomatologického ošetření.

ZÁVĚR

Tímto sdělením jsme chtěli upozornit na zatím opomíjenou, ale často úspěšnou možnost trvalejší úpravy vztahu ke stomatologickému ošetření. Z výše uvedeného vyplývá, že při kognitivně behaviorální terapie izolované fobie – strach ze stomatologického ošetření – byla úspěšně použita kombinace přístupu aplikované behaviorální analýzy a neobehaviorálního mediačního modelu – expozice in vivo postupnými kroky. Každý krok byl odměňován, protože u dětského pacienta není možné v mladším školním věku (případně předškolním) očekávat vnitřní motivaci k ošetření chrupu, což zřejmě souvisí se schopností introspekce, které jsou děti schopné až zhruba od 10 let věku. Je to jedna z cest, která omezí indikace pro stomatologické ošetření v celkové anestezii.

Práce vznikla za podpory grantu MZ ČR VUS - VFN Praha, LF UP a FN Olomouc č. NK 7438-3/2003.

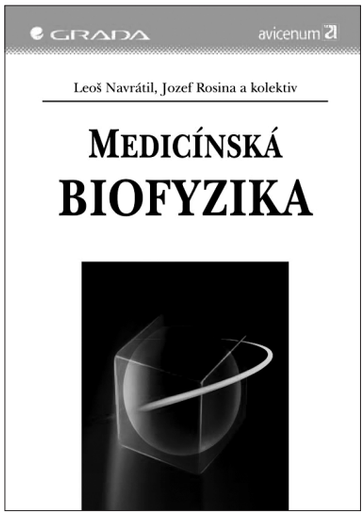
LITERATURA

1. **Jörhen, P. ,Göangler, P.:** Zahnbehandlungangst, Zahnbehandlungfobie. Teil 1. ZWR, 108,1999, s. 685-688.
2. **Jörhen, P., Göangler, P.:** Zahnbehandlungangst, Zahnbehandlungfobie. Teil 2. ZWR, 108, 1999, s. 755-758.
3. **Cohen, S., Fiske, J., Newton, J.:** The impact of dental anxiety on daily living (dental). Br. Dent. J., 189, 2000, s. 385-390.

stomatologie 3_06 7.6.2006 9:03 Str. 83
proLékaře.cz | 30.10.2026

4. **Lautch, H.:** Dental phobia. Br. J. Psychiatry, 119, 1971, s. 151-153.
5. **Kleinknecht, R., Bernstein, D.:** The assesment of dental fear. Behav. Ther. 9, 1978, s. 626-629.
6. **Locker, D., Shapiro, D., Liddell, A.:** Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. Community Dent. Health. 13, 1996, s. 86-92.
7. **Schuurs, A., Duivenvoorden, H., Makkes, P., Thoden van Velzen, S., Verhage, F.:** Personality traits of patients suffering extreme dental anxiety. Community Dent. Oral. Epidemiol., 16, 1988, s. 127-130.
8. **Eli, I., Uziel, N., Bath, R., Kleinhauz, M.:** Antecendents of dental anxiety: lernend responses versus personality traits. Community Dent. Health., 25, 1997, s. 233-237.
9. **Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J.:** Dětská psychoterapie. 2.vyd., Praha, Portál, 2000.
10. **Vašina, L.:** Klinická psychologie a somatická psychoterapie, díl I. Brno, Neptun, 2002.
11. **Vymětal, J. a kol.:** Speciální psychoterapie (úzkost a strach). Praha, Psychoanalytické vydavatelství, 2000.
12. **Kratochvíl, S.:** Psychoterapie: směry, metody, výzkum. 1. vyd., Praha, Portál, 1997.
13. **Durecová, Š.:** Kognitivně behaviorální psychoterapie. Ústní sdělení, IPVZ, Praha, 2000.
14. **Krejčířová, D., Langmeier, J.:** Vývojová psychologie. 3.vyd., Praha, Grada Publishing, 1998.
15. **Říčan, P., Krejčířová, D. a kol.:** Dětská klinická psychologie. Praha, Grada, 1995.
16. **Možný, P., Praško, J.:** Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do terapie a praxe. Praha, Triton, 1999.
17. **Peretz, B., Glaicher, H., Ram, D.:** Child-management technigue. Are there defferences a the way female and male pediatric dentists in Israel practice? Braz. Dent. J., 14, (2), Ribeiao Preto, 2003.
18. **Pingham, J. R.:** Behaviour management of children in the dental office. J. Dent.. Clin. North. Am., 44, 2000 a, s. 471-786.

Doc. MUDr. Květoslava Nováková, CSc.
Klinika zubního lékařství LF UP a FN
Palackého 12
772 00 Olomouc



MEDICÍNSKÁ BIOFYZIKA

Leoš Navrátil, Jozef Rosina a kolektiv

Lékařská biofyzika vznikla jako důsledek integračních tendencí ve vývoji vědeckého poznání. Jako interdisciplinární obor obsahuje prvky mnohých disciplín, na rozhraní kterých vzniká, anebo využívá jejich metodické přístupy. V systému teoretických disciplín lékařského studia zaujímá lékařská biofyzika specifické místo. Tvoří spojovací článek mezi matematikou a fyzikou na straně jedne a biologickými vědami na straně druhé. Specifikou biofyzikální analýzy je skutečnost, že objektem zkoumání jsou živé systémy a výsledky analýzy jsou použity na řešení konkrétních problémů v jednotlivých lékařských oborech za použití moderní přístrojové techniky. Lékařská biofyzika tvoří nejenom integrální součást funkčních oborů teoretické a preklinické části lékařského studia, ale i teoretický základ mnohých klinických oborů. Obrovský posun ve všech oblastech medicíny vyžaduje i po odbornících lékařské biofyziky přijímat tyto změny a předložit je v kompetenci svého oboru studentům lékařských fakult. Proto je potřeba neustále inovace učebnice lékařské biofyziky. Je logické, že si napsání takové učebnice žádá spolupráci vysoce kvalifikovaných a zkušených odborníků technického i lékařského zaměření. Jde o kooperaci velmi cennou a nenahraditelnou. Jak je zřejmé z předpokládaného kolektivu autorů, podařilo se dát dohromady právě takovou pracovní skupinu; jsou to odborníci, ovládající společnou řeč a chápající dokonale i společnou problematiku.

Vydala Grada Publishing v roce 2005. ISBN 80-247-1152-4, kat. číslo 1631, 170 x 230, šitá vazba, 528 str., cena 495 Kč.

Objednávku můžete poslat na adresu: Nakladatelské a tiskové středisko ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, fax: 224 266 226, e-mail: nts@cls.cz