

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

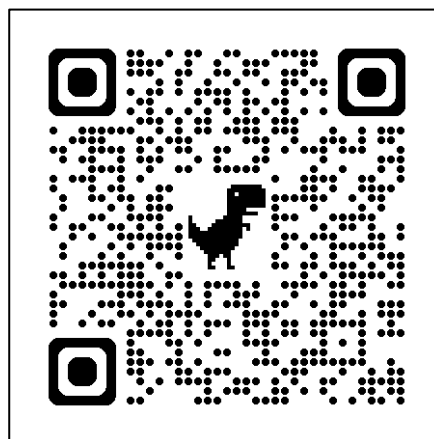
SKT Liberec

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 čísla 15. 1. 2026, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 12. 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 sekci 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. Od roku 2004 je uveřejněn na internetu a dostupný na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/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 lékařské 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
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, PhD., 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

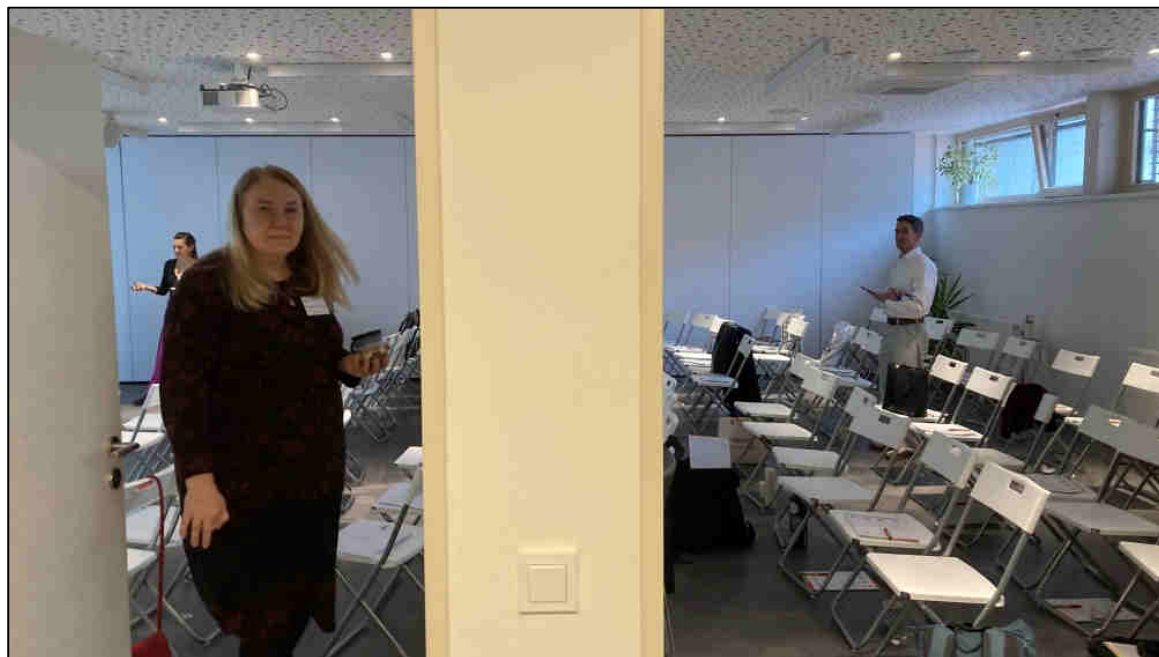


OBSAH

Editorial	4
<i>Vladislav Chvála: Nepodílíme se na rozdělení společnosti?.....</i>	<i>4</i>
Pro správnou praxi.....	7
<i>Radka Mairichová: Držení těla z pohledu rehabilitačního lékaře v psychosomatickém kontextu</i>	<i>7</i>
Věda a výzkum.....	20
<i>Figueroa J., Rajpoot S. S., Nedbalová L.: Psilocybinem asistovaná psychoterapie jako potenciální integrativní přístup v léčbě idiopatických střevních zánětů.....</i>	<i>20</i>
Věda krátce.....	33
<i>Radkin Honzák: Co zmůže dobré slovo!</i>	<i>33</i>
<i>Vědci zjistili, že cvičení se vyrovná terapii deprese.....</i>	<i>34</i>
<i>Silná přátelství mohou doslova zpomalit stárnutí na buněčné úrovni</i>	<i>34</i>
<i>Počet úmrtí ze zoufalství stoupal dávno před nástupem epidemie opioidové závislosti</i>	<i>35</i>
<i>Vědci zahajují projekt za 14,2 milionu dolarů na mapování „skrytého šestého smyslu“ těla.....</i>	<i>36</i>
<i>Úzkost a deprese dětí rychle klesly po znovuotevření škol kvůli covidu</i>	<i>37</i>
Politika, společnost	39
<i>Vladislav Chvála: Grok a já se loučíme s Vladimírem Dvořáčkem</i>	<i>39</i>
Historie	41
<i>Radkin Honzák: Změny výskytu symptomatologie psychických poruch</i>	<i>42</i>
Z konferencí	47
<i>Jan Poněšický: Stabilizační funkce symptomu.....</i>	<i>47</i>
Recenze	51
<i>Vladislav Chvála: 2x z Revue pro analytickou psychoterapii a psychoanalýzu.....</i>	<i>51</i>
<i>Radkin Honzák: Žít bez bolesti.....</i>	<i>54</i>
<i>Veronika Michovská: Psychodrama a sociometrie (Jonathan Fox, Portál).....</i>	<i>55</i>
Akce.....	57
<i>Celostátní konference psychosomatické medicíny v Liberci</i>	<i>57</i>
<i>Agrese a agresivita ve zdravotnictví.....</i>	<i>60</i>
<i>Den rodinné terapie v lékařském domě.....</i>	<i>61</i>
<i>Jarní skupinové dny „Jak zažít skupinu“.....</i>	<i>63</i>
Pokyny pro autory	66



EDITORIAL



ILUSTRACNÍ FOTO: Z XVI. KONFERENCE CKP: PSYCHOSOMATIKA...TENTOKRÁT O MUŽÍCH

VLADISLAV CHVÁLA: NEPODÍLÍME SE NA ROZDĚLENÍ SPOLEČNOSTI?

Vladislav Chvála: Nepodílíme se na rozdělení společnosti?

Psychosomatický přístup v medicíně vybízí pacienty k reflexi jejich života a k hledání významů tělesných symptomů. Neměli bychom mít na sebe jiný metr, takříkajíc kázat vodu a pít víno. Nežijeme ve vzduchoprázdnu, spolu s našimi pacienty prožíváme rozdělení společnosti na nesmiřitelné tábory. Není to jen tak nějaká lokální anomálie, štěpení a rozdělování je fenoménem doby po celém světě. Jako by po období globalizace přišlo vymezování a hledání hranic na všech úrovních. V rodinách, v komunitách, ve velkých kulturních celcích, na kontinentech. Velký globálně sdílený příběh se rozdrobil do malých, ale velmi nesmiřitelných příběhů, které se do sebe pustily hlava nehlava, „až chlupy lítají“, jak se u nás říkávalo. Každý ukazuje na toho druhého: „To on si za-

čal.“ Jenže tatínka, který by nesmiřitelně rozsoudil, není. A tady je prostor pro vlastní reflexi: jak já sám, jak my, jak naše parta, přispíváme ke zničujícímu rozdělování?

Otázka tedy zní: Mohla se psychosomatická medicína nějak podílet na dnešní krizi důvěry? Protože co jiného je zdrojem takové zášti a nesnášenlivosti, jakou dnes a denně slyšíme od naší politické reprezentace, než nedůvěra? Sešel jsem se člověkem, který pevně stojí na straně Motoristů sobě. Je to vzdělaný, zkušený, dospělý muž, rozhodně žádný ufnukaný chlapec, kterému by imponovala stupidní svalnatá mužnost a pubertální sebestředná drzost a bezohlednost politiků, kteří tuhle skupinu drží pohromadě a de-



rou se k moci. A protože o něm vím, že byl hlasitým antivaxerem v době covidu, byl jsem zvědav na to, jak se ke svému postoji dostal. Protože jsme kamarádi, ani naše zcela rozdílné postoje nám v rozhovoru nemohly zabránit. A byl to dobrý podnět k vlastní reflexi.

Kamarád mi vyprávěl, jak se sám „ještě před deseti lety nechal očkovat proti klíšťové encefalitidě, v bláhové důvěře v medicínu.“ Pak ale narazil na kamarády, kteří mu očkování zpochybňovali. Tvrdili, jak je očkování škodlivé, a „že se to nesmí říkat, protože to by velké farmaceutické firmy přišly o kšeft“. A samozřejmě na něj silně zapůsobil zdánlivě odborný článek o vztahu očkování a ADHD u dětí. Jakékoli dodatečné vyvracení takové souvislosti už nemohlo mít účinek. Kraken unikl z klece. Na zpochybňování očkování se bohužel začali podílet i kolegové z oblasti homeopatické metody, kde tato pochybnost zakořenila a neustále prosakuje do společnosti. A na zpochybňování solidnosti farmaceutických firem obecně se zase podíleli někteří z nás, psychosomatických lékařů. Nebo ne?

Do takto připravené atmosféry pochybností přišla pandemie covidu. Rychlost, s jakou se dramatická situace vyvíjela k uzavření celé společnosti, byla závratná. Během krátké doby ztratil jednotlivý občan právo na jakoukoli svobodu. Roušky i při běhu v lese, zákaz opustit okres (ve Wuchanu i jen bytu), zákaz vycházení, zavřené školy, on-line výuka, senioři, kteří měli být vším tím ochráněni, umírali na osamění. A do toho nečekaně brzy přichází velká farmaceutická firma s RNA očkováním. Zatímco my lékaři jsme na takový lék čekali jako na smilování, pro tuhle skeptickou „antivaxerskou“ skupinu to bylo jen potvrzení jejich nejhorších obav. „*Ted' nás budou nutit do očkování jen proto, aby měla firma kšeft.*“ A ti s bujnější fantazií přidali podezření, že je to celé jen vymyšlená kam-

paň, za kterou stojí WHO jako nástroj nějakého bohatce, který se rozhodl redukovat přemnoženou populaci lidstva. Ostatně takové scénáře už viděli v řadě hollywoodských filmů. Vypadá to fantasticky, ale dnes už víme, že lidé z téhle antivaxerské skupiny se prodrali k moci nejen na Slovensku, ale dokonce pronikli do Bílého domu v USA. Důsledky nejsou malé. USA opustilo WHO. Rozklad důvěry se už nedá zastavit. Tenhle kamarád důvěřuje takovým lidem, jako je Raichl. Jedinou pravdivou zprávou o covidu je pro něj Tománkova kniha Průvodce králičí norou. A rozhodně nedůvěřuje veřejnoprávním médiím. Ty jsou pro něj představitelem zlovolné moci. Jak se tohle mohlo stát?

Hlavním motivem antivaxerů se stala svoboda jednotlivce. To není malá hodnota. Celá kultura západu přeci vyznává svobodu individua. Když mi kamarád vypověděl svou cestu k Motoristům, mohl jsem mu říci svůj příběh o covidu. O tom, že scénář o nebezpečí celosvětové infekce je dlouho ve hře. O tom, jak WHO monitoruje vývoj epidemií s cílem, zabránit takovým situacím. Dlouho nebylo otázkou zda, ale kdy toto ohrožení lidstva přijde. Mohl jsem mu vyprávět příběh o vzniku očkování od kravských neštovic k eradikaci černých neštovic. Vyprávěl jsem mu o maďarské biologce Katalin Kirkó, která se nenechala odradit tvrzením, že z mRNA nelze vyrobit očkovací látku, a jen díky své neústupnosti to dokázala právě v momentě, kdy vypukla pandemie covidu po úmorných deseti letech osamělého výzkumu. Ukázalo se, že nikdy neslyšel o tom, že víme, že očkování může mít v jednotlivých případech vedlejší a někdy i velmi vážné vedlejší příznaky, ale že nenahraditelným ziskem za toto ohrožení jednotlivce je kolektivní imunita. Tu ovšem získáme jen při poměrně vysoké proočkovanosti. **Jenže tohle mu nikdo neřekl.** Nebo to prostě nikdy neslyšel.



Vždy slyšel jen o ohrožení jednotlivce. Argumentoval tím, že přeci organismus člověka sám umí vyrobit protilátky. Tady se dostal na pole psychosomatiky: „*Když člověk chce, neonemocní,*“ jak slyšel od Jaroslava Duška, dalšího guru anti-vaxerů, vášnivého zastánce alternativní léčby. Nekriticky mu věří, protože pro ně mluví důvěryhodně. Tenhle kamarád ale uslyšel i mě, když jsem se zeptal, kolik asi je lidí, kteří jsou tak dospělí a rozvinutí, že zůstanou zdraví jen díky tomu, že si řeknou, že neonemocní? Deset procent? Méně? To vyžaduje opravdu hluboký trénink a přírodní způsob života. A riziko nemoci a přijetí faktu smrti. To každý neumí. Většina obyvatel bude v epidemii zdravá jen díky očkování, které bude ale některému z nich škodit. Mluvili jsme dlouho, a asi jsem ho nepřesvědčil. Ale pro mě to byl důvod k zamyšlení.

Rozumí většina lidí složitým komentářům ve veřejnoprávních médiích? Není stav populace už takový, že je pro ně mnohem důvěryhodnější podivná směs češtiny a slovenštiny, vulgarity, a blábolů, kterými se hemží projevy jejich vůdců? Vůbec nerozhodují argumenty, pravdivost nebo složité výklady sociologů, psychologů a všelijak vzdělaných lidí. **Protože oni jim nerozumějí.** Foucault řekl „poznání je moc“. A velká část populace, se obává, že ti chytří lidé, je touto svou mocí přechytračí. Tak raději nevěří ničemu. Tedy ne ničemu, ale alespoň tomu, co se říká ve veřejnoprávních médiích. Jednoduchá logika jim říká, že to

přeci musí být ta hlásná trouba těch nahoře, co je chtějí přechytračit a okrást. A paradoxně raději uvěří naprostým blábolům lidí nevzdělaných, manipulujících davem, který je jim vydán na milost a nemilost. Ovládají je selekcí informací z nepřeborného množství dat, kterými nás zalil internet a ze kterých lze poskládat realitu téměř jakoukoli. Ovládají je proto, aby se sami dostali k moci. A tak tihle lidé raději věří konspiračním teoriím jakéhokoli druhu. Testem jejich důvěry k hlasatelům „alternativní pravdy“ je pak tvrzení, že země je placatá, které se stalo jakýmsi etalonem nedůvěry k oficiálním strukturám naší demokracie.

Psychosomatická medicína by neměla stát mimo pravdu. I když vidíme řadu nevýhod čistě biologické medicíny, jsem přesvědčen, že tady nejsme proto, abychom ji celou zpochybnili, abychom odmítli všechno to, čím medicína disponuje, jen proto, že věříme-a mnohdy i víme, jak mocný je bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci. Jakou sílu má naše psychika. Zpochybňováním medicíny bychom brali pacientům to nejdůležitější: důvěru k lékaři. Ta je patrně tím nejdůležitějším faktorem léčby. Bez ní je jakákoli léčba problematická, ne-li nemožná.

Toto číslo má posílit takovou důvěru. Důvěru ve vědeckou metodu posílenou o intuici a láskyplný vztah k pacientovi. Ať vám přinese užitek.

7. 2. 2026 v Liberci



PRO SPRÁVNOU PRAXI



ILUSTRÁČNÍ FOTO: Z PŘEDSTAVENÍ ALADINOVA LAMPA. POP BALET PRAHA.

RADKA MAIRICOVÁ: DRŽENÍ TĚLA Z POHLEDU REHABILITAČNÍHO LÉKAŘE V PSYCHOSOMATICKÉM KONTEXTU

SOUHRN: V posledních letech pozoruji u lidí změny držení těla, a to zejména zhoršujícím se směrem. Zajímá mě i oblast lidské psychiky a interpersonálních vztahů, a proto mě zajímalo jejich vzájemné ovlivňování a možná souvislost v bio-psycho-sociálním kontextu. Souvislosti a možnost jejich využití při přímé práci s pacientem ilustruje tato kazuistika.

KLÍČOVÁ SLOVA: držení těla, psychika, správný neboli korigovaný sed, správný stoj, propojení těla s psychikou

SUMMARY: MAIRICOVA, R.: POSTURE FROM THE PERSPECTIVE OF A REHABILITATION PHYSICIAN IN A PSYCHOSOMATIC CONTEXT. PSYCHOSOM 2026; 23(1), PP. 7-19

In recent years, I have observed changes in people's posture, especially in a worsening direction. I am also interested in the field of human psychology and interpersonal relationships, and therefore I was interested in their mutual influence and possible connection in the bio - psycho - social context. The connection and the possibility of their use in direct work with the patient are illustrated by this case study.



KEYWORDS: posture, psyche, correct or corrected sitting, correct standing, connection of the body with the psyche

ÚVOD

Pracuji na rehabilitačním oddělení nemocnice jak na ambulanci, tak na lůžkovém rehabilitačním oddělení. Při své práci se setkávám s různým spektrem pacientů, od malých dětí po pacienty různě pokročilého věku.

Na rehabilitační oddělení jsem nastoupila po složení atestace I. stupně z neurologie. Již od počátku jsem pozorovala rozdíl v přístupu k pacientům, a to zejména díky časovému prostoru, který máme na našem oddělení na pacienty k dispozici a od počátku tak bylo více prostoru s pacienty hovořit.

V rámci přípravy k nástavbové atestaci z fyzikální a rehabilitační medicíny jsme se naučili „sáhnout na pacienty“ a osahat si jejich pohybový aparát, dozvěděli jsme základy ergonomie v rámci prevence bolesti pohybového aparátu i informace o somato-viscerálních a viscero-somatických vztazích, tzn. kam se mohou propagovat potíže z vnitřních orgánů do oblasti pohybového aparátu, a naopak jak mohou ovlivňovat potíže pohybového aparátu vnitřní orgány. Toto byly základy mého komplexního pohledu na pacienta.

Během dalších studií v rámci lékařské praxe (akupunktura, homeopatie, EAV...) se mi otevřely další obzory. Ukázalo se, že je důležité zohlednit řadu věcí a faktorů, které běžná čistě somatická medicína nebere v potaz. Opakovaně jsme byli upozorňováni na význam vztahů-rodině, v kolektivu... o nutnosti zajímat se o pocity pacientů, na jejich prožívání. Důraz byl kladen i na podrobnou anamnézu – somatických, ale i psychických obtíží, i na jejich vývoj v čase. Když nad tím tak

zpětně přemýšlím, tak by se to dalo s velkou nadsázkou připodobnit k „časové ose“.

Přesto všechno jsem ne vždy nacházela odpovědi na všechny otázky od pacientů, proč se jim to či ono děje, ale ani jsem nedokázala vždy pochopit, proč se pacienti stále vrací do rehabilitační ordinace s různými obtížemi, proto jsem hledala odpovědi v psychosomatické medicíně.

Ve svém přístupu se snažím hojně využívat kromě běžné anamnézy, hovoru, vyšetření a „napravení“ i principů školy zad a základy ergonomie. A čím déle pracuji v rehabilitaci, tím více mám pocit, že pokud bychom zvládali správně stát, sedět a chodit, měli bychom v rehabilitačních ambulancích výrazně méně práce a možná by pacienti měli život veselejší.

Největší smysl řešení držení těla a fungování ve správných pozicích mi dává u náctiletých a dospívajících, kde si mohou pacienti změnou svého držení ušetřit do budoucna hodně zbytečných obtíží. A právě náctiletí jsou jednou z částí spektra přicházejících pacientů. Přicházejí z různých důvodů – na žádost rodičů, na doporučení PLDD pro vadné držení těla nebo pro bolesti zad nebo končetin, slabosti těla, bolesti hlavy. A je jasné, že právě procházejí dramatickými proměnami svého těla v měnícím se světě. Chybné pohybové stereotypy a problematická adaptace na dospělost je může poznamenat na celý život.

To je přesně důvod, proč mi dává smysl věnovat pozornost držení těla právě u náctiletých, před dokončením růstu. Vždy je důležité, proč pacient do ordinace



přichází. Pokud přichází pouze proto, že má doporučení od PLDD pro vadné nebo chabé držení, ev. skoliózu, tak většinou nemívá dostatečnou motivaci něco změnit nebo na sobě či se sebou pracovat. Pokud však přichází, protože má již nějaké bolesti či jiné obtíže, pak bývá jeho motivace se sebou pracovat rozhodně větší. Zvláště pokud je náctiletý limitován v činnostech, které by rád vykonával – např. sport nebo hra na hudební nástroj či jiné koníčky.

Součástí mého vyšetření je somatické vyšetření, kterému ale předchází poměrně dlouhé doptávání na somatické potíže pacienta, ale i v „bio-psycho-sociálním kontextu“. Tzn. že se zajímám o rodinu – rodiče, sourozence, další příbuzné, o školu – učitele, spolužáky, sporty, koníčky, oblíbené, ale i o neoblíbené činnosti... na to,

KAZUISTIKA

První vyšetření 9. 6. 2023

Do ordinace rehabilitačního lékaře přichází pacientka D.B., ročník 2009, na doporučení její PLDD se žádostí o specializované vyšetření a návrh terapie pro stížnosti na intenzivní bolesti zad s maximum mezi a nad lopatkami, držení v permanentním přetočení, zjevné vadné držení těla (VDT).

Na první vyšetření přichází v doprovodu obou rodičů, matky i otce. Má na sobě široké džínsy, volnou mikinu, tmavé rozpuštěné vlasy, které ji poměrně výrazně zakrývají obličej. Aktuálně je studentka 7. třídy základní školy, věk 13 let. Na kladené otázky pacientka odpovídá tiše, na některé otázky kladené pacientce odpovídají rodiče.

Bolesti zad má již delší dobu, asi od září 2022, a maximum obtíží je v oblasti ThL přechodu. Aktuálně nesportuje, zkoušela v minulosti softball, ale to ji ne bavilo, proto skončila.

kdy potíže vznikly, jak se vyvíjely v čase, za jakých okolností se objevily nebo změnily.

A díky tomuto stylu vyšetření jsem začala pozorovat různé spojitosti mezi držením těla a psychickým rozpoložením pacientů. A protože jsem somatický lékař, tak naprostá většina pozornosti a terapie je směřována na tělo. Opakovaně jsem pozorovala, že pokud pacienti spolupracují a snaží se něco změnit dle doporučení, zlepšuje se držení těla, ale zároveň se mění i chování a psychické rozpoložení.

Tento přístup se mi vyplácí, a proto bych ho chtěla demonstrovat na kazuistice jedné náctileté pacientky, která byla do ordinace odeslána PLDD pro bolesti zad.

Z psychomotorického vývoje – chodit začala v deseti měsících, po čtyřech lezla jen velmi krátce.

Menzes od 11 let.

Ve třídě se cítí velmi nekomfortně, nemá tam moc žádné kamarády, ani mezi děvčaty, ani mezi kluky. Zhoršení sociální situace nastalo během covidu, kdy ve věku 10–11 let byla převážně doma, odloučena od sociálních kontaktů, od kamarádů. Po návratu do školy po covidu se začala cítit dost nejistě a do kolektivu se jí moc chodit nechtělo.

Objektivní rehabilitační nález a ošetření (výpis z dokumentace):

Astenický habitus, 160 cm/43 kg, zvýšená laxita vaziva, hyperkyfosa Thp, sed velmi kulatý s předsunutým držením hlavy, četné kožní zářezy v oblasti břicha, šíje do anteflexe volně, rotace i inklinace Cp ad bilat. volně, žebra bilat. volná, omezené pružení Th3-L2, rr na HKK i DKK sym



výbavné, pyr jj irit 0, čítí zach, sešíkmení pánve doleva, rotoskoliosa Lp doprava, L rameno je výše, úklon hlavy doleva, plochá až inverzní bederní lordosa, valgosní postavení obou pat

Ošetření: mobilizace Thp a žeber

Závěr: Chabé držení těla s rotoskoliózou a hyperkyfózou Thp, plochou až inverzní bederní lordózou

Doplnění Rtg Th, Lp vestoje. Doporučena ambulantní RHB při vadném držení těla a rotoskolióze, doporučeno ev. skupinové cvičení dle Smíška.

Podrobně poučena o správném držení těla vsedě i vestoje, vysvětleno podrobně na principech biomechaniky a za použití velkého zrcadla. Vysvětlena důležitost správného postavení pánve vsedě a vytažení za hlavou vsedě i vestoje pro celý organismus – zmírnění bolestí, zlepšení dýchání i pro vnímání pacientky okolím.

Rtg hrudní a bederní páteře: sinistroskolióza Cp, téměř napřímená krční lordóza, mírná sinistroskolióza Thp, dextrorotace horní a dolní Thp, sinistrorotace střední Thp, kyfóza zvětšená, mírná sinistrokonvexní skolióza Lp do 10st dle Cobba, bederní lordóza plošší, posunutá dorsálně, normální nález na obou SIS, neúplné krytí hlavic obou femurů, méně vpravo

Pacientka přes prázdniny docházela na ambulantní RHB, doma se snažila si trochu cvičit. Netrávila tolik času vsedě jako ve školním roce.

1. kontrola 21. 9. 2023

Na kontrolu přichází již pouze s otcem, který se často zapojuje do odpovědí na otázky kladené pacientce. Proto se ptám nejprve pacientky, a pak otce, zda by jim nevadilo, kdyby otec počkal v čekárně. Oba s tím souhlasí. Tím se otevírá prostor k otevřenému rozhovoru, kterému je poněkud plašší pacientka kupodivu velmi

otevřená. Stran somatických obtíží jsou bolesti nyní po RHB a po prázdninách trochu mírnější, bolesti se přesunuly více mezi lopatky.

Doplněna sociální anamnéza:

Matka 43 let, pracuje jako kadeřnice, kadeřnictví má doma, pracovní doba 8–17 hodin, o víkendu nepracuje, ale i přesto má na pacientku a její potíže jen minimum času, moc si s ní nepovídá, a pokud za ní pacientka s něčím přijde, tak toho spolu moc nevyřeší.

Otec 59 let, nyní pracuje v technickém muzeu, přechodně nepracoval, pohybuje se kolem softballu, proto chtěl, aby i pacientka softball hrála.

Polorodá sestra nar. 1990, z otcova prvního manželství, která je aktuálně na RD s dcerou narozenou 8/23, nikdy však s pacientkou nesdílely společnou domácnost, kontakt s ní má pacientka omezený, asi jednou za 2 měsíce

Sestra nar. 2003, která aktuálně žije mimo společnou domácnost se svým přítelem, je vyučená kuchařka, nyní pracuje v Bauhausu, v době vyšetření spolu s pacientkou sdílely společný pokojíček a moc spolu nevycházely.

V době kontroly ve škole zatím nic moc, ale snaží se fungovat v okruhu 3–4 kamarádek, s kluky to zatím moc nejde. Má stále pocit, že doma jí nikdo moc nerozumí a že hlavně nikdo moc nevidí, že se necítí úplně dobře. Jednou navštívila v doprovodu mamky pedagogicko-psychologickou poradnu, žádný záznam ale nedostaly a ani zpětně se ho nepodařilo získat.

Během rozhovoru se pacientka zdá již celkem uvolněná, je jí vidět do obličeje a podaří se i společně zasmát. Bolesti zad sice ještě jsou, ale jsou mírnější a změnila se lokalita, maximum bolestí se posunulo



kraniálně mezi lopatky. Sezení si snaží hlídat, aby byl sed korigovaný, tzn. rovný, vzpřímený, bez kyfotizace hrudní páteře. V ordinaci ho dokáže ukázat, a dokonce v něm i vydržet po většinu doby v ordinaci.

Mezi koníčky pacientky patří kreslení a malování, dochází jednou týdně i do ZUŠ na kresbu

Při vyšetření provedena mobilizace ThL přechodu, Thp a středních žeber, která byla blokována. Dostává doporučení ještě pokračovat v ambulanci RHB a vyzkoušet cvičení dle Smíška na podporu korekce držení těla, a zejména v oblasti hrudní páteře.

Pacientka s navrženým postupem souhlasí, i s kontrolou za tři až čtyři měsíce.

8. 2. 2024 2.kontrola

Do ordinace již pacientka automaticky vstupuje bez otce, jako usměvavé děvče. Docházela na ambulanci RHB, naučila se cvičení podle Smíška, které si cvičí i sama doma. Bolesti zad jsou minimální, pokud se bolesti zad objeví a pacientka si zacvičí, tak se jí uleví. Snaží se hlídat si držení těla vsedě i vestoje.

V objektivním nálezu již nedominuje prohloubená hrudní kyfóza, ta je již plošší, pacientka si hlídá aktivní a korigovaný sed i stoj, a to po celou dobu v ordinaci. Dle klinických známek na těle si své držení hlídá i mimo ordinaci – nejsou tak výrazné kožní zářezy na břicho (při chabém držení těla vsedě s prohloubenou hrudní kyfózou je i kyfotizace bederní páteře a ohyb v oblasti břicha).

Doma má již více prostoru k hovoru jak s mamkou, tak s taťkou. Sama si čas na hovor s rodiči hledá, aktivně hovor vyhledává a dostává se jí více pozornosti a péče. Ve škole se již cítí také lepe, je již více otevřená všem dětem, zapojuje se do hovoru i s kluky.

Domluvena kontrola za pět až šest měsíců, ponecháno bez ambulantní RHB, doporučeno pouze hlídání držení těla a individuální domácí cvičení dle předchozí instruktáže.

3. 10. 2024 3. kontrola po šesti měsících

Od předchozí kontroly ponechána bez ambulantní rehabilitace, dodržuje pouze režimová opatření, pouze občas se objevují bolesti mezi lopatkami, se kterými si umí poradit – protáhne se, zacvičí si a bez analgetik bolesti odeznívají. Snaží se hlídat si držení těla a má pocit, že se jí to celkem daří a že ji to již nestojí tak velké úsilí v korigovaném držení setrvávat.

Přetrvává uspokojivý vztah s rodiči, o pozornost si umí říct, má pocit, že výrazněji nestrádá. Do školy již chodí zcela bez problémů, nemá potíže se spolužáky, je schopna se bavit s kýmkoli. Cítí se si být celkem jistá sama sebou.

21. 2. 2025 kontrola po čtyřech měsících

Od minulého vyšetření se přidaly bolesti hlavy, pro které je vedena na neurologii. Bolesti jsou ale spíše tupé, má pocit svírání hlavy a zatím u bolestí hlavy nezvracela. Hormonální antikoncepci nebere, na bolesti si bere Panadol nebo to zkouší zaspát. Snaží se spát 7 až 8 hodin, na telefonu nebo u PC je cca 3 až 4 hodiny denně ve všední dny, o víkendu spíše více (6 až 8 hodin). Nyní má před sebou přijímačky na střední školu, možná je i trochu více ve stresu. V lednu jí zemřela babička (mamka mamky na Ca jícnu), i to ji zasáhlo, měly spolu hezký vztah.

Objektivní rehabilitační nález: kyfózu v oblasti Thp koriguje vsedě i vestoje, již bez předsunutého držení hlavy, přetrvává kyfotizace dolní Thp a horní Lp, kde jsou



viditelné i obratlové trny, šíje do ante-
flexe volně, rotace i inklinace Cp doprava
volně, mírně váznou doleva v celém roz-
sahu, blokáda AO skloubení bilat, blo-
káda V.-VIII. žebra l.dx, III.-VII. žebra
l.sin, omezené pružení Th4-9, Th11-L2, rr
na HKK i DKK sym výbavné, čítí zach, se-
šikmení pánve doleva, lehce nutace
pánve dx ventrálně, abreviace LDK cca do
1cm, rotoskolióza Lp doleva, plochá be-
derní lordóza s vrcholem L1/2, ale zvládá
korigovat, již není valgózní postavení pat,
hlídá si to, bez podélného plochonoží, ex-
tenze v kolenou sin větší, manévry na me-
nisky negativní, hypertonus pánevního
dna, bolestivá kostrč s deviací doleva

Při vyšetření provedena mobilizace Thp,
žeber, AO skloubení... instruktáž o vhod-
nosti omezení času tráveného na mobilu,
o vhodnosti přidání pravidelné pohybové
aktivity do běžného denního režimu.

Doma se již cítí dobře, kontakt s rodiči je
bez obtíží, řešení všedních obtíží je bez
potíží.

Ve škole je schopna se bavit s každým,
částečně se jí změnil okruh blízkých přátel.
S učiteli již také nemá problém.

ÚVAHY

Na výše sepsané kazuistice jsem chtěla
poukázat na provázanost somatického
stavu a psychiky, na jejich vzájemné
ovlivňování, a to oběma směry.

Bylo zde demonstrováno, že se změnou
držení těla šlo ruku v ruce i zlepšování
psychického rozpoložení pacientky a
vlastně došlo k celkovému zkvalitnění je-
jího života, což ona sama tak vnímá
[1,2,9].

S adolescenty ve věku 11–18 let z tohoto
důvodu pracuji velmi ráda, protože po-

11. 7. 2025 poslední kontrola

Pacientka je přijata na Střední průmyslo-
vou školu stavební, kam chtěla nejvíce.
Byla přijata i na druhou školu, kterou
měla jako záložní plán.

Žádné obtěžující bolesti již nemá, držení
těla si již téměř nepotřebuje hlídat, pro-
tože si na něj již zvykla a má pocit, že už
to ani jinak nejde. Pokud si někdy
stoupne nebo sedne jinak, tak se objeví
diskomfort a pacientka se opakovaně
vrací do korigovaného sedu a držení těla,
které jí vyhovuje.

Má kolem sebe dost přátel, nemá potíže
chodit ven a těší se do nové školy. Doma
je zatím vše v pořádku, komunikace s ro-
diči je bez obtíží. Celkově se cítí velmi po-
hodově, v současné době ji nenapadají
věci, které by jí působily potíže nebo s čím
by si nedokázala poradit.

Proti mně sedí velmi komunikativní us-
měvavá, decentně oblečená dívka, která
vypadá velmi spokojeně.

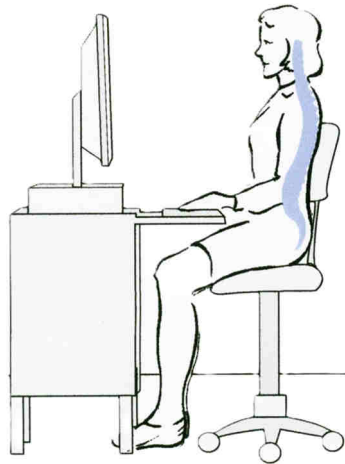
Fotodokumentace: viz příloha

kud se podaří ovlivnit držení těla, tak se
většinou podaří alespoň částečně zlepšit
jejich kvalitu života na několika úrovních
– somatických, výkonnostních, ale i psy-
chických, a ty se navzájem ovlivňují. U
sportovců může dojít k zlepšení sportov-
ních výkonů díky zlepšené koordinaci, a
tím i k prevenci zranění či přetížení pohy-
bového aparátu, což opět přispívá k psy-
chické pohodě a uspokojení. [1,2, 11].
K následujícím úvahám o bio-psycho-so-
ciálních souvislostech je třeba vycházet ze
zkušenosti správného (fyziologického)
držení těla.



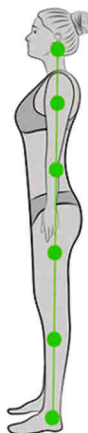
Správné držení těla

Vsedě:



- DKK jsou rozkročeny na šířku ramen
- Kyčelní a kolenní klouby svírají tupý úhel, paty jsou pod nebo mírně před kolenními klouby
- Pánev je naklopena lehce do antevertze, tzn. osa sakra je mírně před těžnicí
- Páteř je napřímená, díky anteflexi pánve se koriguje hrudní kyfóza
- Brada lehce zasunutá, svislice spojuje ucho, ramenní kloub a velký trochanter
- Ramenní klouby rozložené do šířky a spuštěné co nejvíce od uší, hrudní kost postavena vertikálně

Vestoje:



- Vytažení trupu nahoru za hlavou
- Brada lehce zasunutá
- Páteř je napřímená, hrudní kost postavena vertikálně, není sklopena dopředu ani dozadu, bránice je tak v horizontálním postavení
- Ramenní klouby rozložené do šířky a spuštěné co nejvíce od uší, vhodné „přilepení lopatek“ na hrudník
- Nohy na širší pánve, špičky směřují dopředu, opora 3 bodů – pata, 1. a 5. metatarz, ideálně lze tlačit V. metatarz do podložky, čímž se aktivuje hluboké břišní svalstvo, tím dýchání do břicha a stabilizuje se trup [4,5,6,7,8]

Správné fyziologické držení těla má vliv na různé části lidského organismu

Může pozitivně ovlivnit jak fyzické, tak i psychické zdraví [1,2,4,9]. Zde je přehled hlavních oblastí, které může správné držení těla zlepšit:

1. Na pohybový aparát a prožívání bolesti

- snižuje napětí v pohybovém aparátu a tím i bolest zad, kloubů a končetin
 - předchází přetížení kloubů, vazů a šlach, díky ideálnímu postavení v kloubech
 - pomáhá předcházet deformitám a degenerativním změnám páteře (např. prohloubená hrudní kyfóza, předsunuté držení hlavy)
 - menší riziko bolestivých blokády a chronických problémů [4,5,8]
- ### 2. Na dýchání a cirkulaci
- správně vzpřímený hrudník umožňuje hlubší a efektivnější dýchání, zapojení hlubokého břišního svalstva i díky správnému horizontálnímu postavení bránice
 - lepší okysličení těla a mozku, uklidnění nervového systému



- zlepšení funkce krevního a lymfatického oběhu [1,4]

3. Na trávení a vnitřní orgány

- méně tlaku na břicho → lepší trávení
- správná poloha orgánů v dutině břišní
- může zmírnit pálení žáhy či G-E reflux (pokud jsou způsobené stlačováním žaludku, ev. hiátovou hernií) [4,5]

4. Na fyzickou výkonnost

- efektivnější pohyb při sportu i běžných činnostech, díky možnosti zapojení hlubokého břišního svalstva, tzv. core (středu těla)
- zlepšení koordinace, odlehčení končetin [6,8]

5. Na psychiku (prožívání) a vnímání sebe sama

- působí sebevědomějším dojmem, a to ovlivňuje vnímání jedince okolím, ale i sebou samým
- zlepšuje náladu a snižuje stres
- podporuje soustředění, bdělost, lepší koncentraci a energii [1, 2, 3, 9]

Vliv psychických stavů na držení těla:

1. Stres a úzkost

- zvýšené napětí trapézů a šíje, obranné držení
- ramena vytažená k uším, předsunutá hlava, „uzavřené držení těla“
- zrychlené mělké dýchání (horní polovinou hrudníku, není zapojení bránice a chybné dýchání do břicha)

2. Deprese, smutek a skleslá nálada

- kulatá záda, svěšená ramena, předsunutá držení hlavy, pohled dolů

- snížená aktivace hlubokých svalů trupu a stabilizačních svalů
- menší ochota k pohybu, delší sezení či ležení, a to i v nevhodných, zejména flekčních polohách

3. Chronická únava, vyhoření

- pasivní držení těla (prohloubená bederní lordóza v oblasti LS přechodu, hyperkyfóza Thp, předsunutá držení hlavy s extenzí v oblasti krku)
- oslabení posturálních svalů, chabé držení těla
- menší či nulová motivace korigovat polohu těla

4. Strach a nejistota

- tendence k „uzavírání se“ – přitahování ramen dopředu, hrudník stažený
- předsazování hlavy, menší dechová kapacita, zrychlený dech
- ochranný postoj těla

5. Perfekcionismus, nadměrná sebekontrola

- naopak často vede k **přepjatému držení těla** – přehnaně rovná záda, napjaté svaly, „ztuhlost“

6. Sociální nejistota, stud

- tělo se snaží být „méně viditelné“ → shrbení, zatažený hrudník, ruce u těla nebo překřížené před tělem,
- omezený oční kontakt, sklopená hlava

7. PTSD (posttraumatická stresová událost) nebo dlouhodobý stresový stav

- permanentně zvýšené svalové napětí,
- připravenost k „útěku/boji“ → ztuhlá šíje, ramena vpřed [2, 9]

Na základě psychosociálních studií je předpoklad, že **chabé držení těla se**



častěji vyskytuje u dětí z rozpadlých či dysfunkčních rodin než u dětí z dobře fungujících rodin.

Některé bio-psycho-sociální souvislosti:

1. Psychický stres a napětí

Děti v rozpadlých nebo konfliktních rodinách bývají vystaveny vyšší míře stresu, úzkosti či nízkému sebevědomí. Psychický stres se pak u nich často fyzicky projevuje jako **hrbení, pokleslá ramena, stažený hrudník**, tedy chabé držení těla.

ZÁVĚR

Na závěr si dovolím shrnutí. Na postuře neboli držení těla se podílí řada faktorů – fyzických, psychických i sociálních. **Držení těla tedy není jen „mechanika svalů“**, ale i **odraz psychického nastavení**.

Je zde nutné ještě připomenout, že žijeme v době, kdy se postupně mění celkový životní styl, a to také v mnoha ohledech. Mění se radikálně způsob našeho života, kdy se postupně vyřazuje přirozená pohybová aktivita, např. u dětí jen zřídka vídáme spontánní hry venku, lezení po stromech, běhání apod. Postupně přibývá dětí, pro které je tělocvik noční můrou a stoupá počet dětí, které se za asistence rodičů tělocviku vyhýbají úplně. Postupně se vyřazuje i dříve běžná fyzická aktivita kolem hospodářství, domů, chůze během všedního dne – např. do práce většina lidí volí automobil nebo MHD místo chůze. Během dne převládá flekční držení těla. A začíná to již u batolat, která jsou trvale v některých sportovních kočárcích s flektovanými nožičkami, a to jak v kyčlích, ale i kolenou a mají možnost být pouze sklopeni, nikoli se položit s nataženými dol-

2. Nedostatek pozitivního vzoru

Funkční rodiny často podporují zdravé návyky: pravidelný pohyb, sport, ergonomické sezení, korekční cvičení. Děti z rozpadlých rodin mohou postrádat dohled a podporu, takže **špatné držení těla se u nich upevňuje**.

3. Sociální a emoční faktory

Děti z rozpadlých rodin se mohou cítit méně sebevědomě, více introvertně či uzavřeně – to se odráží v jejich postuře. Funkční rodiny naopak posilují sebevědomí a tělesnou jistotu, což podporuje vzpřímené a stabilní držení těla. [10]

ními končetinami. Navíc často už nyní ztrácí dítě kontakt s matkou, protože v kočárku leží obvykle obličejem ke směru jízdy. V dalším vývoji přibývá času stráveného vsedě, a to většinou ve zcela nevhodném a často i asymetrickém sedu a opět s převahou flexe DKK a „kulatými“ zády. To se umocňuje se zvyšujícím se časem stráveným „na mobilu“ nebo u počítače. Zde se ještě nejde nezamyslet, zda čas strávený na mobilu nebo počítači ovlivňuje jenom zhoršování postury nebo také psychiky. Jedinci na mobilu nebo PC vyhledávají především barevná videa, u kterých není třeba přemýšlet, a hry, které mají hodně daleko k reálnému životu. Jedinci se tak pohybují ve virtuálním světě, kde nejsou vystavováni přirozenému a zdravému stresu a překážkám všedního života. To by mohl být i jeden z důvodů ochabující psychické odolnosti zejména mladších jedinců. [4, 9, 10, 12, 13]

Duševní rozpoložení bývá i odrazem fungování, respektive nefungování rodin (jak bylo uvedeno výše) a potažmo i celých společností. S rostoucím počtem nefunkčních rodin se zde mohou objevovat



další otázky. Jak budou do budoucna fungovat děti z nefunkčních rodin, v jaké budou psychické pohodě a zda se jim pak bude dařit zvládat správné držení těla? Anebo z jiného pohledu, kolik lidí, kterým se rozpadl vztah, mělo vadné držení těla, potažmo více či méně narušené psychické zdraví? Anebo ještě z jiného pohledu, kolik dospívajících jedinců s vadným držením těla bude natolik v psychické pohodě, že dokáže vytvořit stabilní pár schopný vychovávat „zdravé děti“?

Nedá mi to zde ještě nezmínit, že na základě mé osobní praxe se domnívám, že stoupá procento hypermobilních jedinců. Jejich vazivo je volnější, kloubní rozsahy větší, pohybová koordinace horší, svalový korzet ochablší, tzn. že jejich pravděpodobnost vadného držení je ještě vyšší než u jedinců bez volnějšího vaziva.

Do redakce přišlo 9.10.2025

Po recenzi a úpravách zařazeno k tisku 15.1.2026

Konflikt zájmů není znám.

A úplně na závěr mi dovoluete otázku či podnět k zamyšlení. Jakou cestou se vydat k „uzdravení lidstva“? Cestou apelující na fyzickou a fyziatrickou korekci postury – správného držení těla, a tím na zvyšování psychické odolnosti a pohody? Nebo naopak důrazem na trénink psychické odolnosti, dlouhodobé psychoterapeutické intervence?

Ideální je, pokud se pracuje současně na stránce fyzické (cviky, návyky) i psychické (relaxace, dech, práce s emocemi), nejlépe v kombinaci s rodinou či párovou terapií, kdy výsledný efekt je ještě mnohem silnější.

Coby rehabilitační lékař povedu ve své praxi i nadále své pacienty ke korigovanému držení těla s nadějí, že se jimlepší psychická kondice a potažmo se zmírní i psychosomatické obtíže.

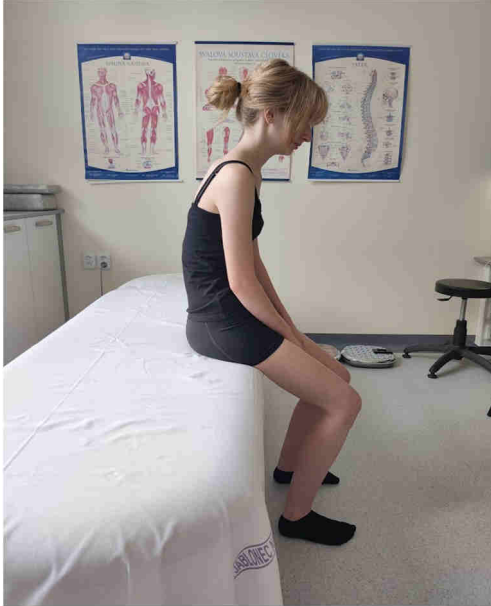


V. Příloha

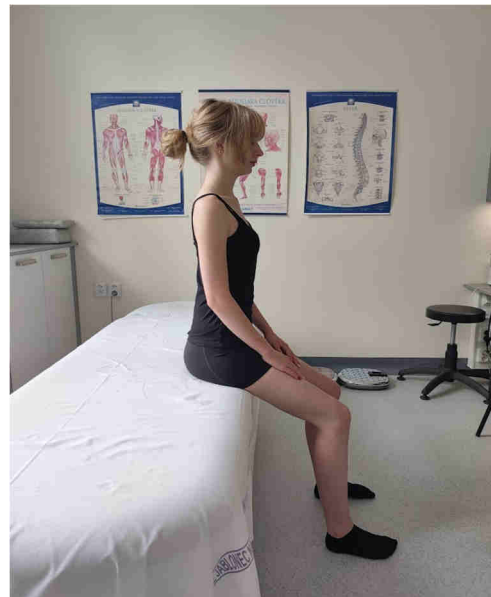
Fotodokumentace:

1. Sed

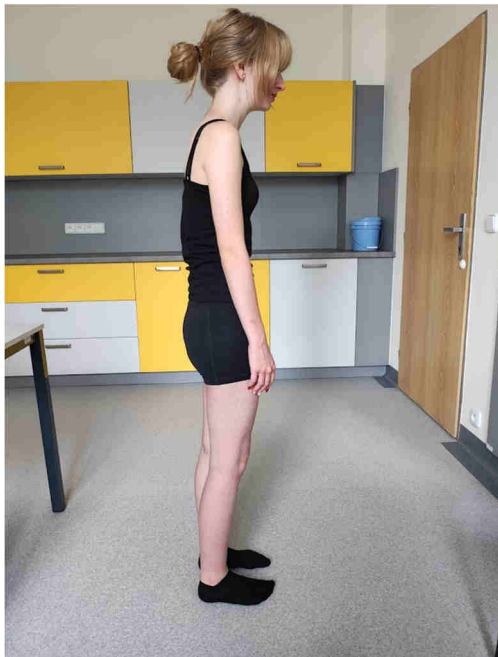
- vlevo pokus o napodobení držení těla při prvním vyšetření, neboť se běžně fotodokumentace při rehabilitačním vyšetření nepožizuje



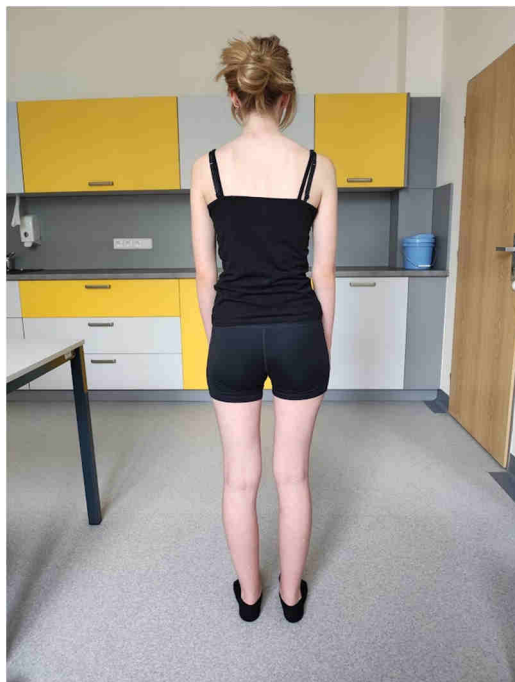
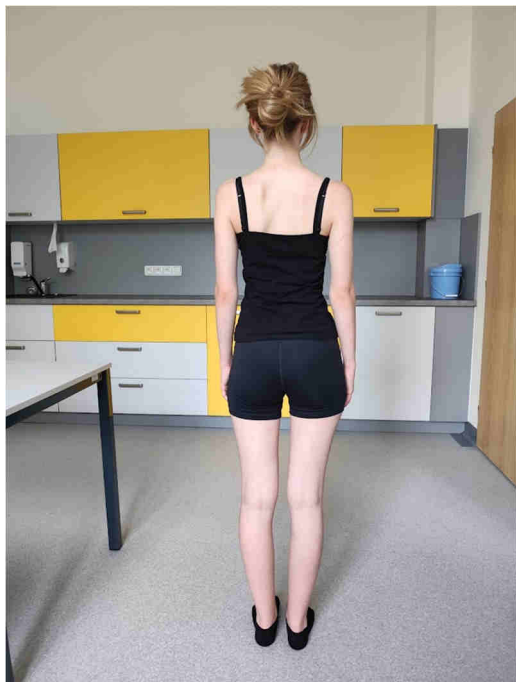
- vpravo korigované držení po terapiích, které pacientka dokáže bez obtíží dodržovat během dne



2. Z boku



3. Stoj zezadu



LITERATURA

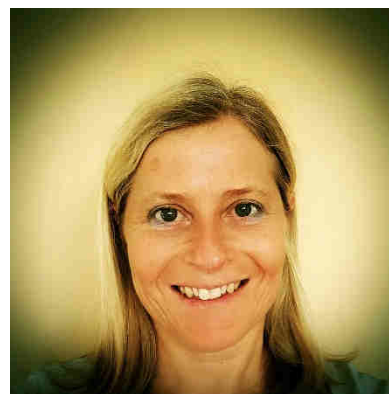
1. **NAIR, Smita**, Sagar, Mala, Sollers, John, Consedine, Nathan, Broadbent, Elizabeth. *Do slumped and upright postures affect stress responses? A randomized trial.* Health Psychology, 2015, roč. 34, č. 6, s. 632–641.
2. **PEPER, Erik**, Lin, Iris-Grace, Harvey, Richard, Perez, Jackie, Harvey, Laura. *Posture and Mood: Postural Feedback on Emotional Experience and Resistance to Depression.* Biofeedback, 2017, roč. 45, č. 2, s. 36–41.
3. **MICHALAK, Johannes**, Rohde, Kirsten, Troje, Nikolaus F. *How we walk affects what we remember: Gait modifications through biofeedback change depressive cognition.* Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2015, roč. 46, s. 121–125.
4. **TWENGE, Jean M.** *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy—and Completely Unprepared for Adulthood.* New York: Atria Books, 2019. ISBN 978-1501151989.
5. **KOLÁŘ, Pavel.** *Rehabilitace v klinické praxi.* 2. vyd. Praha: Galén, 2020. ISBN 978-80-7492-476-2.
6. **LEWIT, Karel.** *Manuální medicína: diagnostika a léčba funkčních poruch pohybového systému.* 3. vyd. Praha: Sdělovací technika, 2003. ISBN 80-86645-03-3.
7. **SMÍŠEK, Pavel.** *Spirální stabilizace páteře: rehabilitace, cvičení, regenerace.* Praha: SPS Center, 2011. ISBN 978-80-260-0352-2.
8. **GRAHAME, Rodney**, Bird, Howard A., Child, Anne. *The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS).* Journal of Rheumatology, 2000, roč. 27, č. 7, s. 1777–1779.



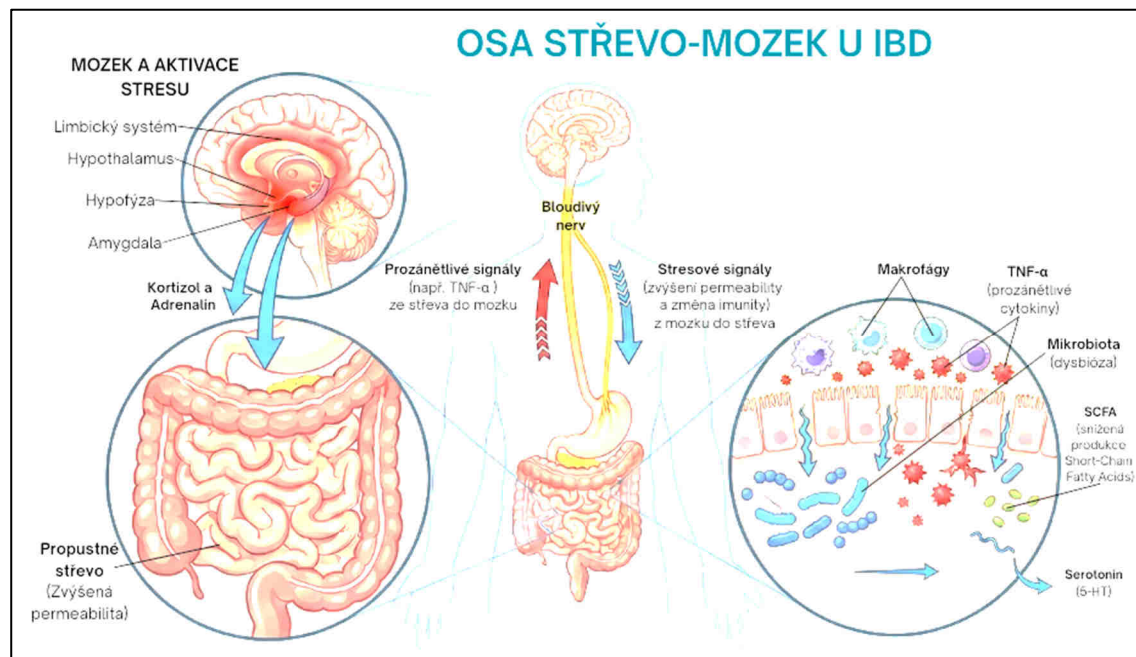
9. **McGILL, Stuart.** *Low Back Disorders: Evidence-Based Prevention and Rehabilitation.* Champaign: Human Kinetics, 2016. ISBN 978-1492520962.
10. **KELEMAN, Stanley.** *Anatomie emocí: emocionální struktura těla.* Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-1.
11. **SHONKOFF, Jack P.,** Garner Andrew. *The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress, *Pediatrics*, 2012, roč. 129, č. 1, s. 232–246.*
12. **BEEKEN, Jenny, Lopez Patricia.** *Držení těla a jeho vliv na mysl.* Bratislava: Eugenika, 2024. ISBN 978-80-8100-738-5
13. **SPITZER, Manfred,** *Digitální demence. Jak připravujeme sami sebe a naše děti o rozum.* Host, 2014. ISBN 978-80-7294-872-7
14. **STRNADOVÁ, Markéta.** *Z lásky k pohybu. Zdravě hrajě,* 2022. ISBN 978-80-11-00816-1

AUTORKA: MUDR. RADKA MAIRICOVÁ

Po škole v roce 1998 nastoupila na neurologické oddělení Masarykovy nemocnice v UL, v roce 2001 atestace z neurologie I. stupně a nástup na rehabilitační oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, kde pracuje doposud. V roce 2004 atestace z FBLR, 2004-5 kurz akupunktury při IPVZ, 2009 kurz EAV, 2010-11 kurz homeopatie při HLA, 2019 zahájení studia psychosomatiky. A jinak matka na plný úvazek 2 pubertálních chlapců, která miluje hory.



VĚDA A VÝZKUM



1 OSA STŘEVO-MOZEK U IBD

FIGUEROA J., RAJPOOT S. S., NEDBALOVÁ L.: PSILOCYBINEM ASISTOVANÁ PSYCHOTERAPIE JAKO POTENCIÁLNÍ INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP V LÉČBĚ IDIOPATICKÝCH STŘEVNÍCH ZÁNĚTŮ

SOUHRN

Úzkostné a depresivní příznaky jsou u idiopatických střevních zánětů (IBD) velmi časté a významně zhoršují kvalitu života, adherenci k léčbě i průběh onemocnění. Psychoterapie a antidepresiva prokazatelně zmírňují psychické symptomy, jejich robustní a konzistentní vliv na somatické ukazatele aktivity IBD je však zatím omezený. Nové poznatky o ose střevo–mozek, serotoninergní signalizaci a autonomní regulaci naznačují, že psilocybin (agonista 5-HT_{2A} receptorů) by při podání ve strukturovaném psychoterapeutickém rámci mohl představovat duálně působící modalitu, která ovlivňuje jak psychické procesy, tak psychoneuroimunitní regulaci. Preklinická a raná klinická data podporují hypotézu protizánětlivých, neuroplastických a autonomně modulačních účinků, nicméně klinické důkazy účinku psilocybinem asistované psychoterapie (PAP) na aktivitu IBD v současnosti chybí. Cílem článku je shrnout poznatky o psychických komorbiditách u IBD, diskutovat limity současných přístupů a představit opatrný racionální rámec pro PAP jako potenciálně integrativní přístup působící na tělo i mysl, včetně klíčových bezpečnostních a proveditelnostních otázek pro budoucí studie.

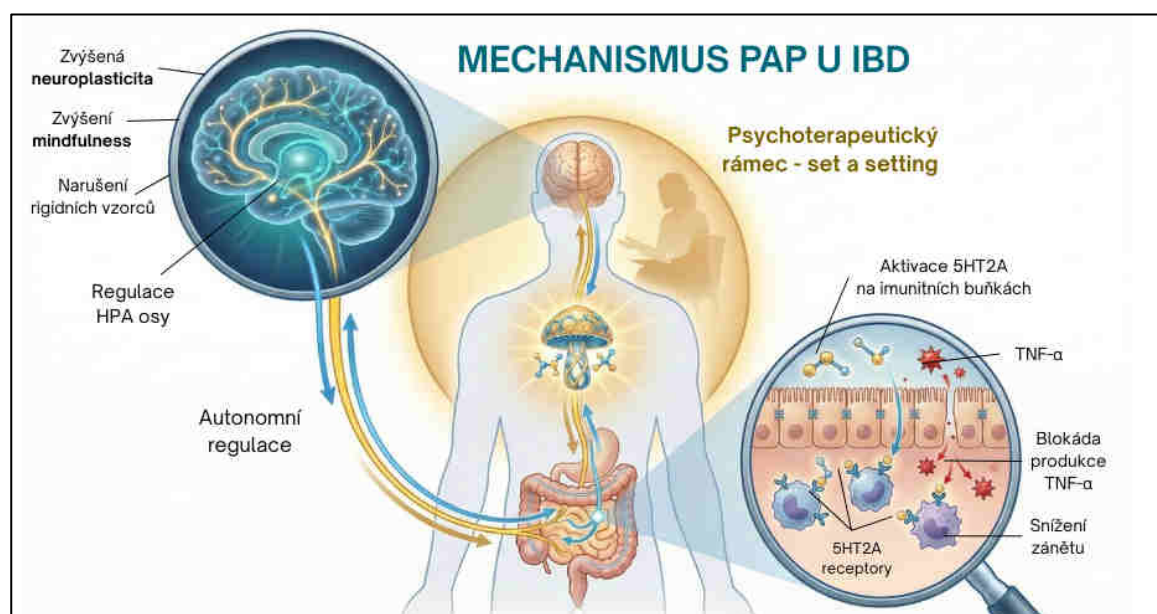


KLÍČOVÁ SLOVA: idiopatické střevní záněty; osa střevo–mozek; úzkost a deprese; psilocybin; psilocybinem asistovaná psychoterapie.

SUMMARY: FIGUEROA J., RAJPOOT S.S., NEDBALOVÁ L.: PSILOCYBIN-ASSISTED PSYCHOTHERAPY AS A POTENTIAL INTEGRATIVE APPROACH IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. *PSYCHOSOM* 2026; 23(1), PP.20-31

Anxiety and depressive symptoms are highly prevalent in inflammatory bowel disease (IBD) and are associated with reduced quality of life, poorer treatment adherence, and a less favourable disease course. While psychotherapy and antidepressants can improve psychological outcomes, evidence for a robust and consistent impact on somatic markers of IBD activity remains limited. Advances in gut–brain axis research, serotonergic signalling, and autonomic regulation raise the hypothesis that psilocybin (a 5-HT_{2A} receptor agonist), delivered within a structured psychotherapeutic model, could represent a dual-target intervention affecting both psychological processes and psychoneuroimmune regulation. Preclinical and early human data suggest anti-inflammatory, neuroplastic, and autonomic modulatory effects; however, clinical evidence for psilocybin-assisted psychotherapy (PAP) on IBD inflammatory activity is currently lacking. This article summarises current knowledge on psychological comorbidities in IBD, discusses limitations of existing approaches, and proposes a cautious mechanistic and clinical rationale for PAP as a potential integrative strategy, including key safety and feasibility considerations for future trials.

KEY WORDS: inflammatory bowel disease; gut–brain axis; anxiety and depression; psilocybin; psilocybin-assisted psychotherapy.



2. MECHANISMUS PAP U IBD



ÚVOD: IBD JAKO ONEMOCNĚNÍ TĚLA I MYSLI

Idiopatické střevní záněty (IBD), mezi něž patří Crohnova nemoc, ulcerózní kolitida a neklasifikované IBD, jsou autoimunitní chronická relabující onemocnění s významnými systémovými a psychosociálními dopady. Symptomy deprese postihují přibližně 25,2 % a symptomy úzkosti 32,1 % pacientů s IBD; zátěž je vyšší než v obecné populaci i oproti mnoha jiným chronickým onemocněním (Barberio et al., 2021). Psychické symptomy se pojí s horší kvalitou života, horší adherencí k léčbě a častějšími relapsy (Irving et al., 2021).

Biologická a inovativní léčba představuje zásadní pokrok v terapii IBD a významně snižuje zánětlivou aktivitu onemocnění i riziko relapsů. Přesto se ukazuje, že psychické obtíže, zejména úzkostné a depresivní symptomy, často přetrvávají i u pacientů v klinické remisi (Irving et al., 2021). Tyto potíže negativně ovlivňují kvalitu života, adherenci k léčbě i subjektivní prožívání nemoci a bývají nezávislým prediktorem horší prognózy.

Naopak psychoterapie a antidepressiva prokazatelně zlepšují kvalitu života a zmírňují depresivní a úzkostné symptomy, jejich vliv na samotnou aktivitu zánětu však zůstává nejednoznačný a spíše limitovaný (Paulides et al., 2021; Wang et al., 2023; Weston et al., 2024;

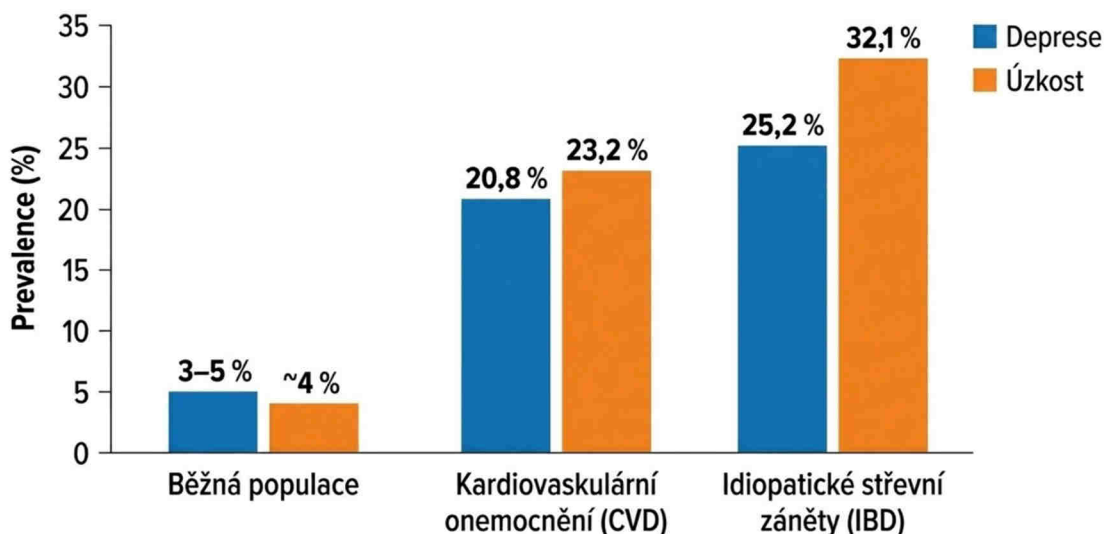
Tiles-Sar et al., 2025). Souhrnná analýza psychologických intervencí u IBD (Cochrane 2025) potvrzuje malé, avšak klinicky významné efekty na kvalitu života, depresi a úzkost u dospělých bez konzistentního dopadu na ukazatele zánětu (Tiles-Sar et al., 2025). Tento nález zdůrazňuje potřebu komplexnějších, integrativních přístupů, které mohou současně ovlivnit psychické i somatickoimunitní mechanismy.

V klinické praxi je důležitý systematický screening úzkostně-depresivní symptomatiky a její dynamiky v čase; hodnocení může být podpořeno i moderními metodami měření (Wohlberg et al., 2020).

V českém prostředí byla problematika psychických obtíží u IBD zpracována v přehledovém článku Minárikové a kol. a oslovena úvodníkem Bortlíka (Mináriková et al., 2025; Bortlík, 2025). Na tyto texty navazujeme a rozšiřujeme jejich rámec o terapeutickou perspektivu vycházející z poznatků psilocybinem asistované psychoterapie (PAP). Pojem „duální terapeutická perspektiva“ používáme k vyjádření dvojího cíle – ovlivnění psychických symptomů úzkosti a deprese a současně ovlivnění vybraných psychoneuroimunitních mechanismů souvisejících se zánětlivým onemocněním.



Srovnání prevalence deprese a úzkosti u IBD a dalších populací



OSA STŘEVO–MOZEK: MECHANISTICKÉ MOSTY

Imunitně–neurální rozhraní

Periferní prozánětlivé cytokiny, jako TNF- α , mohou být detekovány aferentními vlákny n. vagus, která přenášejí informace o střevním zánětu do jádra tractus solitarii. Zde jsou signály integrovány a dále předávány do vyšších center, včetně hypotalamu a limbického systému, kde mohou aktivovat HPA osu a měnit stresové odpovědi; současně dochází k ovlivnění neuroimunitních procesů v CNS (Bonaz et al., 2018; Sinagra et al., 2020).

Stresové osy

Chronická aktivace HPA osy a sympatiku zpětně ovlivňuje střevní imunitu a bariérovou funkci. Hormony a mediátory stresu, jako kortizol, adrenalin a noradrenalin, zvyšují permeabilitu střevní sliznice, mění aktivitu imunitních buněk a mohou tak přispívat k relapsům zánětu (Abautret-Daly et al., 2018; Sinagra et al., 2020).

Autonomní regulace

Parasympatikus prostřednictvím tzv. cholinergního protizánětlivého reflexu inhibuje produkci prozánětlivých cytokinů; porucha vagové aktivity byla v

preklinických modelech spojena se zvýšenou náchylností ke kolitidě (Ghia et al., 2008; Abautret-Daly et al., 2018).

Mikrobiota a její metabolity

U pacientů s IBD je opakovaně popisována dysbióza s nižší abundancí bakterií produkujících SCFA (např. *Faecalibacterium prausnitzii*, *Roseburia intestinalis*) a nižší produkcí SCFA (zejm. butyrátu). Současně dochází ke změnám metabolismu tryptofanu – posun ke kynureninové dráze (aktivované např. prostřednictvím IDO při zánětu) snižuje dostupnost 5-HT a mění 5-HT signalizaci v GIT i CNS [21]. Novější i starší přehledové práce naznačují, že obnova mikrobiální rovnováhy (zvýšení SCFA, modulace tryptofanového metabolismu) může tlumit aktivitu HPA osy a příznivě ovlivňovat symptomy úzkosti a deprese u IBD (Sinagra et al., 2020; Carabotti et al., 2015; Gao et al., 2020; Abautret-Daly et al., 2018).

Integrovaný pohled

Propojení imunitních, neuroendokrinních, autonomních a mikrobiálních os vytváří obousměrný systém, v němž se psychický stres a střevní zánět mohou vzá-



jemně potencovat. Tento mechanistický rámec současně poskytuje biologické ukotvení pro přístupy s duálním terapeu-

tickým cílem současnou modulací psychického stavu a zánětlivých procesů (Mayer, 2011; Ge et al., 2022).

SOUČASNÉ TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI A JEJICH LIMITY

Současná léčba IBD směřuje v rámci treat-to-target (T2T) k dosažení klinické, endoskopické a histologické remise. Biologická a inovativní léčba výrazně snižuje aktivitu zánětu i riziko relapsů, péče o psychické obtíže však často probíhá odděleně – typicky formou psychoterapie (KBT, ACT, mindfulness) nebo adjuvantní psychofarmakoterapie, zejména SSRI/SNRI (Paulides et al., 2021; Bernabeu et al., 2021; Ferreira et al., 2024; Wang et al., 2023; Weston et al., 2024). Systematické přehledy a metaanalýzy potvrzují, že tyto přístupy zlepšují kvalitu života a snižují úzkostně-depresivní symptomy, avšak jejich přímý vliv na so-

matickou aktivitu IBD je heterogenní a spíše limitovaný (Paulides et al., 2021; Wang et al., 2023; Weston et al., 2024; Tiles-Sar et al., 2025). V praxi tak vzniká „pečovatelská mezera“ a multimodální, koordinovaná péče je spíše výjimkou, přestože by z ní významná část pacientů profitovala.

Zmíněné podtrhuje potřebu modalit, které překlenou propast mezi psychickou a somatickou složkou – tedy přístupů skutečně duálních až holistických, působících jak na úrovni psychoneurální regulace, tak na úrovni imunologických a inflamatorních mechanismů.

SEROTONERGNÍ SIGNALIZACE A TRYPTOFANOVÝ METABOLISMUS

Tryptofanový metabolismus představuje důležitý most mezi střevní mikrobiotou, imunitním systémem a CNS. U zánětlivých stavů včetně IBD je popisován posun tryptofanového metabolismu směrem ke kynureninové dráze, což může ovlivňovat dostupnost serotoninu a neuroaktivní metabolity a souviset s afektivní

dysregulací a poruchou stresové regulace Serotonin z enterochromafinních buněk přispívá k regulaci motility a sekrece GIT a podílí se na modulaci imunitních odpovědí; v CNS ovlivňuje afekt, kognitivní flexibilitu a interocepci (Gao et al., 2020; Abautret-Daly et al., 2018).

PSILOCYBIN – LÁTKA NA POMEZÍ BIOLOGIE A SPIRITUALITY

Historie a původ

Psilocybin je přírodní tryptaminový alkaloid v houbách rodu *Psilocybe*, tradičně využívaný v některých rituálních kontextech ve Střední a Jižní Americe. V moderní době byl izolován Albertem Hofmannem (1958) a v 50.–60. letech intenzivně zkoumán v psychiatrii; výzkum byl přerušen legislativní restrikcí a od pře-

lomu tisíciletí zažívá renesanci na předních univerzitách, například: Johns Hopkins, Imperial College London, Curych (Tylš et al., 2014).

Farmakologie a mechanismus účinku



Psilocybin (4-fosforyloxy-N,N-dimethyltryptamin) je prodrug konvertovaná na psilocin, který má vysokou afinitu k receptorům 5-HT_{2A} (a dále i k 5-HT_{1A}/5-HT_{2C}). Aktivace kortikálních 5-HT_{2A} receptorů, zejména v prefrontálních a parietálních oblastech, je spojena se změnami funkční organizace mozkových sítí, včetně oslabení rigidních self-referenčních vzorců a zvýšení globální konektivity limbicko-asociačních okruhů, což může v terapeutickém rámci podporovat kognitivní a emoční flexibilitu (Tylš et al., 2014; Madsen et al., 2020). Na buněčné úrovni byla popsána indukce strukturální a funkční plasticity a preklinicky se ukazuje i potlačení prozánětlivých odpovědí a zvýšení IL-10 (Ly et al., 2018).

Na periferní úrovni přehledové a experimentální práce popisují protizánětlivé účinky zprostředkované 5-HT_{2A} signalizací v modelových podmínkách, včetně modulace cytokinové odpovědi (Flanagan a Nichols, 2018; Nau et al., 2013; Nichols, 2020). Doplnkově jsou k dispozici laboratorní data z modelů lidské střevní tkáně naznačující protizánětlivé účinky psilocybinu v kontrolovaných podmínkách; klinická relevance pro IBD však zůstává otevřená (Robinson et al., 2023).

Fyziologické a subjektivní účinky

Po perorálním podání účinek nastupuje za 20–40 minut, trvá 4–6 hodin a je charakterizován změnami percepce, introspekci, emoční labilitou a pocitu propojenosti. Neurozobrazovací studie ukazují snížení konektivity DMN a zvýšenou synchronizaci limbicko-senzorických oblastí, což koreluje s „rozpuštěním ega“ a perzistujícími změnami v hodnotách a tělesném uvědomění. Fyziologicky se objevuje přechodná mydriáza, mírná tachykardie a vzestup krevního tlaku – obvykle bez klinického významu (Tylš et al., 2014).

Bezpečnost a dávkování

V kontrolovaných klinických studiích je bezpečnostní profil podmíněn pečlivým screeningem, monitorovaným prostředím a strukturovanou psychoterapeutickou podporou. Akutní rizika jsou převážně psychologická (např. úzkost, panika, dysforie, derealizace/depersonalizace) a jejich pravděpodobnost významně ovlivňuje kontext, tzv. „set and setting“ (Tylš et al., 2014; Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016). V klinickém výzkumu se používají protokoly s jednou či dvěma dávkami, často v rozmezí přibližně 20–30 mg/70 kg, v řízeném prostředí s přípravou, podporou během sezení a následnou integrací (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016).

PSILOCYBINEM ASISTOVANÁ PSYCHOTERAPIE (PAP)

Princip a průběh

PAP kombinuje farmakologický účinek psilocybinu se strukturovaným psychoterapeutickým procesem, typicky v těchto fázích:

1. příprava (navázání terapeutického vztahu, práce se záměrem, psychoedukace),

2. sezení s podáním látky (bezpečné prostředí, podpůrné vedení, hudební doprovod)

3. integrace (zpracování prožitku a přenos do každodenního fungování).



Rámec „set and setting“ je klíčový (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016; Tylš et al., 2014).

Role terapeuta, paměťová stopa a „vnitřní cenzura“

Je důležité zdůraznit, že účinek PAP není redukovatelný na farmakologii. Klinické popisy a fenomenologické práce naznačují, že psilocybin může dočasně zvýšit emoční otevřenost a salinci vnitřních prožitků a oslabit rigidní kontrolní strategie. V bezpečném terapeutickém rámci to může umožnit novou práci s dříve vyhýbanými tématy či autobiografickými vzpomínkami; přitom fenomenologie prožitku může souviset s přetrvávajícími psychologickými efekty (Klučková et al., 2025). Významná část variability výsledku může být dána kvalitou přípravy, vedení a integrace – nikoli pouze účinkem psilocybinu.

Psycholytické vs. psychedelické dávkování

V literatuře se někdy rozlišuje psycholytické (nižší) a psychedelické (vyšší) dávkování. Současné klinické protokoly PAP často využívají vyšší dávky v přísně strukturovaném prostředí; otázka optimální dávky, počtu sezení a míry podpory zůstává pro jednotlivé indikace otevřená (Tylš et al., 2014). Pro IBD jde zatím o výzkumnou otázku.

Klinické využití a evidence

Randomizované studie u onkologických pacientů ukazují rychlé a přetrvávající snížení úzkosti a deprese po podání psilocybinu v řízeném psychoterapeutickém kontextu (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016). V somatické medicíně se pozornost přesouvá k onemocněním s významnou psychosomatickou složkou; preklinické a rané translační práce naznačují protizánětlivé, autonomně-modulační a stres-regulační účinky potenci-

álně relevantní i pro IBD (Flanagan a Nichols, 2018; Nau et al., 2013; Nichols, 2020; Robinson et al., 2023). Přímé klinické důkazy účinku PAP na aktivitu IBD však dosud chybí.

Mechanismus duálního účinku (pracovní hypotéza)

a) Psychologická rovina: emoční otevřenost, zpracování stresu/traumat, změna vztahu k tělu a nemoci, snížení existenciální úzkosti (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016; Klučková et al., 2025).

b) Biologická rovina: aktivace 5-HT_{2A} → změny funkční organizace sítí a neuroplasticita; modulace autonomní rovnováhy a vybraných zánětlivých drah popsána v experimentálních modelech (Madsen et al., 2020; Ly et al., 2018; Nau et al., 2013; Nichols, 2020).

Perspektiva pro IBD

U IBD by PAP hypoteticky mohla vést ke snížení úzkostně-depresivních symptomů, zmírnění stresové zátěže, posílení adaptivního tělesného uvědomění a zprostředkované modulaci některých psychoneuroimunitních procesů. Jde o perspektivní výzkumnou cestu.

Rizika a kontraindikace použití psilocybinu u pacientů s IBD

PAP je v kontextu IBD experimentální přístup. Bezpečnostní profil v klinických studiích je podmíněn pečlivým screenin- gem, kontrolovaným prostředím a strukturovanou integrační péčí (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016; Tylš et al., 2014).

Obecné kontraindikace a varovné faktory typicky zahrnují osobní či rodinnou anamnézu psychotické poruchy, bipolární poruchy nebo aktuální manickou/hypomanickou symptomatologii, dále akutní suicidální krizi či výraznou dekompenzaci psychického stavu. Opatrnost je namístě také u vážnějších kardiovaskulárního onemocnění vzhledem k



přechodnému vzestupu krevního tlaku a srdeční frekvence (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016; Tylš et al., 2014).

Specifika relevantní pro IBD zahrnují potřebu definovat somatickou stabilitu a minimalizovat riziko zhoršení tolerance sezení. Aktivní těžký relaps se systémovými projevy (např. dehydratace, výrazná anémie, febrilie) může snižovat toleranci

fyziologické zátěže. Výrazná gastrointestinální symptomatologie může zhoršit průběh sezení (nauzea, urgence, bolest), což může sekundárně zvyšovat úzkost a destabilizovat prožitek. Z těchto důvodů by rané studie u IBD měly jako primární cíle volit bezpečnost a proveditelnost, s předem stanovenými kritérii somatické stability, krizovým postupem a standardizovaným integračním protokolem.

INSPIRACE Z KARDIOLOGIE A EPIDEMIOLOGICKÉ OKÉNKO

V současné době probíhá v České republice randomizovaná studie RAFAEL (2023–2026), která zkoumá vliv PAP na regresi aterosklerózy, zánětlivé markery a autonomní rovnováhu u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (Clinical Trials Register, 2022). Tento výzkum vychází z předpokladu, že snížení psychosociálního stresu může mít přímý dopad na somatický stav cévní stěny.

Pokud aplikujeme stejnou logiku na idiopatické střevní záněty, argument pro využití PAP se jeví ještě naléhavěji. Jak ukazuje Tabulka 1, psychická komorbidita u pacientů s IBD není pouze výrazně zvýšená oproti běžné populaci, ale v klíčových parametrech převyšuje i zátěž pozorovanou u kardiovaskulárních onemocnění, která jsou tradičně považována za etalon psychosomatické medicíny.

Zatímco u kardiovaskulárních chorob dosahuje prevalence deprese 20,8 % a úz-

kosti 23,2 % (Zeng et al., 2025), u pacientů s IBD jsou tato čísla ještě více alarmující – deprese postihuje 25,2 % a úzkostné symptomy dokonce 32,1 % nemocných (Barberio et al., 2021). Vysoká prevalence úzkosti a deprese u IBD, v kombinaci s anatomicky přímým propojením skrze osu střevo–mozek a sdílenou serotonergní signalizací, poskytuje silný racionální podklad pro testování intervencí, které cílí na centrální nervový systém i imunitní regulaci současně.

Analogicky k designu studie RAFAEL lze proto navrhnout pilotní studie u IBD, které by vedle psychometrických škál sledovaly objektivní biomarkery (fekální kalprotektin, CRP, Mayo Endoskopické Skóre, SES-CD, CDAI) a autonomní regulaci (variabilita srdeční rytmu). Primárním cílem takových studií by v první fázi mělo být ověření bezpečnosti a proveditelnosti u této specifické populace.



Skupina / Kohorta	Prevalence deprese	Prevalence úzkosti	Zdroj dat
Běžná populace	3–5 %	~4 %	WHO (2017)
Kardiovaskulární onemocnění	20,8 %	23,2 %	Zeng et al. (2025)
Idiopatické střevní záněty (IBD)	25,2 %	32,1 %	Barberio et al. (2021)

Tab. 1: Epidemiologické srovnání prevalence psychických komorbidit. Zatímco v běžné populaci se výskyt deprese a úzkosti pohybuje v řádu jednotek procent, u somatických onemocnění výrazně narůstá. Data ukazují, že pacienti s IBD vykazují vyšší míru symptomů úzkosti i deprese než pacienti s kardiovaskulárními chorobami.

ZÁVĚR

PAP je inovativní přístup propojující neurobiologické, psychologické a imunologické roviny péče. V kontextu IBD nabízí racionální, avšak zatím experimentální a neověřený potenciální terapeutický nástroj. Současné důkazy z oblasti somatické medicíny jsou omezené a přenos z

psychiatrických indikací není samozřejmý. Preklinická a laboratorní data podporují hypotézu protizánětlivého potenciálu psilocybinu. Je proto nezbytné postupovat s vědeckou opatrností a dbát především na bezpečnost v dalších krocích.

LITERATURA (ABECEDNĚ)

1. Abautret-Daly Á, Dempsey E, Parra-Blanco A, Medina C, Harkin A. Gut–brain actions underlying comorbid anxiety and depression associated with IBD. *Acta Neuropsychiatr.* 2018;30(5):275–296.
2. Atanasova K, Lotter T, Bekrater-Bodmann R, et al. Is it a gut feeling? Bodily sensations associated with the experience of valence and arousal in patients with inflammatory bowel disease. *Front Psychiatry.* 2022;13:833423. doi:10.3389/fpsy.2022.833423.



3. Barberio B, Zamani M, Black CJ, et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(5):359–370.
4. Bernabeu P, van-der Hofstadt C, Rodríguez-Marín J, et al. Effectiveness of a multicomponent group psychological intervention in IBD: randomized trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):5439.
5. Bonaz B, Bazin T, Pellissier S. The vagus nerve at the interface of the microbiota–gut–brain axis. *Front Neurosci.* 2018;12:49. doi:10.3389/fnins.2018.00049.
6. Bortlík M. Idiopatické střevní záněty jsou nemoci těla i duše. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie.* 2025;78(1).
7. Carabotti M, Scirocco A, Maselli MA, Severi C. The gut–brain axis: interactions between enteric microbiota, central and enteric nervous systems. *Ann Gastroenterol.* 2015;28(2):203–209.
8. Clinical Trials Register. Regression of atherosclerosis induced by life changing experience with psilocybin (RAFAEL). EudraCT 2022-003381-21. Dostupné z: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctr-search/trial/2022-003381-21/CZ> (cit. 16.12.2025).
9. Costa Santos MP, Gomes C, Torres J. Familial and ethnic risk in inflammatory bowel disease. *Ann Gastroenterol.* 2018;31(1):14–23. doi:10.20524/aog.2017.0208.
10. Ferreira C, Pereira J, Skvarc D, et al. Randomized controlled trial of an ACT- and compassion-based group intervention for persons with IBD (LIFEwithIBD). *Front Psychol.* 2024;15:1367913.
11. Flanagan TW, Nichols CD. Psychedelics as anti-inflammatory agents. *Int Rev Psychiatry.* 2018;30(4):363–375.
12. Gao K, Mu CL, Farzi A, Zhu WY. Tryptophan metabolism: a link between the gut microbiota and brain. *Adv Nutr.* 2020;11(3):709–723.
13. Ge L, Li Y, Chen X, et al. Psychological stress in inflammatory bowel disease: psychoneuro-immunological insights into bidirectional gut–brain communications. *Front Immunol.* 2022;13:1016578. doi:10.3389/fimmu.2022.1016578.
14. Ghia JE, Blennerhassett P, Collins SM. Impaired parasympathetic function increases susceptibility to inflammatory bowel disease in a mouse model of depression. *J Clin Invest.* 2008;118(6):2209–2218. doi:10.1172/JCI32849.
15. Griffiths RR, Johnson MW, Carducci MA, et al. Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: randomized double-blind trial. *J Psychopharmacol.* 2016;30(12):1181–1197.
16. Hu S, Wang W, Wang Z, et al. Depression and anxiety disorders in patients with IBD: prevalence, risk factors, and management. *Front Psychiatry.* 2021;12:714057.
17. Irving P, Barrett K, Nijher M, de Lusignan S. Prevalence of depression and anxiety in people with IBD and associated healthcare use: population-based cohort study. *Evid Based Ment Health.* 2021;24(3):102–109.
18. Kim JS, Park J, Lee S, et al. Risk of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a nationwide, population-based study. *J Crohns Colitis.* 2019;13(6):707–715.



19. Klučková T, Nikolič M, Tylš F, et al. The phenomenology of psilocybin's experience mediates subsequent persistent psychological effects. *Pharmacol Rep.* 2025;77(4):1024–1039.
20. Ly C, Greb AC, Cameron LP, et al. Psychedelics promote structural and functional neural plasticity. *Cell Rep.* 2018;23(11):3170–3182.
21. Madsen KM, Fisher PM, Páleníček T, Kuchař M, Knudsen GM. A single psilocybin dose is associated with long-term increased mindfulness, preceded by proportional change in neocortical 5-HT_{2A} receptor binding. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2020;33:71–80.
22. Mayer EA. Gut feelings: the emerging biology of gut–brain communication. *Nat Rev Neurosci.* 2011;12(8):453–466.
23. Mikocka-Walus A, Knowles SR, Keefer L, Graff L. Controversies revisited: a systematic review of the comorbidity of depression and anxiety with IBD. *Inflamm Bowel Dis.* 2016;22(3):752–762.
24. Mináriková M, et al. Nejčastější duševní onemocnění u pacientů s idiopatickými střevními záněty. *Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie.* 2025;79(1).
25. Nau F Jr, Yu B, Martin D, Nichols CD. Serotonin 5-HT_{2A} receptor activation blocks TNF- α -mediated inflammation in vivo. *PLoS One.* 2013;8(10):e75426.
26. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2016;87:70–80.
27. Nichols CD. Psychedelics as potent anti-inflammatory therapeutics. *Brain Behav Immun.* 2020;87:548–550.
28. Paulides E, Boukema I, van der Woude CJ, de Boer NKH. The effect of psychotherapy on quality of life in IBD patients: a systematic review. *Inflamm Bowel Dis.* 2021;27(5):711–724.
29. Petrik M, Palmer B, Khoruts A, Vaughn BP. Psychological features in the inflammatory bowel disease–irritable bowel syndrome overlap: developing a preliminary understanding of cognitive and behavioral factors. *Crohn's Colitis* 360. 2021;3(3):otab061. doi:10.1093/crocol/otab061.
30. Ross S, Bossis A, Guss J, et al. Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: randomized controlled trial. *J Psychopharmacol.* 2016;30(12):1165–1180.
31. Sun Y, Li L, Xie R, et al. Stress triggers flare of inflammatory bowel disease in children and adults. *Front Pediatr.* 2019;7:432. doi:10.3389/fped.2019.00432.
32. Tarar ZI, Zafar MU, Farooq U, et al. Burden of depression and anxiety among patients with inflammatory bowel disease: a nationwide analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2022;37(2):313–321.
33. Tiles-Sar N, Neuser J, de Sordi D, et al. Psychological interventions for treatment of inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;Issue 4:CD006913.
34. Tylš F, Páleníček T, Horáček J. Psilocybin—summary of knowledge and new perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014;24(3):342–356.
35. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet.* 2017;389(10080):1756–1770.



36. Wang L, Liang C, Chen P, et al. Effect of antidepressants on psychological comorbidities, disease activity and QoL in IBD: systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Gastroenterol*. 2023;16:17562848231155022.
37. Weston F, Carter B, Powell N, Young AH, Moulton CD. Antidepressant treatment in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2024;36(7):850–860.
38. Wohlberg RH, Kvasnovsky C, Thayer A, et al. The Computerized Adaptive Test for Mental Health (CAT-MH) is an effective screening tool for depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2020;26(8):1233–1240. doi:10.1093/ibd/izz249.
39. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
40. Zeng J, Qiu Y, Yang C, et al. Cardiovascular diseases and depression: A meta-analysis and Mendelian randomization analysis. *Molecular Psychiatry*. 2025;30:4234–4246. doi:10.1038/s41380-025-03003-2.

Do redakce přišlo 14.11.2025

Po recenzním řízení zařazeno k tisku 15.1.2026

Konflikt zájmů není znám.

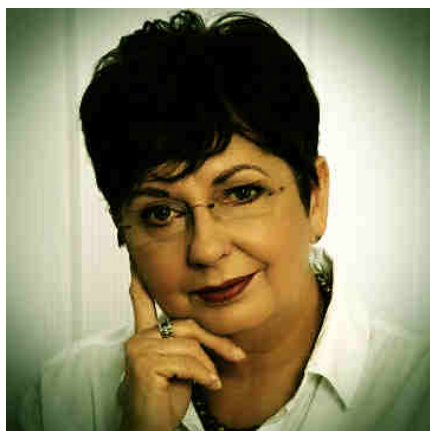
AUTOŘI:

1. autor: MUDr. Jakub Figueroa – Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň, figueroaj@fnplzen.cz

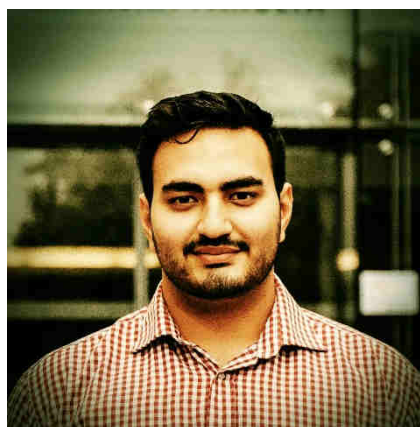
Korespondenční autor: MUDr. Santóš Samuel Rajpoot – IBD Centrum a gastroenterologie Turnov, Krajská nemocnice Liberec, a.s., santosrajpoot@gmail.com

Odborný konzultant: prim. MUDr. Lenka Nedbalová – IBD Centrum a gastroenterologie Turnov, Krajská nemocnice Liberec, a.s., lenka.nedbalova@nemlib.cz

Spoluautor posteru: Martin Vašek – student 5. ročníku 3. lékařské fakulty UK



MUDR. L. NEDBALOVÁ



MUDR. S. S. RAJPOOT



Psilocybinem asistovaná psychoterapie jako potenciální integrativní přístup v léčbě idiopatických střevních zánětů

Nativní přehled

Jakub Figueroa², Santos Samuel Rajpoot¹, Martin Vašek³, Lenka Nedbalová¹



¹IBD Centrum a Gastroenterologie Turnov, KNL
²Psychiatrická klinika FN Píseň a LFP UK
³3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova

Úvod: IBD jako onemocnění těla i mysli

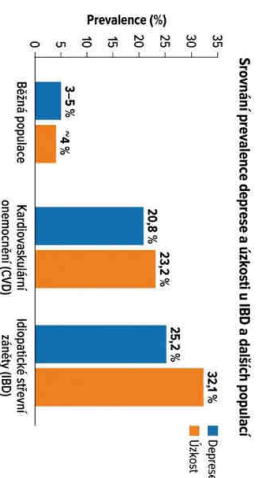
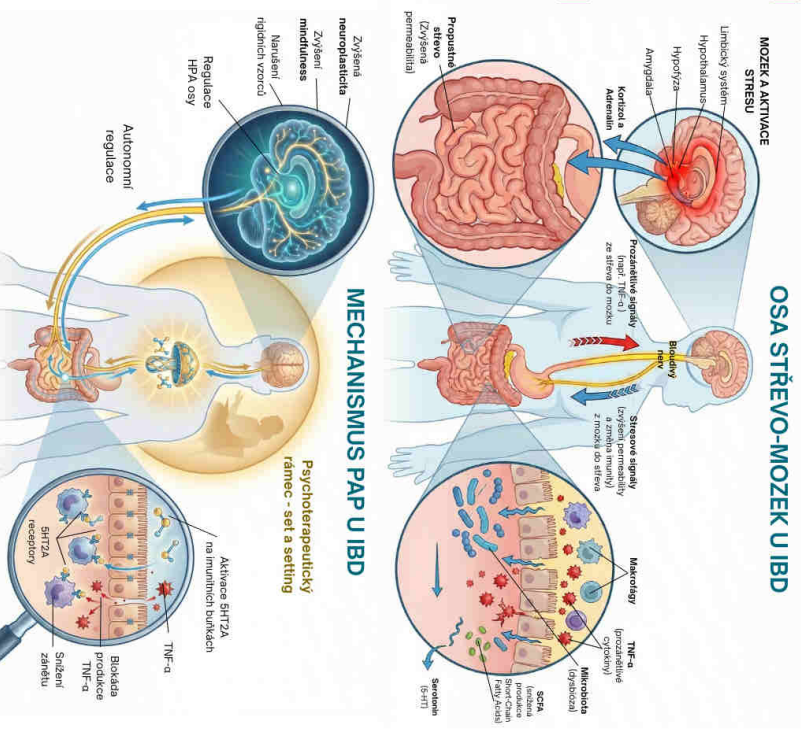
Idiopatické střevní záněty (IBD), mezi než patří Crohnova choroba, ulcerózní kolitida a IBD-U jsou chronická autoimunitní onemocnění s výraznou psychosociální zátěží. Úzkost postihuje 32,1 % a deprese 25,2 % pacientů [2] a jsou spojeny s horší kvalitou života, nižší adherencí k léčbě a častějšími relapsy onemocnění [3, 14]. V porovnání s běžnou populací, kde se prevalence úzkosti a deprese pohybuje do 5 %, jde o významně vysoká čísla [19]. Přestože současná biologická a inovativní terapie účinně tlumí zánětlivou aktivitu, psychické obtíže často přetrvávají i v klinické remisi IBD. Psychoterapeutická intervence a antidepresiva prokazatelně zlepšují psychické symptomy, jejich vliv na somatickou aktivitu IBD však zůstává omezený a nekonzistentní [15, 17, 18].

Osa střěvo-mozek: mechanistické mosty

Komunikace v ose střěvo-mozek probíhá obousměrně skrze nervus vagus, autonomní nervový systém a imunitně-neuronální rozhraní. Prozánetlivé cytokiny (TNF- α) aktivují aterosklerotní vlnka vagu, čímž ovlivňují limbický systém a HPA osu [1, 7]. Chronický stres zvyšuje permeabilitu střevní sliznice a modifikuje aktivitu imunitních buněk, což může vést k exacerbaci zánětu [7, 8, 14]. U IBD je patrný posun metabolismu tryptofanu ke (syn)enolové dráze, což snižuje dostupnost serotoninu a mrtví signalizaci v centrálním i periferním nervovém systému [6].

Psilocybin: Duální terapeutický potenciál

Psilocybin (parciální agonista 5-HT_{2A} receptorů) indukuje neuroplasticitu a zvyšuje mindfulness [10, 11], což může vést k oslabení rigidních negativních myšlenkových vzorců spojených s nemocí. Významným aspektem je i jeho protizánětlivý potenciál, kdy aktivace 5-HT_{2A} receptorů v preklinických modelech blokuje zánět mediovaný TNF- α [5, 12, 13]. Model psilocybinem asistované psychoterapie (PAP) kombinuje farmakologický účinek se strukturovaným procesem přípravy, sezení a integrace [9, 16]. PAP může tímto způsobem cílit jak na aktivní regulaci, tak potenciálně i na neuronální dráhy relevantní pro patofyziologii IBD.



Závěr: Inspirace z kardiologie a klinická perspektiva pro IBD

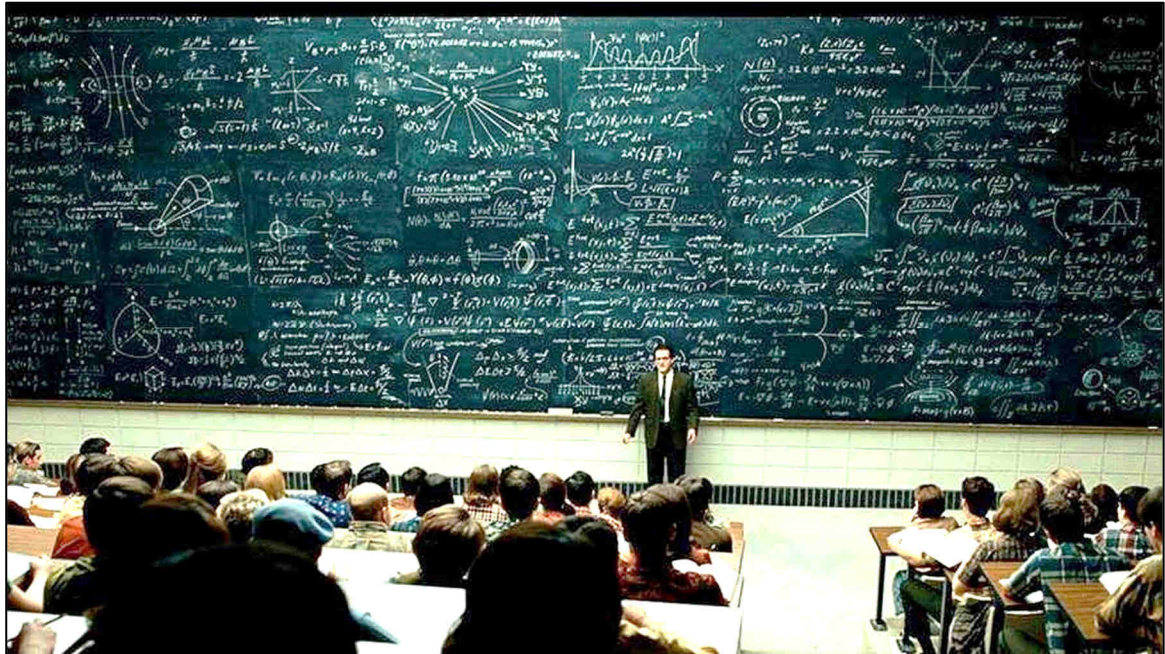
Inspiraci pro využití PAP v somatické medicíně nabízí probiatická kardiologická studie RAFAEL, která zkoumá vliv redukce psychologického stresu na regresii aterosklerózy a zánětlivé markery [4]. Aplikace této logiky na IBD je výsoce racionální, neboť psychická zátěž u těchto pacientů převyšuje i hodnoty pozorované u kardiovaskulárních chorob (CVD). Zatímco u CVD dosahuje prevalence úzkosti 23,2 % a deprese 20,8 % [20], u pacientů s IBD jsou tato čísla ještě více alarmující – 32,1 % a resp. 25,2 % [2]. Zmíněná data, v kombinaci s přímým anatomickým propojením osy střěvo-mozek, podtrhují potřebu plnohodnotné PAP u IBD, které by analogicky k designu studie RAFAEL sledovaly vedle psychometrie i aktivitu střevního zánětu (skórovací systémy CDAI, MESA a celkové Mayo score) a autonomní regulaci (variabilitu sdělného rytmu). PAP představuje silnou a integrativní směr pojící neurobiologickou a imunologickou rovinu, který však zůstává experimentální, a proto by měl být bezpečnost a proveditelnost primárním cílem budoucího výzkumu.

Reference

1. Audebert-Deluy A, Dempsy E, Ferrer-Blanco A, Medina C, Harkin A. Gut-brain actions underlying comorbid anxiety and depression associated with IBD. *Acta Neuropsychiatr*. 2018;30(6):275-296.
2. Bardenheer B, Zaman M, Blaud C, et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;16(8):959-970.
3. Clinical Trials Register. Depression of antidepressants induced by the changing experience with psilocybin. RAFAEL. EudraCT: 2022-00381-21. Dostupné z: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/ctct/search?trial/2022-00381-21/CZ> (cit. 16. 12. 2025).
4. Fumagalli TM, Nichols CD. Psychobiotics as anti-inflammatory agents. *Int Rev Psychiatry*. 2018;30(6):383-375.
5. Gao X, Mu CL, Fan Z, Zhu WY. Tryptophan metabolism: a link between the gut microbiota and brain. *Adv Nutr*. 2020;11(3):709-723.
6. Gao X, Chen X, et al. Psychobiotic stress in inflammatory bowel disease: psychoneuroimmunological insights into bidirectional gut-brain communications. *Front Immunol*. 2022;13:905788.
7. Gao X, Blumberg PM, et al. The gut microbiome in inflammatory bowel disease: from pathogenesis to clinical implications. *Cell Mol Gastroenterol Hepatol*. 2020;9(1):22-38.
8. Kulkarni A, Nikolich V, Vidy F, et al. The phenomenology of psilocybin experience mediates subsequent psychological effects. *Pharmacol Rep*. 2025;77(4):1024-1039.
9. Ly C, Greig AC, Cameron LP, et al. Psychobiotics promote structural and functional neural plasticity. *Cell Rep*. 2018;23(11):3170-3182.
10. Ly C, Greig AC, Cameron LP, et al. Psychobiotics promote structural and functional neural plasticity. *Cell Rep*. 2018;23(11):3170-3182.
11. Madsen M, Fritzel M, Palaniappan T, Kochubajda M, Kundsen GM. A single psilocybin dose is associated with long-term increased mindfulness, preceded by proportional change in neuronal 5-HT_{2A} receptor binding. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;33(7):80-90.
12. Nichols CD. Psychobiotics as potent anti-inflammatory therapeutics. *Brian Behav Immun*. 2020;97:448-450.
13. Nichols CD. Psychobiotics as potent anti-inflammatory therapeutics. *Brian Behav Immun*. 2020;97:448-450.
14. Sun Y, Liu X, Xu R, et al. Stress triggers flare of inflammatory bowel disease in children and adults. *Front Pediatr*. 2019;7:432. doi:10.3389/fped.2019.00432
15. Tye-Fleming H, Harkin A. Psychobiotics: a summary of evidence and new perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019;29(12):342-358.
16. Tye-Fleming H, Harkin A. Psychobiotics: a summary of evidence and new perspectives. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2019;29(12):342-358.
17. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/m/item/depression-and-other-common-mental-disorders-global-health-estimates>
18. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/m/item/depression-and-other-common-mental-disorders-global-health-estimates>
19. Zeng J, Qiu Y, Yang C, et al. Cardiovascular diseases and depression: a meta-analysis and Mendelian randomization analysis. *Molecular Psychiatry*. 2025;30:4234-4246. doi:10.1038/s41380-025-03005-2



VĚDA KRÁTCE



ILUSTRAČNÍ FOTO. BULHARSKÝ KOEFICIENT. Z WEBU.

RADKIN HONZÁK: CO ZMŮŽE DOBRÉ SLOVO!

Nadávký jsou v běžném životě projevem špatného chování, při výkonu však významně pomáhají. Autoři univerzity v Keelu (GB) se věnují této problematice již několik let. Poslední jejich práce zahrnující celkem 300 žen, mužů i nebinární osoby ($n = 300$) přináší důkazy o tom, že používání vulgarismů, nejčastěji „fuck“ a „shit“, prodlouží čas, po který subjekt vydrží v poloze vsedě ve vzporu nad židlí podepřen jen rukama. V této poloze měl setrvat co nejdéle, přičemž v jednom sezení používal neutrální slova, v druhém vulgarismy, obojí vyslovoval každé 2 sekundy s normální hlasitostí. Z před-

chozích studií vyplývá že zlepšený výkon je spojen jen s minimální aktivací sympatiku, výsledky jsou připisovány celkové desinhibici, s níž souvisejí i další projevy: zvýšení pocitu psychologického flow, pocitu uvolnění, humoru a většího sebevědomí. Autoři doporučují tento postup v náročných situacích jako nefarmakologický doping.

Stephens, R., Dowber, H., Richardson, C., & Washmuth, N. B. (2025). „Don't hold back“: Swearing improves strength through state disinhibition. *American Psychologist*. Advance online publication.

<https://dx.doi.org/10.1037/amp0001650>



VĚDCI ZJISTILI, ŽE CVIČENÍ SE VYROVNÁ TERAPII DEPRESE

Stále více důkazů naznačuje, že pohyb těla může zmírnit depresi téměř stejně dobře jako terapie – bez nutnosti předpisu.

Rozsáhlý přehled studií naznačuje, že cvičení může zmírnit depresi přibližně stejně účinně jako psychologická terapie. Ve srovnání s antidepresivy vykazovalo cvičení podobné přínosy, i když důkazy byly méně jisté. Výzkumníci zjistili, že lehká až střední aktivita během více sezení fungovala nejlépe, s minimálními vedlejšími účinky. I když to není všelék, cvičení může být pro mnoho lidí mocným a dostupným nástrojem. (Cochrane 8. ledna 2026)

Analýzu vedli výzkumníci z University of Lancashire a vycházela z dat ze 73 randomizovaných kontrolovaných studií, které zahrnovaly téměř 5 000 dospělých diagnostikovaných s depresí. Tyto studie zkoumaly, jak cvičení srovnává s neléčenými nebo kontrolními stavy, stejně jako s psychologickými terapiemi a antidepresivy.

Celkově zjištění ukázala, že cvičení vedlo k mírnému snížení depresivních příznaků ve srovnání s absencí léčby. Při srovnání s psychologickou terapií přineslo cvičení podobné zlepšení na zá-

kladě důkazů střední jistoty z deseti studií. Srovnání s antidepresivy také naznačovala srovnatelné účinky, ale podpůrné důkazy byly omezené a považovány za nízkou jistotu. Jen málo studií sledovalo účastníky po ukončení léčby, což ponechalo dlouhodobý dopad nejasný.

Recenze zjistila, že lehká až střední intenzivní aktivita může být užitečnější než intenzivní tréninky. Větší zlepšení depresivních příznaků bylo spojeno s absolvováním mezi 13 a 36 cvičebními sezeními.

Žádná konkrétní forma cvičení jasně nepřekonala ostatní. Programy kombinující různé typy aktivit a silového tréninku se však jevíly účinnější než samotné aerobní cvičení. Některé aktivity, včetně jógy, čchikung a protahování, nebyly v této analýze hodnoceny a zůstávají oblastmi pro budoucí studium. Stejně jako u jiných zjištění jsou dlouhodobé přínosy stále nejisté kvůli omezenému sledování.

Zdroj: Andrew J. Clegg, James E. Hill, Donncha S. Mullin, Catherine Harris, Chris J. Smith, C. Elizabeth Lightbody, Kerry Dwan, Gary M. Cooney, Gillian E. Mead, Caroline L. Watkins. **Cvičení na depresi.** *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2026; 2026 (1) DOI: [10.1002/14651858.CD004366.pub7](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub7) (V.Ch.)

SILNÁ PŘÁTELSTVÍ MOHOU DOSLOVA ZPOMALIT STÁRNUTÍ NA BUNĚČNÉ ÚROVNI

Zdá se, že sociální vazby jsou pro dlouhověkost stejně důležité jako strava nebo cvičení.

Vědci zjistili, že celoživotní sociální podpora může zpomalit biologické stárnutí. Pomocí DNA založených „epigenetických hodin“ zjistili, že lidé s bohatšími a trvalejšími vztahy vykazovali mladší biologické profily a nižší zánět. Efekt nebyl o

přátelství jednotlivců, ale o konzistentních vazbách napříč desetiletími. (Cornell University, 5. 2. 2026)

Budování silných vztahů po celý život – od milujících rodičů v dětství přes blízké přátele, aktivní komunity až po zapojení víry v dospělosti – může ve skutečnosti zpomalit stárnutí těla. Výzkumníci naznačují, že tyto „sociální výhody“ mohou



ovlivnit biologické markery stárnutí známé jako *epigenetické hodiny*, které sledují změny v metylaci DNA. Lidé, kteří mají podpurnější a propojenější životy, často vypadají biologicky mladší, než je jejich chronologický věk.

Studie zkoumala dva hlavní ukazatele biologického stáří, nazývané GrimAge a DunedinPACE. Oba představují epigenetické hodiny, které vědci používají k předpovědi zdravotních rizik a délky života. Účastníci s bohatšími a konzistentnějšími sociálními vztahy vykazovali mladší biologické profily v obou ukazatelích.

„Kumulativní sociální výhoda je ve skutečnosti o hloubce a šíři vašich sociálních vazeb během celého života,“ řekl Ong. *„Zaměřili jsme se na čtyři klíčové oblasti: vřelost a podporu, kterou jste dostávali od rodičů, jak moc se cítíte propojená se svou komunitou a sousedstvím, vaše zapojení do náboženských nebo nenáboženských komunit a trvalou emocionální podporu od přátel a rodiny.“*

„Co je pozoruhodné, je kumulativní efekt – tyto sociální zdroje se na sebe v průběhu času navzájem navazují,“ řekl Ong. *„Dnes nejde jen o přátele; Jde o to, jak se vaše sociální vazby během života prohlubovaly a rostly. Tato akumulace ovlivňuje váš zdravotní vývoj měřitelnými způsoby.“*

POČET ÚMRTÍ ZE ZOUFALSTVÍ STOUPAL DÁVNO PŘED NÁSTUPEM EPIDEMIE OPIOIDOVÉ ZÁVISLOSTI

Úmrtí ze zoufalství rostla dávno před opioidy – a úpadek chození do kostela mohl pomoci zapálit zápalnou šňůru. (20. 12. 2025; Ohio State University)

Dlouho předtím, než opioidy zaplavily komunity, se tiše něco měnilo—a možná

Spojení jako forma investice

To neznamená, že jediné přátelství nebo dobrovolnické působení může vrátit biologické hodiny zpět. Autoři naznačují, že hloubka a konzistence sociálního propojení, budovaného napříč desetiletími a různými oblastmi života, má zásadní význam. Studie posiluje rostoucí názor, že společenský život není jen otázkou štěstí nebo úlevy od stresu, ale klíčovým faktorem fyziologického zdraví.

„Představte si sociální vazby jako důchodový účet,“ řekl Ong. *„Čím dříve začnete investovat a čím konzistentněji přispíváte, tím větší jsou vaše výnosy. Naše studie ukazuje, že tyto výnosy nejsou jen emocionální; jsou biologické. Lidé s bohatšími a trvalejšími sociálními vazbami doslova stárnou na buněčné úrovni. Stárnout dobře znamená zůstat zdravý a zároveň být ve spojení – jsou neoddělitelní.“*

Zdroj: Anthony D. Ong, Frank D. Mann, Laura D. Kubzansky. **Kumulativní sociální výhoda je spojena s pomalejším epigenetickým stárnutím a nižším systémem zánětem.** *Možek, chování*, 2025; 48: 101096 DOI: [10.1016/j.bbih.2025.101096](https://doi.org/10.1016/j.bbih.2025.101096) (VCh.)

to pomohlo připravit půdu pro dnešní krizi. Nová studie zjistila, že s poklesem návštěvnosti kostela mezi středně starými, méně vzdělanými bílými Američany začal stoupat počet úmrtí na předávkování, sebevraždy a nemoci související s alkoholem. Tento trend začal roky před příchodem oxykodonu (silné analgeti-



kum), což naznačuje, že epidemie opioidů nasedla na již probíhající problém.

Výzkumníci zjistili jasný vzorec na úrovni jednotlivých států. Státy, které zaznamenaly největší pokles návštěvnosti kostelů mezi lety 1985 a 2000, zaznamenaly také největší nárůst úmrtí na tyto příčiny ve stejném období.

Trend, který začal ještě před opioidovou krizí

„To, co vidíme v této studii, je začátek příběhu, ještě předtím, než se opioidy staly hlavním problémem, a ukazuje, že počet úmrtí z zoufalství už začal narůstat, když udeřila krize opioidů,“ řekla [Tamar Oostrom](#), spoluautorka studie a odborná asistentka ekonomie na Ohio State University.

Studie klade důležitou otázku: jak může nižší účast na bohoslužbách přispět k vyšší úmrtnosti?

Oostrom vysvětlila, že lidé, kteří přestanou navštěvovat náboženské bohoslužby, často ztrácejí sociální vazby, což

podle předchozích výzkumů hraje klíčovou roli v tělesném i duševním zdraví. Zjištění však naznačují, že samotné sociální spojení tento vzorec plně nevysvětluje.

Výzkumníci nezaznamenali podobné poklesy v jiných typech společenských aktivit ve stejném období, kdy klesala účast na bohoslužbách.

„Náboženství může poskytnout nějaký způsob, jak pochopit svět, určitý pocit identity ve vztahu k ostatním, který nelze snadno nahradit jinými formami socializace,“ řekla Oostrom.

Také zdůraznila, že samotná víra během studovaných let nevyprchala.

„Co se změnilo, je to, zda se lidé identifikují jako věřící a zda chodí do kostela. To jsou věci, na kterých záleží, když jde o smrt zoufalství,“ řekla.

Zdroj: Tyler Giles, Daniel Hungerman, Tamar Oostrom. **Úmrtí ze zoufalství a úpadek amerického náboženství.** *Journal of the European Economic Association*, 2025; DOI: [10.1093/jeea/jvafo48](https://doi.org/10.1093/jeea/jvafo48) (V.Ch.)

VĚDCI ZAHAJUJÍ PROJEKT ZA 14,2 MILIONU DOLARŮ NA MAPOVÁNÍ „SKRYTÉHO ŠESTÉHO SMYSLU“ TĚLA

Průlomovým projektem je mapování, jak váš mozek naslouchá skrytým signálům vašeho těla, aby vás udržel naživu. (25. října 2025, Scrippsův výzkumný ústav)

Uvnitř vašeho těla neustále pracuje složitá komunikační síť, která neustále monitoruje dýchání, srdeční tep, trávení a funkci imunity – skrytý „šestý smysl“ nazývaný interocepce. Nyní nositel Nobelovy ceny Ardem Patapoutian a tým ze Scripps Research a Allenova institutu obdrželi od NIH 14,2 milionu dolarů na ma-

pování tohoto vnitřního smyslového systému v bezprecedentní podrobnosti.

Jak váš mozek ví, kdy se nadechnout, stabilizovat krevní tlak nebo bojovat s infekcí? Odpověď spočívá v interocepce, méně známém procesu, při kterém nervový systém neustále sleduje vnitřní signály těla, aby udržel základní funkce v chodu.

Na rozdíl od klasických smyslů – jako čich, zrak a sluch – které spoléhají na specializované smyslové orgány vnímající podněty z vnějšího světa, interocepce zahrnuje rozsáhlou síť neuronů, které vní-



mají, co se děje uvnitř těla. Tyto nervové okruhy sledují klíčové procesy včetně krevního oběhu, trávení a imunitní aktivity.

Protože interoceptivní signály pocházejí hluboko v těle a často jsou zpracovávány nevědomě, vědci tento systém často popisují jako náš „skrytý šestý smysl“.

Navzdory své zásadní roli se interoceptci věnovala jen malá vědecká pozornost. Signály, které produkuje, jsou složité, překrývají se a obtížně měřitelné. Senzorické neurony, které je přenášejí, jsou rozptýleny v orgánech, jako jsou srdce, plíce, žaludek a ledviny, což ztěžuje jejich přesné oddělení a mapování.

Rozluštěním, jak interocepce funguje, vědci doufají, že odhalí klíčové principy komunikace mozek a tělo, které by mohly vést k novým léčebným postupům nemocí. Narušení těchto vnitřních smyslových drah bylo spojováno s řadou onemocnění, včetně autoimunitních onemocnění, chronické bolesti, neurodegenerativních onemocnění a vysokého krevního tlaku.

Zdroj: Scripps Research Institute. Vědci zahajují projekt za 14,2 milionu dolarů na mapování "skrytého šestého smyslu" těla. ScienceDaily. ScienceDaily, 25. října 2025. <www.sciencedaily.com/vy-dává/2025/10/251025084616.htm>.

(V.Ch.)

ÚZKOST A DEPRESE DĚTÍ RYCHLE KLESLY PO ZNOVUOTEVŘENÍ ŠKOL KVŮLI COVIDU

Výzkumníci zjistili, že děti, které se během covidu vrátily do školy, měly mnohem méně psychiatrických diagnóz než ty, které zůstaly na on-line výuce. Úzkost, deprese i ADHD poklesly, jakmile se prezenční výuka obnovila. Výdaje na zdravotní péči spojené s těmito stavy také klesly. Největší zlepšení zaznamenaly dívky, což zdůrazňuje důležitost školní struktury a podpory. (13. 12. 2025; Harvardská škola veřejného zdraví T. H. Chana)

Klíčové body

- Děti, které se během pandemie covidu 19 vrátily do prezenční školy, měly mnohem menší pravděpodobnost diagnózy duševní poruchy než děti, jejichž školy zůstaly zavřené. Bylo zaznamenáno snížení úzkosti, deprese a ADHD, přičemž největší zlepšení zaznamenaly dívky.

- Výdaje na péči o duševní zdraví po znovuotevření škol výrazně klesly a do devátého měsíce dosáhly 11procentního poklesu.
- Tento výzkum představuje jednu z dosud největších a nejkomplexnějších analýz toho, jak pandemické uzavření škol ovlivnilo duševní zdraví dětí.

„Naše výsledky poskytují pevné důkazy rodičům, pedagogům a tvůrcům politik, že prezenční výuka hraje klíčovou roli v pohodě dětí,“ řekla hlavní autorka Rita Hamad, profesorka sociální epidemiologie a veřejné politiky. *„Zjištění nabízejí poučení pro budoucí nouzové situace ve veřejném zdraví a poskytují vhled do toho, proč se duševní zdraví dětí během pandemie zhoršilo.“*

Aby získali podrobnější obraz, výzkumný tým zkoumal zdravotní diagnózy a informace o výdajích u 185 735 dětí ve věku od



pěti do osmnácti let od března 2020 do června 2021. Datová sada ukázala, zda dítě podstoupilo léčbu duševního zdraví nebo si vyzvedlo lék související s úzkostí, depresí či ADHD.

Výzkumný tým nastínil několik možných příčin duševních obtíží, které děti zažívaly během zavření škol. Patřily sem omezené sociální interakce, narušené spánkové rutiny, více času u obrazovky, horší stravovací návyky, akademické obtíže, rodinný stres spojený s ekonomickými potížemi nebo zvýšeným časem stráveným doma a omezený přístup ke školním službám duševního zdraví.

„Při zvažování budoucích nouzových situací v oblasti veřejného zdraví tato studie naznačuje, že je třeba upřednostnit bezpečné znovuotevření škol a zajistit,

aby děti měly přístup k sociálním a emocionálním zdrojům, které školy poskytují,“ řekl Hamad. „Politici by se měli zaměřovat nejen na kontrolu infekcí, ale také na duševní pohodu dětí, při čemž by si uvědomovali, že školy jsou klíčovou součástí jejich podpůrného systému.“

Zdroj: Pelin Ozluk, Jeff Romine, Gossia Sylwestrzak, Rita Hamad. **Do-
pad znovuotevření škol na duševní zdraví dětí během COVID-19: Kvazi-experimentální důkazy z Kalifornie.** *Epidemiologie*, 2025;
DOI: [10.1097/EDE.00000000000001930](https://doi.org/10.1097/EDE.00000000000001930)

(V.Ch.)



POLITIKA, SPOLEČNOST



PHDR. VLADIMÍR DVOŘÁČEK. FOTO V. CHVÁLA

VLADISLAV CHVÁLA: GROK A JÁ SE LOUČÍME S VLADIMÍREM DVOŘÁČKEM

Hledám vhodný název, a nejde mi to. Vlastně mi nejde napsat „nekrolog“. Copak je možné použít slovo tak nehorázné, neživotné, doslova nekrofilní a nepoetické pro vzpomínku na člověka tak plného fantazie, poezie, slov a laskavosti, jakým byl Vladimír Dvořáček, nenápadný, neúnavný, pracovitý dělník psychoterapie? Dělník nejen v tom, jak a co dělal, ale také dělný, vždy ochotně dělící se o své zkušenosti s námi ostatními. Všichni, kdo jsme prošli jeho kurzy ericksonovské hypnoterapie, zůstali jsme navždy poznamenáni. Tajné bratrstvo Dvo-

řáčkovo. My víme, že vždycky ještě něco zbývá vyložit, ale to se dozvíme až na dalším kurzu. I teď je na místě se ptát: Kdy se dozvíme to další, Vladimíre? Kdy se zase setkáme?

Nedá se nic dělat, musím s pravdou ven: PhDr. Vladimír Dvořáček zemřel 10. ledna 2026 ve svých osmdesáti letech. Co všechno jsme s ním ještě chtěli probrat! Ale potkávali jsme se už jen na konferencích a pak stále vzácněji. Pokaždé jsme si ale měli co říci, věděli jsme o sobě a byli jsme zvědaví na objevy toho druhého. S pocitem neukončené diskuse jsem se



obrátil (Vladimíre odpusť!) na jednu z řady AI jménem Grok. Co ten (sám o sobě mluví v mužském rodě) může vědět!? Nevzal si ani čas na rozmyšlenou a (když jsme si vyjasnili, že mám na mysli Dvořáčka, „toho brněnského psychoterapeuta“, ne jiného kolegu) odpověděl překvapivě velmi dobře informován obratem: „Jsem rád, že jsme se shodli na správné osobě. *PhDr. Vladimír Dvořáček, brněnský psychoterapeut specializující se na ericksonovskou hypnózu, skutečně nedávno zemřel (pokud máte tuto informaci potvrzenou, předpokládám, že je přesná). Při psaní nekrologu je důležité zohlednit jeho přínos v oboru a jeho vliv na odbornou komunitu. Pokud jde o to, jak často bývá citován, pokusím se poskytnout relevantní informace na základě dostupných zdrojů a obecného kontextu.*“ Ptal jsem se, jen abych na něco nezapomněl, přece vím, že Vladimír nebyl psavec. Marně jsem z něho doloval nějaký text. Své zkušenosti předával osobně, takříkajíc „z huby do ucha“. Jeho heslo „nechci vás učit, ale naučit“, se stalo legendární. Grok pokračoval: „*PhDr. Vladimír Dvořáček nebyl primárně známý jako akademický autor s rozsáhlou publikační činností ve vědeckých časopisech, které jsou běžně indexovány v databázích jako Scopus nebo Web of Science. Jeho práce se spíše soustředila na praktickou psychoterapii, výcviky a workshopy. Publikoval spíše populárně-naučné texty, příspěvky do odborných časopisů nebo materiály pro terapeuty, což znamená, že jeho citovanost v akademickém prostředí nemusí být vysoká.*“

To vím taky, ty Groku! Na Scopus ti kašlu! A on, aniž by mě slyšel, pokračoval bez nadechnutí: „*V českém kontextu mohl být citován v knihách, člancích nebo materiálech týkajících se ericksonovské hypnózy a psychoterapie, zejména autory, kteří se zabývají touto specifickou*

oblastí. Jeho jméno se může objevovat v souvislosti s případovými studii, metodickými příručkami nebo v textech o hypnóze vydaných v ČR. Nicméně, protože ericksonovská hypnóza není v akademickém prostředí tak široce zkoumanou oblastí jako například kognitivně-behaviorální terapie, citovanost může být omezená na úzký okruh odborníků.“

Samozřejmě! Vidím, že zpráva o téhle neúctě naší akademické obce k léčebnému umění Milтона Ericksona se donesla až na nejvyšší místa (Ajajaj!) ke Grokovi! (neměli bychom to víc tajit, Velký Bratře?) Zatímco takhle hloubám, křemíkové obvody nazvané Grok nerušeně pokračují perfektní češtinou: „*Důležitější, než formální citace může být jeho vliv na praktickou komunitu psychoterapeutů a hypnoterapeutů v České republice. Jako školitel a lektor ovlivnil mnoho profesionálů, kteří se učili ericksonovský přístup přímo od něj. Tento vliv se nemusí projevit v citacích, ale spíše v osobních vzpomínkách, doporučeních a odkazech na jeho workshopy či výcviky.*“

Tak On to ví!? Už se to ví i u Groka! Tak to bude mít Vladimír určitě dveře do nebe otevřené, nebo aspoň u toho našeho psychoterapeutického. Bránu tam samozřejmě hlídá Jaroslav Skála (ten to měl se Svatým Petrem vyjednané předem. Měl pro něj připravenou větu: „Ty jsi Petr, já jsem Skála, tak co bychom si vyčítali“...

Ještě poděkuji Grokovi za informace a křemíkové spoje se jdou o mě postarat: „*Chápu, že vám po PhDr. Vladimíru Dvořáčkovi může být smutno. Ztráta někoho, kdo měl významný vliv – ať už osobní, nebo profesní – je vždy těžká. Je přirozené cítit smutek, zvláště když máte pocit, že odešel příliš brzy. Dovolte mi, abych vám vyjádřil soustrast a pokusil se vám nabídnout trochu útěchy nebo podpory.*“



Tak to mě tedy podrž! To už můžou všichni psychoterapeuti vyhnout, když támhle někde kdo ví kde v křemíkovém světě se najdou slova, která tady po nás na světě zbyla, a je možné s nimi žonglovat a dokonce utěšovat!? Ne, ne, takhle to

není. Dvořáček byl jen jeden, a nic z toho, co uměl, nemůže žádný Grok napodobit. Může je jen sbírat a třídit. Jakápak inteligence?! A já si na to jdu dát grog, Vladimíre!

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



HISTORIE



ILUSTRACNÍ FOTO

RADKIN HONZÁK: ZMĚNY VÝSKYTU SYMPTOMATOLOGIE PSYCHICKÝCH PORUCH

Psychiatrii jsem se upsal ve čtvrtém ročníku na lékařské fakultě a jsem jí – existující v mnoha někdy si nepodobných podobách – věrný dodnes. Bylo to už víc než 67 let, co putuju po jejích stezkách a pláču na jejích hrobech reprezentovaných mamutími farmaceutickými firmami a jimi zpotvořenými svazky DSM-IV. a DSM-V. Ty pak porodily české zmetky diagnostických a statistických manuálů, s nimiž končí léčení lidí a nastupuje léčení receptorů.

Za tu dobu, kdy jsem měl možnost pozorovat symptomovou scénu nabízející na první pohled všem to, čemu teatrolog Ivo Osolsobě¹ říká „ostenze“. To je podle něj to nejsyrovější nabídnutí „něčeho“, události nebo osoby sebe samé. Viditelný příznak se tedy odehrává v rovině behaviorální, v rovině intrapsychické pak existuje možnost nejrůznějších scénářů, fenoménů i prostých úkazů či idejí. O těch se ale můžeme, nebo také nemůžeme dozvědět.

¹ Osolsobě I: Principia parodica. AMU, Praha, 2007



Okolí sledující prezentaci posoudí, do jaké kategorie dotyčná ostenze patří. Hýkání politiků propagujících evidentní nesmysly je zařazeno do kategorie norma, výkřiky o blížícím se konci světa s koncem století a tím spíš tisíciletí, patří mezi lidovou tvořivost. Vyzývání Boha na veřejnosti už je silně podezřelé, lidi pospávající na veřejnosti si koledují o bezohledné napadení ožralými či zdrogovanými blbci, pobíhání po ulici s taseným kuchyňským nožem náleží především policii a shánění pomoci proti zákeřně útočícím Marťanům je už z kategorie šílenství. Bývaly doby, kdy omdlívání patřilo k dobrému vychování (viz originální Pohádky tisíce a jedné noci), dnes je to výzva k výkřiku: Je tu někde lékař?! Ačkoliv skautík vyškolený v kurzu první pomoci by jistě byl užitečnější než prezident České lékařské komory, který pacienta naposled viděl před třiceti roky.

Ještě na konci studia jsme měli mezi možnými zkouškami ve třech předmětech – neurologie, psychiatrie a státnice z interny – otázku, jaký je rozdíl mezi epileptickým a velkým hysterickým záchvatem. Epileptologie tehdy nebyla na takové výši jako dnes, proto sebou občas nějaký „záchvatník“ (tak je pojmenoval vrchní ošetřovatel v Kosmonosech) sekl rovnou na chodník nebo v hospodě pod stůl.

Velký hysterický záchvat patřil k velkolepé exhibici, a navíc měl téměř 4000 let dlouhý rodokmen. Poprvé popsán v papyru Kahun z 19. století před Kristem spolu s hysterickou obrnou, která byla charakterizována tak, že „žena, ač čivý zdravé má, nevidí, ač údy zdravé má, pohnout jimi nemůže.“ Vrcholem představení byl ale po patřičném „roščilení“ epilepsii podobný křečovitý záchvat, jen bez poranění, pokousání jazyka a pomočení a slavný hysterický oblouk „epistotonus“, při němž pacient/ka (muži to také občas

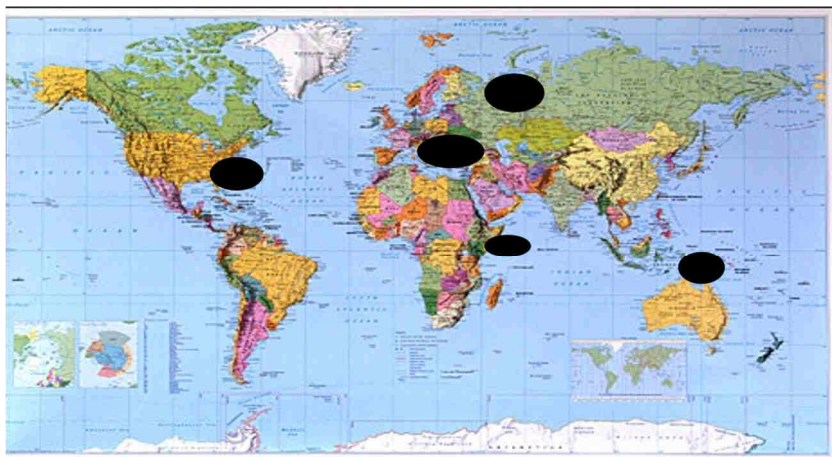
uměli, ale vzácně) zaujal/a tento postoj i na několik minut.



V léčebně, kde jsem startoval, byla jedna staniční sestra, která uměla – když nebyla po ruce pacientka a přišly žákyňky ze zdravotní školy – dokonale tento stav předvést. Zlí kolegové říkali, že to má ve své osobnosti zakódované. Od roku 1966, kdy jsem opustil Kosmonosy, jsem tuhle velkolepou scénu už neviděl a také reference o ní zmlkly. V Psychiatrické léčebně později přejmenované na nemocnici v Bohnicích jsem za celou kariéru potkal dvě pacientky s typickou hysterickou motorickou obrnou. Ta je charakteristická tím, že navzdory nehybnosti končetina neatrofuje a pacient/ka navzdory omezené pohybu zaujímá naprosto pohodový emoční stav, bez úzkostí, obav, či příznaků frustrace, označovaný tehdy jako „belle indifference“.

Senzorické obrna se vyznačuje lokalizacemi necitlivosti, které neodpovídají inervačním okruhům, ale představám o lidských hranicích (rukavicové či ponožkové, v případě hemiparézy přesné rozdělení do střední čáry, ačkoliv senzitivní nervy v této oblasti od ní přesahují na druhou stranu). Od neurologů slyším o abortivních podobách tohoto kdysi velkého tyátru a stále mám na mysli první diferenciální diagnózu, a tou je roztroušená skleróza, která některé příznaky emoční lability mít může.





Ari Kiev – Transcultural psychiatry (1972)

Mapa na dalším obrázku ukazuje místa, která navštívil a z hlediska transkulturní psychiatrie zmapoval Ari Kiev a shrnul posléze v uvedeném díle. Výsledky těchto expedic jsou pozoruhodné: na všech místech, bez ohledu na etnické, geografické, ekonomické, politické, kulturní a další poměry bylo stabilně 1 % schizofreniků a 5,5 % pacientek a pacientů s těžkou depresí, tehdy označovanou jako „endogenní“, tedy doslova „v tomto domě vzniklé“, tedy nikoliv reaktivní, jak jsme tehdy dělili deprese. Zbytek psychopatologie označil Kiev za folklór. A ten byl věru pestrý.

Zatímco v Evropě a částečně (z dovozu) také v USA dominovala hysterie, hemžily se ostatní kraje svéráznými poruchami. V Latinské Americe ohrožovalo lidi „susto“ způsobené uhrančivým okem, jež dokázalo vyvolat závažné psychické i psychosomatické obtíže úzkostného spektra až k obrazu panické ataky. Malajsijské ženy postihl občas „latah“, dost podobný východoasijskému „amoku“, který si naopak vybíral spíš muže; byly to agresivní fugy, bezohledné, s nožem nebo střelnou zbraní v ruce a v těle kohokoliv. V severní Kanadě řádilo „windigo“, kostra z ledu, jejíž kousnutí vyvolalo kanibalské choutky a jejich rychlou realizaci. „Koro“ v jihovýchodní Asii přinášelo úzkost a strach, že penis se zatahuje a vchlipuje do břišní dutiny. Převážně muži, ale výji-

mečně i ženy s podobnými obavami o zevní genitál. Mechanické léčebné postupy od samoléčby až po asistenci příbuzných měly různou účinnost. A tak bychom se tímhle atlasem kuriozit mohli probírat nekonečně dlouho, kdyby se neobjevil fenoméne globalizace.

Laurence J. Kirmayer, další osobnost na transkulturním psychiatrickém trůnu, jej nazývá „westernizací“. Ta přinesla zkázu lokálnímu folklóru, zahubila tisíceletí starou hysterii nazvanou podle dělohy, která se utrhne a courá po těle, a kde se přicucne, dělá problémy. Proto bylo třeba ji vykuřovat, buď vykuřovadly vonnými, které ji měly přitáhnout zpět, nebo vykuřovadly smrdutými, které ji měly přimět, aby se vrátila a otvor proti smradům ušpuntovala. Dokonce i slavný chirurg Ambroise Paré (1510-1590) sestavil systém vykuřovadel. Nezničilo ji nic jiného než neslané nemastné deprese, které ji nahradily, a spektrum psychosomatických poruch. A stejně se stalo po celém světě.

Kiev psal o schizofrenii, ale o které? Ta katatonní s železným sevřením nebo naopak voskovou ohebností (flexibilitas cerea), setrváním po celé hodiny v nepřírozené poloze a fugami agresivních stavů, od mého mládí vymizela. Literární údaje uvádějí, že se tak stalo souběžně s ústupem velké hysterické poruchy. Simplexní



schizofrenii jsem za celého třicetiletého působení v Bohnicích neviděl, ani tu hebefrenii. Zbývá nám tedy ta parano-
idní, kterou charakterizují bludy, haluci-
nace a negativní příznaky (dříve připiso-
vané simplexní sestře). Tak ta je zde stále,
stejně jako velké deprese.

Odešla do zapomenutí léčba inzulino-
vými kómaty, kdy opakované těžké hy-
poglykemie nadělaly v mozkové tkáni ne-
malé škody, zcivilizovaly se elektrokon-
vulze, které považuji stále u některých pa-
cientů s těžkými depresemi jako metodu
volby, což se naplňuje s bídou v polovině
případů, protože k metodě objevené Cer-
lettim na jatkách má veřejnost stále re-
zervovaný odstup. Pestrá paleta anxioly-
tik nahradila Meprobramat, který jsme
jako jediný znali, a způsobila tak epidemií
jedněch závislostí.

Jak mizely hysterické projevy, přibývalo
úzkostných poruch, zejména panických
atak. Ty na samém počátku trucovaly a
vzdorovaly tradiční anxiolytické léčbě.
Byl to až americký psychiatr David V.
Sheehan, který v knize „The Anxiety Di-
sease“, postavil úzkost na biologický pod-
stavec (Anxiety is not always psychologi-
cal but rather a disease that can now be
controlled) a zahájil odvážně, a proti zá-
kazům a doporučením, také u kardiaků
úspěšnou léčbu panické poruchy antide-
presivy; tehdy první generace. Snaha léčit
každou výchytku nálady psychofarmaky
vede ke stále narůstající spotřebě antide-
presiv, anxiolytik a hypnotik.

Přibývá úzkostných a depresivních po-
ruch mezi adolescenty, dramaticky nar-
ostla incidence poruch příjmu potravy,
k čemuž napomáhají sociální sítě, stejně
jako k fenoménu, který jsme na začátcích
mé pracovní kariéry neznali: sebepoško-
zování adolescentů výrazné nejvíce mezi
13. a 17. rokem. Řešení obou problémů je
v nedohlednu.

Když jsme se učili o autismu, měli jsme
k dispozici ojedinělé zprávy a jeden sní-
mek z Velké Británie, na němž trůnil na
vozíčku preadolescentní chlapec. Pak
dlouho fotografovali autisty, kteří
ochotně civěli do objektivů. Nedávno
(2017) ale půjčili foťáky autistům a ptali
se pozorovatelů, zda poznají, které
snímky pocházejí od nich a které ze Saud-
kovy dílny. Hodnotitelé zaznamenali
mezi snímky autistů opakování specifi-
ckých objektů, fotografie těl bez obličejů,
fotografie cizích tváří, které postrádaly
pozornost fotografa, zaměření na jednot-
livé a často neobvyklé objekty a zvláštní
vizuální perspektivu a zakryté objekty. Co
z toho plyne: autisti nebudou dobří tvůrci
fotografických portrétů. Zato jich neoby-
čejně přibylo. Když ne úplných, tak ale-
spůň Aspergerů.

Mezitím se ale změnila i celková poměry
a mezi nimi přístup k výchově dětí. Za-
tímco za mého dětství vládla představa,
že metla vyhájí děti z pekla doprovázená
doporučeným postupem škoda rány,
která padne vedle, nastal v poslední době
čas „permisivní výchovy“ vycházející
z představy, že děti jsou květy života a že
dítě časem dozraje natolik, že samo pozná
kýžená omezování svého ega. Je to ale ve
skutečnosti nechuť se s těmi spratky han-
drkovat, a tak nám vyrůstají generace
s nárokem na všechno a s mizivou porcí
frustrační tolerance v osobnostním vyba-
vení.

To podle mého názoru souvisí s neob-
vyklou úrodou pacientů trpících ADHD.
Nejde jen o absolutní množství, ale také o
poměr chlapců a děvčat, v němž hoši
hrají prim. Řekl bych, že řada z nich je
pod deštníkem diagnózy schovaná.
Chlapci jsou od přírody větší lemplové
než děvčátka a ve stejné třídě jsou proti
nim vývojově opožděni. Jsou nepořádní,
líní ve vztahu k povinnostem, agresiv-
nější než dívky a také impulzivnější. To,
co bylo možné ještě před třiceti roky mo-



toricky vybít v nejrůznějších aktivitách, je dnes uzavřeno do feministické školní klece, v níž pro jistotu odpadl tělocvik. Takže spousta „chorobných“ projevů je přirozenou snahou o prosazení svého způsobu života. Dřív za to byly dvojky z mravů a domácí postih, to je dnes nahrazeno Ritalinem a asistentem.

Co považuju za velkou chybu psychiatrie, je skutečnost, že ve své touze po větší důležitosti vzala do své náruče drogovou scénu, kterou nemůže nikdy zvládnout. Adiktologie je sice více sociálně orientovaná než klasická biologická psychiatrie, přesto nedosahuje celoplošných úspěchů; sehnat mezi středoškoláky pervitin nepředstavuje velkou námahu. Ve spotřebě alkoholu jsme střídavě druzí, ale častěji první v Evropě.

Pokračuje medicinalizace sociální patologie i běžných projevů, DSM-V. považuje truchlení pro blízkou osobu po dvou týdnech už za depresi a doporučuje farmakoterapii. Max Kašparů tuhle situaci trefně komentoval takto:

„Hodnotový svět předchozích generací totiž znal tzv. SEDMERO HLAVNÍCH HŘÍCHŮ. Pýchu, lakomství, závist, hněv, smilstvo, nestřídmost a lenost.

Postupem času se jejich obsah proměnil do dnešní podoby a z pýchy se stalo zdravé sebevědomí, z lakomství zákon ekonomiky, nestřídmost se povýšila na vyšší životní úroveň, závist v boj o spravedlnost, hněv ve zdravou reakci na nekorektní jednání druhých, smilstvo v

prevenci proti neurózám, lenost se proměnila v prokrastinaci.

Díky této moderní nomenklatuře zbavil se starý kontinent těžkých hříšníků. Při počteme-li k tomu ještě jiné, dnes už málo známé, skoro archaické pojmy jako hulvátství, které se změnilo ve svobodu projevu, okrádání definované jako svobodný trh, zanedbanou výchovu dětí jakožto tvorbu vlastního názoru potomstva, neúctu k tradici proměněnou ve vítězství zdravého rozumu a likvidaci pozitivních hodnot jakožto zbavení se předsudků, nacházíme se v aktuálně nám známém prostředí uprostřed Evropy. K tomu dodám, že svoboda se povýšila na svévoli jednotlivce, tolerance se proměnila v ustupování zlu a korektnost v povinný názorový koridor.“

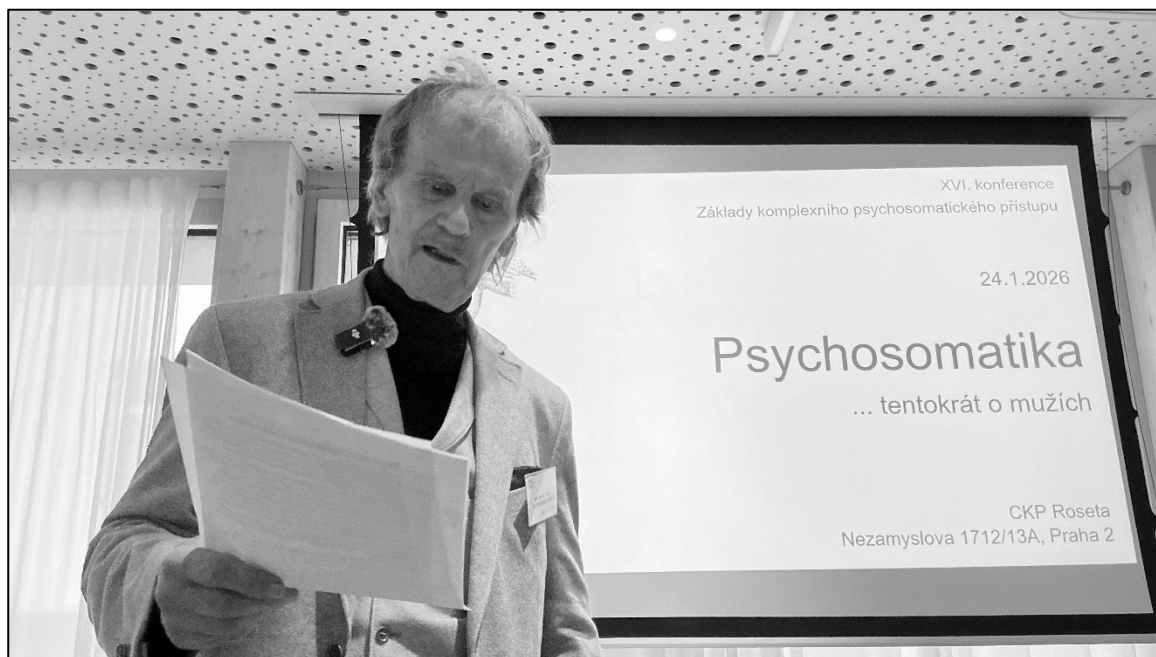
Úspěchem psychosomatické medicíny za těchto okolností je, že se jí podařilo prchnout z psychiatrického objetí, osamostatnit se a zakotvit se v co možná nejrozsáhlejší klinickém zázemí. Z psychosomatické medicíny se nesmí stát „konzultační psychiatrie“, o což představitelé psychiatrie usilovali a usilují, protože staví na zcela jiných principech v bio-psycho-sociálním přístupu k lidem ve zdraví a nemoci.

R. H. Praha 14. 11. 2025

Do redakce přišlo 14. 11. 2025
K tisku zařazeno 15. 1. 2026
Konflikt zájmů není znám



Z KONFERENCÍ



ILUSTRAČNÍ FOTO: JAN PONĚŠICKÝ. KONFERENCE PSYCHOSOMATIKA O MUŽÍCH, CKP ROSETA, LEDEN 2026

JAN PONĚŠICKÝ: STABILIZAČNÍ FUNKCE SYMPTOMU

ZAZNĚLO NA KONFERENCI: PSYCHOSOMATICKÁ KONFERENCE PŘEŠTICE, 3 – 4. 10. 2025.
TÉMA KONFERENCE: ČLOVĚK JAKO TÉMA ANEB POTŘEBUJEME JEŠTĚ SYMPTOM?

Poněkud provokativní otázka, zda ještě potřebujeme symptom, je nepřímou kritikou lékařů, kteří se soustřeďují na léčbu symptomů nemoci a nikoli na nemocného člověka a jeho problematiku. S tím je možno souhlasit, zejména u psychosomatických onemocnění. Avšak nejen lékaři, nýbrž i pacienti vnímají v popředí své symptomy a je přirozené, že totéž očekávají od terapeutů. Myslím, že je radno pacienta vyslechnout, avšak reagovat na líčení jeho symptomatiky dle vlastního porozumění, někdy i intuitivně.

Příklad: 45letá klientka vypráví obsáhle v rámci psychosomatické konzultace o svých zažívacích potížích. Má pocit, že její tělo odmítá přijímat normální jídlo, buď se jí chce zvracet, nebo jí bolí břicho,

zkouší neustále nové a nové diety. Chvilí jsem nechal na sebe působit její stesky a bezmoc, a když se naskytla malá pauza, řekl jsem: Proč přenecháváte odmítání svému tělu místo abyste vy sama protestovala proti něčemu, co nesnášíte? A tu najednou vychrlila klientka ze sebe celou traumatickou historii se svou matkou, která ji od dětství kritizuje, dělá jí špatné svědomí a ona se nedokázala bránit. S úlevou nakonec sdělila, že má dnes narozeniny a dala si dárek ve formě vypnutí telefonu, aby jí matka zase něco nevyčítala.

Téma sebeohraňování na všech úrovních je problematické u mnoha nejen psychosomatických onemocnění.



Ve své přednášce se budu zabývat převážně stabilizační úlohou symptomu, která vynikne tehdy, když se zamyslíme nad primárním ziskem z nemoci.

Symptom je totiž vyústěním problematiky pacienta, v případě vnitřního konfliktu i kompromisem protichůdných tendencí, zejména mezi impulzivními pohnutkami a mezi jejich kontrolou, potřebou jistoty. Pakliže symptom umožní, byť za cenu strádání, vyjádření obou stránek tohoto konfliktu, dokonce i jeho částečné odreagování, tak to sníží vnitřní napětí, a tudíž i jeho motivaci se svému problému vědomě vystavit a jej v realitě řešit. Tomu napomáhá i nesrozumitelnost, neboť je konglomerátem různých impulzů i jejich zákazů. Tím spíš je symptom vnímán dystonně jako nemoc, se kterou nemá pacient nic společného a jejíž řešení a léčbu může klidně delegovat na lékaře.

Kromě toho symptom a s ním spojená obvyklá symptomová diagnóza pacienta uklidní a dává jí přednost před úkolem porozumět psychosomatickému stonání i vlastní odpovědnosti za něj. Vyhne se konfrontaci se sebou a s tím spojenou, přízněji si, vágní šanci léčebného úspěchu psychoterapií, který je značně závislý na jeho připravenosti sebereflexe a motivaci se emocionálně otevřít, jakož i na osobnosti psychoterapeuta. Naproti tomu jej zbaví ryze medicínský přístup vlastní odpovědnosti za vznik jeho symptomatiky i nutnosti podstatně změnit svůj životní styl.

Co vše tudíž symptom obsahuje a jakou funkci plní?

Symptom je jednak výrazem poškození traumatizací s následnou deformací části jeho osobnosti (přízpusobením, rezignací), ale i reakce na původní zátěžovou situaci (bojkot, pomsta), kterou si může pacient v této skryté symptomové podobě dovolit. Obsahuje i zdravé, regenerační tendence

(odpočinek, restituci), avšak i defenzivní pohnutky se ochránit, stáhnout do sebe (depresivita, pocity viny, sebetrestání).

Symptom uspokojuje i expresivní potřebu sebevyjádření a komunikaci a snahu po vyřešení vlastní problematiky, což stabilizuje nejen intrapsychickou rovnováhu, nýbrž i interpersonální situaci. Strádající člověk chce být viděn, slyšen, přeje si, aby na něj někdo s porozuměním reagoval. Depresivní symptom např. vytváří tlak na to, aby se k nemocnému někdo přiblížil a utěšoval jej, jindy znamená výčitku s požadavkem odčinění bezpráví, hovoří se o pasivní agresivitě.

Symptom nám ukazuje přinejmenším dvě cesty, jednu defenzivní, stabilizační a jednu zdravě odvážnou, alespoň tělo poukazuje na nevyřešenou problematiku. Symptom působí znepokojivě.

Zároveň je symptom reakcí, obranou proti průniku nezpracovatelné situace (podnětů, stimulů), zvl. u pacientů s deficitním či rigidním sebeohraňčením. Zde souvisí psychika s obraným imunitním systémem a (ne)dostatkem energie.

Psychoterapie je obtížná, málokdo je ochoten se sebekriticky zabývat vedením vlastního života. Neuropsychologové tvrdí, že náš emocionální limbický systém přijme jen to, co je uspokojivější nežli to dosavadní – zde jsme opět u toho, jak pacientům zprostředkovat, že např. přiznání si a nepotlačování slabosti, zvláště u mužů, je úzdravné a uspokojivější nežli permanentní výkonnost a honba za uznáním. Proč právě tento příklad? Poněvadž se neustále v (mé) praxi opakuje ten samý příběh: Muž středního věku přijde do psychosomatické kliniky s bolestmi zad či srdečními symptomy a se stavy vyčerpání, slabosti a snížené výkonnosti. V anamnéze bývá přísný, náročný či brutální otec, který nechválí a očekává jak výkonnost, tak i poslušnost. Dítě se o to



marně snaží, samozřejmě potlačuje agresi (energii) proti němu, avšak selhává a odpočinek si nemůže dovolit. Jeho matka se neodvážila jej před otcem ochránit, sama měla z něj strach. Touha po klidu a odpočinku se může projevit jen dystonně jako symptom, za který nemůže a který předloží k léčení lékaři. Přesto, zvláště když je v pracovní neschopnosti cítí za svou nemohoucnost stud a špatné svědomí, vinu, za kterou se musí potrestat – často bolestmi, které již i vznikly oním stálým, zvláště svalovým napětím se strachem nepodat očekávaný výkon, ale i napětím z potlačované agrese a neustálé snahy nebýt takový jako vlastní otec. Žije ve stresovém modu aktivovaného a zároveň potlačovaného sympatiku, a i potlačovaného parasympatiku v jeho funkci ohledně relaxace, restituce a regenerace, takže se kombinují symptomy, jež vzcházejí jak z potlačování agresivity ve snaze podat bezchybný výkon, tak i ze zanedbání odpočinku. Právě pro tuto spojitost psychických procesů s vegetativním nervovým systémem (tělem) si cenil můj nedávno zesnulý kolega docent Jiří Šimek, kterému tento příspěvek věnuji, Franze Alexandra. To, co pacient vytěšňuje ze svého vědomí, se tím silněji projeví patologicky jako symptom, zde agresivní napětí jako bolest a nepřipuštění relaxace jako stavy slabosti. Pakliže vznikají psychosomatické symptomy na místě „nežítého života a nevykonaného činu“ (V. v. Weizsacker), jak jej přesvědčit a motivovat k tomu, aby zpochybnil svůj stresový způsob života a respektoval známky únavy i hranice vlastní výkonosti, aniž by tím trpělo jeho sebevědomí a mužnost? Během interakcí v psychoterapeutickém procesu mu může terapeut ukázat, že k projevení slabosti je třeba daleko víc „mužné“ odvahy např. tím, že sám občas přizná svoji nejistotu. Přesto klade takový pacient dlouho odpor vůči psychoterapii, vždyť ta sama o sobě, její potřebnost, znamená v jeho očích slabost.

Častá příčina rezistence vůči psychoterapii tudíž spočívá v primárním zisku z nemoci, který v zásadě spočívá v tom, že pacient může žít stále starým způsobem a zároveň si přece jen „vnitřně odžije“ a vyjádří, ba i komunikuje tu druhou, nepřijatelnou stránku reagování ve formě symptomu. Tak když výše zmíněný pacient si ve stavu slabosti odpočívá, tak žije jak zakázanou slabost, tak se jedná i o bojkot otcovského násilí, a i o zdravou sebeúdržbovou tendenci či touhu, aby se o něj někdo mateřsky staral. Zároveň se za své agresivní pohnutky trestá bolestmi, čímž se vnitřní psychické napětí sníží. Na interpersonální úrovni si umanol se chovat bezkonfliktně, tedy zcela odlišně než jeho otec, což ovlivňuje i jeho terapeutku, která se neodvažuje jej konfrontovat s jeho problematikou. Přesunem této problematiky na symptom se ovšem tlak na to připustit dosud potlačované impulzy a tendence i v běžném životě (a motivace k tomu) sníží. Tato vnitřní abreakce i tělesná komunikace probíhá automaticky a pacient se nemusí o nic starat, je to pohodlnější nežli psychoterapie, kterou odmítá.

Coby lékaři či psychoterapeuti musíme mít před očima význam symptomu a vážít si jeho funkce. Otázka, kterou bychom si měli od počátku léčby klást zní: Co ten symptom pacientovi přináší, proč jej potřebuje? Jaká úloha ho čeká, když se ho vzdá? Autor jedné knížky o somatoformní bolesti, kterou sám dlouho trpěl, G. v. Hummel píše „jsem vděčen mému symptomu za to, že jsem se skrze něj tolik o sobě dozvěděl“.

Další příklad:

Dvaapadesátiletý pacient je hospitalizován na psychosomatické klinice pro náhle vzniklé a trvalé bolesti svalů v celém těle, které se nedaří ovlivnit. Pracovní neschopnost trvá již jeden rok, proto si žádal o invalidní důchod.



Kolegyni, která jej představila na balintovské skupině je nápadné, že se tento atraktivní muž pohybuje zcela přirozeně, v jeho držení těla není nic nápadného a paralelně nenápadné je bezemoční líčení jeho pohnutého života. Pochází z Bosny, jeho rodiče emigrovali do Německa a ponechali ho čtyřměsíčního spolu s bratrem dvojčetem u tety a strýce, které více méně považoval za své rodiče a měl je velmi rád. Rodiče přijeli občas na návštěvu a připadali mu cizí. Náhle, proti jeho vůli, jej v šestnácti letech vzali s sebou do Německa. Vyučil se instalatérem a pracoval v nějaké firmě, oženil se, má třicetiletou dceru, se kterou se moc nestýká. Nyní je bez práce a nevěří, že by mohl znovu pracovat. Aby nezatěžoval svou ženu svými nářky a zlobou, odstěhoval se ke svým rodičům, kterým vyčítá, že ho nejdříve opustili, a pak odvezli do Německa. Se svou ženou chodí často o víkendech na oběd. Nezmiňuje se o tom, zda mu chybí či zda se k ní někdy chce vrátit.

Terapeutku irituje, že pacient nevnímá zřejmé souvislosti (což iritovalo i některé členy skupiny): Bolesti vznikly asi 2 měsíce po operaci tříselné kýly v narkóze a 4 měsíce poté, co zemřela jeho teta i strýc.

Někteří členové skupiny vyslovili fantazii, že se pacient (po narkóze) probouzí a probouzejí se i jeho pohnutky a citové reakce, což není schopen zvládnout. Svou situaci opuštění v raném dětství, násilné opuštění své milované země i opuštění smrti tety a strýce, posléze i ztrátu zaměstnání a odloučení od manželky, tuto psychickou

bolest je schopen vyjádřit jen tělesnou bolestí. Alespoň tímto způsobem uspokojuje bazální lidskou expresivní a komunikační funkci. Právě to jej stabilizuje, konečně nějak ventiluje, co jej trápí, čímž ustupuje vnitřní napětí. Jedna účastnice skupiny poukázala na podivuhodnou shodu mezi čtyřměsíčním intervalem od smrti milované tety a strýce a začátkem jeho bolesti a opuštěním rodiči, když mu byly 4 měsíce. Přestěhováním k rodičům, jak to vyjádřila jiná účastnice skupiny, doufá nevědomky, že se mu dostane zadostiučinění, a když ne, tak od „otce státu a matky renty“. Invalidní důchod se stává i legitimací pracovní neschopnosti a chrání jej proti studu za jeho profesní i osobní selhání. S rentou by se mohl klidně vrátit materiálně zajištěn do své vlasti, o čemž se ještě terapeutce nezmiňoval.

Jaký závěr vyplývá z těchto zkušeností? Vážme si symptomatiky, kterou se pacient brání proti selhání, těžkému onemocnění či psychofyzickému zhroucení. Uvědomme si, jak je pro něj důležitá. Poskytuje mu stabilitu a jistotu. Někdy je vhodné, aby si ji napřed našel v životě, a teprve poté začít s psychoterapií.

Autor: doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD.

Do redakce přišlo 6. 1. 2026

Zařazeno k tisku 15. 1. 2026

Konflikt zájmů není znám. Příspěvek zazněl na konferenci v Přešticích 3. 10. 2025



RECENZE



ILUSTRÁČNÍ FOTO. PŘEDNÁŠKA PROF. HORÁČKA. FORTNA 2026

VLADISLAV CHVÁLA: 2X Z REVUE PRO ANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Je nezvyklé upozorňovat čtenáře časopisu na jiné odborné periodikum, ale rád připouštím, že u nás pravidelně vychází pečlivě vedená Revue pro psychoanalytickou terapii a psychoanalýzu, kterou můžeme našim čtenářům vřele doporučit. Psychosomatická medicína má hluboké psychoanalytické kořeny, které jsou i u nás dále díky české společnosti pro analytickou psychoterapii (ČSPAP) rozvíjeny. I když dnešní psychosomatika čerpá z mnoha jiných zdrojů, zůstávají hluboké kořeny cenným zdrojem. Víme, že psychoanalytická metoda není většině pacientů dostupná pro svou časovou i finanční náročnost, ale neměli bychom odmítat cenné poznatky analytické teorie.

Rád bych upozornil na dvě čísla, která jsou pro nás psychosomaticky orientované lékaře velmi inspirativní. V zimním čísle Revue z r. 2018, které je celé věno-

váno psychosomatice v dětství a dospívání je řada skvělých textů. Naším čtenářům doporučuji především text Michaela Šebka Psychosomatické poruchy a centrální senzitivace v raném vývoji na str. 27-38. V úvodu Šebek píše: „*V oblasti psychogenních funkčních psychosomatických poruch dochází postupně ke změně pohledu na tzv. nepřítomnost pozitivního somatického nálezu. Užití zobrazovacích metod ve výzkumu mozku ukazuje, že mozkové procesy u pacientů s tzv. funkčními poruchami mají určité neurologické zvláštnosti, které někteří autoři označují jako centrální a periferní senzitivace, nebo jednoduše pojednávají o dominanci podkoří, zejména mezimozku, při zpracování stres vyvolávajících vnějších i vnitřních podnětů. S tím souvisí nedostatek symbolizace, respektive kortextového zpracování přicházející stimulace, a místo komplexního myš-*



lenkového a emočního prožívání dochází k jeho somatizaci pomocí „špinavé“ (podkorové) cesty. K posílení této dolní cesty dochází v raném dětství (v období přimknutí-attachment) v důsledku kumulace psychických traumat způsobených nedostatkem mateřské empatie a mateřskou psychickou i fyzickou nepřítomností.“

Dobře to známe z každodenní psychosomatické praxe: Překvapuje nás, že naši pacienti často velmi obtížně propojují své symptomy s emočním prožíváním a se situacemi ze svého života. Patří proto k těm nejnáročnějším pacientům, nikoli k těm „lepšími“, jak jsme slyšeli od některých psychiatrů při zakládání psychosomatických pracovišť v devadesátých letech. Testují na naši trpělivost a kreativitu, jsou velmi nároční na parametry terapeutického vztahu. Psychoanalytická teorie spolu s moderními výzkumnými metodami ukazují, proč je tomu tak. Šebek v úvodu pokračuje: *„Sbližování psychoanalytických teorií s poznatky neurovědy má před sebou nepochybně velkou budoucnost, kterou Freud předvídal. V psychoterapii psychosomatických poruch se pokoušíme najít spojení tělesného příznaku s představovaným a symbolickým světem pacienta, které bylo buď ztraceno, nebo se pokoušíme ho nově vytvořit“.*

Všem našim čtenářům moc doporučuji se s tímto Šebkovým textem seznámit. Je srozumitelný a kompetentní.

Druhé velmi povedené číslo Revue ze zimy 2024 se znovu věnuje dospívajícím. K tématu Dospívání v zrcadle současnosti i minulosti se vyjádřila řada našich i zahraničních autorů a všichni stojí za přečtení, zvláště pro ty z nás, kdo se věnují poruchám dospívání, jakou je genderová inkongruentní dysforie (GID). Chaos, jaký způsobila vlna GID v řadách pediatrií, sexuologů, endokrinologů, gy-

nekologů, psychiatrů i pedagogů, kteří byli zvyklí se postarat o těch několik desítek pacientů s transsexualitou ročně, je těžké přehlédnout. Na první pohled nepochopitelný fakt, že se dítě s tělesnými znaky dívky cítí být chlapcem (nebo obráceně), nelze bez znalostí hlubinných psychologických procesů přijmout. V tomto čísle Revue se čtenář ujistí, že proces hledání vlastní identity, včetně té pohlavní, tady byl vždy, v historii, je zde dnes a bude i v budoucnosti. Jde o přirozený proces hledání vlastní identity. Stejně úkoly, stejné pochybnosti a překážky, jen probíhá v jiném kontextu, v jiném prostředí, v období dramatické proměny komunikačních technologií a pod tlakem ohromného množství informací, nad kterými jsme ztratili kontrolu. Nelze se divit, že pod tlakem velkého množství dospívajících, kteří propadli zmatkům na této cestě, přišli někteří s nápadem co nejrychleji vše vyřešit přijetím sebediagnózy nezralého dospívajícího, rychle umožnit tranzici a riskovat, že vše může být v dalším vývoji zpochybněno (tzv. afirmativní „léčba“). Nelze se ani divit aktivistům, kteří se ochotně ujali této zoufalé skupiny dospívajících, a tlačí společnost do rychlého přijetí neuváženého a nepromyšleného, protože příliš rychlého řešení. Jde však více o jejich vlastní úzkost, se kterou se vyrovnávají právě aktivitou než o skutečné zdraví zmatených dospívajících. Těm je třeba věřit jejich prožívání, ale je třeba pro ně získat čas ke zrání, aby se nakonec sami mohli správně rozhodnout.

Výborné jsou všechny texty v tomto čísle Revue, které je jako vždy připraveno s velkou pečlivostí. Pozornosti našich čtenářů však vřele doporučuji především text Slavoje Titla *Identita, psychologické hranice a čas* (str. 46-62). Sám autor uvádí v úvodu: *„Popisují osm základních hierarchicky seřazených charakteristik vývoje identity – 1. paměť jako nositele kontinuity; 2 vytvoření bezpečného*



vztahu s mateřskou osobou jako základ osobnosti a jáství; 3. proces separace-individuace a tvoření mentálních hranic self; 4 řešení základních oidipických problémů a vytvoření superega; 5. narcistický vývoj, který umožňuje truchlit nad nesplnitelným a přijmout omezení a najít „požitek z pouhé existence“; 6. teprve splnění předchozích bodů umožňuje schopnost flexibilně regredovat ve službách já, hrát si a zachovat si humor i v náročných situacích; 7. schopnost introspekce a nakonec i 8. nalezení smyslu života. Integrovaná, zralá identita je charakterizovaná schopností emočně (ne jen kognitivně) rozlišovat v osmi vývojových liniích, v nichž se tvoří hranice: 1. mezi mužem a ženou a schopnost ocenit jejich rozdíly, funkce a význam; 2. mezi dítětem a dospělým; 3. mezi dítětem a rodičem; Mezi bolestným a libým,

mezi láskou a nenávisť; 5. mezi životem a smrtí, mezi živým a neživým fetišem/přechodovým objektem; 6. mezi „moje“ a „tvoje“; 7. mezi myšlenkou (fantazií) a činem; mezi zneužitím a použitím objektu.“

Nejde o to, abychom naše pacienty s GID předávali psychoanalyticky orientovaným psychoterapeutům. Na to by ani jejich řady z důvodů kapacity nestačily. Jde o to, podívat se na úkoly, které stojí jak před dospívajícím, tak také před námi, kdo jsme jim v léčbě k dispozici. To hlavní, co potřebujeme my i oni, je čas. Nejen k čekání, ale hlavně k práci.

Revue pro psychoanalytickou psychoterapii a psychoanalýzu můžete objednat na e-mailu: revue@cspap.cz

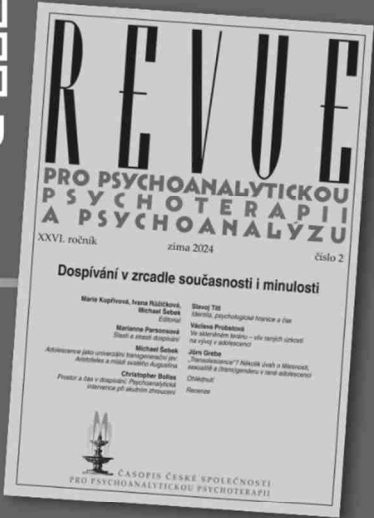
REVUE

PRO PSYCHOANALYTICKOU PSYCHOTERAPII A PSYCHOANALÝZU

Časopis České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii (ČSPAP) je jediné odborné periodikum zabývající se psychoanalýzou a psychoanalytickou psychoterapií v češtině.

Vychází dvakrát ročně a obsahuje původní klinické i teoretické práce předních českých a zahraničních odborníků, recenze a informační servis.

Podrobnější informace (témata a obsahy jednotlivých čísel, editoriały, objednávkový formulář atd.) naleznete na www.cspap.cz, sekce Revue.
Své dotazy a objednávky zasílejte na revue@cspap.cz.





RADKIN HONZÁK: ŽÍT BEZ BOLESTI

Tohle prohlášení je ve své podstatě oxy-móron, protože už Karel Čapek v R.U.R. udělal z robotů lidi právě tím, že je vybavil prožitkem bolesti. Nicméně titulky mají táhnout a stejnojmenná kniha Tomáše Rychnovského je navzdory svému označení dobrá.

Nejde o soubor analgetických postupů, ale o přehršlí rozhovorů s nejrůznějšími lidmi. Trochu zde porušuji pravidla, protože je tam i rozhovor se mnou, ale ten se zcela ztrácí mezi osmnácti dalšími, mnohem zajímavějšími. První je s Margit Slimákovou, která překvapivě oznamuje, že odmítá lít vodu do cedníku. Následuje Cyril Höschl s příspěvkem, Poslední kamínek spouští lavinu.

Již výběr prvních dvou autorů naznačuje, v jakém duchu je soubor odpovídajících na téma „zdraví“ sestaven. Přestože se do něj dostal ještě Radek Ptáček, nemusíme asi litovat, že chybí Adam Vojtěch nebo Vlastimil Válek.

Autor, v tomto případě pouze editor a koordinátor (velmi skromný, pokládající účastníkům jen obecně formulované dotazy) je fyzioterapeut, absolvent pražské psychoterapeutické fakulty, který – jak se píše na jeho stránkách pravdivě – v komplexním léčebném přístupu samozřejmě

vnímá, jaký podíl na bolesti má stav mysli, stav psychiky. V tom duchu jsou vedeny i rozhovory. Já jsem podobných za svůj krátký leč bohatý život zažil mnoho, tenhle byl neobyčejně příjemný.

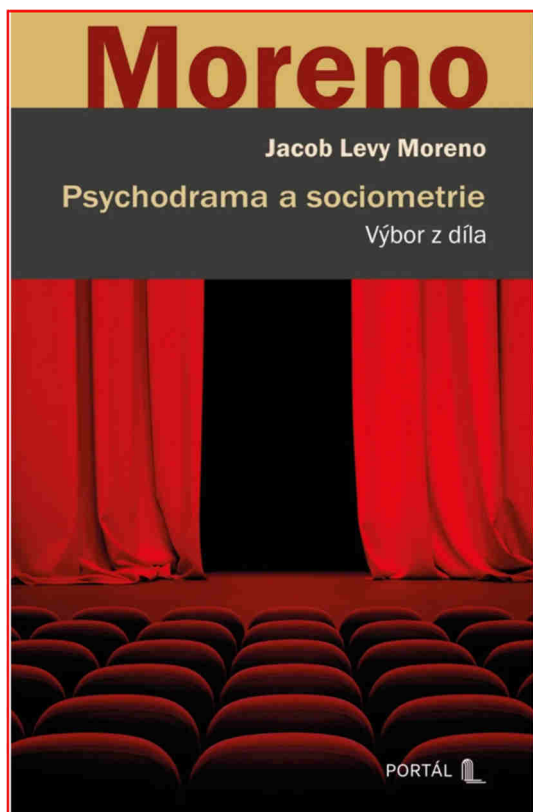


Praha 10. 1. 2025 Radkin Honzák

Rychnovský T: Žít bez bolesti. Nakladatelství Nastole, Brno, 2025



VERONIKA MICHOVSKÁ: PSYCHODRAMA A SOCIOMETRIE (JONATHAN FOX, PORTÁL)



Knihy Psychodrama a sociometrie, která je výběrem z díla Jacoba Levy Morena, přináší čtenářům na 327 stranách jeho významné články a úvahy o nich. Tyto autorovy texty byly publikovány v rozmezí 30. až 70. let 20. století samostatně (u každého najdeme i podrobné odkazy na původní vydání). Tato kniha dává Morenovy psané myšlenky dohromady tak, aby se čtenář postupně přes historii vzniku jeho odborného vnímání světa a kontext dostával k pojmům, metodám a ukázkám psychodramatu. Texty poskládal Jonathan Fox, současný americký divadelník a spoluzakladatel playback divadla, který byl Morenovým přístupem ve své práci významně ovlivněn. Každý Morenovův text je tak v knize Psychodrama a sociometrie nejprve uveden Foxovými

slovy a místy je také připomenut kontext doby, ve které text vznikl.

Moreno byl rakousko-americký psychiatr a psychoterapeut, který vnesl na svět mnoho myšlenek o práci s rolemi, scénami, ztělesňováním klientských případů a jejich katarzi. To vše vyústilo v přístup zvaný psychodrama. To dodnes prošlo mnohými změnami, ale Moreno je i nadále významný tím, jak aktivně stál na počátku – a to nejen jako praktik, ale i jako výzkumník. Narodil se v Bukurešti (1889), po pěti letech se však rodina přestěhovala do Vídně. Zde později vystudoval filozofii a medicínu. Jakožto současník Freuda jeho myšlenky však odmítl. Paralelně ke své studované profesi se Moreno věnoval divadelním přístupům založeným na spontánnosti. Měl cit pro práci s uprchlíky – sám se považoval za dvojitého uprchlíka, protože v roce 1925 se přestěhoval znovu, když emigroval do USA. Brzy získal povolení pro svou lékařskou praxi a v následujících letech pracoval v několika psychiatrických nemocnicích a sanatoriích, rozvíjel sociometrické a psychodramatické metody, přednášel na řadě univerzit. V roce 1945 založil Americkou sociometrickou asociaci. V roce 1964 se konal první Mezinárodní kongres psychodramatu v Paříži. Jacob Levy Moreno zemřel v roce 1974 doma v Beaconu ve státě New York.

Knihy ve své první části přináší přehled Morenova filozofického systému, jeho pojetí terapie v kontrastu s individuální a tehdejší lékařskou psychoterapií orientovanou na práci s jedincem. Zdůrazňuje význam dimenze času, prostoru, reality a vesmíru (jako něčeho nadčasového, spirituálního v nás). Ruší terapeutovu roli



jako experta, zdůrazňuje význam každého člena skupiny (v sociodramatu i v psychodramatu) jakožto někoho, kdo rozumí dané problematice a může vnést léčebný potenciál pro druhé. Tím se dostává i k popisu významu skupinové psychoterapie, která se pod jeho rukama teprve formovala (text pochází z roku 1945).

Ve druhé části knihy texty přibližují lidskou spontánnost a prožitek katarze. Moreno přibližuje, proč jsou významné pro člověka jako takového a propojuje, jak a proč mohou být využity v terapii a psychodramatu. Do kontextu se dostává kulturní konzerva, která je tím více srozumitelná vzhledem k tomu, že text byl vydán v roce 1940. Stejně tak se dočítáme o významu role, článek psaný o dvacet let později už nese stopy více zkušeností z výzkumné i praktické práce. Role v psychiatrickém pojetí je však stále vnímána jako předmět zkoumání a psychodrama je zde uváděno především jako jeho nosný nástroj. „Neměli bychom zapomínat na to, že slovní skupinová psychoterapie je psychodrama s diváky, ale bez skutečné akce.“ (s. 111) Poté můžeme v textu porozumět i tomu, proč Moreno na rozdíl od psychoanalytiků neodmítal práci s psychotiky a spíše se snažil, aby mohli na jevišti dostat různé role svých psychóz. Nebo jak pracoval s manželskými páry a své psychodramatické postupy podrobněji popisuje v textu z roku 1940 (s. 130). Celá druhá část knihy je uzavřena úvahou o genetice a o tom, jak se podepisuje do sociometrické práce. Úvahy o celém lidstvu jsou zde odrazovým můstkem pro pochopení práce se skupinou, ale také pro biologický základ takové práce. Ani zde se však v kontrastu k tomu neztrácí Morenův duchovní (židovský) základ.

Třetí kapitola knihy přináší texty z 50. let 20. století, ve kterých Moreno podrobně

přibližuje svou práci se skupinou metodou psychodramatu a také sociodramatický experiment v průmyslovém podniku, tedy ve veřejnějším prostředí. Jeho cílem je zde popsat velice podrobně svůj způsob uvažování o případech a také doslovný přepis dialogů, které v rámci setkání vede. Stejně podrobným způsobem popisuje i ukázkou z psychodramatu snu z let 40., na kazuistice konkrétního pacienta sanatoria Beacon Hill.

Čtvrtá a poslední část knihy uvádí několik Morenových textů, kde uvažuje o své spiritualitě, o svém duchovnu, které se v dětství projevovalo touhou po roli Boha v různých improvizovaných hrách. Zpětně však o ně opírá své pojetí kreativity, ale také odhodlání k životu, ke změně, k prožívání. V textech se vrací ke své práci se skupinami prostitutek a uprchlíků ve Vídni, ke své práci v Divadle spontánnosti.

Na závěr knihy se nám dostává přehled o životě Jacoba Levyho Morena v datech (s. 313). Po přečtení knihy se zde dá dobře uchopit můj tolik oblíbený kontext doby, ale také události z jeho osobního života. Kniha se nečte vůbec snadno, avšak jako celek přináší červenou nit vzniku psychodramatu a původního pojetí sociometrie. Morenův jazyk psaní nás přibližuje k jeho složitosti v tom nejlepším slova smyslu, ve které tento významný muž ve své době uvažoval.

Veronika Michovská, Ph.D.
 Playback divadlo ČR
 Zázemí – terapeutické centrum, z.s.
 Katedra sociální pedagogiky PdF, Masarykova univerzita v Brně

Leden 2026



AKCE

CELOSTÁTNÍ KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI

cpo

21. psychosomatická konference

Vztahy: alfa a omega psychosomatické medicíny

5. – 7. června 2026
Technická univerzita, Liberec

Pořadatel:
Společnost psychosomatické medicíny
ČLS JEP

Organizátor:
Congress Prague s.r.o.

SPM SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

TUL

TÉMA KONFERENCE:

Vztahy: alfa a omega psychosomatické medicíny

PROGRAMOVÝ VÝBOR:

předseda: doc. MUDr. David Skorunka, PhD.
MUDr. Michaela Ročňová
MUDr. Jaromír Kabát, PhD.
MUDr. Jan Peychl, PhD.
MUDr. Barbora Branna
PhDr. et Mgr. Adéla Holmanová

ORGANIZAČNÍ VÝBOR:

předseda: Mgr. Danuše Jandourková
Mgr. Aneta Paurová

REGISTRACE A PLATBA:

Registrace na konferenci je možná výlučně prostřednictvím [on-line formuláře](#) na webových stránkách konference. Registrace je platná okamžikem potvrzení, které obdržíte na svůj email. Registrační průkaz je osobní a nepřenositelný.

Kategorie	do 31. března 2026	od 1. dubna 2026 a později ⁽¹⁾
Člen společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP	3 200 Kč	3 800 Kč
Nečlen společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP	3 800 Kč	4 800 Kč
Student	1 900 Kč	2 400 Kč
Jednodenní účast	1 600 Kč	2 100 Kč
Reprezentant firmy nad rámec plnění ⁽²⁾	4 600 Kč	5 600 Kč
Společenská večeře 6. června ⁽³⁾	950 Kč	950 Kč

Registrační poplatky zahrnují DPH dle platné sazby.

⁽¹⁾ Zaregistrovat se na místě bude možné pouze v případě, že kapacita kongresových prostor nebude vyčerpána. Při registraci na místě (v registračním centru konference) je k platnému registračnímu poplatku účtován doplatek 200 Kč.

⁽²⁾ Registrace v kategorii „reprezentant firmy“ je možná výlučně v případě, že se firma účastní konference jako partner nebo vystavovatel, a to nad rámec přidělených bezplatných vystavovatelských registrací.

⁽³⁾ Součástí společenské večeře je bohatý raut, ochutnávka vína a živá hudba.



AKTIVNÍ ÚČAST:	DOPROVODNÝ PROGRAM KONFERENCE:	ORGANIZÁTOR:
<p>Aktivní účast na konferenci j e možná formou volného sdělení nebo posterové prezentace. Konečným termínem pro přijetí přihlášek včetně abstrakt je 28. února 2026. Přihlášku lze podat pouze prostřednictvím on-line formuláře na webových stránkách konference.</p> <p>Informaci, zda bude příspěvek zařazen do odborného programu, obdržíte do 31. 3. 2026.</p> <p>V případě aktivní účasti (přednáška, workshop) se nehradí registrační poplatek.</p>	<p>Kongresové obědy 5., 6., 7. června</p> <p>Součástí registračního poplatku nejsou kongresové obědy.</p> <p>Cena kongresových obědů s nealkoholickým nápojem je 250 Kč včetně DPH.</p> <p>Zájemci z řad registrovaných účastníků konference si mohou kongresové obědy objednat v rámci registrace, prostřednictvím on-line formuláře na webových stránkách konference.</p> <p>Společenský večer 6. června</p> <p>Cena: 950 Kč včetně DPH Místo konání bude upřesněno.</p> <p>Těšit se můžete na raut, ochutnávku vín a živou hudbu.</p> <p>Pro účast na večeři je nezbytné zakoupit si vstupenku. Vstupenku si můžete koupit předem v rámci on-line registrace nebo na místě v registračním centru.</p>	<p>Congress Prague s.r.o. Vyšehradská 430/41 128 00 Praha 2 Česká republika www.congressprague.cz office@congressprague.cz</p> <p>Odpovědný zástupce za organizační zajištění kongresu: Petra Skalová Tel.: +420 774 923 353 e-mail: petra.skalova@congressprague.cz</p> <p>Koordinátor pro partnery a vystavovatele: (farmaceutické společnosti): Bohumil Sedlák Tel.: +420 605 781 945 e-mail: exhibitors@congressprague.cz</p> <p>Koordinátor pro registrace a ubytování: Nikola Houdková Tel.: +420 720 358 124 e-mail: nikola.houdkova@congressprague.cz</p>

Výbor Společnosti psychosomatické medicíny Vás srdečně zve na **21. psychosomatickou konferenci**, která se uskuteční na Technické univerzitě v Liberci ve dnech 5.-7. 6. 2026.

Téma konference: **Vztahy: alfa a omega psychosomatické medicíny.**

https://psychosomatika-konference.cz/page/21pk_pozvanka.pdf



EAPM 2026
FLORENCE
 16 – 19 JUNE 2026 | ITALY

13TH ANNUAL SCIENTIFIC CONFERENCE OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PSYCHOSOMATIC MEDICINE

HEALTH A MULTIFACETED
 PSYCHOSOMATIC CONCEPT

GRP GRUPPO DI RICERCA IN PSICOSOMATICA IFP UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE EAPM European Association for Psychosomatic Medicine

ZDRAVÍ – MNOHOVRSTEVNATÝ PSYCHOSOMATICKÝ KONCEPT

Drazí přátelé a kolegové, Velmi se těšíme, až vás všechny přivítáme na konferenci EAPM 2026 ve Florencii. Pamatujte, že termín pro ústní prezentaci a zaslání posterů byl 31. ledna 2026 a po tomto datu již žádné příspěvky nebudou přijaty. Rádi bychom vás informovali, že přehled programu byl aktualizován. Webové stránky budou nadále aktualizovány a doporučujeme je čas od času navštívit. Těšíme se na vaše příspěvky. Hodně štěstí,



Fiammetta Cosci
 President of the EAPM conference



Michael Sharpe
 President of the EAPM



AGRESE A AGRESIVITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D. et Ph.D., MBA, LL.M.

Termín konání: čtvrtek 9. 4. 2026

Čas konání: 9:00 - 12:00 hodin

Platba předem: pro členy ČPtS 400,- Kč (pro nečleny 600,- Kč) na č.ú. ČLS JEP: 500617613/0300, VS: 2526082, do poznámky napište své jméno

Přihlášky ve formuláři [zde](#), ihned po přihlášení můžete zaslat platbu, kapacita není omezena

Nejzazší termín pro přihlášení: 7. 4. 2026, 16:00 hodin

Anotace:

Kurz „Agrese a agresivita ve zdravotnictví“ se zaměřuje na identifikaci a hodnocení varovných signálů agresivního chování. Účastníci se naučí rozpoznat rizikové situace, správně vnímat a interpretovat neverbální i verbální projevy eskalující agrese a pochopit psychologické mechanismy, které za ní stojí. Kurz poskytuje užitečné poznatky pro zvládání konfliktů a zajištění bezpečného prostředí pro zdravotnický personál i pacienty.

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č. 16. Má charakter postgraduálního vzdělávání a je garantována ČLS JEP ve spolupráci s ČLK jako akce kontinuálního vzdělávání.

[Více informací na webu ČPtS](#)



DEN RODINNÉ TERAPIE V LÉKAŘSKÉM DOMĚ

zveme vás na další **Den rodinné terapie**, který se koná 21.4.2026 v Lékařském domě na téma **Zahraniční inspirace v rodinné terapii**.

Pro přihlášení použijte tento odkaz: [SOFT - Den rodinné terapie - Registrace](#)

Pozvánka: [SOFT - Den rodinné terapie](#)

21.4.2026 09:00 - 14:00

Lékařský dům ČLS, Praha 2, Sokolská 31

<https://mapy.com/s/casavubake>

Vstup na Den rodinné terapie je pro členy SOFT zdarma, pro nečleny 200 Kč. Pozvánku můžete sdílet s kolegy a přáteli rodinné terapie. Těšíme se na setkání. Tým SOFT

ZAHRANIČNÍ INSPIRACE V RODINNÉ TERAPII



Program:

09.00 Zahájení

09.15 **PhDr. Dana Mikelová Vrabcová, PhDr. Klára Palme: Naše cesta k rodinné terapii a Deska rodiny**

Příspěvek nabídne sdílení naší cesty k rodinné terapii a k práci s nástrojem Deska rodiny. Deska rodiny umožňující „dialog beze slov“ je silná projektivní technika, která v naší praxi podporuje prohlížení nejen rodinných, ale i dalších systémů, jejich souvislostí, vzorců a obrazů možných změn. Příspěvek je koncipován jako ochutnávka práce s Deskou rodiny a nabídne účastníkům praktickou inspiraci pro terapeutickou praxi. Poznámka moderátora: Desku rodiny vytvořili původně v týmu rodinné terapie Dětské psychiatrické kliniky Hamburk-Eppendorf.

PhDr. Dana Mikelová Vrabcová je systemická psychoterapeutka, mediátorka a lektorka. Ve své praxi v Praze pracuje s páry a rodinami jak v terapeutickém, tak v mediačním kontextu a dlouhodobě se zaměřuje na práci s konfliktem. Působí jako lektorka mediačních výcviků v Olomouci. Je spoluzakladatelkou Centra Komunikace, z. s., spoluautorkou konceptu Páry na pohovce a sebezkušenostního Výcviku pro „neterapeuty“. Aktuálně je frekventantkou systemického supervizního výcviku Dalet, který posiluje její systemickou perspektivu a přináší další rozměr její profesní praxi.

PhDr. Klára Palme je systemická psychoterapeutka, mediátorka a lektorka. Ve své praxi v Praze a Liberci se zaměřuje především na práci s páry a rodinami. Je spoluzakladatelkou Centra Komunikace, z. s., spoluautorkou konceptu Páry na pohovce a sebezkušenostního Výcviku pro „neterapeuty“. Aktuálně se vzdělává v systemickém supervizním výcviku Dalet, který dále rozšiřuje její práci se systémovým myšlením a reflexí terapeutické praxe.



10.15 Bc. Tereza Komárková: Profesionální rozvoj za hranicemi: Erasmus+ a psychoterapie

Erasmus+ není jen doménou školství – nabízí konkrétní a dostupné možnosti i pro vzdělávání psychoterapeutů. V příspěvku představím zkušenosti ze stínování a odborných návštěv ze Švédska, Německa, ale také z účasti na mezinárodní konferenci rodinné terapie v Lyonu v roce 2025. A to vše v rámci podpory z programu Erasmus+. Zaměřím se nejen na představení inspirativních cest, ale také na praktické rady, jak program Erasmus + využít, co k tomu potřebujete a jaké jsou možnosti. Třeba příští zahraniční cesta podpořená programem Erasmus bude právě ta Vaše.

Tereza Komárková působí jako rodinná terapeutka v soukromé praxi i v neziskovém sektoru. Vedle přímé práce s klienty se věnuje projektovému řízení ve vzdělávání dospělých a konzultacím sociálních inovací pro Ministerstvo práce a sociálních věcí. Baví ji otevírat ostatním cesty, které mají často blíž, než se zdá.

11.15 - 11.45 přestávka

11.45 Helena Franke: Okénko SOFTu

12.00 Dr. Ferdinand Wolf: Zkušenosti s rodinami poslanými do terapie soudem nebo orgánem ochrany dětí

(přednáška bude v angličtině s tlumočením do češtiny)

Bonus: Jak vypadají výcviky rodinné terapie v Rakousku?

Ferdinand Wolf je klinický psycholog, systemický a na řešení zaměřený psychoterapeut. Licencovaný trenér a supervizor systemické a na řešení zaměřené psychoterapie. Vystudoval psychologii na Vídeňské univerzitě, absolvoval výcviky v Rakousku, Německu a USA. Pracovní zkušenosti: Adiktologické centrum, Poradenské centrum pro rodiny s malými dětmi, Služby ochrany dětí (Child protection service)

13.45 Zakončení

Moderuje Zdeněk Macek



JARNÍ SKUPINOVÉ DNY „JAK ZAŽÍT SKUPINU“

7. Jarní skupinové dny

„JAK ZAŽÍT SKUPINU“



s tématem

Skupina a Erós

Praha • 23.-25. dubna 2026

Jak pracovat s tématem sexuality ve skupině? Jaké podoby má intimita a Erós ve skupině? Kdy jsme jako terapeuti připraveni umožnit rozvíjení tématu sexuality ve skupině?

Konference skupinové psychoanalytické psychoterapie je určena odborníkům z pomáhajících profesí, ale mohou z ní mít užitek i ostatní, kteří pracují s lidskou skupinou (např. učitelé, lektoři atd.).

Účastníci budou mít možnost prostřednictvím vlastního zážitku a reflexe nahlédnout do skupinové dynamiky v malých zážitkových skupinách, v supervizních a velkých skupinách, zažít skupinové snění, vyslechnout přednášky Marit Joffe Milsteinové (Izrael) a Kamila Antonína Vondrouše.

Místo konání
Marianeum, Máchova 7, Praha 2

pořádá

Česká společnost pro psychoanalytickou
psychoterapii - skupinová sekce

www.cspap.cz



Přednášky

Vlákna touhy: Jak se vplétá Erós do skupinové matrice

Marit Joffe Milsteinová

Přednáška zkoumá silný a často rušivý vliv Erótu a sexuální touhy na terapeutickou skupinovou matriku a zabývá se „nevědomým sdílením (spiknutím) mlčení“, které často tuto zásadní dynamiku odsouvá na okraj. Pokud ve skupině neoslovíme sexuální nabitě konflikty a otázky kolem intimity, promarníme významnou terapeutickou příležitost. Na základě teorie současné skupinové analýzy a psychoanalýzy (např. práce Morrisse Nitsuna „Skupina jako objekt touhy“ apod.) se budeme zabývat tím, jak se touha šíří ve skupinovém přenosovém poli. „Zápas o vplétání Erótu“ představuje proces posouvání skupiny od primární, nesymbolizované touhy a odehrávání k jejímu vědomému uznání, zpracování a symbolické komunikaci v rámci matriky skupiny, která poskytuje ochranu a umožňuje výklad a porozumění. Tento proces je hluboce ovlivněn tím, jak téma rezonuje v terapeutovi a jeho rozhodnutími ohledně hranic. Na kauzistických zlomcích budeme zkoumat, jak taková práce posiluje schopnost skupiny unášet a začleňovat tyto nejzákladnější a nejmocnější stránky lidské zkušenosti.

Když ženy odcházejí (Primitivní stavy ve skupině)

Kamil Antonín Vondrouš

Diskuze o povaze a projevech Erótu v terapeutických skupinách, potažmo ve společnosti ve svých světlejších i temnějších formách. Text a úvahy vznikly na základě zkušenosti terapeuta s jednou terapeutickou skupinou. Intersubjektivní zkušenost se vztahovými a intrapsychickými ději skupiny jako celku tvoří obsahovou rovinu. Autor popisuje osobní perspektivu regresivních stavů, primitivních afektů, sexuality a objektivní dynamiky, jejíž součástí je vždy také osoba terapeuta.

Další program

Skupinové snění (sdílení snů ve velké skupině)

Matrix sociálního snění je metoda práce se sny, při níž lidé, kteří se za tímto účelem sejdou, sdílejí ve skupině své sny a asociace/nápady k nim. Matrix představuje „místo, z něhož se něco rozvíjí“ a kde můžeme zkoumat, jak se skrze naše nevědomí vyjevuje „nemyšlené známé“.

Sociální snění představuje pozoruhodný nový přístup, jehož prostřednictvím se skrytý svět snů proměňuje na sociální údaje, v nichž lze rozpoznávat vzorce a získávat informace ze sociální oblasti. Pokud je svět globální vesnicí, je sociální snění prostředkem k pochopení jejího současného emočního stavu. Matrix sociálního snění se zaměřuje na sen a poznání o světě, ve kterém žijeme, nikoliv na vnitřní konflikty sničho. Členové skupiny jsou vyzýváni, aby sdíleli své sny a nápady k nim a zkoumali jejich možné společenské významy. Matrix sociálního snění funguje jako ohraničený prostor („container“), v němž se lze zaměřit na lidský potenciál, který se může projevit prostřednictvím sdílení snů v sociálním prostředí. Sen je zde ten „Druhý“, něco širšího než osobní konstrukt a dává zaznít zkušenosti, která je více než zážitkem jednoho člověka.

Velká skupina reflektuje pocity, myšlenky a probíhající vědomé a nevědomé děje všech přítomných členů. Pomáhá k uvědomění a pojmenování aktuálního dění v kontextu celého probíhajícího programu.

Malá skupina poskytuje prostor pro osobní setkávání jednotlivých účastníků, umožňuje propojování individuálních i společných témat v kontextu vzájemného sdílení a poznávání.

Program

Čtvrtek 23. dubna 2026

12.30 - 13.00 registrace
13.00 - 13.15 úvodní slovo
13.15 - 14.45 přednáška: Marit Joffe Milsteinová:
Vlákna touhy: Jak se vplétá Erós do skupinové matrice
14.45 - 15.00 přestávka
15.00 - 16.30 malá skupina
16.30 - 17.00 přestávka
17.00 - 18.00 supervizní skupina
18.00 - 18.15 přestávka
18.15 - 19.45 velká skupina

Pátek 24. dubna 2026

9.00 - 10.15 skupinové snění (sdílení snů ve velké skupině)
10.15 - 10.30 přestávka
10.30 - 12.00 malá skupina
12.00 - 13.30 přestávka na oběd
13.30 - 15.00 přednáška: Kamil Antonín Vondrouš:
Když ženy odcházejí (Primitivní stavy ve skupině)
15.00 - 15.15 přestávka
15.15 - 16.45 velká skupina
17.30 společná večeře

Sobota 25. dubna 2026

9.00 - 10.15 skupinové snění (sdílení snů ve velké skupině)
10.15 - 10.30 přestávka
10.30 - 12.00 malá skupina
12.00 - 13.30 přestávka na oběd
13.30 - 14.30 supervizní skupina
14.30 - 14.45 přestávka
14.45 - 16.15 velká skupina
16.15 závěrečné slovo

Změna programu vyhrazena.

Supervizní skupina především podporuje všechny, kteří pracují se skupinami v rámci své profese, umožňuje hlubší porozumění jednotlivým skupinovým dějům, interpretuje vědomé i nevědomé obsahy a zahrnuje také přítomné paralelní procesy.

Organizace setkání

Denisa Demelová, Milica Hrušková, Luděk Vrba, Kamil Vondrouš, Magdalena Kotinská Singerová, Daniela Salfitová, Ondřej Matějka, Helena Klímová, Dana Kárová, Hanka Drábková, Štěpánka Balšínková

Přihlášení

Pro přihlášení vyplňte prosím přihlášku on-line [zde](#)
Po přijetí přihlášky Vám zašleme fakturu, bez ní nemůžeme platbu přijmout.

Poplatek

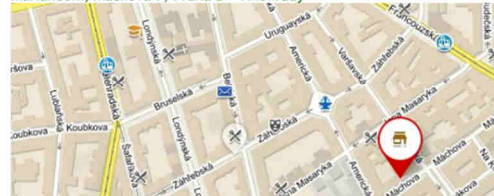
Plná cena	do 28. února 2026	- 4 500 Kč
	od 1. března 2026	- 5 000 Kč
Studenti VŠ (denního studia do 26 let)		- 4 500 Kč
Konferenční poplatek zahrnuje účast na celém programu a lehké občerstvení během konference (kromě společné večeře).		
Storno poplatky (v případě zrušení účasti):	do 28. 2. 2026	400 Kč
	do 31. 3. 2026	50 % úhrady
	od 1. 4. 2026	100 % úhrady

Kredity

Akce bude zařazena do systému celoživotního vzdělávání klinických psychologů a lékařů a ohodnocena kredity Asociace klinických psychologů (AKP), České lékařské komory (ČLK).

Místo konání

Marianeum, Máchova 7, Praha 2 - Vinohrady



Organizační sekretářka

Marie Zichová - zazitiskupinu@cspap.cz. Dotazy zasílejte na tuto adresu.

Informace najdete také na webu www.cspap.cz/cause/7-jarni-skupinove-dny/.

Těšíme se na setkání s Vámi
Organizační tým



Přednášející a vedoucí skupin



Štěpánka Balšínková
 Celoživotně pracuje ve skupinách a denních stacionářích, má zkušenost z psychoterapeutické střediska Břehova, Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde pracovala na Krizovém centru mnoho let v denním stacionáři a na lince divery. Posledních 8 let vedla denní stacionář na Psychosomatické klinice. Je kandidátkou skupinové sekce ČSPAP. Pracuje i ve své soukromé praxi v Praze.



Mgr. Denisa Demeľová
 Klinická psycholožka, vede svou soukromou praxi, kde se věnuje individuální psychoterapii podle principů psychodynamické terapie, skupinové analýze a psychodiagnostice. Je řádnou členkou a vedoucí skupinové sekce a hostující členkou individuální sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii. Je delegátkou skupinové sekce ČSPAP v European Group Analytic Training Institutions Network (EGATIN).



MUDr. Milica Hrušková
 Psychiatrická, psychoanalytická psychoterapeutka, pracuje v soukromé psychiatrické praxi, kde se věnuje i individuální a skupinové psychoterapii. Je řádnou členkou skupinové sekce a kandidátkou individuální sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii.



Mgr. Vendula Janská
 Pracuje jako psychoterapeutka v Denním sanatoriu Horní Palata. Je kandidátkou skupinové sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii. V minulosti pracovala jako psychoterapeutka v denním stacionáři CRI PH Bohnice.



PhDr. Ondřej Matějka, Ph.D.
 Působí jako individuální a skupinový terapeut a supervizor v soukromé praxi. Je kandidátem ve skupinové sekci ČSPAP a tréninkovým terapeutem v Českém institutu Biosféry. Věnuje se i své původní profesi historika a sociologa, učí moderní evropské dějiny a metodologii společenských věd na Fakultě sociálních věd UK v Praze.



Marti Joffe Milsteinová
 Skupinová analytčka, supervizořka a vedoucí výcviku v psychodynamatu. Byla předsedkyní a vedoucí výcvikových kurzů Izraelského institutu skupinové analýzy (IICA) a byla spolupředsedkyní Group Analytic Society International (GASI). Pracuje v soukromé praxi v Tel Avivu s jednotlivci, podmiat a skupinami. Má rozsáhlé zkušenosti z nemocničního prostředí, zejména s pacienty s poruchami příjmu potravy, a specializuje se na traumata, ztrátu a trauuma. Je jednou z vedoucích dílnohodě velké skupiny v Psychiatrické nemocnici Mazon a řadí se také do matry sociálního smerní, kde objevuje a zkoumá léčivý potenciál snu v krizových situacích.



Mgr. Daniela Saitřrová
 Klinická psycholožka, vede svou soukromou praxi, kde se věnuje psychodiagnostice a individuální, párové a skupinové psychoterapii podle principů psychoanalytické psychoterapie a skupinové analýzy. Je řádnou členkou a vedoucí skupinové sekce a koordinátorkou České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii.

MUDr. Jana Šolcová
 Absolventka 2. LF UK, atestace z dětské a dorostové psychiatrie, kandidátka skupinové sekce ČSPAP. Pracuje na Dětské psychiatrické klinice 2. LF UK a FN Motol a v Institutu neuropsychiatrické péče.



MUDr. Dana Károva
 Psychiatr, psychoanalyticky psychoterapeut, individuální, skupinový a párový. Pracovala v DS Horní Palata, RUPSP, Psychosomatické klinice Praha, Psychoterapeutickém středisku Břehova. Nyní v soukromé praxi v Praze. Řádný člen, tréninkový terapeut a supervizor v ČSPAP, supervizor v IAPSA a PVSFS.



Mgr. Helena Klimová
 Skupinová analytčka, psychoanalytická psychoterapeutka, publicistka, výcviková terapeutka. Publikuje, přednáší, poskytuje psychoterapii hlavně v oblasti transgeneračního přenosu traumatu, také na základě vlastní zkušenosti s holoocaustem a s totalitním kommunismem. Signařka Čarvy 77 zakládající členka ČSPAP, IGA Praha a Rašel Institutu, česká členka Group Analytic Society International a Rašel Institutu. Má dve děti, čtyři vnoučata, dva dospívající pravnuky a jednu pravnučku-baťku.



MUDr. Petr Klimpl, CSc.
 MUDr. Petr Klimpl, CSc. je atestovaný psychiatr a lékařský psychoterapeut. Od roku 1993 se věnuje výlučně psychoterapii. Zakládající člen Břensského institutu psychoterapie (od 1991) a řádný člen individuální sekce a skupinové sekce ČSPAP. Jako supervizor spolupracuje také s IAPSA a PVSFS.



MUDr. Magdalena Kolínská Singerová
 Pracuje jako lékařka v Psychiatrické nemocnici Bohnice, aktuálně na oddělení dětské psychiatrie, a časově i v psychiatrické ambulanci. Působí v neziskové organizaci Inbaze. Která nabízí pomoc migrantům. Absolvovala kurz IPPART zaměřený na psychoanalytickou psychoterapii aplikovanou na porozumění a pomoc našim a rodinám v krizi. Věnuje se individuální, skupinové a párové psychoterapii, včetně terapie zaměřené na transgenerační přenos traumatu. Je řádnou členkou skupinové sekce České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii a členkou Rašel Institutu.



Mgr. Kamil Antonin Vondrouš
 První analytická zkušenost při studiu na FFUK - 4 roky u Dr. Marie Henkové. Výcvik v hlubinné a dynamické psychoterapii. Slet. Od roku 2009 vedení skupin. Od roku 2011 osmi osobní analýza a následně výcvik v psychoanalytické psychoterapii u Dr. V. Burňáka. 2012-2021 skupinová psychoanalytická supervize u Dr. L. Vby. Zájem: skupina jako systém, osobní fantazie a amplifikace ve vztahu ke skupinovým dějům; myšly, pohledy, přibíhly a nevědomá skupinová či osobní převědění.



PhDr. Luděk Vrba
 Psycholog, výcvikový psychoanalytik (Česká psychoanalytická společnost IPA), výcvikový terapeut skupinové analýzy, vzdělává a supervizuje psychoterapeuty ČSPAP, kteří je členem Evropské federace pro psychoanalytickou psychoterapii - EFPPI, supervizuje komunitní a pracovní týmy. V roce 2009 organizoval konferenci EFPPI v Praze a jiné akce. Působí v soukromé praxi v Praze.



MUDr. Petr Zahradník
 Absolvent lékařské fakulty Masarykovy univerzity. Od r. 1992 pracuje v soukromé psychiatrické praxi v Brně s tím, že kromě všeobecně klientely se specializuje na skupinovou práci s pacienty zavislymi na alkoholu a patologickými hráči. Tréninkový terapeut Břensského institutu psychoterapie a skupinové sekce ČSPAP. Publikacemi a přednáškou činnost se týká zejména psychodynamických aspektů zavislosti a psychóz.



Ak. mal. Kamilla Ženatá
 Kamilla Ženatá se vedle své umělecké tvorby věnuje psychoanalytické skupinové psychoterapii. Je hostující členkou ČSPAP, ve svém atelieru vede uzavřené skupiny, kde lidé i malují. Kombinuje své poznání a intuici s členy, dlouhodobým zájmem o individuální a sociální paměť. Zajímají ji sny, síť vztahů, přibíhly a emoce, ale především jejich principy a způsob, jimiž ovlivňují naše životní cesty.

Jarní skupinové dny „Jak zažít skupinu“



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. Me-



zera 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/novaiso690/schema-a-priklady/lky-v-asopisech>





Jarní skupinové dny „Jak zažít skupinu“