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

předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka dvojčísla 1. 9. 2026, recenzní řízení bylo uzavřeno 11.9. 2026. Redakční návrh prochází diskusí mezi členy redakční rady a sboru recenzentů. Konečná verze nezávislého média je výsledkem svobodné diskuse. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Foto D. Skorunka, 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. Psychosom finančně podpořila Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP.

ISSN 2336-7741 (Print)
ISSN 1214-6102 (Online)
MK ČR E 187 84; registrace ERIH PLUS; indexován na **https://bibliovigilance.com/**
© LIRTAPS, o. p. s. ,
PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou
http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903
Vychází 4× ročně

Tiráž
Časopis byl založen v roce 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekcí Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází ve spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. 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 mají možnost se podílet klinická pracoviště a univerzity prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Jsme médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů.
Všechna práva vlastní LIRTAPS, s.r.o. Kopírování a šíření textu odpovídá licenci CC BY 4.0 DEED. Volné šíření s uvedením zdroje a autorů.

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

Časopis řídí redakční rada / Editoral Board:
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Radkin Honzák, CSc., IKEM
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, 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., Městská poliklinika 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
Mgr. Miloš Mauer, Ústav etiky a humanitních studií 3.LF UK Praha
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 lékařské etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah

Obsah

Obsah **167**

Vladislav Chvála: Jak je psychosomatický koncept zdraví a nemoci kompatibilní se současnou medicínou? *169*

Pro praxi **172**

Barbora Šťastná: Kazuistika *172*

Jiří Královec: Plastová slova a jejich vliv na naši sociální realitu *185*

Úvahy, eseje **197**

Martin Seifert: Setkání, které léčí *197*

Jan Poněšický: Spojení, separace a sebeohraničení ve vztazích, význam pro psychosomatiku *203*

Radkin Honzák Jak je dobrá otevřená a nepředpojatá mysl *209*

Politika, společnost **211**

Radkin Honzák: Michael Balint (1896–1970) *211*

Z konferencí **214**

David Skorunka, Adéla Holmanová[2], Martin Seifert[3]: Psychosomatika po italsku: Reportáž z 13. konference Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM) *214*

Diskuse **224**

Hana Konečná: Připomínka k návrhu novely zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách – úprava asistované reprodukce *224*

Radkin Honzák: Diskuse k připravované novele zákona o zdravotních službách *230*

Pavel Čepický: Kdy je etické dítě nekojit? *235*

Recenze **239**

Radkin Honzák: Pavel Hénik, Andrea Efremová – O křehkosti dětské duše. Talk, Praha, 2026 ..... *239*

Vzdělávání **241**

Jan Poněšický: Psychosomatika mezi teorií stresu a psychodynamikou *241*

Nabídky **249**

Odborná schůze SPM Děti a psychosomatika *250*

Pokyny pro autory **253**

Editorial



1 SKORUNKA D. Z KONFERENCE EAPM 2026

Vladislav Chvála: Jak je psychosomatický koncept zdraví a nemoci kompatibilní se současnou medicínou?

Při četbě tohoto dvojčísla mě napadá, kolik práce už bylo vykonáno pro to, aby byl pacient v ordinaci viděn jako člověk na své cestě životem. Jako součást příběhu, který začal daleko před jeho narozením a bude pokračovat i po jeho smrti. A nemoc jen jako obtíž, která je do jeho příběhu zapletena. Lékař je pak ten, který může svým věděním a viděním pomoci pacientovi reflektovat jeho situaci a hledat spolu s ním smysl stonání právě teď v tomto čase a v této životní situaci. Nebo se soustředit jen na příznak a dovedně ho eliminovat, či jen ulevovat, ale k pochopení nepřispívat. I když už docela dlouho běží postgraduální vzdělání v psychosomatické medicíně na půdě IPVZ, je otázka, jak dalece byl schopen komplikovaný systém zdravotní péče vstřebat psychosomatické myšlení a praxi do běžné zdravotnické praxe.

Nejlépe je to vidět na kazuistice rehabilitační lékařky Barbory Šťastné, kterou nám laskavě dovolila publikovat. Obsahuje nejen výborný příklad psychosomatického přístupu k pacientovi, ale také reflexi vlastního prožívání, emocí a myšlenek, které nás při setkání s pacientem napadají. Každý soudný čtenář vidí, že takovou práci s pacientem nelze vykonat v řádu několika minut, které jsou obvykle v běžné ordinaci k dispozici. Bez osobní reflexe a bez

Obsah

pochopení těžkého osudu pacientky by se uzdravení sotva dostavilo. Byla nakonec úleva spíš tělesná, nebo psychická? Lze to rozlišit? Lékařka doslova pomohla těžký osud pacientky nést, nebo spíš poponést. Aby se dostala ve svém životě z toho těžkého místa, kde ji bolesti zad paralyzovaly. Podrobnosti se čtenář dočte v kazuistice sám, já jen chci poukázat na práci lékařky, bez které by změna byla sotva možná. Je taková práce v systému žádoucí a je zaplacená, doceněná? Podle mých zkušeností není. Pacient je jistě vděčný, pojišťovna možná ráda, že pacient nepřechází do chronicity, která by ji stála mnohem víc peněz. Ale ví to? Chápou organizátoři, že psychosomatický přístup lékaře vyžaduje neredukovatelný čas? Že ten čas musí někdo zaplatit, jinak nemůže lékař, který takto přistupuje k pacientům, přežít v konkurenci medicíny, která své výkony může zkrátit na minimum? Ano, pracujeme v jednom tržním prostředí, a proto práce, která nedokáže ekonomicky konkurovat, musí postupně zaniknout. Možná proto vznikají psychosomatická pracoviště spíše v soukromé sféře a mimo systém zdravotního pojištění. Ale je to správné v zemi, kde zdravotní pojištění je povinné a nikterak malé? Copak psychosomaticky nemocný nemá mít nárok na ošetření ze svého povinného pojištění?

A existují další doklady o tom, že vedení resortu zatím nijak nepokročilo v implementaci vzdělaných odborníků v psychosomatické medicíně. Je obecně známo, že příznaky psychosomatického pacienta často převlékají kabát. Přestanou bolet záda, ale řekněme potíže s dýcháním donutí pacienta chodit k jinému odborníkovi. A to se může opakovat stále dokola a pacient cestuje od odborníka k odborníkovi, a pojišťovna platí jako mourovatá. Jenže vedení VZP, které je pro své dominantní postavení na trhu pro věc rozhodující, trvá úporně na rozdělení medicíny na jednotlivé obory a není schopné se přizpůsobit faktu, že týž pacient běhá od Šumavy k Tatrám jen proto, že se proměňují jeho příznaky. Sami jsme si to ověřili, když jsme po odchodu kolegů do důchodu hledali mladé lékaře na naše psychosomatické pracoviště v Liberci. Získali jsme praktického lékaře, který má nástavbovou atestaci z psychosomatické medicíny, dokonce i výcvik v rodinné terapii psychosomatických poruch pro práci v našem týmu. A postoj VZP? Kolega není podle nich dostatečně erudovaný!? Co ještě by měl mít za vzdělání, a kdo by se více hodil do týmu pracoviště, kam přicházejí pacienti s příznaky spadajícími do všech možných oborů, kde byli vyšetřeni, ale ne vyléčeni?

Fakt, že odborné vedení má velkou setrvačnost a jen neochotně přijímá novinky, je jistě otravná, ale známá věc. Ještě horší je to s politiky, což názorně vidíme v rubrice Diskuse. Hana Konečná zde argumentuje proti chystané a možná už i schválené novele zák. č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, kde je navržena úprava asistované reprodukce. Co jsou platné všechny kvalitní a relevantní argumenty nás odborníků, když si politici, ve věci amatéři, usmyslí, že vyloučí z reprodukce otce, a tak ho vyloučí bez ohledu na to, jaké důsledky to pro dítě bude mít. Cesty do pekel jsou prý dlážděny dobrými úmysly, kterých v odpovědi paní poslankyně Malé najdeme celou dlažbu, jen aby to dobře dopadlo, a IVF mohly mít i ženy bez partnera, děti bez otce. Radkin se vložil do diskuse a způsobem jemu vlastním cupuje

dobromyslné argumenty poslankyně Malé. Doufejme, že v příští novele nebude stanovena povinnost, aby snad i každý svobodný muž musel odnosit jedno dítě, protože populace se nám nějak povážlivě tenčí. A pak aby to bylo genderově vyvážené, že?

Jak složité to může být v jazyce, ve kterém své myšlenky popisujeme, je nejspíš vidět z textu Jiřího Královce o plastových slovech. Ne že by to byl zrovna šťastný pojem, ale je možné, že jsou některé pojmy, které se stanou módními, i když nevystihují přesně to, co mají vystihovat, a smysl se pak může vytrácet. Jak důležitá je diskuse nad slovy a jejich významy, je vidět i z příspěvku Pavla Čepického, který se musel ozvat na text Magdaleny Bonacker Jakešové o kojení. Ano, odpověď na její otázku, kdy je etické nekojit, je jasná: *Etické je nekojit ve všech případech, kdy žena z jakéhokoli důvodu či jakékoli příčiny kojit nemůže nebo nechce.* Ale stojí za to si přečíst širší souvislosti k tématu od autora nejpovolanějšího.

V textech Jana Poněšického se setkáme s psychoterapeutickým přístupem, který přesahuje rámec psychosomatické medicíny, ale dobře a srozumitelně ji ukotvuje v širší teorii. Máme mnoho důvodů, proč trvat na implementaci psychosomatického přístupu do našeho zdravotnictví způsobem, který umožní udržitelný rozvoj a propojení s běžnou somatickou medicínou. Máme srovnání, jak jinak se daří psychosomatickému myšlení v rozvinutých zdravotnických systémech v EU. Reportáž kolegů Skorunky, Holmanové a Seiferta ze 13. konference EAPM o tom podává informaci. Jsem si jist, že další cesta za psychosomatickou medicínou vede do zahraničí. Abychom ji více ukotvili doma v našem systému, je třeba se mnohem více spojit s kolegy, kteří pracují v docela jiných podmínkách západních demokracií. Proč vlastně tak málo z nás jezdí na tyhle konference?

V Liberci 13. 9. 2026

Obsah

Pro praxi



2 ILUSTRAČNÍ FOTO: OBRAZ Z SKT, AUTOR ZNÁM, ALE NEUVEDEN

Barbora Šťastná: Kazuistika

SOUHRN: Ve své praxi se denně setkávám s pacienty trpícími bolestmi pohybového aparátu, nejčastěji zad. Pokud je bolest chronická, která nereaguje na běžné fyzioterapeutické postupy, zamýšlím se vždy i nad psychosociálními faktory, které bolesti a dysfunkci ovlivňují. Využívám ráda práci s časovou osou – odběr podrobné bio-psycho-sociální anamnézy, z terapeutických postupů využívám např. u úzkostných pacientů Emotion Aid, což je jednoduchý nástroj na regulaci ANS, snížení tenze a velkého zahlcení.

KLÍČOVÁ SLOVA: thorakalgie, bolesti zad, komplexní péče, stres, psychosomatika,

SUMMARY: ŠŤASTNÁ, B.: CASE REPORT. PSYCHOSOM 2026; 23 (3-4), PP. 169-180.
In my practice, I deal daily with patients who have musculoskeletal pain, most commonly back pain. If the pain is chronic and doesn't respond to regular physiotherapy methods, I always consider the psychosocial factors that influence pain and dysfunction. As part of a comprehensive therapy, I work with a timeline – taking a detailed bio-psycho-social history, and occasionally pharmacotherapy. For crisis intervention, for example with anxious patients, I like to use elements of Emotion Aid, which is a simple tool for regulating the ANS, reducing tension, and managing overwhelming stress.

KEYWORDS: thoracalgia, back pain, comprehensive care, stress, psychosomatics

Úvod

Pracuji jako rehabilitační lékařka, nyní i na částečný úvazek v psychosomatické ambulanci v Centru duševní rehabilitace. Od začátku mé praxe, která začínala v menší nemocnici na interním, posléze neurologickém oddělení, mě zajímaly nejen diagnózy, nemoci a jejich léčba, ale i lidské příběhy, bavilo mě mluvit s pacienty, ptát se více na jejich život, na okolnosti stonání a tvořit si jen tak hypotézy, jak pacient žije, jak to má doma, co mu dělá radost, čím žije. Velmi mě proto oslovil bio-psycho-sociální model pohledu na stonání. Postupně jsem prošla kurzem Základní psychosomatické péče a dalším vzděláváním v psychosomatice. A snažím se tento komplexnější pohled na pacienta uplatňovat v každodenní praxi.

V ambulanci rehabilitačního lékaře se setkávám s pacienty s nejrůznějšími diagnózami. Mezi nejčastější patří jednoznačně bolesti zad a pohybového aparátu, dále různé neurologické diagnózy, poúrazové stavy, pooperační stavy, nyní čím dál častější tinnitus, gastroesofageální reflux nebo inkontinence. V tomto rozmanitém portfoliu neduhů se otevírá široké pole působnosti pro psychosomatiku. *„Ukazuje se, že distres, deprese, exhausce či potíže se zvládáním obtíží patří mezi rizikové faktory chronických bolestí pohybového aparátu, resp. bolestí dolních zad – low back pain.“* (Opavský, Urban, 2004).

Pro mě začíná kontakt s pacientem již v čekárně. Vidím, jak sedí nebo stojí, netrpělivě popochází, registruji pohyby, posturu, naladění. Pozvu ho dál, podání ruky, stisk, představení se – jsou pro mě první důležité momenty vzájemné spolupráce. Začínám rozhovor otevřenou otázkou, co vás přivádí? Co vás trápí? Hodně času věnuji anamnéze, ptám se nejen na choroby, operace, léky, ale samozřejmě i na pohyb, sport, koníčky, zájmy, bydlení, rodinu, děti, zaměstnání. Ptám se vždy také na spánek, kvalitu spánku, odpočinek, jak pacient relaxuje, co mu dělá dobře. Následuje fyzikální vyšetření, zhodnocení stavu a dále se pak domlouvám s pacientem na dalším postupu diagnostiky a léčby, edukuji, vysvětluji.

Obsah

Snažím se, aby pacient byl aktivním účastníkem celého procesu, abychom si již na začátku vyjasnili cíle terapie a spolu vytvářeli plán další péče. Pokud pacient dobře pochopí svůj problém a je motivován např. ke cvičení, určité změně životního stylu a podobně, jsou výsledky terapie jsou lepší.

Kazuistika pacientky s bolestmi hrudní páteře

Bolesti zad jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy lékařských ordinací. Patří celosvětově k nejčastějším příčinám vyhledání lékařského ošetření. Uvádí se, že postihuje 80–90 % populace a každý člověk se s ní setká alespoň jednou za život. Bolest zad je jedním z nejčastějších stavů způsobujících pracovní neschopnost u lidí mladších 45 let (Kolář, 2020) Chronické bolesti zad představují „psychosomatózu současnosti“ (Tress, Krusse, Ott, 2008), Psychosomatický pohled vychází z předpokladu, že chronická bolest zad není pouze „mechanický problém“ páteře a okolních struktur, ale její vznik a přetrvávání výrazně ovlivňují psychosociální faktory – dlouhodobý stres, úzkosti, deprese vedou k trvalému zvýšení svalového napětí, změně držení těla a větší citlivosti vůči bolesti (Tress, Krusse, Ott, 2008).

Není snad lékařského oboru, který by se s pacienty s bolestmi zad nesetkával, od interních oborů, přes chirurgické obory až po psychiatrii. Hlavním úkolem lékaře je v první řadě vyloučení závažné patologie, s využitím moderních zobrazovacích metod, laboratorních vyšetření. K tomu byl vypracován systém „červených praporků“ ke včasné identifikaci rizikových nemocných s potenciálně závažným onemocněním projevujícím se bolestí zad. Včasná diagnostika s identifikací příčiny obtíží vyžaduje často multioborovou spolupráci (Ciferská, Vachek, 2022). Nechci zabíhat do detailů, teorií, třídění bolestí zad dle různých kritérií, ale zaměřím se pouze obecně na bolesti zad v psychosomatickém kontextu.

„Bolesti v zádech, v šíji, v kříži ať více somatického či psychického původu patří k nejrozšířenějším obtížím a příčinám pracovní neschopnosti, takto postižení pacienti jsou i nejčastějšími hosty ve specializovaných rehabilitačních a psychosomatických klinikách. Zatímco přibližně u 50 % všech lidí nad padesát let je možno nalézt určité změny na páteři, většinou degenerativního charakteru, jen 5 % těchto pacientů trpí bolestmi a omezením hybnosti.“ (Poněšický, 2025).

Projevy, které upozorňují na psychosomatickou problematiku, jsou chronicita a proměnlivost obtíží, střídání různých lokalizací a intenzity bolesti, nesoulad mezi stupněm subjektivních obtíží, klinickým nálezem a výsledky

diagnostických vyšetření, přetrvávání obtíží nebo recidivy i po obvyklém léčebném postupu (Kolář, 2020).

V objektivním vyšetření nalézáme u těchto pacientů obvykle zvýšenou neuromuskulární dráždivost, vyšší svalové napětí, změnu dechového stereotypu (Kolář, 2020). Dobře víme, že dlouhodobý stres a úzkosti vedou ke zvýšenému napětí trapézových svalů a šíje, nacházíme četné Trigger pointy /spoušťové body v přetížených svalech/, předsunuté držení ramen a hlavy, horní typ dýchání – povrchnější, bývá dysfunkce bránice a chybí dýchání do břicha, tzv. brániční dýchání, to se často projevuje bolestmi krční a hrudní páteře mezi lopatkami. Zjišťujeme recidivující blokády, C, Thp a žeber. U depresivních pacientů vidíme svěšená ramena, ochablé držení těla, bývá snížená aktivace hlubokých svalů trupu a stabilizačních svalů, méně pohybu. Časté jsou chronické bolesti svalů, kloubů. U lidí, kteří žijí v dlouhodobé nejistotě, strachu, vidíme tendenci k „uzavírání se“ – přitahování ramen dopředu, hrudník stažený, povrchnější dýchání, ochranný nebo obranný postoj těla (Peper, 2017; Mcgill, 2002). Terapie „psychosomatických“ bolestí zad by měla být vždy individuální a komplexní zahrnující léčebné metody zaměřené na tělo i na oblast psychiky (Poněšický, 2025).

Mezi léčebné metody patří individuální fyzioterapie – individuálně nastavená terapie, zahrnující jak manuální ošetření, tak nastavení vhodného cvičení na doma – která by měla být motivující ke změně pohybových a dechových stereotypů. Dále se uplatňuje fyzikální terapie – vodoléčba, elektroléčba, termoterapie, různé relaxační techniky – autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, někdy je dobré využít na přechodnou dobu i farmakoterapii – analgetika, antidepresiva, anxiolytika. Ze široké škály psychoterapeutických metod zde bývá přínosem psychoterapie zaměřená na tělo. Pracuje na uvědomění si tělesného a emočního prožívání sebe sama i vnějšího okolí. Zahrnuje mimo jiné techniky dotyku, pohybu, dýchání. Cílem je, aby se odcizené aspekty psychiky i těla staly opět integrovanými částmi bytostného já. Psychoterapeutické směry, které se zaměřují na práci s tělem, najdeme také pod pojmy body-psychoterapie, bioenergetika, biosyntéza, Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie, integrativní psychoterapie zaměřená na tělo (ČAP, 2026). Mezi další terapeutické metody patří různá dechová cvičení, jóga, cvičení dle Feldenkraise, taneční terapie, techniky Mindfullness, v neposlední řadě prostý pohyb venku – chůze.

První setkání 26. 5. 2025

Přichází příjemně vypadající, upravená, asi čtyřicetiletá žena s dlouhými vlnitými zrzavými vlasy a mírným úsměvem na tváři. Představujeme se, stisk ruky je slabý, ruka zpocená. Držení těla trochu schoulené. Posílá ji praktický lékař – na žádance je uvedeno – Thorakalgie. Z běžné anamnézy čtu, že se s

Obsah

ničím neléčí, prodělala gynekologickou operaci, alergická na nic není. Rentgenový nález Thp bez výrazné patologie.

Ptám se na vznik obtíží, charakter bolesti, kdy jsou bolesti horší, kdy naopak mírnější. Co jí pomáhá, co naopak zhoršuje obtíže. Pacientka mluví stručně, že má hrozné bolesti mezi lopatkami, je to horší po fyzické námaze, musí víc odpočívat. Udává i zhoršení dechu nemůže se zhluboka nadechnout, poslední rok je to celkově horší, bolesti ji limitují v práci, jsou někdy i v klidu, dále ještě udává občas svírání na hrudníku, jako ve svěráku. Někdy mívá šílené bušení srdce – to se někdy úplně opotí, je to strašně nepříjemné, většinou se to děje v klidu, někdy ji to vzbudí v noci. Byla vyšetřena na plicním, na kardiologii, alergologii, ortopedii – kde je údajně všechno v pořádku. Už neví, kam s tím má jít.

Reflexe: Tady bystřím, říkám si, že tohle není „jen“ bolest zad, říkám si, že ta žena má snad panické ataky, úzkosti. Najednou i u sebe pozoruji větší zájem, svou zvědavost, zajímá mě. Více vnímám tón jejího hlasu, snažím se chytit, co je mezi řádky. Ladím se více na paní V., mluví stále trochu monotónním hlasem, jako by se jí to ani moc netýkalo.

Zajímám se více o její život, jak vypadá běžný den, jak žije, ptám se na nějaké starosti. Pacientka je sdílná, ochotně vypráví o svém životě. Pracuje jako uklízečka ve škole, s těmi bolestmi zad to moc nezvládá, musí si denně brát léky na bolest a nijak zvlášť to nepomáhá. Ještě si občas přivydělává šitím dětského oblečení. Musí živit děti, je s nimi sama (dcera 13, syn 10 let). Když zaplatí nájem, poplatky, všechny věci v domácnosti, moc jí nezbyde. Teď má strach, jak to bude dál zvládat s těmi bolestmi.

Jsem zvědavá jak to, že je sama s dětmi?

Všechno se to pokazilo před 5 lety. Manžel oznámil nevěru, začal si s její nejlepší kamarádkou, chtěl se hned rozejít, musela se s dětmi odstěhovat, bylo to strašné. Nechápala to, nehádali se, měli hezký vztah. Byl to blesk z čistého nebe. Pak prošli těžkým rozvodem, který se dlouho vlekl, ale nějak tehdy fungovala, ani neví jak. Dcera rozvod také těžce nesla. Celkově je paní V. vyčerpaná, unavená, nic ji nebaví, netěší. Na koníčky nezbývá čas ani energie. Dříve ráda chodila na procházky, teď se k tomu nemůže donutit. Ptám se též na spánek. Paní V. špatně spí, dlouho usíná, někdy se budí v noci. Všechno se jí honí hlavou, někdy se to pak sevře na hrudníku, hrozné tuhnutí svalů okolo lopatek, pak to přejde. Probouzí se ráno unavená, nevyspalá, vstává brzy do práce, děti se vypravují do školy samy. Ptám se na to, kdo jí pomáhá, na její rodinu, jestli se nějak zapojují, dozvídám se, že jí maminka zemřela, když jí byly čtyři roky, nemá tady v okolí nikoho z původní rodiny, tam to bylo hodně komplikované. Občas hlídá babička, nebo jsou někdy děti u otce, do pomoci v běžném provozu (kroužky, škola) se ale exmanžel moc nezapojuje.

OBJEKTIVNÍ REHABILITAČNÍ VYŠETŘENÍ

Spolupracuje, Cp volná, výrazný hypertonus trapézových svalů bilat., horní typ dýchání převažuje, inspirační postavení hrudníku, horní zkřížený syndrom dle Jandy, elevace ramen, protrakce hlavy a ramen, četné spasmy okolo lopatek, Tgpp, tužší Thp, přetížení TH/př., hypertonus PV svalů difuzně, blokády střední Thp, akcentovaná Th kyfóza, L lordóza, zavěšena do vazů břišních, ochablá stěna břišní, jizva po sc. klidná, volná, nebol., insuficience HSS, Thomayer k zemi, dynamika volná, stoj I-III. stabilní, chůze v normě.

Z objektivního vyšetření zjišťuji přetížení krční páteře, trapézových svalů, paravertebrálních svalů, ochablé držení těla, zjišťuji blokády C a Th páteře, záměrně se nepouštím do mobilizací zablokovaných segmentů, neboť vím, že si někdy tělo vytváří ochranné blokády oslabených segmentů a „odblokováním“, např. nárazovou manipulací segmentu, se může celý stav výrazně zhoršit.

Provádím jen jemné měkké techniky a ošetření Trigger pointů, ukazuji dva cviky na korekci držení těla a na krční a hrudní páteř – cviky lehké a nenáročné, ať si paní V. zkouší cvičit, kdy bude mít čas a náladu. Nenutím povinně do pravidelného cvičení, neboť vím, že paní V. nemá moc času ani energie na cvičení a neplnění zadaného úkolu by ji mohlo ještě více stresovat.

Ke konci prvního setkání paní V. velmi upřímně oceňuji za ochotou sdílet osobní těžkosti, má můj obdiv, jak to všechno zvládá. To, že se teď cítí unavená, vyčerpaná a bolí jí záda, je v pořádku, že na to má nárok a že věřím, že spolu vymyslíme nějaký plán péče, aby se jí aspoň trochu ulevilo.

Mluvíme o tom, co všechno může dělat chronický stres a nespavost s tělem. Nabízím možnost, že bolesti zad, bušení srdce a nemožnost se zhluboka nadechnout souvisí úzce s psychikou. A že by bylo dobré kromě práce s tělem (fyzioterapie) trochu začít brát v úvahu i psychickou stránku. Paní V. to docela dobře chápe, říká, že si to také myslí, že chodí pořád po doktorech a nikde se nic nenašlo.

Domlouváme tedy další plán péče, navrhuji psychosomatickou konzultaci u mě – na příště práci s časovou osou, vysvětluji, proč a k čemu slouží, že by to mohl být pro nás užitečný nástroj.

Dáváme si termín psychosomatické konzultace – za 2 týdny.

Dále objednáváme u nás sérii fyzioterapie včetně masáží a elektroléčby. Domlouvám se s kolegyní fyzioterapeutkou Petrou, jak bych si představovala péči o paní V. A protože se s Petrou dlouho známe a pracujeme v dobrém tandemu, vím, že bude paní V. v dobrých rukou, že se na fyzioterapii naučí nejen cvičit vhodné cviky na páteř, ale také si odpočine a někdo jí věnuje péči a pozornost, kterou potřebuje.

Reflexe: Paní V. má stále mírný úsměv na tváři, jaksi plošší mimiku. Z celé postury vnímám únavu, vyčerpání, z jejího hlasu a mluvy prosakuje jakýsi smutek, skepse, strach. Vnímám také svou aktivaci – mírné sevření hrudníku,

Obsah

vlnu soucitu a obdivu k této ženě. Říkám si, jak to má paní V. těžké, kolik energie musí vynakládat na běžné provozní starosti, jak moc je na všechno sama, bez podpory své rodiny. Jak to asi měla dříve v dětství, když jí umřela maminka, kde má nějaké opory, zdroje radosti, o co a o koho se může v životě opřít? Jelikož jsem taky máma, umím si představit (nebo spíš neumím), jak je náročné zůstat na to všechno sama. Říkám si, jakou roli zde bych měla mít já. Ráda bych byla v této chvíli pro paní V. jakási podpůrná osoba, někdo, komu bude důvěřovat, kdo bude brát její obtíže vážně, s kým se bude cítit v bezpečí.

Další setkání 16. 6. 2025

Práce s časovou osou (Chvála, 1995):

1) Narození a dětství

Paní V. se narodila do dělnické rodiny ke dvěma starším bratrům, jeden byl o tři, druhý o šest let starší. Bydleli v Litvínově v paneláku. Otec pracoval jako dělník ve fabrice, máma na mateřské dovolené.

Domnívá se, že nebyla chtěné dítě, měli malý byt, málo peněz a dvě děti už v rodině byly, ale nikdo jí to přímo neřekl. Když jí byly čtyři roky, zemřela její maminka na rakovinu, byla delší dobu nemocná, to si ale paní V. nepamatuje, byla moc malá. Po maminčině smrti bydlela s bratry a otcem. Otec začal pít, byl čím dál víc agresivní, nezvládal to. Paní V. udává, že má celé dětství v mlze. Vůbec nic si nepamatuje, jen občas si vybaví nějakou vzpomínku na babičku, bratra, na mámu si nevzpomíná, ani neví, jak vypadala. Nepamatuje si ani Vánoce, oslavy narozenin, na dovolené nejezdili. Vybavuje si až dobu od cca třinácti let, kdy se vše začalo ještě zhoršovat, soužití s otcem bylo hrozné, nejstarší bratr se odstěhoval, nevídali se, ten prostřední už také moc nebyl doma, začal brzy pracovat, aby mohl odejít. Otec ji fyzicky týral, bil, nikdy nevěděla, kdy dostane a za co. Každý den byl opilý, bála se ho. Situaci řešila několikrát i sociálka, ale děti nechali u otce. Sexuální násilí odmítá, to se prý nedělo, jen bití. Měla tehdy ještě babičku, tam se cítila v bezpečí, mohla se jí svěřit, ale bydlela daleko od nich, nevídaly se často.

Co se stonání nebo úrazů týče, časová osa zeje prázdnotou. Paní V. udává, že byla zdravé dítě, nepamatuje si žádné větší úrazy, zlomeniny, nemoci nebo hospitalizace, *„u nás se nemarodilo, co si vzpomínám“*. Až po třináctém roce věku se objevuje nespavost. Paní V. to ale popisuje velmi jednoduše – *„bála jsem se usnout, nikdy jsem nevěděla, kdy mě otec vzbudí a profackuje mě. Tak jsem raději spala tak napůl. Pak jsem byla ve škole dost mimo.“*

Reflexe: Běží mi hlavou tento film: …smutný příběh malé holčičky, která zažívá opuštění, nezájem, bití. Nedočká se láskyplné náruče rodičů. Vývojové trauma. Od začátku života si nese pořádnou nálož. Zároveň vnímám neskutečnou sílu ženy, která přede mnou sedí, vypráví ty hrůzy a stále má svůj úsměv na tváři, neukápne ani slza. Říkám si, že ochranné blokády nejsou jen

na páteři, že si paní V. musela v životě najít svůj způsob přežití, musela vytěsnit mnohé, aby mohla dál žít.

Registruji na sobě svůj hněv a silné pohnutí, když mluví o tom, jak ji otec bil, říkám si, že by si zasloužil, prevít. Vnímám zvýšené napětí svých svalů šíje, svírám ruce v pěst, až se musím pousmát, jak moc jsem do příběhu vtažena, zároveň hledám ve fantazii nějakého ochránce pro tu holčičku, která to musí vydržet.

2) Dospívání, mladá dospělost

V šestnácti letech se odstěhovala k bratrovi, který se osamostatnil, již bydlel s partnerkou a pracoval. Toto období trvalo cca dva roky a bylo docela fajn, chodila do školy a na brigády, doma se cítila vítána, s bratrem i jeho přítelkyní měla hezký vztah, měla svůj pokoj. Bratr se snažil, cítila tam podporu, hodně chtěl, aby dostudovala střední školu. Po vyučení cukrářkou začala pracovat jako dělnice ve fabrice, osamostatnila se, našla si partnera. Bylo to několik let celkem klidné období, po tom, co všechno zažila, se divila, že je možné žít „normálně“. Měla pár přátel, partnera, práci, dokonce si mohla dovolit jet na dovolenou k moři, to nikdy dříve nezažila.

Reflexe: Opět si uvědomuji, co to se mnou dělá. Najednou vnímám povolení sevřených pěstí, uvolňuje se napětí šíje, mám chuť vzdát hold staršímu bratrovi, který se postaral o svou malou sestru, možná jí tím doslova zachránil život, díky němu měla možnost žít v bezpečí a dostudovat, dospět. Vzpomenu na svého o tři roky staršího bratra, jak mě na základní škole chránil, jak se líbil mým spolužačkám, jak mi ho kamarádky záviděly a jak se to pak celé pokazilo. Uvědomuji si svou zvědavost, jak ten příběh bude dál, moc paní V. fandím.

3) Dospělost

Paní V. cca ve 24 letech potkala otce svých dětí, vtipného, skvělého, o pár let staršího okouzlujícího muže, který hrál skvěle na kytaru a byla s ním zábava. Opustila tedy rodné město, přestěhovala se k partnerovi na vesnici, do rodinného domku, kde žil jen s matkou. Našla si tam práci ve fabrice.

Po nějaké době se vzali a paní V. porodila první dceru. S tchyní vždycky vycházela dobře, ta byla ráda, že se syn zklidnil, přestal střídat partnerky, usadil se a že mají rodinu. Těšila se z vnučky. Po třech letech se narodil syn, všechno vypadalo hezky, žili si dobře. Paní V. si našla kamarádky, byla šťastná se svou rodinou, byla na ni pyšná. Řešily se běžné provozní starosti s dětmi, tchyně ochotně hlídala, paní V. se vrátila po mateřské dovolené do práce, našla si práci uklízečky, aby nemusela dělat na směny a měla čas na děti.

Po přestěhování se skoro s nikým ze své rodiny nevídá, otec zemřel před několika lety ani neví jak, dozvěděla se to mnohem později. S nejstarším bratrem není v kontaktu vůbec, s druhým bratrem si občas napíšou, vídají se málo.

Obsah

Před pěti lety po společné dovolené v Chorvatsku jí manžel řekl, že si začal vztah s její nejlepší kamarádkou, že mu je to líto, ale že spolu chtějí žít, že si všechno promyslel, že chce, aby se odstěhovala i s dětmi, že na ně bude platit, bude je vídat o víkendech, střídavou péči nechce. Byla to pro paní V. obrovská rána, šok, vůbec tomu nerozuměla. Toto období popisuje také trochu jako v mlze. Jela na autopilota, nějak chodila do práce, obstarala děti, ale byla úplně mimo. V jedné chvíli ztratila muže, kterému důvěřovala, který byl pro ni pevný bod, autorita, milovala ho. Zároveň ztratila domov, bezpečí, nejlepší kamarádku. Bylo toho na ni moc, ale nějak fungovala, neví vůbec jak. Nešlo jí brečet, cítila jen vztek a prázdnotu. Našla si rychle podnájem, přestěhovala se, pak probíhal šílený rozvod, bylo to dost emočně náročné. Cítila se podvedená, opuštěná.

Postupně si zvykla, musela se naučit znovu žít. Teď se vlastně cítí celkem dobře, je sama s dětmi a je celkem spokojená, děti jsou fajn, jsou zdravé, učí se dobře, syn hraje fotbal a jde mu to, dcera má hudební sluch po tátovi a krásně zpívá. Chodí do ZUŠ, vyhrála i pěvecké soutěže. Je na děti pyšná. Teď u dcery nastupuje puberta, někdy má obavy, jak s ní mluvit (dcera se uzavírá do sebe; k otci chodí pravidelně, nějak to funguje). Dělá si starosti, jak bude dál zvládat práci, záda ji opravdu bolí, horší je to po fyzické námaze. Dále ji znervózňuje to svírání na hrudi, je to někdy hodně intenzivní, jako by srdce mělo vyskočit z hrudi. Obtěžuje ji i únava, vyčerpání a špatný spánek.

Na časové ose zaznamenávám pouze drobné gynekologické potíže v osmnácti letech. V roce 2010 pak gynekologická operace v Kadani, měla „otočenou dělohu“ (časté „vysvětlení“ dyspareunie, která může mít jiný důvod). 2012 porod dcery, 2015 – plánovaná sekce, vše bez komplikací, pro polohu koncem pánevním. V době okolo rozvodu se opět objevila nespavost, nemohla usnout, když už usnula, mívala noční můry, poprvé se objevilo svírání na hrudi, bušení srdce, pocity, jako by měla umřít. Její praktická lékařka jí dala Neurol, což trochu pomáhalo, někdy si ho vzala.

Pak se spíše obtíže vlekly až do současnosti, jsou střídavé intenzity i lokalizace, občas bolesti na hrudi, někdy mezi lopatkami, šíje, tuhnutí, dále dušnost, někdy se zadýchává při námaze, má pocit nedostatku dechu, někdy se objevuje knedlík v krku, občas chodila na fyzioterapii, tam něco cvičila, ale moc to nepomáhalo.

Reflexe: Opět reflektuji své pocity, vnímám u sebe vlnu obdivu a soucitu. Vnímám svůj knedlík v krku, pokles ramen a tíhu celého příběhu. Říkám si, že se tu objevuje tolik traumatizujících událostí už od raného dětství, tolik ztrát zásadních blízkých osob, bezpečí. Vidím tu stále se mírně usmívající tvář, ústa jako by vyprávěla příběh někoho jiného. Paní V., jaksi ztracená, odpojená od svých emocí. Zachytila jsem jen zrychlený povrchnější dech, když mluvila o násilí. Vím dobře, že já se do zamlžených oblastí pouštět nebudu, to mi nepřísluší, tady by byl prostor pro psychoterapeuta. Já zůstanu nadále v roli podpory, průvodce. Utěšuji se myšlenkou, že „Trauma není rozsudek na doživotí, trauma není nemoc, ale ne-moc“ (ČAP, 2026).

Díváme se spolu na zápis časové osy, pro paní V. je asi nejtěžší dívat se na prázdná místa, na mlhu. Nechápe a je zaskočena tím, že si toho z dětství tak málo pamatuje. Souvislost nespavosti s chronickým strachem, když žila s otcem, vidí jasně. Souvislost mezi bolestmi zad, svíráním na hrudníku, nespavostí v období posledních let je také nějak „viditelnější“. Mluví o tom, že by si chtěla promluvit s bratrem a zjistit, co on si z dětství pamatuje.

Koncem druhého setkání, po odebrání košaté bio-psycho-sociální anamnézy, nabízím možnost nasazení SSRI, vysvětluji podrobně princip účinku, výhody i možné nežádoucí účinky a že si upřímně myslím, že by z medikace v této chvíli velmi profitovala.

Paní V. souhlasí, chtěla by to zkusit. Nasazuji Zoloft 100mg 1-0-0 (první dva týdny užívat 1/2tbl tj 50mg 1-0-0), v případě nežádoucích účinků-zavolá.

Domlouváme další termín kontroly za čtyři týdny.

Třetí setkání 15. 7. 2025

Vidíme se po měsíci, přichází uvolněnější, spokojenější, užívá Zoloft 100 mg, má pocit, že se jí fakt trochu ulevilo, už všechno tolik neřeší. Víc věcí ji nechá v klidu. Celkově se cítí lépe, bolesti zad trochu lepší, je to i tím, že nechodí do práce, jsou prázdniny, je větší klid, byla s dětmi na Orlíku, teď jsou děti na táboře, má víc času pro sebe. To si užívá, chodí plavat na přehradu, občas na procházky s kamarádkou.

Nedávno zase měla hodně intenzivní svírání na hrudi, opět se to stalo večer, kdy nemohla usnout, *„vybzíkla se“*, napadaly ji myšlenky, že se něco stalo dceři na táboře. Chtěla si vzít Neurol, ale nakonec nevzala, zvládla to, nějak to rozdýchala. Svírání na hrudi odeznělo asi po půl hodině. Snažila se o nějaké dechové cvičení, které si našla, asi to pomohlo. Proto dnes nabízím práci s regulací nervového systému, metoda Emotional Aid. Koncept Emotional First Aid je vizí Giny Rossové zakladatelky ITI – Mezinárodního traumatického institutu v USA a v Izraeli (EmotionalAid, cit 2026 web) Je to metoda emoční první pomoci ve chvílích zvýšeného stresu, napětí či po prožití náročné situace. Jde o pět jednoduchých kroků, které se dají použít, kdykoliv se potřebujete zklidnit, zregulovat nervovou soustavu, uvolnit z těla napětí a nalézt zdroje podpory. Metoda vychází z přístupu pro práci s traumatem Somatic Experiencing a z poznatků neurověd.

Paní V. výborně spolupracuje, prošli jsme spolu procesem 5 kroků Emotion Aid, má pocit, že to je dobré, dává to smysl. Předávám jí edukační materiál. Podporuji ji v tom, aby to vyzkoušela někdy i doma v reálné zahlcující situaci a že si příště řekneme, jak se to dařilo. Mluvíme o souvislostech psychiky s vyšším napětím svalů, o emocích a různých obranných strategiích, o fungování autonomního nervového systému. Doporučuji paní V. dlouhodobější psychoterapii. Paní V. ale nemá moc důvěru v psychology, kdysi v dětství, když

Obsah

jí otec mlátil, byla u nějaké školní psycholožky, ale bylo to ještě horší, protože se to pak otec dozvěděl a dostala bití. Vysvětluji, proč si myslím, že by psychoterapie byla vhodná.

Další termín domlouváme po prázdninách, nadále SSRI.

Reflexe: Mám radost, vskutku vnímám malou proměnu, paní V. přichází s úsměvem, ale tentokrát tak nějak opravdovějším, všímám si také živější mimiky, gestikulace, tónu hlasu. Jako by se něco probouzelo, co dlouho spalo. Opravdu tam došlo k nějakému pohybu, změně? Opět cítím svou zvědavost. Jak to? Co se stalo, že je něco jinak? Zahlodají ve mně moje pochybnosti o sobě, to pomohl ten Zoloft. Zázračné SSRI. K čemu tu vlastně jsem, stačilo jí je nasadit dříve a vůbec by nepřišla. Zaháním své hlodavce.

Čtvrté setkání 4. 9. 2025

Přichází uvolněnější, méně v napětí, bolesti zad nemá. Měla dovolenou, nechodila do práce, je více odpočatá. Nyní se všechno trochu zhoršilo se začátkem školního roku, je to vždycky trochu stres. Začíná ten běžný kolotoč, starosti s dětmi, škola, kroužky, domácnost, ale zatím to zvládá. Nehroutí se z toho, nějak to zvládne. Mluvíme o tom, že by se děti mohly více zapojit do domácích povinností, např. připravovat svačiny, uklidit myčku, luxovat. Směje se, že si to moc neumí představit, ale že to můžou zkusit. Fyzioterapii dokončila, pomohlo jí to, bolesti Thp nyní nemá, ale teprve začíná zase denně chodit do práce, tak se uvidí, jak dlouho to zlepšení vydrží.

Od minula zkoušela dvakrát Emotion Aid, jednou po velkém afektu, podruhé když měla zase to svírání na hrudi, využila vždy jen první tři kroky a opravdu se celkem zklidnila. Asi to fakt nějak funguje. Někdy si dělá ten třetí krok (kontakt rukama na hrudník a břicho, když nemůže usnout) a fakt má pocit, že se zklidní. Celkově lépe spí, budí se méně unavená.

Přemýšlela i o té psychoterapii, kamarádka jí sdělila svou dobrou zkušenost. Možná by to fakt mělo smysl. Potřebuje ale sehnat někoho na pojišťovnu, soukromě si to nemůže dovolit.

Velmi oceňuji, že zkoušela EA, přemýšlela o psychoterapii (předávám kontakt na naši psycholožku), moc ji chválím za aktivní přístup. Je vidět, že opravdu chce sama něco dělat ke zlepšení, že podniká různé kroky k tomu, aby jí bylo lépe. Mám upřímnou radost ze zlepšení stavu a podporuji ji nadále v jejím úsilí. Další termín si domlouváme za měsíc.

Reflexe: Dnes mám pocit radosti, šimrání na hrudi, teplo v břiše. chválím se, že to je „dobrá práce“, hned vzápětí přijde starý známý pocit, že jsem přece vůbec nic neudělala, že to Zoloft a to paní V. sama. Mám radost, že paní V. přemýšlí o psychoterapii, připadá mi to hodně důležité, myslím, že to je cesta, která povede k další úzdravě, jsem nadále zvědavá. Přistihuju se, že mě tento proces baví, že paní V. fandím. Uvědomuji si, že jsem jaksi více emočně

zainteresována do příběhu paní V., že to takto s většinou pacientů nemám? Co to tedy je?

Páté setkání 8. 10. 2025

Paní V. se dnes cítí celkem dobře, bolesti zad se občas objevují, ale docela funguje cvičení, stále se daří chodit na procházky s holemi, i když je to někdy těžké se vypravit. Od minule se docela povedlo zapojit děti do prací v domácnosti, samy si dělají svačiny do školy, dcera se dokonce někdy pustí do vaření večeře. Má radost, že děti fungují, že se dobře zaběhly do školního režimu. Má v plánu se sejít s bratrem a otevřít nějaká témata společné minulosti. Vadí jí, že si skoro na nic nevzpomíná, nechápe, proč má takovou mlhu. Víc přemýšlí o svém životě. K psycholožce se zatím neobjednala, ale má to v plánu.

Podporuji ji nadále, velmi si vážím upřímnosti a aktivního přístupu, je vidět, že paní V. se opravdu snaží věci měnit, řešit, že nečeká jen na pomoc zvnějšku. Mám pocit, že jsme s paní V. navázaly dobrý vztah, kde vnímáme obě důvěru a bezpečí. Další setkání za dva měsíce. Zoloft nadále.

Šesté setkání 12. 12. 2025

Na to, že je před Vánoci, se cítí celkem fajn, s dětmi se dohodla, že nebude letos péct ani nijak moc uklízet, že si Vánoce užijí v klidu, s pohádkami. A zatím se fakt nestresuje, pro děti má dárky připravené, za to je ráda, je v klidu, dostanou, co si přály. Tento týden ji ještě čeká první návštěva u psycholožky, je ráda, že se konečně objednala. Přejeme si krásné, klidné svátky a domlouváme se na leden. Zoloft nadále.

Sedmé setkání 22. 1. 2026

Přichází v dobré náladě, hodně si odpočinula o Vánocích, měla 2 týdny volno a opravdu si po letech nic moc nedělala, nepekla ani neuklízela byt, koukali s dětmi na pohádky, chodili na procházky, byl to hezký čas. Byla překvapená, že to šlo i bez šíleného stresu. Udává zlepšení spánku. Cítí se volněji, lépe se dýchá. Bolesti zad občas mívá, ví ale, jak si pomoci, zacvičí si. Svírání na hrudi se někdy objeví, ale již v menší intenzitě, dýchá se jí teď dobře.

Poslední dobou se cítí dobře, víc v pohodě, dochází na psychoterapii, už byla dvakrát, zatím se oťukávají, řeší i dceru. Paní terapeutka je moc sympatická, příjemná, rozumí si s ní.

Domlouváme se, že prodloužíme intervaly našich setkání.

Obsah

Reflexe: Reflektuji svou radost, že opravdu začala na psychoterapii chodit, cítím i trochu žárlivost, copak já nejsem příjemná a sympatická, copak bychom to jen spolu nezvládly? Musím se v duchu až smát, jak jsem trapná. Opět zaháním své hlodavé myšlenky, že jsem stejně k ničemu, že jen posílám k terapeutům. Zklidňuji se, že je to v pořádku, že tady má práce pomalu končí, že se postupně opustíme, pocítím záchvěv smutku a zároveň radosti z celého procesu.

Osmé setkání 7. 3. 2026

Přichází uvolněná s úsměvem. Poslední dobou se cítí dobře, tak nějak v pohodě. Práci zvládá dobře, záda občas bolí víc, jen výjimečně si vezme prášek. Žije tak nějak radostněji, plněji, starosti jsou pořád, řeší pořád něco, děti, škola. Kroužky, exmanžel. Někdy ji to všechno štve.

Začala chodit pravidelně plavat. Dochází na psychoterapii – tam řeší, co je potřeba, někdy řeší dceru, někdy se otevírají opravdu těžká témata a je to hodně náročné, ale cítí, že je to dobré, cítí změny, spánek je nyní lepší, má víc energie. Jinak přemýšlí o věcech. Chtěla by změnit práci.

Našla si přítele, zatím se jen občas vídají, píšou si, ale je to příjemné cítit, že o ni má někdo zájem, možná z toho nic nebude, ale je ráda, že se někdo objevil, s kým se cítí dobře, s kým si rozumí.

Deváté setkání 23. 6. 2026

Poslední dobou se cítí dobře, je jí prostě lépe, psychoterapie běží. Chtěla by zkusit postupně vysadit Zoloft. Povídáme si o běžných věcech, co se daří, co ne, jaké mají plány na léto. Těší se na dovolenou, pojedou s dětmi zase na Orlík. S přítelem je to hezké, vídají se, když jsou děti u otce, zatím to takto vyhovuje, on je také rozvedený, má dvanáctiletého syna ve střídavé péči. Zatím to nechávají tak nějak plynout, nechce nic uspěchat. Prozatím snižujeme dávku Zoloftu na 50 mg, další kontrolu plánujeme po prázdninách na září 2026 – ještě neproběhla.

Myslím si, že už nadále nebude mé péče třeba, že se domluvíme na kontrole pouze při zhoršení obtíží. Zoloft může psát i praktický lékař a je dost možné, že už nadále nebude potřeba.

Diskuse

V této kazuistice jsem chtěla ukázat, že i za velmi častými stesky, jako jsou bolesti zad, se můžou skrývat těžké spletité příběhy a že by zde nejspíš běžné

rehabilitační a fyzioterapeutické postupy ke zlepšení nestačily. Vzhledem k tomu, že paní V. již při prvním vyšetření zmiňovala kromě bolestí hrudní páteře a šíje též pocity tuhnutí zad, zhoršení dechu, svírání na hrudi a bušení srdce, psychosomatické souvislosti se zde nabízely.

Jak píše Poněšický: *„Psychosomatickou příčinu onemocnění lze vystopovat až u 1/3 pacientů hledajících pomoc u svého lékaře, než se jim dostane psychoterapeutické péče, vystřídají v průměru 12 lékařů během 7 let.“* (Poněšický, 2025).

Myslím, že je na této ukázce dobře vidět, že paní V. profituje z komplexní péče od fyzioterapie přes farmakoterapii až po dlouhodobější psychoterapii. Paní V. šla do celého procesu s nasazením a odvahou, začala určité věci ve svém životě měnit, je si dobře vědoma, že to je běh na dlouhou trať, že tohle je jen začátek, že má před sebou ještě dlouhou cestu k úzdravě traumat, která ji v životě potkala, ale myslím si, že se nyní vydala dobrým směrem k léčebnému procesu.

Pro mě je v mé práci nejdůležitější autenticita, laskavost a zájem o pacienta jako lidskou bytost. Bez nastolení vzájemné důvěry a vytvoření bezpečného místa si svou práci neumím představit.

S paní V. jsem se cítila dobře, tak nějak přirozeně. Když kývla na nabídku psychosomatické konzultace, měla jsem radost a vnímala to jako velkou výzvu. Cítila jsem tíhu odpovědnosti, abych něco nepokazila, abych ji neodradila. Vnímala jsem, jak se mě celý její příběh emočně dotýká, musela jsem se často regulovat. Měla jsem tuto kazuistiku též v supervizi, což mi pomohlo udržet si odstup a zároveň být napojena.

Literatura

1. KOLÁŘ Pavel et al. Rehabilitace v klinické praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 2020. 713 s. ISBN 978-80-7492-500-9.

2. PONĚŠICKÝ, Jan. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: souvislosti mezi zvládáním životních problémů, tělesným zdravím a nemocí. 3., rozšířené vydání. Praha: Stanislav Juhaňák, Triton, 2025. ISBN 978-80-7684-394-3.

3. CIFERSKÁ, Hana a VACHEK, Jan. Diferenciální diagnostika bolestí zad. Vnitřní lékařství, 2022. Dostupné z: https://doi.org/10.36290/vnl.2022.068.

4. OPAVSKÝ, J., URBAN, J. Biologické a psychosociální prediktory chronicity bolestí dolní části zad (a možnosti jejich ovlivnění). Fakulta tělesné kultury UP, Olomouc, 2004. [1, 2]

5. TRESS, Wolfgang; KRUSSE, Johannes a OTT, Jürgen. Základní psychosomatická péče. Přeložil Lubor ŠPÍS. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.

6. 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.

Obsah

7. MCGILL, Stuart. Low Back Disorders: Evidence-based Prevention and Rehabilitation. Human Kinetics Publishers, 2002. ISBN 0736066926.

8. Česká asociace pro psychoterapii. Online. 2026. Dostupné z: https://czap.cz/. [cit. 2026-09-06].

9. EmotionalAid. Online. Dostupné z: https://emotionaid.cz/. [cit. 2026-09-06].

10. CHVÁLA V.: Časová osa – nový pohled na psychosociální souvislosti. Kontext, XI, č.2, 1995, str.26-31.

Do redakce přišlo 13.9.2026
K tisku zařazeno se svolením autorky 15.9.2026
Konflikt zájmů není znám.
Práce je kazuistika k nástavbové atestaci
z psychosomatiky.



Etika



3 D.SKORUNKA: Z KONFERENCE EAPM 2026 VE FLORENCII

Jiří Královec: Plastová slova a jejich vliv na naši sociální realitu

SOUHRN

Text představuje koncept plastových slov německého lingvisty Uwe Pörksena a mechanismus jejich působení. Následně se snaží dokázat, že v kontextu současného uvažování o zdravotnické péči, v diskusích o zdravotnické politice nebo třeba v oblasti komunitního plánování začaly jako nová plastová slova fungovat i termíny etika (etický) či paliativa (paliativní), a že jejich prostřednictvím jsou pak nově tematizovány a nahlíženy fenomény, které v minulosti byly v medicíně a ošetřovatelství implicitně přítomny. Text rovněž odkazuje na některé úvahy Ivana Illicha a Elisabeth Kübler-Rossové, jejichž myšlenky zůstávají i po desítkách let stále nedoceněny a intelektuálně nevytěženy.

KLÍČOVÁ SLOVA: Pörksen, Illich, plastová slova, medicína, etika, paliativa

Obsah

SUMMARY: KRALOVEC J.: PLASTIC WORDS AND THEIR INFLUENCE ON OUR SOCIAL REALITY. PSYCHOSOM 2026; 23 (3-4). PP:

The text introduces the concept of 'plastic words', as defined by the German linguist Uwe Poerksen, and explains how they work. It then attempts to prove that, in the context of current thinking about healthcare and discussions about healthcare policies or community planning, terms such as *ethics* and *palliative* have begun to function as plastic words. Through them, phenomena that were implicitly present in medicine and nursing in the past become newly thematized. The text also refers to some of the reflections of Ivan Illich and Elisabeth Kübler-Ross, whose ideas still remain underappreciated and intellectually unexploited.

KEY WORDS: Poerksen, Illich, plastic words, medicine, ethics, palliative

PLASTIC WORDS A JEJICH CHARAKTERISTIKA

Východiskem mé práce je koncept *plastic words*, představený a analyzovaný německým lingvistou Uwe Pörksenem v jeho knize *Plastic Words. The Tyranny of a Modular Language*, která v němčině poprvé vyšla v roce 1988. Pörksenovým prvním inspiračním východiskem byly jednak Nietzscheho *Nečasové úvahy*, zejména úvaha druhá, *O užitku a škodlivosti historie pro život*, kde se Nietsche zmiňuje o vlivu obecných pojmů na charakter a stav jazyka, jednak jazykové nástroje dobově a ideologicky podmíněné žurnalistiky – sám Pörksen v roce 1993 v cyklu *Ideas* na kanadské rozhlasové stanici CBC zmínil, jak v něm četba starých novinových výstřižků z nacistického Německa vyvolala pocit, že slova vytvářejí pomyslnou síť nad realitou a proměňují to, jak ji lidé vnímají (CAYLEY 1993, 3). Hlavní impuls k promyšlení celého konceptu *plastic words* a k sepsání knihy se ale zrodil až z Pörksenovy konverzace s Ivanem Illichem, polyhistorem a v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století výraznou globální intelektuální celebritou.

Mezi hlavní Illichova témata patřila civilizační proměna společnosti a jejích struktur, kterou analyzoval a jejíž důsledky ilustroval zejména na příkladu školských a zdravotnických institucí. Středobodem jeho úvah byl vztah mezi sférou, kterou označoval slovem *vernakulární* (vernacular), a která v jeho pojetí představovala tu oblast života, v níž lidé jednají a fungují na základě vlastních schopností, kompetencí, symbiotických mezilidských vztahů a společně a solidárně sdílených zdrojů, a tím, co lze označit jako *komodifikovanou modernitu*, která vzájemnost nahrazuje placenými službami a řadu přirozených lidských kompetencí podvazuje monopolem odborníků. S Pörksenem Illich debatoval na téma fluktuace slov mezi lidovým jazykem a jazykem vědy; tento proces umožnil nahlédnout pnutí mezi vernakularitou a komodifikací z nové a obohacující perspektivy.

Slovo *plastic* nabízí dvě možnosti českého překladu – *plastický* a *plastový*, což je ve vztahu k Pörksenově knize trochu nešťastné; v závislosti na kontextu se

totiž jako správné mohou jevit varianty obě. Pro účel tohoto textu jsem se nakonec přiklonil ke druhé možnosti – opírám se v této souvislosti jednak o Pörksenovo opakované přirovnávání těchto slov ke kostkám Lega, jednak o jeho popis mechanismu fungování běžného slova v přirozeném jazyce (PÖRKSEN 1995, 9); Pörksen zde upozorňuje na hloubku a bohatost lexikálního významu a na možnost jeho nuancování podle úmyslu mluvčího a podle kontextu, v němž se konkrétní komunikace odehrává. *Plastic words*, na rozdíl od přirozených slov, takovouto možnost nenabízejí; fungují – jak bude rozvedeno dále – modulárním způsobem, jsou hotovými stavebními bloky, které postrádají vnitřní bohatost přirozeného jazykového materiálu. Z toho důvodu se mi tedy užití slova plastový obecně jeví jako vhodnější, i když i výraz plastický místy má své opodstatnění: zejména tam, kde denotační neurčitost takovýchto slov umožňuje pružně manipulovat s jejich významovou funkcí[1].

Jako plastová označuje Pörksen taková slova, která mají schopnost fungovat jako univerzální stavební kameny. Jejich vznik je zpravidla výsledkem uzavřeného cyklu migrace mezi běžnou řečí a odborným jazykem. Původně vycházejí z běžného jazyka, odkud je do své terminologie převezme nějaká odborná disciplína; odtud se pak vracejí zpět do obecné řeči, ovšem s novými konotacemi a obestřena aurou vědeckosti[0]. Právě o konotační složku se pak opírá jejich další užívání – ačkoli možný význam těchto slov je velmi široký a tvárný, jejich denotace je těžko uchopitelná, vágní, ustupuje do pozadí. „Když se objeví poprvé, mají nádech módnosti a budí pozornost; postupně ale splynou s každodenností a brzy začnou působit dojmem, že je jejich význam samozřejmý.“ (PÖRKSEN 1995, 1)

Plastová slova poté, co opustí odborné prostředí a vplynou do obecného jazyka, proměňují a formují veřejný diskurs, a do expertního prostoru se znovu vracejí: v rukou odborníků a institucí pak umožňují realitu a její vnímání nově utvářet a ovlivňovat. Skutečnost, že tato slova v obecném jazykovém prostředí nově a specifickým způsobem zakořenila, následně dává odborníkům do rukou otěže k jejich účelovému manipulativnímu využívání.

---

[1] V úvodu ke své knize se Pörksen vyjadřuje k volbě termínu poměrně detailně – uvádí, že jeho úmyslem bylo odkázat na „schopnost stereotypů generovat nekonečné množství nových forem“, a zmiňuje také svou inspiraci Rolandem Barthesem, který ve své knize *Mytologie*, poprvé vydané roku 1957, popisuje plast jako látku alchymické povahy a vyjadřuje úžas nad její dokonalou poddajností a tvárností; pro Barthese je plast „spíše než látkou ideou neomezené transformace“. (PÖRKSEN 1995, 7)

[0] Ne všechna plastová slova ovšem začínají svůj transformační cyklus důsledně v běžném jazyce; u některých, jako třeba u Pörksenem rozebíraného slova *sexualita*, je primární použití rovnou spjato s odborným prostředím, s jazykem vědy. Tou opravdu klíčovou fází vzniku každého plastového slova, kterou postupná proměna reálně začíná, je až jeho sestup z odborného jazyka do jazyka vernakulárního.

Obsah

Plastová slova současně ovlivňují i běžnou mezilidskou komunikaci, kolonizují ji, vedou k jejímu zploštění a ochuzení: vytlačují z běžné řeči synonyma i přesnější slova s užším významovým polem. Proměňují pohled na okolní realitu, způsob, jakým ji nahlížíme a vykládáme, a v některých případech mohou zplošťovat, objektivizovat a posouvat i lidské sebevnímání: to Pörksen ukazuje na příkladu slov *sexualita* či *vývoj* (CAYLEY 1993, 4).

Plastovým slovem pochopitelně není každá jednoslovná floskule – Pörksen vypracoval soubor celkem třiceti charakteristických znaků, jimiž se plastová slova vyznačují, a tyto znaky dále rozdělil do devíti kategorií, z nichž každá představuje jinou funkci, vlastnost, aspekt či typový rys (PÖRKSEN 1995, 99-103):

A. Původ a způsob používání (Origin and Usage)

Jak už jsme uvedli, plastová slova většinou vznikají v obecné mluvě, následně jsou přejata vědou, a pak se v proměněné podobě do obecné mluvy vracejí. Lze je do určité míry vnímat jako metafory, neboť naznačují spojení mezi běžným jazykem a vědou; metaforou ovšem nejsou v tom smyslu, že by evokovaly nějaký konkrétní obraz. Jsou nezávislá na kontextu – kontext sám o sobě nijak nemění ani blíže nezpřesňuje jejich význam.

B. Významový záběr (Scope)

Vyskytují se bez omezení v bezpočtu kontextů. Nahrazují cílenou přesnost vyjadřování, omezují užívání denotačně jednoznačných slov a synonym. Plastová slova se používají i k rychlému zaplnění prázdných míst v konverzaci. Vytěsňují promyšlenější, jemnější a ohleduplnější způsoby vyjadřování a redukují je na stereotypní generalizace.

C. Obsah (Content)

Mají široké uplatnění, ale chudý obsah. Jejich význam je těžko uchopitelný: mimořádně širokou významovou oblast redukují na jednoho společného jmenovatele.

D. Historie jako přirozená danost (History as Nature)

Plastová slova postrádají historický rozměr, nejsou zakořeněna v konkrétním čase ani místě, což je zbavuje hloubky a individuálního výrazu. Historii reinterpretují jako přírodní danost a transformují ji v laboratoř – nabízejí způsob, jak komplexní a vzájemně propojené a podmíněné jevy zjednodušit a objektivizovat: pomocí vágních a obecných pojmů se stávají lépe měřitelnými, ovlivnitelnými a ovladatelnými. Zcela stranou jsou ponechávány otázky dobra a zla.

E. Síla konotace a přednost funkce před obsahem (Power of Connotation and Function)

Významu plastových slov dominují konotace; místo síly přesné denotace nabízejí prožitek falešného osvícení. Jejich konotace je pozitivní, dopřává iluzi

vhledu. Funkce plastových slov v konkrétním diskursu má větší význam než jejich věcný obsah. Plastová slova fungují víc jako nástroj podrobení než jako cesta ke svobodě.

F. Funkce obecnosti (General Function)

Díky své neomezené obecností vyvolávají dojem, že vyplňují nějakou mezeru a uspokojují potřebu, která dosud neexistovala. Silná aura jejich asociací vyžaduje akci. Mnohostranná obecnost plastových slov usnadňuje dosažení konsensu.

G. Společenská a ekonomická výhodnost (Social and Economic Usefulness)

Zvyšují prestiž mluvčího, vnášejí vědeckou autoritu do běžné řeči: vynucují mlčení. Současně uznávají a posilují potřebu expertů. Plastová slova jsou nástrojem k ovládání zdrojů a v rukou odborníků se sama zdroji stávají. Lze je navzájem volně kombinovat.

H. Doba a oblast šíření (Time and Place of Dissemination)

Jejich vědeckou autoritou zaštítěná objektivita a univerzálnost způsobují, že starší alternativy používané v běžném jazyce působí jako ideově zabarvené či zastaralé. Plastová slova představují specifický typ slov, která se objevují v každé historické éře, byť se jejich konkrétní podoba v průběhu času mění. Z hlediska teritoriálního výskytu nejsou plastová slova vázána na žádnou konkrétní oblast, jsou mezinárodní.

I. Vztah k dorozumívání beze slov (Connection to Making Oneself Understood without Words)

Plastová slova nelze objasnit ani nahradit tónem hlasu, pantomimou nebo gesty.

Na základě těchto charakteristik lze praktický dopad používání plastových slov nejvýrazněji rozpoznávat v následujících dvou oblastech, které jsou ale samozřejmě vzájemně propojeny:

1. Omezení jazykové rozmanitosti a konstrukce nové reality

Plastová slova, tím, že vytlačují svá synonyma a nahrazují přesnější, konkrétnější výrazy, omezují jazykovou rozmanitost, diverzitu. Tím se ale postupně oslabuje citlivost mluvčích vůči jazyku, a prostřednictvím jazyka se pak postupně posouvá obraz světa a jeho interpretace. Zmínili jsme už také, že plastová slova fungují jako stavební bloky – lze je vzájemně kombinovat a spojovat do zdánlivě smysluplných konstrukcí, čímž vznikají obrazy nových modelů reality.

Z hlediska popularity plastových slov je významnou okolností také fakt, že tato slova jsou vnímána jako odborná, potlačující rozměr laictví, za které se lidé obvykle stydí; fungují naopak jako atribut příslušnosti ke světu odborníků a jako příznak modernosti. Z toho vyplývá jejich společenská prestiž, která pak

oblibu a frekvenci jejich užívání dále zvyšuje. Dalším motivem k užívání plastových slov je pohodlnost: plastová slova umožňují jednoduchým a společensky akceptovatelným způsobem vytvořit iluzi konkrétní myšlenky.

2. Matematizace jazyka a uvažování

Pörksen v souvislosti s používáním plastových slov hovoří také o matematizaci vernakulárního prostoru, včetně jazyka – tuto proměnu vnímá mimo jiné jako predispozici k přijetí počítače (PÖRKSEN 1995, 91). Ostatně abstraktní a obecná povaha plastových slov v mnohém připomíná čísla; do prostoru kvalitativních fenoménů vnáší kvantitativní rozměr, umožňuje stírání individuálních specifik a vzájemných souvislostí, protože čísla zbavují uvažování citlivosti, umožňují převést komplikovaný a nepřehledný svět do přehledné a jednoznačné, jakkoli třeba umělé struktury.

Zjednodušení jazyka a jím popisovaného světa má samozřejmě různé důsledky: v již zmíněném pořadu stanice CBC Pörksen zmiňuje, kolik paralel s fungováním plastových slov zpětně nalezl v popisu *newspeaku* v Orwellově románu 1984, kde má ovšem simplifikace a oklešťování jazyka za zřejmý a primární účel společnost ovládat a manipulovat. Potenciál k manipulaci a ovládání nicméně může vznikat i tam, kde něco takového nebylo původně zamýšleno.

V další svého příspěvku, chci upozornit na posun, jejž v kontextu zdravotní péče doznalo užívání slov etika (etický) a paliativa (paliativní): jsem totiž přesvědčen, že oba tyto termíny dnes naplňují kritéria pro zařazení do okruhu plastových slov, a že vytvářejí novou realitu, která se v řadě ohledů vzdaluje původnímu přirozenému étosu medicínské péče.

Etika / etický

Etiku lze nejstručněji definovat jako filosofický obor, který se zabývá lidským jednáním z perspektivy dobra a zla – tedy vším, co se nějak vztahuje k mravním skutečnostem. Na tomto místě není účelné vypisovat a rozvádět jednotlivé druhy a charakteristiky etických disciplín, ani jejich filosofické pozadí a historický vývoj: postačí konstatovat, že etika není homogenním polem, ale oblastí, která podrobuje svému zkoumání velmi široké spektrum různorodých fenoménů, a že zahrnuje velké množství myšlenkových směrů a proudů, které jsou svými východisky, závěry i přístupy někdy zcela protichůdné a vzájemně nesmiřitelné.

Etika jako odborná disciplína ale z velké části krouží kolem otázek, které primárně nejsou záležitostí expertní, ale obecně lidskou. Dotýká se rozhodování v mravně dilematických situacích a ze své podstaty vstupuje do domény, která je sice formována i kulturním a společenským očekáváním, ale v posledku je záležitostí navýsost osobní a individuální. Takovéto rozhodování nevyžaduje odbornou kvalifikaci, je nevyhnutelnou součástí každé vědomé

lidské existence – a právě v individuálnosti spočívá jeho podstata. Etické dilema je dilematem pro konkrétního člověka v konkrétní situaci, je výzvou, která je mu jakoby „ušita na míru“ – v tom smyslu, že rezonuje s jeho dosavadní zkušeností, s jeho aktuální životní situací, s jeho názory a hodnotami, s jeho vnitřním nastavením, s jeho obavami; nelze ji vypárat z životního příběhu, do nějž je vetkána.

Etické rozhodování má někdy podobu skutečného hledání správného nebo toho nejlepšího možného řešení, někdy je ale spíše hledáním odvahy k rozhodnutí, které sice vnímáme jako správné a o jehož správnosti vnitřně nepochybujeme, ovšem jehož přijetí je současně nepohodlné, bolestné, nebezpečné nebo bezprostředně nevýhodné. Etické rozhodování je nicméně vždy charakterizováno něčím zneklidňujícím, něčím nepříjemným, obtížným – ať už je to nejistota, nepohodlí nebo strázeň jiného druhu. Troufám si říci, že tento aspekt je pro etické rozhodování klíčový: není-li přítomen, nejde v pravém slova smyslu o etické rozhodování, ale prostě o etické jednání.

Domnívám se, že právě tento aspekt je jedním z hlavních motivů rostoucího obecného zájmu o etiku: pokud by se totiž podařilo celý rozhodovací proces zjednoznačnit a algoritmizovat, byl by člověk zbaven těžkého břemene pochybností a improvizace. Oblast současné medicíny a zdravotní péče je na etická dilemata zvlášť bohatá – a i populární čtyři principy biomedicínské etiky, s nimiž v roce 1979 přišli Thomas L. Beauchamp a James F. Childress ve své knize *Principles of Biomedical Ethics* a jež v bioetických debatách stále dominují, jsou projevem snah citlivé a složité problémy nahlížet optikou alespoň relativně objektivních kritérií. Tato kritéria se ovšem velmi snadno dostávají do vzájemného střetu, takže z rozhodovacího procesu dilematičnost neodnímají, jen ji formalizují a zpřehledňují. Jedním z praktických důsledků principlismu – a těžko soudit, zda jde o důsledek zamýšlený, či nezamýšlený – pak je, že umožňuje argumentačně podložit a zdůvodnit i zcela protichůdná rozhodnutí; s trochou nadsázky lze říci, že principlismus nabízí nástroj, kterým lze při troše vynalézavosti obhájit takřka cokoli.

Vrátíme-li se, s vědomím právě řečeného, zpět k Pörksenovu konceptu plastových slov, je zřejmé, že slovo etika (etický) je na zařazení mezi tato slova ideálním kandidátem: má vazbu na expertní prostředí, užívá se často bez přesné denotace, zato s bohatým vějířem pozitivních konotací, má nesmírně široký záběr, který pokrývá mnoho různorodých situací, jež při použití slova etický není nutno podrobněji specifikovat a blíže vysvětlovat, funguje samo o sobě bez ohledu na kontext a historické kořeny, zdá se naplňovat nově identifikovanou potřebu, odkaz na etické ohledy vyzývá k akci, jakou by bylo těžké zpochybnit, je slovem moderním a módním, globálně rozšířeným, uznává a posiluje potřebu expertů, a slova etika či etický lze volně kombinovat s dalšími plastovými slovy, tedy zakomponovat je do rozmanitých dalších *struktur*, *projektů* a *procesů*.

Díky tomu všemu může slovo etický poskytnout dokonalé alibi prakticky čemukoli, co nějak souvisí s hodnotovým nebo mravním rozměrem, nebo do

Obsah

čeho chce mluvčí iluzi hodnotového nebo mravního rozměru vnést: může stejně tak ospravedlňovat odsudek nebo rozhořčení, jako obhajovat či zdůvodňovat čin, který se z pohledu selského rozumu a obecných zvyklostí může snadno jevit jako nemravný.

Paliativa / paliativní

Lze předpokládat, že má snaha zařadit slova paliativa / paliativní do kategorie plastových slov vzbudí nevoli a vyvolá polemiku, protože jejich plastifikace je ještě v relativně rané fázi a dosud z nich – alespoň v některých kruzích – zcela nevyprchala aura módní novosti.

Tak jako voda ve vědru nezamrzá naráz, ale po promrznutí vnějších ploch se v ní postupně vytvářejí trámovité struktury, z nichž potom tuhnutí pokračuje dál, je i vznik a rozšíření nového plastového slova postupným procesem, který různé vrstvy společnosti zasahuje v různém čase a s různou intenzitou.

Před případnou kritikou je navíc třeba mít na paměti, že zejména v odborné komunikaci, ale samozřejmě nejen v ní, si i plastové slovo může uchovávat svůj konkrétní denotační význam a být v něm plnohodnotně používáno; zařazení nějakého termínu mezi plastová slova ještě neznamená jeho automatickou a paušální diskvalifikaci. To, co činí nějaké slovo plastovým, je především jeho výskyt a specifický způsob rozšířeného používání ve veřejném diskursu. Chci-li ukázat slova paliativa / paliativní ve funkci plastových slov, musí být má argumentace podrobnější a obšírnější, než byla v případě slov etika / etický.

Slovo paliativní je spojeno s těžkým tématem konce života – s tématem, o němž většina lidí nerada podrobněji uvažuje, zejména ve vztahu k sobě a svým blízkým. Pohodlí širokého pojmu, který nevyžaduje bližší elaboraci, je tedy v tomto případě o jeden rozměr bohatší. Slovo paliativní začalo svou cestu mezi plastická slova pozvolna; potenciál, jakým v tomto směru disponuje, začal být zřejmý v konfrontaci s pojmem hospicové péče.

Mezi péčí paliativní a péčí hospicovou dnes existuje řada rozdílů, za připomenutí ale stojí, že kanadský lékař Balfour Mount, který spojení *paliativní péče* do medicíny vnesl, nebyl motivován snahou tento typ péče od péče hospicové nějak obsahově odlišit; důvod, který ho k použití nového termínu vedl, nebyl koncepční, ale jazykový: v kanadském prostředí, kam se inspirován kontaktem se zakladatelkou moderní hospicové péče Cicely Saundersovou po stáži v jejím Hospici sv. Kryštofa vrátil, totiž slovo *hospice* označovalo běžný domov pro seniory.

Jedním z důvodů, proč výrazy *paliativní* a *hospicový* přestaly být synonymy, a termín paliativní nabyl širšího a obecnějšího významu, je patrně fakt, že slovo hospic bylo od počátku příliš konotačně svázáno s křesťanskou tradicí. Se spojením paliativní péče se podobné asociace nepojily; díky své neutrálnosti byl tento pojem sekularizovanou společností snáze přijímán a dále ideově

rozvíjen, byl otevřený přijímání dalších konotačních významů, které neodkazovaly na nic potenciálně transcendentního, ale souvisely jen s faktickou péčí v konci života: dnes tak slovo paliativní funguje jako široké synonymum pro péči o umírajícího člověka. Je spojeno s pozitivními konotacemi a často reálně neodkazuje na žádný konkrétní postup, který je součástí paliativní péče v konkrétním, neplastovém smyslu.

Obsahový záběr slova paliativní je velmi široký, v běžném užívání pohltil slova vyjadřující konkrétní dílčí prvky péče i slova, která dříve fungovala jako částečné výrazové alternativy. Slovo paliativní už také dnes v běžném použití není třeba jakkoli dále rozvádět: funguje nezávisle na kontextu a je oproštěno od ukotvení v konkrétních historických souvislostech.

Velmi zajímavý je v případě paliativní péče ten aspekt plastových slov, který spočívá ve *vyvolávání dojmu, že vyplňují nějakou mezeru a uspokojují potřebu, která dosud neexistovala*. (PÖRKSEN 1995, 102) Péče o umírající byla součástí medicíny odedávna, byť se její podoba během let měnila. Ivan Illich ve svém textu *Death Undefeated* – text byl publikován v roce 1995 jako úvodník jednoho z čísel British Medical Journal – připomíná, že v galénské tradici byli lékaři školeni k tomu, aby dokázali rozpoznat, kdy se jejich pacient ocitl na prahu smrti, a tou pravou službou, kterou v takové chvíli pacientovi poskytli, bylo, že ustoupili stranou a nebránili jeho „dobré smrti“. (ILLICH 1995, 2) Elisabeth Kübler-Rossová, která na konci šedesátých letech kritizovala způsob, jakým nemocnice přistupují k pacientům v závěru života a napomohla svou prací tomu, aby se zdravotníci a další pečující profesionálové přestali umírajícím pacientům vyhýbat, byla současně proti tomu, aby vznikala samostatná specializace zaměřená na umírání – podle ní měla být péče o člověka na konci životní cesty přirozenou součástí normální medicíny: to, co se s přiblížením smrti mělo změnit, byl jen přístup, ne vlastní podstata péče (KÜBLER-ROSS 2015, 31).

Illichova kritika moderní medicínské péče, formulovaná v roce 1975 v jeho knize *Limits to Medicine*, kde použil i spojení *medikalizace smrti*, se postupem času dále proměnila: jedním z klíčových pojmů, s nimiž v již zmíněném textu *Death Undefeated* z roku 1995 pracuje, je termín *embodiment* (ztělesnění, vtělení) vs. *disembodiment* (odtělesnění).

Slova *embodiment* Illich užívá v souvislosti se schopností člověka „zemřít vlastní smrtí“ (ILLICH 1995, 3), tedy se schopností vnímat a prožívat vlastní smrt jako jedinečnou, k sobě vztaženou individuální událost, jako událost mající osobní rozměr a význam (The ability to die one's own death depends on the depth of one's embodiment.) Dichotomie *embodiment /disembodiment* se ovšem nevztahuje primárně ke smrti – ta v tomto případě slouží jen jako jakési nejzazší měřítko autenticity, neboť je okamžikem konce, kdy tělo přestává fungovat a jeho pozemská role se uzavírá –, ale obecně ke způsobu, jakým člověk během života své tělo vnímá, jak se k němu vztahuje.

Embodiment označuje individuální, subjektivní intimní vztah s vlastním tělem, stav, kdy člověk s vlastním tělem vede neustálý vnitřní dialog, kdy se svým

Obsah

tělem identifikuje jako s prostředkem, který mu umožňuje putovat pozemským světem a fungovat v něm, kdy své tělo přijímá se všemi jeho specifiky a idiosynkraziemi, ať vrozenými nebo získanými časem, a rozumí mu způsobem, jakým mu nikdo jiný rozumět nemůže.

Zčásti se tu nabízí paralela s „bratrem oslem“ sv. Františka, která ovšem do nahlížení na vztah člověka k vlastnímu tělu vnáší ještě další rozměr: rozměr věčnosti, poslušnosti a vděku. *Frate asino* sloužil jen na dílčím úseku cesty, která i po rozloučení s ním nezpochybnitelně pokračovala dále, a jeho role nebyla podceňována, ale ani příliš vyvyšována; jeho postavení bylo podřízené a bylo třeba držet jej zkrátka.

Slovem *disembodiment* pak není míněno to, že by si člověk snad přestával uvědomovat svou tělesnost, ale to, že ji ve stále větší míře začíná pojímat neindividuálně, genericky, zvenčí, prostřednictvím objektivizovaných kategorií popisujících různé aspekty fyzického fungování. Tělo v takovémto pojetí pak už není nedělitelným celkem, ale je nahlíženo jako obecný systém – a to systém tak komplikovaný, že přestává dávat individuální smysl a ve většině svých aspektů se stává doménou odborníků. Jedním z důsledků takového náhledu je pocit nekompetentnosti vůči vlastnímu tělu, stále silnější spoléhání na doporučení odborníků a vznik závislosti na názoru a vůli externí autority.

Je zřejmé, že koncept *disembodimentu* silně rezonuje s filosofií plastových slov, včetně plastového užívání termínu paliativní. Rozkrytí postupující plastifikace termínu paliativní péče je ovšem komplikováno skutečností, že je toto slovo užíváno v kontextu rétoriky, která pracuje s popisem problémů (necitlivost, nerespektování individuálního prostoru) a působí mylným dojmem, že pojmenování současně znamená řešení.

S plastovým pojetím konceptu paliativní péče souvisí samo obecné nahlížení na konec života – jeho veřejný obraz, který je často rámován narativem boje proti „tabuizovanému“ tématu smrti a umírání. Téma smrti a umírání ve veřejném prostoru ale už dávno žádným tabu není; stalo se naopak tématem módním a ti, kdo se mu věnují, jsou často vyzdvihováni a adorováni – což je ale svým způsobem příznakem a projevem toho, že skutečné individuální, vnitřní, osobní tabu nebylo odstraněno, ale substituováno nebo vytěsněno: jako společnost dnes jen máme někoho, koho stavíme mezi sebe a smrt, koho předsouváme jako experta, který umí řešit problémy spojené s koncem života a který tyto problémy, až v našem životě nastanou, bude profesionálně řešit za nás. Smrt je prostřednictvím těchto zástupných bojovníků implicitně prezentována jako něco běžného, samozřejmého a přijatelného. A také je jimi – ve shodě s tím, jak to formuluje Illich v textu *Death Undefeated* – pojímána jako v zásadě neutrální systémová záležitost, ne jako nejhlubší, intimní osobní událost a výzva.

Smrt se tak normalizuje, aniž se jí ovšem explicitně přiznává nějaký transcendentní význam; soustředíme se na ni jako na jev, jako na v podstatě technickou událost, řešíme ji z pohledu dopadu na rodinu a pozůstalé obecně,

z perspektivy toho, co je třeba zařídit a udělat, aby sociální okolí umírajícího či již zemřelého mohlo dál fungovat, ale tím vlastně jen odvádíme pozornost od hluboké a tajemné podstaty k technikáliím.

Situaci ovšem komplikuje to, že používaný slovník této povrchní a technikalizované perspektivě neodpovídá, že naopak imituje jemnost a pochopení a respekt před tajemstvím. Používaný narativ také sugeruje, že otázka výkladu toho, co smrt v kontextu individuální i kolektivní lidské existence znamená – což je vlastně zamaskovaná otázka po smyslu lidského života – je subjektivní záležitostí každého jedince, věcí jeho úsudku a názoru, což je ale de facto – a mimo jiné – rezignací na obecně sdílenou smysluplnou naději, která je bytostnou součástí každé lidské kultury.

Kultura v zásadě vždy funguje jako společný interpretační rámec, který světu a životním událostem a okolnostem dává smysl. Ve své knize *Limits to Medicine*, která poprvé vyšla už v roce 1975, Illich jasnozřivě popisuje proces společenské proměny, která právě k výše zmíněné rezignaci vede. Hovoří v této souvislosti o postupné transformaci kultury, jež je spjata s přesažným významem, v kosmopolitní medicínskou civilizaci, redukující hluboké osobní výzvy na izolované a technicky pojímané problémy:

„Když kosmopolitní medicínská civilizace kolonizuje jakoukoliv kulturu, transformuje její prožívání bolesti. Tentýž nervový podnět, který nazveme „pocitem bolesti", může vyústit v prožitek jiného druhu, což závisí nejen na osobnosti daného jednotlivce, ale také na kultuře, v níž žije. Tento prožitek – jako něco, co se od zmíněného „pocitu bolesti" zřetelně odlišuje – souvisí se specificky lidským fenoménem zvaným utrpení. Medicinalizované společnosti se snaží měnit bolest v technickou záležitost, a tím utrpení připravují o jeho nedílný osobní význam a smysl. Lidé se odnaučují přijímat utrpení jako nevyhnutelnou součást vědomého zvládání reality, a učí se naopak každou bolístku interpretovat jako signál toho, že potřebují pomoc a péči. Tradiční kultury čelí bolesti, postižení a smrti tak, že je interpretují jako výzvu, která po jednotlivci prožívajícím nějakou z těchto zátěžových situací vyžaduje individuální reakci, individuální odpověď; medicínská civilizace zátěžové situace mění v požadavky, které jednotlivci kladou ekonomickému systému, mění je v technické problémy, které tento systém dokáže zvládnout nebo jejichž existenci umí potlačit. Kultura je systémem založeným na smyslu, je komplexem významů; kosmopolitní civilizace je naproti tomu systémem technik. Kultura činí bolest přijatelnou tím, že ji začlení do kontextu, jenž dává smysl; kosmopolitní civilizace odděluje bolest – ve snaze ji zničit – od jakéhokoliv subjektivního či interpersonálního kontextu. Kultura činí bolest přijatelnou tím, že nachází smysl v její nezbytnosti; jedině bolest vnímaná jako léčitelná je nepřijatelná."
(ILLICH 2012, 95, s korekcí dle anglického vydání ILLICH 1990, 140)

Zbývající charakteristiky plastových slov ve vztahu k výrazům paliativa / paliativní už nijak problematické nejsou. Žádný odpor jistě nevyvolá konstatování, že silný emoční náboj slova paliativní „vyžaduje akci" a

Obsah

„usnadňuje dosažení konsensu“, nebo že uznává a vyžaduje roli odborníků, nijak sporné už nejsou ani ostatní dříve zmíněné parametry, které jsou pro plastová slova příznačné.

Na závěr

Záměrem mého textu je zcitlivět čtenáře vůči ne vždy zřejmým tendencím, které ovšem výrazně ovlivňují a utvářejí naši současnou realitu. Proti plastovým slovům a tomu, co v našem životě působí, dnes už neexistuje žádná systémová obrana – na to, abychom se jich jako společnost dokázali vzdát, je navíc jejich používání až příliš pohodlné. Individuální obrana ale možná je: kritickým myšlením a užíváním přesné a jasné řeči. Neboť vztah mezi jazykem a světem je oboustranně formativní.

Jiří Královec, 28. 2. 2026

Do redakce přišlo 3. 3 2026
K tisku zařazeno 15. 6. 2026
Konflikt zájmů není znám.

LITERATURA:

CAYLEY, David. Plastic words [přepis rozhlasového pořadu]. IDEAS. Canadian Broadcasting Corporation, 4. 2. 1993. ID 9333. Dostupné z: https://www.davidcayley.com/s/Plastic_Words.pdf.

ILLICH, Ivan. Death undefeated. BMJ. 1995, roč. 311, č. 7021, s. 1652–1653. ISSN 0959-8138. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/bmj.311.7021.1652.

ILLICH, Ivan. Limits to medicine: medical nemesis: the expropriation of health. London : Penguin Books, 1990. ISBN 0-14-013615-0.

ILLICH, Ivan. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012. ISBN 978-80-87171-26-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

PÖRKSEN, Uwe. Plastic words: the tyranny of a modular language. Přel. Jutta Mason a David Cayley. University Park, Pa.: Pennsylvania State University Press, 1995. ISBN 0-271-01476-8.

Informace o autorovi, kontakt

Mgr. Jiří Královec, DiS., DiS.

Studoval anglistiku a bohemistiku na FF UK, absolvoval obor Diplomovaná všeobecná sestra na VZŠ v Plzni a sociální práci na VOŠ Caritas a na Cyrilometodějské teologické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Na Katolické teologické fakultě UK v Praze vystudoval obor Aplikovaná etika, témuž oboru se nyní věnuje v rámci doktorského programu na Fakultě humanitních studií UK. Překládá z angličtiny, se svou ženou Markétou spoluzaložil Nadační fond Klíček, který od roku 1991 poskytuje praktickou podporu rodinám s vážně nemocnými a hospitalizovanými dětmi a rodinám pozůstalým a od roku 2004 provozuje nezdravotnickou část dětského hospice v Malejovicích.

Kontakt:

Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Pátkova 2137/5, 182 00 Praha 8
Telefon: 603 204 109
E-mail: jiri@klicek.org



Obsah

Úvahy, eseje



4. účastníci konference EAPM 2026

Martin Seifert: Setkání, které léčí

Praktický lékař, psychosomatický pacient a odkaz Jiřího Šimka

Úvod

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. (1944–2025) patřil k osobnostem, které na počátku devadesátých let pomáhaly utvářet výrazný humanitní a etický profil 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. V roce 1990 spolu s profesorkou Helenou Haškovcovou založil na tehdejší 3. lékařské fakultě UK Ústav lékařské etiky, jehož se stal dlouholetým přednostou, a v roce 1993 se habilitoval v oboru lékařská etika. Ve své pedagogické a odborné práci propojoval zkušenost internisty, psychiatra, psychoterapeuta a psychosomaticky orientovaného lékaře s filozofickou a etickou reflexí medicíny. Lékařskou etiku nepředstavoval jako okrajovou teorii nebo soubor abstraktních pravidel, ale jako živou součást klinického rozhodování, vztahu k nemocnému a profesní identity lékaře. Tím ovlivnil několik generací studentů a významně přispěl k tomu, že humanitní rozměr medicíny získal na 3. LF UK pevné a respektované místo.

Docenta Šimka jsem potkával nejdříve jako učitele etiky na IPVZ. Tenkrát jsem mu moc nerozuměl. Táta se s ním setkával na jednání etické komise Ministerstva zdravotnictví, které docent Šimek předsedal, a mluvil o něm vždy moc pěkně a s úctou. Když jsem se začal věnovat psychosomatice, setkával jsem se s Jiřím Šimkem častěji na kurzech, psychosomatických konferencích v Liberci, v Dobřichovicích (kde byl jednou i nadšeným účastníkem mého workshopu) a na těch čejenských, které si docent Šimek užíval, protože tam bylo dost prostor na diskuse o hlubokých tématech. A ty on miloval. Dvakrát jsem s ním spolupracoval na tvorbě doporučeného postupu, resp. byl nám s radostí moudrým oponentem. Snažil se mi pomáhat, když jsem hledal svou cestu k psychosomatickému výzkumu. Nejvíce jsme se však sblížili v Přešticích na prvním Setkání psychosomatických lékařů v roce 2023. Užili jsme si spolu exkurzi po zámeckém sídle Josefa Hlávky v Lužanech a následnou procházku po zámeckém parku, kde jsme si nechali pořídit i naši jedinou společnou fotku. Na druhém Setkání psychosomatických lékařů v Přešticích v říjnu 2025 měl být docent Šimek opět hlavním hostem celé akce a dlouho si pro tuto příležitost připravoval právě příběh Josefa Hlávky jako psychosomatického pacienta. Už nám ho bohužel sám nevysvětlil. Já jsem si pro toto odborné setkání připravil téma, o kterém vám nyní napíšu. Moc jsem se těšil, co mi na to řekne stále moudře usměvavý docent Šimek. Nebyl jsem jeho blízkým spolupracovníkem ani žákem v úzkém slova smyslu, přesto ve mně jeho osobnost zanechala hlubokou stopu. Čím více jsem ho poznával, tím více jsem ho měl rád. Působil na mě svou bystrostí, vzdělaností a schopností přesně pojmenovat podstatné věci. Ještě silněji však na mě působila jeho zralá moudrost, etický přístup, tolerance a otevřené srdce pro druhé.

V odborném prostředí není samozřejmé spojit intelektuální přesnost s laskavostí. Někdy se zdá, že jasné myšlení vede k tvrdosti, odbornost k odstupu a etická stanoviska k moralizování. U docenta Šimka jsem vnímal něco jiného: schopnost zůstat otevřený, přemýšlivý a lidský. Právě tato kvalita se mi dnes zdá mimořádně důležitá pro psychosomatickou medicínu.

Jako praktický lékař a specialista psychosomatické medicíny se stále více zabývám otázkou, co se vlastně děje při setkání lékaře a pacienta. Psychosomatika bývá někdy zjednodušeně chápána jako hledání psychických příčin tělesných obtíží. Takové pojetí může být užitečné, ale také nebezpečně úzké. Psychosomatická medicína podle mé zkušenosti není pouze metodou vysvětlování symptomů. Je především způsobem setkání s člověkem, který trpí. A právě v tomto setkání se může otevřít možnost proměny — nejen pro pacienta, ale i pro lékaře.

Praktický lékař uprostřed pacientova života

Praktický lékař má v péči o psychosomatické pacienty zvláštní postavení. Je často prvním odborníkem, kterému pacient své obtíže svěří. Zároveň bývá tím, kdo pacienta zná dlouhodobě, někdy v kontextu celé rodiny, práce, životních

Obsah

krizí i opakovaných návštěv. Na rozdíl od specialisty, který se zaměřuje na určitý orgánový systém nebo jasně vymezenou diagnózu, praktický lékař často vidí, jak se nemoc postupně vplétá do životního příběhu pacienta i celé jeho rodiny.

Pacient s psychosomatickými nebo funkčními tělesnými obtížemi nepřichází jen se symptomem. Přichází s nejistotou, obavou, někdy studem nebo zklamáním. Často má za sebou opakovaná vyšetření, jejichž výsledky neodpovídají intenzitě jeho utrpení. Věta „všechno je v pořádku“ pro něj nemusí být uklidňující. Může znít jako zpochybnění. Pacient ví, že v pořádku není — jinak by nepřicházel.

Právě zde se ukazuje význam vztahu. Lékař musí na jedné straně zůstat diagnosticky bdělý a nepřehlédnout závažné somatické onemocnění. Na druhé straně by neměl pacienta uvěznit v nekonečné sérii vyšetření, která potvrzují jeho strach a oddalují porozumění. Psychosomatický přístup můžeme uvést například takto: „Naprosto vám věřím, jak jsou pro vás vaše obtíže nepříjemné a zatěžující. Pojďme společně prozkoumat, s čím by mohly souviset a jaké místo nebo význam mohou mít ve vašem životním příběhu.“

Takové sdělení není trikem ani komunikační technikou. Je výrazem postoje. Pacient není redukován ani na porouchané tělo, ani na „psychický problém“. Zůstává celým člověkem, jehož tělesné, duševní, sociální a spirituální dimenze nelze od sebe jednoduše oddělit.

Setkání jako léčivý prostor

V medicíně jsme zvyklí chápat setkání lékaře a pacienta především jako prostředek k cíli: odebrat anamnézu, stanovit diagnózu, předepsat léčbu, poslat na vyšetření. V psychosomatické péči se však samo setkání stává součástí léčby. Ne proto, že by nahradilo odbornou diagnostiku, psychoterapii nebo farmakoterapii. Ale proto, že umožňuje pacientovi zažít něco, co v jeho předchozí cestě zdravotnictvím mohlo chybět: přijetí, respekt, srozumitelnost a možnost společně hledat smysl.

Tato léčivost vztahu byla v medicíně opakovaně popisována. Balint mluvil o lékaři samotném jako o „léku“, což neznamená všemocnost lékaře, ale odpovědnost za způsob, jakým vstupuje do vztahu. Engelův biopsychosociální model připomněl, že nemoc nelze redukovat pouze na biologickou poruchu. Cassell zdůraznil, že utrpení se týká osoby, nikoli jen těla. A současné přístupy k funkčním a přetrvávajícím tělesným symptomům ukazují, že pro pacienty je zásadní srozumitelné vysvětlení, kontinuita péče, bezpečný vztah a spolupráce napříč odbornostmi.

I můj kvalitativní výzkum, založený na rozhovorech s pacienty s přetrvávajícími tělesnými symptomy, ukazuje, že tito pacienti potřebují zažít, že někdo vnímá jejich příběh jako celek: bere příznaky vážně, zachovává kontinuitu, koordinuje další kroky, otevřeně se vyrovnává s nejistotou a nabízí psychosomatické porozumění jako součást péče, nikoli jako znevažující nálepku.

V této souvislosti je pro mě důležitou inspirací kniha Sakiho Santorelliho *Neodvracej pohled*. Její název chápu téměř jako výzvu pro lékařskou praxi: neodvracet pohled od utrpení pacienta, ale také neodvracet pohled od toho, co se v tomto setkání probouzí v nás samotných. Santorelli připomíná léčivou sílu všímavosti v medicíně nikoli jako techniku, kterou lékař používá na pacienta, ale jako způsob přítomnosti. Lékař se učí být v kontaktu s pacientem, s jeho bolestí, nejistotou a strachem, a současně zůstávat v kontaktu i se sebou — se svou bezmocí, netrpělivostí, soucitem i vlastní zranitelností.

Jako praktický lékař vnímám, že psychosomatická konzultace často nezačíná interpretací, ale trpělivým naslouchánímm. Pacient nepotřebuje nejprve slyšet, co jeho příznak znamená. Potřebuje zažít, že jeho zkušenost není odmítnuta. Teprve potom může vzniknout prostor pro otázky: Kdy obtíže začaly? Co se tehdy v životě dělo? Co potíže zhoršuje a co ulevuje? Čeho se pacient nejvíce obává? Co mu tělo možná brání dělat — a k čemu ho možná zve?

Tyto otázky nemají pacienta usvědčit, že si nemoc „dělá sám“. Naopak mu mohou pomoci získat zpět vztah k vlastnímu tělu. Tělo pak přestává být nepřítelem nebo záhadným porouchaným mechanismem. Může se stát zdrojem informace, signálem hranic, někdy i výzvou ke změně.

Psychospirituální rozměr nemoci a péče

Zajímá mě setkání lékaře s pacientem jako příležitost pro psychospirituální rozvoj obou. Slovo psychospirituální zde nepoužívám nutně v náboženském smyslu. Mám na mysli oblast smyslu, hodnot, vztahu k sobě, k druhým, k tělu, k utrpení a k životnímu směřování.

Nemoc člověka často zastavuje. Bere mu samozřejmost, s níž dosud žil. Přináší otázky, které v běžném provozu nemají prostor: Co je pro mě opravdu důležité? Kde dlouhodobě překračuji své hranice? Jak zacházím se svým tělem? Jaké vztahy mě živí a jaké mě vyčerpávají? Co už ve svém životě nemohu nebo nechci dělat stejným způsobem?

Je však nutné zachovat velkou pokoru. Nemoc nesmíme romantizovat. Utrpení samo o sobě nezušlechťuje. Může člověka také zlomit, izolovat, naplnit ho strachem nebo hořkostí. Psychospirituální růst není povinností pacienta ani důkazem, že „dobře zvládl“ svou nemoc. Je to možnost, která se někdy otevírá. Lékař ji nemá vnucovat, ale může ji citlivě doprovázet.

Podobná proměna se může odehrávat i na straně lékaře. Psychosomatický pacient je pro lékaře často náročný. Jeho obtíže nejsou přehledné, léčba

Obsah

nebývá rychlá, návštěvy se opakují. Lékař může prožívat bezmoc, podráždění nebo únavu. Právě zde se otevírá prostor pro vlastní profesní i lidský růst. Pacient, kterého neumíme rychle „vyřešit“, nás učí pokoře. Pacient, který se bojí, nás učí zacházet opatrně se slovy. Pacient, který odmítá psychosomatické vysvětlení, nás učí, že pravda bez vztahu často neléčí. Pacient, který se opakovaně vrací, nás učí hranicím, trpělivosti a věrnosti.

Sem patří také starý mýtus o zraněném léčiteli. Postava Chiróna, moudrého kentaura a učitele lékařů, který sám nese nezhojitelnou ránu, připomíná paradox pomáhajících profesí: lékař neléčí navzdory své zranitelnosti, ale někdy právě skrze vědomý a pokorný vztah k ní. V moderní psychologii a medicíně se obraz „wounded healer“ stal připomínkou, že vlastní zkušenost křehkosti, bolesti nebo bezmoci může lékaře učinit citlivějším k utrpení druhých — pokud je reflektovaná, integrovaná a nepřenášená nevědomě na pacienta.

Tento motiv je pro psychosomatiku mimořádně důležitý. Lékař nemůže stát mimo lidskou zranitelnost jako nezúčastněný expert. I on má tělo, vlastní hranice, únavu, strachy, ztráty a rány. Pokud je popírá, může se chránit odstupem, ironií, technicismem nebo potřebou mít vše pod kontrolou. Pokud je však dokáže reflektovat, mohou se stát zdrojem empatie, pokory a pravdivější přítomnosti. Zraněný léčitel není ten, kdo pacienta zatěžuje svým příběhem. Je to ten, kdo díky vědomí vlastní zranitelnosti lépe rozumí tomu, že léčení není moc nad druhým, ale účast na společném lidském bytí.

Výuka psychosomatiky

Při výuce psychosomatiky si stále více uvědomuji, že studentům a lékařům nestačí předat pouze seznam diagnóz, model stresové reakce nebo komunikační doporučení. To vše je důležité, ale nestačí. Psychosomatika se učí také kultivací vnitřního postoje.

Patří sem schopnost vnímat vlastní reakce na pacienta. Kdy se ve mně objevuje netrpělivost? Kdy chci pacienta rychle uklidnit, protože sám nesnáším nejistotu? Kdy se bráním jeho utrpení tím, že ho zlehčím nebo předám jinam? Kdy se naopak nechám vtáhnout do bezhraniční pomoci, která nakonec vyčerpává mě i pacienta?

Výuka psychosomatiky by proto měla zahrnovat nejen teorii, ale i reflexi. Měla by vést k tomu, aby se lékař dokázal ptát nejen „co má pacient za nemoc“, ale také „co se mezi námi děje“ a „kým se stávám, když o tohoto pacienta pečuji“. Právě tato otázka mi připomíná docenta Jiřího Šimka. V jeho přítomnosti jsem vnímal, že etika není okrajovou kapitolou medicíny, ale jejím středem. Že tolerance není slabost a otevřené srdce není sentimentalita. Je to odborná i lidská kvalita.

Závěr

Na docenta Jiřího Šimka vzpomínám jako na člověka, který dokázal spojit bystrost s moudrostí, etiku s lidskostí a odbornost s otevřeností. Nechci za něj mluvit, ale věřím, že téma setkání lékaře a pacienta jako prostoru psychospirituálního rozvoje by ho zajímalo.

Psychosomatická medicína podle mé zkušenosti připomíná, že léčení není jen odstranění příznaku. Je to také obnovení vztahu: vztahu k tělu, k sobě, k druhým lidem a někdy i k hlubšímu smyslu života. Praktický lékař se v tomto prostoru pohybuje mimořádně blízko pacientovu každodennímu životu. Může být svědkem, průvodcem i tím, kdo chrání pacienta před redukcí — ať už čistě biologickou, nebo zjednodušeně psychologickou.

Možná právě zde leží jeden z důležitých odkazů Jiřího Šimka pro psychosomatiku: připomínka, že medicína je nejen věda a praxe, ale také způsob, jak být s druhým člověkem. A že skutečné setkání může léčit oba — pacienta i lékaře.

Literatura

Balint, M. (1957). *The Doctor, His Patient and the Illness*. London: Pitman Medical Publishing.

Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine, 306*(11), 639–645. https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104

Daneault, S. (2008). The wounded healer: Can this idea be of use to family physicians? *Canadian Family Physician, 54*(9), 1218–1219, 1223–1225.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Löwe, B., Toussaint, A., Rosmalen, J. G. M., et al. (2024). Persistent physical symptoms: definition, genesis, and management. *The Lancet, 403*(10444), 2649–2662. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00623-8

Santorelli, S. (2021). *Neodvracej pohled: Léčivá síla mindfulness*. Praha: Alferia.

Seifert, M., & Šebela, A. (2022). Pacienti s medicínsky nevysvětlenými příznaky v ordinaci praktického lékaře. *Praktický lékař, 102*(3), 103–121.

Obsah

Seifert, M., Sebela, A., & Olde Hartman, T. (2025). Perceptions, approaches, and needs of Czech GPs in the management of patients with persistent somatic symptoms: the results of a nationwide cross-sectional survey. *BMC Primary Care, 26, 79*. https://doi.org/10.1186/s12875-025-02768-3

Seifert, M., Chromá A., Kabát J., Hartman T. O. (2026). Role of the general practitioner in persistent somatic symptoms: A reflexive thematic analysis of patients' perceptions, experiences, and expectations. *Journal of Psychosomatic Research*, 207, Supplement, 112825, ISSN 0022-3999. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2026.112825

Šimek, J. (2015). *Lékařská etika*. Praha: Grada.

Martin Seifert
martin.seifert@lf3.cuni.cz
Kabinet praktického lékařství 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Do redakce přišlo 23.7.2026
K tisku zařazeno 1.9.2026
Konflikt zájmů není znám

JAN PONĚŠICKÝ: SPOJENÍ, SEPARACE A SEBEOHRANIČENÍ VE VZTAZÍCH, VÝZNAM PRO PSYCHOSOMATIKU



V dnešní době, kdy je člověk vystaven přílivu informací v rychle se měnícím světě, charakterizovaném nejistotou a strachem z budoucnosti, jsou lidé snadno manipulovatelní. Mnozí se dokonce sami přizpůsobují tím, že se identifikují s poptávkou, jací mají být, jaké mají zastávat názory, jak jít s dobou a módou; jde o jakousi sebeoptimalizaci.

Částečná ztráta sebeohraničení bývá i aktuálním problémem mnoha psychoterapeutů, kteří se jednostranně identifikují se svými pacienty (konkordantní protipřenos), čímž berou o to méně v úvahu komplementární protipřenos, totiž vztahovou zkušenost, jak působí pacient ve vztahu na své okolí.

Pakliže, ať chtěně či nechtěně, do nás něco pronikne, protože jsme na to nereagovali, je třeba to opět vrátit do terapeutické interakce tak, aby to oběma stranám prospělo. Ono sebeohraničení, o kterém budu mluvit, není žádná statická hranice, nýbrž dynamický proces stálého kognitivního i emocionálního reagování. Reagování na vše, co na nás působí je i nejlepší prevencí psychosomatických onemocnění, je to důležitý prvek resilience.

Tvorba osobnostních hranic, sebeohraničení je prvým úkolem narozeného dítěte nutným k přežití. Na počátku života, ještě v lůně matky, se nachází dítě v symbiotickém spojení a ve stadiu růstu, zrání. Během porodu nastává

Obsah

separace, dítě je vrženo do světa, a prvým zážitkem se stává frustrace a závislost na tom, zda přijde nyní z okolního světa to, co předtím dostávalo k životu automaticky. Není to zvláštní, že prvý krok do života na zemi je spojen s opuštěním, s násilnou separací a zážitkem světa coby ohrožení? Vyhnání z ráje. A je hlavní lidskou motivací nastolení opětné jistoty a harmonie? Je i není. Ta separace, odstup od okolí, tzv. celoobjektní vztah a nikoli jednota, je podmínkou přežití, tudíž existenciální motivací, neboť vše, co dítě potřebuje. se nachází mimo něj. To jsou v prvé řadě lidi, kteří mu to potřebné zprostředkují, či jej naopak ohrožují. Proto si musí narozené dítě vytvářet jakousi semipermeabilní membránu, která přijímá to, co je životodárné, a odmítá to, co škodí. Učí se tomu od matky, která funguje jako mateřský štít, modulátor a překladatel působení okolí na své dítě i jako zprostředkovatel porozumění jeho reakcí tak, aby mohlo vše zvládnout.

Dle mého názoru není tudíž obecným konstituujícím prvkem lidského života ani porodní trauma (O. Rank, S. Grof), ani pozdější pudový vývoj s orální, análně destruktivní a oidipální fází, nýbrž zkušenost separace. Ta má za následek vznik stavu bezmoci spojený s úzkostí a frustrační zlobou. Samozřejmě aktivuje tato ztráta původní symbiotické jistoty snahu jí opět dosáhnout. Ta původní vrženost do světa, resp. úzkost, se stala i vůdčím tématem mnohých filozofů a filozofujících psychoanalytiků. U každého člověka nastane dříve nebo později situace, která toto trauma reaktivuje, bezmoc, vydanost na pospas.

Při bližším zkoumání se tudíž ukazuje, že je během poporodní separace nutná tvorba polopropustného a flexibilního sebeohraničení, s postupnou schopností rozpoznat, čemu se člověk otevře, co je „výživné“ a čemu se spíše uzavře, neboť by mu to mohlo uškodit. Zde se psychologie dotýká biologie, totiž funkce semipermeabilní membrány buněk, která je k jejich přežití nezbytnější nežli jejich jádra. Ohraničení udržuje stálost vnitřního prostředí, což znamená, že se buňka – analogicky člověk – musí bránit s okolím splynout, musí udržovat a snášet ono napětí mezi vnějškem a vnitřkem a obhájit specifitu a stabilitu vlastní osobnosti. V extrémním případě, u schizofrenie, se pacient pod vlivem nezpracovatelné situace této práce vzdá (často v pro něj nepochopitelné double bind situaci), dochází k fúzi vnějšku a vnitřku, ztrátě vlastní identity. Samozřejmě k tomu přispívá i regrese do této nerozlišnosti, přání po destrukturalizaci (Poněšický 2025), a naopak nás před tím chrání vrozená vývojová tendence s tvorbou dostatečně pevné osobnostní identity (Poněšický 2026). Depresivní pacient sice na tuto funkci zachování vlastní osobnosti pod tlakem okolí rezignuje, ale stačí se mu přizpůsobit, nechaje si svou osobnost pod tímto tlakem či očekáváním, jakým má být, deformovat, jen aby dosáhl láskyplnosti či uznání od okolí. Vytváří si novou osobnost („falešné já“) identifikací s očekáváním okolí, tj. extrémním přizpůsobením, čímž se vyhne konfliktu. Narcista na rozdíl od depresivního pacienta aktivně odmítá sebeohraničení, oddávaje se iluzi všemohoucnosti a všemocnosti.

Na druhé straně by rigidní sebeohraničení bylo opačným extrémem. Optimálně jde o jáskou funkci flexibilního ohraničení, o tvorbu reprezentace

vlastní osobnosti (Self) oddělené od reprezentace okolních objektů, a přesto v dialogu s nimi, jak to zdůrazňuje současná psychoanalýza. Bez ní se osobnost vytrácí, splývá s okolím podobně, jako se buňka bez své membrány rozpouští.

I v této úvaze je zřejmé, že patří separace ruku v ruce s tvorbou ohraničení k základní podmínce žití, a jejímu vytváření a udržování napomáhá pud sebezáchovy, který později Freud prožitkově uchopil jako narcismus. Z psychodynamického hlediska jde o jakousi náplast na separační trauma: když jsem byl „vyhnán z ráje“, z původního symbiotického spojení, tak si pomohu sám. Důležitá je zde zdravá narcistická hrdost na svou osobnost, nepřizpůsobit se tlaku či očekávání okolí, nepodřídit se a nezradit sebe sama, jde o zážitek vlastní subjektivity, sebe-působnosti, sebe-existence.

Jaký by byl lidský úkol a úděl? Přes vyhnáni z ráje do separace uskutečnit právě za těchto podmínek na zemi opětný ráj, ráj harmonie v separaci, v odlišnosti a respektu k vlastní i cizí individualitě (dialogická etika). Ta separace není v rozporu s harmonií, neboť umožňuje vztah jednoho individua k druhému, jen ve vztahu dvou odlišných bytostí lze hovořit o láskyplnosti, o lásce. Ta dávná touha po splynutí je jenom jejím motorem, ta se nikdy zcela nenaplní, ta propast mezi mnou a tebou je nepřeklenutelná a zároveň tím motivuje k překlenutí empatií a láskou.

Jak lze porozumět vyhnání z ráje? Proč se stal dobrotivý Bůh přísným či uraženým Bohem? Jen kvůli neposlušnosti Adama a Evy? Z dnešního hlediska (a jinak to ani není možné) žil Adam s Evou v harmonii s přírodou i s Bohem, jenž ji stvořil. Dostal však od něj svobodu (která jej odlišovala od zvířat), nezávislost a schopnost se separovat od spojení s universem a chovat se dle vlastních přání. Ztráta bezstarostné symbiózy byla vykoupena uspokojením z možnosti si sám přizpůsobit okolí svým potřebám. (Tak probíhá i vývoj dítěte, nový krok, např. regresivní závislost orálního spojení, je vykoupena radostí ze separace, a tím ze sebe-působnosti.) Narcistickým zvládnutím separace skončila i evoluce, člověk se nemusí měnit pod vlivem měnících se životních podmínek, nýbrž je sám ovlivňuje a přizpůsobuje sobě samému, místo něho samého se musí měnit okolí. Separace je tudíž i vržením do svobody a nejistoty, ale i do možnosti získat moc, podřídit si přírodu, která je pak zde pro člověka, a má mu sloužit, ač je sám její částí. Zvířata jsou ještě instinktivně spojená s přírodou, člověk se stal ve vztahu k ní nezávislý, to je jeho privilegium i úkol se o přírodu starat. Adam i Eva si dělali, co se jim zachtělo, bez ohledu na celkovou harmonii, kterou reprezentovaly Boží příkazy. Ztratili pokoru a míru. Naším „dědičným hříchem“ je tudíž narcismus, pýcha, po které následuje pád. Libovůle namísto řádu (Poněšický, 2025). Ten lze chápat jako onu pomyslnou membránu, která nám říká, co máme přijmout a čeho se vystříhat, co je nám skutečně prospěšné a co škodlivé. Řád si vytváříme a on nám pak pomáhá, můžeme se o něj opřít, o naše zvnitřnělé hodnoty, a tak si nemusíme v každé situaci rozmýšlet, jak se zachovat.

Náš narcismus, jehož počátkem je separace a tím vzniklé sebevědomí, je tudíž darem i naším prokletím. Představíme-li si, že náš narcismus nahradil ztrátu

Obsah

původní symbiotické harmonie hrdostí na naši schopnost vydobýt si sami vše, co potřebujeme, že tím překonáme svoji závislost a bezmoc. Když jsme poté do ní nějakým traumatem, resp. selháním znovu uvrženi, pak to vyvolá ničivou narcistickou agresi, pak jsme ztratili všechno. Sebe-vědomí může samo o sobě narůst do iluzorních výšin a tím být neustále frustrováno konfrontací s realitou, s potřebami lidí po empatickém vztahu.

Zdravý narcismus zachraňuje naši homeostázu v situaci (původní) ztráty láskyplného spojení coby oporu, jak žít dál, coby hrdost snášet se vzpřímeným postojem rány osudu. Takovýto pozitivní narcistický vývoj, ústící do sebeúcty a důstojného postoje (nakonec i tváří v tvář smrti), by měl jaksi zpětně posílit vlastní osobnost, a tím připustit imanentní potřebu lásky, a i závislost na ní. Jinak řečeno: Narcistická kompenzace či obrana proti bazální potřebě lásky by měla vývojově přerůst do jáské emocionálně introspektivní funkce poznat a vydržet svoji závislost na láskyplném vztahu. Naproti tomu se snaží patologický narcismus bez něho obejít a může přerůst v hybris, a tím se zpronevěřit jejímu původnímu emancipatornímu účelu. I v budhistických spisech je považován takovýto „chladný“, sebestředný narcismus za největší hřích.

Ohledně psychosomatiky se naskýtá zajímavá paralela mezi separací na vztahové úrovni (vztah namísto původního spojení) a mezi separací sebe-reprezentace na tělesnou a psychickou (místo „já jsem tělo“ „já mám sebe a tělo“, tj. tělo jako objekt). Ta zkušenost distance mezi já a druhými s možností je ovlivňovat umožnila i distanci mezi já a mým tělem rovněž s možností ho ovlivňovat. Vcítění do druhého otevřelo evolučně možnost vcítění do sebe (Horáček, 2026). Jakým způsobem se to děje v ontogenezi? Od našich pacientů se pravidelně dovídáme, že tak, jak jednali rodiče s dítětem – a to i na tělesné úrovni – jedná dítě později se sebou samým, i se svým tělem a zdravím. Rodiče mu takto zprostředkují odstup od reality včetně sebe sama. V dalších důležitých vztazích – a i během psychoterapie – dělá dítě i dospělý člověk nové interakční zkušenosti a zkoumá, co mu prospívá a co nikoli. Tomu mohou bránit oba extrémy týkající se vztahu ke svému tělu. Původní psychosomatická jednota (vývojová psychopatologie) vede k okamžitému psychosomatickému (tělesnému) reagování, a přílišná distance k vlastnímu tělu vede k tomu, že ho nepovažujeme za součást původního já, nýbrž za cizí objekt, o který se má případně starat lékař. Nerozumíme, proč tělo na něco reaguje, protože není považováno za vlastní psychické já, není s ním spojeno. V prvém případě reagujeme reflexně na nerozlišené úrovni mezi tělesností a psychikou, podruhé reaguje na zátěžovou situaci separátně psychika i tělo. K vývinu tělesné symptomatiky dochází tím více, čím je naše psychika méně schopna stresové situaci porozumět a zvládnout. Tak např. v situaci vzniklých bolestí poté, co pacienta opustila manželka, si tento řekne, to je bezvadné, konečně si budu dělat co se mi zachce – jen tělo reaguje na zklamání a samotu odlišně, bolestí.

Z toho plyne, že onen muž neví, ba nechce vědět, co je mu prospěšné a co mu uškodí, resp. má onu semipermeabilní membránu nastavenou na udržování

patologické (odchylky od) homeostázy. Úkolem psychoterapie by bylo rozpoznání a posléze schopnost odmítat to, co škodí, a přijímat to, co prospívá. Je to nutnost způsobená existencí separace. Vracím se k této conditio humana, touze po (původním) spojení, nyní však vlastním úsilím (ne např. drogami), za podmínek zachování nezávislosti.

Nemohu samozřejmě tvrdit, že tento deficit týkající se schopnosti flexibilního sebeohraničení, který se projevuje ve vztazích, je podmínkou vzniku psychosomatického onemocnění. Mohu jen referovat, že to často pozoruji a že je to dobře kompatibilní s teoretickou představou, že člověk onemocní, když psychické obrany, chránící dosavadní homeostázu, selhávají, a tak reaguje na negativní podněty (noxy) tělo. Výsledný symptom je konglomerát, ve kterém se zračí jak poškození, tak i tělesná obrana proti němu, tělesný symptom coby poslední bariéra proti psychofyzickému zhroucení. Snaha mu zabránit, ale i poslední expresivní a komunikační možnost (alespoň na tělesné úrovni). Tak v předchozím příkladu upozorňuje bolest na to, že samota znamená stálou frustraci bazální potřeby po spojení a lásce. Zde vynikne význam interpretace a náhledu pro další život, i když je pro pacienta zatěžující. Když např. zprostředkujeme pacientovi, který trpí stavy slabosti, náhled, že to souvisí s tím, že v některých situacích selhává, a on si přizná svou nedostačivost či palčivý pocit vlastní méněcennosti, tak reaguje na další narcistické zranění či vzpomínku na ně tímto bolestným vhledem a nikoli tělem. Kromě toho jej tato nová, v tomto případě skromnější identita motivuje vyhnout se náročným situacím, které ohrožují jeho rovnováhu.

(K tomu krátká kazuistika: 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 rok, proto si zažádal 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 jako 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 16 letech vzali s sebou do Německa, Vyučil se instalatérem a pracoval v nějaké firmě, oženil se, má 30letou 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 opustili, a pak odvezli do Německa. Se svou ženou jde často o víkendu na oběd. Nezmiňuje se o tom, zda mu chybí, či zda se k ní chce někdy 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 zemřeli jeho teta i strýc.

Někteří členové skupiny sdělili fantazii, že se pacient (po narkóze) probouzí a probouzejí se i jeho pohnutky a citové reakce, což není schopen zvládnout.

Obsah

Svou situaci opuštění v raném dětství, násilné opuštění své milované země i opuštění smrtí tety a strýce, posléze také 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. Přesto nerozumí, co jeho bolesti vyjadřují. Jedna účastnice skupiny poukázala na podivuhodnou shodu mezi 4měsíčním intervalem od smrti milované tety a strýce a začátkem jeho bolestí 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 před studem za jeho profesní i osobní selhání. S rentou by se mohl klidně vrátit materiálně zajištěn do své vlasti, o čem se ještě terapeutce nezmínil.

Jiná pacientka si přála odstranění psychosomatického příznaku pláče, zvláště v situaci, když myslí na svůj život, zejména dětství, které prý bylo zcela normální. Během terapie se ukázalo, že byla pro ni normální situace, když dostala ve škole špatnou známku, přijít domů, sundat si kalhoty a nechat se nařezat otcovým páskem. A tak prožila teprve během terapie toto trauma a nebylo pro ni lehké změnit svůj vztah k rodičům.

V terapeutické práci s pacienty mi pomáhá představa jakési díry v sebeohraničení (v které tudíž chybí její flexibilní funkce), jež vznikla v určité oblasti prožívání následkem buď traumatu, či vývojového deficitu (např. výchovného zanedbání). (Tak se v prvém případě nikdo nezabýval emoční reakcí ani jejím zpracováním na opuštění rodiči, v druhém případě „normalita“ brutálního nerespektování osobnostní hranice vlastní dcery.) Vyvolávající situací může být opětovné trauma vyhoštění a bezmoc (podobně jako při porodu a po něm), vzpomínka na něj či jeho symbolické vyjádření. Pacient se cítí podobné situaci bezmocně vystaven, bez zkušenosti na ni emocionálně, a i pomocí náhledu reagovat a tím ji zvládnout, a tak zbývá jen tělesná reakce, která nějak s traumatem souvisí. Trauma coby častá příčina psychosomatických onemocnění? Mnohokrát jsem to pozoroval u anorektických dívek, které byly sexuálně zneužívány. Bránily se sice na tělesné úrovni protestem ve formě odmítání potravy i ženskosti, přesto se podobné situace opakovaly, neboť se nedovedly bránit a snad ani nerozpoznávaly hrozící nebezpečí.

Vznik psychosomatického reagování buď na základě nedostatečné diferenciace tělesna a psychiky, nebo na základě opačného extrému přílišné ztráty spojení těla a psychiky lze alternativně pochopit jako deficit sebeohraničení na jedné straně (viz výše), nebo jako příliš rigidní ohraničení jak dovnitř vůči neakceptovatelným hnutím a emocím (obrany), tak i navenek vůči vlivům, které by mohly tyto potlačované obsahy mysli „probudit“. To poslední je klasické psychoanalytické pojetí, např. u Franze Alexandra. Dnes, více než vytěsňované emoce související s funkcí sympatiku jsou potlačovány emoce související s parasympatikem jako slabost, selhání, únava, což se

projeví ve výsledné symptomatice jako tělesná slabost, depresivní nemohoucnost apod. Lidé stojí pod očekáváním nezdolné výkonosti, musí pořád fungovat a odpočinek odkládají do nekonečna.

Představa průniku traumatické situace do hloubky osobnosti až do těla se diametrálně liší od psychoanalytické představy, totiž že vede k patologii až reakce, zaplavení našeho já nezpracovatelnými impulzy a emocemi. V prvém případě jde o představu zastávanou ve spirituálním přístupu k člověku i nemoci, o přímé působení zátěžové situace na nás, myšlenek, emocí, intencí, celé osobnosti druhých na naši psychiku i tělo. To spíše odpovídá žité zkušenosti, ač nevíme, jak se to děje.

Jaký závěr vyplývá z těchto zkušeností? Važme si symptomatiky, kterou se pacient brání proti traumatu, proti selhání, těžkému onemocnění či psychofyzickému zhroucení. Uvědomme si, jak je pro něj důležitá. Poskytuje mu možnost vyjádření a komunikace, stabilitu, jistotu. Někdy je vhodné, aby si ji napřed našel v životě a teprve poté začal s psychoterapií, nabízející porozumění a tím možnost vymizení tělesné symptomatiky.

Cílem psychoterapie je pak jak znovunastolení oné schopnosti, zejména na emocionální úrovni rozlišovat, co nám prospívá a co škodí, a mnohdy i výběr (změnu) takového prostředí, které pacientovi vyhovuje ve smyslu ekologické psychoterapie.

A ve vztahu k tělu je samozřejmě optimální flexibilita: prožívat tělo včetně jeho stonání jako sebe sama i ho vidět s jistým odstupem, a tím i možností se o něj starat, resp. se „somato-psychicky“ otevřít či spíše uzavřít.

Konečným cílem z psychosomatického hlediska je stav psychické a tělesné homeostázy, zklidnění, smíření se sebou, se svým posláním i svými limity, což teprve aktivuje, na rozdíl od bytí ve stresu, sebeúzdravné síly i vývojové potenciály. Tedy připravit pacienta na cestu ke zdraví, naučit jej vnímat to, co mu skutečně prospívá a co škodí (flexibilnímu sebeohraničení), aby vracel úspěšně (patologické) odchylky od homeostázy do normálního zdravého rozmezí.

Tato přednáška je poslední (nenapsanou) kapitolou mé poslední knihy o řádu života a snad i úvodní kapitolou mé příští knihy u sebeúzdravných možnostech a schopnostech.

Do redakce přišlo 3. 7. 2026
Po úpravách zařazeno k tisku 28. 8. 2026
Konflikt zájmů není znám.

Obsah

Radkin Honzák Jak je dobrá otevřená a nepředpojatá mysl

Serendipity je výraz pro nezamýšlený objev. Odvozeno z pohádky o princích ze Serendipu (dnešní Srílanka), kteří na cestách nacházeli věci, které se jim zanedlouho přesně hodily. Ve vědě jde o to, že autor nebo team míří za určitým cílem a na cestě náhodně zjisti něco nového a mnohem významnějšího.

Leo Hendrik Baekeland měl smůlu a kus fenolové pryskyřice mu spadl do nádoby s formaldehydem a měl tím pádem štěstí, že se takto zrodil bakelit. Tak získal miliony. Opačným směrem se vydal vynálezce margarinu (umělý tuk), který všechny miliony investoval do vývoje perpetua mobile; cesty beznadějně marné.

Alexander Fleming byl přibrán do týmu proto, že pan profesor chtěl založit střelecký klub a Flemingova dobrá muška byla známá. Docent Wenke na farmakologii nás poučil, že penicilin jako lék vznikl proto, že měl Fleming v laboratoři bordel. Na odkrytou Petriho misku s bakteriemi napadala plíseň *Penicillinum notatum* a zhubila bakterie. Stačilo se nad tím zastavit, nevyhodit to automaticky, a myslet. (Podle neoficiální, leč velmi pravděpodobné verze, mu plíseň sežrala svačinu a Fleming se naštval a pustil se do ní.)

Mezi náhodou a úmyslem je objev prvního antidepresiva, imipraminu (Tofranil). Molekula byla původně zamýšlena k léčbě schizofrenie, kde byla zcela neúčinná. *„Než to vyhoděj, zkusíme to na depresi,“* řekl si šetrný Švýcar Kuhn, nakrmil celkem třináct pacientů a farmakoterapie deprese začala. Dnes by se mu vysmáli, minimální počet do studie hodnocené neparametrickými metodami je n=19.

Vítězstvím kreativity jsou IgNobelovy ceny za objevy, které vyvolávají nejdřív úsměv, a pak se zjeví jejich oslnivá pravda. Přídavek Ig znamená, že jsou z nadace neexistujícího Alfrédova bratrance Ignáce Nobela, Ig také odkazuje k anglickému „ignobel“ (ignorant, hanebný, neurozený, nízký).

Co se týká biologie, jedním z laureátů je kráva natřená černými pruhy. Ta je méně často napadána hmyzem a není třeba používat jedovatých pesticidů (to je genitiv záporu, který zachraňuji před vymřením). Poté, co se všichni dost nasmáli, tak zjistili, že ovádi napadají takové krávy o 40 % méně často než krávy nepočmárané nebo krávy s bílými pruhy, protože ovádi se mimo jiné orientují zrakem a černé pruhy je matou.

V medicíně vyvolává největší zájem objev, že škytavku zastaví masáž konečníku, potvrzený na druhém nezávislém pracovišti. Jde o stimulaci vagu, desátého hlavového nervu. Oblibě se těší také podání Viagry (sildenafil) křečkům, u nichž tento přípravek působí na centrum cirkadiánních cyklů a vede k lepší snášenlivosti jet lagu; zatím jen u křečků.

Co se mých zálib týká, je pro mě povzbuzující práce Dana Arielyho (USA) oceněná v roce 2008 a zjišťující, že drahý lék působí lépe než levný, přestože jde o tutéž molekulu. Účastníci experimentu dostali „na ochutnání“ slabý elektrický šok na zápěstí. Poté jim bylo podáno placebo se slovním doprovodem, že jde o lék proti bolesti. Jedné skupině bylo sděleno, že tableta stojí 2,5 US dolarů, zatímco druhé byla oznámena cena 10 centů. Následoval další šok ve stejné intenzitě. Drahý lék způsobil zlepšení o 85 %, levný pouze o 51 %.

Do kategorie kvantifikace bolesti by bylo možné zařadit Schmidtovu práci o úrovni bolesti po štípnutí hmyzem. Intenzita 1, tedy prvního stupně (0 = nebolí) je po bodnutí včely, které autor hodnotí jako „téměř příjemné, jako by vás milenka, nebo milenec kousli do ušního lalůčku“. Druhý stupeň představuje kousnutí mravencem rodu Odontomachus. „Představte si, že vás někdo spálí rozžhavenou špičkou cigarety. Takto na mne působilo jejich bodnutí,“ uvedl profesor. Třetí stupeň pocítíme, když se necháme pokousat vosou zvanou Red paper wasp nebo mravencem rodu Myrmecia. A nejhorší (4) jsou mravenci rodu Paraponera. Jelikož však rekordy jsou tu, aby byly překonány, předběhly je papírové vosy. „Mučení. Nic jiného mne nenapadá. Jako by mne hodili do lávy. Proč jsem vůbec s tímhle indexem začínal?“ To jsou slova experimentátora a pokusné osoby v jednom těle. Je to bezvadné, leč obávám se, že vizuálně-analogovou škálu od 0 do 10 to v praxi nenahradí.

Pak je tu jedna příjemná zpráva: Líbání zlepšuje imunitní systém! Studie zjistila, že jeden desetisekundový polibek přenesl až 80 milionů bakterií z partnera na partnera. Vědci teoretizují, že sdílením těchto bakterií každý partner vybavuje druhého k boji proti infekcím, které by si mohli později přenést. Zde se naplňuje vzkaz: Milujte se a množte se!

IgNobelova cena se uděluje již několik desetiletí a není tajemstvím, jak se na internetu k jejím laureátům dostat. Přehledné čtení jednotlivých kategorií připomíná poezii dávných dob kombinovaných se zítřkem. Přeji příjemné studium a osvěžení v těžkých dobách!

Praha 11. července 2026

radkinh@seznam.cz

Obsah

Politika, společnost



Radkin Honzák: Michael Balint (1896–1970)

Jsou události, které stojí za připomenutí. Sto třicáté výročí narození k nim patří, zejména u významných osobností. Jít ke kořenům je nesporně zajímavé.

3. prosince 1896 se Budapešti v židovské rodině narodil Mihály Bergsmann, který kvůli integraci do většinové antisemitsky laděné společnosti ve dvaceti letech změnil své příjmení na Balint. Studoval medicínu, biochemii, filozofii, fyziku i biologii, ale v roce 1914 musel narukovat. Dva roky na to byl pro zranění demobilizován, studia dokončil a prostřednictvím své manželky Alice Székely Kovácsové[0] se seznámil s psychoanalýzou. Ta mu dala údajně napřed Freudovu knihu Totem a tabu, a pak ho zavedla na Ferencziho přednášky.

V roce 1920 se mladý pár přestěhoval do Berlína. Zde Balint pracoval v biochemické laboratoři laureáta Nobelovy ceny Otto Warburga a současně v Berlínském psychoanalytickém institutu u Hannse Sachse. V roce 1924 se manželé vrátili do Budapešti, kde Balint spolupracoval s Fernczim, který ho také analyzoval[0], a mimo jiné začal publikovat své vlastní práce. Věnoval se převážně dětské problematice (vrcholné dílo z této doby: The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression). Po smrti Ferencziho v roce 1933 se

[0] Jedna z prvních maďarských psychoanalytiček.
[0] Sluší se dodat, že Ferenczi analyzoval také ruského otce české psychoanalýzy, doktora Dosužkovova.

Balint stal ředitelem Budapešťského psychoanalytického institutu a pořadatelem Ferenczi pozůstalosti.

V roce 1939 manželé emigrovali do Londýna, kde Alice náhle zemřela na rupturu aorty. Balint vyučoval na Universitě v Manchesteru, znovu se oženil v roce 1944, ale manželství nebylo šťastné a skončilo rozvodem, který se táhl až do roku 1952. Roku 1945 jeho rodiče spáchali sebevraždu, aby se vyhnuli zatčení nacisty. Od roku 1947 pracoval Balint v Londýně při Tavistock Cilinic a zde začala jeho intenzivní spolupráce s praktickými lékaři, která začala již v Budapešti. V roce 1949 se seznámil s Enid Eichholz a třetí sňatek uzavřel v roce 1958. Jeho manželka byla sociální pracovnicí a pomáhala mu v práci se skupinami praktických lékařů, které rozvíjel v Londýně od roku 1950.

Jejich východiskem bylo, že třetinu náplně rodinného lékaře tvoří psychosociální problematika, na kterou není vůbec připraven a kterou proto nezvládá (dodnes polovinu závažných stížností tvoří komunikační nedorozumění). Základní ideou je skutečnost, že lékař sám je prvním lékem, který může uklidnit, nabudit, ale také vyvolat diskomfort. Měl by se tedy znát, aby věděl, jaké má účinky, jaké má vedlejší účinky a jak se dávkovat (přenos a protipřenos). Toto a další myšlenky je vše shrnuto v knize, která česky vyšla pod názvem: Lékař, jeho pacient a jeho nemoc (Grada, Praha, 2000). Nemoc pak není vnímána jako samostatná entita, ale jako součást příběhu pacientova života. Proto je velmi významná interakce pacienta s lékařem, který do jeho života vstupuje. Významná je kritika „apostolického“ přístupu lékaře, který pacientovi doktrinářsky vnucuje svůj pohled na nemoc (illnes versus disease).

V roce 1961 Balint ukončil klinickou praxi, v organizování skupin však pokračoval. Myšlenka skupin, které představují kromě sebepoznání také milou a přijatelnou formu supervize, se rychle šířila, v roce 1969 vznikla Balintská společnost a v roce 1972 Mezinárodní federace. Michael Balint zemřel v roce 1970, Enid Balint pokračovala v práci na jejich společném odkazu až do své smrti v roce 1994.



Jak je známo čtenářům Broučků, brouček měl všechny polívčičky rád, ale zelnou měl ze všech nejraději. Měl jsem příjemný pocit ze všech zažitých skupin, ale nejvýznamnější pro mě zůstává vzpomínka na aktivní účast v Balintské skupině u příležitosti Mezinárodního kongresu Balintské společnosti, pořádaného ke stému výročí narození otce-zakladatele v roce 1996 v Budapešti.

5 STAŽENO Z WEBU INSTITUTU

Obsah

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/
Nebo naskenujte QR kód zde:

Sledujte pravé zdroje informací garantované Českou lékařskou společností
Informace, Akce, Diskuse, Vzdělávání, Volby, Přihláška do společnosti, Stanovy, Seznam pracovišť

Z KONFERENCÍ



6 SKORUNKA D.: Z KONFERENCE EAPM

DAVID SKORUNKA[0], ADÉLA HOLMANOVÁ[2], MARTIN SEIFERT[3]: **PSYCHOSOMATIKA PO ITALSKU: *REPORTÁŽ Z 13. KONFERENCE EVROPSKÉ ASOCIACE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY (EAPM)***

APERITIVO

V rámci tradice odborných reportáží přinášíme zprávu o 13. vědecké konferenci Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM). Tentokrát dokonce v podobě rozšířeného spoluautorství. Letošní EAPM konference se konala ve Florencii, 16. – 19. června, v prostorách *Conference Centre Nuovo*

[0]* 1. Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze;
skor@lfhk.cuni.cz
2. Oblastní nemocnice Kolín, a.s. nemocnice Středočeského kraje
3. Kabinet praktického lékařství, 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Obsah

Ingressi di Careggi, jež je součástí fakultní nemocnice. Záštitu konferenci poskytla *Universita Degli Studi Firenze*, již zastupovala spolu s dalšími kolegy/kolegyněmi prof. Fiammetta Cosci. Ta v náročné roli prezidentky konference, samozřejmě ve spolupráci s organizující agenturou, nesla na svých bedrech největší díl odpovědnosti. Však ji také bylo možné vidět buď na podiu, jak zahajuje konferenci a uvádí hosty, nebo s telefonem v ruce, jak řeší mnohé předvídatelné i nečekané patálie, které s takovou velkou akcí nevyhnutelně souvisí. Hlavní motto konference znělo: Zdraví; mnohovrstevnatý psychosomatický koncept (*Health; A Multifaceted Psychosomatic Concept).*

Mezinárodní setkání navštívilo 633 účastníků ze 44 zemí a 5 kontinentů. EAPM konference tak už poněkolikáté přesáhla evropskou hranici vědecké události v psychosomatické medicíně. Nejvyšší počet účastníků poněkud překvapivě dorazil ze Spojených států amerických. Hojné zastoupení měli kolegové z Itálie, Německa, Francie, Velké Británie, ale také z Kanady, Izraele, Austrálie a Nového Zélandu. Na konferenci se objevili kolegové a kolegyně z několika asijských zemí, například Japonska, Taj-vanu a Číny. A samozřejmě přicestovali zástupci zemí Jižní Ameriky, včetně věrných „psychosomáků“ z Chile. Za zmínku stojí také zatím největší česká účast; ve Florencii se na konferenci potkalo 6 kolegů/kolegyň, z nichž někteří vystoupili aktivně[0]. Jeden z autorů tohoto textu (MS) vystoupil s příspěvkem *„Role of the General Practitioner in Persistent Somatic Symptoms: A Reflexive Thematic Analysis of Patients´Perceptions, Experiences, and Expectations“*. Další z autorů (DS) prezentoval případovou studii *„A Journey to Psychosomatic Health; The Patient´s and the Therapist´s Experience“*. O této zkušenosti se ještě později v textu zmíníme.

Program se skládal z různých forem: 1 před-konferenční intenzivní kurz; 4 předkonferenční speciálně zaměřené workshopy tzv. *Masterclasses*, 5 plenárních přednášek, 38 sympozií, 4 případové studie, 32 tematicky zaměřených bloků, 10 workshopů. A samozřejmě prezentace posterů *(poster sessions*). V bohatém programu převažovala výzkumná a koncepční sdělení, nicméně oproti předchozím letům měla mnohá sdělení jasný význam a aplikační dosah i pro klinickou praxi v různých klinických specializacích, s větším či menším důrazem na psychosomatickou perspektivu založenou na bio-psycho-sociálním modelu zdraví, nemoci a léčby.

Během konference došlo také na setkání výboru EAPM a národních ambasadorů, nebo v našem případě jejich zástupců (AH). Diskuse v kruhu reprezentantů jednotlivých zemí nám opakovaně ukazují, že existence samostatné společnosti pro psychosomatickou medicínu – navíc mezioborově zaměřené – není v evropském ani světovém měřítku samozřejmostí. V mnoha zemích je psychosomatický přístup stále rozvíjen především díky nadšení

[0] Na konferenci aktivně také vystoupili kolegyně: Mgr. Veronika Cibulcová, Ph.D. (Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita); Mgr. Vera Kristýna Jandačová, Ph.D. (Lékařská fakulta, Ostravská univerzita); Mgr. Veronika Uhrová (Pedagogická fakulta, Ostravská univerzita).

jednotlivců, nejčastěji konziliárních nemocničních psychiatrů, a jen zřídka je pevnou součástí zdravotnického systému. Přestože v řadě států pozorujeme významný rozvoj psychosomatického výzkumu, klinická praxe za ním často zaostává. Podobně jako v České republice se i zahraniční kolegové potýkají s nedostatkem psychiatrů, rostoucí poptávkou po péči, obtížnou implementací bio-psycho-sociálního modelu do zdravotnických systémů i hledáním jasné profesní identity psychosomatických specialistů.



7 SKORUNKA D.



8 SKORUNKA D.

ANTIPASTI

Oproti předchozím EAPM konferencím zahrnovala ta letošní „toskánská“ nový prvek. Tradičnímu programu předcházel poprvé předkonferenční kurz s názvem *„A Primer in Psychosomatic Research“*. Ten byl cílený na nováčky v psychosomatické medicíně a na výzkumníky v raných fázích jejich profesní dráhy. Kurzu se účastnilo okolo dvaceti převážně, ale nejen mladých lékařů, psychologů, fyzioterapeutů, manažerů ve zdravotnictví, zdravotní sestry a také jedna dánská studentka z českými kořeny po tatínkovi. Kurz uvedli současný prezident EAPM prof. Michael Sharpe z *University of Oxford* a prof. Wolfgang Söllner z *University of Nürnberg*. Seznámili účastníky kurzu s obecným úvodem do psychosomatické medicíny a její historií. Došlo i na povídání o klinických podobách psychosomatické medicíny v různých zemích. Následoval přehled výzkumných metod/přístupů a jejich vhodnost pro psychosomatickou medicínu, jehož se ujaly prof. Charlotte Rask z univerzity v dánském Århusu a prof. Judith Rosmalen z *University of Groningen*.

Mnohé účastníky kurzu zaujala například metoda SCED (*Single Case Experimental Design*), která v hierarchii důkazů mezi výzkumnými metodami v rámci *evidence-based medicine* zaujímá třetí místo hned za randomizovanými kontrolovanými dvojitě zaslepenými studiemi (RCT) a metaanalýzami. Kromě přednášení zahrnoval kurz také interaktivní práci. Po úvodních prezentacích se účastníci rozdělili do menších skupin a měli za úkol zformulovat výzkumné otázky k zadanému problému a vybrat vhodnou výzkumnou metodu. O facilitaci práce v menších skupinách se postarali pozorné kolegyně Karen Hansen Kallesøe z Univerzity v Århusu a Jane Walker

Obsah

z *University of Oxford*. Pro někoho mohla být nejzajímavější poslední část kurzu věnovaná komunikaci s pacienty a jejich rodinami o výzkumu v oblasti psychosomatické medicíny.

Dalším formou sdílení zkušeností a poznatků před hlavním programem konference představovaly tzv. *Masterclasses*, neboli intenzivní jeden a půl hodinové placené workshopy s experty z různých zemí. Některé dle názvů podněcovaly zvědavost v kombinaci s touhou se některého z nich zúčastnit. Například prof. Mats Lekander ze Švédska nabízel workshop s názvem *„Making healthy people sick to make sick people healthy“*, prof. Lene Vase Toft z Dánska svůj workshop zaměřil na *„Mind – body interactions through the lens of placebo and nocebo effects“*. A později oceněný Omer van den Bergh z Belgie se zaměřil na *„Predictive processing and somatic symptoms“*. Jistou nevýhodou těchto „mistrovských hodin“ byla kromě platby také nutnost registrace s dostatečným předstihem. To bohužel vedlo k drobným zmatkům, neboť některé workshopy byly těsně před konferencí údajně naplněné, aby na poslední chvíli někteří zájemci překvapeně zjistili, že pár volných míst přeci jen zbylo. To je ale jediná drobná vada na krásе takřka stoprocentně spolehlivé organizace konference v italském podání.



Primi piatti

Zlatým hřebem programu konferencí, samozřejmě kromě společenského setkání u slavnostní večeře v závěru akce, jsou plenární přednášky zvaných hostů (*plenary sessions*). Nejinak tomu bylo i ve Florencii, kde měli účastníci příležitost vyslechnout zajímavá sdělení zkušených kliniků a/nebo výzkumníků. Podívejme se zblízka na tři vybrané plenární přednášky.

První den se plenární přednášky ujala prof. Rosa Molina, psychiatrička a neurovědkyně z *University Hospital Clinico San Carlos* v Madridu. Téma přednášky – *„Scrolling ourselves sick; the psychosomatic price of social media“*. Vskutku aktuální téma, vezmeme-li v potaz globální znepokojení nad negativním vlivem sociálních médií na duševní zdraví dětí a dospívajících a snahy vlád různých zemí zvolit vhodnou formu regulace. Co jsme se z přednášky dozvěděli? Mocný a všudypřítomný vliv informačních technologií a sociálních médií na naše životy a zdraví je neoddiskutovatelný. Jak vtipně a zároveň znepokojivě uvedla přednášející na jednom ze svých slidů, pacient si nás už před návštěvou vygooglil a velmi pravděpodobně důvěřuje více TikToku než našemu klinickému úsudku. Díky rozsáhlému výzkumu dnes lépe rozumíme tomu, jak užívání sociálních médií působí na vývoj dětí a dospívajících, na naše emoce, utváření identity a duševní zdraví. Nicméně, tázala se sugestivně přednášející, přizpůsobili jsme tomu všichni naše klinické praxe?

Informační technologie již několik let přetvářejí způsoby, jakými se manifestuje naše subjektivita. Příznaky už nejsou jen prožívané, jsou též naučené srze interakce ve virtuálním prostoru. Sociální média vedou ke vzniku nových forem psychického distresu. Objevují se nové nosologické kategorie např. nomofobie, e-ludopatie, kyberchondrie, digitální ortorexie, FOMO a digitální narcismus. Naše jáství je neustále vystavováno standardům, výkonům, identitám a vyprávěním globálního posluchačstva. To by bylo divu, kdyby to nezanechalo následky, např. v podobě nárůstu úzkostných a depresivních poruch u dětí a dospívajících. Ale co s tím? Několik posledních měsíců sledujeme v přímém přenosu přibývání zákazů a regulací v jedné zemi za druhou. Ale je to ta pravá nebo dostatečná odpověď na znepokojivý trend? Nebylo by na místě vyvíjet větší tlak na příslušníky tzv. *tech bro oligarchy*, aby jejich produkty nepředstavovaly pro děti a dospívající nejrůznější, dnes již dobře známá rizika? Optat se přednášející nebylo možné, neboť po přednášce bohužel nebyl prostor pro diskusi. Což je druhá ojedinělá výtka směrem k organizátorům.

Další zajímavou plenární přednášku prezentovala prof. Lene Vase Toft, působící na Oddělení psychologie a behaviorálních věd na univerzitě v dánském Århusu. Toto místo je už více než dvě dekády s mírnou nadsázkou Mekkou výzkumu a klinické praxe zaměřené na funkční somatické poruchy. Přednáška měla název *„What two decades of placebo and nocebo research reveal about mind – body interactions“*. Prof. Vase Toft v ní poskytla přehled výzkumných zjištění týkajících se mechanismů působení fenoménu placeba a jeho využití v rámci léčby konkrétních onemocnění (např. Parkinsonova choroba, deprese, chronická bolest). Ukazuje se, že míra efektu placeba významně závisí na kontextu. Například v běžných klinických studiích je efekt placeba nízký, zatímco v experimentálních studiích zaměřených na různé mechanismy je efekt placeba až pětkrát silnější. Oproti minulosti dnes víme, že placebo není předstíranou léčbou, ale komplexním psychoneurobiologickým fenoménem/procesem. Ten zahrnuje různé roviny: a) psychologickou (očekávání, motivace, emoce, zkušenost s předchozí léčbou); b)

Obsah

neurobiologickou (změny v prefrontálním kortextu, aktivace opioidních, dopaminergních a endokanabinoidních neurostransmiterových systémů); c) komunikační/interakční (terapeutický vztah zahrnující zprostředkování naděje a umožňující spolurozhodování o léčbě). Některá z uvedených zjištění mohla připomenout Bruce Wampolda, legendu psychoterapeutického výzkumu, autora modelu obecných faktorů (*common factors model*), jehož práce jsou pro psychosomatickou medicínu více než relevantní, a přesto o nich není vždy dostatečné povědomí.

Autorkou třetí vybrané plenární přednášky, o níž zde budeme referovat, byla Mina Fazel z Psychiatrické kliniky na *University of Oxford*. Mina Fazel je profesorkou v oboru dětské a adolescentní psychiatrie. Hlavním zaměřením její výzkumné a klinické práce je transformace služeb v systému péče o duševní zdraví dětí a dospívajících s důrazem na jejich kvalitu a dostupnost. V první části přednášky se autorka zamýšlela nad tím, jaké faktory/bariéry ovlivňují u dospívajících vyhledání a nalezení potřebné odborné péče. Klíčovým faktorem je kromě dostupnosti především důvěra, což je faktor, jež zásadně ovlivňují odborníci a prostředí, ve kterém své služby provozují. Jak poznamenala prof. Fazel: „Naši pacienti se nevyhýbají našim službám a neskrývají důležité informace, jen reagují racionálně na prostředí a služby, které poskytujeme“. Jednou ze zásadních otázek při práci s dospívajícími ve zdravotnictví je jakou míru samostatného rozhodování v procesu léčby/péče mohou sami mít a jakou roli v tomto procesu hrají jejich rodiče. Jde o dobře známé etické dilema spočívající v hledání rovnováhy mezi dospělou/rodičovskou autoritou a autonomií dospívajícího.

Prof. Fazel podporuje integraci služeb v rámci péče o duševní zdraví ve školním prostředí (*school-based interventions*). Je autorkou rozsáhlého průzkumu *The Oxwell Student Survey*, o němž referovala v druhé části svého příspěvku. Cílovou skupinou bylo více jak 130.000 studentů napříč Anglií. Výzkumníky zajímalo, jak jsou studenti na tom se svou duševní pohodou (*well-being*) a tělesným zdravím, zdali vyhledávají různé formy služeb/péče, co jim to usnadňuje, případně jim v tom brání a jaké jsou v tomto ohledu jejich potřeby/preference. Shrnutí výsledků rozsáhlého výzkumu by přesahovalo rozpětí tohoto textu, ale jsou dohledatelné. Zmíníme alespoň znepokojivé zjištění, že významná část souboru britských dospívajících se cítí osaměle, trpí nejrůznějšími chronickými zdravotními problémy, vykazuje známky poruch autistického spektra a má různé projevy poruch příjmu potravy.

Významnou součástí „hlavních chodů“ programu konference je také pravidelné ocenění osobností, které dlouhodobě přispívají k rozvoji psychosomatického výzkumu. Letošní cenu Alison Creed za výzkum převzal prof. Omer Van den Bergh, klinický a experimentální psycholog z univerzity v Leuvenu. Profesor Van den Bergh se dlouhodobě věnuje výzkumu toho, jak mozek vnímá a interpretuje tělesné signály. Jeho práce se zaměřují například na vliv stresu na dýchání. V experimentech využívajících inhalaci vzduchu obohaceného oxidem uhličitým ukazuje, jak snadno se dýchání může naučit reagovat na stresové podněty a jak rychle organismus spouští naučenou

hyperventilační reakci. Jeho výzkumy vycházejí z teorie prediktivního kódování, podle níž mozek neustále vytváří očekávání na základě předchozích zkušeností a tato očekávání následně ovlivňují interpretaci tělesných vjemů. Při slavnostním převzetí ceny hovořil nejen o své celoživotní vášni pro výzkum, ale také o obavách, že současná věda někdy ztrácí prostor pro osobní zvídavost a hledání odpovědí na skutečně zásadní otázky.

Secondi piatti

Nejrozsáhlejší část programu konference tvořila ústní sdělení (*Oral sessions*) a tematicky zaměřená sympozia, taktéž prezentovaná ústně ovšem někdy v netradičním, spíše diskusním formátu, na rozdíl od klasické monologicky vedené prezentace. Tematická šíře jednotlivých sdělení se zdála ještě rozsáhlejší než na předchozích EAPM konferencích. Může to být důkaz narůstajícího zájmu o konference EAPM napříč obory, ale také vývojem poznání a důsledky některých trendů pozdně moderní společnosti, pro které je bio-psycho-sociální model vhodný, Důkladné reprezentativní referování o mnoha rozmanitých sděleních pro čtenáře *Psychosomu* by vyžadovalo koordinovanou spolupráci mnohem početnější skupiny českých účastníků. Proto v následující tabulce uvádíme vybraná odborná témata, která byla v různých formách na konferenci zastoupena.

Vybrané příklady bloků ústních sdělení ***(Oral sessions)***	**Vybrané příklady tématicky zaměřených sympozií** ***(Symposia)***
Různé modely péče	Problematika funkčních příznaků (poruch)
Zkušenost chronické bolesti	Truchlení a protrahovaný smutek
Problematika transplantací	Problematika chronické bolesti
Interpersonální témata v psychosomatické medicíně	Psychodynamické přístupy v konzultační psychiatrii
Psychopatologie a duševní zdraví + sebevražednost v populaci	Politika a poskytování zdravotní péče
Dětství a dospívání; role rodičů ve vztahu ke zdraví jejich potomků	Supervize v systému zdravotní péče zaměřené na somatická onemocnění
Únavový syndrom a fibromyalgie v různých klinických kontextech	Politika a poskytování zdravotní péče
Psychosomatické profily u gastrointestinálních chorob	Úzkost týkající se zdraví v průběhu vývoje jedince

Obsah

Pohlaví a gender v psychosomatické medicíně	Posttraumatický růst u závažných onemocnění

Ještě bychom neměli zapomenout na dva formáty sdělení, na případovou studii a workshop. Tím vzácnějším je případová studie (*Clinical Case Study Presentation*). Jde o formát, který se v programu EAPM konferencí pravidelně vyskytuje pouze čtyřikrát až šestkrát. Podle organizátorů je prý o tento formát velký zájem, takže proces výběru z mnoha přihlášených zájemců bývá poměrně přísný. Jeden ze spoluautorů textu (DS) letos patřil mezi vyvolené a mohl tak prezentovat proces své terapeutické práce před mezinárodním publikem. To není žádné troubení na vlastní trumpetu, jak zní překlad krásného anglického idiomu pro vychloubání. Jde totiž o zážitek, který stojí za sdílení a inspiraci pro české psychosomatické konference. Prezentace případové studie se neodehrává v hlavní aule a návštěvnost ani zdaleka nelze srovnávat s těmi hlavními příspěvky. Na druhou stranu má tento formát štědrou časovou dotaci 75 minut. Nejprve hovoří 40–45 minut přednášející, poté přebírá slovo moderátor, v našem případě prof. Friedrich Stiefel, psychiatr a psychoanalytik z fakultní nemocnice v Lausanne. Ten podrobí prezentovanou případovou studii svému kritickému rozboru. Připraví tím pole pro diskusi, do níž jsou zahrnuti posluchači. Kdo zažil něco vzdáleně podobného v českém lékařském prostředí, mohl v roli prezentujícího zažívat výraznou anticipační úzkost. Ale prof. Stifel neměl potřebu opájet se kritikou a tlačit svou expertizu do popředí. Jeho komentáře byly v dobrém slova smyslu psychoanalyticky zaujaté, vhodně doplňující a pro přednášejícího povzbuzující. Přátelským tónem nakazil ostatní účastníky, takže celá záležitost vyvrcholila velmi živou diskusí a pozitivní odezvou. Opravdu obohacující zážitek.

Co se týče workshopů, jednoho ze spoluautorů textu (MS) zaujal ten s názvem *„Literary elements for the psychosomatic clinician: how to weave story, proverb, and metaphor into your bedside psychotherapy toolkit“*, který vedl tým z USA. Američtí kolegové se pokusili objasnit potenciál vyprávění příběhů vlastních i cizích a naslouchání vyprávějícímu u (nejen) kriticky nemocných a těžce traumatizovaných pacientů. Každý ze tří facilitátorů a jedné facilitátorky začal své sdělení vyprávěním příběhu svých rodičů či prarodičů, jež se vyznačoval něčím hrdinským a končil narozením přednášející(ho). Toto tradiční narativní pojetí doplňovaly posléze neurovědně odborné vhledy do možných způsobů studia a nahlížení efektů vyprávění. Mluvilo se o funkční konektivitě mozku, o tzv. *default mode network,* o neuronálních sítích zpracovávajících jazyk, řeč, tvoření významů a porozumění. Došlo i na synchronizaci mozkových vln vyprávějícího a naslouchajícího, na regulaci stresové HPA osy (hypothalamus-hypofýza-nadledvinky), snižování hladiny kortizolu a vyplavování oxytocinu. Dle výzkumů se zdá, že tyto efekty nejsou vázané jen na sociální kontakt, ale také na vnímání narativu samotného.



Tým z USA ještě představil spirálu cesty hrdiny jako cestu nemocí, ze které může člověk vyjít zranitelný, ale vnitřně odolnější a moudřejší, s novými životními hodnotami. Významnou roli mentora, kterého hrdina potkává na své cestě plné boje, může hrát právě jeho lékař. Někomu mohla tato část připomenout tisíc tváří a cest hrdiny, jak o tom kdysi psal Joseph Campbell. Ale na toho autoři workshopu neodkazovali. Místo toho zakončili své představení citátem významné americké spisovatelky Ursuly K. Le Guinn: *„The unexpected is what makes life possible.“* A přitom vůbec netušili, že v publiku sedí znalec jejího díla, který si pamatoval, že citát z její knihy *Left hand of darkness*, vydané v roce 1969, zní správně takto: *„The only thing that makes life possible is permanent, intolerable uncertainty: not knowing what comes next.“*

Dolce

Místo konání jakékoli konference patří spolu s výběrem hlavních přednášejících a sestavení atraktivního programu mezi hlavní faktory, které ovlivňují návštěvnost dané akce. V případě volby toskánské perly pro letošní EAPM konferenci šlo bezpochyby o sázku na jistotu. Konferenční program byl sám o sobě dostatečně širokospektrý, aby uspokojil náročného účastníka takřka jakéhokoli odborného zaměření. Přesto se můžeme domnívat, že mnohé z 633 účastníků přilákala právě Florencie.

A není se čemu divit, kolébka renesance má co nabídnout. Jedno z nejnavštěvovanějších měst Evropy se pyšní rozmanitými historickými skvosty s převahou renesančního a gotického stylu. Přitom není nutné se kochat památkami jen v centru. Přejdeme-li řeku Arno přes slavný *Ponte Vecchio*, Most zlatníků, objevíme nejen klidnější a o nic méně zajímavější čtvrť *Santo Spirito* s několika vyhlášenými restauracemi. A pak také rozsáhlé zahrady s několika úchvatnými výhledy na architektonické dominanty města. K tomu připočtěme gastronomický věhlas celého Toskánska a některé florentské speciality: *bistecca alla Fiorentina, pappardelle al cinghiale* nebo *ribollita*. Pochopitelně nesmíme zapomenout na *gelato*. Někteří gurmáni tvrdí, že nejlepší zmrzlinu ochutnali právě ve Florencii, přestože prvotřídní kvalitou této pro Italy celoroční pochutiny je dobře známý celý apeninský poloostrov. Jenom je potřeba být obezřetný. Spolu s masovým cestovním ruchem, o

Obsah

kterém se ještě zmíníme, se zejména v centru města rozmnožili zmrzlinárny, v nichž místní podnikatelé nabízející sotva průměrné produkty naivnějším turistům pořádně provětrají peněženku.



Organizátoři EAPM konference si atraktivity Florencie a toskánského okolí byli dobře vědomi, takže jako doplňující prvky programu nabídli na webovských stránkách konference doplňující poznávací prvky jako návštěvy několika galerií včetně věhlasné *Galleria degli Uffizi*, prohlídky nejzajímavějších historických míst s průvodcem, či výlety do okolí. Závěrečná večeře se nekonala v prostorách univerzitní nemocnice, kde probíhaly přednášky, ale v *Il Giardino Orto-Botanico* nedalo centra města. Klidná oáza stranou městského ruchu poskytla úlevný stín uprostřed vlny veder, které zachvátily v době konání konference velkou část jihozápadní Evropy. Zde kromě ochutnávání místních specialit probíhaly intenzivní společenské interakce, odborná diplomacie i prostá setkání mezi dříve spřátelenými kolegy. V uvolněné atmosféře zde došlo mimo jiné na rozhovor jednoho z autorů tohoto textu (DS) s prezidentem EAPM, Michaelem Sharpem. Pan prezident se s lišáckým úsměvem optal naší maličkosti, kdy se bude konat EAPM konference v Praze. Po vykreslení našich lokálních specifik chápavě pokýval hlavou, ale oba jsme se shodli, že možnost pořádání EAPM konference v České republice v roce 2029 zůstává otevřená. Každopádně rozhodování o této věci už je na budoucím výboru naší odborné společnosti.

Zpět k *overturismu*, jak jsme slíbili. Zájem vidět na vlastní oči *tutte bellezze di Firenze* v době pozdní globalizace přináší nepříjemné zážitky nejen návštěvníkům z celého světa, ale především místním. Jeden ze spoluautorů textu (DS) navštívil krátce Florencii před více než 20 lety. Některé rozdíly mezi tehdejší dobou a současnou tváří města nešlo přehlédnout. Množství turistů zejména v centru města a v blízkosti hlavních památek je v některých hodinách neúnosné. Proudy skupin návštěvníků z celého světa na některých místech mnohdy znemožňují volný průchod a narušují stav úžasu nad nejrůznějšími krásami na každém rohu města. Proměnu dobře ilustruje hlavní tržiště města, *Il Mercato Centrale*, které se nachází přibližně v půlce pomyslné přímky mezi hlavním nádražím a katedrálou *Santa Maria del Fiore*. Budova tržiště má půdorys obdélníkového tvaru. Její interiér je koncipován jako tradiční trojlodní bazilika s vysokou centrální lodí a dvěma postranními křídly. Před více jak dvaceti lety trh využívali především místní, kteří sem chodili

nakupovat lokální potraviny, čerstvé ryby a toskánské lahůdky. To vše pochopitelně přitahovalo turisty, ale těch v minulosti cestovalo do těchto končin o poznání méně.

Tehdejší podoba tržiště nijak zásadně nenarušovala křehkou rovnováhu mezi místními a těmi odjinud. Při modernizaci, která byla dokončena v roce 2014, došlo k rekonstrukci dříve nevyužívaného prvního patra. V něm se dnes nachází moderní kulinářské centrum plné restaurací, kaváren a stánků s jídlem nejrůznější provenience. Bez přehánění lze říct, že takřka každý turista, který dnes Florencii navštíví, sem vyrazí minimálně jednou za svůj pobyt ochutnat něco z toskánské či jiné kuchyně. Přitom nejde o úplně levnou záležitost. Ale v porovnání s vyhledávanými restauracemi v centru města, u nichž stojí večer před otevřením fronty, jde o jednoznačný *budget dining*. Výsledkem je bohužel po většinu dne přetlačovaná v davu, jenž proudí hladově sem a tam v nedýchatelném a v turistické sezoně patřičně vyhřátém prostoru.

Nelze se divit, že Florencie spolu s Benátkami, Barcelonou a Malagou patří k těm městům, v nichž místní stále častěji dávají najevo svou nevoli s přívaly turistů a trendy, které je umožňují. Přesto přese všechno Florencie, výstavní skříň historie, kultury a kulinářského umění, stojí rozhodně za návštěvu i bez účasti na jakékoli odborné akci, ideálně s poznáváním ostatních malebných míst Toskánska. V případě kombinace s bohatým programem psychosomatické konference jde o nezapomenutelný, bio-psycho-sociální zážitek. Již teď jsou mnozí kolegové a kolegyně zvědaví, zdali se nastavené laťce stoupající kvality posledních EAPM konferencí a atraktivity destinací přiblíží i ta příští. Termín i místo už je dané, bude se konat 9–12.6. 2027 v Paříži. Motto zní slibně: Naslouchání tělům, vyslechnutí člověka (*Listening to Bodies, Hearing the Person*). Nejen frankofilové v komunitě psychosomatické medicíny se určitě mají na co těšit. Zbývá jen doufat, že česká případně československá účast překročí dosavadní rekord.

Autoři textu děkují všem odborným organizacím a institucím za finanční podporu jejich účasti na EAPM konferenci.

Do redakce přišlo 30.8.2026
Zařazeno k tisku ihned
Konflikt zájmů není znám

Obsah

Diskuse



9 SKORUNKA D.: Z KONFERENCE EAPM 2026

Hana Konečná: Připomínka k návrhu novely zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách – úprava asistované reprodukce

Zásadní připomínka

Připravovaná novela zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, se orientuje výhradně na zájmy žadatelů, úplně ignoruje práva a zájmy dětí a dárců. Nezabývá se již existujícími velmi vážnými psychosociálními, právními a zdravotními problémy spojenými s asistovanou reprodukcí s dárcovstvím/náhradním mateřstvím, vyplývajícími z neexistence vazby dítěte ke genetickému/epigenetickému rodiči, ale přidává k nim ještě další velmi vážný problém: neexistenci psychosociálního rodiče (muže/otce tak de facto redukuje – s prominutím – na pytlík spermií). Bod c) návrhu je nutné zrušit.

Novela ignoruje zásadní změnu evropského pojetí ART. ART již totiž není vnímána pouze jako jednotlivý zdravotní výkon zaměřený na dosažení

těhotenství, ale stává se systémem dlouhodobé odpovědnosti státu vůči dárcům, příjemcům, osobám narozeným z darovaných gamet a jejich rodinám, a to po několik generací. Česká novela změnu nereflektuje.

Evropský posun odráží nové nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2024/1938 o standardech kvality a bezpečnosti pro látky lidského původu určené k použití u člověka (SoHO Regulation – má být do české legislativy implementováno do srpna 2027) [5], doporučení Rady Evropy k ochraně dárců gamet [6] i odborná doporučení Evropské společnosti pro lidskou reprodukci a embryologii (ESHRE) a International Infertility Counselling Organisation (IICO).

Rozšíření přístupu k asistované reprodukci je politické rozhodnutí. Odpovědnost za jeho dlouhodobé důsledky je rozhodnutím právním, medicínským a etickým. Česká republika musí nejprve prokázat, že je schopna tuto odpovědnost nést, a teprve poté rozhodovat o dalším rozšiřování systému.

Podrobnější zdůvodnění

Asistovaná reprodukce již není pouze zdravotní výkon

Po desetiletí byla pravidla ART zaměřena především na ochranu dárce a příjemkyně, dítě bylo chápáno jako výsledek úspěšné léčby. Současný evropský standard vychází z toho, že dárcovství gamet vytváří dlouhodobé vztahy a odpovědnost, které mohou přetrvávat po celý život několika generací. Dítě není úspěšným výsledkem léčby, ale vnímá se jako samostatný nositel práv a dlouhodobých zájmů.

Právní úprava proto musí řešit:

- dlouhodobou sledovatelnost darovaných gamet;
- bezpečné uchovávání a aktualizaci údajů po dobu odpovídající celoživotním potřebám dotčených osob;
- mechanismy předávání nově zjištěných zdravotně významných informací;
- přeshraniční spolupráci mezi centry asistované reprodukce, spermobankami a zdravotnickými zařízeními;
- genetické a psychosociální poradenství;
- ochranu dlouhodobých zájmů osob narozených z darovaných gamet.

Globalizace a pohyb pacientů za léčbou tomu dala další dimenzi.

Případ Donor 7069 ukázal systémový problém

Globálně dlouhodobě chybí dostatek dárců spermií i vajíček. Aby bylo možné uspokojit poptávku, jsou gamety jednoho dárce/dárkyně běžně používány opakovaně a prostřednictvím mezinárodních spermobank a eggbank distribuovány do řady center asistované reprodukce.

Obsah

Praxi zásadně ovlivnil případ označovaný jako Donor 7069 [7]. U dárce spermií byla až po mnoha letech identifikována závažná genetická predispozice, kterou tehdejší metody genetického vyšetření nebyly schopny zachytit. Sperma Donora 7069 bylo využito v desítkách klinik ve čtrnácti evropských zemích a vedlo nejméně ke dvěma stovkám narozených dětí. První podezření, že několik vzácných dětských nádorových onemocnění může souviset právě s jediným dárcem, se objevilo až po letech díky spolupráci klinických genetiků z několika států. V době, kdy byly jednotlivé případy propojeny, některé děti již měly diagnostikované zhoubné nádory, některé zemřely.

V klinické genetice je dohledávání biologických příbuzných osob se závažnou dědičnou predispozicí (cascade testing) považováno za standard péče. Evropský systém však nebyl připraven rychle propojit informace napříč státy a předat je dotčeným rodinám.

Bez evropských či globálních registrů a reportů se nelze obejít, se všemi jejich riziky.

Anonymitu nelze garantovat, pokud ji nelze fakticky zajistit

Jednou z nejvýznamnějších oblastí, kterou návrh novely nereflektuje, je otázka anonymity dárcovství gamet. Ta byla po dlouhou dobu vedena především v etické a psychosociální rovině. Zastánci anonymity, mezi něž jsem dlouhodobě patřila, zdůrazňovali ochranu soukromí dárce a stabilitu rodinných vztahů. Odpůrci upozorňovali na právo dítěte znát svůj biologický původ.

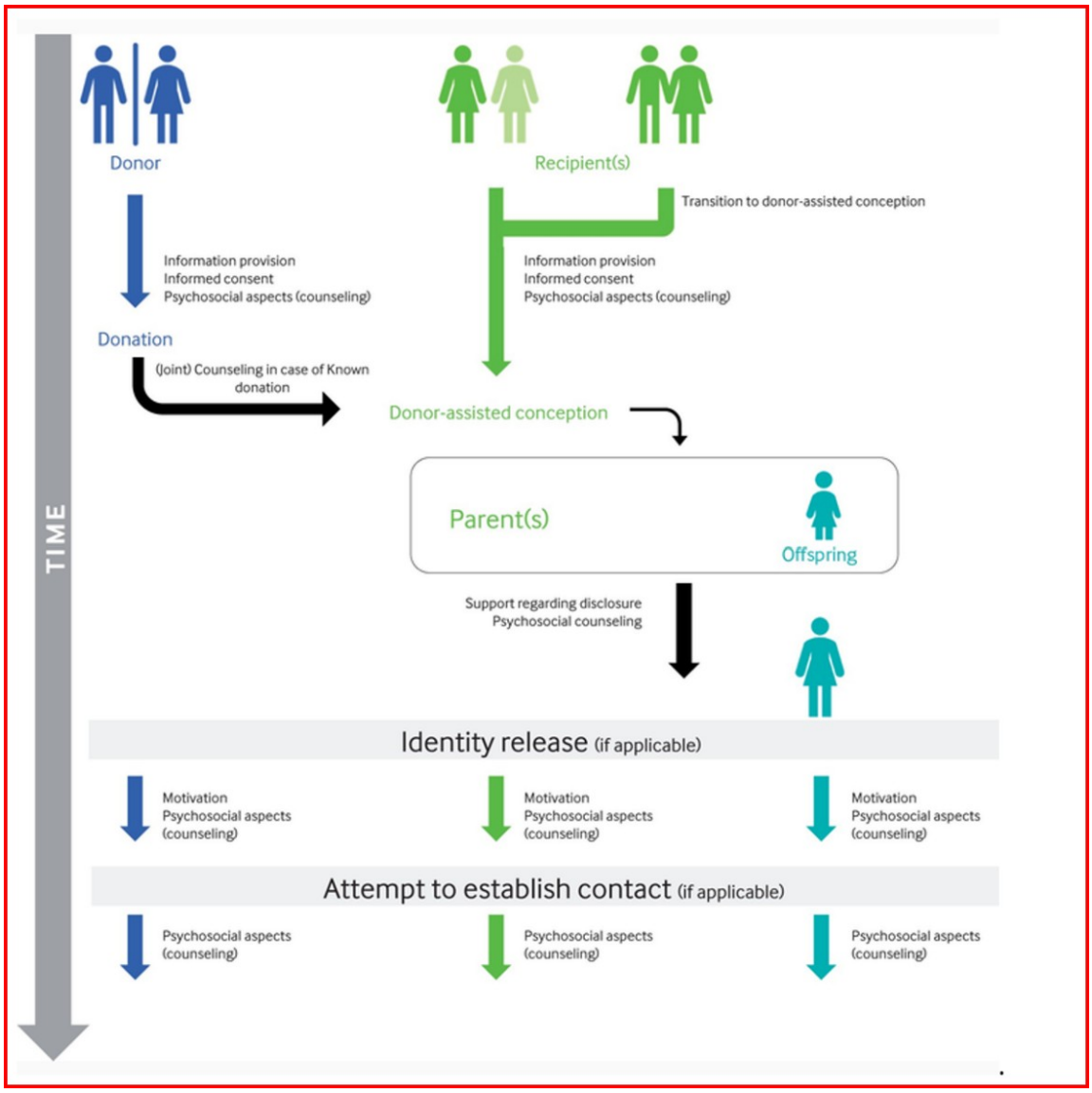
Tyto argumenty neztratily význam. Změnil se však svět, ve kterém jsou uplatňovány. Rozvoj komerčního genetického testování, genetické genealogie, rozsáhlých databází DNA a moderních bioinformatických metod způsobil zásadní změnu. Právně garantovaná anonymita je technologicky negarantovatelná, je tedy jen legislativním pokrytectvím.

Informovaný souhlas není podpis formuláře a poradenství není luxusní doplněk léčby

ART s dárcovstvím a náhradním mateřstvím vytváří důsledky trvající celý život pro všechny přímo zúčastněné i pro jejich rodiny. Informovaný souhlas proto nelze chápat jako jednorázový právní úkon před provedením zdravotního výkonu. Informované rozhodování musí zahrnovat porozumění dlouhodobým zdravotním, psychosociálním a právním důsledkům dárcovství (implications counselling). Tzv „health literacy“ je v současné době hlavní lidskoprávní zdravotnickou iniciativou (viz. Coalition on Health Literacy and Human Rights).

Zvláštní pozornost vyžadují osoby narozené z darovaných gamet. Tyto osoby informovaný souhlas dát nemohou, přesto právě jejich životy mohou být rozhodnutími dospělých osob nejvíce ovlivněny.

Evropský odborný garant ESHRE vyžaduje, aby všichni účastníci dárcovských programů měli přístup ke kvalitní psychosociální podpoře před léčbou, během ní i po narození dítěte [8] dle této časové osy.



Podobně se k tomu staví i nová doporučení Rady Evropy [6]: „Psychosociální a genetické poradenství by mělo být dárcům gamet nabízeno bezplatně, dle potřeby, nezávisle na lékařských informacích poskytnutých k informovanému souhlasu. Poradenství by se mělo zabývat potenciálním dopadem darování na blízkou rodinu dárce, …důsledky potenciálního kontaktu s potomky… Dárci a jejich rodiny by měli mít přístup k bezplatnému poradenství před, během a po kontaktu s potomky… Členské státy by měly stanovit minimální kvalifikaci a kompetence požadované od odborníků poskytujících psychosociální a genetické poradenství a zajistit jejich nezávislost na týmu (týmech) odpovědném za získání souhlasu a provádění postupů lékařsky asistované reprodukce.“

Obsah

Poradenství je součástí odpovědného systému ART. Musí být odborně kvalifikované, dostupné v potřebném rozsahu a nezávislé na týmu, který poskytuje samotnou léčbu. [9]

ZÁVĚR

Rozšiřování okruhu příjemců ART nevyhnutelně zvyšuje závislost systému na dárcovství gamet a na náhradním mateřství. Tím narůstají požadavky na sledovatelnost, předávání zdravotně významných informací, poradenství i dlouhodobou odpovědnost vůči všem dotčeným osobám. Globalizace, tedy cestování pacientů, gamet, náhradních matek a přeshraniční přesun takto vzniklých dětí, všechny požadavky umocňuje.

Česká republika je významnou světovou destinací pro procedury s darovanými vajíčky. V případě otevření přístupu k procedurám pro další skupiny lze očekávat značný nárůst zájmu i o cykly s darovanými spermiemi a s náhradním mateřstvím (ART pro single ženy mu vychází výrazně vstříc).

Rozšíření přístupu k asistované reprodukci je politické rozhodnutí. Odpovědnost za jeho dlouhodobé důsledky je však rozhodnutím právním, medicínským a etickým. Česká republika by měla nejprve prokázat, že je schopna tuto odpovědnost nést, a teprve poté rozhodovat o dalším rozšiřování systému.

ZÁKLADNÍ LITERATURA

[1] Připomínky k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb.“ z 8. dubna 2024, zaslané Ministerstvu zdravotnictví ČR (Identifikátor dokumentu: MZDRX01RRGP2), dostupné zde: https://www.zsf.jcu.cz/images/ZSF/veda-a-vyzkum/projekty/VystupyTL05000144_darcovstviCastiTelaCR/mezirezortni-rizeni-k-zakonu-373-o-spec-zdrav-sluz-2024final.pdf.

[2] Konečná, H., Valc, J., Hamplová, D., Veselská, R. (2026). Medicína místo partnera? Asistovaná reprodukce, anonymní dárcovství gamet a problematika single mateřství. ČZPB 7/2026.

[3] Konečná et al. (2025). Asistovaná reprodukce …před podpisem informovaného souhlasu. Axonite.

[4] Valc, J. (2025). Dárcovství pohlavních buněk. Etické a právní aspekty. Praha: Leges.

[5] NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2024/1938 ze dne 13. června 2024 o standardech kvality a bezpečnosti pro látky lidského původu určené k použití u člověka a o zrušení směrnic 2002/98/ES a 2004/23/ES (SoHO Regulation). Dostupné zde: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401938.

[6] CoE Recommendation CM/Rec(2026)10 of the Committee of Ministers to member States on establishing harmonised measures for the protection of third-party gamete donors, adopted by the Committee of Ministers on 17 June 2026. Dostupný zde: https://search.coe.int/cm/eng?i=09125948802c3016.

[7] Progress Educational Trust. Donor Conception and Genetic Disease: Lessons to Be Learned from Donor 7069. Online seminar, 24 June 2026.

[8] ESHRE Working Group on Reproductive Donation. Good practice recommendations for information provision for those involved in reproductive donation. HROpen. 2022. Dostupné zde: https://academic.oup.com/hropen/article/2022/1/hoac001/6528996.

[9] IICO Statement about Psychosocial Counselling and Professional Support related to involuntary childlessness, including Implications over the life-course, September 2024. Dostupné zde: https://www.iico-infertilitycounseling.org/wp-content/uploads/2024/09/IICO-Statement-about-Psychosocial-Counselling-and-Professional-Support-related-to-involuntary-childlessness-and-its-life-course-implications-September-2024.pdf.

Zpracovala doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D., 15. 7. 2026. Členka EK MZ ČR, členka Rady vlády pro lidská práva, členka Řídícího výboru pro lidská práva v oblasti biomedicíny a zdraví Rady Evropy (CDBIO). Kontakt: hkonecna@zsf.jcu.cz

Tento text doplňuje mé „Připomínky k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb.“ [1] z 8. dubna 2024, zaslané Ministerstvu zdravotnictví ČR (Identifikátor dokumentu: MZDRX01RRGP2). Podrobná odborná analýza „Medicína místo partnera? Asistovaná reprodukce, anonymní dárcovství gamet a problematika single mateřství.“ je publikována v červencovém vydání Časopisu zdravotnického práva a bioetiky [2], další odbornou analýzu má Etická komise Ministerstva zdravotnictví. Dále jsou k dispozici odborné monografie „Asistovaná reprodukce …před podpisem informovaného souhlasu“ (2025) [3] a Dárcovství pohlavních buněk. Etické a právní aspekty (2025) [4].

Do redakce přišlo 19. 7. 2026.
Do tisku zařazeno ihned pro naléhavost problematiky.
Konflikt zájmů autorky není znám.

Obsah

Radkin Honzák: Diskuse k připravované novele zákona o zdravotních službách

Ad: Mgr. Ing. Taťána Malá

Zmocněnkyně vlády pro lidská práva

Dotaz: Proč dáváte přednost právům na dítě před právy dítěte? Úmluva o právech dítěte (CRC, 1989) uvádí, že dítě má právo znát své rodiče? Jak v tomto případě má poznat biologického otce? Co když se single matka provdá a otčím bude upřednostňovat své potomky?

Děkuji za odpověď, kterou také zveřejním, stejně jako neodpověď v zákonné lhůtě.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
psychiatr Remedis, člen redakční rady časopisu Psychosom
V Praze 16. 8. 2026

Praha 31. srpna 2026 Číslo jednací: 32958-2026-UVCR Mgr. Ing. Taťána Malá zmocněnkyně vlády pro lidská práva

Vážený pane doktore, děkuji za Váš email. Je to dobrá příležitost o tématu debatovat, a proto Vám ráda níže zasílám mé odpovědi. Proč dáváte přednost právu na dítě před právy dítěte? Mým cílem je pomáhat všem rodinám a chránit při tom také samozřejmě práva dětí. Děti potřebují hlavně lásku a péči. To jim milující matka může dát stejně jako jiní rodiče. Situace, kdy dítě počne za pomoci asistované reprodukce žena bez partnera, je velmi podobná té, kdy dítě takto počne i pár muže a ženy v tom ohledu, že dítě se narodí rodiči, který své rodičovství bere vážně, s rozmyslem, podstupuje kvůli němu ne vždy lehký proces asistované reprodukce. Je to dítě velice chtěné, které přichází do rodiny, která si ho vymodlila a je na něj finančně a psychicky plně připravená.

Novela nijak nemění stávající práva dítěte znát svůj původ ani jiná práva dětí narozených za pomoci asistované reprodukce s darovanými gametami. Žádná stávající práva dětí nebudou ohrožena tím, že umožníme asistovanou reprodukci podstupovat také ženám bez partnera. Pokud je dítě stejně jako v případě páru muže a ženy chtěné, rodič je na jeho příchod připraven a jeho práva jsou chráněna stejnými právními mechanismy, nevidím důvod, proč by samotná absence partnera měla vést k závěru, že takové dítě je méně chráněné nebo že jeho narození není v jeho zájmu. Úmluva o právech dítěte (CRC, 1989) uvádí, že dítě má právo znát své rodiče? Jak v tomto případě má poznat biologického otce?

Umožnit ženám bez partnera počít dítě pomocí IVF není v rozporu s citovanou Úmluvou. Což dokládá mimo jiné i to, že země, které umožňují IVF ženám bez partnera, jsou zároveň signatáři Úmluvy. Přijetí nyní diskutované novely není

Obsah

porušením mezinárodních závazků České republiky plynoucích z této Úmluvy. Co se týká možnosti dítěte znát dárce gamet (Vašimi slovy „biologického otce“), ta je v České republice stejná, ať už se dítě narodí páru muž-žena, nebo ženě bez partnera. V tomto smyslu navrhovaná změna nic nemění na stávajícím systému asistované reprodukce v České republice. A k tomu, jak je právní ochrana dětí nastavena již dnes (i když toho se nyní diskutovaná novela netýká a nijak to nemění) mi dovolte uvést krátký komentář. Článek 7 odst. 1 Úmluvy hovoří o právu dítěte znát své rodiče „pokud je to možné“. Česká republika tento aspekt výkladu článku 7 opakovaně řešila v rámci dialogu s Výborem OSN pro práva dítěte. Ve své kombinované páté a šesté periodické zprávě z roku 2019 Výboru výslovně uvedla, že samotný text čl. 7 odst. 1 nevyžaduje, aby právní řád státu obsahoval absolutní právo tohoto typu, a že anonymní asistovaná reprodukce, při níž je zachována vzájemná anonymita mezi dárcem a darovaným, není s článkem 7 v rozporu. Současně Česká republika Úřad vlády České republiky nábřeží Edvarda Beneše 128/4, 118 00 Praha 1 T: +420 224 002 111, ID DS: trfaa33 1/2 vlada.gov.cz zdůraznila, že dítě má v souladu s vnitrostátní úpravou možnost získat klíčové informace o zdravotním stavu anonymního dárce, což garantuje ochranu jeho zdraví i genetické anamnézy.

Co když se singl matka provdá a otčím bude upřednostňovat své potomky? Vaše otázka předpokládá, že budoucí partnerské uspořádání matky představuje pro dítě specifické riziko. Obdobné situace však běžně vznikají i po rozpadu manželství či partnerství, kdy rodiče založí nové rodiny a společně v nich vyrůstají děti z různých vztahů. Riziko, že nový partner nebude přistupovat ke všem dětem stejně, tedy může nastat v jakékoli nově vzniklé rodině. Není specifické pro děti žen bez partnera, a proto nemůže být samo o sobě důvodem, proč těmto ženám přístup k asistované reprodukci neumožnit. Podobnou otázku bychom si také mohli klást i u každého páru, který podstupuje asistovanou reprodukci. I takové páry se rozcházejí a děti mohou vyrůstat s novými partnery svých rodičů. Nezakazujeme kvůli tomu asistovanou reprodukci párům, osvojení jednotlivcem (mužem, nebo ženou) a není tedy důvod jí kvůli tomu zakazovat ani ženám bez partnera.

Zároveň bych ráda zmínila, že existuje mnoho spokojených a šťastných rodin, kde partneři/partnerky rodičů milují děti, které spolu vychovávají, a které měli tito rodiče ještě předtím, než se současným partnerem/partnerkou potkali. Opět nad rámec nyní diskutované novely krátký komentář k tomu, jak systém právní ochrany dětí funguje i dnes (a novela na něm nic nemění). Podle čl. 27 odst. 2 Úmluvy o právech dítěte nesou základní odpovědnost za naplnění práva na životní úroveň nezbytnou pro jeho tělesný, duševní, duchovní, mravní a sociální rozvoj rodič(e) nebo jiné osoby, které se o dítě starají. Úmluva touto formulací výslovně předpokládá, že dítě může mít pouze jednoho právního rodiče, který je schopen nést tuto odpovědnost a také naplnit právo dítěte na adekvátní životní úroveň. Ochrana dítěte tedy před případným nerovným zacházením v rodině musí být zajišťována prostřednictvím právních nástrojů ochrany dětí a rodičovské odpovědnosti, nikoli automatickým neumožněním ženám bez partnera počít dítě pomocí asistované reprodukce.

S pozdravem Mgr. Ing. Taťána Malá Úřad vlády České republiky nábřeží Edvarda Beneše 128/4, 118 00 Praha 1 T: +420 224 002 111, ID DS: trfaa33 2/2 vlada.gov.cz

Odpověď R. Honzáka:

Ad: Mgr. Ing. Taťána Malá
zmocněnkyně vlády pro lidská práva
Číslo jednací: 32958-2026-UVCR

Souhrn:

Poděkování. Moje kvalifikace. Jak a zda dál v diskusi. Dítě bez otce je v pozici polosirotka od početí, což je biologicky i psychosociálně velmi znevýhodňující výchozí pozice. OSPOD v roli otce není jeho plnohodnotnou náhradou. Práva dítěte jsou tak ohrožena za všech okolností, dvojnásob pak v případě partnera matky, který by se také stal právním, psychosociálním, především ale biologickým otcem jeho sourozence. Navrhovaná právní úprava nepočítá s emocemi a rodinnými vazbami, které sice nejsou vidět, ale existují.

Milá a vážená paní magistro,

Děkuji za obsáhlou odpověď a ptám se, zda si přejete abych ji na blogu otiskl v celé délce, nebo zda byste souhlasila s autorizovaným zkráceným znění? Také je možnost shrnout celou následující diskusi, pokud mi ještě budete ochotná věnovat svůj vzácný čas (umím si představit, že opravdu ho nemáte nazbyt). Ptám se, zda si přejete, abych otiskl celou Vaši odpověď a také se ptám, zda máte čas a chuť na další diskusi. Kdyby se Vám obojího nedostávalo, nedivil bych se a zcela bych to pochopil.

Chcete, abych svou odvahu Vám napsat vypodložil svou kvalifikací. 30. 8. 2026 jsem uzavřel po 60 letech svou ambulantní praxi „liaison psychiatra“ v IKEM. Mezitím jsem také sloužil v IPVZ, po jeho rozpadu v Psychiatrické nemocnici Bohnicích. Déle, než osm let jsem si za socialismu přivydělával v manželské poradně, po roce 1989 jsem založil a deset let vedl na 1.LF UK Oddělení lékařské psychologie. Dvakrát jsem byl nominován do Centrální etické komise MZ a z titulu této funkce jsem se stal členem CAHBI ve Štrasburku a déle než čtyři roky zde spolupracoval na přípravách transplantačních zákonů zemí EU. Pro ministryni MZ, Mgr. PhDr. Danu Juráskovou jsem vypracoval materiál o surogátním mateřství. Působil jsem několik let v OSPODu MÚ Praha 6, takže znám problematiku z praxe zblízka, řešili jsme případy, které nezvládl OSPOD nižší úrovně.

Obsah

Dovolte mi oponovat některým argumentům (v pořadí uvedeném ve Vaší odpovědi):

1. Uvádíte: Novela nijak nemění stávající práva dítěte znát svůj původ ani jiná práva dětí narozených za pomoci asistované reprodukce s darovanými gametami. Žádná stávající práva dětí nebudou ohrožena tím, že umožníme asistovanou reprodukci podstupovat také ženám bez partnera.

Namítám: Dítě narozené z umělého oplodnění partnerské dvojici má v kolonce OTEC jméno svého adoptivního otce, který se stal otcem de iure. Je to prastarý zvyk od Hectora, statečného obránce bájné, leč skutečné Tróje, přes antický Řím až po moderní dobu. Být matkou se jevilo dlouho samozřejmé, být otcem bylo do jisté míry právním aktem. Máme tu sice adopce homosexuálními páry, máme pak ale také výpovědi jejich dospělých dětí o doslova příšerném dětství. Vím, že se leccos časem stane zvykem, viz král Lávra, ale v tomto případě vyrůstá populace ještě křehčí než generace Z. Koho bude mít takové dítě uvedeno jako otce? Jakými dávkami bude přispívat stát a jak pojišťovny? Bude-li to ve stejné úrovni, v jaké jsou dosud příspěvky na péči hrazené ze sociálního a zdravotního pojištění při domácí péči, bude to celkem na méně než na životní minimum. Co když přijdou mimořádné výdaje, nemoc dítěte, nemoc matky nebo nové požadavky v pracovní oblasti? Jak dalece bude ošetřena (prověřena) anamnéza matky, třeba na sociálních sítích. Jako kdysi autor vznikajících webových stránek Psychologie.cz, mám dodnes vstup zdarma. Došel jsem na jednu diskusi, kde se tazatelka (volně do éteru) ptala, co si má počít, když je jí 39 let, zda si má ještě rok užívat a pak si pořídit dítě, nebo se o to snažit už teď? Když jsem napsal, že dítě není komodita a že takové osobě bych nesvěřil do péče ani křečka, sesypalo se na mě hejno, že jsem byl rád, že nejsem na dostřel. Jako psychiatr si také bohužel dobře umím představit osud single matky s dítětem v péči OSPODu. Nejednou jsem v takových případech měl možnost řešit nikoliv péči, ale šikanu. Tak chutná moc! Zejména v rukou, či spíše doslova v rukách těch, kteří a které představují nejslabší články řetězu pomoci.

2. Uvádíte: Článek 7 odst. 1 Úmluvy hovoří o právu dítěte znát své rodiče „pokud je to možné“. Česká republika tento aspekt výkladu článku 7 opakovaně řešila v rámci dialogu s Výborem OSN pro práva dítěte.

Komentář: Tyhle dodatky silně připomínají Orwellovu Farmu zvířat. Když se vyděšená zvířátka přišla podívat na Sedm přikázání napsaných na vratech stodoly, zjistila sice, že žádné zvíře nesmí spát v posteli, ale s dodatkem s peřinami. Nakonec, jak známo, všechna zvířata si byla rovna, ale některá rovnější. Předpokládanou rovnost single matky s dítětem s párovým uspořádáním rodiny, která dítě touto cestou získá, vidím problematickou a nevýhodnější především pro dítě. Jsem psychiatr s praxí a znám to. Jde mi o to nezohledňovat jen předpisy, paragrafy a články, ale přihlédnout ke každodenní praxi, kterou musíte ve své pozici dobře znát také. Představa, že když dojde k zádrhelu u single matky, „o dítě se postará širší rodina“, je z říše pohádek a zaměstnanci dětských domovů rádi podrží chod svých podniků!

3. Uvádíte: Vaše otázka předpokládá, že budoucí partnerské uspořádání matky představuje pro dítě specifické riziko. Obdobné situace však běžně vznikají i po rozpadu manželství či partnerství, kdy rodiče založí nové rodiny a společně v nich vyrůstají děti z různých vztahů.

Námitka: Podle mého názoru je rozdíl, jestli po rozchodu zůstává dítěti otec, který je ochoten hájit jeho práva v možném útisku novým partnerem matky (ani to není vždy jednoznačné za existence otce, viz otcem protěžovaný a rozmazlovaný Václav IV., od dvou let polosirotek bez matky a Zikmund Lucemburský s rodnou matkou Alžbětou Pomořanskou a jejich vývoj). Chápu, že příroda je bytostně nastavena tak, aby vždy chránila dítě matka, když otec zahyne, nebo programově není, protože matka dítě ochrání a vypiplá, kdežto s otcem by mládě nepřežilo. Máme tu ovšem také kukaččí vejce jako doklad úspěšné adopce úplného cizince. Takzvané „patchtworkové rodiny“ jsou zoufalým pokusem, který posléze na kongresech demonstrují rodinní terapeuti. Kromě péče a dominance, je třeba počítat i s loajalitou dětí k rodiči (rodičům). Člověk, byť je živočichem, se přírodě napůl, jen napůl vymknul. František Koukolík je sice patolog, ale na základě svého bohatého souboru informací správně konstatoval, že jsou to emoce, která s člověkem primárně hýbou. Sociální a právní vědy to dosud nevzaly na vědomí. Vědí to psychiatři (někteří) a psychologové (dnes už i kognitivní). Biologický otec bude preferovat své dítě minimálně do tří let jeho věku, dokud má tu větší hlavičku a je roztomilé. Tak mu velí příroda. Na druhé straně pro dítě často je méně než „nic“. Mohou pak nastat problémy s rolemi, s autoritou a vymáháním poslušnosti, nikoliv pravidel. Moje šedesátiletá zkušenost mi dává oprávnění nevěřit, že ochrana dítěte tedy před případným nerovným zacházením v rodině bude zajištěna prostřednictvím právních nástrojů ochrany dětí. Viděl jsem práci některých OSPODů a zažil pacienty z dětských domovů.

Děkuji Vám za pozornost a těším se na Vaši laskavou odpověď. Přinejmenším k publikování.

Vaší odpovědi, což jsem uváděl ve svém dotazu.

Radkin Honzák s pozdravy a s úctou

Do redakce přišlo po uzávěrce 13. 9. 2026
K tisku zařazeno ihned.
Konflikt zájmů autora není znám.

Obsah

PAVEL ČEPICKÝ: KDY JE ETICKÉ DÍTĚ NEKOJIT?

Magdalena Bonacker Jakešová uveřejnila v Psychosomu docela interesantní text s provokativní otázkou „Za jakých okolností je etické dítě nekojit?“

Nejdřív otázku odpovím a pak tu odpověď trochu rozvedu. Chápejte to spíš jako esej než jako pokus o vědecký text. Kojením jsem se nikdy nezabýval do takové hloubky, abych si dělal výpisky z literatury a archivoval je, mohu se opřít víceméně jen o paměť, nikoli o citace z literatury. A dohledávat je by vyžadovalo úsilí, myslím, že nepřiměřené výsledku.

Takže nejdřív ta odpověď:

Etické je nekojit ve všech případech, kdy žena z jakéhokoli důvodu či jakékoli příčiny kojit nemůže nebo nechce.

Jsem si vědom, že v dnešní atmosféře je pro mnohé tato věta poněkud provokativní, a už v 90. letech jsem si vyslovením něčeho podobného způsobil jisté nepříjemnosti (budiž zde zmíněn zvěčnělý neonatolog Karel Vízek, který to tenkrát podepsal se mnou, a protože to byl neonatolog, schytal to ještě víc než já).

Nechme prozatím stranou etiku, obraťme se nejdřív k historii, pak k příznivým (eventuálně i nepříznivým) zdravotním následkům kojení. Nakonec se vrátím k dysforické ejekci mléka (D-MER), která byla podnětem autorce k sepsání její úvahy.

HISTORIE

Historie kojení, respektive spíš výživy novorozence a kojence v naší kultuře je dosti málo známá a překvapivě kontroverzní. Vyšel o tom dlouhý souborný referát z pera jistého L. G. Deruisseau v časopisu Měsíčník Ciba, v čísle 3 ročníku 7 (1940). Nevím, dá-li se to sehnat jinde než v mé osobní knihovně, a kde. Sepsal jsem z toho výtah a umístil ho na svou internetovou stránku (kterou píšu víceméně sám pro sebe, nejspíš ji nikdo nečte). Má to adresu www.lealomecka.cz a (zajímá-li vás to), najdete to v rubrice Blog Ley Lomecké 2025 – Kojení a výživa novorozence v minulosti (14. července 2025).

Tak tedy, antika věřila, že mateřské mléko je pro novorozence nepoživatelné, nebo při nejmenším nevhodné. Pokud někdo kojení doporučoval, tak to nebyli lékaři a důvody nebyly biologické, nýbrž mravní. Caesar chválí galské ženy, že kojí své děti, podobně Tacitus chválí Germánky. Po zániku říše římské barbarské národy své děti kojily. Ale časem to mizelo. V XV. století už

převažují kojné. O nějakých sto let později doporučuje kojení Erasmus Rotterdamský a také Jan Amos Komenský (ten je velmi radikální, matky, jež nekojí, nazývá vražednicemi). Stoupenci kojení se postupně začínají objevovat i mezi lékaři (autor uvádí Laurenta Jouberta, lékaře francouzské královny Luisy Lotrinské, a španělského dvorního lékaře Juana Gutierreze de Godoy).

Zlom v přístupu ke kojení přineslo vydání románu Jeana-Jacquese Rousseau *Emile čili O výchově* roku 1762 (český překlad Antonína Krecara s názvem Emil čili o vychování vydali v Přerově Bayer a Smutný 1907). Rousseau chce z hlediska mravního přetvořit celý rodinný život, základem je kojení a výchova kojence. Po vydání románu najednou všechny matky chtěly kojit. Výsledek byl poněkud překvapivý: úmrtnost kojenců se zvýšila. Autor to vysvětluje tím, že matky z vyšších vrstev se ani při kojení nechtěly vzdát svých radovánek, stalo se módou kojit i během hlučných zábav.

Kojenci se už od starověku přikrmovali kaší, a to už od druhého měsíce a zřejmě dost nešetrně. Johannes Muralt (1645–1733) varuje, „aby se novorozenému dítě nenacpalo kaše do krku, až se začne kuckat“.

Děti se odstavovaly v antice v druhém roce, později po roce, v XIX. století se prosazoval názor odstavit, když začnou prořezávat zuby.

Příznivé a nepříznivé důsledky kojení

Pro matku uvádí autorka, že pokud by se každá matka rozhodla své dítě předčasně odstavit, narostla by incidence karcinomu prsu. To je tvrzení dosti odvážné. Je pravda, že se vcelku uznává, že kojení riziko pozdějšího vývoje karcinomu prsu snižuje, ale jde spíš o (nepříliš silnou) korelaci zatíženou četnými intervenujícími proměnnými, než o vědecky prokázanou příčinnou souvislost (už jenom otázka, do jaké míry má ochranný vliv samo těhotenství, vzpomínám na studii, že riziko snižuje dokonce i interrupce). Kromě toho riziko karcinomu prsu (jak pokles výskytu, tak vzestup) je ovlivněno kdejakým jiným faktorem, což význam kojení relativizuje.

Naproti tomu má kojení i svá rizika, jak somatická, tak psychosociální. Kojení urychluje rozvoj osteopenie a osteoporózy. Je pravda, že se tvrdí, že kostní hmota se po skončení kojení časem upraví, ale studie o vlivu dlouhodobého a opakovaného kojení nejsou. A už vůbec nejsou studie o vlivu kojení u žen vyššího věku, kde brzy po skončení kojení následuje postmenopauza, která sama výrazně zrychluje rozvoj osteoporózy. Z psychosociálních rizik zmíním vliv na sexualitu, jak vlivem faktorů biologických (všechny stavy se zvýšenou hladinou prolaktinu snižují sexuální apetenci a aktivitu), tak i psychodynamických (zmatení vnímání ženy jako sexuálního objektu a jako matky).

Obsah

Mezi zdravotní rizika kojení jistě patří i puerperální mastitis, včetně svých komplikací. Tu ve velké většině případů způsobuje *St. aureus*, který do prsu pronikl při kojení z nosohltanu dítěte.

Z hlediska dítěte autorka uvádí vyšší riziko obezity a diabetu. Zase – nejde o prokázanou kauzalitu, ale o dosti slabou korelaci zatíženou vlivem intervenujících proměnných. Namátkou třeba: vyšší riziko obezity a diabetu se uvádí u dětí porozených císařským řezem. Ovšem matky po porodu císařským řezem kojí méně než matky po porodu spontánním. Sám kladu málo ventilovanou otázku významu přenosu v tuku rozpustných xenobiotik, např. polychlorovaných bifenylů. Ty se z těla vylučují pouze mlékem. Neudiví, že jejich koncentrace v mléku ženy, která je 40 let střádala, je výrazně vyšší než v mléku kravském (kráva se jich mlékem zbavuje kontinuálně).

Autorka uvádí (a zřejmě akceptuje), že podle doporučení WHO by matka měla kojit do dvou let dítěte (a že mateřské mléko je ze zdravotního hlediska to nejlepší, co může novorozenec dostat). Vzpomínám, že někdy v 80. letech, kdy se začaly objevovat první HIV-pozitivní těhotné a účinná antiretrovirová terapie ještě nebyla, se diskutovala otázka, zda tyto ženy mají nebo nemají kojit (kojení je provázeno rizikem přenosu HIV, i když ne příliš vysokým). Výsledné doporučení bylo asi takové: V rozvojových zemích rozhodně kojit, v západní kultuře rozhodně nekojit. Vysvětlení: V rozvojových zemích je umělá výživa provázená problémy, které souvisejí s dostupností, skladováním a přípravou. Kromě toho tu může hrát roli i pozitivní vliv kojení na imunitu novorozence. To převyšuje malé riziko přenosu HIV. V západních zemích je umělá strava zcela bezpečná a prakticky plnohodnotná, eliminace možného přenosu HIV je jistě důležitější.

Co tím chci říci. Jestli pro někoho doporučení WHO není určeno, je to Česká republika (to ostatně platí pro všechna „porodnická“ doporučení WHO). Pro WHO jsme naprosto nezajímavá a z hlediska dětské úmrtnosti naprosto nevýznamná země. Novorozenecká a dětská úmrtnost u nás patří k nejnižším na světě. Není důvod měnit zavedené zvyklosti.

A margo. Nikde se neuvádí, a ani autorka neuvádí, co sám pokládám za hlavní výhodu kojení proti umělé stravě. Je to prostě pohodlnější. Pláče-li dítě, je jistě jednodušší vytáhnout prs než začít vyvářet lahvičky.

K dysforické ejekci mléka (D-MER)

Neznal jsem to, omluvou mi budiž, že v době, kdy jsem se zabýval porodnickou psychosomatikou, to ještě nebylo popsáno. V tomto smyslu autorce děkuji za poučení.

Jinak ovšem k nabízeným vysvětlením mám mnoho výhrad či dotazů, spíš z hlediska gynekologické endokrinologie než z hlediska kojení (autorka uvádí, že dysforie je přítomna při jakékoli sekreci mléka, nejenom při kojení).

Ejekci mléka způsobuje oxytocin. Lze ji vyvolat nejenom reflexně drážděním bradavek, ale i intranazální nebo intravenózní aplikací oxytocinu, nebo třeba orgasmem, který je rovněž spouštěn oxytocinem. Ale vliv oxytocinu na D-MER autorka popírá. Je pravda, že u kojících žen je hladina prolaktinu zvýšená (ne pořád, časem klesá, zatímco produkce i ejekce mléka zůstává – proto taky časem i kojící žena může menstruovat a otěhotnět). Je taky pravda, že hlavní regulační mechanismus prolaktinu je „prolaktin inhibující faktor" dopamin, zatímco vliv „prolaktin stimulujících faktorů" (na prvním místě thyreoliberinu) je výrazně upozaděn. Při vzestupu prolaktinu během sání dítěte hraje významnou roli vzestup betaendorfinu. A tak dál. Nicméně snaha o vysvětlení D-MER těmito faktory mi připadá příliš násilná. I když obecně se (na rozdíl od mých mladých let) jen dost nerad uchyluji k psychologickým, psychodynamickým a psychosomatickým spekulacím – tady bych asi příčinu hledal spíš zde.

Kladu ještě otázku, jak je to s D-MER u galaktorey způsobené jinými faktory, než je kojení, počínaje psychogenní hyperprolaktinemií (v české literatuře někdy jako Nuñesův syndrom) a–s odbočkou k farmakologicky vyvolané hyperprolaktinemii–až k prolaktinomu. Koneckonců galaktorea se někdy objevuje už v těhotenství.

K FILOSOFICKÉMU POZADÍ OTÁZKY, KTEROU SI NA ZAČÁTKU KLADE AUTORKA

Přečetl jsem si to se zájmem (a s potěšením), ale tak trochu mi připadá, že autorka jde s kanonem na vrabce. Problematika žen, které nemohou nebo nechtějí kojit (důvodů je mnohem víc než dysforická ejekce, z těch nejjednodušších a nejsomatičtějších třeba ragády bradavek), není ani tak složitá, ani tak důležitá, aby si filosofický rozbor zasloužila. Tím spíš, že těmto ženám lze bez prokazatelných zdravotních negativ (jak na straně její, tak na straně kojence) vyhovět.

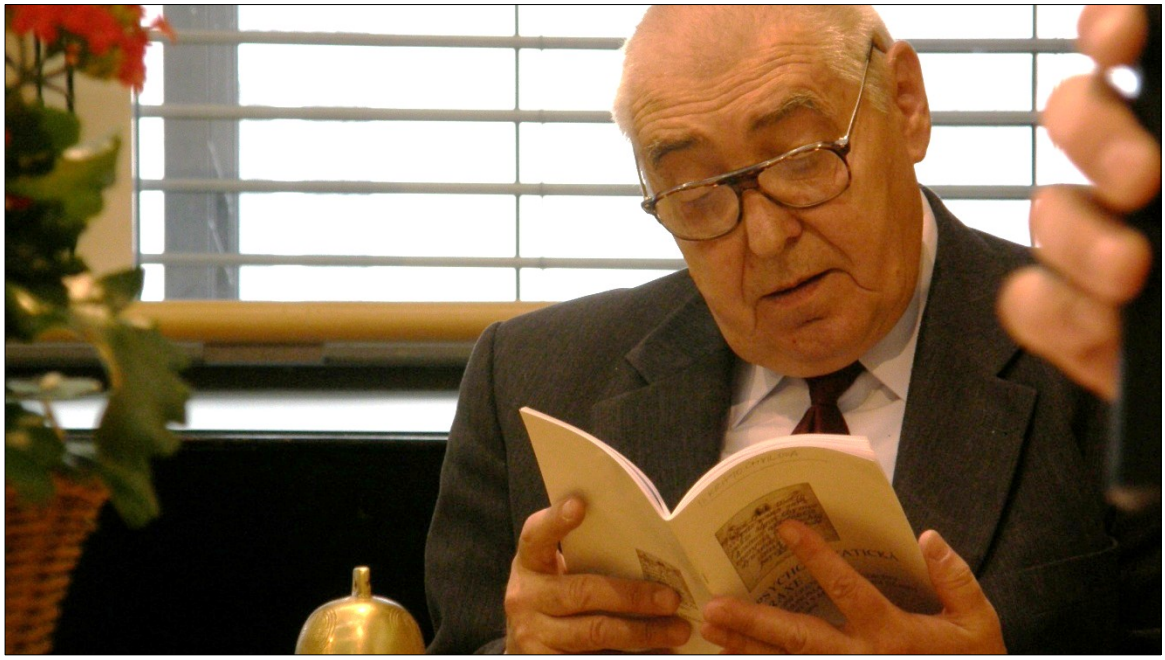
Kromě toho zcela opomíjíme nemalou skupinu žen, které příznivé podmínky pro kojení prostě nemají (příčinou může být např. hypogalaktie nebo vpáčené bradavky, ale i zcela subjektivní důvody, jako užívání některých farmak, „která by miminku mohla ublížit"), přesto však pod vlivem mediální masáže chtějí kojit za každou cenu, protože „to miminku musí poskytnout". Komplikace (a nepohodlí) spojené v jejich případě s kojením je někdy zcela devastují psychicky a tu a tam i fyzicky. Viděl jsem u takové ženy rozsáhlý chronický absces prsu, který prs prakticky zcela vyplňoval – kojila jen z jednoho prsu, protože z toho postiženého to nešlo.

MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc.
Městská poliklinika Praha

Obsah

Do redakce přišlo 4. 8. 2026.
K tisku zařazeno 15. 8. 2026.
Konflikt zájmů není znám.

Recenze



10 CHVÁLA V: RADKIN KDYSI DÁVNO…

Radkin Honzák: Pavel Hénik, Andrea Efremová – O křehkosti dětské duše. Talk, Praha, 2026

Milé a vážené čtenářky, milí a vážení čtenáři,

rukopis této knihy, která se vám právě dostává do ruky, ve mně vzbudil a rozproudil velkou radost. Přistál mi totiž v počítači ve chvíli, kdy po šedesáti letech končím, a konec práce není nic, co si doktor přeje a co ho láká. V těch sentimentálních chvílích mě potěšilo, že nekončí to, na čem jsem po celou dobu pracoval, a to je srozumitelná komunikace. Vedle sebepoznání, kvalitních znalostí a empatie je to základ našeho řemesla. Myslím si totiž, stejně jako Karel Čapek, že dobře odvedená lékařská práce je poctivým řemeslem provozovaným s láskou, péčí a trochou štěstí.

Těší mě sledovat, jak se z úplného začátečníka stává učeň a z něj nakonec mistr. Andrea byla nadaná učnice a od samého počátku byla trpělivá, což jsem obdivoval. Odcházela z ordinace na chodbu posedět nebo pokecat se sestrami (to je taky důležité, protože sestra dostane jiný typ informací než doktor), když pacienti chtěli být se mnou o samotě, a zjevovala se v ambulanci i během prázdnin. Její vztah k psychiatrii byl nadšený. Byla vždy radostná, nikdy jsem ji neviděl zachmuřenou, a pokud byla smutná, v ordinaci perfektně a na učnici obdivuhodně profesionálně dokázala závěs smutku odhodit. Byla otevřená

Obsah

k novému, někdy zcela nečekanému poznání a učila se novým věcem s hravostí štěněte. Potkávám ji po letech nezměněnou, tentokrát v mistrovské kategorii.

Text, který na vás čeká, je vynikajícím průvodcem o problémech dětí a dospívajících, průvodcem analytickým, humanistickým, srozumitelným a přesným. Na úvodní autobiografické odstavce, které nadmuly hrdostí můj hrudní košík, navazuje plynule bez oslích můstků lidské vysvětlení (tím, že zdůrazňuji, že když je to pro lidi, neznamená to, že by si to neměli přečíst také doktorky a doktoři jiných specializací), jak se to má s dítětem v jeho psychosomaticko-sociální úrovní během dobrého i méně šťastného vývoje. Pro tápající také osvětlení, co zastane psycholog, co psychiatr a kdo je kvalifikovaný psychoterapeut.

Líbí se mi autorčin postoj k mateřství a k rodině, jejž určitě kritici zleva označí za konzervativní. Mám za to, že je nejen rozumný, ale také moudrý. Konzervativní totiž neznamená zastaralý. Ony příliš rychlé skoky v postojích k problematice vývoje a výchovy se s odstupem času jeví vždy jako unáhlené, to v lepším případě, nebo spíš ke škodě všech. Systém „jesle a Nestlé“ se neosvědčil, a podepsal se na jedné kohortě dětí velmi negativně. Současný stav demografického vývoje, porodnosti a rozvodovosti duševnímu zdraví dětí neprospívá.

Člověk se přes všechny své snahy přece jen nevymknul přírodě a dítě do jistého věku potřebuje matku, a ta potřebuje zázemí. Matky samoživitelky zde byly – v důsledku věčného válčení – vždycky a příroda vybavila samičky schopností přežít a vychovat mláďata. To samec, s výjimkou ryby koljušky a několika dalších podivuhodných tvorů, sám nikdy nesvede a potomstvo vymírá. Tyhle matky to však mají obtížnější. Jejich děti také, proto potřebují dobrou radu a dostupnou pomoc.

Jsem stejně jako Andrea toho názoru, že střídavá péče není v zájmu dítěte, naopak že je zločinem sobeckých rodičů a celého systému. Šalamoun, který si nechal přinést meč a nabídl rozetnutí dítěte vpůli, byl ve srovnání s dnešními soudy humanista. Text popisuje úskalí dítěte v rozhádané rodině a na zvídavé dotazy po řešení autorka odpovídá rozumně a bez vytáček. Co na ní obdivuji, a co postrádá většina doktorů, je, že umí říct nevím, aniž ztratí tvář.

Průvodce konkrétními zdravotními problémy není návštěvou mauzolea, ani zoologické zahrady s klecemi diagnóz, ale neuhýbajícím, jasným, srozumitelným vysvětlení, v čem je podstata utrpení, kterému říkáme nemoc, v psychiatrii porucha. Nelamentuje, negeneralizuje, předkládá realitu bez příkras, a řekl bych že něžně, aniž to ubírá na syrovosti problému.

Je to dobré čtení i pro ty, kteří/které o problémy s dětmi nezavadí, ani takové sami/samy neměli/y. Tahle věta má upozornit na citlivé zpracování problému označeného jako „pohlaví a gender“. Teď už mohu zakončit s využitím standardních gramatických zvyklostí. Stejně dobře jako gender je zpracováno i téma obrazovek, mobilních telefonů a sociálních sítí, včetně doporučení, co dělat, když se jejich užívání příliš rozbují.

Velkou výhodou knihy je, že se velice dobře čte. Na tom má svou nezpochybnitelnou zásluhu dobře připravený tazatel Pavel Hénik. Ten má za sebou úspěšnou literární tvorbu a je to znát. Nicméně Andrea má smysl pro plynulou řeč, dobře postavenou větu, a navíc vzácný dar: umí dát textu duši.

Přeju vám stejný zážitek z četby, jako jsem měl já!

31. 7. 2026 Radkin Honzák – opravdu velmi starý psychiatr. Odkaz: (vyjde 29.10.2026)

VZDĚLÁVÁNÍ



11 V.CHVÁLA: JAN POPNEŠICKÝ KDYSI DÁVNO

JAN PONĚŠICKÝ: PSYCHOSOMATIKA MEZI TEORIÍ STRESU A PSYCHODYNAMIKOU

Adaptace na stresovou situaci má dva póly, přičemž se stává patologickou, pakliže jeden pól extrémně převažuje.

Buď jde o akomodaci, přizpůsobení vlastního jednání, resp. lze hovořit o manipulaci vlastní osobností, vlastního sebeprožívání, jakousi sebe-deformaci (tak úžasná je naše svoboda), což je typické u neurotických a psychosomatických poruch, anebo o asimilaci, o přizpůsobení (až jeho

Obsah

znásilnění) okolí sobě samému, tak jako to vídáme u poruch osobnosti, zejména u asociální, hraniční a narcistické poruše.

Psychopatologie stresu je všeobecně známa (Poněšický, 2021). Dlouho jsem si neuvědomoval, že stres přispívá k rozvoji nemocí nejen proto, že udržuje člověka ve stavu psychofyzického napětí a že narušuje naší imunologickou obranyschopnost, nýbrž i proto, že dochází k energetickému vyčerpání. K tomu poznámka: je zajímavé, že i terapeutický postoj ke stresu má dvě stránky, jednak je třeba porozumět jeho příčinám a dle toho se jinak chovat, jednak pracuje psychoterapie na ovlivnění energetické stránky, počínajíc relaxacemi přes fyzioterapeutická cvičení až po abreaktivní postupy. Chronická aktivace sympatikoergního systému blokuje funkci parasympatiku s jeho regeneračním vlivem s možností restituce, relaxace a odpočinku.

Jak uvedu na kazuistickém příkladu, je stres zpravidla podmíněn naším nerealistickým postojem, přesvědčeními, a zejména nároky, které na sebe klademe, což má za následek jejich nesplnění až k pocitu selhání, tudíž stres. Realita prostě neodpovídá našim očekáváním a přáním. Tyto nároky se samozřejmě liší dle typu (poruchy) osobnosti, což by vyžadovalo další přednášku. Pouze stručně: Pacient s hraniční poruchou osobnosti „musí“ bojovat a zvítězit, jediná jiná alternativa je porážka. Narcista „musí“ ze svého pohledu udržovat převahu co se týče ceny jeho osobnosti, jinak je nic, nikdo. Člověk s depresivní osobnostní strukturou je stále ve stresu, neboť nedostává dostatek lásky, přesto že se obětuje, podřizuje či slouží. U perfekcionisty i nutkavého neurotika musí být vše perfektní, logické a bezchybné, nic se nesmí vymknout kontrole, zvláště afektivní pohnutky, jinak ztratí sebeovládání a propadne se do chaosu.

Je mi jasné, že nelze život stejně jako naše pacienty škatulkovat. Předložím raději krátkou kazuistiku pod zorným úhlem stresu a reakce, adaptace na něj. Jde o relativně častou problematiku právě u pacientů s psychosomatickými obtížemi.

Pacient (62) přichází do psychosomatické kliniky s tím, že se náhle, bez zjevné příčiny dostane do depresivního stavu nemohoucnosti, apatie a únavy, a nezbývá mu nic než čekat, kdy tomu bude konec, většinou za 2 až 3 týdny. Dosavadní psychoterapeutické i psychiatrické terapie skončily bezvýsledně. On sám tomu nerozumí, má velmi dobré vztahy se svými třemi dětmi i s manželkou, jen sex pokulhává a během těch depresivních fází na něj nemá chuť. Teprve na otázku terapeuta udává bolesti, zvl. zad.

Anamnesticky líčí surového otce, který svou manželku i syny často mlátil a dehonestoval. V jeho zahradnictví musel již jako dítě pracovat a byl stále peskován. Matka se ho bála zastat, snažila se jen otce nedráždit. „Můj život začal po opuštění domova“, dodává pacient. Udělal si maturitu a vystudoval na inženýra, dotáhl to až do vedoucí pozice v hlavním městě. V posledních letech byl dvakrát diagnostikován burn-out, před dvěma lety dostal invalidní důchod.

Pod jakým tlakem, stresem se celý život nacházel a jak se na to adaptoval?

Již od dětství se musel snažit podávat bezchybný výkon, jehož druhou stranou byl i neustálý stres, strach ze selhání. Zadruhé musí neustále bojovat proti agresivním impulzům-opět vůči otci–s přáním alespoň pasivního protestu, nic nedělat či se „ulejt“. Již v dětství si umínil být podstatně jiný, než byl jeho otec, a tak není divu, že ho terapeutka shledala velmi sympatickým, byť poněkud měkkým. Neudivuje, že si dělal léta výčitky, že dal své dceři jednou pohlavek.

Jak zapadají do této problematiky bolesti i stavy bezvládnosti?

Myšlenky, vzpomínky a tím méně emoce se nedají zcela kontrolovat. V případě našeho pacienta to jsou skutečné či možné výčitky za agresivní pohnutky, za hrozbu nepodat (hlavně jím) očekávaný výkon a projevit se jako slabý, který selhává. To vše znamená stres vedoucí k napětí s možností psychofyzického vyčerpání, na což si pacient stěžuje. Jak dosáhnout opětné homeostázy, vnitřního klidu? Sebepotrestáním ve formě bolestí, což je zvláště pochopitelné u člověka, který byl často trestán. A jistou pohodu si dopřeje i připuštěním nicnedělání ve formě depresivních stavů, tedy nemoci (ne-moci), tu mu nemůže nikdo (a on sám též) vyčítat. (Parasympatikus se hlásí o slovo).

Terapeutka představila tohoto pacienta v balintovské skupině, poněvadž se cítila v terapeutické interakci bezmocná. Právě to by se mělo stát příštím terapeutickým fokusem, neboť to zrcadlí společný odpor proti možné konfrontaci (jak by si to mohla dovolit k tak slušnému a trpícímu pacientovi?!). Zároveň nechá pacient tímto interakčním způsobem zakusit terapeutce to, čím trpí, problémem bezmoci. Terapeutka by neměla jako on sám proti bezmoci bojovat (s nárokem, že musí být kompetentní), ani nemít špatné svědomí, nýbrž jí připustit a tento problém tematizovat. Stejně jako motivujeme pacienta dát dost prostoru jeho utrpení (na rozdíl od běžné medicíny) bychom si měli poskytnout dostatečný prostor pro naše potíže.

To je pro obě strany obtížné, zejména pro pacienta je to spojeno s celou jeho minulostí, s jeho strachy. Znovu se musí terapeut spolehnout na svou empatii a odhadnout, zda by mohlo pacientovi pomoct porozumění jeho minulosti, zejména to, že tehdy, v dětství byl bezbranně vystaven negativnímu vlivu svých rodičů a neměl možnost se bránit. Adaptace, zvl. na traumatické situace, byť jakákoli, měla na svém počátku sebezáchovnou funkci. To může přetrvávat po celý život a realizuje se to i v nosné struktuře vlastní osobnosti. Onen pacient byl hrdý na to, jak je hodný, jiný než jeho otec. Pomohla by emocionální konfrontace a poté smíření s ním, i když už jeho otec nežije? Je tento pacient na to již připraven a terapeutický vztah dostatečně spolehlivý?

Jiná otázka je, proč reaguje někdo neurotickým symptomem, určitým maladaptivním chováním či psychosomatickým onemocněním. Nemalou roli v tom hraje nevědomá nápodoba. Tak se rozčílila jedna pacientka na věčně stonající maminku, která jí řekla poté co se její bratr psychicky zhroutil a ona se psychoterapeuticky léčila z deprese, že to mají v rodině. Adaptace každého (rozdílného) dítěte na jedinečné rodinné poměry je vždy samozřejmě individuálně odlišná.

Obsah

To je nejčastější případ, že se člověk může pod přílišnými nároky na sebe hroutit. Záleží ovšem na (rozdílné) schopnosti je snášet, resp. zvládat. A tak stejné životní podmínky a problémy mohou být pro někoho normálním stavem, či dokonce výzvou se osvědčit, a pro jiného nepříjemnou zátěží. V posledních letech pozoruji, že se dostávají do terapie stále častěji mladí muži, kteří se životním těžkostem vyhýbají. Tak představila nedávno mladá terapeutka v balintovské supervizní skupině 35letého muže, momentálně nezaměstnaného, který se rozhodl opět žít v bytě s maminkou. Stěžoval si na poruchu koncentrace, přecitlivělost na různé situace, kterým se vyhýbal, např. stravování ve společné jídelně v psychosomatické klinice. Od psychoterapie si přál, aby se změnil způsob jeho myšlení a nepřeskakoval stále od jednoho tématu k druhému. Ač se doposud ničemu nevyučil a všechny kvalifikační kurzy přerušil, poněvadž mu z nějakého důvodu nevyhovovaly, cítil se cennější nežli např. ostatní spolupacienti, kteří nečtou tolik knih jako on a jakoukoli kritiku odmítal. Dosáhl dokonce toho, že měla terapeutka pro něj více pochopení nežli členové supervizní skupiny. Tento pacient si vždy našel důvod, proč se mu něco nedařilo, ať to byl velmi přísný otec (a rozmazlující maminka, která ho však při výprasku nechránila) či nejistota a neporozumění ve vztazích s ženami. Není mu jasné, proč se na něj nechtěli dlouhodobě vázat, jak to od nich občas slýchal. Zde vyvstává otázka, zda se má terapeut zabývat různými životními i aktuálními situacemi, či je nutno, aby přijal postoj, že se musí člověk s životem i poprat, překonávat obtíže a o něco usilovat a vlastně vzdát nároku na bezproblémové pohodlné žití. Coby supervizor jsem si uvědomil, že jsem k němu velmi kritický, což opět i on ve mně indukuje. Tuto přísnost již od dětství považuje za nespravedlivou, a tak si stále může zdůvodňovat svá selhání. Navíc irituje lidi, kteří cítí, jak se pacient cítí být nad nimi, což referovala i jeho terapeutka v jeho vztahu k ní.

Na druhé straně je nutno se v (dlouhodobé) psychoterapii zabývat tím, proč podvědomě nechce podávat výkon – je to neutuchající protest proti otci, či hledá útočiště pod sukní matky? Tento slovní obrat není náhodný: Matka, jež se s otcem rozvedla, jej nevědomky zneužívala jako náhražku za chybějícího partnera, o což se on samozřejmě snažil. To často vede jak k pocitu velké důležitosti, tak i k pocitům selhání, neboť se nemůže stát plnohodnotným partnerem. Zde se jasně ukazuje, proč nestačí pouhé rady či obyčejný „selský rozum“.

A tak může vyvolávat chronický stres i permanentně neuspokojený nárok na pohodlný život. Avšak, jak o tom píše světoznámý biolog D. A. Sinclair, je optimálním prostředím naší genetické výbavy mírný stres, výchova k otužilosti, k překonávání překážek, přiměřená námaha, pohyb, pravidelná redukce jídla či stres zimou i horkem (např. finské saunování). To vše zlepšuje naše zdraví, resilienci a přispívá i k dlouhověkosti. Bohužel si lidé stojí sami v cestě – buď to přehánějí, či jim je bližší pohodlnost, jídlo plné tuku či sladkostí nebo vyhýbání se námaze a řešení problémů.

Současný stres se dle mého názoru stupňuje tím, že se neustále vzdalujeme přirozenému způsobu života, spontánnímu a autentickému reagování na

nejrůznější psychosociální situace (odtud název civilizační nemoci), což i znamená, že neuspokojujeme naše potřeby adekvátně a přímo, např. lovem či pěstováním a sbíráním plodin, nýbrž zprostředkovaně lidmi ve výrobních firmách, a poté v obchodech). Do popředí se tudíž dostávají problémy s lidmi a nikoli s přírodou.

Člověk zvnitřňuje normy společenského chování, které jsou často protikladné lidské přirozenosti, autentickému životu v pravdě a lásce. Dnes se klade stále větší důraz na výkonnost, k čemuž neblahým způsobem nahrává i současná narcistická doba, snaha se prezentovat, být viděn v našem globalizovaném světě, mít pocit sebepůsobnosti a hrdosti. To se zdá být důležitější nežli blahobyt, který se však opět stává potvrzením narcistického sebeobdivu. To se všem nedaří, a tak přichází do psychoterapie stále více i mladých lidí s nedostatkem sebedůvěry a sebevědomí, ba i s pocitem deficitu vlastní identity. Na jedné straně je to pochopitelné, na druhé straně se občas ptám, zdali si nedělají stres sami. Samozřejmě je přiměřený narcismus zdravý, zvláště ve své dospělé formě důstojného života, ale neustálé zabývání se vlastním egem jde často na úkor zájmu o budování vztahů k ostatním lidem a zabraňuje uskutečňovat takové hodnoty, jako je skromnost, odpuštění, velkorysost, respekt, starost o druhé či o přírodu, žití v lásce a pravdě, jak to zdůrazňoval Václav Havel.

Druhým důvodem přibývajícího stresu je (často přezíravá) dlouhodobá frustrace z nedostatku opory, ochrany mezi lidmi, jen někdy vyplave tato potřeba s nebývalou silou na povrch, často u jedinců, kteří byli příliš alternativně (ne)vychováváni. I zde jde o vliv civilizace, kdy lidé očekávají zabezpečení jistoty od státu, tím více, že začínáme žít v epoše neustálého znejistění, kdy následuje jedna krize za druhou.

Přizpůsobení se zátěžové situaci je sice často obdivuhodné, jak člověk manipuluje svůj vnitřek, např. když vytěsní přirozenou, např. agresivní reakci až do tělesné sféry a vyhne se tak konfliktu, což je však i smutné, pomyslíme-li na to, že pak určitou část svého emocionálního života nežije. Jeden ze zakladatelů psychosomatiky Viktor v. Weizsäcker tvrdil, že psychosomatické příznaky vznikají na místě nežitého života a nevykonaného činu. Zároveň vyvolává potlačení (obecně nežití) důležité emoční situace napětí, tudíž opět stres.

Zde se dostáváme k rozlišení stresu, resp. frustraci. která stres vyvolává, na vnější a vnitřní. Vnějším stresem rozumím nezvládnutelnou či nezpracovanou konkrétní situaci, jež vyvolá aktivaci sympatogenního systému útok či útěk, v extrémním případě psychického traumatu se připojí i nadměrná stimulace parasympatiku, panického systému s následujícím stavem nehybnosti. I zde je schopen člověk sebe sama manipulovat, dosahujíce ochranného stavu derealizace a depersonalisace. Přesto, podobně jako v předchozím případě, pomůže tato adaptace často jen krátkodobě, neboť může vést např. k posttraumatické stresové poruše s četnými psychosomatickými symptomy (ve smyslu střídajícího arousal a constriction). M. Ermann zdůrazňuje nebezpečí

Obsah

patologizování těchto pacientů, i když tomu přispívá např. nízká frustrační tolerance s narcistickým nárokem, že ode mne nemá nikdo právo něco očekávat, nebo že se mi nemůže a nesmí nic vážného přihodit. To se týká i diagnózy psychosociální či somatopsychické poruše přizpůsobení.

Zde může tudíž souviset vnější stres s vnitřním stresem. To je též nejčastější situace, se kterou se setkáváme v psychoterapii neuróz a psychosomatických onemocnění. Jde o jedince, kteří si sami stojí v cestě ohledně uspokojování důležitých potřeb. Většinou jde o následek negativních zkušeností, takže snaha tyto potřeby naplnit je spojena se strachem z retraumatizace, event. se studem či vinou. Jde o postoje, které jsou rigidní, maladaptivní, a tudíž vedou k frustraci a způsobují stres.

O nárocích na sebe sama a těžkosti se jich zbavit jsem se zmínil již na začátku tohoto pojednání. Někdy si člověk zvykne na stres, potřebuje ho, to neustálé adrenalinové nabuzení, což je podobně jako u drog pouze náhražka za intenzivní produktivní a láskyplný život. Oproti některým autorům zdůrazňujícím pouze ony neadekvátní nároky na sebe sama zaujímám pluralitní etiopatogenezu stresových i psychosomatických onemocnění. Často v tomto případě jde o trvající reakci na neempatickou výchovu, kdy rodič nereagoval na potřebu dítěte po blízkosti, či naopak distanci. Dítě se nenaučilo obé regulovat a reaguje jak na blízkost, tak i na vzdálení důležité osoby bezmocí až zoufalstvím s tělesným doprovodem, či jen tělesnou ne-mocí.

Franz Alexander, který se snažil spojit psychodynamické a neurofyziologické pojetí psychosomatických poruch tvrdil, že se tělesně ve formě příznaku projeví to, co člověk vytěsnil, což je však složitější: vytěsnění sympatikogenní reakce, např. agresivní, se projeví tím více tělesně coby svalové napětí či zvýšený krevní tlak, ovšem zároveň je vytěsněna i parasympatická funkce relaxace a restituce, což se může, jak uvedeno u předchozí kazuistiky, taktéž projevit, např. únavou, stavy slabosti až mdlobami. Co převáží, co z této kombinace vzejde, se nedá předpovědět.

V ještě těžších případech neudělalo dítě žádné zkušenosti s některými bazálními potřebami, tento základ chybí, a tak jen bojuje o to, aby nebylo vystaveno situaci, kdy se to stane zřejmé (v psychoterapii se diagnostikuje vývojová strukturální porucha): borderline pacient se nachází neustále v boji o přežití, chybí mu jistota a podpora v životě, je stále na pomezí bezmocné vydanosti, což může odvrátit jen to, bude-li mít on sám moc a převahu, většinou ve formě násilí. Narcista je vydán všanc posuzováním okolí, buď selže a ztratí své sebevědomí, či musí dosáhnout toho, aby jej ostatní obdivovali. Nalézá se v neustálém stresu, strachu že bude odhalen a devalvován. V situaci neúspěchu či osobní kritiky, což odmítá přijmout, se objeví psychosomatické poruchy na orgánech, které jsou spjaty s narcistickou problematikou, např. na srdci (které je dnem i nocí výkonné, a naopak je běžným pojmem srdeční selhání), nebo na zádových svalech (jež jsou zodpovědné za vzpřímený, nezlomný a hrdý postoj). V dalším průběhu se může rozvinout narcistická forma deprese.

Nejznámější situace, kterou se psychoterapeuti zabývají, se týká vytěsnění sympatikogenní situace na stres, aktivity směrem k útoku či útěku, v sociálním kontextu protestu, nesouhlasu, svobodě, což drží připravenost k akci na uzdě. Tato intrapsychická adaptace zátěžovou situaci neřeší, naopak jsou i nadále produkovány stresové hormony adrenalin a cortisol, což vede posléze ke snížení imunity, autroagresivním chorobám, zánětům, hypertensi a podporuje vývin diabetu.

Přesto se hovoří v psychopatologii o primárním zisku z nemoci (což lze chápat jako formu přizpůsobení se stresu). Jde o to, že v symptomu nachází výraz obě strany konfliktu, jde o kompromisní a pro pacienta zprvu nečitelný výraz jeho problematiky. Odžije si to uvnitř sebe ve formě dystonního příznaku, který patří do kompetence lékaře. Jde tudíž o uspokojení základní a velmi lidské potřeby po sebevyjádření a komunikaci, a zároveň o záchranu psychické homeostázy tím, že se pacient vyvaruje konfrontaci se svým chováním, se sebou samým i ostatními.

Méně často myslí psychoterapeuti na potlačování parasympatické funkce, čehož však v posledních letech přibývá. Mnoho pacientů dokonce přiznává svůj workoholismus, charakterizují se hrdě jako lidé, kteří jsou stále v akci, ambiciózní, či naopak stále k dispozici své rodině a potlačují potřebu si odpočinout, dělat toho méně, či si dokonce přiznat sníženou výkonnost. Tím více se hlásí parasympatikus o slovo, opět v deformované formě oněmi opačnými tendencemi, např. ve formě slabosti, snížení koncentrace, mdlob, či znemožňuje příznak nadměrnou výkonnost tinitem či migrénou.

Prvým terapeutickým krokem je uznání dynamiky vlastní reakce, a její porozumění. Mnohé výzkumy prokázaly, že poznání smyslu psychogenního onemocnění má za následek změnu distresu v eustres, (např. důležitost možnosti volby) který ozřejmí cesty k jeho zvládnutí. Na neuronální úrovni jsou pak produkovány neurotropní hormony, jež podporují růst i rozvětvování neuronů, což je podmínkou k tvorbě nových spojení, k učení formou nových interpersonálních zkušeností. Jde tedy o to, zda si řekneme, že něco nezvládneme nebo zda se to pro nás stane výzvou náročnou situaci vyřešit. Paradoxně zajímavé je i pozorování, že pouhé pojmenování psychosomatické poruchy snižuje stresovou hladinu, a uklidňuje, i když to nic neřeší, jen se vzbuzuje naděje, že nějaký odborník pomůže novou procedurou či zázračnými léky a pacient si oddychne, že ono stonání s ním nemá nic společného. Tak vznikají nové a nové diagnózy, jako je fibromyalgie, burn-out a různé formy vyčerpání, syndrom zahořknutí, sociální fobie a poruchy přizpůsobení.

Poněkud kontroversní se mi zdá možnost změnit distres ve zvládnutý stres jeho pozitivním přerámováním. Tak bylo opravdu zjištěno, že když začaly uklízečky vnímat jejich fyzicky namáhavou a nudnou práci jako fitness training, tak se cítily mnohem líp a zlepšily se i jejich biochemické parametry, snížila se hladina cortisolu, zlepšil se krevní tlak atd. To ovšem zavání chytrým vykořisťováním, adaptací na kapitalistický systém identifikací s ním. Zde by

Obsah

bylo možno diskutovat otázku, do jaké míry má psychoterapie do sebe zavzít i konfrontaci s daným společenským řádem.

Stres se samozřejmě odehrává v naší hlavě, v našem těle, a tak má stejně negativní následek týkající se i psychosomatických příznaků strach ze stresu, např. ve formě strachu s jeho nezvládnutím, selhání. Strach z možné retraumatizace je možno zvládnout výše zmíněným přerámováním, spojením traumatické situace s něčím, co z ní vyplynulo jako pozitivum, přinejmenším hrdostí na její zvládnutí.

Již S. Freud prohlašoval, že se má psychoanalytik soustřeďovat na vnitřní realitu pacienta a její změnu. Později jsou tím míněny zvnitřnělé vzorce meziosobního chování, avšak lze to přenést na vnímání a hodnocení celého vlastního života. Z psychosomatického hlediska jde o vyřešení konfliktů či traumat, a tím o dosažení zklidnění, které je podmínkou aktivace sebeúzdravných sil.

Nakonec poznámka ohledně mojí počáteční iritace při studiu amerického přístupu k psychodynamice psychosomatických poruch, kde se opakuje pojem podmíněných reakcí (conditioning) v návaznosti na učení I. P. Pavlova a jeho následovníků s terapeutickým fokusem na deconditioning. Naproti tomu se soustřeďuje evropská psychoterapie s její odlišnou filozofickou tradicí na celou osobnost pacienta, na jeho maladaptivní zvnitřněné interpersonální vzorce chování, jež je třeba změnit (např. když perfekcionismus má za následek svalové napětí, bolesti a partnerské konflikty). Obě pojetí lze však spojit tak, že jisté podnětové situace aktivují s nimi spojené charakteristické vzorce chování s následujícími psychosomatickými symptomy.

Aktuální princip týkající se „pavlovovských“ podmíněných reflexů zní: Neurony, které jsou aktuálně aktivované, se spolu spojí (tak jako se spojilo jedení jídla s harašením kastrolů v sousední kuchyni, na který reagovaly „pavlovští“ psi produkcí žaludeční šťávy). To mohou neurovědci dnešní technikou prokázat, a zabývat se např. tím, jak toto spojení – vede-li např. k úzkosti u posttraumatické stresové poruchy či nutkavému jednání – přerušit. V mnoha experimentech dokázali, že určitý psychoterapeutický postup rozvolnil tyto maladaptivní spojení. Zároveň zjistili, že určité představy a vizualizace mají takovýto přímý neuroplastický vliv na vytvoření, zesílení či zeslabení nových neuronálních synapsí. Oproti psychoterapii, zabývající se obsahy sdělení a jejich interpretacemi, resp. významovostmi, je kladen důraz na maladaptivní spojení těchto obsahů, na podnětové situace a odpovědi na ně.

Působí-li naše psychika (představy, očekávání či přesvědčení) na hmotu mozku (jako by software měnil hardware), resp. na hmotu vůbec, pak není daleko domněnka, že je to možné i mezi lidmi (např. může vést k úzdravě přání po uzdravení od blízkých, či od mnoha osob, což bylo prokázáno). V jednom známém experimentu bylo zjištěno, že hlazení krys u nich zabránilo vzniku atherosklerózy, ač byly krmeny stravou plnou tuků a cholesterolu, či že dokonce optimistický postoj vedl k vymizení rakovinového nádoru (a naopak to probíhalo u pesimismu). Domnívám se, že budoucnost medicíny záleží ve

spojení psychického a spirituálního principu s tělesným fungováním, neléčit jen nemoc, nýbrž nemocného člověka s jeho tělesným, psychickým i spirituálním vybavením.

Do redakce přišlo 25. 2. 2026 na výzvu lektorům kurzu Základní psychosomatické péče IPVZ.
Do tisku zařazeno 1. 9. 2026.
Konflikt zájmů není znám.

Obsah

Nabídky


INSTITUT SUR, z.s.
OTEVÍRÁ
Novou výcvikovou komunitu
SUR27
PSYCHOTERAPIE / SKUPINA / KOMUNITA / RŮST
Pětiletý výcvikově-terapeutický program zaměřený na psychodynamickou, hlubinně orientovanou psychoterapii.
PROČ SUR27?
SUR navazuje na více než 60 let své kontinuální tradice komunitního psychoterapeutického výcviku. Propojuje osobní zkušenost s psychodynamickým a hlubinným porozuměním, práci se skupinovými a komunitními procesy a systematickou přípravu na psychoterapeutickou praxi.
KOMUNITNÍ ZKUŠENOST
vlastní sebezkušenost a nácvik dovedností
TEORETICKÉ VZDĚLÁVÁNÍ
ve Škole SUR
SUPERVIZE
a další součásti vzdělávání
AKREDITACE
u IPVZ a ČAP
KOMUNITNÍ ČÁST
600 hodin rozložených do pěti let
tři víkendová setkání a jeden výcvikový týden ročně
cena: 39 900 Kč za výcvikový rok
VEDENÍ KOMUNITY
PhDr. Oswald Schorm, Ph.D. a PhDr. Alena Halamová
SKUPINOVÍ LEKTOŘI
Mgr., MgA. Matyáš Fialka · Mgr. Gabriela Dymešová, PhDr. Jan Konopásek, LL.M. · PhDr. Kateřina Stibalová, Mgr. Kamil Vondrouš · Mgr. Danuše Jandourková
VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ
7. – 8. 11. 2026 v Praze formou osobních rozhovorů.
Poplatek: 1 900 Kč.
Platební údaje obdrží uchazeči v potvrzovacím e-mailu.
PŘIHLÁŠKA
Zašlete na: sur27@seznam.cz
nejpozději do 30. 10. 2026:
osobní/autobiografický text (cca 2 str. A4),
profesní CV s fotografií,
motivační dopis,
doklad o dosaženém nebo probíhajícím vysokoškolském vzdělání.
PODMÍNKY PRO VSTUP
Bakalářské vysokoškolské vzdělání humanitního nebo zdravotního směru.
DALŠÍ INFORMACE
Pro řádné dokončení výcviku je třeba splnit aktuální vzdělávací a profesní podmínky Institutu SUR a příslušných certifikačních a právních pravidel.
Informace o zpracování osobních údajů:
www.sur.cz
Po zpracování přihlášek obdrží uchazeči informace o dalším průběhu výběrového řízení.
První setkání komunity SUR27 proběhne v první polovině roku 2027.
SUR
INSTITUT SUR, z.s.

Zobrazit e-mail on-line

ODBORNÁ SCHŮZE SPM DĚTI A PSYCHOSOMATIKA



Vážené kolegyně a kolegové, milí příznivci psychosomatiky

srdečně Vás zveme na další vědeckou schůzi Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP, tentokrát věnovanou tématu Děti a psychosomatika.

Psychosomatické souvislosti zdravotních obtíží v dětském věku představují důležité téma, které vyžaduje citlivý a mezioborový přístup. Jak porozumět propojení tělesných a psychických obtíží u dětí? Jakou roli hraje rodinné a sociální prostředí? A jak mohou jednotlivé odbornosti spolupracovat při péči o dětského pacienta? Přijďte se společně zamyslet nad těmito otázkami, sdílet odborné zkušenosti a setkat se s kolegy napříč obory.

Kdy a kde?

Termín: pátek 27. listopadu 2026
Čas: 14:00–17:30
Místo: Lékařský dům, Sokolská 490/31, Praha 2

Obsah

PSYCHOTERAPIE

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

www.psychoterapie.fss.muni.cz

Pokyny pro autory



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

Délka příspěvků:

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

Nezbytné položky:

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

Recenzní řízení:

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

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky

posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: https://sites.google.com/site/novaiso690/schema-a-priklady/lnky-v-asopisech