

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
 MUDr. Radkin Honzák, CSc.
 MUDr. David Skorunka, Ph.D.
 PhDr. Ludmila Trapková
 Mgr. Pavla Loucká
 Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz
 SKT Liberec
 Jáchymovská 385
 460 10 Liberec 10
 Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 150 Kč, roční předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz



Uzávěrka dvojčísla 30. 9. 2025, recenzní řízení bylo uzavřeno 15.9. 2025. Redakční návrh prochází diskusí mezi členy redakční rady a sboru recenzentů. Konečná verze nezávislého média je výsledkem pečlivého výběru a svobodné diskuse bez mocenských zásahů zvenčí. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Foto a grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84; registrace ERIH PLUS; indexován na <https://bibliovigilance.com/>

© LIRTAPS, o. p. s. ,

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Vychází 4× ročně



Tiráž

Časopis byl založen v roce 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekcí Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází ve spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/krameries/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů. Všechna práva vlastní LIRTAPS, s.r.o. Kopírování a šíření textu odpovídá licenci [CC BY 4.0 DEED](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Volné šíření s uvedením zdroje a autorů.

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav preventivního lékařství LF UK v H. Králové
† Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., biolog a filosof, Praha
Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Mgr. Lucia Mazúchová, Ph.D., Ústav pôrodnej asistencie, JLF UK, Martin
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

Editorial	151
<i>Vladislav Chvála: Psychosomatika, kam se podíváš</i>	<i>151</i>
Pro správnou praxi.....	154
<i>Lenka Bachratá: Musím všechno zvládnout sama.....</i>	<i>154</i>
Věda a výzkum.....	174
<i>Emma Gerginova, Nikola Khailová a Veronika Studničková: Psychosomatická medicína očima mediků.....</i>	<i>174</i>
Věda krátce.....	183
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Jemný dotek je dobrý nejen pro duševní zdraví, ale také pro rozvoj spolupráce.....</i> • <i>Zlepšení vztahů mezi tatínky a dcerami ...je to procházka růžovým sadem.....</i> • <i>Rozdíl mezi pohlavími v depresích dospívajících je dvakrát větší v Londýně než v Tokiu, zjistila nová studie.....</i> • <i>Vztahy s trvale intenzivně truchlícími mají téměř dvakrát vyšší pravděpodobnost úmrtí do 10 let po ztrátě milované osoby</i> • <i>Rodičovské praktiky jako prediktory nutkavého sexuálního chování dospívajících: 6měsíční prospektivní studie</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>183</i> <i>185</i> <i>186</i> <i>187</i> <i>188</i>
Úvahy, eseje.....	189
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lenka Bachratá: Úvahy nad kazuistikou.....</i> • <i>Vladislav Chvála: Je rodinná terapie terénním výzkumem?</i> • <i>Jan Poněšický: Dynamika intersubjektivního prostoru během psychoterapie</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>189</i> <i>194</i> <i>197</i>
Politika, společnost.....	Chyba! Záložka není definována.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zemřel Jiří Šimek, pilíř české psychosomatiky</i> • <i>Hana Konečná: Může terapeut s klientem nesouhlasit? Kauza Chiles versus Salazar.....</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>201</i> <i>205</i>
Z konferencí	210
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adéla Holmanová: Psychosomatika v pohybu: shrnutí a dojmy z konference EAPM v Mnichově ..</i> • <i>Jan Poněšický: Setkání v Přešticích</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>210</i> <i>216</i>
Plánované akce	217
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Etika v medicíně (ON-LINE kurz) 22.10.2026.....</i> • <i>Balintovská skupina v Liberci 31.10. 2025 a dále.....</i> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>217</i> <i>217</i>



• <i>Kung Fu Terapie: Proměň své strachy v osobní sílu 2. 11. 2025</i>	217
• <i>Psychosomatická supervize 5. 11. 2025</i>	217
• <i>Sebezkušenost a sebepoznání jako nedílný nástroj v psychosomatické terapii 8. 11. 2025 dvoudenní</i>	218
• <i>Balintovská skupina v Berouně 12. 11. 2025</i>	218
• <i>Jizva, diagnostika a psychosomatické souvislosti 22. 11. 2025</i>	218
• <i>Kung Fu terapie II.: Jak využít energii svých protivníků 29. 11. 2025</i>	219
• <i>Balintovská skupina 11. 12. 2025</i>	219
• <i>Spiritualita a psychosomatika 5. 12. 2025</i>	219
• <i>Celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci 5.-7. 6. 2026</i>	219
Recenze	220
<i>Radkin Honzák: Jašík není Foucoulť</i>	220
Rozhovory	222
<i>Jan Brodský: Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc. – Psychosomatická léčba pomáhá i bez zázračné pilulky</i>	222
Pokyny pro autory	231



EDITORIAL



1 Z ČEJENSKÉ KONFERENCE 2025

VLADISLAV CHVÁLA: PSYCHOSOMATIKA, KAM SE PODÍVÁŠ

Nejen naše specializované médium se věnuje bio-psycho-sociálním souvislostem zdraví a nemoci. Dnes se už i běžné časopisy, nejen ty pro ženy, ale i pro muže, a také zpravodajské servery předhánějí, kdo přinese více důkazů o tom, jak je naše zdraví propojené s našimi vztahy (věděli jste, že vztahy s trvale intenzivně truchlícími mají téměř dvakrát vyšší pravděpodobnost úmrtí do 10 let po ztrátě milované osoby?), životním prostředím nebo psychickou pohodou. A všichni poukazují na psychický stav dětí a dospívajících, který se soustavně horší, jakkoli materiální podmínky, ve kterých u nás vyrůstají, jsou bezprecedentní (možná právě proto, že jen ty materiální?). Rákosky ze škol zmizely, situace se ale otáčí, a brzy bude třeba, aby měli učitelé ochranu proti násilí ze strany žáků (kdy naposledy pobodal žák učitelku?). Ale jak je

vychovávat bez násilí, nebo spíš, jak si udržet autoritu ve světě, který se vyvíjí tak rychle, že se některé znalosti musí učit rodiče od dětí, než aby to bylo naopak? Možná je to tou rychlostí, s jakou se vyvíjí technologie, možná je to tím, jak nám všem technologie odsála volný čas, čas dříve určený k lelkování, povalování, čtení, povídání, a prožívání. Ten je v čudu. Tedy spíš na serverech nadnárodních gigantů, které dobře vědí, že náš čas je jediná nerecyklovatelná komodita, se kterou se ale dá kupodivu dobře obchodovat. Jen vědět, jak ji od nás odčerpat, z rodin, z dvojic, ze života každého z nás. Hypokairóza, nemoc z nedostatku času typu kairos, je tak dnes nejčastější chorobou, která má mnoho příznaků, stojí nás ohromné peníze, ale naši kapitáni na velitelském můstku o ní ještě nic nevědí. A nevědí ani, kam dřív skočit a kterou díru



v potápějící se lodi zdravotnictví dříve ucpat. A ty vycpávky nás stojí hodně. A půjde to tak dál, pokud se nezačneme dívat na to, v jakých souvislostech lidé stonají, a to nejen v souvislostech biologických, ale i bio-psycho-sociálních.

Jak složité to může být, ukazuje kazuistika Lenky Bachraté. Zjišťujeme, jak složité může být dosáhnout skutečného uzdravení, pokud nechceme jen slepě potlačovat jednotlivé symptomy. Zkušený čtenář jistě namítne, že tohle už není jen psychosomatická intervence nebo léčba. Ano, je to mnohem spíš psychoterapie s využitím řady psychoterapeutických a bodytherapeutických technik. Autorka je tvořivá, využívá i techniku RR variací srdečního rytmu (HRV), která poukazuje na stav vegetativního nervového systému. Využívá zkušeností z traumaterapie. Jako lékařka sahá k polyvagální teorii, která si zatím nezískala důvěru všech akademických autorit, ale v jednotlivých případech dává smysl a pomáhá pochopit složité děje v těle pacienta. Autorka dává čtenáři nahlédnout do svých úvah, proč v které fázi využívá tu kterou techniku k tomu, aby pacientka co nejlépe využila autosanační potenciál organismu. V tom je právě kouzlo naší praxe: teorii rovnou ověřujeme v praxi. Ano, ta práce je dlouhá. Na dnešního čtenáře zvyklého jen na titulky a souhrny až moc dlouhá, ale stojí za to se do ní začíst. A to jsme oddělili rozsáhlejší teoretický úvod v Úvahách a esejích, v němž se čtenář o autorčině pojetí psychosomatické medicíny dozví více.

A máme tady první výzkum mediků. Trojice odvážných autorek pod vedením MUDr. Martina Seiferta si položila otázku, jak vnímají psychosomatickou medicínu sami studenti lékařských fakult. Setkávají se s ní? Jsou na ni zvědaví? Nečekejte velký vzorek, výzkum je kvalitativní a přináší pozoruhodné odpovědi. Svědčí o tom, že i na lékařských fakultách

se povědomí o psychosomatické medicíně nepatrně klube na světlo učebních plánů.

Rubrika „Věda krátce“ obsahuje jen střípky, které tentokrát zaujaly redaktoři. Vždy mají nějaký vztah k psychosomatické. Dnes například další důkaz o tom, jak i jen lehký dotyk pomáhá udržovat zdraví a soudržnost, a to nejen u ptáků, ale i u primátů. A jak by tomu mohlo být jinak u lidí! A věděli jste, že vztahy dcery s tátou se dají nejlépe zlepšovat na procházkách a při sportovních aktivitách, pokud nejsou ovšem zaměřené na výkon a soutěžení? Už to máme vědecky doložené! Rodinní terapeuti to vědí dávno.

Když už jsme u té rodinné terapie, nedalo mi to a musel jsem odpovědět na námítky některých akademiků, které se k nám přes jejich doktorandy obvykle donesou, že totiž prý rodinná terapie nemá dostatečnou oporu ve výzkumu. Asi ne celá, ale rozhodně se některým nelíbí představa rodiny jako sociální dělohy, kterou jsme přinesli na základě naší klinické práce už v r. 1997 a která se dalšími léty praxe a výuky jen zpevňovala. Kritici poněkud přehlížejí, že existuje terénní výzkum, jak takové vědecké práci říkají antropologové. A přesně tím také je naše rodinná terapie v rámci stabilní dlouhodobé medicínské praxe. Konkrétní argumenty najde čtenář v rubrice Úvahy, eseje. Zde je také text stálého autora Psychosomu Jana Poněšického na téma intersubjektivního prostoru během psychoterapie. Jistě se to týká i psychosomatické intervence, kde je na reflexi takových procesů méně času.

Neradi uveřejňujeme smutnou zprávu, že nás opustil doc. Jiří Šimek, CSc., pilíř české psychosomatiky, jak jsem ho alespoň já vnímal. Bez jeho zájmu a podpory bychom si asi netroufli otevřít naše pracoviště Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci v září



1989. Byl našim prvním laskavým supervizorem.

Smutnou zprávou ale toto číslo nekončí. Velmi zajímavou otázkou, zda terapeut (a tedy také lékař) smí nesouhlasit s pacientem, si pokládá dnes Nejvyšší soud v USA, alespoň podle zprávy, kterou jsme převzali (kauza Chiles v. Salazar) od doc. Hany Konečné se svolením časopisu Rodina, pro který byl text původně psán. Ale posuďte sami – neměli bychom se takové zprávy dozvídat také? A jak daleko mohou zajít zásahy nadšených aktivistů bojujících za svobodu jednotlivce? Jsme proti takovým zásahům do svobody naší práce dostatečně odolní?

Co opravdu stojí za přečtení, pokud vás zatím nic z nabídky nezaujalo, je zpráva Adély Holmanové z konference naší Evropské asociace pro psychosomatickou medicínu (EAPM). Zjistíte, jak si dnes stojí bio-psycho-sociální model zdraví a

nemoci v očích výzkumníků a kolegů psychosomatiků z celé Evropy. A pokud vás napadne, že je škoda, že jste tam nebyli, tak to příští rok napravte. Je nejvyšší čas začít se propojovat s kolegy alespoň ze zemí EU.

Rozhovor s doc. Jiřím Beranem, CSc., uzavírá toto číslo. Doufáme, že vás potěší naše zprávy a že osvěží vaše psychosomatické šedé buňky mozkové...

Vladislav Chvála, 27. 9. 2025



PRO SPRÁVNOU PRAXI



2 Z ČEJENSKÉ KONFEENCE. PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA PRAHA (NA OBRÁZKU NENÍ AUTORKA PŘÍSPĚVKU, ALE MUDR. J. KABÁT, VEDOUČÍ PSYCHOSOMATICKÉ KLINIKY PRAHA)

LENKA BACHRATÁ: MUSÍM VŠECHNO ZVLÁDNOUT SAMA

SOUHRN:

Můj odborný přístup je postavený na přesvědčení, že řeč těla je úžasně důležitou informací, kterou se potřebujeme naučit číst jinak, z daleko komplexnější perspektivy. Naše tělo je velmi sofistikovaný a plastický biologický systém. Proto jsem přesvědčená, že musí existovat smysluplnější vysvětlení tělesných projevů, než je naše současná představa poruchy nebo nemoci, kterou je potřeba opravit, abychom mohli být opět zdraví.

Touto kazuistikou bych ráda demonstrovala, jak lze různé formy tělesného stonání vnímat jako projev vnitřního konfliktu či adaptačních strategií člověka. A jak tyto potíže dovedou ustoupit, když se onen konflikt vyřeší, když porozumíme, kdo jsme, jaké jsou naše potřeby a záměr a jak si udržet sebe sama a současně cítit přijetí (nebo ustát odmítnutí) svého sociálního prostředí.

Teorie, hypotézy a vědecké výzkumy, na kterých své porozumění stavím, jsou z oblasti fyziologie, psychofyziologie, psychologie, různých psychotherapeutických přístupů, zejména těch zaměřených na tělo, z oblasti genetiky, epigenetiky, sociální a behaviorální epigenetiky, biologie komplexních sociálních systémů a mnoha dalších.

V psychosomatickém terapeutickém přístupu integruji principy Gestalt psychoterapie, psychotherapeutických přístupů orientovaných na tělo (biodynamické body-psychotherapie



a Bodydynamic teorie), práce s částmi v kontextu Terapie systému vnitřní rodiny (Internal family systems – IFS) a mnoha dalších přístupů zaměřených na práci s traumatem a integraci těla s psychickými procesy. Využívám i fyziologická měření, zejména statické i dynamické (post-stimulační) měření variability srdeční frekvence (HRV), která odráží aktivitu autonomního nervového systému, ale také například kapnografii, která objektivizuje stavy související s hyperventilací, tetanickým syndromem a stavy nadměrného nabuzení a vnímavosti.

Podstatné detaily teoretického porozumění, terapeutického přístupu i mých úvah a hypotéz uvádím v textu vždy v souvislosti s jejich využitím v terapeutické práci.

Tato kazuistika popisuje mou dvouletou terapeutickou práci s klientkou Janou. Jméno je fiktivní, a rovněž jsou poupravena i fakta z jejího života, která by mohla vést k její identifikaci. Klientka souhlasila s použitím svého terapeutického procesu pro potřebu této kazuistické atestační práce.

KLÍČOVÁ SLOVA: PSYCHOSOMATIKA, VNITŘNÍ KONFLIKT, VYSOKÁ CITLIVOST, HYPERMOBILITA, HISTAMINOVÁ INTOLERANCE, SYNDROM AKTIVNÍCH MASTOCYTŮ, OBEZITA JAKO OBRANA, HRV ANALÝZA, PSYCHOSOMATICKÁ PSYCHOTERAPIE, TĚLO V PSYCHOTERAPII

SUMMARY: BACHRATÁ L: I HAVE TO MANAGE EVERYTHING BY MYSELF. PSYCHOSOM 2025; 23(3-4), PP. 154-173

My professional approach is based on attitude, that body language is an extremely important information, which we need to read more accurately, from much more complex perspective. Our body is extremely sophisticated and plastic biological system and I believe there must be more meaningful explanation of body symptoms than just sudden and accidental failure or disorder, which should be fixed or repaired to become healthy again.

With this case study, I would like to demonstrate how various forms of bodily groaning can be perceived as an expression of internal conflict or a part of adaptive strategy of their carrier. And how these difficulties can subside when that conflict is resolved, when the needs of the individual come into harmony with the needs of higher systems and are attuned to a common sense. I am convinced that body language is amazing information that we just have to learn to read correctly and not perceive it as a disorder that sometimes needs to be eliminated by drastic means.

Theories, hypotheses and scientific research on which I base my understanding are from the fields of physiology, psychophysiology, psychology, various psychotherapeutic approaches, especially those focused on the body, from the fields of genetics, epigenetics, social and behavioral epigenomics, the biology of complex social systems and many others.

In the psychosomatic therapeutic approach, I integrate the principles of Gestalt psychotherapy, body-oriented psychotherapeutic approaches (biodynamic body-psychotherapy and Bodydynamic theory), work with parts in the context of Internal family systems (IFS) therapy and many other approaches focused on working with trauma and integrating the body with psychological processes. I also use physiological measurements, especially static and dynamic (post-stimulation) measurements of heart rate variability (HRV), which reflects the activity of the autonomic nervous system, but also, for example, capnography, which objectifies conditions related to hyperventilation, tetanic syndrome and states of excessive arousal and receptivity.



I always present essential details of the theoretical understanding, therapeutic approach and my considerations and hypotheses in the text in connection with their use in therapeutic work.

This case study describes my two-year therapeutic work with the client Jana. The name is fictitious, and facts from her life that could lead to her identification have also been edited. The client agreed to the use of her therapeutic process for the purpose of this casuistic attestation work.

KEY WORDS: PSYCHOSOMATICS, INTERNAL CONFLICT, HIGH SENSITIVITY PERSONALITY, HYPERMOBILITY, MAST CELL ACTIVATION SYNDROM, OBEZITY AS A DEFENSE MECHANISM, HRV ANALYSIS, PSYCHOSOMATIC PSYCHOTHERAPY, BODY IN PSYCHOTHERAPY

SETKÁNÍ S KLIENTKOU – PRVNÍ KONTAKT A INDIKACE

Klientka Jana, tehdy 38letá, přišla do mé praktické ambulance s četnými somatickými stesky: se trávícími obtížemi, otokem jazyka a dásní, občasným vnímáním překážky v krku, která dělala potíže s polykáním, s nepřiměřenou a proměnlivou reakcí na některé potraviny a celkovou nejistotou a úzkostí vůči různým nespecifickým tělesným projevům. První setkání bylo spíše standardně medicínské, rozšířené o integrativní přístup. Zdálo se, že se už samotnou konzultací paní Jana uklidnila. Vyšetření prokázala jen podezření na histaminovou intoleranci, následnou úpravou životosprávy a nízkohistaminovou dietou se tyto potíže zlepšily.

Teoretické podklady:

- a) význam důvěry k terapeutovi a cesta od bezmoci k moci

Domnívám se, že kromě diety byla důležitým faktorem zlepšení i důvěra paní Jany vůči mému přístupu a ujištění, že nejde o projevy závažného onemocnění. Tato důvěra se ukáže jako významná i v našem pozdějším vztahu. Má schopnost vysvětlit klientům jejich neuchopitelné potíže psychofyziologickými mechanismy a funkčním významem v jejich procesu se ukazuje jako stabilizující a snižující úzkost. Podobný přístup se

využívá i v kognitivně behaviorální terapii (KBT), a to nejen pro snížení úzkosti z neznámého, ale zejména pro uchopení a využití mechanismů, které vedou ke zlepšení potíží (úpravou dýchání, změnou tělesného postoje, svalového napětí, specifickým pohybem, úpravou stravy či minerálními doplňky). Mít v rukou funkční návod na zlepšení potíží je pro klienta cestou od bezmoci k moci nad situací a příznakem, která je pro zvládnutí úzkosti a paniky klíčová.

- b) histamin, histaminová intolerance a MCAS

Histaminová intolerance je teď velice populární, ale i svízelná diagnóza. Část odborné obce ji nepřijala a nedá se jí moc divit. Tento problém s intolerancí potravin bohatých na histamin je totiž nekonstantní o proměnlivý, stejně jako jsou jeho tělesné projevy. Větší smysl začala dávat až ve spojení s tzv. syndromem aktivních mastocytů (MCAS), který přinesl uvědomění faktu, že velká část histaminu, který v těle dělá potíže, pochází z tkáňového imunitního systému, konkrétně z mastocytů. A že tato nespecifická imunitní obrana se aktivuje, když naše tělo zaznamená určité významné a nespecifické ohrožení. A to nejen ve formě viru, bakterie či alergenu, ale i ve



formě jakékoli informace z vnějšího či vnitřního prostředí, kterou vnímáme jako ohrožující a kterou neumíme identifikovat, zařadit a nemáme zkušenost, jak si s ní poradit a získat nad situací kontrolu. Cítíme se tedy ohroženi, zahlceni a bezmocní. Histamin je rovněž aktivním neurotransmiterem, který v mozku způsobuje stav nabuzení (alertness) a má mnoho dalších významných funkcí v regulaci stresové/adaptační odpovědi (Hough, 1999). Početné studie rovněž potvrzují, že MCAS velice často doprovází hypermobilitu, dokonce se na

jejím vzniku nebo zhoršení může přímo podílet (Monaco, 2022).

U skupiny lidí s vysokou citlivostí a chaotickými hranicemi (které se tělesně projevují často právě nízkým tonem svalů a podpůrných tkání, ale i vysokou aktivitou ventrálního vagu), dovede tento stav histaminového nabuzení aktivovat téměř jakákoli situace přetížení a zahlcení a potravinový histamin jej obvykle zhorší. Zkušenosti ale ukazují, že ti samí lidé mimo tento stav ohrožení tolerují potraviny s histaminem daleko lépe.

DRUHÝ KONTAKT S JANOU A DOPORUČENÍ K PSYCHOSOMATICKÉMU PŘÍSTUPU

Za dva měsíce se paní Jana objevila zase, s komplexnějšími potížemi. Dominoval jim pocit tahání v nohou, brnění končetin a poloviny obličeje, bolesti hlavy a krku a další početné a hůře specifikovatelné potíže, které spojoval strach z trombózy a cévní mozkové příhody.

Protože se u více žen v její rodině (matka, babička a její sestra, prababička) vyskytovaly mozkové příhody ve věku kolem 40-50 let, měla Jana přirozeně obavu. Pro úplný obraz je důležité podotknout, že tato první setkání s Janou proběhla v období pandemie Covidu, která úzkostem a strachem z trombóz a jiných závažných onemocnění ještě významně přidala.

Doporučila jsem Janě naši komplexní psychosomatickou konzultaci a Jana tuto nabídku přijala.

Teoretické podklady k vstupní psychosomatické konzultaci – obecná struktura, průběh vyšetření a závěr

A. Psychosomatický dotazník

Vstupní psychosomatickou konzultaci používám ve své ordinaci jako standardizovaný strukturovaný nástroj nejen pro psychosomatické klienty, ale i jako součást psychosomatické preventivní prohlídky pro klienty v mé praktické ambulanci, kteří mají zájem o psychosomatický přístup.

Součástí je rozsáhlý dotazník, který klient vyplní doma a přinese na setkání. Jeho součástí jsou cílené dotazy v těchto tematických okruzích:

1. *Aktuální zakázka: s čím klient přichází na konzultaci*
2. *Onemocnění a příznaky související s konkrétními orgánovými systémy – v historii a v současnosti*
3. *Osobní anamnéza: historie úrazů, operací a hospitalizací (s dotazem na věk a doprovod rodičů u hospitalizací), abúzy návykových látek, alergie, léky užívané v historii a současnosti, včetně vitamínů a doplňků, nechemické a alternativní léčebné přístupy*



4. Tělesné a psychické obtíže a onemocnění od narození, jejich průběh a terapeutické řešení
5. Průběh a případné komplikace porodu a prenatálního období od početí (včetně vztahu rodičů v tomto období, emočního stavu matky v průběhu těhotenství, jestli šlo o plánované početí, pořadí dítěte včetně potratů a interrupcí, předčasné narození, zralost a potřeba inkubátoru, porod spontánní, indukovaný, klešťový, sekce, konec pánevní...)
6. Průběh a délka kojení
7. Jídlo: preferované a vylučované potraviny, stravovací návyky a preference, příjem tekutin
8. Sport a fyzická aktivita
9. Spánek
10. Rodinné vztahy v dětství, dospívání, dospělosti a současnosti
11. Rodinná anamnéza: historie tělesných a duševních onemocnění v rodině, včetně závislostí, obezity, nehod, úrazů, sebevražd...
12. Práce: druh a charakter, spokojenost s prací a vztahy na pracovišti, míra prožívaného pracovního stresu, úvaha o „prací snů“
13. Současný osobní život, partnerský vztah, rodinný život, přátelé, trávení volného času, pocit domova, koníčky a zájmy
14. Intimní a sexuální život
15. Víra a vztah k církevním institucím
16. Důležité hodnoty v primární rodině ve srovnání s osobními hodnotami klienta v současnosti
17. Traumata/významné emoční události
18. Pojmenování svých silných a slabých stránek
19. Tři přání pro zlatou rybku
20. Volná úvaha nad tím, co nebylo zmíněno výše a co klient

považuje za významné pro jeho život a zdraví

Forma dotazníku vyplněného před setkáním je užitečná z důvodu, že klient na první setkání přichází již „naladěný“ v úvahách nad aspekty svého života a rodinné historie a má možnost se před setkáním doptat svých rodičů na detaily například ohledně svého narození i prenatálního období. Podle způsobu a rozsahu vyplnění dotazníku lze alespoň zčásti usuzovat na motivaci klienta, popřípadě jeho odpor k terapeutické práci.

B. HRV analýza

HRV analýzu neboli analýzu variability srdeční frekvence používám jako součást prevence a psychosomatické konzultace už přes 10 let. Úvodní motivací bylo udělat si představu o míře stresu měřením aktivity sympatiku a parasympatiku a propojit klientovy obtíže s naměřenou stresovou aktivací, tedy aktivitou sympatiku. Toto očekávání se ale naplnilo jen částečně. Nemalá skupina klientů s četnými psychosomatickými stesky totiž vůbec neměla zvýšenou aktivitu sympatiku, spíše naopak: část měla vysokou aktivitu parasympatiku. Toto zjištění bylo velkým zklamáním, proto jsem na pár let HRV analýzu zapudila a návrat mezi užitečné nástroje opět zažila se změnou optiky po příchodu polyvagální teorie na scénu. O tom ale více v souvislosti s kazuistikou (Porges, 2010, HearthMath Institute).

C. Rozhovor

Rozhovor je samozřejmě klíčovým prvkem psychosomatického vyšetření. Podle toho, jak je klient schopen konzistentního uchopení svých potíží a svého životního příběhu, volím rozhovor volný, nebo podložený strukturou vyplněného dotazníku.

D. Pozorování a tělesné vyšetření



V rámci prvního kontaktu vnímám jako důležité i pozorování a tělesné vyšetření. Už v průběhu rozhovoru si všímám očního kontaktu, výrazu tváře, tělesného držení, gestikulace, řeči a způsobu vyjadřování, kvality a mechanismu dechu. Podle potřeby pak po rozhovoru vyšetřuji pacienta i ve stoje, který podle Bodynamic a Reichových charakterových typů doplní hodně informací o struktuře osobnosti klienta a jeho strategiích/obranách. Další vyšetření medicínského charakteru doplňuji podle zakázky klienta a mé potřeby.

E. Závěr: vyhodnocení a doporučení dalšího postupu

Doba 80 minut často není postačující na komplexní posouzení, jak dál postupovat s klientem. Když je ze setkání pro mne i pro klienta zřejmé, že somatické potíže souvisí s jeho životem, když má klient náhled, ochotu a jasnou zakázku, navrhuji psychoterapii. U části klientů doporučuji propojit ji s fyzioterapií, popřípadě jiným cvičením či tělesným přístupem (taj-či, jóga, bojová umění...), někdy zvažujeme podpůrnou psychiatrickou medikaci, vitamíny či doplňky stravy, úpravu diety nebo alternativní medicínské přístupy (akupunktura, tradiční čínská medicína, ajurvéda, fototerapie...). Ve všem je samozřejmě množství háčeků, zejména v dostupnosti zvoleného přístupu pro klienta (geografické, časové či finanční), nebo je-li vhodné nabídnout své terapeutické možnosti klientovi, který je registrovaným pacientem v mé praktické ordinaci. I když se tato kombinace obecně nedoporučuje, u části dobře vyselektovaných klientů ji za jasně stanovených pravidel připouštím, někdy ji dokonce vnímám pro klienta jako velmi výhodnou. Toto se týkalo i paní Jany.

Úvodní konzultace Jany – příběh a zakázka

Jana vyrůstala ve velmi složitém rodinném prostředí. Byla starší ze dvou dětí, otec byl alkoholik a brzy se z jejího života vytratil, neměla vztah ani s jeho rodinou. S mámou a bratrem žili v domě spolu s babičkou a prababičkou. Matka začala pít brzy v jejím dětství a v roli matky nefungovala, o Janu a jejího bratra pečovala babička, která byla učitelkou a později ředitelkou na místní škole. Rodina byla věřící a žila na vesnici se silnou katolickou tradicí, v prostředí bylo hodně posuzování a odsuzování. Všechno „špatné a hříšné“ muselo být před zraky ostatních utajeno. Alkoholismus matky byl proto velkým problémem, Jana byla už v mladém věku vysílána babičkou, aby o matku pečovala a přesvědčila ji, aby nepila. Babička měla velkou potřebu udržet nehezke tajemství své dcery mimo zrak veřejnosti, aby nebyla ostuda. Byla to přísná, vyžadující a kritická žena, ale navzdory tomu ji Jana považovala za nejbližší osobu svého dětství, která ji vychovala. Matku dospělým pohledem vnímala jako nezralou a neschopnou vést běžný život, nicméně v dětství o ni měla strach a prožívala odpovědnost za její stav.

Díky babičce Jana vystudovala a založila úspěšnou a prosperující firmu. Vdala se za cizince, se kterým má dvě děti. Je přetížena prací i péčí o domácnost a děti, manžel se nikdy nenaučil místní jazyk, a proto má potíže se zaměstnat i řešit operativu kolem domácnosti.

Z úvodní psychosomatické konzultace se jako hlavní zakázka vyostřilo téma strachu ze závažných nemocí, velká nedůvěra ve vlastní tělo, které Jana vnímá jako hrozbu a zdroj nemocí, a úzkost spojená s téměř jakýmkoli tělesným příznakem. Dlouhá léta měla výraznou nadváhu a velmi špatnou životosprávu, jedla až odpoledne, narychlo, co se namanulo, pila hodně kávy a velmi málo vody. Pár



měsíců před našim prvním setkáním se začala díky pracovnímu klidu v Covidu usilovat o zdravější životní styl a povedlo se jí dost významně zhubnout.

Toto období změny i redukce hmotnosti (asi 45 kg v období jednoho roku), které bylo v závěru covidové pandemie, přineslo kromě pozitiv i pár nepříjemností. S významně nižší hmotností začala Jana pociťovat větší křehkost, hůře ustávala náročné situace a objevily se i početné somatické stesky, které přinášely úzkost. Se štíhlostí se dostalo na povrch chabé držení těla a výrazná hypermobilita a hypotonie svalů.

Teoretické poznámky a úvahy

a. Obezita/nadváha jako obranný mechanismus

Podle početných studií má obezita silnou korelaci s výskytem negativních zkušeností v dětském věku (adverse childhood experiences – ACEs). Výzkumy nastolují hypotézu, že může fungovat jako efektivní obranný mechanismus před zaplavením traumatickými tématy. Je-li u obézního člověka traumatické pozadí, významná redukce hmotnosti často vede k opětovnému zcitlivění k prožitkům traumatické zkušenosti. Se zhubnutím se často začnou objevovat panické ataky, úzkosti či psychosomatické příznaky, proto na základě studií odborníci doporučují věnovat pozornost traumatické historii před plánovanou redukcí hmotnosti, obzvlášť před chirurgickou bariatrickou intervencí či před medikamentózní léčbou obezity (Faden, 2013, Schroeder, 2021).

b. Souvislost parasympatiku (ventrálního vagového systému) a citlivosti a vnímavosti vůči sobě, jiným lidem i prostředí

U Jany jsme v procesu hubnutí vyšetřovali HRV analýzu opakovaně v intervalu

asi 3 měsíců, ve kterých zhubla asi 15 kg. Kontrolní HRV analýza prokázala významné zvýšení variability, tedy aktivity ventrálního parasympatiku, a to v klidovém i dechovém testu. To je možné interpretovat různě, například jako relativní snížení aktivity sympatiku při vyřešení obezity. Vzhledem k rozvoji úzkosti a somatizací se ale přikláním k naší hypotéze, že aktivita ventrálního parasympatiku koreluje s citlivostí a vnímavostí, která Janě vrátila do vědomí témata časných traumat, vůči kterým působila dřívější obezita jako blahosklonná znečitlivující obrana.

Polyvagální teorie Stephena Porgesese vnesla zásadní změnu do porozumění psychologických a behaviorálních souvislostí funkce autonomního nervového systému. Tato teorie je postavena na poznání, že parasympatický nervový systém má dvě funkčně odlišné větve s rozdílným zdrojovým jádrem v prodloužené míše: větev dorzální (zadní), která se považuje za evolučně starší a v situaci ohrožení aktivuje reakci zmrznutí (freezing) a evolučně mladší větev ventrální (přední), která je spojována se sociálním (vztahovým) napojením a umožňuje emoční regulaci a prožívání bezpečí ve vztahu. Díky ventrálnímu parasympatiku dovede dítě prožívat pocit bezpečí a napojení na matku vnímáním jejího klidného melodického hlasu, přijímajícího očního kontaktu, emočního výrazu obličeje či bezpečného tělesného kontaktu (Porges, 2010, HeartMath Institute).

Naše dlouholetá zkušenost s HRV analýzou však přináší ještě o kus jiný pohled. A ten je, že ventrální vagová aktivita, která se projevuje na srdečním rytmu významným a pravidelným kolísáním srdeční frekvence zejména v souvislosti s nádechem a výdechem, nesouvisí zdaleka jen s bezpečím ve vztahu, ale s citlivostí/vnímavostí a napojením na



podněty z prostředí obecně (HeartMath Institute, McCraty, 2015). Když se vysoká aktivita ventrálního vagu propojí s dalšími atributy zvyšujícími citlivost (hypermobilita a svalová hypotonie, hluboké dýchání až hyperventilace, schoulená poloha vsedě či vleže...), klient může prožívat zavalení a přetížení různými podněty, jak senzoričnými, energetickými či emočními z vnějšího prostředí, tak podněty a pocity z těla či vlastními emočními tématy.

U lidí s velmi vysokou variabilitou srdeční frekvence tedy nepozorujeme prožívání bezpečí a klidu (jak by se dalo podle polyvagové teorie očekávat), ale spíše projevy nestability, závislosti na okolí a snadné ovlivnitelnosti dynamickými faktory prostředí. Naopak u nich pozorujeme nedostatečnou aktivitu sympatiku, kterou vnímáme jako nesoucí atribut stability, akce, řešení i vytváření hranic. Při nedostatečné reaktivitě sympatiku na podněty vidáme například symptomy autonomní dysfunkce (ortostáza, poruchy termoregulace...) či jiné adaptační problémy na úrovni psychické, fyzické i behaviorální.

Symbolicky tedy můžeme vnímat, že ventrální parasympatikus je nositelem „ženských, neboli jinových“ aspektů, tedy citlivosti, empatie či péče o druhé i sebe, a naopak sympatikus se snoubí

s aspekty „mužskými, nebo jangovými“, tedy pevností, stabilitou, rozhodností, akčností, ohraničeností a dalšími. V současnosti tuhle hypotézu vnášíme i do posuzování našich HRV měření, že tedy klidová i dynamická aktivita ANS odráží kromě aktuální míry stresu i osobnostní strategie daného jedince.

c. Behaviorální strategie, obrany a „části“

Tyto termíny vnímám a používám víceméně jako synonyma. Z teorie Systémů vnitřní rodiny (IFS – Internal Family systems) jsou naše „části“ (parts) jakýmsi strategiemi chování, které se aktivovaly jako obrany kolem našich traumat či vývojových zranění/deficitů. Tato zranění a traumata způsobila odpojení od našeho Self, které IFS vnímá jako naši primární osobnost, naše vrozené a přirozené Já, jako přirozenou esenci našeho bytí, která je vnímavá, intuitivní a napojená na prostředí (Schwarz, 2020).

Části se stávají naší sekundární osobností, egem nebo obranami, které se formují a často radikalizují za jediným účelem: dostat mimo vědomí bolest a zahlcující emoce spojené se zraněním/traumatem a současně si kompenzovat chybějící pocit vlastní hodnoty skrze přijetí a respekt vztahových osob a společnosti.

PRŮBĚH TERAPIE – HLAVNÍ TÉMATA TERAPEUTICKÝCH ZAKÁZEK

Terapie s Janou v současnosti trvá přes dva roky a stále pokračuje. V tomhle období Jana přináší různá témata, která se točí kolem několika hlavních okruhů:

- Přetíženost nadměrnou péčí o lidi v soukromých i pracovních vztazích, pocit zodpovědnosti za prožívání druhých, snadná manipulovatelnost

- Nízká schopnost vnímat a pečovat o své potřeby a hranice
- Chybějící důvěra ve své tělo a strach z nemoci a bezmoci
- Osamělost, chybějící podpůrné vztahy, problém opřít se o někoho jiného, spolehnout se a důvěřovat

Pro potřeby této kazuistiky budu věnovat pozornost zejména těm částem naší



společné práce, které souvisejí s jejími somatickými příznaky.

Ustát si sebe sama – ukázka terapie

Jana na první pohled působí jako sebevědomá ženská, která ví, co chce. Obléká se do výrazných barev, i když oblíbené motivy postav z Disneyho dílny dávají jejímu vzhledu trochu holčičkovský nádech. Nosí převážně boty s tlustými podrážkami a sedí obvykle schoulená, s propletenýma nohama. Když mluví o sobě a svých straších, působí křehce, jako vyděšená holčička. Má bledou křehkou kůži, chabé držení těla, dopředné držení hlavy, kyfotický hrudník a esovitou skoliózu.

První měsíce naší společné práce věnujeme vždy alespoň část sezení jejím somatickým steskům a strachům z nemocí. Je cítit její velká obava, nejistota a potřeba se opřít s důvěrou o „medicínskou autoritu“. První část sezení tedy obvykle dělám edukaci o příznacích nemocí i o psychosomatických souvislostech. Jsem čerstvě po absolvování základního výcviku v Bodydynamic terapii, která moc hezky propojuje okruhy témat dětského vývoje s konkrétními svaly a svalovými skupinami, s jejich napětím i celkovým držením těla.

Edukace se prolíná s Janiným příběhem – s jejími současnými potížemi v rodině i v práci, i s její historií. Když mluví o svém životě, je hodně v hlavě. Být v kontaktu s tělesnými pocity je pro ni náročné, i když její citlivost je zřejmá. Opakovaně zdůrazňuje, že potřebuje věcem rozumět, že jí porozumění pomáhá cítit se v tématech stabilněji. První týdny jsou hlavně o mluvení a vytváření důvěry a bezpečí.

Jana přichází s tématem zahlcení prací. Je majitelkou i ředitelkou společnosti s desítkami zaměstnanců, ale pravidelně

se potýká s tím, že několik jejích blízkých kolegů nedělá dobře svou práci, ona musí spoustu důležitých věcí řešit za ně a taky řešit následky jejich špatných rozhodnutí. Nejvíc jí přidává práci jedna z jejích nejbližších kolegyně. Jana je naštvaná, že kolegyně „fláká“ práci a dělá spoustu chyb, které pak ona musí řešit a potýkat se se stížnostmi klientů.

T: „Jak se v této situaci cítíte?“

J: „Jsem naštvaná. Opakovaně jsem ji prosila, ať se snaží se soustředit a kontrolovat si po sobě svou práci. Ale pořád dělá chyby a několik klientů už od nás už kvůli tomu i odešlo.“ (V Janině hlase je cítit naštvání a rozhodnost.)

T: „Zdá se, že je tahle kolegyně pro vás víc problémem než přínosem... Neuvažovala jste o výpovědi?“

J: „Uvažovala, ale není to snadné. Má to v životě těžké a nechci být další, kdo jí zkomplikuje život.“

T: „Takže vám ve výpovědi brání soucit? Lítost? I navzdory tomu, že vám hodně komplikuje život, přidává spoustu práce a dělá společnosti špatné jméno? Jaké to pro vás je, obětovat spoustu času, peněz i nervů kvůli tomu, aby ona nebyla vystavena diskomfortu a nemusela dělat v životě změny?“

(Cítím, jak ve mně narůstá neklid mé manažerské části. Běží mi hlavou, jak mi je tahle míra soucitu a sebeobětování cizí. Musím v sobě krotit nutkání zeptat se jí, jak se jí s touhle povahou povedlo vybudovat tak velkou a úspěšnou firmu.)

J: „Špatně se to poslouchá, ale je mi jí líto. Neumím si představit, že za ní přijdu a řeknu: dávám ti výpověď. Neumím jí takhle podrazit nohy.“

T: „Slyším, že to je pro vás těžké. Ale současně slyším i rozpor v tom, že jedna vaše



část mluví o hněvu a frustraci a druhá o lítosti a soucitu. Mám takový návrh. Zkuste si tuto kolegyni představit, že sedí na tamté židli. Podívejte se na ni a vnímejte, co se ve vás děje, co k ní cítíte.“

J: „Cítím lítost, ale i hněv.“

T: „Chvíli s těmito pocity zůstaňte a uvědomte si, kde je v těle cítíte. Vnímejte všechny pocity ve svém těle.“

J: „Cítím napětí v zádech a v hrudi, a trochu sevření a knedlík v krku.“ (*Stále sedí schoulená, nohy dvakrát propletené, dýchá mělce*).

T: „Kde v těle cítíte hněv?“

J: „Ten mám asi spíš v hlavě, když o tom přemýšlím. Tělo je spíš sevřené, možná cítím i strach. Nechci být ta špatná a ubližovat lidem. Nechci, aby kvůli mně trpěli.“

(Hlavou mi běží, jak se pořád snažíme pečovat, aby lidi netrpěli, a tím jim bráníme, aby si prožili frustraci, která by je posunula dál. Odolávám pokušení vnést sem tento pohled. Víím, že Janina rozumná část by to dokázala přijmout, ale v tuhle chvíli se to nezdá být vhodné, zřejmě by jí to zbytečně vrátilo do hlavy, nebo spustilo její sebekritickou část. Cítím bezradnost a v hlavě hledám možnosti, jak jí umožnit jinou zkušenost a nezaseknout se v bezmoci.)

T: „Jano, mohly bychom zkusit takový experiment? Co kdybyste se posadila trochu jinak? Zkuste se posunout zadkem víc na okraj židle, abyste seděla na sedacích kostech. Opřete se oběma nohama pevně o zem a narovnejte záda tak, aby to bylo pohodlné. Vnímejte, jak vás podepírají nohy i židle. Zkuste prohloubit dech a vnímejte, co tahle změna dělá v těle.“

J (*dýchá hlouběji a chvíli navnímává změnu*): „Cítím se pevněji, mám víc

energie, ale cítím i bolest v zádech, neumím takhle sedět dlouho.“

T (*ukládám mezi opěradlo židle a její záda polštář srolovaný tak, aby ji pevně podepíral jen na přechodu hrudní a bederní páteře*): „Zkuste se opřít, ale nechat záda narovnaná. Jaké je to teď?“

J: „Je to o dost lepší. Ještě trochu cítím horní část zad, ale to jde vydržet.“

T: „Vraťte se opět k tomu, co cítíte v těle, k opoře nohou, ke svému dechu. Pomalu hlouběji nadechněte, chvíli zadržte v nádechu a pak velmi pomalu vydechnete. Pozorujte, jak se tělo mění s nádechem a výdechem a jak se v tom cítíte.“

J (*chvíli vnímá tělo, působí klidně*): „Cítím se pevnější a klidnější.“

Několik minut pracujeme se zavřenýma očima s uvědoměním těla, s navnímáním míst, kde cítí pevnost, oporu a bezpečí, s pozorováním dechu, s kontaktem se zemí, s uvědoměním si svého těla jako svého Já, navnímáním svých hranic, kde končí její Já a dotýká se prostředí. Kde začíná svět kolem. Pak ji pomalu vrátím pozorností do místnosti.

T: „Udržte si vjem svého těla jako svého tělesného Já a pomalu se připravte i na kontakt s okolním světem. Vnímejte ho nejdřív sluchem (pozornost na zvuky), pak čichem, pak kontaktem s kůží (teplo, chlad, pohyb vzduchu, ...), a pak postupně i zrakem. Stále si ale udržte i vjem svého Já.“

Do konce sezení pak pracujeme se současným vnímáním sebe i okolí, vnímání světa „přes sebe“, což Jana v této poloze vnímá jako příjemné.



Teoretické podklady a úvahy – vysoká citlivost a hypermobilita

U lidí, kteří mají tendenci pečovat nadměrně o druhé na úkor sebe, bývá někdy problém vůbec vnímat sebe, své tělo, své pocity, své hranice, a zejména své potřeby. A i když si své potřeby uvědomí, je pro ně těžké si je ve vztahu prosadit, protože tím vytvoří u druhé osoby diskomfort nebo frustraci. Ty totiž mají často spojené se strachem z odmítnutí, nepřijetí a opuštění, proto je pro ně snazší potlačit sebe a dát energii do uspokojování potřeb druhých, což jim zajistí pocit přijetí a s ním i vlastní hodnoty a smyslu.

Teorie Bodynamic spojuje rezignaci na své vlastní potřeby či na úkol konkrétní vývojové fáze s hypotonií ve specifickém svalu či svalové skupině, které s konkrétní vývojovou fází souvisí. V mnoha studiích je pozorován společný výskyt svalového hypotonu či hypermobility s vysokou citlivostí, sklonem k přetížení podněty a náchylnosti na specifické zdravotní potíže, včetně úzkostí, autonomní dysfunkce, funkčních zažívacích potíží, syndromu aktivních mastocytů, histaminové intolerance, migrén, vertiga, tetanického syndromu a dalších (Pailhez, 2016). U této skupiny lidí „na hypermobilním spektru“ pozorujeme často problém s hranicemi, závislou vztahovou vazbu, nízkou frustrační toleranci a sklon k rychlému přetížení a vyhoření. V jejich historii nacházíme často časná vývojová traumata či deficity.

Psychoterapie zaměřená na tělo v kombinaci se specifickým cvičením podporujícím hlubokou svalovou stabilizaci a psychomotorický vývoj bývá efektivní na úrovni jak psychické, tak fyzické stabilizace.

Různé psychoterapeutické přístupy, včetně Bodynamic a IFS, pozorují a popisují, jak se naše osobnost utváří jako

mozaika našich psycho-somatických strategií, které adaptují naši vrozenou dispozici na naše prostředí a životní zkušenosti. Téma strategií (částí, obran) jsem již zmínila výše, proto v souvislosti s tématem Jany jen doplním vliv těchto strategií na tělo (McConnell, 2020).

Vraťme se tedy k Janě. Chabé držení těla je často provázeno horší psychickou a emoční stabilitou, problémem ustát si sebe, své potřeby a svou sebehodnotu. Tato témata souvisí zejména s dolní částí těla – od plosek nohou přes pánev až po oblast bránice/hrudníku. Aktivní vytváření hranic a uspokojování svých komplexnějších vztahových potřeb zase souvisí se segmentem hrudníku a horních končetin. Ten je ale možné smysluplně zapojit jen tehdy, když dobře „funguje“ dolní segment. Jít aktivně za svými hranicemi a potřebami je možné jen tehdy, když jsme si jich vědomi, prožíváme je jako důležité a dovedeme „ustát“ energii, kterou potřebujeme k jejich realizaci.

Při práci s tělem vždy začínáme od základů, tedy od nohou, popřípadě u hodně časných vývojových témat ještě hlouběji: na bytí „jen tak“ a pocitovém vnímání přítomnosti, na vnímání dechu, na uvědomění a popsání vjemů bez potřeby je interpretovat, na stranové synchronizaci, na tělesném prožívání bezpečí a napětí/ohrožení. (Stautonová, 2014, Mcnaughton, 2004, McConnell, 2020).

Dělat si hranice – ukázka terapie

Jana je hodně citlivá a vnímavá, často až příliš. Pocity z těla, kterým nerozumí, má tendenci vnímat jako potenciálně ohrožující projevy závažné nemoci. V dětství žila v jedné domácnosti s babičkou i prababičkou, které dostaly mozkovou příhodu v časném věku, a tam byla svědkem jejich náhlé tělesné dysfunkce.



První část naší práce byla o nabytí bezpečného pocitu a důvěry ve vlastní tělo.

Po práci s uvědoměním a přivlastněním svého těla vsedě jsme začaly pracovat vestoje. Stoj byl pro Janu velká výzva, zejména když u toho měla vnímat svoje tělo. Po krátkém stoji vnímala nejistotu, únavu a bolest v různých částech těla, zejména v zádech. Prohloubený dech přinášel zhoršení stability, nedařilo se jí vnímat propojení se zemí a pocit opory v nohou.

Jakákoli práce s rukama, která by symbolicky vyjadřovala hranice, byla pro ni téměř nepředstavitelná a zahlcující. Pracovaly jsme s uvědoměním postoje, částí těla, vnímáním dechové vlny a hledáním pocitů stability a opory v těle. Dolní část Janina těla působila křehce a nestabilně, pánev měla v anteverzi, zato hrudník v napětí a ramena stažená dozadu. Dýchala výrazně horním mechanismem a bylo vidět, jak jí prohloubení dechu způsobuje neklid. Nebyl schopná cítit v nohou a pánvi oporu a bezpečí.

Proto jsme pracovali se změnou postoje: s povolením kolen, podsazením pánve a uvolněním ramen. V postoji, kdy se velké klouby a hlava ocitly stabilně v jedné ose nad sebou, začala vnímat, že se jí daří více dýchat bránicí, procítit nohy a daleko lépe teď vnímala stabilitu a oporu. Tohle uvědomění si odnesla do života a začala dělat pravidelná cvičení, která jí pomohla cítit se v různých životních situacích stabilněji. Toto uvědomění jsme dále rozvíjely i v dalších tématech, která přinášela, například v problému ustát v klidu prezentace i konfrontující pracovní setkání. V stabilním stoji šlo všechno snáze než v sedě. S prací na opoře ve svém těle a v nohou zvládala lépe složité vztahové situace, ale i tělesné potíže jako bolesti a točení hlavy. Postupně se úplně vytratily i pocity tahání

v nohou nebo brnění v obličeji a spolu s nimi i obavy z mozkové příhody.

Dalším tématem bylo aktivní vytváření hranic. Jako velmi obtížné vnímala prosazení svého postoje a názoru zejména se staršími ženami v pracovních vztazích i v rodině, které měly tendenci tlačit ji tam, kam nechtěla, a využívaly k tomu manipulaci, například přes lítost a její pečovatelskou povahu. Jednou z nich byla její matka, druhou majitelka nemovitosti, kterou Jana chtěla využít pro svou práci. Jana už věděla, že je pro ni snazší jednat vestoje a opřít se o tělo, nebo alespoň vsedě využít oporu nohou. Problém ovšem nastal vždy, jakmile tyto dámy začaly přinášet svá osobní témata, zejména zdravotní potíže a závažné diagnózy. V tu chvíli Jana propadala lítosti, výčitkám a nutkání upozadit své potřeby, ustoupit a pečovat o ně. Těžké chvíle zažívala s onou majitelkou nemovitosti, která se jí snažila dotlačit do velmi nevýhodných podmínek pronájmu. Když Jana popisovala situaci a spolu jsme ji rozebraly, bylo zřejmé, že tato dáma odhalila její pečovatelskou povahu a začala záměrně používat téma své nemoci, aby Janu dostala tam, kam potřebovala. Jana si postupně uvědomovala, jak je na ni naštvaná a jakou katastrofu by pro její podnikání znamenalo, kdyby přistoupila na její podmínky.

Opět jsme použily techniku prázdné židle, na kterou jsem „posadila“ tuto dámu a nechala Janu uvědomit si, co cítí, když ji vidí před sebou. Vsedě Jana popisovala hněv, ale i nejistotu, stažení a strach, vestoje začal hněv dominovat. Pracovaly jsme s uvědoměním možnosti, že by vyjádřila své NE jejím podmínkám i její manipulaci a prosadila si svá očekávání: nejdřív postojem, pak verbálně, s energií v hlase, a pak i gestem rukama. Udělat gesto spojené se symbolickým odtlačněním rukama jí dělalo velké potíže. Vůbec si to neuměla představit, spíš měla



tendenci se stáhnout a ustupovat dozadu. Najednou zas vypadala jako malá ustrašená holčička. Jana si uvědomovala, jak je to pro ni těžké, přicházely pocity zodpovědnosti, strach, že druhé svým jednáním zraní a bude vinna jejich pádem, strach z opuštění a selhání. Vytváření hranic jsme proto pro tuto chvíli opustily a vrátily se k opoře: možnosti opřít se nejen o sebe, ale i o druhé.

Je těžké opřít se o druhé – ukázka terapie

Schopnost opřít se o druhé je spojená se schopností důvěřovat, že tam druzí lidé jsou pro nás, že nás zvládnou podepřít a že my to můžeme pustit. A v případě Jany také nekontrolovat, jestli to zvládnou a nezatížíme je příliš.

Přes imaginaci jsme zkoumaly, o co a o koho se v jejím životě dá opřít: nejdříve v její současné realitě, pak i v historii mezi jejími předky. Jana si uvědomila, jak je ve svém životě na všechno sama, jak podepírá všechny ostatní, včetně manžela, dětí, matky, kolegů a mnoha dalších, ale sama se ve skutečnosti nemá o koho opřít. Kromě pár kamarádek nemá moc blízkých vztahů. A ani kamarádky se zrovna moc nezajímají o její život a potíže – spíše se ozývají, když samy něco potřebují. Když se ona nemá dobře a potřebuje pomoc nebo podporu, nemá se komu ozvat. Veškerou pomoc v domácnosti i v péči o děti, kterou nezvládá sama, si platí.

Nakonec si určila jako nejvíc podpůrnou osobu babičku, která ji vychovala.

T: „Jano, představte si, že babička stojí za vašimi zády. Vnímejte její energii, kterou říká něco hodně podpůrného. Je pro vás v pořádku, když si stoupnu za vaše záda a budu chvíli v roli vaší babičky?“

J: *(přikývne)*

T: „Zkuste si představit, že vám babička dá podporu dotekem na ramena nebo záda, abyste se cítila bezpečně a pevně a mohla mít pocit důvěry. Tento dotek má být podpůrný a říkat: jsem tu pro tebe, můžeš se opřít. Nemusíš být na všechno sama.“

Vyžádala jsem si souhlas, že jí mohu položit ruku na záda a že kdykoli může říct, kdyby to vnímala jako nepříjemné. Současně zkoumám i tělesné reakce, které by svědčily o jejím stažení v případě, že by nebyla schopna říct mi ne. Jana souhlasila. Položila jsem jí dlaň mezi lopatky, což je místo, které se v bodyterapii považuje za nejvíce podpůrné. (Pod prsty jsem necítila téměř žádný svalový tonus, jako bych se dotýkala jenom kostí páteře a žeber. V tomto doteku jsem vnímala její křehkost a opatrnost, jako by jedna její část tento dotek nebyla schopná přijmout, nebo mu nedůvěřovala. Měla jsem potřebu prozkoumat tyto své fantazie.) Chvíli jsme zkoumaly její pocity z tohoto doteku. a pak i možnosti jiných lokalit na zádech a ramenou, jestli je necítí jako vhodnější. Původní ale zvítězila.

T: „Zkuste vnímat současně mou ruku i to, co se děje ve vašem těle.“

J: „Cítím moc příjemné teplo, které se šíří až do prsou.“

T: „Zkuste si pohrát s myšlenkou, jestli byste mohla této ruce důvěřovat a opřít se o ni.“

J: *(lehce se k ruce přitiskla, ale bylo cítit, že důvěru moc nemá. Zapřela se sice víc, ale stále celou svou váhu držela na svých nohou a bylo vidět, že je v napětí.)*

T: „Jaká je to pro vás představa, důvěřovat a dovolit si opřít se o tuto ruku?“

J: „Nevím... nechci vás zatížit a nevím, jestli nejsem moc těžká a udržíte mne...“



Mám strach, že když se opřu, obě spadneme...“

Pro její pocit bezpečí jsem udělala technická opatření, aby mohla mít co nevíce jistoty, že když se opře, tak nespadne. Opřela jsem se zády o zeď a podepřela jsem její záda oběma rukama. Vše pod její kontrolou a s jejím souhlasem. V tomto nastavení jsme zkoumaly, jak moc se dovede opřít, důvěřovat a povolit napětí i kontrolu. Nakonec trvalo několik týdnů, než si dovolila opřít se bez toho, aby se současně nesnažila ustát to na vlastních nohou, kdybych náhodou v opoře selhala.

Teoretický podklad a komentář – práce s tělem a dotekem v terapii

Při práci s tělem, tedy té kontaktní, jsem opravdu hodně opatrná. Vždy mluvím předem o tom, co mám v plánu, dotek dávám vždy jako nabídku a žádám o souhlas, který se dá kdykoli odvolat, kdyby cokoli pocitově nesešlo. Když vidím nebo cítím, že klient dotekem tuhne nebo vykazuje jiné známky zmrznutí či neklidu, hned ho přerušuji a zkoumám jeho pocity.

Klienti s časným vývojovým deficitem a závislou vztahovou vazbou jsou obvykle velice kontaktní a důvěřiví, naopak klienti s vyhýbavou vztahovou vazbou bývají nedůvěřiví a kontaktu se vyhýbají, což plně respektuji. Pak jsou ale klienti, u kterých jsou známky obou: jedna jejich část po kontaktu a bezpečí prahne, druhá je ale hodně opatrná a nedůvěřivá. Do této kategorie patří i Jana, proto bylo na místě pracovat s možností opřít se o někoho jiného hodně citlivě.

Opřít se o rodinu – ukázka terapie

Po roce společné práce Jana zvládala výrazně lépe pracovní úkoly, přestala nadměrně pečovat o kolegy i klienty a snáze dělala těžká rozhodnutí. Občasné tělesné potíže zvládala daleko lépe a s menší úzkostí, pomohla jí i má nabídka, že se mnou může mailem konzultovat potíže i mimo pracovní dobu (s respektem ke svým hranicím to mám v nabídce jako placenou službu). Využila ji jen několikrát, a pak už to dál zvládala sama. Stabilizací přes chodidla zvládla i atak vertiga.

Nečekaně se však objevil nový, intenzivní a opakující se příznak – náhlá a velmi intenzivní bodavá bolest v zádech mezi lopatkami, přecházející do sevření kolem dolních žeber, s tlakem v oblasti žaludku. Bolest přichází obvykle po jídle, trvá i hodinu, kdy není schopna dělat vůbec nic, jen leží. Postupně jí uleví teplá sprcha a klid. EKG, odběry i RTG hrudníku jsou bez patologie, na sonografii je jakýsi nález ve žlučníku, který jeden z konzultujících gastroenterologů doporučí k operaci. Pro Janu je však po zkušenosti z rodiny dost nepřijatelná představa i hospitalizace, natož operace. Naštěstí indikace k operaci není jednoznačná a natahování rozhodnutí Jana získává čas na pozorování a hledání jiných řešení. Zjišťuje, že se o ni rodina začíná bát. Manžel, který byl do té doby spíše přítěží, o ni začíná pečovat a Jana mu postupně chtě-nechtě předává zodpovědnost za péči o děti i domácí práce. A kupodivu to funguje lépe, než čekala. Uvědomuje si, že manžel není tak neschopný, ale že ho dříve nenechávala dělat věci z obavy, že by je neudělal přesně podle jejich představ. V bolestech je jí to jedno, hlavně, že věci běží a děti nehladovějí.



Teoretické podklady a komentáře – práce s částmi

Postupně jsem začala do terapie vnášet práci s částmi dle IFS, která vnímá i tělesný příznak jako projev některé části. Základní porozumění práce s částmi je jednoduché. Rodíme se svou přirozenou a intuitivní Self energií, kterou často zatlačí do pozadí zkušenost, že v ní nejsme přijímáni svým prostředím. Časná vývojová traumata nebo deficity v nás zanechávají zranění na duši a tuto bolest se snažíme vytěsnit mimo vědomí aktivitou našich protektivních částí, které se nám tím snaží zabezpečit v životě stabilitu, hodnotu a pocit přijetí. I navzdory jejich snaze se ale hlas zranění více či méně ozývá jako duševní či tělesná bolest. Proto jsou naše ochranné části, které dělíme na preventivní (manažery) a reaktivní (hasiče), neustále v akci. Manažerské části se snaží předcházet situacím, které by mohly vnitřní bolest (pocit nehodnoty, nemilovanosti, nerespektu, studu, ...) spustit, a ty reaktivní zas dělají možné i nemožné, aby již aktivované negativní pocity co nejefektivněji dostaly mimo vědomí (alkoholem, sportem, nakupováním, kompulzivním chováním...) (Schwarz, 2020).

Na tělesné úrovni mají tedy naše ochranné části tendenci nás zpevnit, znecitlivět, odpojit, přehlušit emoční bolest jiným tématem či jinou bolestí... Dle tělesného přístupu IFS (Somatic IFS) mluví jazyk traumatu (exilované části či zraněného dítěte) hlavně jazykem nervového a endokrinního systému, obranné části se pak projevují čimkoli navenek efektivním a dovnitř znecitlivujícím: svalovým napětím, omezením dechu, znecitlivěním těla, racionalizací, senzoryckým omezením (zhoršením sluchu, zraku, čichu, ...) a mnoha jinými způsoby. Naše tělo je totiž velice kreativní (McConnell, 2020).

Oproti klasické medicíně, která se snaží zbavit problému, přináší psychosomatický přístup zásadní změnu paradigmatu: dovoluje si uchopit příznak jako informaci, která se snaží něco komunikovat. Příznak dává totiž úplně jiný smysl, když mu věnujeme pozornost. Zásadně se snažím příznak neinterpretovat a nedávat mu ani svůj, ani žádný obecně přisuzovaný význam, jak to často dělá různá populární psychosomatická literatura. Vnímám jazyk těla a duše jako velice symbolický a pro každého klienta specifický.

Protože se Janina bolest objevila i v průběhu našeho sezení, bylo možné s ní pracovat.

T: „Jano, zkuste prosím věnovat této bolesti pozornost a zvědavost. Chvilí ji pozorujte a vnímejte, co se děje v těle.“

J (Chvilí se zavřenýma očima pozoruje.): „Mám pocit, jako by mě někdo bodl nožem do zad, cítím sevření kolem dolních žeber a v žaludku.“

T: „Musí to být velice nepříjemné. Dovedla byste ale i tak ještě chvíli dát těmto pocitům pozornost a podpořit ji mírně prohloubeným dechem?“

J: „Cítím tíhu na prsou, smutek a bezmoc.“

T: „Jaké je to cítit bezmoc?“

J: „Hrozné. Napadá mě, co když je to nějaká vážná nemoc. Co bude s mými dětmi, kdyby se mi něco stalo. Neumím si představit, že by je manžel zvládl, že by zvládl Kájovy záchvaty, když nezvládá ani sám sebe. Mám strach, že by jim ublížil, kdybych je nemohla chránit. (Vnímám své překvapení, že nemluví o strachu z vlastní nemoci, bezmoci nebo smrti. Uvědomuji si, že jedna má část jí to moc nechce věřit, že by se primárně nebála sama o sebe.)



T: „Zdá se, že je to všechno jen na vás... To musí být opravdu tíživé, muset to zvládat všechno sama, mít na bedrech tuhle obrovskou zodpovědnost za své děti... Nejen o ně pečovat, ale ještě je i chránit před manželem... Máte tedy strach, nikoli o sebe, ale o své děti, kdyby se vám něco stalo.“

J: „Nevím, jak by to zvládly. Mám strach je nechat s manželem samotné i na pár hodin. Manžel Káju nezvládá, Kája ho někdy vyprovokuje tak, že mu bouchnou saze, a pak je agresivní, občas mu i jednu flákne.“

T: „Tak to chápu, že máte strach. Jak to kluci s tátou zvládají teď, co máte ty bolesti? Říkala jste, že i několikrát týdně si musíte odpoledne na pár hodin lehnout a nejste schopná nic dělat...“

J: „Teď je to nějaké jiné... Manžel je z toho nějaký zaražený, není zvyklý, že bych ležela a nezvládala běžný život. Už mi i třeba udělá čaj, když si řeknu, nebo mi namasíruje záda. Někdy ho musím požádat, aby něco udělal on, třeba řešil uklízečku nebo řemeslníky na zahradě. Je vidět, že se mu nechce, má z toho strach, není zvyklý, ale nakonec to nějak zvládne a funguje to... A pak je rád, že to udělal.“

T: „Takže i když je to pro oba těžké, daří se vám přesouvat část úkolů na manžela a on to nějak zvládá, i když to možná není pro něj komfortní a možná taky ne zcela podle vašich představ. Takže nakonec bolest přinesla i něco užitečného, manžel začal být víc funkční a možná vás i do budoucna trochu zbaví břemen. To by se možná bez vaší bolesti a skutečné bezmoci nikdy nepovedlo.“

Jana si postupně uvědomuje, jak manžela vlastně k ničemu nepouští, protože by to neudělal dost dobře. A jak dovede být kritická, když něco není přesně podle jejích

představ, nebo když situace kolem dětí řeší „po chlapsku“. A že se možná o kluky příliš bojí a moc pečuje, i když by v jejich věku trochu chlapskosti v životě snesli i potřebovali.

Uvědomila si svou silnou manažerskou část, která chce všechno dělat správně, svou rozumnou část, která prahne po vědomostech a porozumění a děsí se neznámého a bezmoci, svou kritickou část, která dovede být pěkně nepříjemná k ní i druhým, když není všechno správně a dokonale opečovávané. A za tím vším našla své dvě dětské zraněné části: jednu z doby, kdy byla hodně malá, pro kterou tam nikdy nebyl nikdo blízký, a pak jednu z doby kolem deseti let, kdy příliš brzy musela převzít odpovědnost: za sebe, za mámu, která pila, za čest jejich rodiny.

Po dvou letech terapie už tyto své části zná a zná i své Self, i když její složitý život často přitáhne její ochranné části do akce. Ty části ale už zná a umí o ně pečovat, stejně jako o své zraněné dětské části. Velmi zlehka manželovi předává kompetence a začíná důvěřovat i jeho hrmotné mužské energii, kterou ale musí pořád krotit. S Janou se začíná dostávat do rovnováhy i její rodinný systém.

Bolest zad se pořád občas objevuje, ale už jí rozumí a neděsí se jí, dovede jí vnímat jako nepříjemnost, která se jí ale snaží pomoci v tom, aby o sebe víc pečovala. Když přichází na terapii, sedí klidně, stabilně a bez propletených nohou, má pevnější hlas i oční kontakt a se zdravotními obavami se ozve jen velice zřídka, obvykle když už je potřeba opravdu něco řešit.

V práci se Janě daří postavit se za sebe a říkat NE i tam, kde by toho předtím nebyla schopná. Například na poslední chvíli zrušit přednášku, když organizátor nevyhověl jejím zásadním požadavkům.



ZÁVĚRY

Závěr 1: Co přináší (měla by přinést) psychosomatická terapie klientovi.

Zejména lékaři mají tendenci očekávat, že léčba má pacientovi/klientovi přinést úlevu od potíží, tedy odstranění tělesného příznaku. I v psychosomaticce se často setkáváme s tímto záměrem. V kontextu biologického porozumění je ale tělesný příznak velmi často projevem klientova vnitřního konfliktu, jeho obrany nebo části, somatickou řečí jeho strategie nebo fyziologického adaptačního mechanismu, takže vnímám potřebu mu rozumět, ne se ho nutně zbavit. Tohle porozumění považuji za nejdůležitější pro další proces klienta, protože dovede významně snížit jeho úzkost z příznaku a umožní mu dívat se na něj bez strachu a se zvědavostí. Často ho dokonce dovede vnímat nejen jako cennou informaci, ale i jako svého pomocníka a ochránce, či jako světlo májaku na cestě k sobě.

Možnost vnímat nepříjemné projevy svých částí s laskavostí, soucitem a porozuměním vytváří pole bezpečí pro rozvinutí jeho procesu a vyléčení svých starých zranění či deficitů.

Za velmi důležitý v terapii vnímám i posun od vnímání těla jako objektu (předmětu), který se svévolně kazí a ohrožuje nás nemocí a smrtí, k jeho vnímání jako subjektu, tedy tělesného vyjádření svého Já, kterým cítíme a prožíváme. V psychosomatické terapii se s klientem snažíme uchopit tělesné pocity jako prožitky a najít pro ně ten správný význam nebo pocíťovaný smysl (felt sense). Když se klientovi v terapii povede přivlastnit si zpět tělo, najít v něm pocíťované zdroje opory a v příznacích aspekty svého prožívání, máme do velké míry vyhráno.

Závěr 2: Co přináší psychosomatická terapie terapeutovi

Musím přiznat, že i když jsem absolvovala mnoho hodin výcviků a sebezkušenosti a načetla jsem stovky knih a článků, největší posun v mé práci a porozumění přinesla právě práce s klientem. A to často proto, že teorie, poučky i zkušenosti jiných v praxi nezřídka nefungují tak, jak bychom chtěli a očekávali. Realita nás učí neočekávat, jen přijmout to, co přichází a pracovat s tím v kontextu klientova záměru.

S každým klientem přichází nová zkušenost, nové porozumění a nové setkání, každá práce posouvá někam dál.

Ale nejvíc ze všeho mě tato zkušenost vede (často i proti mé vůli) k práci na sobě. Vždy, když si mé ego myslí, že jsem na nějaké úrovni osobnostní a terapeutické skoro-dokonalosti, vstoupí na terapeutickou scénu nějaký protipřenos, kdy si se skřípajícími zuby musím uvědomit, že jsem stále jen člověk, stále mám kus ega a i své části, které dovedou klienti někdy pořádně poškádlit.

Denně si v terapiích připomínám, že není možné v procesu klienta nic očekávat, předvídat a interpretovat, protože jediným odborníkem na život a zdraví klienta je klient sám. Jen on sám může porozumět symbolice a významu jeho potíží či nemoci, i když my jako „odborníci na zdraví“ můžeme mít pocit, že máme skvělé vhledy a interpretace, které nám dávají smysl.

A že každý klient je ve své dispozici a životní zkušenosti úplně jiný, že není žádná norma, do které je možné a ani potřebné každého „nacpat“, jak se nám to západní medicína snaží vnutit. Jsem přesvědčená, že neschopnost západní medicíny vnímat biologickou rozdílnost lidí a vliv



adaptačních mechanismů na jejich biologii je velkou součástí toho, proč má teď v podstatě každý nějakou „diagnózu“ (viz narůstající počet dyslipidemií, anemií či hypertenzí). Jsem přesvědčená, že nemalá část „nemocí“ souvisí jen se špatně nastavenou normou.

Závěr 3: Tělo v psychoterapii

Jsem stále více přesvědčená, že tělo je tím nástrojem, který cítí. Že mozek je jen jakýmsi centrálním instrumentem, který integruje vjemy s porozuměním a na základě našich zkušeností a vytvořeného individuálního hodnotového systému je interpretuje a dává jim specifický smysl. Proto psychosomatický přístup nevnímám jako jednosměrnou kauzalitu. S narůstající zkušeností se naopak tato kauzalita spíše otáčí nebo, ještě lépe řečeno, není tam žádná jednosměrná kauzalita. Je to jen různá forma interpretace téhož.

Stephen Porges ve své polyvagální teorii přinesl pojem „neurocepce“ jako pojem pro vnímání odlišným mechanismem než známými sensorickými orgány či

receptory. V jeho pojetí jde o komplexní vjem bezpečí či ohrožení, vedený vagovým systémem, ale vnímaný zřejmě komplexní pletení v oblasti srdce (nebo spíše komplexně v oblasti hlavy a hrudníku). Tuto teorii potvrzují i výzkumy Heart Math institutu: srdeční nervová pleteň je zřejmě jakýmsi senzorem, vnímajícím sociální a vztahové napojení, či prožívání bezpečí a ohrožení ve vztahu.

Je velmi pravděpodobné, že podobnou funkci má i enterický (střevní) nervový systém, který nám ve spojení se systémem střevního mikrobiomu přináší informace o prožívaném bezpečí či ohrožení ve světě obecně. A zřejmě máme i další takové univerzální sensorické pleteně (možná také propojené s dalšími mikrobiomy našeho těla), které přinášejí komplexní vjemy o našem instinktivním či intuitivním prožívání a jejichž vjemy jsou následně převáděny do mozku či prodloužené míchy k dalšímu zpracování. Myslím, že další poznatky o tom, jak naše těla dovedou prožívat a cítit, ještě přinesou mnoho překvapení a zvratů.

ÚPLNÝ ZÁVĚR

Zdá se, že současné poznání na poli psychofyziologie, epigenetiky, sociální biologie komplexních biologických systémů či behaviorální epigenomiky posouvá porozumění našemu tělu, prožívání a psychice do úplně nového rozměru. Zřejmě bude potřeba uchopit zdraví a nemoci daleko komplexněji, od úplně nového začátku a změny paradigmat. Změnit rigidní pohled západní medicíny, orientovaný na

detail a poruchu, ale nebude snadné. Držme si palce, ať se to alespoň částečně povede.

Tímto bych chtěla moc poděkovat své supervizorce MUDr. Barboře Danielové za laskavé a trpělivé vedení v přípravě na psychosomatickou atestaci i za její velkou podporu pro mé někdy příliš složité a komplexní náhledy na svět a zdraví.

Do redakce přišlo 27.8.2025

Zařazeno po recenzním řízení a po úpravách 25.9.2025

Konflikt zájmů není znám.



POUŽITÁ LITERATURA

1. Bachratá, L.: Epigenetika: Jak prostředí a životní zkušenosti ovlivňují naši osobnost, chování, sociální roli a nemoci. PSYCHOSOM 2024; 22 (2), PP. 102- 115
2. Bodynamic International. Somatic Developmental Psychology. Theory. Bodynamic.com [online]. [cit. 2025-08-20]. Dostupné z: <https://www.bodynamic.com/theory/>
3. Faden J., Leonard D., O'Reardon J., Hanson R. Obesity as a defense mechanism. Int J Surg Case Rep. 2013;4(1):127-9. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.10.011. Epub 2012 Oct 26. PMID: 23201618; PMCID: PMC3537963.
4. Fink G et al.: Stress Science: Neuroendocrinology. Elsevier Inc., Oxford, UK, 2010.
5. Guerrero T.P., Fickel J., Benheim S., Weyrich A., Johns P., Epigenomics and gene regulation in mammalian social systems. Current Zoology, 2020 Jun, 66(3), 307-319.
6. HeartMath Institute, Research, Science of the Heart. HeartMath.org [online]. [cit. 2025-08-20]. Dostupné z: <https://www.heartmath.org/research/science-of-the-heart/>
7. Hough L.B. Histamine Actions in the Central Nervous System. V: Siegel G.J., Agranoff B.W., Albers R.W., et al., editors. Basic Neurochemistry: Molecular, Cellular and Medical Aspects. 6th edition. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1999. Získané z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK28245/>
8. Kováč, Ladislav: Konec lidské evoluce. Život v závěrečném věku. Pavel Mervart, 2017. ISBN 978-80-7465-224-0.
9. McConnell S.: Somatic Internal Family Systems Therapy. Awareness, Breath, Resonance, Movement, and Touch in Practice. North Atlantic Books, 2020, Berkeley, USA.
10. McCraty R.: SCIENCE OF THE HEART. Exploring the Role of the Heart in Human Performance. Volume 2. HeartMath Institute, 2015, Boulder Creek, USA.
11. Macnaughton I: Body, Breath & Consciousness. North Atlantic Books, Berkeley, USA, 2004.
12. Monaco A., Choi D., Uzun S., Maitland A., Riley B. Association of mast-cell-related conditions with hypermobile syndromes: a review of the literature. Immunol Res. 2022 Aug;70(4):419-431. doi: 10.1007/s12026-022-09280-1. Epub 2022 Apr 21. PMID: 35449490; PMCID: PMC9022617.
13. Moore, D.S.: The Developing Genome: An Introduction to Behavioral Epigenetics. Oxford University Press, 2015, New York, USA
14. Porges S.W.: The Polyvagal Theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. W.W.Norton&Company, New York, 2010.
15. RUPPERT F. Symbióza a autonomie: traumata z narušeného systému rodinných vazeb. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 270 s. Spektrum. ISBN 978-80-262-0004-8.
16. Sapolsky R.M. Chování: biologie člověka v dobrém i ve zlém. První vydání v českém jazyce. Praha: Dokořán, 2019. 733 stran. Zip; svazek 68. ISBN 978-80-7363-947-1.
17. Schroeder K., Schuler B.R., Kobulsky J.M., Sarwer D.B. The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: A systematic review. Obesity Reviews. 2021; 22:e13204. <https://doi.org/10.1111/obr.13204>
18. Schwarz R.D., Sweezy M.: Internal Family systems Therapy. Second Edition. The Guilford Press, New York, 2020.
19. Stautonová Tree: Bodypsychoterapie. Maitrea, 2014, Praha. ISBN 978-80-87249-66-6.



20. Pailhez G., Castano J., Rosado S., Del Mar Ballester M, Vendrell C, Mallorquí-Baqué N, Baeza-Velasco C., Bulbena A.: Joint Hypermobility, Anxiety and Psychosomatics. The New Neurocognitive Phenotype. PP 147-172, In: A Fresh look at Anxiety, edited by Federico Durbano. In Tech, 2015, Rijeka, Croatia.

MUDr. Lenka Bachratá
všeobecná praktická lékařka
Mind&Body zdravotné centrum, Bratislava, Slovensko



INFORMACE O AUTORCE:

MUDr. Lenka Bachratá je praktická lékařka pro dospělé a psychoterapeutka, působící v psychosomaticky zaměřeném zdravotním centru Mind&Body v Bratislavě. V současnosti je v přípravě na psychosomatickou atestaci, ale psychosomatický a komplexní mezioborový pohled na zdraví a nemoci je její vášní již dlouhá léta.



VĚDA A VÝZKUM



3. Z ČEJENSKÉ KONFERENCE. PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA PRAHA

EMMA GERGINOVA, NIKOLA KHAILOVÁ A VERONIKA STUDNIČKOVÁ: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA OČIMA MEDIKŮ

SOUHRN: Výuka psychosomatiky se velmi liší mezi jednotlivými českými i světovými lékařskými fakultami. Zdá se, že zájem o obor roste mezi lékaři i studenty a stejně tak roste i poptávka psychosomatického přístupu mezi pacienty.

Co si o psychosomatické medicíně myslí studenti medicíny a co jejich pohled formovalo?

Je dle jejich pohledu její výuka na lékařských fakultách dostatečná?

Cílem našeho kvalitativního výzkumu bylo zjistit odpovědi na tyto otázky. Vyzpovídaly jsme 24 studentů ze všech českých lékařských fakult (s preferencí vyšších ročníků) se stejným zastoupením mužů i žen. Pomocí tematické analýzy jsme dospěly k souboru témat, která z rozhovorů vyplývala: Důležitost oboru, Těžká uchopitelnost, Okrajovost, Stigmatizace, Vývoj napříč generacemi, Potřeba změny a téma Formování pohledu shrnující různé vlivy, které studenti vnímají jako formativní.

Tyto výsledky otevírají vhlad do problematiky výuky psychosomatické medicíny na lékařských fakultách a jejího odrazu v postojích a přístupech budoucích lékařů.



KLÍČOVÁ SLOVA: KVALITATIVNÍ VÝZKUM, VZDĚLÁVÁNÍ, LÉKAŘSKÉ FAKULTY, PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA

SUMMARY: GERGINOVA, E., KHAILOVÁ N., STUDNIČKOVÁ V.: PSYCHOSOMATIC MEDICINE THROUGH THE EYES OF MEDICAL STUDENTS. PSYCHOSOM 2025; 23(3), PP.174-182

Education in psychosomatic medicine widely varies across different Czech and foreign faculties of medicine. It seems that there is a general increase of interest in this speciality from doctors, medical students and even patients, who are starting to demand a complex psychosomatic approach in healthcare.

What opinions do medical students have on psychosomatic medicine and what has shaped these views?

Do they find the education in psychosomatic medicine sufficient?

The goal of this qualitative research was to find answers to these two questions. We interviewed 24 students from all Czech medical faculties (with preference of higher-year students) with an equal representation of males and females.

Using the method of thematic analysis, we created a collection of themes arising from our interviews with students. These themes are: Importance, Hard to grasp, Marginality, Stigmatization, Development across generations, Demand for change, View formation.

These results create a first outlook into the wide question of educating future doctors in the field of psychosomatic medicine and how received education forms their views and potential approaches.

KEY WORDS: QUALITATIVE RESEARCH, EDUCATION, MEDICAL SCHOOLS, PSYCHOSOMATIC MEDICINE

ÚVOD

Na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy se nabízí volitelný předmět Psychosomatická medicína, který nás inspiroval k tématu tohoto výzkumu: Jak čeští medici vnímají psychosomatickou medicínu (PM) a její výuku. Zajímalo nás, jaké povědomí a názory na PM mají studenti lékařských fakult a jak byl jejich pohled ovlivněn a formován. Mají ostatní fakulty také psychosomatiku v rámci výuky?

Rozhodly jsme se tedy vést polostrukturované rozhovory s vybranými studenty,

ze kterých vzešlo mnoho zajímavých informací.

Otázka: Jaký pohled na PM si odnášíš z výuky?

„*Myslím, že žádnéj. (smích) Nebo jako my jsme to asi ani moc neměli,*“ odpověděla nám studentka 4. ročníku LF v Plzni.

Obecně se zdá, že zájem o obor roste mezi lékaři i studenty a stejně tak roste i poptávka psychosomatického přístupu mezi pacienty. Výuka psychosomatiky se velmi



liší mezi jednotlivými českými i světovými lékařskými fakultami.

V současnosti se můžeme s Psychosomatikou jako povinným předmětem setkat na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity (Lékařská psychologie a psychosomatika) a na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy (Základy psychosomatické medicíny a komunikace s pacientem). Na většině ostatních fakult je možné ji dohledat jako drobnější podtéma v rámci sylabu některého jiného předmětu nebo jako náplň volitelného předmětu.

Psychosomatická medicína je v České republice nástavbový atestační obor od

METODIKA

Po literární rešerši k tématu jsme vytvořily na základě vlastního zájmu pod supervizí školitele scénáře pro polostrukturované rozhovory, které jsme samy vedly. Struktura rozhovoru byla průběžně rozšiřována na základě získaných zkušeností s jejich vedením. Účastníci studie byli nabíráni kombinací výběru na základě dostupnosti (convenience sampling) a řetězového výběru (snowball sampling) pomocí sociálních sítí a osobního kontaktu. Oslovily jsme z každé fakulty 2 – 4 studenty od druhého po šestý ročník s preferencí vyšších ročníků. Většina rozhovorů byla vedena formou videohovoru, některé osobně. Audiozáznam rozhovorů jsme nechaly převést na text aplikací Turbo Scribe a každý přepis zpětně kontrolovaly oproti nahrávce. Tím proběhla i familiarizace výzkumnic s nasbíranými daty. Získané texty jsme analyzovaly metodou reflexivní tematické analýzy podle Braun a Clarke. [4]

K významově nosným částem rozhovorů jsme přiřadily kódy. Každý rozhovor

roku 2013, přičemž první atestace máme z roku 2015. Zařazení do studia je podmíněno získáním jiného oboru specializačního vzdělání, celková délka výcviku je 36 měsíců. Další podmínky pro získání atestace najdeme na stránkách IPVZ – subkatedra psychosomatiky. Na rozvoji psychosomatické medicíny u nás se významně podílí odborná Společnost psychosomatické medicíny ČLS. Momentálně je tu něco přes 40 atestovaných lékařů. [1] [2] [3]

Toto je první česká práce, která zkoumá, jak psychosomatiku a její výuku vnímají studenti medicíny z různých lékařských fakult.

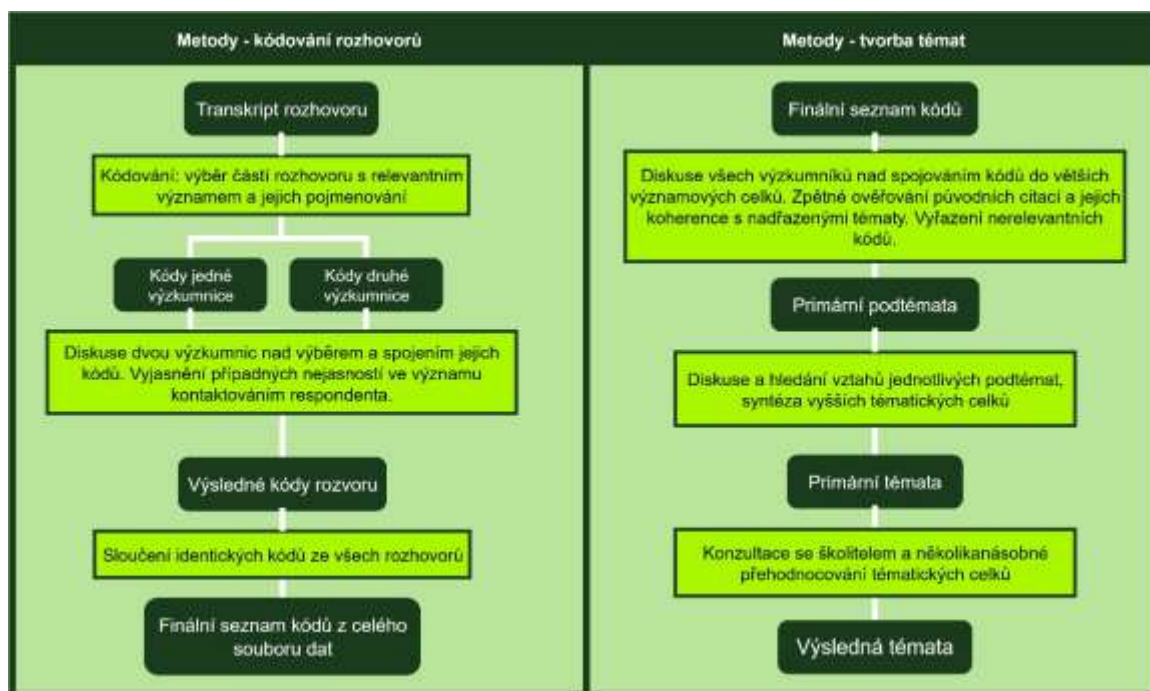
kódovaly dvě výzkumnice zvlášť a následně své kódy prodiskutovaly a spojily. V případech nejasností jsme se zpětně obrátily na respondenta, aby ověřil správnost pochopení jeho výroku. Kódy stejného významu jsme následně seskupily napříč všemi rozhovory a získali tak finální soubor kódů.

Ty byly společnou diskusí rozřazeny do souvisejících celků a ty pak dále do větších podtémat a témat. Část kódů, která nesouvisela s naší výzkumnou otázkou, byla po řádném zvážení z finálního souboru vyřazena.

Zpětně jsme četly všechny citace z rozhovorů s přiřazeným kódem a hledaly, jak zapadají do témat, ke kterým byly přiřazeny, aby témata co nejlépe odpovídala vyjádřením studentů a byla vnitřně významově souvislá.

Finalizace názvů a rozdělení témat z předběžné verze probíhala s asistencí našeho školitele MUDr. Martina Seiferta.





OBR 1. METODIKA

VÝSLEDKY

Hlavním produktem naší práce je výčet výše zmíněných témat, který stojí na přímých vyjádřeních z rozhovorů. Tvoří tak komplex pohledů vyzpovídaných studentů shrnutý do významových celků, které z rozhovorů vyvstaly. V textu jsou zvýrazněny tučným písmem. Doplněny jsou citacemi z rozhovorů se studenty psanými kurzívou.

Důležitost oboru

PM mnoho studentů vnímá jako **důležitý obor**. Studenti zmiňují potřebu lékařů specializovaných v oboru a vysoké množství lidí s funkčními obtížemi:

„... protože třeba u praktiků, teďka nám tam říkali, že tak 25 % těch pacientů je psychosomatických, takže vzhledem k tomu to je asi celkem důležité.“

a také širší chápání psychosomatické medicíny jako součásti komplexního přístupu k pacientům:

„... já to (PM) vnímám jako takový základ, jak bychom měli přistupovat k pacientům.“

Padala zde slova jako lidský, celistvý a partnerský přístup, které některým respondentům ve zdravotnictví chybí:

„A myslím si, že ten, řekněme, širší přístup k těm pacientům je něco, co českému zdravotnictví dost chybí.“

Ačkoliv PM studenti vidí jako důležitou, ve výuce mnohým studentům chyběla, nebo se jim zdála výuka PM nedostatečně kvalitní. Zde však musíme zdůraznit rozdílné vnímání kvality výuky na různých fakultách, někteří totiž mluvili o výuce PM i velmi pozitivně.

Těžká uchopitelnost

S nedostatky výuky souvisí i považování PM za **těžko uchopitelné téma**, které je samo ve své podstatě náročné na výuku



a pochopený. V souvislosti s tím jsme narážely i na nedostatek informací o oboru.

„Potíž je i v tom, že to pojmání celé té psychosomatiky je poměrně jako náročné a vlastně velmi málo exaktní, jako velmi málo měřitelný. Tím rozhodně nechci říct, že by to nemělo smysl, má to smysl obrovské, ale nedá se to měřit.“

„Často, jak ještě třeba ty přednášející nemají tolik zkušeností s prezentováním těch svých komplexních témat, zvlášť třeba co se týče psychosomatiky, tak můžou mít problém s předáním těch informací studentům. A ty studenti můžou mít problém to pochopit.“

Okrajovost

Diskutováno bylo i pojetí PM jako **okrajového tématu**, specializovaného malého oboru, který ve výuce ustupuje objemnějším předmětům, a studentům na něj nezbývá čas. Mají-li o obor zájem, musí sami vyvíjet mnoho úsilí, aby se dozvěděli více. Jiný princip pozorovali respondenti i v rámci zdravotní péče, kdy jim PM přišla často jako poslední možnost, poslední okruh diagnóz, na který se pomyslí, pokud vůbec.

„Priznám sa, že o psychosomatike sa na našej fakulte veľa neučí. Maximálne sa to spomenulo na psychiatrii, ale nebolo na to moc času. Skôr to boli len zmienky, ...“

„... i když si myslím, tedy že více nějakých povinných hodin by tam být mohlo, protože upřímně ... jsme tam měli nějaké nepovinné ... kde byly tyhlety témata řešené a většina lidí tam ani nebyla, což mi přijde škoda.“

„..., třeba jsme si říkali párkrát na praxi, že furt mezi lékaři panuje takový názor, že ty psychosociální věci s těmi obtížemi nesouvisí a snaží se přes různý vyšetření najít jakoby, co tomu člověku je. Ale neberou zřetel na to, že ta

psychologická a sociální část může nějakým způsobem ten zdravotní stav zhoršit.“

Formování pohledu

V oblasti **formování pohledu** jsme často narážely na důležitost vlastní zkušenosti – ať už osobní, nebo skrze praxi a prakticky orientovanou výuku. Nedostatek praktické výuky byl také kritizován. Další uváděné formativní vlivy byly znalosti získané z vlastního zájmu o téma nebo samotné výuky na fakultě a od výrazné pedagogické figury.

„Setkávání s pacienty, setkávání s vedoucím klinik, s lékaři. Je to hrozně důležitý čas, který člověk stráví v té nemocnici. Na vysoké škole ta praxe je prostě nepostradatelná.“

„A pak samozřejmě osobní zkušenosti. Mám třeba kamaráda, který pokaždé, když má zkouškové, tak se mu posune hranice vitiliga o pár centimetrů.“

„Ta výuka mi dala do té problematiky takový vhled, že vím, že to je důležitý a že na to musíme brát ohled, na psychosomatickou medicínu.“

Potřeba změny

Mnoha cestami jsme se v rozhovorech dostaly k tématu jisté **potřeby změny**. Od vyjádření nespokojenosti s výukou PM po celkovou kritiku dnešního přístupu k pacientům a českého zdravotnictví

„Řekněme, že bych tomu rád dal víc, ...ale v tom případě by se muselo trochu upravit celkově to vzdělávání lékařů, protože už tak je to hodně nafouklé.“

„Protože je to něco, s čím západní medicína jako moc operovat neumí. Vidím, že hodně ztrácíme za medicínou jako východní, která umí pracovat s tím, jak se pacient cítí i u toho lékaře třeba, nebo při



vyšetření, nebo jaká má očekávání od léčby.“

„... Málokdo se tomu věnuje. Byl to třeba i docela velký šok, když jsem byl teď v létě na stáži v Německu, v nemocnici, kde byla celá velká klinika, jako Klinik für psychosomatische Medizin, kde to hodně řešili. ...a v porovnání s tím, my jsme tady jako dost v pravěku.“

Stigmatizace

V rámci otázek spojených se **stigmatizací oboru** studenti zmiňovali, že si myslí, že PM stigmatizována je, nicméně konkrétní případy si vybavili jen někteří. Často stigmatizaci pojili se starší generací, a to i mezi lékaři. Není to však pravidlem a dostalo se i na zmínky o stigmatizaci stran vrstevníků respondentů. Někteří sami obor údajně stigmatizovali, dokud neměli s PM osobní zkušenost. Další oblastí byla vyšší stigmatizace funkčních obtíží u žen.

„Ked' pacient absolvoval viacero vyšetrení s negatívnym výsledkom, začali ho považovať za simulanta alebo niekoho, kto si vymýšľa.“

„Mám pocit, že tohle je ta stigmatizace psychosomatiky, že se to bere jako celostní medicína, která v zásadě není exaktní a evidence-based.“

„Tak jako samozřejmě každý člověk jsem tím ještě před studiem medicíny naprosto pohrdala. Jako hypochondři a takhle.“

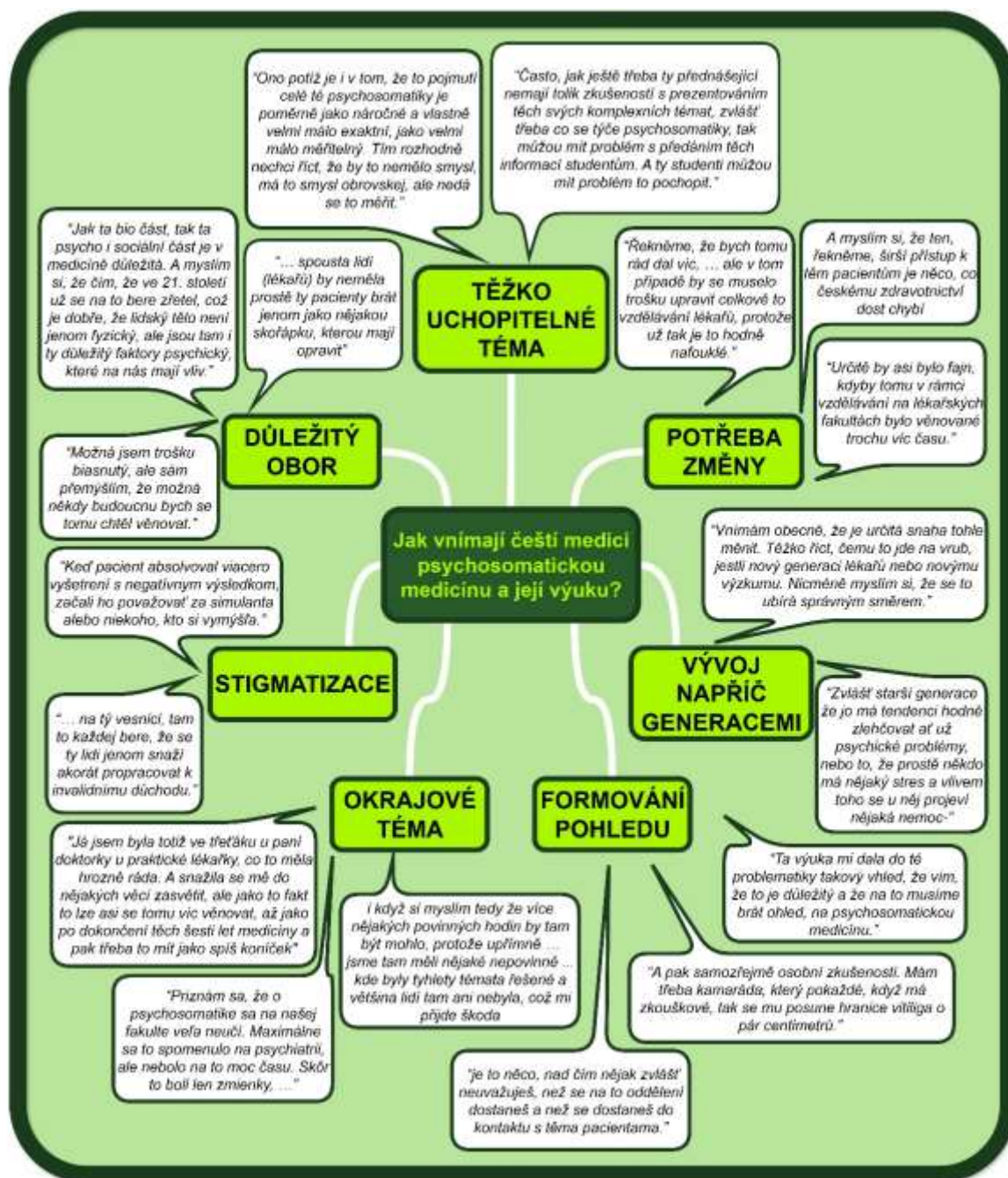
Vývoj napříč generacemi

Dostalo se nám i častého názoru, že pochopení a přijetí PM se zlepšuje a že mladší generace obor i funkční obtíže vnímá jinak. To společně se stigmatizací stran starších se pojí v tématu **vývoje napříč generacemi**.

„Zvlášť starší generace, že jo, má tendenci hodně zlehčovat ať už psychické problémy, nebo to, že prostě někdo má nějaký stres a vlivem toho se u něj projeví nějaká nemoc.“

„Vnímám obecně, že je určitá snaha tohle měnit. Těžko říct, čemu to jde na vrub, jestli novou generaci lékařů nebo novému výzkumu. Nicméně myslím si, že se to ubírá správným směrem.“





OBR. 2: VÝSLEDKY

LIMITACE A SILNÉ STRÁNKY STUDIE

Je třeba zdůraznit, že tematická analýza je do jisté míry subjektivní metodou a interpretace bude vždy ovlivněna osobností a názory výzkumníka. Chceme tedy popsat perspektivu, ze které v naší analýze vycházíme.

K práci jsme se dostaly přes vlastní zájem a dobrovolné absolvování volitelného předmětu Psychosomatické medicíny, což byl pro nás první odbornější kontakt s oborem jako samostatnou disciplínou plnou podložených informací. Překvapilo nás, jak málo jsme o PM z předchozí



výuky věděly a rozhodly jsme se tak zkoumat, jak to vnímají naši vrstevníci. Při analýze skrz dodržování ověřených metod postupujeme tak, abychom byli maximálně objektivní, přesto je možné, že se náš pohled v interpretaci odráží.

Dalším specifikem kvalitativního výzkumu je nižší počet respondentů. Náš vzorek však nemá data zobecňovat nýbrž se do hloubky soustředit na vhledy a nové

informace, které nám může vybraný vzorek poskytnout.

Mezi silné stránky námi zvoleného vzorku patří přítomnost několika zástupců z každé fakulty, vyvážené zastoupení mužů a žen a zaměření se na vyšší ročníky, které již mají dále sahající zkušenost s výukou na medicíně. Vzhledem k našim samplingovým možnostem lze ale předpokládat, že nebylo zaručeno pokrytí celé šíře názorového spektra studentů.

ZÁVĚR A VÝZNAM

Co si tedy z této studie můžeme odnést? Je z ní zřetelný zájem studentů o PM a její možný dopad na celkový přístup k pacientům, který nekoresponduje s integrací PM ve výuce a ve zdravotnictví. Ačkoliv mnozí již vnímají první vlaštovky pozitivních změn, stále je ve vzdělávání lékařů i veřejnosti velký potenciál k rozvoji. Studenti často zdůrazňovali význam prakticky a interaktivně orientované vzdělávací zkušenosti.

Jelikož se jedná o kvalitativní výzkum, není určen ke kvantifikaci jednotlivých postojů, ale pomáhá nám se dozvědět více o tom, jaké postoje se mezi studenty vyskytují a jaké oblasti by mohlo mít smysl dále studovat. Kromě velkého tématu dalšího rozšiřování a zlepšování výuky bychom mezi nosné náměty pro další výzkum zařadily zmiňovanou stigmatizaci a mezigenerační rozdíly ve vnímání PM.

Do redakce přišlo 25.8.2025

K tisku zařazeno po řádném recenzním řízení a po úpravách 25.9.2025

Konflikt zájmů není znám

ZDROJE

[1] SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS. Kódy lékařských výkonů v psychosomatické medicíně (909). Psychosomatika-CLS [online]. [cit. 2025-09-14]. Dostupné z: <https://www.psychosomatika-cls.cz/pro-odborniky/kody-lekarskych-vykonu-v-psychosomaticke-medicine-909/>

[2] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Vzdělávací program oboru Psychosomatika. IPVZ [online] [cit. 2025-09-14]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/1992-psychosomatika.pdf>

[3] SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS JEP. Seznam odatestovaných. Psychosomatika-CLS [online]. [cit. 2025-09-14]. Dostupné z: <https://www.psychosomatika-cls.cz/seznam-odatestovanych/>



[4] BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, roč. 3, č. 2, s. 77–101. [cit. 2025-08-14] Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

O AUTORKÁCH

Tento článek vznikl v rámci Studentské vědecké aktivity na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Autorkami jsou Emma Gerginova, Nikola Khailová a Veronika Studničková, studentky všeobecného lékařství, které tento výzkum zpracovaly s podporou vedoucího práce MUDr. Martina Seiferta.

S otázkami či připomínkami se na nás můžete obrátit na adrese: svapsycho-som@gmail.com.



EMMA GERGINOVA



NIKOLA KHAILOVÁ



VERONIKA STUDNIČKOVÁ



VĚDA KRÁTCE



4 Z ČEJENSKÉ KONFERENCE. PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA PRAHA

JEMNÝ DOTEK JE DOBRÝ NEJEN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, ALE TAKÉ PRO ROZVOJ SPOLUPRÁCE

Od pečujícího přístupu ke spolupracujícím komunitám

Mezinárodní výzkumný tým dospěl k závěru, že jemný dotek je dobrý nejen pro duševní zdraví, ale také pro rozvoj spolupráce.

Síla doteku a sociálních vazeb pomáhá lidem vyrovnat se se stále více stresujícím světem, jak naznačuje nedávný úpadek duševního zdraví. Jemný, pečující dotek hraje významnou roli při posilování mezilidských vazeb a zlepšování duševního zdraví. Často se označuje jako afektivní nebo útěšný dotek a je spojován s mnoha zdravotními přínosy, včetně lepšího sociálního spojení a důvěry, snížení stresu a bolesti a lepšího duševního zdraví. Jak pozoruje výzkumník z Kostnice a jeho tým, pečující, jemný sociální kontakt může také hrát významnou roli v životě zvířat a může dokonce umožnit evoluci spolupráce.

V nedávno publikované studii mezinárodní výzkumný tým vedený Michaellem Griesserem z Univerzity v Kostnici a jejím klastrem excelence „Collective Behaviour“ a Miyou Warrington z Oxford Brookes University syntetizuje důkazy ze zvířecí říše, aby zdůraznil klíčovou roli doteku u zvířat pro evoluci a přetrvávání přátelství a spolupráce.

Griesser a Warrington si všimli rozdílů v úrovni hmatu a spolupráce mezi dvěma druhy volně žijících ptáků, které oba studují – apoštoly v australském vnitrozemí a sojkami sibiřskými ve švédském Laponsku. Pozorovali, že apoštolové s vysokým dotykem se navzájem předvádějí a spolupracují v mnoha kontextech, včetně společné péče o mláďata, zatímco sojky sibiřské se navzájem nepředvádějí a spolupracují při několika málo úkolech. Spojili se



s primatology Judith Burkartovou a Natalii Uominiovou z univerzity v Curychu ve Švýcarsku a fyziology afrických savců Nigelem Bennettem a Danielem Hartem z univerzity v Pretorii v Jižní Africe a zkoumali společné rysy doteku, hormonů a spolupráce mezi ptáky a savci. Je překvapivé, že společné vyšetřování odhalilo, že dotek má klíčovou roli při vytváření a udržování sociálních vazeb obecně, což přímo ovlivňuje to, jak zvířata spolupracují.

„Slovo spolupráce se používá pro mnoho chování, z nichž mají zúčastnění jedinci prospěch,“ vysvětluje Warrington, „ale ve skutečnosti ne všechna taková chování jsou dělána z laskavosti nebo proto, že jsme spojeni s druhým jedincem. Ve skutečnosti se kooperativní chování vyskytuje v celém spektru.“ Na jedné straně spektra jsou například zvířata, jako jsou impaly, která se vzájemně upravují, aby odstranila parazity ze svých krků, ke kterým se sami nedostanou. Jde tedy o velmi transakční chování. Na druhé straně spektra žijí zvířata jako kosmani v rodinných skupinách a členové skupiny dělají vše společně bez ohledu na okamžité přímé výhody. Proto jsou kosmani ve většině aspektů svého života velmi prosociální.

Toto spektrum spolupráce není zcela neočekávané, odráží velkou rozmanitost v tom, jak a proč druhy spolupracují. „Jak pozorujeme u poštolek a sojek sibiřských, rozmanitost spolupráce má souvislost s úrovní dotyku, ale také citlivostí dotyku a typy vazeb v přírodě,“ vysvětluje Griesser. To je skutečně pozorováno u krtonožců, kde asociální druhy mají v kůži málo hmatových receptorů a nejsou na dotek citlivé, zatímco opak je případ sociálních druhů krtonožek, například eusociální krysy.

U sociálních druhů pečující dotek, kterého se potomkům dostává v raném věku, uvádí do pohybu dynamiku, která pokračuje až do dospělosti. Griesser a Warrington pozorují, že v důsledku toho se zvířata, která vyrůstají s úzkými sociálními vazbami, s větší pravděpodobností zapojují do sociální spolupráce, a to nejen v kontextu svých rodin, ale také s ostatními dospělými, v partnerství a přátelství, stejně jako během svého vlastního rodičovství.

Publikováno 15. ledna 2025

*Převzato ze zdroje: Michael Griesser, Nigel C. Bennett, Judith M. Burkart, Daniel W. Hart, Natalie Uomini, Miyako H. Warrington. **The power of caring touch: from survival to prosocial cooperation.** Trends in Ecology & Evolution, 2025; DOI: [10.1016/j.tree.2024.11.017](https://doi.org/10.1016/j.tree.2024.11.017)*

≠



ZLEPŠENÍ VZTAHŮ MEZI TATÍNKY A DCERAMI ...JE TO PROCHÁZKA RŮŽOVÝM SADEM

Nová studie ukázala, že obyčejná procházka v parku by mohla být klíčem k odemknutí blízkého a láskyplného vztahu mezi otci a dcerami.

Výzkum provedený Dr. Johnem Dayem z University of Essex zjistil, že účast na fyzické aktivitě nebo jen diskuse o ní poskytuje společný základ pro rozvoj hlubokých emocionálních vazeb a transformaci stereotypu vzdálených otců.

Studie zjistila, že společenský posun v tom, co to znamená být otcem, v kombinaci se zvýšeným zaměřením na cvičení pro udržení zdraví vedl k tomu, že fyzická aktivita poskytla platformu pro rozkvět vztahu.

Dr. Day ze School of Health and Social Care řekl: „Můj výzkum ukazuje, že dcery vždy hledaly způsob, jak se sblížit se svými otci, zatímco otcové se na to zaměřili teprve nedávno. Z pohledu otce může fyzická aktivita současně fungovat jako metoda udržování mužské identity při individuálním rodičovství, takže se v tomto prostředí cítí mnohem pohodlněji.“

Studie publikovaná v časopise *Families, Relationships and Societies* zahrnovala rozhovory se 14 ženami narozenými v letech 1950 až 1994.

Lidé narození v 50. letech převážně diskutovali o tom, jak jejich otcové plnili roli živitele rodiny a jako rodiče zůstávali poněkud na okraji.

Dcery narozené v osmdesátých a devadesátých letech však byly vychovávány ve společenských podmínkách, které jim umožňovaly realizovat a budovat emocionálně propojenější vztahy se svými otci.

Vzpomínaly na to, jak se sblížily se svými otci, když se účastnily aktivit, jako je chůze, plavání a jízda na kole.

Mladší ženy, které se studie zúčastnily, zmiňovaly přínosy fyzické aktivity pro zdraví i požitek, ale některé také hovořily o tom, jak se distancovaly od jakýchkoli pokusů svého otce o to, aby byly aktivity konkurenceschopné.

„Klíčovými faktory spojenými s otcovstvím, které umožnily tuto proměnu, jsou zvýšená důležitost zapojených ideálů otcovství a fyzická aktivita, která se stala rodičovskou a zdravotní praxí, ve které se otcové cítí kompetentně, ať už při provádění nebo jen mluvení o ní,“ řekl Dr. Day. *„Rozhodující pro to je kontext Spojeného království, kde intimní vzájemná závislost svědčí o preferovaných vztazích, a kontext veřejného zdraví, kde je účast na fyzické aktivitě prosazována za účelem snížení nepřenosných nemocí.“*

Publikováno 27. února, 2025

Převzato ze zdroje: University of Essex. „Improving relationships between dads and daughters... it's a walk in the park.“ ScienceDaily. ScienceDaily, 27 February 2025. <www.sciencedaily.com/releases/2025/02/250227125244.htm>.

≠



ROZDÍL MEZI POHLAVÍMI V DEPRESÍCH DOSPÍVAJÍCÍCH JE DVAKRÁT VĚTŠÍ V LONDÝNĚ NEŽ V TOKIU, ZJISTILA NOVÁ STUDIE

Výzkum, který sledoval depresivní symptomy u 7100 mladých lidí z Tokia a Londýna, ukázal, že dívky mají v obou městech více depresivních symptomů než chlapci. Studie zjistila, že tento rozdíl je v Londýně přibližně dvakrát větší a meziroční nárůst depresivních symptomů je přibližně čtyřikrát strmější u dospívajících dívek v Londýně než u dospívajících dívek v Tokiu.

Studie publikovaná v časopise *The Lancet Child & Adolescent Health* si kladla za cíl poskytnout robustní vhled do trajektorií duševního zdraví dospívajících ve dvou různých kulturních kontextech porovnáním velkých vzorků 11 až 16letých v Londýně a Tokiu v průběhu času. Jde o dvě studie Tokyo Teen Cohort (TTC) a Resilience Ethnicity a AdolesCent Mental Health (REACH) z jižního Londýna. Obě skupiny sbíraly data v období 2014 až 2020 a ve třech různých časových bodech, jak teenageri stárli.

Výzkumníci použili dotazník krátké nálady a pocitů (SMFQ) k měření depresivních symptomů.

V obou skupinách byl rozdíl mezi dospívajícími chlapci a dívkami v průměrné úrovni depresivních příznaků a tento rozdíl se meziročně zvětšoval. V londýnském vzorku začal rozdíl mezi pohlavími o něco dříve (patrný od 11–12 let) než v tokijském vzorku, kde se objevil mezi 11 až 14 lety a průměrná míra změny depresivních symptomů za rok u londýnských dívek byla přibližně čtyřikrát vyšší než u dívek v Tokiu. Ve věku 16 let byl rozdíl v depresivních symptomech mezi chlapci a dívkami v Londýně přibližně dvakrát větší než v Tokiu. Průměrná úroveň

depresivních symptomů u dospívajících chlapců v Tokiu klesala mezi 11. a 16. rokem života, zatímco u chlapců v Londýně se v průběhu času mírně zvyšovala a sledovala podobnou trajektorii jako u dospívajících dívek v Tokiu.

První autorka, Dr. Gemma Knowles, lektorka epidemiologie a duševního zdraví mládeže na IoPPN, King's College London, uvedla: „*Naše studie naznačuje, že přibližně od raného dospívání mají dívky vyšší úroveň deprese než chlapci v Tokiu i Londýně, ale rozdíl je větší, začíná o něco dříve a v Londýně se zvyšuje rychlejším tempem. Trajektorie pro chlapce v Londýně úzce kopíruje trajektorii pro dívky v Tokiu. Tato zjištění naznačují, že musíme přehodnotit a zpochybnit populární narativy týkající se genderových rozdílů v duševním zdraví – například myšlenku, že dívky přirozeně nebo nevyhnutelně častěji bojují se svým emocionálním zdravím – a porozumět kontextům a podmínkám, které umožňují dospívajícím dívkám a mladým lidem prosperovat.*“

V současné době Global Gender Gap Index (GGGI) – index určený k měření rovnosti pohlaví – řadí Spojené království na 15. místo ze 149 zemí, zatímco Japonsko je na 125. místě. Poznatky od mladých výzkumníků z obou měst však naznačují, že ve hře jsou sociální vlivy, které nejsou v těchto indexech zachyceny. Například dospívající dívky mohou v Londýně převzít dospělé role a povinnosti v mladším věku a v Tokiu je nižší míra násilí a kriminality. Existují také v socioekonomických a politických trendech mezi těmito dvěma místy rozdíly, které by mohly ke zjištěným rozdílům přispět, například



prodloužené období úsporných opatření ve Velké Británii.

Dr. Knowles řekl: „*Jde o složitou oblast s mnoha možnými faktory, které mohou přispět k rozdílu mezi dívkami a chlapci a také mezi těmito dvěma místy. Musíme lépe porozumět sociálním kontextům a zkušenostem, které vedou ke genderovým nerovnostem v oblasti duševního zdraví, a podmínkám, které podporují růst dospívajících dívek. Je také důležité pochopit, jak tyto sociální zkušenosti ovlivňují fyzický vývoj mladých lidí v tomto věku.*“

Důležitou součástí této studie bylo prozkoumat, do jaké míry lze skóre odvozená z měřítka SMFQ smysluplně a vhodně

porovnávat napříč pohlavími, věkem a kontexty. I když tyto testy nejsou dokonalé, nenalezly žádný důkaz o nesrovnatelném měření, což naznačuje, že jakékoli rozdíly ve skóre SMFQ mezi skupinami jsou způsobeny skutečnými rozdíly v depresivních symptomech, spíše než rozdíly ve zprávách.

Publikováno 18. března 2025

Převzato ze zdroje: King's College v Londýně. „Rozdíl mezi pohlavími v depresích dospívajících je dvakrát větší v Londýně než v Tokiu, zjistila nová studie.“ ScienceDaily. ScienceDaily, 18. března 2025. <www.sciencedaily.com/releases/2025/03/250318204110.htm>.

≠

VZTAHY S TRVALE INTENZIVNĚ TRUHLÍCÍMI MAJÍ TĚMĚŘ DVAKRÁT VYŠŠÍ PRAVDĚPODOBNOST ÚMRTÍ DO 10 LET PO ZTRÁTĚ MILOVANÉ OSOBY

Výzkumníci sledovali 1735 lidí v Dánsku po dobu 10 let po ztrátě milované osoby. 6 % účastníků vykazovalo neustálé vysoké úrovně symptomů trápení a ti měli o 88 % vyšší riziko úmrtí z jakékoli příčiny v daném období než ti s trvale nízkými symptomy. První skupina měla podobně vyšší pravděpodobnost využití zdravotnických služeb, se 186 % vyšší pravděpodobností, že podstoupí terapii rozhovorem nebo jiné služby v oblasti duševního zdraví, a o 160 % až 463 % vyšší pravděpodobností, že jim budou předepsány psychotropní léky. Toto je první studie o dlouhodobé úmrtnosti a využívání

zdravotní péče ve velké kohortě pozůstalých osob. Výsledky naznačují, že pacienti s rizikem dlouhodobého „vysokého trápení“ mohou být identifikováni předem a potřebují dodatečnou podporu v systému zdravotní péče.

Převzato ze zdroje: Nielsen MK, et al.: Grief trajectories and long-term health effects in bereaved relatives: a prospective, population-based cohort study with ten-year follow-up. Front. Public Health, 25 July 2025, Volume 13 - 2025

| <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1619730>

≠



RODIČOVSKÉ PRAKTIKY JAKO PREDIKTORY NUTKAVÉHO SEXUÁLNÍHO CHOVÁNÍ DOSPÍVAJÍCÍCH: 6MĚSÍČNÍ PROSPEKTIVNÍ STUDIE

Nutkavé sexuální chování (CSB) je převládající poruchou u dospívajících. Dosud se většina studií zaměřovala na sebehodnocení jednotlivců, aniž by hodnotila možné rodičovské praktiky, které by mohly zmírnit nebo zhoršit CSB dospívajících. V tomto výzkumu jsem přijala rodinný systematický přístup, který bere v úvahu účinky rodinného kontextu na vývoj dětí a dospívajících a zkoumala, zda a jak podpora rodičovství (otců a matek) souvisí se současnou a budoucí závažností CSB u dětí. Vzorek zahrnoval 300 izraelských rodin [triáda matek, otců a jednoho adolescenta (39 % chlapců, 61 % dívek; věk 14–18 let)]. Výsledky naznačují, že mateřská podpora a otcovská kvalita komunikace s dětmi významně předpovídaly nižší závažnost současné a

budoucí CSB. Tato zjištění zdůrazňují důležité a málo prozkoumané téma v naději, že motivují další výzkumníky a praktiky, aby přijali rodinný, mikrosystémový pohled na zdravý sexuální vývoj – perspektivu, která je velkým příslibem při podpoře normálního sexuálního vývoje a při snižování rizikového sexuálního chování.

Autorka: [Yaniv Efrati](#)

Zdroj: Efrati, Y. Parental practices as predictors of adolescents' compulsive sexual behavior: a 6-month prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **33**, 241–253 (2024).
<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02155-2>

(JM)



ÚVAHY, ESEJE



5 Z ČEJENSKÉ KONFERENCE. PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA PRAHA

LENKA BACHRATÁ: ÚVAHY NAD KAZUISTIKOU

Redakce si dovolila oddělit poněkud rozsáhlejší úvod původní práce paní doktorky Bachraté, která je v tomto čísle v rubrice „Pro dobrou praxi“ pod názvem Musím všechno zvládnout sama. Jde podle našeho názoru o úvahu, která přesahuje běžný rozsah úvodu ke kazuistice a bylo by škoda ji čtenáři nenabídnout. Samotná východiska, ze kterých autorka ve své práci čerpá, jsou pro naši práci rozhodující. Práce s pacientem, pozorování, intervence i výsledek jsou pak potvrzením nebo zpochybněním našich východisek. (red.)

TEORETICKÁ VÝCHODISKA K MÉ PRÁCI

Zastávám přesvědčení, že na každém tělesném stonání je něco „psychosomatického“, nebo přesněji že duše a tělo jsou jen různými aspekty téhož a že všechno, co se v nás odehrává, má svou duševní a tělesnou komponentu i bio-psycho-sociální aspekt. Myslím si, že nejsou „normální“ a „psychosomatické“ nemoci, jen nemáme ten správný klíč k porozumění toho, co naše tělo prožívá a zrcadlí.

Západní medicína se například na arteriální hypertenzi dívá jako na poruchu,

která souvisí se špatným životním stylem a vrozenou dispozicí, a kterou je potřeba odstranit, aby nezpůsobila závažnější problémy a smrt. To všechno samozřejmě dává smysl. Co je ale za tím?

Zvýšení krevního tlaku je součástí běžné stresové (nebo lépe adaptační) reakce při prožívaném ohrožení, spojeném s aktivací sympatiku. Kdy a jak se z ní stane porucha či nemoc? A jde opravdu o poruchu? O technické selhání adaptačních mechanismů? Nebo může jít o informaci,



že z nějakého důvodu nastartovanou adaptační reakci není možné dokončit a dostat se zpět do pocitu bezpečí a klidu? Nebo se snad může jednat o součást jakési behaviorální strategie, při které jedinec svět paušálně vnímá jako nebezpečné místo, a proto musí být neustále připraven? Je to porucha, maladaptace, nebo smysluplná adaptační reakce, jejíž smysl nám zatím uniká? Nebo to může mít ještě jiné vysvětlení?

Západní medicína se bohužel už velice dávno odstříhla nejen od psychiky, ale i od obecné a behaviorální biologie, proto se teď zdá téměř nemožné opět je propojit a najít pro všechny aspekty našeho prožívání společný jazyk, porozumění a smysl.

BIOLOGICKÁ PODSTATA CHOVÁNÍ A ŽIVOTA

Člověk je úžasně komplexní živá bytost, neoddělitelně propojená a interagující se svým sociálním a biologickým prostředím. Každý člověk se rodí se specifickou genetickou dispozicí, která je v průběhu života epigeneticky formovaná neustálými interakcemi s prostředím, učením se ze zkušenosti, adaptačními reakcemi i komplexními strategiemi, které formují naše chování, osobnost, vnímavost, tělesnou stavbu, fyziologii i sociální roli (Moore, 2015, Sapolsky, 2019, Bachratá, 2024). Proto je každý člověk jiný, i když jsou naše těla zdánlivě hodně podobná. Chceme-li porozumět konkrétnímu člověku, jeho duši, tělu, osobnosti, chování či metabolismu, je důležité poznat jak jeho vrozenou dispozici optikou jeho rodinné historie, jejího geografického, společenského a kulturního kontextu, tak i jeho životní příběh, prostředí a zkušenosti, které z dispozice vyformovaly jeho osobnost a životní strategie. Ale současně je důležité rozumět i komplexnímu biologickému systému Země, kterého jsme

Je či není možné vysvětlit stonání a nemoci společným psycho-fyziologickým nebo biologickým jazykem? Tuhle otázku si kladu posledních 15 let, odkdy vnímám, že západní medicína nedává uspokojivé odpovědi na mnohé otázky. Jako somatická lékařka s psychoterapeutickým výcvikem a velkou biologickou zvědavostí mám dnes v tomto pohledu mnoho vhledů, odpovědí a hypotéz, postavených na vědeckých výzkumech, odborné literatuře i mé vlastní klinické a terapeutické zkušenosti. Ale současně mám i stále více otázek, na které odpovědi ani hypotézy nemám. Touto kazuistikou bych ráda prezentovala, v jakém místě „psychosomatického“ poznání a terapeutických možností se v tuto chvíli nacházím.

neoddělitelnou součástí, i když si to příliš neuvědomujeme (Lovelock, 2016).

Většina z nás prožívá svět skrze svoje Já, svou subjektivitu, oddělenou od vnějšího světa, ke kterému se vztahujeme jako k objektu. Vnímáme jej skrze smysly, přemýšlíme o něm, naplňujeme si v něm své potřeby. Více či méně si uvědomujeme, jak jsme s ním propojeni a jak zásadně ovlivňuje naše chování, strategie i naši osobnost. S rozvojem mozku a kognitivních funkcí se naše vědomé vztahování ke světu posunulo významně od citění, instinktu a intuice směrem k přemýšlení a analýze. Dnešní racionální a vědecký svět má tendenci vnímat naše chování jako soubor kognitivně podepřených a naučených vzorců aktivit, které vědomě a vlastní vůlí ovlivňujeme, a které nijak nesouvisí s naším tělem ani se světem kolem (Kováč, 2017).

Vraťme se ale na chvíli do přírody. Volně žijící zvíře o vnějším světě nepřemýšlí. Je



s ním neustále propojeno mnoha senzorickejšími kanály, vnímá je skrze své tělo. Chování je řízeno hlavně instinkty a intuicí a jeho hlavním cílem je přežití, reprodukce (přežití druhu) a rovnováha vyššího systému (Sapolsky, 2019, Lovelock, 2016).

U sociálně žijících zvířat je to ještě o kus složitější. Základem přežití jedince je udržení a rovnováha skupiny, která svou komplexní organizací a harmonickým fungováním všech členů optimalizuje možnost jejich přežití vůči vnějšímu světu. Každá sociální skupina, chce-li přežít, musí fungovat jako komplexní organismus vyššího řádu a její jednotliví členové k jejímu fungování přispívají tím, že si v ní každý plní svou specifickou roli. Čím větší a komplexnější je sociální systém, tím složitější a přesně organizovanou strukturu potřebuje mít. Komplexní fungování systému vyžaduje specializaci, individuaci a funkční variabilitu jednotlivých členů, ale současně i velmi dobrou harmonizaci jejich společného fungování (Sapolsky, 2019, Guerrero, 2020).

Jak se to ale stane, že se z poměrně univerzálního jedince, jakým všichni jsme po narození, vyformuje vysoce specializovaná bytost, se specifickým účelem (sociální rolí) pro efektivní fungování vyššího systému? Jak se z miminka, které „nic neumí“, stane inženýr, ředitel podniku, otec rodiny či bezdomovec? Co formuje naši osobnost, náš smysl a naše sociální role? Je v tom osud, naše vůle, vůle naší rodiny a prostředí, série racionálních rozhodnutí, vyšší smysl nebo všechno spolu? Často jsme si vědomi jenom našich racionálních rozhodnutí, která děláme pod vlivem svého prostředí a ideálně s porozuměním k naší dispozici a hodnotám. Je ale ještě něco za tím? Je nějaká vyšší energie (Bůh, vyšší vědomí, pole vyššího záměru...), která nás na naší životní cestě vede skrze naši intuici?

Jak jednotliví ptáci táhnoucí dlouhé týdny v šiku přes oceán vědí, kdo má kde své místo, kam letí, kdy tam budou a kdy se mají vrátet zpět? Mají velitele, který má kapitánské zkoušky a uděluje povely? Tito ptáci nejsou řízeni rozumem, ale citem, instinktem a vnímáním informací elektromagnetického pole Země. Jejich chování je řízeno komplexními senzorickejšími a adaptačními systémy, které je vedou k cíli a ladí na optimální fungování ve skupině a přežití. Tyto systémy fungují autonomně a jsou asi jen minimálně ovlivňovány vůlí a rozumem, mají však velkou schopnost učení ze zkušenosti, které probíhá na nervové a epigenetické úrovni. A víme, že i ptáci na své cestě občas zbloudí. Někdy za tuto chybu zaplatí, a někdy naopak díky ní naleznou nová útočiště a nové možnosti přežití.

Neustálý proces komunikace a interakce mezi částmi a celkem (nebo spíše mezi subsystemy a systémy vyššího řádu) je základem života a přežití. Na každé úrovni hierarchizovaných biologických systémů jsou ohraničené subsystemy, které fungují relativně autonomně, ale současně mají specializovanou funkci pro fungování vyššího systému. Na každé hranici mezi částí a celkem je neustálé informační a adaptační proudění, které má za cíl velice složitou věc: udržet stabilní a jasnou hranici, vymezující subjektivitu a vnitřní autonomii, ale současně udržet neustálou komunikaci, propojení, výměnu látek a udržení záměru části pro celek. Život je zřejmě přesně o tom: o neustálém plastickém a dynamickém vymezování hranice, na které je neustálé napětí (energetický gradient), udržující rozdílnost a oddělení mezi subjektem a objektem, ale která současně umožňuje jejich propojení a vztah. Příliš propustná hranice vede ke ztrátě vymezení, zániku subjektivity a možnosti vztahu, příliš pevná hranice zas k nadměrnému oddělení a izolaci, která znemožní výměnu



informací, výživu a pocit propojení a smyslu. I když všichni toužíme po propojení, klidu a harmonii, základem života je zřejmě právě onen neustále udržovaný energetický gradient rozdílnosti, který vytváří frustraci na hranici mezi námi a světem a udržuje nás v pohybu a akci (Kováč, 2017).

I naše tělo je takovým komplexním percepčně-reaktivním adaptačním systémem, který má komplexní subsystémy (specializované orgány, tkáně, soubory buněk) včetně těch, které nevnímáme úplně jako „naše“ (různé mikrobiomy našeho těla či viry a bakterie žijící v našich buňkách) a které fungují společně jako komplexní informační a regulační systém. A každým z těchto systémů se táhne biologická nit záměru rovnováhy a přežití vyššího komplexního biologického systému při současném zachování vlastní autonomie (Kováč, 2017, Ruppert, 2011, Lovelock, 2016).

I v každém z nás probíhá neustálý adaptační proces, kterého cílem je udržet naši jedinečnost a relativní autonomii (v prostoru vymezeném našimi hranicemi...) a v ní se neustále ladit na potřeby vyššího smyslu – přes přijetí a smysl v rámci našeho úzkého i širšího sociálního systému (rodiny, společnosti...) až po potřeby rovnováhy komplexního biologického systému Země, nebo možná i systémů, které Zemi přesahují.

Tato nit adaptačního záměru ale neprobíhá hladce: je na ní spousta uzlů a zatomanců, které jsou vytvářeny konflikty mezi rozdílnými potřebami systémů různé úrovně. Často se například naše osobní potřeby dostávají do konfliktu s potřebami a očekáváními naší rodiny. Jsme-li kupříkladu příliš citliví, vnímaví a emotivní, mohli jsme v dětství prožívat nepřijetí rodičem, který těžkými životními zkušenostmi zatvrdil a jeho životní strategií je emoční znečitlivění,

dodržování pravidel a tah na výkon. I když se už často doba změnila a není tak těžká jako v době jeho mládí, tento rodič nás je ochoten přijmout a respektovat, jen když potlačíme svou citlivou dispozici a přizpůsobíme se jeho výkonnostním očekáváním. Jako by nám náš rodinný systém dával na výběr: buď si zachováme svou autonomii, ale přijdeme o vztah a o pocit přijetí, nebo dáme přednost vztahu a přijetí, ale vzdáme se svých potřeb a autonomie (McNaughton, 2004, Ruppert, 2011).

Dá se říct, že naše celoživotní snažení souvisí s neustálým úsilím dosáhnout obojího, tedy přijetí ve své autonomii a pocitu smyslu pro vyšší systém. Málokdy se to ale opravdu povede.

Tento vnitřní konflikt mezi potřebou udržení autonomie a tlakem na přizpůsobení očekáváním vyššího systému může být u zdroje nejen psychosomatických, ale potenciálně všech nemocí. Protože abychom ho ustáli, musíme si vytvořit různé obranné mechanismy, například tělesné formy znečitlivění či mentální korekce svých přesvědčení, které nám pomohou vnitřní konflikt lépe zvládnout a udržet si pocit vlastní hodnoty (McConnell, 2020, Macnaughton, 2004).

Tato biologická adaptační hypotéza je optikou, kterou se dívám na osobnost a stonání konkrétního člověka, a přes kterou se snažím v kontextu jeho dispozice, životního příběhu, příběhu jeho rodiny, porozumění jeho sociálním systémům a jeho prostředí pochopit jeho životní strategie, které ovlivňují jeho tělo, fungování i nemoci.

S velkým respektem k moudrosti a dokonalosti přírody nejsem ochotná uvěřit pohledu západní medicíny, že naše geny nejsou dispozicí k nemocem a že v nesmírně propracovaném biologickém systému našeho těla se něco jen tak porouchá, aniž



by to dávalo nějaký biologický smysl. Nemoci samozřejmě mohou souviset s naší genetickou dispozicí, ale zřejmě proto, že primárně souvisely s nějakým adaptačním záměrem v jiném kontextu prostředí, než ve kterém žijeme teď (Bachratá, 2024, Sapolsky, 2019). Veškeré přírodní mechanismy souvisejí s přežitím a udržením rovnováhy biologických systémů, které jsme dávno pustli z hledáčku, protože se díváme do mikroskopu místo do dalekohledu.

S těmito východisky jsem pracovala s pacientkou Janou, jejíž příběh je v oddílu Pro správnou praxi v tomto čísle.

Do redakce přišlo 27.8.2025

Zařazeno po recenzním řízení a po úpravách 25.9.2025

Konflikt zájmů není znám.



VLADISLAV CHVÁLA: JE RODINNÁ TERAPIE TERÉNNÍM VÝZKUMEM?



Začátky rodinné terapie jsou spjaty s takovými jmény, jako jsou jedni ze zakladatelů antropologie Gregory Bateson a Margaret Meadová. Antropologie musela zanechat v hnutí rodinné terapie svůj otisk. Když se dnes od studentů a doktorandů tu a tam dozvídáme, že vedoucí jejich práce jim tvrdí, že „Trapková a Chvála nemají žádný výzkum ke svému pojetí rodiny jako sociální dělohy“, chápeme to tak, že mají na mysli tradiční lékařský výzkum, nejlépe dvojitě zaslepený. Více než 35 let práce s rodinami, které stonají, není výzkumem? A jak to dělají antropologové, když se setkávají s obyvateli daleko v divočině? Jak ob stojí u kolegů, kteří bádají v tichu knihoven a ve svých čistých laboratořích, aby vůbec byla jejich práce brána vážně? Nazvali svou práci terénním výzkumem. Podívejme se na praxi rodinné terapie jako na terénní výzkum.

Na rozdíl od lékaře nebo individuálního psychoterapeuta se rodinný terapeut setkává s celou rodinou, nebo alespoň s takovou částí rodiny, která je pro prezentovaný problém podstatná. Získává tak

přesnější obraz o realitě života zkoumané rodiny. Také antropologové mají ve své historii podobný přechod od pouhého získávání informací od jednoho mluvčího k intenzivnímu terénnímu výzkumu. Tedy od tzv. „verandové antropologie“ k „terénnímu výzkumu“. Museli se zvednout a osobně vyrazit do vesnic a setkávat se tam se skutečnými živými lidmi. O tuto změnu se zasloužil mj. Malinowski (nikoli maršál ale Bronisław Kasper Malinowski 1884–1942), který tehdejší praxi kritizoval a sám novou metodu aplikoval při výzkumu na ostrově Mailu. Intenzivní terénní výzkum se postupně stal v antropologii normou. Znamenalo to zkoumat domorodé kultury osobně, po delší dobu, naučit se místní jazyk, stát se součástí tamější společnosti. Kabinetní práce je nadále nedílnou součástí antropologického výzkumu, ale patrně si nikdo nedovolí tvrdit o těch, kdo doslova nasazují vlastní kůži v často nehostinných podmínkách, že nedělají výzkum. Zdá se dokonce, že skutečné badatelské ostruhy může antropolog získat až díky obtížnému terénnímu výzkumu. A s úbytkem dosud



neprobádaných původních kultur ubylo také možnost tyto ostruhy získat (Soukup, 2018).

„Mimo metod a technik potřebuje antropolog k realizaci výzkumu také tzv. měkké dovednosti. Mezi měkké dovednosti patří komunikační dovednost, zvládání emocí, sebereflexe, strukturované myšlení, vytváření a řízení týmu atd.“ (Soukup, 2014). Přesně to je také nezbytná výbava rodinného terapeuta, které se učí v poměrně náročném tréninku (Trapková & Chvála, 2016). „Při sběru empirických dat je zásadní metoda [interview](#).“ Wikipedie nás dále poučí, že „Během interview se dodržuje řada metodologických zásad, jako například motivace, vytvoření přátelské atmosféry, nenásilnost rozhovoru, srozumitelnost jazyka atd. Při sběru dat si antropolog musí ověřit jejich platnost. V průběhu interview je nezbytné zohlednit genderové hledisko (problém se získáváním dat od domorodých žen)“ (Soukup, 2014). Právě tak vypadá běžné sezení rodinné terapie, které zpravidla trvá 60–90 minut. Ve svých pracích opakovaně zdůrazňujeme, že každá rodina disponuje vlastními významy v jazyce, má vlastní zvyky a jedinečnou historii, ke které je nezbytné se přidat podobně, jako se přidává antropolog k domorodé kultuře.

Oba, rodinný terapeut i antropolog, při terénním výzkumu dělají totéž, totiž **zúčastněné pozorování**. „Zúčastněné pozorování je klíčová technika terénního výzkumu. Podstata této techniky je v přímé nezprostředkované účasti na přirozených kulturních jevech a sociálních situacích dané komunity.“ Wikipedie zde mluví o antropologii, ale rodinný terapeut nedělá nic jiného. Vývoj rodinné terapie od strukturalní Minuchinovy rodinné terapie přes systemické a narativní směry až k dnešní kooperativní a dialogické terapii rodinní terapeuti pilují způsoby svého zúčastněného pozorování. Postupně se mění pozice terapeuta od expertní až po dialogickou a respektující pozici. I další aspekty práce

rodinného terapeuta jsou si s antropologickým terénním výzkumem blízké: „Během provádění zúčastněného pozorování mohou vzniknout překážky, které plynou především z věku, pohlaví, sociální a etnické příslušnosti výzkumníka“ (Soukup, 2014). Překážky jsou také výzvy. A rodinná terapie je řešením jednotlivých témat rozvíjena. Byly doby, kdy také téma pohlavní příslušnosti badatele-rodinného terapeuta bylo živě diskutováno mezi rodinnými terapeuty. A práce v terapeutických dvojicích muže a ženy patří k významným výhodám rodinné terapie vzhledem k převaze rodin mužů a žen a jejich dětí v našich praxích (Chvála & Trapková, 2008).

K terénnímu výzkumu patří také záznam etnografických dat. „Systematicky zaznamenávat a organizovat data je pro terénní výzkum nezbytnost. Ralph Bolton zjistil, že antropologové stráví nad vytvářením poznámek denně až sedm hodin, minimálně hodinu a půl. Rozlišují se čtyři základní formy zaznamenávání dat: poznámky, záznamy, žurnály a deník.“ Podobně rodinný terapeut věnuje podrobnému záznamu ze sezení hodně času. Pokud pracuje v týmu, po sezení následuje porada. Ideálně by pro tuto následnou činnost potřeboval rodinný terapeut podobný čas jako pro přímou práci s rodinou. Podrobný záznam slouží k zaznamenávání průběhu, k hypotetizování, reflexi a záznamu uložených úkolů. Terapeut ukládá také artefakty získané při práci s rodinou, kresby, časovou osu, mapu rodiny, plány bytu s osobními zónami a podobně. Z práce s každou rodinou tak vzniká bohatý materiál, který za desítky let praxe má velkou výpovědní hodnotu, kterou nelze nahradit sebersáhlejšími dotazníkovými sociologickými výzkumy. Jde o jedinečný kvalitativní výzkum s bezprostřední validací. Intervence prováděné během rodinné terapie na základě hypotetizování bezprostředně ověřují platnost, pokud je symptom nebo nežádoucí chování v rodině odstraněno nebo změněno.

Tomu je třeba rozumět tak, že na rozdíl od antropologa, je rodinný terapeut přizván



k rodině proto, že rodina má problém a chce s ním pomoci. Pokud jde o nemoc, řekněme třeba mentální anorexii u jedné z dcer, cílem setkávání může být změna jejího chování, v optimálním případě. Každá rodina je jedinečná a představuje chaotický bio-psycho-sociální systém o limitovaném počtu členů, kde jsou jak vrozené, tak získané vztahy a hranice, jistá hierarchie moci a odpovědnosti, historie nejméně dvou rodů atd. Pokud vidíte takovou rodinu poprvé, žádné závěry dělat nemůžete. Vaším nástrojem jsou jen otázky a pozorování, nejen situace tady a teď, ale také úkoly, které rodina plní nebo neplní, a pak se stanou tématem dalších sezení. Když se vám to společně daří, můžete se dovědět, co by dcera potřebovala od rodičů k tomu, aby se uzdravila. A když se to podaří vyjednat a ona se uzdraví, máte vyhráno. A když takových rodin vidíte stovky, začnou se vám tvořit hypotézy o tom, jak vzniká v některých rodinách anorexie a jak se z ní dá dostat vlivem procesu rodinné terapie. Vaše hypotézy jsou ověřovány přímo v praxi a nepotřebujete na to rozsáhlý aparát dvojité zaslepeného výzkumu. On by ani vytvořit nešel, protože **k žádné rodině nemůžete najít rodinu kontrolní**. Každá je jiná. Jediné, co je společné, je fakt, že se děti rodí z ženy, a ne z muže, že o děti se obvykle starají rodiče a ne naopak, že děti rostou a mají stále větší nároky a jednou dospějí a docela složitým způsobem se staví na vlastní nohy. A to je všechno. Další stupeň verifikace nastává tehdy, když tuto svou, na mnoha rodinách terénním výzkumem získanou zkušenost předáte dalším kolegům. A ono jim to začne také fungovat tak, že také oni mají častěji úspěch, častěji se jim daří posunout vývoj rodiny tak, aby symptomy, pro které přišli, odezněly. To je validizace nad jiné hodnotná.

Pozoruhodnou podobnost rodinné terapie a antropologického terénního výzkumu

vidíme také při ukončování terapie s každou konkrétní rodinou. „*Ukončení terénního výzkumu a odchod ze studované komunity může být stejně obtížný krok jako první vstup do terénu. Loučení s novým domovem, alternativní kulturní identitou a domorodými přáteli je někdy výzkumníkem vnímáno jako bolestný zážitek*“, uvádí o své práci antropolog. Před sto lety také nebyly katedry antropologie na světových univerzitách a bylo nezbytné je nejprve vytvořit, aby vznikl celý obor antropologie, a teprve pak si vysloužil uznání. Máme u nás katedru rodinné terapie a k tomu příslušnou akademickou hierarchii? Nemáme. Ale rodinná terapie je hodnotná a žádaná metoda léčby, zvláště dnes, kdy symptomy dětí a dospívajících doslova explozivně zaplavují ordinace dětských lékařů, dětských psychiatrů a dětských psychologů. Všichni vidí, že se s dětmi něco děje a je třeba jim pomoci. Pokud budeme čekat na klasický výzkum typu dvojité zaslepených kohort, nemá rodinná terapie mezi výzkumy farmakoterapie šanci. Ale jak dlouho budeme přehlížet, kolik výzkumné práce už bylo terénním výzkumem v každé stabilní ordinaci rodinných terapeutů provedeno? A tak vyzývám studenty a doktorandy: Nenechte se svými profesory splést. Rodinná terapie prováděná dlouhodobě jedním nebo dvěma výzkumníky je výborná výzkumná metoda, validizovaná přímo praxí a zkušeností. Říká se jí terénní výzkum.

K dalšímu čtení:

SOUKUP, Martin. Terénní výzkum v sociální a kulturní antropologii. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2567-6.

SOUKUP, Václav. Antropologie: teorie člověka a kultury. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-432-8.

V redakci leží od 25.7.2024



JAN PONĚŠICKÝ: DYNAMIKA INTERSUBJEKTIVNÍHO PROSTORU BĚHEM PSYCHOTERAPIE



6 VEČER S JANEM PONĚŠICKÝM NA FORTNĚ, 2025

Občas se setkávám během supervizí s otázkou, jak pojmout naše nejhlubší já, naši jádrovou identitu, která se během analýzy zřejmě nemění, spíše se někdy mění pod vlivem extrémních situací, prožitků smrti či transcendentálních meditací. Tradiční odpověď, že jde o genetický kód či o vývoj, o postupnou transformaci individuální tělesnosti do psychiky (Damasio), mě zcela neuspokojuje. Zastávám spíše pojetí, že je člověk mikrokosmem, ve kterém je obsaženo vše. Jako v obrovské mozaice jsou pod vlivem předporodního i poporodního vývoje a zevních vlivů aktivovány jen určité možnosti, vznikne určitý obraz, individuální konstelace, která přetrvává až do smrti, i když je možno aktivovat ladem ležící možnosti. Podobná situace se nalézají i na další, interpersonální úrovni.

Interpersonální prostor mezi pacientem a analytikem poskytuje možnost realizace i vyzkoušení nejrůznějších způsobů

vzájemné interakce, jakož i prostor pro ventilaci aktuálních i tabuizovaných témat.

Tato nabídka volné asociace v individuální terapii a volné interakce ve skupinové psychoterapii není nikdy plně dosažitelná. Ač žádoucí vyvolává u pacientů strach jak z reakce analytika/skupiny, tak i ze ztráty sebekontroly, sebejistoty, resp. ze zpochybnění vlastního sebeobrazu, sebe-reprezentace, self.

Proto dochází během vzájemné interakce a komunikace k víceméně nevědomému procesu vyjednávání norem, které rozhodují o tom, jakým způsobem spolu jednáme a jak ne, jaká témata jsou důležitá a jaká jsou opomíjena. To by měl mít analytik stále na mysli, když se zabývá tím, co mu pacient „nabízí“ a co tím skrývá. To může být neseno různými motivacemi, např. vyhnout se něčemu důležitějšímu či bolestnějšímu, vyhnout se kritice studu či vině, ale může jít i o testování analytika, zda se nechá povrchním rozhovorem



svést na scestí, tedy o otázku, zda se o něj opravdu zajímá, nebo jen dává přednost hovoru o denních starostech, jindy zas se obává nedostatečné terapeutovy resilience. Ale i analytik má „slabá“ místa, přijme např. nabídku racionální diskuse, aby se vyhnul příliš osobnímu kontaktu. Společně vyjednané normy zajišťují pocit jistoty. Odpor proti znejišťujícím tématům či znejišťujícímu způsobu kontaktu je vždy oboustranný, když např. ono nabízené je i pro analytika příjemnější nežli to, čemu se oba vyhýbají. Někdy může dokonce převážit i odpor ze strany analytika. Tak řekla jednou jedna mladá pacientka mladému psychoanalytikovi, že je velmi atraktivní a sexy, na což nebyl schopen reagovat, a v následné supervizi trval na tom, že ač je pacientka velmi atraktivní, žádné erotické pohnutky k ní necítí (což se u něj opakovalo i u jiných atraktivních pacientek). Sám tudíž instaloval interakční normu, že se o možnosti erotického vztahu nemá hovořit. Intersubjektivní normy chrání stabilitu osobnosti, zejména sebeúctu před znejistěním.

Na výše popsané lze pohlédnout z hlediska přenosu a protipřenosu, když chápeme přenos jako sice maladaptivní, avšak důvěrně známý, jistý interpersonální vzorec chování, který, byť oklikou, uspokojuje naše potřeby. Během analýzy se rozvíjí přenos pacienta na analytika a jeho protipřenos, avšak i přenos analytika na pacienta a jeho protipřenos. Pacient tudíž neopakuje „čistý“ přenos, nýbrž reaguje zároveň i na přenos terapeuta, to jest jeho osobnost, výsledný vztah je tudíž jedinečný a nový (D. Orange). Zjednodušeně řečeno, reaguje pacient svým specifickým způsobem (přenosem) na analytika (to jest i na jeho přenos). Analytik se musí zabývat tím, co převažuje: jde o typický pacientův přenos, či reaguje pacient převážně na něj, na přenos analytika, který to tak nevnímá a připisuje to pacientovu přenosu, pak neanalyzuje jeho

přenos, nýbrž reakci na sebe sama, své zrcadlo. Jde o zrcadlo, nebo o projekci své subjektivity do pacienta? V širokém pojetí je naše vnímání světa/pacienta naším subjektivním výtvořem, sebou samým, to je třeba mít stále na mysli.

Smysl analýzy přenosu nezáleží jen v náhledu, že pacient pokládá svojí starou zkušenost jako fólii na nové vztahy, což je deformuje a vede ke konfliktům, nýbrž konečkonců v tom, že jeho oslabení až „rozpuštění“ přenosu na obou stranách vede k autentickému setkání, ve kterém se teprve může uskutečnit nová možnost vzájemnosti, nová zkušenost. Takový bezpřenosový vztah je vzdáleným ideálem (objektivity) a vyskytuje se jen v některých momentech, momentech setkání (D. Stern). Umění psychoanalytika záleží v umožnění, resp. navození autentické interakce. Ta je zároveň podmínkou i cílem psychoanalytické psychoterapie. Jinými slovy je záhodno vytvořit takový intersubjektivní prostor, který umožní v otevřeném dialogu s analytikem (vzájemné směně, vzájemném obohacení) individuální volbu způsobu nalezení své vlastní, méně destruktivní cesty, slovy S. Mitchela. Dle něj jde o navození takového intersubjektivního prostoru, ve kterém se uskuteční „empatické spojení“. A zde musí být opět analytik o krok dále a pracovat na svém odporu, např. strachu z bezprostředního spojení, ze spontánního setkání, aby toto spojení umožnil. To implikuje myšlenku, že se změna musí napřed udát u analytika.

Mně se osvědčilo představit si i v sobě samém prostor – je to to samé jako porozumění? – který musím otevřít, abych umožnil pacientovi realizovat interakce a dotknout se témat, kterých se doposud neodvážil. Mohli byste namítnout, že analytik má být pomocí své volné nezaujaté pozornosti otevřen všemu. Přesto se během analýzy často pomalu derou na povrch určité staré zážitky, reakce či



témata, nároky či přání vůči analytikovi, která je třeba nejen rozpoznat, nýbrž se jim i otevřít, ač to může být pro analytika nepříjemné až bolestné. (Opačný příklad nežli předcházející: Pacientka si přeje blízkost, oporu a akceptaci a terapeut ji vnímá skrze prizma vlastního odporu jako přání po erotickém kontaktu, jako oidipální problematiku.) Zde si často kladu otázku, zda je možná volně plující pozornost, či zda jsme my lidé intencionální bytosti, které se vždy na něco zaměřují, něco očekávají či chtějí, což se může míjet s intencí pacienta.

Během analýzy je vždy aktivován následkem určité interakční situace či tématu nevyřešený problém analytika. Otázka je, zdali ho pacienti vytuší a přejí si interakci na stejné úrovni. Aby nedošlo k enactementu, je třeba, aby si analytik svůj přenos a protipřenos nejen uvědomil, nýbrž aby řešil svůj problém již během analýzy (ale i mimo ni). Tak jeden velmi aktivní psychoterapeut nevydržel, zvláště u depresivních pacientek, držet svoji aktivitu na uzdě, dával jim rady, když si o ně řekly, nesnesl delší mlčenlivé pauzy, a tím podporoval jejich pasivitu. V supervizi šlo o to se naučit nechat věci být a důvěřovat dynamice psychoterapeutického procesu.

Uznání role vlastní problematiky, a vůbec subjektivita a vulnerabilita analytika jsou totiž ubikviterní komponenty terapeutického procesu. Když není analytik dříve nebo později emočně zasažen situací, kterou neočekával, tak se analýza pacienta nezdaří. V určitých fázích analýzy se stávají oba pacienti. A dále: analytické intervence, které silně emočně zapůsobí na pacienta, pocházejí z psychické práce na konfliktech analytika. Jak řečeno, musí tudíž analytik pracovat již během analytické práce i mimo ni na řešení příslušného vlastního problému, jeho uvědomění nestačí.

Zatím jsem pojednával o prostoru, v kterém probíhá víceméně autentická interakce. Neméně důležitý je dostatečný prostor pro připuštění témat, která jsou často spojena se strachem, studem, vinou či traumatizací. I ty se mohou dotknout nezpracovaných zážitků analytika. (Tato dvě těžiště připomínají dynamiku vývoje dítěte. Tam jde o zvnitřnění interakcí: jak rodiče jednali s dítětem, tak ono jedná se sebou i s ostatními, a zároveň probíhá identifikace a zvnitřnění pohledu rodičů na sebe: jak mě vidí, jak se zračím v očích matky (Kohut), tak se budu sám vnímat.)

V této souvislosti je možno se ptát, zda se dynamická psychoterapie a psychoanalýza vyhýbá některým důležitým tématům, či je dokonce tabuizuje. S tím jsem se setkával nejen u sebe samotného, nýbrž i na psychoanalytických kongresech, v diskusích a supervizích mladých adeptů psychoanalýzy.

Málokdy se teoreticky i prakticky zabýváme smyslem života a hodnotami, dle kterých analyzant žije a které opomíjí. Jsou částí systému já/self, či spíše nadjá a selfideál? –jde též o etický aspekt. Tak se např. analyticky orientovaný psychoterapeut těšil z toho, když mu pacient řekl, jak je úlevné konečně s někým hovořit o své nevěře, tragédii, jež vedla k rozpadu rodiny. Téma věrnosti a odpovědnosti zůstalo nedotčeno zřejmě z toho důvodu, že by to mohl pacient vnímat jako moralizování. Zjednodušeně řečeno, jde o palčivou otázku, často spojenou s nevědomým pocitem viny, zda jsem se nezpronevěřil svému životu, životu v pravdě a lásce (slovy Václava Havla), svým možnostem, svému poslání.

Téma vůle přenechávají analytici kognitivně-behaviorálním terapeutům, ač s ní počítají, když jde o to, aby pacient překonal odpor proti transferu nabytého náhledu do života. Martin Mahler by asi dal



přednost pojmu odvaha, odvážit se chovat jinak než doposud.

Podobně se nezabývají analytici rolí víry vůbec a vírou v uzdravení, ač je prokazatelně velmi účinná. Myslím si, že by měl analytik myslet na to, zda pacient opravdu věří v uzdravnou účinnost víry v nový náhled na svůj život a z něj vyvěrající přesvědčení, že jeho realizace, např. změna jeho hodnot, dle kterých žil, a nový životní smysl vede k uzdravě. Ne nadarmo prohlásil Otto Kernberg, že interpretace je jen tehdy hodna svého jména, když na pacienta silně emočně zapůsobí a povede k tomu, že něco podstatného ve svém životě změní. Intelektuální a distancovaný postoj k novým interpretacím a vzhledem do vlastní osobnosti coby zajímavý výlet do vlastního nevědomí nebude mít mutativní efekt. Někdy jsem měl dojem, že jde některým analytikům více o hlubinnou analýzu celé osobnosti než o její uzdravení. Jak to souvisí s vírou? Ta má silný hojivý potenciál, podporuje sebeúzdavné síly organismu.

Během supervizí i balintovských skupin mě překvapuje, jak zřídka se zabýváme tématem lásky a obranami proti vyjádření přání po láskyplnosti, daleko častěji šlo, zvl. s odkazem na S. Freuda, o obrany proti sexualitě, později i agresivitě či komplexu méněcennosti u narcismu. To

souvisí samozřejmě s dobou, ve které žijeme a co ta která společnost potlačuje. Zvláště zde by měla být psychoanalýza revoluční, znepokojující. Dnes, v době důrazu na výkon, rivalitu, prosazení se a zviditelnění, a zároveň době velké nejistoty a zjitřené agresivity, se zdá, že na lásku není čas, to slovo je částečně zprofanované, a tak se o tom raději ani nemluví. Projevit ji je velkým rizikem, bývá to spojeno s traumatem, se zklamáním, s narcistickým zraněním a se slabostí v protikladu k perfektnímu životnímu stylu. A jak má reagovat analytik, když ji pacient projeví vůči němu? Jak se jí otevřít, jak o ní hovořit, aniž by došlo k svádění, spoluagování či traumatizaci pacientky? A dále: Je láskyplný postoj a vztah analytika k pacientovi již výrazem spoluagování, či je takovéto přání pacienta legitimní? Dokonce podmínkou úspěšné analýzy?

Více pozornosti by měla psychoanalýza věnovat i jiným (podobným) tématům, které pro sebe reklamuje spirituální přístup v psychoterapii i v medicíně vůbec, jako je vděčnost, odpuštění, skromnost a pokora, pokání apod. Proč „měla“? Protože jde, spolu s láskou a vírou, o stavy vědomí, resp. postoje, které mají uzdravný, homeostatický účinek.

Do redakce přišlo 8.6.2025



ROZLOUČENÍ



7 PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA PRAHA

ZEMŘEL JIŘÍ ŠIMEK, PILÍŘ ČESKÉ PSYCHOSOMATIKY

Když jsme se 25. června 2025 domlouvali s Jiřím Šimkem na rozhovoru pro Psychosom, ptal se „Do kdy to potřebuješ?“ a já odpověděl „To má čas.“

Jirka zemřel včera, 7. září 2025.

Je jedno, že je to zrovna datum narození mého otce, který už také nežije. Možná není jedno, že byl úplněk a k tomu úplné zatmění. A určitě vůbec není jedno, že odešel jeden z pilířů české psychosomatiky, svorník (a ještě spíše tzv. hřebenová vaznice čínských mudrců – *ti*), bez kterého stavba nedrží pohromadě. Ještě na Čejenské konferenci, té každoroční červnové slavnosti české psychosomatiky, byl tady s námi a jen málokdo by řekl, že „už si pro něho jdou“. Věděl, že je nemocný, věděl, že nechce se zákeřnou nemocí bojovat prostředky, kterými sice medicína

disponuje, ale které tak špatně snášel. Byl přítomný, tak jako vždycky, pozorný k druhým, a tentokrát i k sobě. Trápil se rozkolem v druhdy tak přátelském až disidentském prostředí české lékařské psychosomatiky. Ještě nedávno telefonoval nadšeným hlasem, ve kterém nebylo ani stopy po nemoci, že s kolegy našli řešení, jak přemostit rozevřenou propast knihou o psychosomatice. Sám se ujme editorské práce. Chceme se přidat s kapitolou o časové ose? Samozřejmě, Jirko, když jsi zárukou, že příspěvky jednotlivých autorů projdeš a sjednotíš, aby to mělo hlavu a patu, moc rádi se přidáme.

Jenže, už nepřidáme. Ani nehynoucí optimismus, ani laskavý nadhled, ani nehynoucí zásluhy o rozvoj psychosomatiky, ani naše prosby, nic nepohnulo s Osudem, který se v neděli naplnil.





Bez jeho nenápadné ale vytrvalé podpory nebyli bychom dosáhli legalizace psychosomatické medicíny. Znali jsme se dávno ještě na půdě psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti. Byl našim prvním supervizorem, když jsme připravovali, a nakonec v září 1989 i otevřeli Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci. To byla vážně velká porucha ve zdravotnickém systému, ale protože se zrovna lámaly ledy, nikdo z establishmentu neměl čas se námi zabývat, a tak jsme mohli uspořádat svou práci s pacienty tak, jak jsme sami chtěli a potřebovali. Malá skupinka lékařů a psychologů, se vydala na neznámou cestu. A nebýt jeho podpory, jeho údivu a obdivu, asi bychom byli velmi nejistí, což, jak známo, léčbě moc neprospívá. Jeho trpělivost s našimi nápady, způsoby práce s chronickými nemocemi, zvyšovala jistotu našeho tápavého hledání. Až mnohem později jsem si uvědomil, jak důležitá to byla funkce. Bez podpory starších a zkušenějších kolegů se medicína dělá jen těžko. O to cennější byly jeho poznámky, že byl

vzdělaný v psychoanalytické psychoterapii, zatímco my jsme byli cvičeni v rodinné terapii, na které celý náš projekt stál. Ani toho se Jirka nezalekl a poskytoval nám dlouho svou podporu.

Nebyl sám ze své generace, o koho jsme se mohli opírat. Silnou oporu jsme našli v Radkinovi Honzákovi, inspiroval nás Jirka Šavlík, podporoval Jaroslav Baštecký, hodně nám dal a stále dává Jan Ponešický, svůj díl práce ke společnému dílu přidal i Jiří Beran tím, že se ujal subkatedry IPVZ. Určitě to nebylo snadné, i takhle generace by si mohla vzájemně leccos vyčítat. Ale ten, kdo byl vždy připraven vidět stanovisko té druhé strany, kdo uměl moderovat diskuse mezi zastánci rozdílných koncepcí, byl Jirka Šimek. Na kritizovaném vždy našel něco dobrého, co by nemělo být přehlédnuto. (Já vím, Radkine, že ty tohle taky umíš. A taky jsi neuvěřitelně trpělivý.) Každý z těchhle lidí bude chybět, nebo už chybí. Ale s Jirkou odešla noblesa etické diskuse, ochota ke smíru a k respektu všech, kdo přicházejí ke společnému stolu s dobrými úmysly.



7. září je černým dnem české psychosomatiky.

V Liberci 8. září 2025. Vladislav Chvála

ZEMŘELA DOC. MUDR. RŮŽENA PÁNKOVÁ, NEÚNAVNÁ ZASTÁNKYNĚ PSYCHOSOMATICKÉ PERSPEKTIVY V DERMATOLOGII

Dne 28.září 2025 ve věku 79ti let odešla na věčnost naše kolegyně doc. MUDr. Růžena Pánková, která se zasloužila o prosazování psychosomatické perspektivy v kožním lékařství. V tomto oboru zanechala nesmazatelnou stopu bio-psycho-sociálních souvislostí. Jedna z mála psychosomatických lékařů, která dosáhla akademického titulu a ovlivnila práci mladších kolegů ve svém oboru především svou tichou a vytrvalou prací s náročnými pacienty s dermatologickou symptomatologií. Čest její památce. (Red.10.10.25)



Zápisy z jednání výboru Společnosti psychosomatické medicíny České lékařské společnosti J.E. Purkyně najdete na [Zápisy z jednání výboru – Společnost psychosomatické medicíny ČLS \(www.psychosomatika-cls.cz/content/zapisy-z-jednani-vyboru/\)](http://www.psychosomatika-cls.cz/content/zapisy-z-jednani-vyboru/)

Nebo naskenujte QR kód zde:



Sledujte pravé zdroje informací garantované Českou lékařskou společností

Informace

Akce

Diskuse

Vzdělávání

Volby

Přihláška do společnosti

Stanovy

Seznam pracovišť



Diskuse



8 JAN BAUER A JAN KNOP, SPOLUZAKLADATELÉ SKT LIBEREC

HANA KONEČNÁ: MŮŽE TERAPEUT S KLIENTEM NESOUHLASIT? KAUZA CHILES VERSUS SALAZAR

Chiles versus Salazar, spisová značka č. 24-539¹, je případ projednáváný v současnosti Nejvyšším soudem Spojených států. Týká se ústavnosti zákazu konverzní terapie pro nezletilé osoby prováděné licencovanými odborníky v oblasti duševního zdraví v Coloradu v roce 2019 (zákon Minor Conversion Therapy Law (MCTL)). Rozhodnutí bude mít zásadní důsledky pro regulaci psychoterapie a pro práva dětí a rodičů nejen v USA. Příklad je proto velmi sledovaný.

Žalobkyně Kaley Chiles je licencovaná profesionální poradkyně v Coloradu. Je praktikující křesťanka, která při poradenství klientům s homosexuální orientací nebo zmatením ohledně genderové identity používá pouze terapii založenou na rozhovoru. Ve své žalobě, kterou podala v září 2022, uvádí, že zákon zakazující konverzní terapii porušuje ustanovení o svobodě projevu tím, že cenzuruje určité rozhovory mezi poradci a jejich klienty na základě vyjádřených názorů. Dále tvrdí, že porušuje i právo na svobodu náboženského vyznání jejich klientů, protože jim

¹ Spis je dostupný zde: <https://cl.cobar.org/from-the-courts/chiles-v-salazar/>



neumožňuje vyhledat terapeuta, který by s nimi pracoval podle jejich náboženských principů. Požádala o předběžné opatření, které by zakázalo vymáhání zákona, ale okresní soud a následně odvolací soud tento návrh zamítly. Argumentovaly, že zákon MCTL reguluje profesionální chování, neřeší svobodu projevu. V listopadu 2024 podala Chiles žádost o přezkoumání u nejvyššího soudu USA (SCOTUS). V březnu 2025 Nejvyšší soud schválil přezkoumání případu, čímž dal najevo záměr zabývat se ústavními otázkami týkajícími se regulace profesionálního projevu a rovnováhy mezi regulační pravomocí státu a právy na svobodu projevu v profesionálním kontextu. Příklad má být projednán během soudního období 2025–2026.

Za světovou odbornou autoritu v oblasti genderové dysforie se považuje World Professional Association for Transgender Health (WPATH, Světová profesionální asociace pro transgender zdraví). Ta zformulovala a pravidelně aktualizuje Standardy péče o transgender a genderově rozmanité osoby. Text dle WPATH *„vyjadřuje odborný konsenzus ohledně psychiatrické, psychologické, lékařské a chirurgické léčby genderové dysforie a pomáhá odborníkům pochopit parametry, v rámci kterých mohou nabízet pomoc osobám s těmito stavů“*. Tyto standardy jsou dle webu WPATH navrženy tak, aby *„podporovaly zdraví a blaho transgenderových, transsexuálních a genderově odlišných osob ve všech kulturních prostředích. Standardy péče jsou aktualizovány a revidovány podle toho, jak jsou k dispozici nové vědecké informace“*. V angličtině má text název Standards of Care for the Health of Transgender and

Gender Diverse People², používá se také zkratka SOC-8, publikace má 260 stránek. Vydavatelem českého překladu SOC-8 je Národní ústav duševního zdraví (NUDZ), publikace vyšla v roce 2024 a je volně přístupná na webu NUDZ³.

Text Standardů je rozdělen do těchto kapitol: Úvod, 1. Terminologie, 2. Globální uplatnění, 3. Odhad velikosti populace, 4. Vzdělávání, 5. Posouzení dospělých, 6. Dospívající, 7. Děti, 8. Nebinární osoby, 9. Eunuchové, 10. Intersex osoby, 11. Institucionální prostředí, 12. Hormonální terapie, 13. Operace a pooperační péče, 14. Hlasová terapie a komunikace, 15. Primární péče, 16. Reprodukční zdraví, 17. Sexuální zdraví, 18. Duševní zdraví, doplněno o seznam referencí a přílohy. Český překlad má 242 stránek. Já se zde zaměřím pouze na doporučené způsoby poradenství či psychoterapie, jichž se týká kauza Chiles v. Salazar.

Na straně 7 českého překladu se uvádí: „V různých částech světa jsou genderově rozmanité osoby někdy nuceny rodinnými příslušníky nebo náboženskou komunitou podstoupit konverzní terapii. WPATH důrazně doporučuje vyhýbat se těmto reparativním nebo konverzním přístupům.“ Konverzní praktiky jsou zásahy zaměřené na změnu či potlačení sexuální orientace, genderové identity nebo vyjádření genderové identity osob. „Jsou to snahy docílit právě té genderové identity, která koresponduje se stereotypními binárními genderovými normami, cisgender identitou nebo heterosexuální orientací, chováním či identitou. Tyto snahy tedy nemají za cíl zaměňovat jednu sexuální orientaci či genderovou identitu za jinou, jako by si všechny byly rovny;

² Text v angličtině je dostupný zde: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>

³ Český překlad je dostupný zde: https://www.nudz.cz/fileadmin/user_upload/Standardy_pece_o_transgender_a_genderove_rozmanite_osoby_8_tisk_final.pdf.



naopak jasně ukazují, která z nich je ta žádoucí – tj. heterosexuality a cisgender identita – a všechny ostatní, které se od ní odlišují, jsou považovány za problematické a nežádoucí,“ cituji z webu queergeography.cz. Na straně 18 pak Standardy upřesňují: „*Nezávislý expert OSN na ochranu před násilím a diskriminací na základě sexuální orientace a genderové identity vyzval k celosvětovému zákazu takových praktik. Stále více jurisdikcí tuto praxi zakazuje.*“ To je právě případ státu Colorado a zákonu MCTL, kolem něž se vede spor. Konverzní terapii v Evropě zákonem zakázalo např. Španělsko, Norsko, Belgie, Portugalsko.⁴

Přijatelná je pouze tzv. genderově afirmativní péče, kterou Standardy popisují takto (str. 7): „*Cílem genderově afirmativní péče je spolupracovat s genderově rozmanitými osobami na holistickém řešení jejich sociálních, duševních a zdravotních potřeb a na zlepšení jejich pohody s respektem k jejich genderové identitě.*“, na straně 12 dodávají: „*Genderová afirmace odkazuje k procesu uznání nebo potvrzení genderově rozmanitých osob v jejich genderové identitě – na úrovni sociální, medicínské, právní, behaviorální nebo v rámci kombinace těchto aspektů.*“

Konverzní terapie je neúčinná a odborné společnosti v celém světě ji jako léčbu odmítají. Potíž je v tom, že jakýkoliv terapeutův nepřijemný dotaz nebo komentář může být vnímán jako odklon od afirmativní terapie a jako znak konverzní terapie. V praxi terapeuta věnujícímu se

dětem s genderovou dysforií to znamená, že pokud dospívající dívka náhle prohlásí, že je „ve skutečnosti chlapec“ (nebo obráceně), terapeut musí toto přesvědčení potvrdit. Pokud místo toho diskutuje s klientem o základních příčinách, jako jsou trauma, nechtěná pozornost mužů a sexualizace, sexuální napadení, autismus, přitažlivost k osobám stejného pohlaví nebo sociální nákaza, riskuje ztrátu licence. Jenže konflikt mezi terapeutem a klientem, práci s klientovým odporem, považují mnohé psychoterapeutické směry za významnou část hojivého procesu. Například psychoanalýza, dynamické terapie, hlubinné terapie.

Obavy o budoucnost psychoterapie mají terapeuti z celého světa, nejen ti američtí. Takto se k tomu vyjadřuje mezinárodní autorský kolektiv ve studii „*Evolving national guidelines for the treatment of children and adolescents with gender dysphoria: International perspectives.*“: „*Podíváme-li se na situaci z mezinárodního hlediska, zjistíme, že v zemích a regionech, které přijaly zákony o konverzi, je mnoha odborníkům na duševní zdraví právně nebo fakticky zakázáno poskytovat psychologickou léčbu z neutrálního terapeutického postoje dětem s genderovou dysforií. Terapeuti, kteří poskytují neutrální, konvenční, explorativní terapii, což jim nařizuje profesní etika – a ve Finsku, Švédsku a Spojeném království také směrnice založené na důkazech –, nejsou v důsledku toho schopni řešit potřeby mladých lidí s genderovou*

⁴ Kozłowska, K., Ambler, G. R., Dechêne, S., Almaraz Almaraz, M. C., Eliacheff, C., Entwistle, K., Esteva de Antonio, I., Gómez Gil, E., Hofman, P., Hunter, P., Kaltiala, R., Koener, B., Landén, M., Ledrait, A., Maguire, A. M., Masson, C., O'Malley, S., Raven, M., Ryan, H., ... Scher, S. (2024). Evolving national guidelines for the treatment of children and adolescents with gender dysphoria:

International perspectives. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments* 2024, Vol. 0(0) 1–64.

<https://doi.org/10.1177/26344041241269298>; <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/26344041241269298>



dysforií. Právní a profesní rizika jsou prostě příliš velká. Konečným důsledkem je, že děti, které by mohly mít prospěch z neutrálního terapeutického přístupu, mohou těžko najít terapeuta, který by se jich ujal; místo toho budou odkázány na péči lékařů, kteří zastávají „gender potvrzující“ postoj a kteří považují hormonální zásahy – ve spojení s časovou sociální transformací – za preferovanou a prvořadou léčbu genderové dysforie. Jak je však uvedeno ve výše zmíněných systematických přehledech, tyto lékařsky orientované hormonální léčby potvrzující pohlaví jsou experimentální a v současné době nemají oporu v medicíně založené na důkazech.“⁵

Pokud by Nejvyšší soud rozhodl ve prospěch Chiles, mohlo by to proto mít zásadní důsledky pro regulaci psychoterapie a pro práva dětí a rodičů nejen v USA. Proto se k němu vyjadřuje spousta jednotlivců i organizací prostřednictvím tzv. amicus brief.⁶

V červnu 2025 zaslala Nejvyššímu soudu Spojených států svůj amicus brief i americká organizace Women's Liberation Front (WoLF). Velmi zajímavé na tom je, že WoLF podporuje Chilesovou, ale nikoli z náboženského hlediska, nýbrž z hlediska radikálně feministického. WoLF se identifikuje jako nezisková radikální feministická organizace, která se věnuje osvobození žen a dívek prostřednictvím zrušení diskriminace na základě pohlaví.⁷ Zatímco v otázce potratů se feministické a křesťanské organizace rozcházejí,

v otázce gender a asistované reprodukce se sblížují. Já jsem se o kauze Chiles v. Salazar dozvěděla právě díky svému zapojení v iniciativě Casablanca Declaration, usilující o univerzální zákaz náhradního mateřství.

WoLF ve svém amicus brief⁸ odmítá přesvědčení o genderové identitě, protože je podle nich založené na regresivních stereotypu o pohlaví a podkopává práva žen založená na pohlaví (včetně práv lesbických a bisexuálních žen, které tvoří téměř 40 % členů WoLF). „Konverzní terapie“ byla často používána k „léčbě“ lesbiček a gayů ve snaze změnit jejich sexuální orientaci na heterosexuální. Terapie byla často psychicky nebo fyzicky škodlivá a někdy náboženského charakteru. Také to bylo neúspěšné. Jedním z nejdůležitějších úspěchů hnutí za práva homosexuálů bylo odstranění homosexuality jako duševní poruchy z Diagnostického a statistického manuálu v roce 1973 a zrušení praxe konverzní terapie v některých jurisdikcích. Pochopení, že člověk nemůže být „vyléčen“ ze své sexuální orientace, bylo dalším monumentálním uznáním ze strany psychiatrické a lékařské obce. Bohužel je tato premisa nyní využívána k zákazu explorativní terapie u nezletilých, kteří se ptají, zda trpí genderovou dysforií nebo transgenderovou identitou. Sexuální orientace a genderová identita jsou odlišné a neměly by být spojovány v právním ani lékařském kontextu“, vysvětlují členky WoLF svůj postoj v amicus brief. Upozorňují, že genderová identita není totéž jako sexuální orientace. „A pokud je považujeme za

⁵ dtto

⁶ Zde jsou dostupné všechny dokumenty k případu, včetně všech amicus brief: <https://www.scotusblog.com/cases/case-files/chiles-v-salazar/>

⁷ Popis cílů organizace na jejich webu zde: <https://womensliberationfront.org/our-work>

⁸ Text amicus brief organizace WoLF je zde: <https://static1.squarespace.com/static/5f232ea74d8342386a7ebc52/t/6855a6ba6461a46586403446/1750443707079/24-539+Amicus+Brief.pdf>

zaměnitelné, v právu nebo v terapii, vede to k vymazání lidí přitahovaných osobami stejného pohlaví a k umlčení žen a dívek.“

Organizace upozorňuje, že nejrychleji rostoucí skupinou mladých lidí, kteří se identifikují jako transgender, jsou dospívající dívky, z nichž mnohé neměly v minulosti žádné problémy s genderovou identitou. Hlavní roli hraje vliv vrstevníků, sociální média, brzké vystavení násilné pornografii a rozšířená kulturní misogynie, která se stává internalizovanou. A že místo toho, aby terapeuti pomáhali dívkám orientovat se ve světě, který je k nim nepřátelský, blokuje zákon státu Colorado pečlivé a podpůrné poradenství, které tyto dívky potřebují. Terapeuti musí mít podle WoLF možnost hovořit se svými klienty bez ideologických omezení, protože děti si zaslouží léčbu založenou na jejich individuálních potřebách.

Ve svém komentáři na webu⁹ WoLF uvádí: *„Zákon by neměl nutit poradce, aby lhali svým pacientům. Terapeuti by se neměli bát ztráty licence za to, že dělají svou práci. A děti – zejména dívky a mládež přitahovaná osobami stejného pohlaví – by neměly být tlačeny na cestu nevratného ublížení jen proto, aby uspokojily politickou agendu.“*

V květnu 2024 zrušil český Ústavní soud zákonnou úpravu, která pro úřední změnu pohlaví trans lidí vyžadovala chirurgický zákrok, zahrnující sterilizaci a přeměnu pohlavních orgánů. Diskutovalo se o tom, že úřední změna pohlaví by měla proběhnout bez jakýchkoliv lékařských zákroků, jen na doporučení

lékaře. V srpnu 2024 vydal Výbor sexuologické společnosti stanovisko, v němž říká, že sexuolog nemůže (a není oprávněn) vydávat žádné potvrzení žadatelům o změnu pohlaví pouze na základě jejich sebeurčení, bez důkladného komplexního vyšetření a sledování. Návrh novely označuje za čistě politické rozhodnutí a volbu pohlaví bez lékařských zákroků za záležitost dohody pouze mezi státem a žadatelem.¹⁰

V červenci 2025 pak byl vydán „Metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb o postupu při vydávání potvrzení pro úřední změnu pohlaví trans osob,“¹¹ v němž je za dostatečnou podmínku pro úřední změnu pohlaví označeno definitivní potvrzení diagnózy F 64.0 transsexualismus, dle MKN 10. Diagnostická fáze může obvykle trvat 6–12 měsíců, v jejím rámci se posuzuje přání osoby žít a být přijímána jako osoba druhého pohlaví, jakož i trvalost a stálost nesouladu prožívaného pohlaví a pohlaví určeného při narození.

Budoucnost ukáže, jak bude ta diagnostická fáze ovlivněna WPATH požadavky výhradně afirmativní terapie. Zájemce o podrobnější informace odkazují na monografii „Terapie dětí a mladistvých s genderovým nesouladem: současný stav poznání“, která vyjde na podzim 2025 v Nakladatelství Jihočeské univerzity.

Do redakce přišlo 26. 8. 2025.
Uveřejněno se svolením autorky i redakce časopisu Rodina

⁹ Tisková zpráva WoLF ka posláním amicus brief ke kauze Chiles vs. Salazar: <https://womensliberationfront.org/news/wolf-files-amicus-brief-urging-supreme-court-to-protect-youth-from-affirmation-only-therapy-a-rebranded-form-of-the-old-conversion-therapy-bsp>

¹⁰ Stanovisko je dostupné na webu Sexuologické společnosti: <https://www.sexuologic-kaspolecnost.cz/stanoviska>.

¹¹ Metodický pokyn je dostupný na vládním webu zde: <https://mv.gov.cz/soubor/informace-ovs-matrika-c-5-2025-priloha-1.aspx>



Z KONFERENCÍ



9 Z ČEJENSKÉ KONFERENCE 2025. PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA PRAHA

ADÉLA HOLMANOVÁ: PSYCHOSOMATIKA V POHYBU: SHR- NUTÍ A DOJMY Z KONFERENCE EAPM V MNICHOVĚ

Ve dnech 10. – 13. září 2025 se na půdě Technické univerzity v Mnichově (TUM) uskutečnila 12. konference EAPM (Evropské asociace pro psychosomatickou medicínu, konzultační psychiatrii a integrovanou péči). Akce přilákala přibližně

550 odborníků z Evropy i mimoevropských zemí¹. Hlavním tematickým rámcem konference byla transformace biopsychosociálního modelu ve výzkumu i klinické praxi.

HISTORICKÝ A KULTURNÍ RÁMEC KONFERENCE

Německo patří mezi země s dlouhou historií a tradicí psychosomatické medicíny. Kromě specializace psychiatr a

psychoterapeut existuje od roku 1992 samostatná specializace „psychosomatický lékař“, tradice samostatných

¹ Zřejmě nepřekvapí, že početně největší zastoupení měli kolegové z Německa, v počtu účastníků pak následovalo USA a Holandsko, z mimoevropských zemí má na konferenci tradičně velké zastoupení Chile a některé

východoasijské země (letos např. Tchaj-wan s vlastním blokem přednášek o psychosomatice na Tchaj-wanu).

psychosomaticko-psychoterapeutických oddělení je však mnohem delší¹. V Německu funguje řada kateder psychosomatické medicíny při univerzitních nemocnicích, péči však dále poskytují nemocnice pro psychosomatickou medicínu nebo oddělení psychosomatické péče, která jsou součástí psychiatrických nemocnic.

SHRNUTÍ PLENÁRNÍCH PŘEDNÁŠEK

Sanneke de Haan: „Embodiment, enaction and bodily distress“

Prof. v oboru filozofie psychiatrie na univerzitě v Rotterdamu Sanneke de Haan zahájila odborný program přednáškou, v níž prezentovala posun od klasického biopsychosociálního modelu k enaktivnímu paradigmatu. Enaktivní paradigma je teoretický rámec v kognitivní vědě, který chápe poznání jako aktivní proces utvářený dynamickou interakcí mezi organismem a jeho prostředím (poznání vzniká skrze tělesné jednání v prostředí). Přednáška podnítila bohatou diskusi, v níž se (jako již v historii vědy mnohokrát) střetávala kritika teorie výzkumně zaměřených kolegů s podporou a nadšením filozofičtěji laděného spektra posluchačů.

De Haan se dlouhodobě věnuje otázce porozumění sobě samému i druhým lidem v kontextu psychiatrických onemocnění. Ve své knize *Enaktivní psychiatrie* (2022) hledá souvislosti a vztahy mezi širokou škálou faktorů (např. dysfunkčními neurotransmitery, existenciálními starostmi,

Pojďme připomenout, že konference EAPM se konají jedenkrát ročně od založení společnosti v roce 2012 a že hostitelem akce je pokaždé jiné evropské město. Letošní (netradičně podzimní) konferenci hostila TUM pod záštitou prof. **Petera Henningsena**, vedoucího katedry psychosomatické medicíny a psychoterapie TUM a jedné z vůdčích postav v oblasti výzkumu funkčních somatických obtíží².

ekonomickou deprivací, sociálním vyloučením) přispívajících ke vzniku psychiatrického onemocnění. Na konferenci se de Haan věnovala teoretickým posunům v chápání psychiatrického onemocnění od Engelova biopsychosociálního modelu (1977) ke kognitivním modelům enaktivní teorie percepce (tvrzení, že poznání vzniká dynamickou interakcí mezi jedním organismem a jeho prostředím). Zavedení termínu „enactive mind“ se připisuje Franciscovi Varelovi, Evanu Thompsonovi a Eleanor Roschové v knize *The Embodied Mind* (1991), kteří zdůrazňují, že poznání je spíše uskutečněním světa a myslí na základě rozmanitých akcí, které bytost ve světě vykonává. Toto dále rozvíjí Evan Thompson (2010) zdůrazněním myšlenky, že zkušenost se světem je výsledkem vzájemné interakce mezi senzomotorickými schopnostmi organismu a jeho prostředím.

De Haan ve svém přístupu integruje různé dimenze psychických poruch – vlastní zkušenosti (subjektivní prožívání, emoce, vědomí těla), fyziologické dimenze (mozek, tělo), sociokulturní

psychoterapeutická medicína se tak profilovala jako institucionální a akademický základ pro psychoterapii v medicíně a později pro modely integrované péče.

² Institucionální nezávislosti psychosomatické medicíny nejen v Německu pomohl fakt, že německá psychiatrie se často bránila integraci psychoterapie jako základní metody,



dimenze a existenciální dimenze (jak lidé prožívají svůj život). Psychiatrické poruchy nejsou redukovatelné pouze na biologickou dimenzi (např. chemii mozku) či jen na faktory psychologické, lze je pochopit pouze v kontextu širších smysluplných interakcí jedince se svým okolím (mozek, tělo a svět spolu vytvářejí zkušenost).

Simon Wessely: „Why the medical system is not biopsychosocial and what to do about it“

Sir Wessely je jediným britským profesorem psychiatrie s certifikací Regius. Do šlechtického stavu byl povýšen královnou Alžbětou II. v roce 2013 za zásluhy o vojenské zdravotnictví a psychologickou medicínu. K jeho osobnímu životě budiž poznamenáno, že jeho otec přijel do Velké Británie v srpnu 1939 jako jedno z dětí zachráněných Sirem Nicholasem Wintonem a Sir Wessely i jeho otec patřili k rodinám, které se o 40 let později se Sirem Wintonem osobně setkali.

Wessely ve svém profesně úspěšném životě publikoval více než 900 studií, mezi jeho hlavní výzkumná témata patří CFS (chronický únavový syndrom), GWS (syndrom války v Perském zálivu – chronické a multisystémové onemocnění postihující veterány obou stran války v Perském zálivu¹⁷) a témata spojená s výzkumem vojenského zdraví¹⁸. Dlouhodobě se zabývá otázkou, jak lidé reagují na nepřítel osudu. Prosazuje, že bezprostředně

po traumatu je lidem třeba nabídnout praktickou podporu a povzbudit je, aby se obrátili na své vlastní sociální sítě (rodina, přátelé, praktický lékař).

Ve své přednášce v Mnichově poukázal na přetrvávající bariéry v postojích veřejnosti vůči psychiatrickým onemocněním (ve svém profesním životě bojuje za destigmatizaci pacientů s psychiatrickým onemocněním) a na novinových titulcích posledních 50 let demonstroval změnu postojů veřejnosti k chronické únavě a depresivním příznakům.

Silje Endersen Reme: „Optimizing expectancy effect – communication strategies for clinicians meeting patients with persistent physical symptoms.“

Prof. Reme z katedry psychologie zdraví z University v Oslu se ve svých výzkumech zabývá rolí očekávání pacienta a komunikace lékař-pacient. V přednášce představila nástroj ICIT (Individual Challenge Inventory Tool), určený primárně pro praktické lékaře a zaměřený na komunikaci s lidmi s PSS (persistentními somatickými symptomy). Cílem rozhovoru je posílení pozitivních a realistických očekávání pacienta od léčby, což má přímý vliv na léčebný proces ve zlepšování pacientovy spolupráce a vnímané kvality života. Reme předkládá východisko, dle něhož persistentní somatické symptomy nepřetrvávají kvůli strukturální tělesné změně,

samostatného syndromu války v zálivu na dopady takové války na celkové duševní zdraví vojáků.

¹⁸Sir Wessely bývá hodnocen jako autor s nejvíce publikacemi na téma vojenského zdraví.

¹⁷Syndrom války v Perském zálivu je primárně spojován s expozicí subletálního množství organofosfátových nervově paralytických látek (zejména sarinu a cyklosarinu), které byly uvolněny do atmosféry během útoků koalice na irácká zařízení chemických zbraní. Následkem je rozvoj celé řady akutních a chronických symptomů, včetně únavy, bolesti svalů, kognitivních problémů, nespavosti a průjmů. Sám Wessely však poukazuje spíše než na existenci

ale kvůli naučeným mechanismům mozku tyto symptomy vytvářet.

ICIT pokrývá všechny aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem od úvodních pozdravů po závěrečné rozloučení. Reme a její tým proškoluje všechny norské praktické lékaře v dané metodě, což publikum ocenilo výrazným potleskem (někteří kolegové v diskusi verbalizovali svůj obdiv, a dokonce přání přestěhovat se do Norska).

Monica Greco: „Planetary health, psychosomatics and pathologies of abstraction“

Prof. Greco, vedoucí katedry sociálních a politických věd na Univerzitě v Bathu, ve své přednášce předkládá koncept propojení biopsychosociální medicíny s konceptem planetárního zdraví. Na úvod cituje prof. Susan L. Prescott, ředitelku výboru pro planetární zdraví z Univerzity v Petruhu: „*Biopsychosociální medicína a vznikající paradigma planetárního zdraví jsou jedno a totéž*“ (Prescott et al, 2018). Greco se táže, zda bychom neměli původní Engelův biopsychosociální model zdraví neměl přejmenovat na „*geobio-psycho-sociální*“.

V další části přednášky Greco cituje z knihy editované Jamesem W. Moorem a

¹⁹Termín kapitalocén představuje alternativu termínu antropocén – vychází z přesvědčení, že devastace přírody a vykořisťování přírodních zdrojů jsou následky aktivit nejbohatší části společnosti, které těží z kapitalistického systému. Mezi hlavní zastánce se řadí Andreas Malm s teorií fosilního kapitálu a Jason W. Moore s teorií levné přírody v kapitalistické světové ekologii.

²⁰Eco – grief: klimatický zármutek – pocit ztráty, který vyplývá z prožívání nebo poznávání ničení životního prostředí nebo změny klimatu. Termín zavedený kolem roku 1940 americkým filozofem a ochráncem přírody Aldo Leopoldem.

nazvané „Antropocén či Kapitalocén¹⁹? Příroda, historie a krize kapitalismu“ (angl., 2016). Společně s autorem knihy se ptá po původu zhoršujícího se klimatického zdraví planety a hledá výkladové systémy, které by nám pomohly lépe porozumět vztahům mezi klimatickou krizí a chováním člověka. Greco se vrací k „poruchám abstrakce“ jako hybateli negativních změn. Vyzdvihuje „myšlenku pokroku“ – ta sama o sobě dle Greco zvětšuje propast mezi tím, co očekáváme a tím, co se ve světě odehrává. V rámci očekávání pokroku pak vystupují „staré pocity (úzkosti a obavy), jimž dáváme nová jména a významy“ – mezi jinými „ecological grief²⁰“ či „solastalgia²¹“.

Omer van den Berg: „Understanding persistent somatic symptoms, an experimental inquiry“

Prof. psychologie zdraví z belgické univerzity v Leuven prezentoval experimentální data ukazující vliv psychosociálních faktorů na intenzitu respiračních onemocnění u pacientů s astmatem. Van den Berg vychází z teorie prediktivního kódování (predictive processing²²). Ve svých výzkumech se dlouhodobě zabývá vlivem

²¹Sostalgie: forma emocionálního nebo existenciálního utrpení způsobená negativně vnímanou změnou prostředí. Koncept zavedl australský filozof Glenn Albrecht v článku s názvem „Sostalgie, nový koncept v lidském zdraví a identitě“ (2005). Sostalgii způsobuje změna klimatu, ale i lokální události jako sopečné erupce či devastáční těžební techniky.

²² V teorii prediktivního kódování je na mozek pohlíženo jako na prediktivní stroj, který vytváří očekávání (predikce) na základě zkušenosti a kontextu. Senzorické vstupy z těla pak mozek porovnává s těmito očekáváním. Pokud najde shodu, potvrzuje svou predikce, pokud ne, objeví



stresu na dýchací systém. Zkoumá motivy, očekávání, vyhýbání se i jiné psychologické procesy, které mohou vést k chronifikaci somatických obtíží.

Frank Rohricht: „Body psychotherapy“

Prof. psychiatrie, neurologie a somatické medicíny Frank Rohricht popisuje ve své přednášce vlastní klinickou zkušenost s tělesně orientovanou psychoterapií (BOP). Ta pro něj není jen metodou, která k mluvení přidává práci s tělem, ale celostním postojem, kde tělo (včetně jeho prožívání, vnímání, postoje, pohybů) je součástí psychické zkušenosti. Rohricht klade důraz na „embodiment“²³ (tělo jako nositel prožitku, emocí, traumatu) a „embeddedness“ (naše tělesné prožívání je

utvářeno sociálními normami, očekáváním, výchovou; tělo zažíváme ve vztazích, ve společenském kontextu). Tělo dle Rohrichta není jen dopravním prostředkem pro mozek, ale aktivní součástí toho, jak myslíme, cítíme, chápeme a vnímáme svět.

Rohricht se dlouhodobě výzkumně zabývá otázkou, proč a pro jaké pacienty může být body psychoterapie přínosná. Jeho výzkumy se specializovaly např. na možnost pomocí bodypsychoterapie ovlivnit negativní příznaky schizofrenie či pilotní studie body psychoterapie u somatoformních poruch a její pozitivní vlivy v redukci somatických symptomů, zlepšení kvality života a sebedpřijetí.

SYMPOSIA A WORKSHOPY

Součástí odborného programu byla symposia a workshopy věnované mimo jiné persistentním somatickým symptomům, chronické únavě, poruchám příjmu potravy, postcovidovému zdraví, klimatické úzkosti či digitálnímu zdraví.

Zvláštní pozornost autorky textu vzbudily výsledky výzkumů prof. Christopa Pieha, podle nichž redukce času stráveného u digitálních zařízení u

adolescentů přináší signifikantní zlepšení v oblasti úzkosti, depresivity a kvality spánku, avšak dlouhodobé udržení těchto změn je u adolescentní populace problematické (přes subjektivně vnímané zlepšení psychického zdraví se respondenti ve výzkumu okamžitě po ukončení studie se vracejí k předchozím časům stráveným na obrazovkách)¹.

se chyba předpovědi (prediction error). Mozek se buď přizpůsobí, nebo ignoruje smyslový vstup.

jaké máme tělo); 4) vztah se světem je zprostředkován tělem.

²³Mezi hlavní principy embodimentu patří: 1) tělo a mysl tvoří jednotu (mysl není jen v mozku, ale celém těle) 2) prožívání a vědomí jsou tělesné (emoce nejsou jen v hlavě, ale i těle); 3) kognice je vtělená (naš způsob uvažování závisí na tom,

¹ Tipli byste, jak často dle jeho výzkumů obdrží rakouský adolescent textovou zprávu (1x za 2,5min) či kolikrát denně si průměrně zkontrolujeme smartphone (58x)?

EAPM JAKO PLATFORMA PRO SPOLUPRÁCI

EAPM sdružuje nejen odborné psychosomatické společnosti z celkem 17 zemí (SPM je jednou z členských asociací, nově se přidala např. společnost pro psychosomatickou medicínu z Izraele), ale je možné zapojit se formou individuálního členství (akt. individuální členové z 48 zemí, v ČR nemáme individuální členy EAPM).

Kromě vědecké činnosti se asociace zaměřuje na rozvoj pracovních skupin (fungují na bázi pravidelných online meetingů, v nichž účastníci řeší společná

témata či supervidují jednotlivé kazuistické případy) a mezinárodní spolupráce. Nově vznikající EAPM akademie bude poskytovat pravidelné online přednášky a vzdělávací programy. Příští konferenci EAPM ve Florencii (červen 2026) bude předcházet celodenní workshop pro výzkumníky začínající v oblasti psychosomatické medicíny. Následovat bude první celoevropská konference zaměřená na funkční poruchy u dětí a adolescentů v norském Bergenu (květen 2027).

ZÁVĚREM

Konference EAPM v Mnichově byla věnována biopsychosociálnímu modelu a jeho rozšíření zejména o témata enviromentální a kulturní. Výběr témat a následné diskuse se zaměřovaly na rozšíření či transformaci modelu směrem k enaktivnímu paradigmatu, k rozšíření modelu o koncepty planetárního zdraví či teorii prediktivního kódování. Zároveň byla představena řada praktických poznatků či metod užitečných pro práci s

lidmi s persistentními somatickými symptomy.

Prezident EAPM závěrem konference zdůraznil přínos propojení výzkumu a sdílení praktických zkušeností napříč jednotlivými zeměmi. Nebojme se tedy publikovat a sdílet svoje výsledky a zkušenosti nejen na nadcházející konferenci SPM v Liberci, ale i na evropské scéně.

Do redakce přišlo 24. 9. 2025

K tisku zařazeno 30. 9. 2025

Konflikt zájmů není znám



JAN PONĚŠICKÝ: SETKÁNÍ V PŘEŠTICÍCH

Ve dnech 3. – 5. října se konala v Přesticích u Plzně již tradičně psychosomatická konference, zaměřená především na lékařskou praxi. Téma konference se týkalo významu převážně tělesné symptomatiky, to jest jejímu spojení s celkovou problematikou pacienta. Živá diskuze na základě přednesených kazuistik se točila kolem otázky, čeho je možno dosáhnout s kvalifikací základní psychosomatické péče během omezeného počtu konzultací placených pojišťovnou. Velmi přínosný byl interaktivní přístup většiny přednášejících, který podnítl diskuze o

psychodynamických i psychosociálních souvislostech. Převážně lékaři neopomněli vnést do diskuze i biologické faktory včetně farmakoterapie.

Organizační tým včele s Lenkou Tuháčkovou celý chod konference perfektně zvládnul a uvedl program odbornou pietní vzpomínkou na zesnulého prezidenta konference docenta Jiřího Šimka. Příští konference v Přesticích by se měla konat opět za dva roky...

Do redakce přišlo po uzávěrce 11.10.2025



PLÁNOVANÉ AKCE

ETIKA V MEDICÍNĚ (ON-LINE KURZ) 22.10.2026

Setkali jste se ve své praxi s morálním dilematem? Etika v medicíně řeší zásadní otázky spojené s poskytováním zdravotní péče. Seminář uvede čtyři základní principy lékařské etiky: beneficenci, maleficenci, autonomii pacienta a spravedlnost, a jejich odraz v psychosomatické praxi. Zaměříme se také na informovaný souhlas, vztah terapeut–pacient (paternalismus vs. partnerství) a pojmy ze sociologie a kulturologie (např. individualismus, medicinalizace). Druhá část se věnuje hranicím mezi terapeutem a pacientem (duální vztahy, přenos a protipřenos), ochraně informací i etickým otázkám v týmu. Program se může přizpůsobit konkrétním dotazům účastníků. On-line kurz vede Mgr. Miloš Mauer)

Více info a přihlášení: <https://www.ckpsamova.cz/seminar/etika-v-medicine-online/>

BALINTOVSKÁ SKUPINA V LIBERCI 31.10. 2025 A DÁLE...

Balintovská skupina 6-12 míst, cena 450 Kč/90 min., lektor MUDr. Andrea Dušková. Přihlášení u p.Menclové na tel. 485151398. Vhodné pro lékaře v přípravě k atestaci nebo využívající kód psychosomatické intervence. Více informací na www.lirtaps.cz nebo www.sktlib.cz

KUNG FU TERAPIE: PROMĚŇ SVÉ STRACHY V OSOBNÍ SÍLU 2.11.2025

Kung Fu Terapie je nová psychosomatická metoda, kterou lektor kurzu vyvíjí. Jedná se o propojení technik bojového umění a Procesově orientované psychologie. Otevírá příležitost setkat se se svou osobní silou a jejími tělesnými projevy. Přináší techniky, které aktivují naše hluboké zdroje síly pro schopnost čelit nátlaku a bránit se. Vytváří prostor pro trénink různých druhů reakcí potřebných pro ochranu sebe sama a schopnosti umět se postavit za sebe a své zájmy.

Umět se postavit za sebe a být schopen dávat hranice a říkat NE, je klíčová schopnost pro posílení sebedůvěry a sebevědomí. Naše kvalita života a naše tělesné zdraví jsou velmi úzce spojeny se schopnostmi.

Více info: <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminar/kung-fu-terapie-promen-sve-strachy-v-osobni-silu-4/>

PSYCHOSOMATICKÁ SUPERVIZE 5.11. 2025

Setkání odborníků v pomáhajících profesích nad klinickými situacemi a případy. Zaměříme se na náročné kazuistiky Vašich praxí. Spojíme hranice našich odborností. Vymezíme etické hledisko u jednotlivých případů.

Supervize bude mít 3 bloky:

1. blok: účastníci supervize uvádí klinické situace, které je zaskočily nebo které nebylo snadné emočně unést (jednotlivým situacím se budeme podrobně věnovat)
2. blok: z klinických zkušeností z prvního bloku vybereme ty, které probereme supervizním způsobem (vystřídáme případy z lékařské, fyzioterapeutické i dalších oblastí)



3. blok: budeme se věnovat klinickým tématům, která se objevila v průběhu prvních dvou bloků (etická témata, meze oboru a další)

Více info: <https://www.roseta.cz/seminar/psychosomaticka-supervize-2/>

SEBEZKUŠENOST A SEBEPOZNÁNÍ JAKO NEDÍLNÝ NÁSTROJ V PSYCHOSOMATICKÉ TERAPII 8. 11. 2025 DVOUDENNÍ

Jako terapeuté se neustále rozvíjíme. Na počátku stojí znalosti a vědomosti, které získáme na škole a kurzech, následuje vlastní zkušenost práce s pacientem. U té to ale nekončí. Dalším důležitým krokem při rozvoji sebe jako terapeuta je reflektovaná sebezkušenost – emoční i somatická.

Reflektovaná sebezkušenost je proces, při kterém si člověk uvědomuje a reflektuje své vlastní vnitřní prožívání, emoce, myšlenky a chování, a to s cílem lépe jim porozumět a pochopit jejich vliv na sebe a své okolí.

Moje sebezkušenost mi dovoluje plně naslouchat, vidět a slyšet, cítit, vnímat, porozumět i komunikovat. Být autentický i empatický, tvořit prostor, ve kterém mohu správně indikovat i léčit, prostor, kde se pacient/klient může uzdravit. A přitom respektovat své vlastní aktuální možnosti a hranice.

Více informací: <https://www.ckpsamova.cz/seminar/sebezkusenost-a-sebepoznani-jako-nedilny-nastroj-v-psychosomaticke-terapii/>

BALINTOVSKÁ SKUPINA V BEROUNĚ 12.11. 2025

Balintovská skupina v Berouně přijímá další zájemce.

Skupinu vede akreditovaná (ve shodě s podmínkami International Balint Federation) vedoucí balintovských skupin, lékařka a psychoterapeutka MUDr. Andrea Dušková.

Skupina se koná v Berouně, v ordinaci MUDr. Duškové na Seydlovo náměstí 25 v termínech 12.11.2025

Skupina pracuje každý termín od 17:00 ve dvou blocích po 90 minutách s přestávkou.

Cena je 450 Kč za jeden blok. Občerstvení zajištěno.

Zájemci se mohou přihlásit na info@psychoterapieduskova.cz nebo tel.: 777 715 742

JIZVA, DIAGNOSTIKA A PSYCHOSOMATICKÉ SOUVISLOSTI 22.11. 2025

Vyšetření a terapie jizev patří k základním fyzioterapeutickým postupům.

Jizvy mohou zůstat po operacích z jakékoli indikace, po úrazu, po popálení, po ozařování u onkologických pacientů atp. Problémy může působit jak čerstvá jizva, tak i jizva roky stará. Jizva může být jedinou příčinou potíží klienta. Takovou jizvu v rehabilitačním oboru označujeme jako aktivní a terapii cílíme pouze na ošetření jizvy.

Při vyšetřování jizev vždy postupujeme ve stejných krocích jdoucích za sebou. Při diagnostice i terapii jizev pracujeme s měkkými tkáněmi na principu bariéry, tak jak to učil pan profesor Lewit. Účastníci kurzu si podrobně procvičí práci s bariérou při diagnostice a terapii jednotlivých vrstev měkkých tkání – kůže, podkoží i fascií.

Více informací: <https://www.ckp-dobrichovice.cz/seminar/jizva-diagnostika-a-psychosomaticke-souvislosti-7/>



KUNG FU TERAPIE II.: JAK VYUŽÍT ENERGII SVÝCH PROTIVNÍKŮ 29.11. 2025

Naši protivníci, ať už to jsou ti vnější v podobě postav našich šéfů, kolegyň, partnerů a nebo ti vnitřní v podobě našich strachů, pochybností, kritiky a umenšování, výrazně omezují uskutečňování našich cílů a životních snů.

V bojovém umění je protivník imaginární i skutečný a představuje postavu, se kterou se učíme trénovat. Mistrovským principem v bojových uměních je následovat pohyb protivníka a využít jeho energii.

Tento workshop nabídne způsob a praktická cvičení, která představí, jak princip využití energie protivníků aplikovat na naše vztahové konflikty a vnitřní kritiky.

Přihlášení: <https://www.ckpsamova.cz/seminar/kung-fu-terapie-i-promen-sve-strachy-v-osobni-silu/>

BALINTOVSKÁ SKUPINA 11. 12. 2025

Na programu je supervize formou balintovské skupiny. V čase od 14.00 do 17.30 stihneme dvě kazuistiky (2 x 90 minut).

Občerstvení je zajištěno.

Cena: 400,- Kč

Rezervace místa:

sojka@hbnet.cz – PhDr. Vlastimil Sojka

barbora.kodetova@centrum.cz – MUDr. Barbora Kodetová

SPIRITUALITA A PSYCHOSOMATIKA 5.12. 2025

Odborná schůze Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP 5.12. 2025

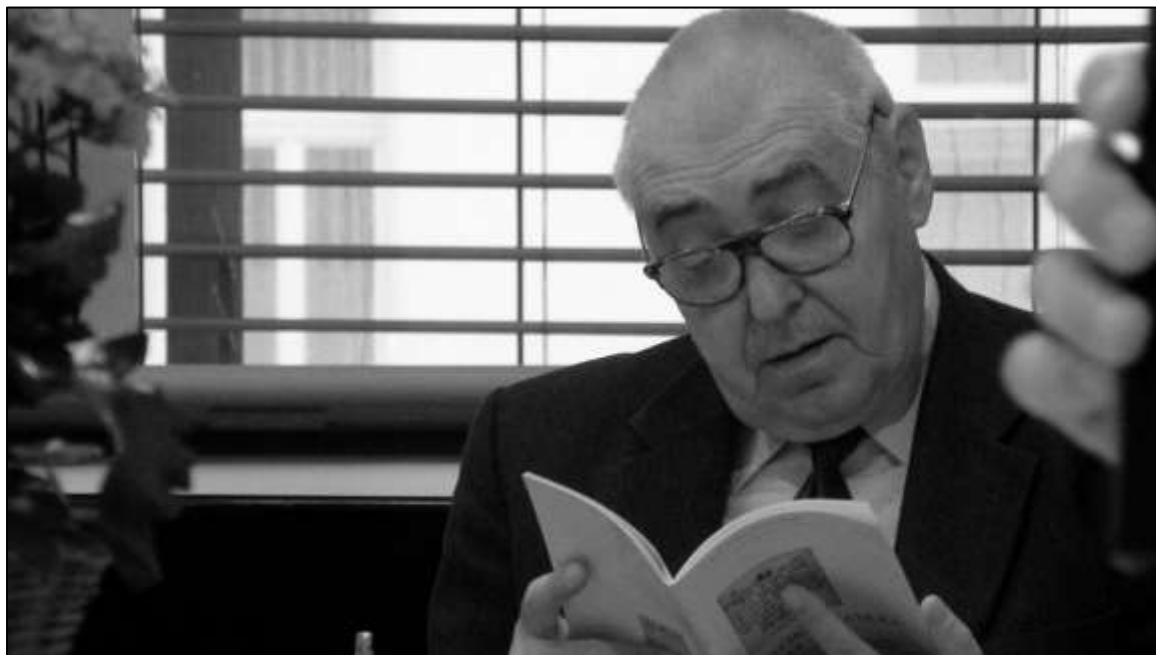
Více na stránkách SPM ČLS (www.psychosomatika-cls.cz)

CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCÍ 5.-7. 6. 2026

Se připravuje. Zaregistrujte si termín ve svém kancelářím.



RECENZE



RADKIN HONZÁK: JAŠÍK NENÍ FOUCOULT

Významný filosof Michl Foucault se vyjádřil velmi kriticky k tomu, jak dalece psychiatrie pomáhá lidem, kteří jsou označeni za „šílené“, a jak dalece je naopak mocenským represivním systémem, který tyto lidi stigmatizuje, omezuje a násilně izoluje od zbytku společnosti.

Pod jeho vlivem americký psycholog David Rosenhan uspořádal pokus (1973), v němž dokázal, že psychiatrie nemá dostatečný rozlišovací systém, aby mohla spolehlivě diagnostikovat. Poslal osm zdravých lidí s jediným nespolehlivým údajem, který by mohl vyvolat podezření, a jinak bezproblémovou anamnézou a zcela bezproblémovým chováním do osmi psychiatrických zařízení. Všichni byli přijati k hospitalizaci, a přestože nevykázali žádné projevy psychózy, dostali všichni diagnózu, a to sedmkrát schizofrenie a jednou bipolární poruchy.

Jindřich Jašík je kromobyčejnou osobností. Akutní ataku „šílenství“ prožil zčásti v psychiatrické nemocnici, kterou opustil, sotva to bylo možné, a doléčil se doma. O této hluboké zkušenosti napsal útlou knížku Cesta ze schizofrenie (2019), v níž věrohodně léčí své prožitky a cestu k náhledu a vyjasnění mysli. Od propuštění je bez jakékoliv farmakoterapie, šťastně ženatý, otec tří dětí, který je schopen uživit sebe a rodinu.

Na základě své zkušenosti probírá postupy současné psychiatrie, která zásadně jeho postup zavrhuje a považuje za voluntaristický a neodpovědný. Oprávněně argumentuje, že v každém jiném odvětví medicíny si pacient může zvolit, zda nabízený léčebný postup přijme nebo odmítne, až po životně důležité rozhodnutí, které odmítá resuscitaci, v psychiatrii při diagnóze schizofrenie tuto šanci



prakticky nemá a bude doživotně krmen léky, které mají řadu nežádoucích účinků, z nichž některé odpovídají negativním příznakům schizofrenie. Nemluvě o zásahu do metabolismu, pohybového systému, sexuality a dalších.

Jašík doporučuje, aby při první atace „šílenství“ měl postižený člověk dostupnou psychoterapii v dostatečném množství a možnost volby, zda chce nebo nechce farmakoterapii. Tak by se u odmítačů mohly projevit sebeúdržavné mechanismy v dostatečné míře, aby mu s pomocí blízkých a podpůrných skupin dovolily žít plnohodnotným životem bez obtíží, bez stigmatizace a bez sociálního vyloučení.

Doporučené postupy shrnuje koncept označovaný jako soterie, podle řecké bohyně zosobňující bezpečí a vysvobození od zla. **Soteria** je termín, který označuje specifický typ komunitního léčebného zařízení pro lidi s psychotickými krizemi. Vychází z modelu, který se odchyluje od tradičního biomedicínského přístupu a místo toho klade důraz na vytvoření podpůrného prostředí s minimálním užíváním léků.

Jašíkova argumentace je věcná, logická, s mnoha příklady (z hlediska diagnostického potvrzující bezvadně fungující abstraktní myšlení), neagresivní a nemanipulativní. Je to solidně vystavěná myšlenková stavba s pevnými základy. Jeho projekt péče by nasměroval tok peněz za potřebnou osobou, ne do institucí, kde se

plno zdrojů poztrácí, jak jsme mohli sledovat nedávno při zcela katastroficky zpravené psychiatrické reformě. To ale současně činí takový postup zcela nereálným, protože zabetonované instituce a farmaceutické firmy představují nedobytné pevnosti.

Jašíkův postup – víceméně uplatňovaný například v Kalifornii jako „recovery net“ – je tak odsouzen do polo-partyzánských aktivit v terénu realizovaných dobrovolníky, kteří budou pracovat v prvním kole nepochybně bez odměny.

Text proto stojí za prostudování a zamyšlení pro všechny, kdo se v pomoci lidem postiženým psychotickou atakou věnují, především ale jim samotným, dál jejich blízkým a zdravotnickým pracovníkům. Také by se měla o tuto problematiku zajímat veřejnost a já bych knížku zařadil do osnov občanské výchovy na střední školy. Když tam mohou věnovat velkolepý objem sexuální výchově, také výchova k soužití s lidmi, kteří se dostali do velmi špatné situace, stojí za to.

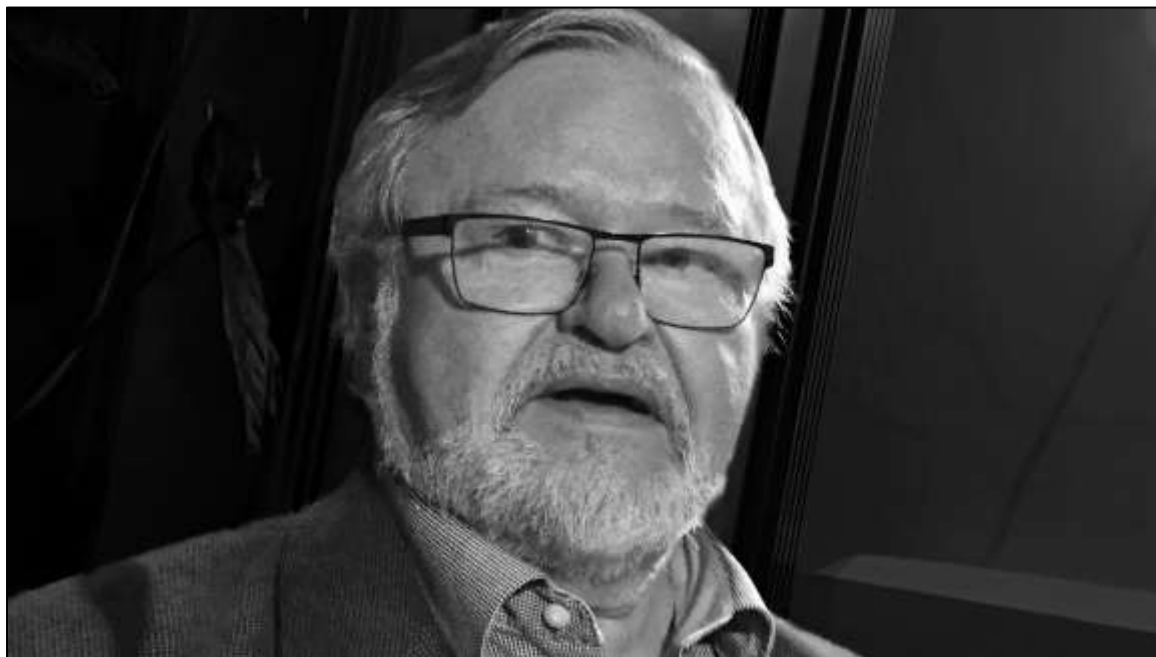
Jašík není Foucault, je ve svém doporučení mnohem smířlivější k psychiatrii, a proto by si zasloužil neméně bohatý ohlas.

Jindřich Jašík: **Psychiatrické maximum**. Dialogicky.cz, Praha, 2025

Praha 6. 7. 2025



ROZHOVORY



JAN BRODSKÝ: DOC. MUDR. JIŘÍ BERAN, CSc. — PSYCHOSOMATICKÁ LÉČBA POMÁHÁ I BEZ ZÁZRAČNÉ PILULKY

Vleklé zdravotní potíže jsou pro každého nepříjemné. Navíc často ani série různých vyšetření neodhalí jasnou příčinu onemocnění či zdravotního problému, léky nezabírají trvale a paleta možností, jak tělo opravit, je vyčerpána. V takových případech ale možná uzdravení nepřichází proto, že pro účinnou léčbu je potřeba komplexnější pohled než znát jen chorobopis. Na vině totiž může být zátěžová životní situace, narušené vztahy v rodině či jiné problémy z duševní nebo sociální oblasti. Proto existuje medicínský obor psychosomatika, který zkoumá vzájemné působení těla a duše. Psychosomatiku můžeme chápat jako způsob uvažování o zdraví a nemoci, který nepomíjí člověka v jeho životní situaci, pohlíží na zdravotní obtíže v kontextu individuální historie a osobního jedinečného příběhu. Proto je schopna často pomoci tam, kde běžná

léčba, zaměřená pouze na odstranění příznaků, selhává. Vzájemné působení těla a duše na sebe bylo opakovaně potvrzeno i vědeckými výzkumy. Jedním z předních odborníků v oboru je doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., psychiatr, emeritní přednosta Psychiatrické kliniky **Fakultní nemocnice Plzeň**, soudní znalec v oboru psychiatrie a sexuologie a vedoucí Subkatedry psychosomatiky v IPVZ.

Dá se nějak zjednodušeně popsat, co je psychosomatika?

Jde o určitý způsob myšlení, chápání a nazírání člověka, a to z hlediska stránky somatické, tedy tělesné a současně psychické. Zdá se to sice jako samozřejmá záležitost, ale v praxi to tak běžné není. Medicína se totiž dost specializuje, člení se a psychická stránka zůstává spíše v pozadí



a není to automaticky bráno jako dvě k sobě patřící součásti. Také se říká medicína bio-psycho-sociálně orientovaná, a tak by se vlastně i moderněji mohla psychosomatika nazývat.

Jak psychosomatika propojuje tělo, mysl a emoce dohromady?

Psychické procesy se do těla přenášejí třemi způsoby. Jednak systémem autonomního (tzv. vegetativního) nervového systému. Ten si žije svým vlastním životem a těžko ho můžeme ovlivňovat. Pak jde o systém endokrinní. Ten reaguje na různé vlivy a přenášení prostřednictvím hormonů do těla k orgánům, které reagují. Poslední je systém imunitní. Má se za to, že tyto tři systémy jsou mezi psychikou a mezi tělesnými projevy. V běžném životě to zná každý, že při nějakém úleku se srdce rozbuší nebo při nějaké psychické zátěži jsou lidé více disponováni infekčním onemocněním. Obecně, dostane-li se člověk do nepohody, je snadno zranitelný a projeví se to nemocí.

Jak tento medicínský obor diagnostikuje a zkoumá nejen fyzické symptomy, ale také emocionální a sociální faktory, které mohou přispívat k nemoci?

Psychosomatika je oborem klinickým a ne výzkumným, i když i to je možné ale velmi obtížné, protože míra psychické zátěže je u každého člověka zcela individuální.

S dostupností internetu a možností publikovat téměř cokoli a kýmkoli se v různých online periodikách objevují rychlé, dostupné „testy osobnosti“, zaměřené na různé situace a stavy. Mají vůbec nějakou skutečnou vypovídací hodnotu a má smysl jimi trávit čas?

Moc směrodatné to není. Je to spíše pro některé lidi zajímavé, když se chtějí touto cestou sami poznávat, ale žádný psycholog by na základě jednoho takového

zdroje informací neposuzoval stav osoby zodpovědně. Vždy musí jít o celou baterii testů, otázek a rozhovorů, než se dá přesněji vyjádřit k osobnosti posuzovaného.

Jaké všechny vlivy se podílejí na rozvoji psychosomatických onemocnění?

Psychosomatická onemocnění jsou taková, která mají určitou somatickou součást, buďto funkční, anebo i morfologickou, v úzké vazbě na psychiku daného člověka. To znamená, že ne vždy to tak je, ale u některých je vazba velmi těsná a úzká. Když se tomu člověku přihodí něco, co těžko snáší nebo mu nevyhovuje, tak se ozvou jeho somatické obtíže. Například vysoký krevní tlak může u jednoho člověka nastat v případě, když se dostane do stresu nebo do psychické tísně, která je buďto krátkého trvání, ale výraznější, nebo je dlouhého trvání a současně taková, že si ji ani neuvědomuje. U daného člověka existuje nějaký biologický základ, nějaká porucha funkce, nebo dokonce porucha strukturální. To je to bio. Pak je složka psychická, říkáme tomu nepohoda nebo stres nebo tíživá životní situace. A složka sociální jsou interpersonální vztahy mezi lidmi. Sociální v tomto případě není ve smyslu sociální nouze například hmotné nebo ekonomické. Myslí se tím sociální situace, v níž člověk žije doma a v práci, což jsou základní prostředí, v nichž se nacházíme nejčastěji.

Která z těch variant je pro tělo horší?

To se nedá říci. Pro rozpoznání je lepší, když nějaká nepříznivá situace nastane a zároveň se projeví i tělesně. Zatímco když se něco odehrává dlouhodobě a podprahově a člověk si to ani neuvědomuje, tak neumí ani identifikovat, proč k potížím dochází. Ovšem ne každá hypertenze musí být automaticky spjata s psychickými příčinami. Stejně tak žaludeční vředy. Někteří, když se dostanou do psychicky nekomfortní situace, už očekávají,



že se žaludeční vředy ozvou. Je důležité dodat, že každé onemocnění má svoji psychosomatickou podobu i podobu bez psychické složky. Proto jde svým způsobem psychosomatická medicína napříč všemi obory medicíny.

Přesto je to asi tak, že lékaři často řeší důsledky a nikoli příčinu. Jaká je v praxi zkušenost s tím, že lékaři vnímají psychosomatiku jako jeden z oborů, který by měli při pacientových obtížích zvažovat nebo s ní pracovat?

Psychosomatika si vydobývá své místo postupně, pozvolna a dlouhodobě. Není to tak samozřejmé a nebylo tomu tak vždy a ani nyní většina lékařů neinklinuje ke zjišťování, zvažování a významu psychických faktorů a k tomu, aby se jimi zabývali. Ono je to totiž nejen časově náročné, ale i náročné na psychiku samotného lékaře, protože při poslouchání příběhu pacientů sám vždy něco prožívá. Jsou stále tací, kteří k oboru nemají sympatii a žádný vztah. Na druhou stranu jsou tací, kteří mají pohled širší, jsou ochotní a schopni se nad tím zamýšlet a nezabývají se pouze tou samotnou poruchou nebo onemocněním.

Což ale pravděpodobně obnáší velké osobní nasazení.

Je to složité a náročné, a to nejen pro lékaře, ale i pro pacienty. Mnozí pacienti, když slyší „psycho-“, zaujmou negativní postoj, neboť přece nejsou duševně chorými lidmi a nechtějí o sobě přemýšlet a nechtějí se sami sobě věnovat. Chtějí jen co nejrychlejší pomoc. Pak se však často diví, že se obtíže opakují, anebo jsou chronické, ale je to proto, že základní příčina zůstává nedotčena. Překážky jsou na obou stranách.

Můžete se ale jako lékaři na nás pacienty zlobit, když se nechceme nebo neumíme věnovat sami sobě? V první řadě jsme laici, takže sami stejně nic

nevyzkoumáme a v druhé řadě si myslím, že je vše v pořádku a mám vše vyřešeno.

To je o způsobu myšlení. Někdy jde jen o vnitřní uzavřenost až zabeďněnost. Nechtějí se svým stavem nic měnit a někdy se i trochu bojí, na co by přišli. Mohli by přijít třeba na to, že ten jejich dům není pevný hrad, ale spíše domeček z karet, který kdyby se sesypal, tak by ani nevěděli, jak s tím pracovat. Pouštět se do psychických oblastí je vždy trochu riskantní a někdy i nepříjemné a nebezpečné. Proto se tomu někteří vyhýbají a nechtějí na tuto myšlenku a cestu přistoupit. Tyto překážky jsou na straně lékařů i pacientů v podstatě stejné.

Předpokládám, že neexistuje nějaká jedna univerzální nebo snadná rada. Přesto, jaká by mohla být rada, aby se takové vnímání, a to na obou stranách, změnilo?

U lékařů to mám trochu prokouknuté. Jde o určitý stav kariérního vývoje, kdy základní řemeslo je již zvládnuto, ale nedává jim úplně odpověď na všechny otázky a zároveň již mají na osobní úrovni něco odžito. Totéž platí u pacientů. Na druhou stranu mám zkušenost, že lidé začnou tímto směrem přemýšlet v důsledku nějaké silné životní události nebo souboru událostí.

Existuje nějaké dělení symptomů, ať už podle důvodu jejich vzniku, nebo podle toho, kde nejvíce působí?

V psychosomatickém hnutí byla formulována myšlenka, zda určité psychosomatické onemocnění není způsobováno určitou specifickou situací. To se ale nepotvrdilo a v důsledku toho tak ani nemohla být vytvořena jednotná typologie. Stále platí, že projevy jsou individuální, a když toho někdo na sobě má takzvaně naloženo moc, tak jednoho bolí záda a jiný má zaživačí potíže.



Můžete vysvětlit rozdíl mezi pojmy psychosomatický a somatizující?

I mezi odborníky dochází ke snadné záměně, mezi psychosomatickými a somatoformními poruchami, které jsou součástí psychiatrie a jsou to stavy, kdy se vyskytují pouze subjektivní somatické obtíže. U nich chybí biologická součást a nevyskytuje se žádný funkční ani organický korelát, zjednodušeně – i když někoho bolí záda, tak na páteři nebo svalech přesto nic není. A somatoformní poruchy jsou somatizací. U psychosomatických obtíží jsou naopak zaznamenatelné tělesné poruchy, které prokazatelně vznikají a objevují se v souvislosti s psychickým stavem. Kdežto u somatoformních poruch je tělo zdravé a pouze se vyskytuje pacientovo přesvědčení, že tomu tak není. Dříve se o takových lidech říkalo, že jsou hypochondři.

Dnes už se nepoužívá?

To slovo má negativní konotaci. Mít somatoformní poruchu zní lépe. V současné době tento pojem pomalu mizí, mimo jiné díky možnostem moderní medicíny, kdy je pacient poslán z ordinace do ordinace, od jednoho lékaře k druhému a v důsledku stále lepších zobrazovacích metod se zjistí, že nikdo není úplně ideální a u každého lze něco nalézt, což se následně pro toho pacienta stává jistou satisfakcí, že si nevymýšlel, ve smyslu – je to sice malý nález, ale je tam. Je spokojený jak pacient, tak lékař. Technická vyspělost medicíny odvádí pozornost od problémů duše. Je to takový paradox.

Co je psychosomatická konzultace a jak probíhá?

Konzultace je úkonem jednorázovým. Jde o návštěvu u psychosomaticky pracujícího specialisty proto, aby se posoudilo, zda jeho obtíže mají nebo nemají psychosomatický charakter a zda je vhodný k následné péči, ke které je indikován, a zda

to pacient vůbec chce. Při konzultaci mohou vyjít najevo a nastínit se určité psychické aspekty, které by mohly hrát roli. Pokud je pacient chce brát v potaz a pracovat s nimi, tak by měla následovat systematická léčba. Ovšem je důležité si uvědomit, že v psychosomaticce není žádná léčba krátká. Někdy jde o měsíce i roky.

Je ze strany lékařů zájem věnovat se oboru?

Velmi to záleží právě na kariérním vývoji a osobním zájmu o jiné obory. Někdo po základní atestaci touží po dalších metách. Jiný je zaměřen na další specializace v operativě nebo vyšetřovacích metodách. Jiný chce pochopit vztahy a souvislosti u svých pacientů. Takový lékař se pak vydává cestou psychosomatické medicíny.

Jak vypadá jeho cesta, když se vydá tím druhým směrem?

Buď může být autodidaktikem a opatřuje si literaturu, čte a vyhodnocuje své poznatky. Nebo absolvuje nějaký typ formálního vzdělání, které však vždy obsahuje dvě složky. První složkou je vždy teorie a druhou praktický výcvik. Praktický výcvik je sebezkušenostní, kdy lékař je v roli pacienta a prochází psychoterapií stejně jako běžný pacient.

To znamená, že je někým veden?

Buď prochází individuálním výcvikem pod nějakým vedením, nebo ve skupině, ale nikdy úplně sám, jako to na počátku praktikoval Sigmund Freud (rakouský lékař českého původu; zakladatel psychoanalýzy – pozn. autora).

Jaký je to pro již vzdělaného lékaře v nějakém oboru pocit procházet takovým výcvikem?

Já jsem ve svých mladých letech takovým sebezkušenostním několikaletým výcvikem prošel. Ten tehdy spočíval ve víkendových setkáních a jednou za rok



týdenním. Byli jsme tam samí mladí nadějní a zvědaví lékaři a všichni jsme si mysleli, že jsme v pořádku. Když jsem tam jel prvně, tak jsem přemýšlel, co o sobě budu říkat, protože jsem nevěděl o ničem zajímavém. Když pak tři roky výcviku utekly, tak jsme všichni ještě škemrali po dalším pokračování, a když se nám ho dostalo, tak jsme stejně ještě neměli dost. Totiž i člověk, který takzvaně dobře funguje a je duševně v pořádku a v harmonii, v sobě nachází plno slepých míst a třináctých komnat, o kterých buď nevěděl, nebo o nich věděl, ale nevěděl si s nimi rady.

Je takový pohled do sebe sama vhodný i za předpokladu, že nejsem pacientem s psychosomatickými obtížemi?

I psychoanalytici říkají, že takových zhruba 500 hodin individuální psychoanalýzy by měl postoupit každý. Ale zpět k zájmu lékařů o náš obor. Zájem je, i když ho neumím vyjádřit procentuálně. V případě teoretických kurzů však máme vždy naprosto plný kongresový sál, jde zhruba o 100 posluchačů. Mezi nimi jsou i psychologové a zástupci ostatních nelékařských profesí. Psychosomatika je sice samostatný obor, ale otevřený všem, a takto naše kurzy i nabízíme.

A to platí i pro možnost absolvovat atestaci z psychosomatiky?

Ano, k ní mají stejný přístup lékaři všech klinických oborů včetně psychiatrů. Psychiatři nejsou nijak zvýhodňováni a ani k tomu nemají nijak blíž. Rozdíl je však v přípravě a vzdělávací program pochopitelně reflektuje, že když je někdo internistou, má mít stáže na psychiatrii s vyšší časovou dotací, a na druhou stranu nemusí tolik času strávit na očním nebo kožním oddělení.

Psychosomatika tedy nepatří mezi základní lékařské obory a zájemce se nemůže stát čistě psychosomatikem?

To ne, základní atestace z našeho oboru není. Jsme nástavbovým oborem, takže až když má lékař atestaci z jakéhokoli klinického oboru, což je podmínkou, může se ucházet o nástavbovou atestaci. To znamená, že například pediatr nebo internista je následně specialistou v oblasti psychosomatiky v pediatrii nebo ve vnitřním lékařství.

V oboru psychosomatiky tedy vlastně nejde mluvit o systémovém nedostatku odborníků?

Psychosomatické myšlení a náhled na svůj obor s tímto přístupem může mít i odborník bez atestace a může to ve své praxi uplatňovat, i když není formálně vzdělán.

Už jste mluvil o tom, že vzdělávání v oboru je vhodné i pro nelékařské profese. Asi mě napadají konkrétní typické...

Jsou to samozřejmě psychologové, kteří mají k našemu oboru blízký vztah. Ale problém je, že oni nemají tak dobré vzdělání v té somatické oblasti, v klinických obrazech jednotlivých oborů. V tom je jisté omezení, protože jejich studium je k tomu pochopitelně nevede. Na druhou stranu mohou být citlivější k poznání psychických aspektů pacienta. Naopak lékaři si sice dobře ví rady se somatickou stránkou, ale necítí se úplně komfortně v oblasti psychiky. Dá se to vyřešit vzájemnou spoluprací, kdy psychiatr nebo internista bude spolupracovat s psychologem. Taková spolupráce totiž neznamená žádnou vzájemnou konkurenci. Osobně spolupráci vždy doporučuji. Dalšími typickými zástupci nelékařských profesí vhodných pro psychosomatický přístup jsou například fyzioterapeuti nebo sestry.

Poslední dobou se hovoří o tom, že by základní vzdělávání v psychosomaticce měli nebo mohli mít například i praktičtí lékaři, kteří mají pacienty v dlouhodobě



péči a znají podrobně jejich anamnézu. Jak se k tomu stavíte?

Praktičtí lékaři mají rozhodně předpoklady k tomu, aby poznali nemoci v celé rodině, nejen u konkrétního pacienta. Do určité míry tedy mají k psychosomatické přirozeně blízko. Ovšem, stejně jako u jakéhokoli jiného oboru v medicíně platí, že úroveň odbornosti a kompetencí u praktika nemůže dosahovat úplného maxima. Nejde o žádnou chybu nebo ostudu, jde o kompetenci na určité úrovni v rámci systému a je na místě, aby pacienta praktik dále delegoval na specializované pracoviště.

Takže kdyby se praktičtí lékaři psychosomatické začali věnovat nebo alespoň systematicky rozšiřovali své obzory tímto směrem, tak to pacientům ani jim samotným nemůže uškodit.

V žádném případě, naopak by to bylo jen ku prospěchu medicíny jako takové. Je jen potřeba aby každý byl náležitě kritický a nepřeceňoval své schopnosti a pacienta v určité fázi doporučil specialistovi.

Jakým směrem je nejčastěji veden výzkum v psychosomatické?

U nás výzkum zaměřený čistě na psychosomatiku moc neprobíhá. Jde především o časovou náročnost. Většina grantů je na jeden až dva roky, a to je příliš krátká doba na to, aby se dalo něco vyzkoumat.

Lze absolvovat psychosomatické vzdělávání i v případě, že se následně lékař nechystá skládat v oboru atestaci?

Samozřejmě. Ten, kdo má v plánu atestaci, absolvuje vzdělávací program. Ale jestli ho někdo absolvuje místo 2,5 roku až za 5 let, tak mu to nikdo nevyčítá, stejně jako když se v průběhu vzdělávání rozhodne, že nakonec nepotřebuje takové vzdělávání formálně ukončit nebo s ním

přestat. Nabyté znalosti a zkušenosti mu však již nikdo nevezme, a i to je jak pro jeho práci, tak osobně přínosné.

Na základě všeho, co jste dosud říkal, asi lze říct, že pokud například není kompenzována nadměrná psychická zátěž, může člověk onemocnět nebo u něj mohou být diagnostikovány funkční poruchy orgánů. V jaké fázi poznám, že už mám na sobě naloženo mnoho stresu a co bych měl efektivně změnit, aby nedošlo k nějakému fatálnímu selhání?

Primárně jde o to, zda je člověk dostatečně citlivý k podnětům vlastního těla. To se u mnoha lidí ne vždy a dobře daří, dokonce někteří té citlivosti záměrně uhýbají. Když bych to připodobnil, tak je to podobné, jako kdyby měl někdo ploché nohy a myslel si, že to rozchodí, a neporídil si ortopedické vložky. Když na sobě někdo pozoruje únavu, nesoustředění, krátký spánek, nedostatek pocitu odpočinku, nadměrnou konzumaci alkoholu nebo jídla a podobné projevy, už by měl zbystřit. To jsou varovné signály.

Proč si člověk většinou nepřipouští to, že na něj působí stres?

Lidé bývají občas přesvědčeni, že „musí“. Sice jsou si vědomi, že toho mají moc, ale chtějí něčeho dosáhnout, nebo musí zaplatit hypotéku. Tedy lidé jsou v takovém stavu mnohdy drženi nutností, a tím to, lidově řečeno, stejně jako chřipku přechodí. Pro život je velmi důležité naučit se říkat „NE“. I sám sobě.

Jak mám svému nejbližšímu okolí vysvětlit, aby všichni skutečně pochopili, že psychické obtíže jsou nebo mohou být stejně závažné jako fyzické nebo organové onemocnění a že jde vlastně doopravdy o onemocnění?

Psychiatrie má problém v tom, že symptomy duševních nemocí lze obtížně objektivizovat. Na rozdíl od jiných



medicínských oborů, kde se lékař podívá na nálezy nebo laboratorní hodnoty a může vyřknout verdikt, protože je vše vidět na číslech a hodnotách. Kdežto pokud má někdo halucinace, ty vidět nejsou.

Existuje výrok německého psychologa Gerharda Danze, který říká, že o čem není možné mluvit, tím se musí onemocnět. Je možné se s tím ztotožnit?

Je to hezký aforismus. V praxi jde právě o to potlačené, co by člověk měl s někým probrat. Ovšem měl by to být někdo kvalifikovaný, aby rady nebyly obecné nebo povšechné.

Mělo by existovat, nebo existuje něco jako psychosomatická prevence?

Obecně jde o zásady zdravého životního stylu, aby měl člověk harmonický život. Harmonie je velmi důležitý termín, a i když existují třeba i objektivní překážky pro obecnou harmonii, tak by o ni člověk měl alespoň usilovat všemi způsoby. Ona harmonie by ale neměla být ztotožňována s nějakou iluzí v podobě reklamních letek vykreslených do dokonalosti. Pro každého harmonie znamená něco jiného a nemělo by se její pojetí zobecňovat.

Veřejně dostupné jsou například na internetu tzv. psychosomatické mapy, kde je popsáno, která část těla bolí, z jakého důvodu. Jsou takto univerzálně použitelné?

Ne, na tohle já nedám a co je na internetu volně dostupné, tomu nevěřím. Dá se to připodobnit ke snáři, ve kterém se píše: ve snu toto viděti, znamená toto míti. Ani snářům se takto věřit nedá.

Pokud jde o nadměrný stres jakožto příčinu psychosomatických obtíží, tak ale co když mám v sobě bez vlastního přičinění, tedy vrozeně, nastavenou zvýšenou míru odpovědnosti nebo preciznosti a ta mě

vhání do skutečné náruče stresu s jeho důsledky?

Vždy je pole otevřené pracovat sám se sebou. Tedy nezačít pracovat primárně se stresem jako takovým, ale s jeho příčinami. Člověk musí mít určitou míru sebeovládání a krotit se, aby se nepřepřacoval. Pokud tedy nemá v sobě dotyčný nastavenou tu nižší míru, je potřeba se snažit k ní cíleně dopracovat.

Je psychosomatická medicína určitým protipólem dnešní velmi pokročilé tradiční medicíny?

Tradiční medicína je ta západní, založená na důkazech. Psychosomatická medicína ale pracuje do značné míry i s tím, co je subjektivní. Proto není protipólem, ale spíše dalším pohledem, dalo by se říci holistickým, tedy celostním pojetím.

Jak lze vyvrátit názor, že jde pouze o „šarlatánství“ nebo o praktiky na úrovni léčitelství, a ne skutečnou medicínu?

Tento druh názoru zaznívá i z akademické obce. Ale psychosomatika není žádnou alternativní medicínou nebo ezoterickým směrem. S tím nechceme být v žádném případě spojováni a jsme proti tomuto názoru. Psychosomatika je regulární medicínskou oblastí a regulárním medicínským oborem.

Bývají oběťmi psychosomatických onemocnění častěji lidé pesimističtí, kteří mají záporný vztah nejen k ostatním, ale i k sobě samým?

Dalo by se to předpokládat. Kdo se neustále utápí v nějakých chmurách a nepracuje s nimi, tak i to může vést k nějakým potížím. Ne nadarmo se říká: veselá mysl, půl zdraví.

Jak přesvědčit nebo přemluvit člověka, že by měl absolvovat psychosomatické vyšetření, když je k tomu skeptický, často s dovětkem, že psychiatra nepotřebuje?



Není na všechno lék a zázraky neumíme. Ale je to i o osobním přístupu, stejně jako u drogové nebo alkoholové závislosti. Pokud si takový člověk myslí, že s takovým problémem nepotřebuje nijak pracovat, protože jím netrpí a nemá osobní vnitřní motivaci, tak s ním nesvede nikdo nic. Zázračnou pilulku nemáme.

Pane docente, existuje duše?

Duše ve smyslu substance neexistuje. Duši tvoří duševní život, tedy pocity, smutky, radosti. Jakmile zanikne činnost mozku, zanikne i tato nadstavba. Duše tedy existuje, ale jako fenomén.

Můj pohled na...

...docenta Berana značí dvě zdánlivě si odporující charakteristiky. První z nich je konzervativnost a druhou otevřenost pro nové přístupy a myšlenky. Konzervativní je ve svém pojetí života nebo při plnění dohod, na něž mu stačí ústní domluva. Na

druhou stranu ta otevřenost novým přístupům se projevuje právě v jeho práci. Vždyť psychosomatice jakožto medicínskému oboru mnozí nevěří dodnes, a on se mu začal věnovat již v 70. letech minulého století. A i když jde o lékaře s více než 50letou praxí, tak po celou dobu své profesní kariéry prosazoval nejen nové metody, ale oproti svým, mnohdy mnohem mladším kolegům, vždy dával důraz na komunikaci, a to nejen se studenty, ale i s pacienty. A už vůbec bych do něj neřekl, že se celoživotně věnuje výtvarné činnosti, své práce pravidelně vystavuje a je členem Sdružení výtvarníků ČR.

Rozhovor vznikl původně pro IPVZ a autorem rozhovoru je zástupce IPVZ Jan Brodský. Vyšlo se souhlasem autora a IPVZ.

Do redakce přišlo 6. 8. 2025



PSYCHOTERAPIE

Recenzovaný časopis pro psychoterapeuty, studenty, výzkumníky i další zájemce o psychoterapii. Posláním časopisu je rozvíjení psychoterapie jako odborné a vědecky podložené činnosti a profese. Časopis vytváří prostor pro sdílení poznatků z praxe, teorie a výzkumu psychoterapie, byl založen 1990 pod názvem *Konfrontace* a od 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie* na katedře psychologie FSS MU v Brně.

www.psychoterapie.fss.muni.cz



POKYNY PRO AUTORY



Vaše příspěvky jsou redakcí vždy vítány. S ohledem na kompatibilitu publikovaných prací s ostatními odbornými periodiky, ke kterým se počítáme, dodržujte, prosím, následující pokyny.

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura. Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší. Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
 Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
 Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
 Literatura
 Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
 Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
 Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

Recenzní řízení je oboustranně anonymní, pokud to naše malé poměry dovolí. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržených pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec.

Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: <https://sites.google.com/site/no-vaio690/schema-a-priklady/lnky-v-asopisech>

