

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

VOX

PEDIATRIAE

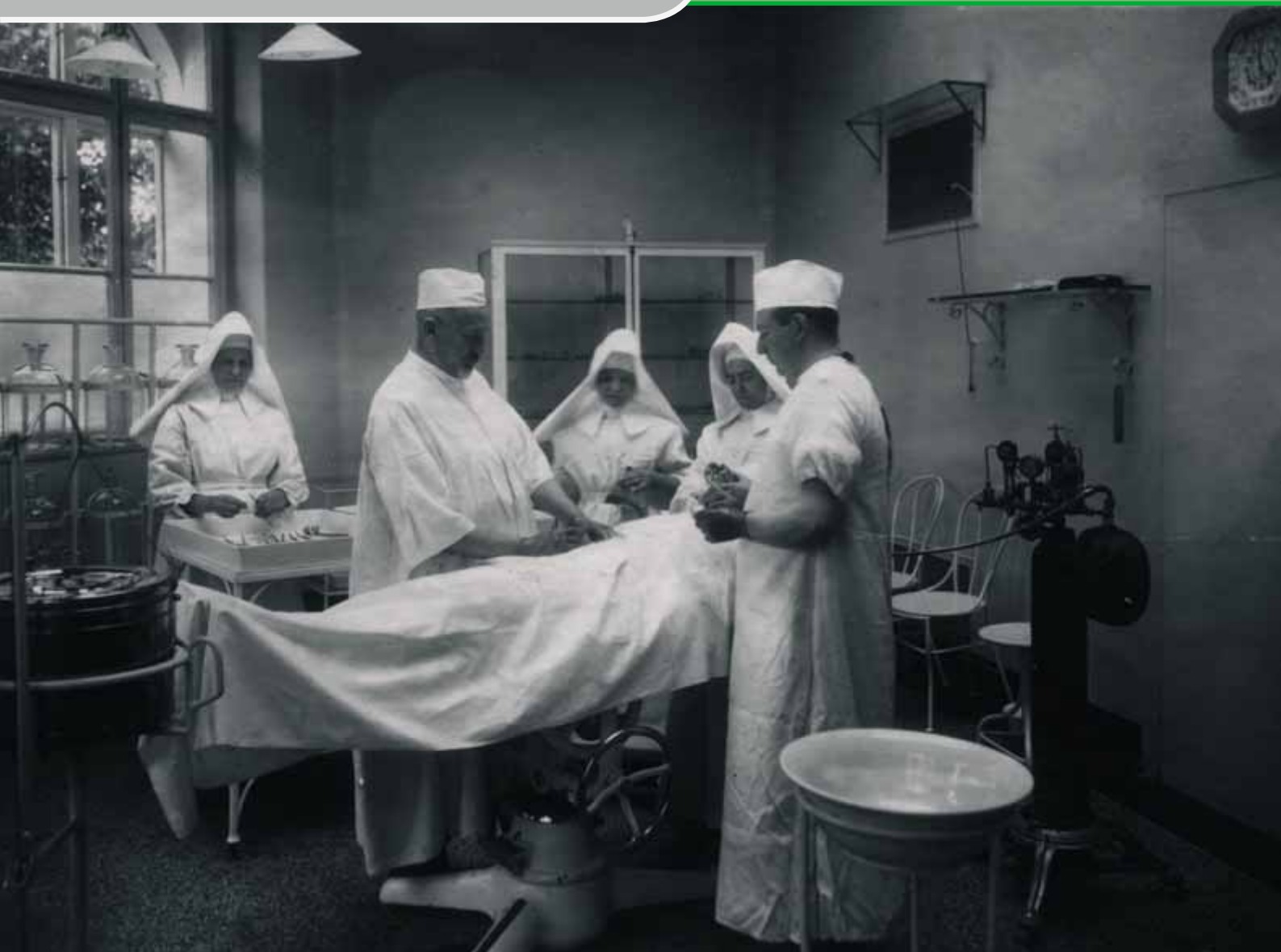
březen 2019
číslo 3 • ročník 19



OSPDL ČLS JEP

téma čísla

Psychosomatika



- Dohoda o základním souboru výkonů odbornosti 002
- Management v ordinaci PLDD v roce 2019
- Psychosomatika u dětí a dospívajících
- Příběh Lenky: Od útěků do nemoci až k sebepoškozování aneb Psychosomatické potíže u dětí a adolescentů očima běžné praxe psychoterapeuta
- K léčbě poruch pohlavní identifikace v dětství a adolescenci
- Novinky v kardiopulmonální resuscitaci „Guidelines 2018“



Pracujeme pro zdravější svět™



do more
feel better
live longer



Časopis je pravidelně podporován:



BEXSERO

**vakcína proti meningokokům skupiny B
(rDNA, komponentní, adsorbovaná)**

POMOZTE OCHRÁNIT SVÉ PACIENTY PROTI MEN B!

Nejvyšší riziko MenB* je u dětí do 1 roku.¹

Vakcína Bexsero je indikována k imunizaci proti MenB již od 2 měsíců věku.²

NOVINKA

Očkovací
schéma 2+1
pro děti ve věku
3–5 měsíců!

V běžné praxi nemusí vakcína garantovat výsledky dosažené v klinických studiích.

Neočekává se, že přípravek Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B.

1. Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2018; 27(1): 16-23. 2. SPC Bexsero, listopad 2018. *Meningokokové onemocnění séro skupiny B.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU BEXSERO

Název přípravku: Bexsero injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Vakcína proti meningokokům skupiny B (rDNA, komponentní, adsorbovaná). **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje rekombinantní fúzní protein NHBA N, meningitidis B 50µg; rekombinantní fúzní protein fHbp N, meningitidis B 50µg; vnější membránové vesikuly (OMV) N, meningitidis B kmene NZ98/254 měřené jako množství celkové bílkoviny obsahující PosA P1.4 25µg. **Indikace:** Vakcína Bexsero je indikována k aktivní imunizaci jedinců od 2 měsíců věku a starších proti invazivnímu meningokokovému onemocnění způsobenému kmeny N, meningitidis skupiny B. **Dávkování a způsob podání:** Věk v době první dávky: Kojenci (2–5 měsíců) tři dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od poslední dávky. Kojenci (3–5 měsíců) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 2 měsíce mezi dávkami; booster mezi 12 a 15 měsíci věku s prodlevou alespoň 6 měsíců od poslední dávky. Děti (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou alespoň 6 měsíců od poslední dávky; booster s prodlevou 12 až 23 měsíců od poslední dávky. Děti (2 roky až 10 let) dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Dospívající (od 11 let) a dospělí - dvě dávky po 0,5 ml s prodlevou minimálně 1 měsíc mezi dávkami; potřeba boosteru nebyla stanovena. Vakcína se podává hlubokou intramuskulární injekcí, ideálně v anterolaterálním směru do stehna u kojenců nebo do oblasti m. deltoidus horní části ramene u starších subjektů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Podání vakcíny je vhodné odložit u subjektů s akutním závažným febrilním onemocněním. Je nutné mít vždy k dispozici odpovídající lékařskou péči pro případ anafylaktické reakce. Vakcína se nemá podávat jedincům s trombocytopenií nebo s poruchami srážlivosti krve, pokud potenciální přínos jednoznačně nepřeváží riziko podání. Podobně jako jiné vakcíny nemusí přípravek Bexsero chránit všechny osoby, které byly vakcinovány. Neočekává se, že Bexsero zajistí ochranu proti všem kolujícím meningokokovým kmenům skupiny B. Jedinci s narušenou schopností imunitní odpovědi, ať už z důvodu imunosupresivní léčby, genetické poruchy nebo jiných příčin, mohou mít sníženou protibakteriální odpověď na aktivní imunizaci. Údaje o imunogenicitě jsou k dispozici u jedinců s deficitem komplementu, aplasií nebo s poruchou funkce sleziny. *Nepouk na dostupnosti žádné údaje o použití vakcíny u subjektů starších 50 let. Lékaři by měli před podáním této vakcíny pacientům s hypersenzitivitou na latex v anamnéze zvážit poměrně vysoké riziko. **Interakce:** Bexsero lze podávat současně s následujícími vakcinačními antigeny ve formě monovalentních i kombinovaných vakcín: difterie, tetanus, oslování pertuze, H, influenzae typu B, inaktivovaná poliovirus, hepatitida B, heptavalentní pneumokoková konjugovaná vakcína, spalničky, příušnice, zarděnky, varicela a CRM konjugovaná vakcína proti meningokokům skupiny C. *Profylaktické použití paracetamolu snižuje výskyt a závažnost horečky, neodvražuje však imunogenitu přípravku Bexsero ani běžných vakcín. Při současném podání s jinými vakcínami musí být Bexsero podáno do jiného místa injekce. **Těhotenství a kojení:** Nepouk na dostupnosti dostatečné údaje o expozici v těhotenství i bezpečnosti v době kojení. Pokud jasně hrozí expozice meningokokové infekci, je nutné zvážit poměrně vysoké riziko. **Nežádoucí účinky:** U dětí mladších 2 let byly nejčastější místní a systémové nežádoucí účinky cizlivost a erytém v místě injekce, horečka a podrážděnost. U dospívajících a dospělých byly nejčastější pozorované místní a systémové nežádoucí účinky bolest v místě injekce, malátnost a bolest hlavy. Velmi časté: poruchy příjmu potravy, ospalost, neobvyklý pláč, přejem, zvracení, vyrážka, horečka (>38 °C), podrážděnost, bolest hlavy, nevolnost, malátnost, myalgie, artralgie; čílivost, erytém, otok, indurace a bolest v místě injekce. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce od 2 °C do 8 °C. Chraňte před mrazem a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GSK Vaccines s.r.l., Via Fiorentina 1, 53100 Siena I, Itálie. **Datum revize textu:** 22. 11. 2018. **Registrační číslo:** EU/1/12/012/001-004. Přípravek Bexsero je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění (s výjimkou rizikových skupin). Přípravek aplikujte lékat intramuskulární injekcí. Před předepsáním léku se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku, kterou najdete v Souhrnu údajů o přípravku na: www.gskcompendium.cz nebo se obraťte na společnost GlaxoSmithKline, s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4; e-mail: cz.info@gsk.com; www.gsk.cz. Případné nežádoucí účinky prosím hláste také na cz.safety@gsk.com. Verze SPC platná ke dni 5. 12. 2018. *Prosím, všimněte si změny SPC.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	
	- Zákon č. 44/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech	6
	- Dohoda o základním souboru výkonů odbornosti 002	
	MUDr. Ilona Hülleová	12
	Management v ordinaci PLDD v roce 2019	
	Informace OSPDL ČLS JEP	13
	PhDr. et PhDr. Jiří Kučírek, Dr.	14
	Psychosomatika u dětí a dospívajících	
	Mgr. Jana Divoká	
	Příběh Lenky: Od útěku do nemoci až k sebepoškození aneb Psychosomatické potíže u dětí a adolescentů očima běžné praxe psychoterapeuta	24
	Mgr. Renáta Doležalová	27
	K léčbě poruch pohlavní identifikace v dětství a adolescenci	
	Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.	31
	Novinky v kardiopulmonální resuscitaci „Guidelines 2018“	
	MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.	32
	Bronchiální astma – epidemiologie, patogeneze, diagnostika a diferenciální diagnostika	
	MUDr. Kristýna Zárubová	35
	Oligosacharidy mateřského mléka (HMO) v kojenecké výživě	
	Řádková inzerce	36
	Aktuality	37
	Autodidaktický test, Poruchy hemostázy	38
	Doporučený postup péče o pacienty s porušenou či zaniklou funkcí sleziny (hyposplenismem/asplenií)	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**GSK
HERO
HIPP
KONRÁD
MSD
NESTLÉ**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Vydavatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

Odborná garance: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Redakční rada:
MUDr. Jiřina Dvořáková, MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ctirad Kozderka, MUDr. Klára Vitoušová

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Úřední hodiny SPLDD ČR

Pondělí 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Úterý 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Středa 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Čtvrtek 10⁰⁰ – 15⁰⁰ hod.
Pátek 10⁰⁰ – 13⁰⁰ hod.

Sekretariát:
U Hranic 16, 100 00 Praha 10

telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:
telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Březen – za kamna vlezem.

Někdo má zimu rád a užívá si zimních radovánek na bílé peřině, někdo se naopak nemůže dočkat rašící čerstvé zeleně a voňavých květů obletovaných pracovitými včelkami.

Skoncování se zimou a uvolnění místa jaru představuje nejstarší západoslovanský pohanský jarní rituál **vynášení Morany**. Letošní rovnodennost nastane **20. března** a přivítáme první jarní den.

Kromě začátku jara máme v březnovém kalendáři církevním i světském několik zajímavých dat.

V Číně nastal dle lunárního kalendáře nový rok teprve 5. února. Ten letošní je **rokem hojnosti** – je **ve znamení Vepře** (příští bude ve znamení Krysy a věřím, že Číňané mají lepší výklad přídomku než ten, který je obvyklý v našich krajích).

U nás naopak ekonomové avizují blížící se krizi – tak kam se vrátíme? Do Číny? Zatím se nám ale daří. Zdravotní pojišťovny nám v letošních úhradových dotacích nabídly slušné ohodnocení formou bonifikací za podmínky, že se budeme snažit, a tak bychom i v české kotlině, na moravských polích a vinicích i v průmyslovém Slezsku měli i my zdravotníci zažít rok hojnosti. Nezapomeňme přitom i na blaho našich sestřiček. Jistě si tak můžeme dovolit

prožít fašank alias **masopust, který končí Popeleční středou 6. března**, u plných stolů i s lahůdkami z vepříků (doufám, že vepřů je dostatek, abychom náhodou rok Vepře nezkrátili). Poté následuje až do 18. dubna čtyřicetidenní období půstu – vydržíme bez masa, vajec a mléčných produktů, jen o bramborách, hrachu, rýži, fermentovaném hlávkovém zelí, pohance a mrkvi? Myslím, že naši předkové dobře věděli, proč svůj jídelníček zredukovali.

6. března si připomeneme **Mezinárodní den jódu**, který vznikl z iniciativy Českého výboru pro UNICEF roku 1999. I dnes trpí nedostatkem jódu přibližně 30 % světové populace.

Protože více než 50 % PLDD je starších šedesáti let, většina z nás si dozajista pamatuje **8. březen – MDŽ**. Pro ty mladší vysvětlím, že ten den se muži lísalí k ženám s karafiátem v jedné ruce a lihovinou v druhé, OÚNZ ženy obdaroval utěrkami, hrníčky, skleničkami... a pilo se a pilo se a ... a všechny ženy byly krásné. No nic moc slavnostního. Smutným dnem je **15. březen** – letos to je 80 let, kdy naši zemičku pod vlajkami s hakenkrajcem obsadila vojska wehrmachtu za hřmotu bojové techniky a motorek se sajdkárami. Následujících šest let utrpení si možná ani neumíme představit. V té temné době zahynulo také mnoho našich kolegů a kolegyně. Hitlerův režim též uzavřel vysoké školy, čímž přerušil vzdělávání lékařů, kterých se po válce nedostávalo. Važme si proto toho, co máme dnes, že i v roce Vepře si celkem žijeme jako prasata v žitě a nemusíme se bát vystrčit nos ven.

V březnu si připomeneme i dva světové dny: **21. březen – Světový den Downova syndromu** (datum bylo zvoleno jako „akronym“ pro trizomii 21. chromozomu) a **24. březen – Světový den boje proti tuberkulóze** (24. 3. 1882 nositel Nobelovy ceny, německý lékař a zakladatel bakteriologie Robert Koch světu oznámil objevení původce tuberkulózy).

28. března 1592 se narodil Jan Ámos Komenský, na jehož počest slavíme **Den učitelů** (Mezinárodní den učitelů je od roku 1994 z rozhodnutí UNESCO slaven až 5. října). Kdysi jsem zvažoval, zda učit, nebo léčit. Jsem rád, že jsem zvolil druhou variantu, dnes bych asi skončil v péči docenta Chocholouška (postava psychiatra v českém filmu Jáchyme, hoď ho do stroje, ztvárněná Václavem Lohniským alias Hujerem z filmu Marečku, podejte mi pero). Pedagogové jsou stejně jako zdravotníci úzkoprofilovou komoditou, a tak MŠMT chce kopírovat řešení, které představili na jedné rozhlasové stanici dva moderátoři:

„Hele, tady píšou, že učit by mohli lidé bez pedagogického vzdělání. Co tomu říkáš?“

„Eh, au, ou, ach, oh...“

„Co je s tebou?“

„No, teď jsem byl u doktora a tam je to podobně!“

Březnové číslo Voxu je věnováno **psychosomatickým onemocněním**. MUDr. Yveta Tomanová se v editoriale 2/2019 pozastavila nad neschopností rodičů logicky zhodnotit zdravotní stav svého nemocného dítěte a banální chorobné stavy dítěte zvládnout vlastními silami. Všichni známe situace, kdy ihned alarmují zdravotníky a žádají po nás zázračnou „opravu“ nemocného dítěte na počkání. Plně s Yvetou souhlasím a kladu si otázku, proč tomu tak je. Jsme národ neustálých reptalů – je zima, je horko, prší, pak zase neprší, slunce svítí a zase nesvítí, představitelé státu, obcí a nejrůznějších spolků to neumějí (nejlépe každý všemu rozumí v hospodě s nějakým tím promile v žíle a na facebooku). Facebookoví rodiče, kteří nejsou schopni (často spíše ochotni) postarat se o vlastní dítě, v jedné osobě naopak doktorovi radí, co má udělat a kam je má poslat na „pořádné“ vyšetření. Nemalý počet rodičů své děti nevychovává, nepřipravuje je na běžné překážky a životní nástrahy. Výsledkem jsou děti psychicky neotuzilé, které první překážka „vykolejí“. A začíná kolotoč psychosomatických potíží. Kdysi jsem se bál rodičům nabídnout psychologické a nedej bože psychiatrické vyšetření. Dnes je rodiče naopak aktivně vyžadují a opět čekají zázraky mávnutím proutku. Přitom si vesměs nepřipouštějí svůj podíl na vzniku potíží chybným vedením dítěte již od raného dětství. Psychologové jsou zahlceni nevychovanými dětmi (nezřídká i nevychovanými rodiči). Kolik ale máme skutečně psychicky nemocných dětí a kolik dětí je jen špatně vychovávaných?

Univerzální návod na odstranění psychosomatických potíží asi nenajdeme. Z každodenní praxe víme, že každý pacient, v našem případě i rodič dítěte, je jiný a vždy nás dovede něčím překvapit. My na něj často zíráme s otevřenou pusou a nejednou i s naběhlou žílou na čele. Tak nám všem, kolegyně a kolegové, přeji, aby nám z toho všeho cévka nepraskla a abychom ve zdraví a s elánem mohli dál zajišťovat primární péči o děti a dorost nejen v březnu. No a pak bych si ještě přál, aby stejně jako každým rokem přichází jaro, začal mezi nás PLDD přicházet každým rokem (klidně i na podzim) dostatečný počet mladých lékařů/lékařek zapálených pro náš krásný obor. Ale to se zatím jeví jako sci-fi.

Nedávno vědci zveřejnili nové datum srážky naší galaxie Mléčné dráhy s galaxií v Andromedě, k níž dojde ne za 4,5 miliardy let, ale už za 2 miliardy let. Tak nám toho času moc nezbývá, a proto se pojďme společně poradit na **regionálních konferencích SPLDD**, jak dál.

Váš Ctirad Kozderka



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Během jednoho lednového týdne došlo **k přestěhování kanceláře SPLDD do nově zrekonstruovaných prostor** sousedících s kanceláří Sdružení praktických lékařů (SPL). Stavební práce na společné chodbě a v naší bývalé kanceláři nadále pokračují a podle toho vypadá i provoz kanceláře. Stále ještě probíráme s kolegyní Kulhánkovou všechny materiály, šanony a složky, které se za dlouhé roky nashromáždily. Ještě nějaký čas potrvá, než se vše zaběhne do plynulého provozu, ale kontaktní údaje a telefonní číslo zůstaly stejné. Sekretariát pracuje bez přerušení. Z důvodu stěhování bylo zrušeno plánované jednání předsednictva SPLDD v lednu.

V lednu a počátkem února proběhlo pět sobotních seminářů v rámci již 8. cyklu nazvaného **Management v ordinaci PLDD**. Historicky nejvyšší účast PLDD nás velmi potěšila a je velkou výzvou do budoucna. Více informací se dozvíte v článku shrnujícím průběh letošních seminářů.

VZP koncem ledna zahájila **jednání zástupců zdravotních pojišťoven, jednotlivých krajů a zástupců primární péče**. Jedná se o první setkání tohoto druhu a za SPLDD jsem si přizvala k jednání jednotlivé regionální zástupce. VZP hodlá vytvořit mapu poskytovatelů primární péče, odrážející časovou dostupnost zdravotních služeb primární péče. Následně bude zjišťovat kapacitu jednotlivých poskytovatelů, v případě praktických lékařů se jedná o sdělení, zda lékař

registruje či neregistruje, nové pacienty. Na této informaci bude VZP spolupracovat se SPLDD a SPL.

Senát schválil 30. 1. 2019 novelu zákona o léčivech včetně tzv. protipadělkové směrnice. Nechybělo mnoho a byla by ohrožena přímá distribuce všech očkovacích látek (pro povinné i nepovinné očkování) do našich ordinací. Naštěstí senátoři podpořili novelu zákona ve znění, které před vánočními svátky schválili poslanci, a pro nás se nic nemění. Vakcíny budou nadále ověřovat distributoři nebo eventuálně lékárny (v případě vystavení receptu u nepovinných vakcín, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění).

V Poslanecké sněmovně na 36. schůzi Výboru pro zdravotnictví přednesena informace MZ ČR o současném stavu transformace primární péče. Teze reformy primární péče budou projednány na dalším jednání, které umožní věnovat více času diskusi nad předloženým materiálem. Nicméně již z prvního jednání bylo patrné, že největší diskusi vyvolalo zajištění LPS. Také vzdělávání, zejména rezidenční místa, bylo komentováno některými poslanci.

23. 1. 2019 bylo na půdě MZ zahájeno dohodovací řízení o úhradách pro rok 2020.

Od 29. 1. 2019 se uskutečnilo první z jednání zástupců VZP, ostatních ZP a krajů se zástupci primární péče, tj. zástupci PLDD,

VPL, gynekologů a stomatologů. Jednání iniciovala VZP. Odstartoval jako první Moravskoslezský kraj, následovaly v dalších dnech Plzeňský kraj, Karlovarský kraj, Zlínský kraj, Kraj Vysočina, Jihomoravský kraj a budou následovat další.

6. 2. 2019 se uskutečnilo na ÚP VZP jednání ve věci zajištění dětské paliativní péče. Cílem jednání bylo nastavit spolupráci v organizaci zajištění této péče, jednalo se také o úhradových mechanismech.

6. 2. 2019 proběhlo ve Sněmovně jednání Výboru pro zdravotnictví, kde prvním bodem bylo představení transformace primární péče. K našemu velkému překvapení nebyli dle pozvánky zástupci PLDD k tomuto bodu jednání přizváni. Následně jsem byla na jednání pozvána, ale v rámci velmi krátkého času věnovaného představení reformy primární péče nebylo umožněno nikomu z hostů promluvit, a reagovat tak na dotazy a komentáře členů zdravotního výboru. Na základě těchto událostí jsem požádala pana ministra o urgentní schůzku, která se uskutečnila 13. 2. 2019.

13. 2. 2019 proběhlo jednání s ministrem zdravotnictví, na kterém jsme řešili problematiku rezidenčních míst a navrácení oboru PLDD.





Informace SPLDD

■ Zákon č. 44/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech

Vláda dne 24. 8. 2018 předložila Poslanecké sněmovně prostřednictvím ministra zdravotnictví návrh novely zákona o léčivech. Garanční Výbor pro zdravotnictví návrh novely projednal a vydal dne 14. 11. 2018 usnesení, v němž doporučil Poslanecké sněmovně návrh schválit. Po rozpravě poslanců ve 2. a 3. čtení byla vládní předloha dne 21. 12. 2018 poslanci s úpravami schválena. Poslanecká sněmovna postoupila dne 8. 1. 2019 návrh zákona Senátu. Senátní Výbor pro zdravotnictví a sociální politiku návrh projednal 22. 1. 2019 a doporučil jeho přijetí. Senát následně dne 30. 1. 2019 návrh projednal a schválil. Prezident zákon podepsal 8. 2. 2019, a tak zákon č. 44/2019 Sb., kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, nabyl účinnosti 9. 2. 2019. Předpis má dělenou účinnost, protože některá ustanovení nabývají účinnosti od 1. 1. 2020. Ta se ale nás PLDD přímo netýkají.

Podstatnou částí novely zákona o léčivech je **implementace legislativy EU** do české. Jedná se jednak o **zavedení jednotných kontrolních mechanismů** zajišťujících správnou výrobu a klinickou praxi pro humánní léčivé přípravky, jednak o aplikaci **nařízení o ochranných prvcích** sloužících k ověřování pravosti léčivých přípravků (tzv. **protipadělková směrnice** – Falsified Medicines Directive, FMD).

Ověřování pravosti léčivých přípravků na úrovni výrobců, distributorů a osob oprávněných k výdeji by mělo zcela zabránit vstupu padělaných léčivých přípravků do legálního distribučního řetězce a následně eliminovat riziko potenciálního výdeje padělaných léčivých prostředků pacientům, a tím zvýšit ochranu veřejného zdraví.

Ochranné prvky tvoří dva prvky umístěné na obalu humánního léčivého přípravku:

1. Jedinečný identifikátor (unique identifier, UI), který je každému jednotlivému balení léčivého přípravku přiřazen v rámci výrobního procesu a bez něj nemůže být balení propuštěno na trh. Jedinečný identifikátor je série numerických nebo alfanumerických znaků, která je pro dané balení léčivého přípravku jedinečná. Výrobci zakódují

jedinečný identifikátor do dvourozměrného čárového kódu. Na obale léčivého přípravku budou dále vytištěny ve formátu čitelným pouhým okem v blízkosti 2D kódu následující údaje: kód přípravku, sériové číslo a vnitrostátní úhradové číslo (pouze pokud je vyžadováno členským státem, v němž má být léčivý přípravek uveden na trh).

2. Prostředek k ověření manipulace s obalem (anti-tampering device, ATD)

Jedná se o ochranný prvek umožňující ověřit, zda bylo s obalem léčivého přípravku manipulováno. Prostředek k ověření manipulace s obalem si lze představit jako bezpečnostní prvek (pojistku proti otevření), který může mít nejrůznější podobu (přelepky, odtrhovací komponenty vnějšího obalu nebo promačkávací obaly) a který signalizuje pacientovi, že on je tím prvním, kdo balení léčivého přípravku otevírá od okamžiku jeho výroby.

Ucelený ověřovací systém vyžaduje **zřízení systému úložišť**, ve kterých budou mimo jiné obsaženy informace o jedinečných identifikátorech jednotlivých balení léčivých přípravků. Systém úložišť zřídí a spravuje neziskový právní subjekt nebo neziskové právní subjekty zřízené v Unii výrobcí a držiteli rozhodnutí o registraci léčivých přípravků opatřených ochrannými prvky. Náklady na systém úložišť nesou výrobci léčivých přípravků opatřených ochrannými prvky. Systém úložišť musí být vytvořen nezbytnou infrastrukturou informačních technologií, hardwarem a softwarem, aby bylo možné nahrávat, třídit, zpracovávat, upravovat a uchovávat informace o ochranných prvcích, které umožňují ověření pravosti a identifikaci léčivých přípravků; v jakémkoliv místě distribučního řetězce lze identifikovat jednotlivé balení léčivého přípravku opatřeného ochrannými prvky, ověřit pravost jedinečného identifikátoru umístěného na daném balení a případně jej vyřadit.

Systém úložišť se skládá z **centrálního úložiště** a úložišť, která slouží území jednoho členského státu („**vnitrostátní úložiště**“) nebo územím více členských států („**národní úložiště**“), jež musejí být připojena k centrálnímu úložišti. Každé vnitrostátní i nadnárodní úložiště tvoří součást sys-

tému úložišť bude napojeno na centrální úložiště fungující jako informační a datový router.

V ČR zřizuje a spravuje národní úložiště (Národní systém pro ověřování léčiv – NSOL) Národní organizace pro ověřování pravosti léčiv, z.s. (NOOL), NSOL bude propojeno s evropským úložištěm. Centrální úložiště a národní úložiště jsou označovány společně jako Evropský systém ověřování léčiv (European Medicines Verification System, EMVS).

Pro zajištění pravosti léčivého přípravku v uceleném ověřovacím systému je nezbytné ověřit oba ochranné prvky.

Ověření neporušenosti prostředku k ověření manipulace s obalem bude provedeno vizuální kontrolou balení léčivého přípravku a jeho cílem je zajistit, že s obsahem balení léčivého přípravku nemanipuloval nikdo jiný před pacientem, kterému bylo balení léčivého přípravku vydáno.

Ověření pravosti jedinečného identifikátoru na obalu léčivého přípravku se provede jeho porovnáním s identifikátory uloženými v systému úložišť.

Ověření ochranných prvků v systému úložišť provádějí kromě výrobců dále distributoři a osoby oprávněné nebo zmocněné vydávat léčivé přípravky. Osoba oprávněná k výdeji léčivých přípravků pak před výdejem pacientovi ověří oba ochranné prvky a provede online vyřazení jedinečného identifikátoru ze systému úložišť v okamžiku výdeje pacientovi.

Zejména implementace protipadělkové směrnice EU do zákona o léčivech vyvolala širokou diskusi jak ve zdravotních výborech, tak mezi poslanci a senátory, ale i u odborné veřejnosti. Důvodem bylo zejména zajištění distribuce očkovacích látek v souvislosti s ověřováním pravosti očkovacích látek.

V polovině roku 2009 došlo v ČR ke změně distribuce imunologických přípravků (ne již přes krajské hygienické stanice, ale přes distribuční firmu), a to na základě novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a s tím související změny zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. V rámci zachování stáva-



jícího systému přímých dodávek imunologických přípravků distributorem do ordinací poskytovatelů zdravotních služeb lze povinnosti vyplývající z nařízení o ochranných prvcích přenést na distributora imunologických přípravků s využitím článku 23 písm. f) nařízení o ochranných prvcích, a to pouze pro účely povinného pravidelného, povinného mimořádného a zvláštního očkování, očkování nepojištěných osob a nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění. Pouze pro případy nepovinného očkování hrazeného pacientem není možné využít článku 23 písm. f) nařízení o ochranných prvcích a v tomto případě ponechat distribuci imunologických léčivých přípravků do ordinací lékařů. Lékaři si v těchto případech zajistí imunologické léčivé přípravky prostřednictvím výdeje na žádanky od poskytovatelů lékařské péče. V případě volby nevyužít možnost stanovenou článkem 23 písm. f) nařízení o ochranných prvcích by povinnosti vyplývající z nařízení o ochranných prvcích, tj. ověřování ochranných a prvků a vyřazování jedinečného identifikátoru u imunologických léčivých přípravků, musel provádět poskytovatel zdravotních služeb, což by představovalo pro lékaře další administrativní zatížení. Lékař by si sice mohl zajistit imunologické léčivé přípravky na žádanky prostřednictvím lékáren, kde by ověření ochranných prvků a vyřazení jedinečného identifikátoru provedl poskytovatel lékařské péče (lékárna) jako osoba oprávněná k výdeji léčivých přípravků, nicméně to by vedlo k radikální změně doposud fungujícího systému, a tím ohrožení systému pravidelného, mimořádného a zvláštního a nepovinného hrazeného očkování.

V době projednávání novely zákona v Poslanecké sněmovně předčasně informovala Česká lékařská komora veřejnost prostřednictvím médií, že výdej očkovacích látek bude možný pouze prostřednictvím lékáren, které zajistí ověření pravosti jednotlivých balení očkovacích látek včetně online vyřazení identifikátoru z úložiště při výdeji. ČLÉK vycházela z toho, že v rámci České republiky lze postup popsán článkem 23 nařízení o ochranných prvcích, tj. **kdy ověření ochranných prvků a vyřazení jedinečného identifikátoru ze systému úložiště provede distributor, použít pouze v případě** dodávek léčivých přípravků

• veterinárním lékařům,

- Armádě České republiky k zabezpečení ozbrojených sil léčivy, k udržování skladových zásob léčivých přípravků pro účely civilní ochrany, zvládání katastrof a pro účely zabezpečení ozbrojených sil České republiky léčivy při jejich vysílání do zahraničí podle § 111a zákona o léčivech a
- poskytovatelům zdravotních služeb, kterým jsou podle § 77 odst. 1 písm. c) bodu 12 zákona o léčivech dodávány imunologické léčivé přípravky pro účely povinného pravidelného očkování na základě rámcové smlouvy distributora se zdravotní pojišťovnou nebo pro účely povinného pravidelného, zvláštního a mimořádného očkování na základě rámcové smlouvy distributora s Ministerstvem zdravotnictví a nepovinného očkování hrazeného z veřejného zdravotního pojištění v rámci preventivní péče dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých

souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Současně ČLnK informovala, že bude možné provádět očkování nepovinné, nehrazené z v.z.p., přímo v lékárnách, čímž by se údajně zvýšila proočkovanost populace. Poslanecká sněmovna však tento záměr neschválila a v návrhu zákona o léčivech upravit, že ověření ochranných prvků a vyřazení jedinečného identifikátoru ze systému úložiště provede distributor v případě dodávek imunologických léčivých přípravků nejen pro očkování hrazená z v.z.p., ale i pro očkování nehrazená z v.z.p.

Protože hrozilo, že lobbistické zájmy České lékařské komory budou přeneseny i do Senátu, oslovili 28. 1. 2019 předsedové SPL, SPLDD, SVL a OSPDL senátory dopisem se žádostí o zachování současného stavu distribuce očkovacích látek platného pro všechny varianty očkování.



V Praze dne 28. Ledna 2019

Vážené paní senátorky, Vážení páni senátoři,

obracíme se na Vás s žádostí ohledně senátního tisku č.30, návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech.

Tento zákon ve znění přijatém Poslaneckou sněmovnou upravuje výjimky z nařízení 2016/161, které vstupuje v účinnost dnem 9.2.2019. Pro praktické lékaře je zcela zásadní výjimka, která umožňuje zachování dosavadního systému dodávek očkovacích látek od distributorů přímo ordinacím praktických lékařů tím, že umožňuje ověření ochranných prvků u očkovacích látek distributorem.

Velmi se obáváme situace, kdy vstoupí v účinnosti předmětné nařízení a přitom nebude legislativně upravena výše uvedená výjimka umožňující dodávání očkovacích látek ordinacím praktických lékařů. Pokud by nebylo možné dodávat očkovací látky tímto způsobem, tak by to prakticky znamenalo zastavení očkování.

Za zcela nepochopitelné pak považujeme to, že ačkoli nařízení bylo přijato 2.října 2015 (a byl tedy prostor několika let), tak výsledkem legislativní činnosti ministerstva a vlády je postoupení návrhu zákona Senátu 8.1.2019.

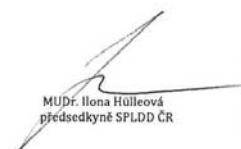
Dovolujeme si Vás z výše uvedených důvodů požádat o podporu schválení zákona ve znění postoupeném Poslaneckou sněmovnou.



MUDr. Petr Šonka
předseda SPL ČR



MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP



MUDr. Ilona Hůlleová
předsedkyně SPLDD ČR



doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
předseda SVL ČLS JEP



V rozpravě senátorů dne 30. 1. 2019 byl na úvod vyzván ministr zdravotnictví jako navrhovatel k seznámení Senátu s hlavními body vládního návrhu.

Uvádíme **stenozáznam** jeho úvodního vystoupení a jeho reakci na dotazy senátorů k distribuci očkovacích látek:

„Místopředseda Senátu Jan Horník: Dobrý pooběd, kolegyně, kolegové. Dalším bodem je návrh zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Jedná se o senátní tisk č. 30, který jsme všichni obdrželi. Prosím pana ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha, aby nás seznámil s návrhem zákona. Máte slovo, pane ministře.

Ministr zdravotnictví ČR Adam Vojtěch: Děkuji za slovo, vážený pane předsedající, vážené paní senátorky, vážení páni senátoři. V první řadě děkuji, že jste ještě umožnili projednání tohoto návrhu. Dovolte, abych se k němu krátce vyjádřil.

Tento návrh v zásadě řeší provedení implementace předpisů EU, které se týkají regulace oblasti léčivých přípravků. Ta první, řekněme méně kontroverzní a diskutovaná, tedy zejména oblast, která se týká provádění klinických hodnocení léčivých přípravků. Jedná se o implementaci dvou nařízení a jedné směrnice EU a upravuje provádění inspekčních postupů správné klinické praxe a zásady a pokyny pro správnou výrobní praxi pro hodnocení humánní léčivé přípravky. Ta druhá, zásadnější část a změna, představuje implementaci nařízení Evropské komise, které stanoví pravidla pro ochranné prvky, uvedené na obalu humánních léčivých přípravků. Po nabytí účinnosti tohoto nařízení dojde ke zřízení a spuštění systému na ověřování pravosti léčiv v rámci celé Evropské unie. Jeho smyslem je stanovit jednotná pravidla pro zavedení právě oněch ochranných prvků a pro ověřování pravosti a neporušenosti balení léčivých přípravků. Toto nařízení vstoupí v účinnost 9. února tohoto roku.

Co se rozumí ochrannými prvky. Jsou to tzv. jedinečné identifikátory a prostředky k ověření manipulace s obalem daného léčivého přípravku. Ochrannými prvky budou opatřeny v souladu s příslušným nařízením

o ochranných prvcích obaly humánních léčivých přípravků, jejichž výdej je vázán na lékařský předpis, a obaly léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis, pokud jsou uvedeny na seznamu v příloze č. 2 nařízení o ochranných prvcích. S ověřováním ochranných prvků a jedinečných identifikátorů souvisí systém zřízení systému úložišť. Úložiště budou zřízena jak na národní úrovni, tak na unijní úrovni, kdy v těchto úložištích se budou schraňovat ony jednotlivé identifikátory, které následně při výdeji léčivého přípravku budou ověřovány. To znamená, takto bude ověřována ona pravost. Při výrobě léčivého přípravku se balení léčivého přípravku opatří daným identifikátorem. Ten se zaeviduje do příslušných úložišť a při výdeji, zejména v lékárnách, dojde k ověření, jestli jde o pravý lék.

V rámci České republiky je úložiště připraveno prostřednictvím Národní organizace pro ověřování pravosti léčiv. Cílem návrhu je přispět k jednotné evropské politice ochrany pacientů před padělanými léčivými přípravky. Je pravdou, že v České republice, a to je občas diskutováno a zmiňováno některými zástupci lékárníků, zatím nemáme nějaký zásadní problém s padělkami v distribuční síti léčiv. Na druhou stranu žijeme na volném trhu, léky jsou v tomto směru zbožím, s kterým je obchodováno v rámci jednotlivých států. Jsou vyváženy a dováženy, tím pádem samozřejmě nemůžeme vyloučit, že se zde nějaký padělek objeví. Proto je to i řešeno na úrovni celé Evropské unie.

V rámci projednávání na půdě Poslanecké sněmovny bylo k původnímu vládnímu návrhu schváleno několik návrhů. Ty se týkaly např. zpřesnění úpravy opatření volně prodejných léčiv prostředkem k ověření manipulace s obalem či otázky vracení balení léčivých přípravků, které nebude možné v lékárně ověřit.

Dále byla opravena prostřednictvím pozměňovacího návrhu oblast přestupků a sankcí. Tady je důležité zmínit, že dochází jednak ke změně některých sankcí a také k jejich odkladu, protože jde o nový systém. Všichni se s ním budou do jisté míry seznamovat, a proto je namísto bezesporu odložit jakékoliv sankce minimálně o rok. Tak, aby mohlo dojít k určité adaptaci. Mohl bych to možná přirovnat k tomu, když byl zaváděn elektronický recept, kde také byl roční odklad sankcí.

Došlo také k zakotvení možnosti mimořádného uvedení na trh těch léčivých přípravků, u nichž výrobce nestihne však zrealizovat

a uplatnit požadavky nařízení, což by mohlo způsobit nedostupnost takových léčivých přípravků. Jsou to určitá zadní vrátka, pokud by například došlo k tomu, že určitá šarže léků není možná ověřit. Tak i tak bude možné na základě výjimky Ministerstva zdravotnictví pustit tyto léčivé přípravky do oběhu, tak, aby nedocházelo k nějaké nedostupnosti léčivých přípravků pro pacienty.

Poslanecká sněmovna také schválila změnu spočívající v tom, že k ověřování ochranných prvků léčivých přípravků – očkovacích látek bude docházet v plném rozsahu již na úrovni distributora. Tím zůstane zachována fakticky současná úprava, současný systém distribuce těchto léčivých přípravků. Byla to i mediálně velmi diskutovaná otázka, zejména u těch nehraných povinných očkovacích látek, kdy, pokud bychom nepřijali tento zákon, tak podle příslušného nařízení by veškeré takovéto očkovací látky musely být ověřeny na úrovni lékárny. To znamená, pacient by musel jít s receptem, musel by dostat léčivou látku, tedy očkovací látku, v lékárně a pak poté donést tuto očkovací látku ke svému lékaři, aby mu ji aplikoval. To by v zásadě platilo pro všechny takovéto očkovací látky. Nebylo to úplně vnímáno pozitivně, takže ten návrh v zásadě zachovává současný stav distribuce těchto léčivých přípravků.

Návrh byl projednán minulý týden výborem pro zdravotnictví a sociální politiku. Svým usnesením návrh doporučil. Doporučil tedy, aby byl návrh schválen v jeho znění postoupeném Poslaneckou sněmovnou, kdy tento návrh podpořila výrazná většina členů výboru. Chtěl bych jím tímto rovněž poděkovat.

Dámy a pánové, vážené paní senátorky, vážení páni senátoři, požádal bych o podporu tohoto návrhu v podobě, v jaké byl Senátu postoupen. Rovněž z toho důvodu, abychom včas stihli implementaci příslušných předpisů Evropské unie. Tady možná zazní určitá kritika ohledně času, který máte na projednání daného předpisu, s tím, že implementační lhůta je 9. února. Je třeba ale říci, že návrh implementuje několik právních předpisů. Ten poslední z nich nabytí účinnosti v září 2017. Ale přece jen legislativní proces si vyžaduje určitý čas, v zásadě nebylo možné příliš ten čas zkrátit, takže bohužel je to tak. Ale na druhou stranu si myslím, že zákon, tak, jak je dnes navržen, je bezesporu mnohem lepší variantou, než pokud by například platilo dané nařízení, které je přímo



aplikovatelné. Které neumožňuje výjimky, např. pokud jde o očkování a další oblasti, odklad sankcí, možnost propustit neověřené léčivé přípravky atd.

Takže si myslíme, že zákon v tomto směru garantuje to, že systém vydávání léků bude fungovat, že je velmi propacientský. A uvidíme v konečném důsledku, jak systém bude fungovat. Je třeba znovu zdůraznit, že to není státní systém, ale je to systém, který připravili samotní výrobci, společně samozřejmě s lékárníky, kteří byli součástí onoho NOOLu. A na základě praktické aplikace pak můžeme vyhodnotit jeho fungování a případně přijmout v nějakém dalším horizontu příslušné změny. My proto navrhujeme onen odklad jakýchkoliv sankcí minimálně o rok. Děkuji za pozornost a prosím o podporu daného návrhu. Děkuji.

Ministr zdravotnictví ČR Adam Vojtěch: Děkuji za slovo, vážený pane předsedající, dámy a pánové. Skutečně těch otázek bylo hodně. Abych na ně odpovídal, aby bylo možné případně reagovat, tak jsem se nyní s dovolením přihlásil. K těm základním oblastem se zkusím vyjádřit.

Očkování, očkovací látky. Co se stane, pokud tento návrh nebude přijat? Stane se to, že to nebude pouze o očkovacích látkách nepovinných a nehrazených, ale bude to o všech očkovacích látkách, protože my jsme v tom zákoně využili výjimku, kterou to nařízení vlády umožňuje na povinné hrazené, nepovinné hrazené, v zásadě ve Sněmovně tedy byla ještě doplněna ta nepovinná nehrazená varianta očkovacích látek. Ale pokud by zákon nebyl, tak platí přímo nařízení, které samozřejmě žádnou takovou výjimku samo neobsahuje. To znamená, že veškeré očkovací látky by musely být distribuovány skrze lékárnu. To by skutečně vedlo k poměrně zásadnímu zvratu vůbec v očkovacím procesu, v distribuci očkovacích látek, protože byl zde dotaz, jak to funguje dnes. Dnes skutečně to funguje tak, že distributor dodá očkovací látku přímo lékaři, který ji poté aplikuje. Je tam dodržen tzv. chladový řetězec. Lékař má jistotu a následně očkovací látku přímo pacientovi aplikuje v ordinaci. Pokud by bylo platné ono nařízení, to by v zásadě nebylo možné u žádné očkovací látky. Takže to by skutečně mohlo vést k jistému chaosu a určitě to není nic, co by bylo, řekněme, ani komfortní jak pro lékaře, tak pro pacienty.“

Hlasováním senátorů při kvoru 31, kdy bylo registrováno 60 senátorek a senátorů, pro bylo 45, proti byl 1, byl zákon schválen.

Závěr: Po několikaměsíčním úsilí se podařilo zachovat současný systém distribuce očkovacích látek a to jak pro očkování povinná, mimořádná, zvláštní a nepovinná hrazená z veřejného zdravotního pojištění, tak pro nepovinná nehrazená z veřejného zdravotního pojištění. Ověřování pravosti balení očkovacích látek bude provádět distributor. **PLDD tak nebude zatížen povinností provádět ověřování pravosti a online vyřazovat jedinečné identifikátory jednotlivých balení převzatých očkovacích látek ze systému úložišť.**

■ Dohoda o základním souboru výkonů odbornosti 002

Níže uvedeného dne, měsíce a roku podepsaly:

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

se sídlem: Orlická 2020/4, 130 00 Praha 3
jejímž jménem jedná: Ing. Zdeněk Kabátek, ředitel

IČ: 41197518

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

se sídlem: Drahobejlova 1404/4, 190 03 Praha 9

jejímž jménem jedná: Ing. Josef Diessl, generální ředitel

IČ: 47114975

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

se sídlem: Jeremenkova 11, 703 00 Ostrava
jejímž jménem jedná: JUDr. Petr Vaněk, Ph.D., generální ředitel

IČ: 47672234

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

se sídlem: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4

jejímž jménem jedná: Ing. Radovan Kouřil, generální ředitel

IČ: 47114321

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

se sídlem: Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav

jejímž jménem jedná: Ing. Darina Ulmanová, MBA, ředitel ZPS

IČ: 46354182

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky

se sídlem: Kodaňská 1441/46, 101 00 Praha 10

jejímž jménem jedná: MUDr. David Kostka, MBA, generální ředitel
IČ: 47114304

RBP, zdravotní pojišťovna

se sídlem: Michálkovic 108, 710 15 Ostrava-Slezská Ostrava

jejímž jménem jedná: Ing. Antonín Klimša, MBA, výkonný ředitel

IČ: 47673036

(dále společně jen „zdravotní pojišťovny“)

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky

se sídlem: U Hranic 3221/16, 100 00, Praha 10-Strašnice

jejímž jménem jedná: MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

se sídlem: U Hranic 3221/16, 100 00, Praha 10-Strašnice

jejímž jménem jedná: MUDr. Alena Šebková, předsedkyně

tuto Dohodu o rozdělení základního souboru výkonů odbornosti 002 – praktický lékař pro děti a dorost do celkem tří jednotlivých kategorií dle jejich významu a jejich nasmlouvání ve Smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále „Dohoda o základním souboru výkonů odbornosti 002“)

Čl. 1

Na základě jednání mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a jejich iniciativního návrhu ohledně rozdělení základního souboru výkonů odbornosti 002 – praktické lékařství pro děti a dorost do 3 kategorií a v zájmu vzájemné snahy o zkvalitnění dosavadních smluvních vztahů fungujících dosud na základě principu tradičně dobré spolupráce se strany dle této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002 dohodly na následujícím členění výkonů odbornosti 002 – praktické lékařství pro děti a dorost.

Čl. 2

Členění základního souboru výkonů odbornosti 002 do jednotlivých kategorií

1. **Kapitované výkony** uvedené v příloze č. 1 v části Kapitované výkony. Tento soubor výkonů nelze poskytovatelem



odbornosti 002 vykazovat na registrované pojištění.

- Obligaturní výkony** uvedené v příloze č. 1 v části Obligaturní výkony. Tento soubor výkonů je nasmlouván v plném rozsahu zdravotními pojišťovnami a smluvní poskytovatel odbornosti 002 je povinen tento soubor výkonů poskytovat pojištěncům zdravotních pojištění.
- Fakultativní výkony** uvedené v příloze č. 1 v části Fakultativní výkony. Tento soubor výkonů nemusí být nasmlouván vždy a v celém rozsahu, ale pouze na základě individuální dohody mezi poskytovatelem odbornosti 002 a konkrétní zdravotní pojišťovnou v případě zajištění dostupnosti péče, včetně dohodnutých podmínek.

Čl. 3

Ostatní ujednání

- Zástupci stran dle této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002 stvrzují, že tento dokument obsahuje aktualizovaný základní soubor výkonů, které by dle doporučení SPLDD ČR měly být v ordinacích praktických lékařů prováděny. To nebrání v individuálních situacích dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním smluvním poskytovatelem nasmlouvat i některý další výkon dle platného znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., v souboru neuvedený. Dále se stvrzuje, že každá zdravotní pojišťovna bude postupovat při uzavírání nových smluvních vztahů a nasmlouvání nových výkonů v souladu s touto Dohodou o základním souboru výkonů odbornosti 002, a to v době po dni nabytí její účinnosti. Tato aktualizace základního souboru výkonů odbornosti 002 však zdravotní pojišťovnu neopravňuje k jednostranné změně již dříve nasmlouvaných zdravotních výkonů, jak jsou uvedeny v dosud platném znění Přílohy č. 2 Smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb (dále jen „Smlouva“), uzavřené vždy s konkrétním poskytovatelem. Ostatní změny Přílohy č. 2 ke Smlouvě v důsledku např. nezbytné potřeby nahradit starší výkony novými, jak jsou uvedeny vždy v platném znění vyhlášky č. 134/1998 Sb., lze provést pouze po dohodě mezi zdravotní pojišťovnou a jejím smluvním poskytovatelem, a to v souladu s ustanovením čl. XII. odst. 3) Smlouvy.

- Zástupci stran dle této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002 dále sjednávají, že tento dohodnutý základní soubor výkonů bude průběžně aktualizován a doplňován podle potřeby na základě předchozí dohody zástupců stran, vždy však při novele vyhlášky č. 134/1998 Sb.
- Zástupci stran dle této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002 dále sjednávají, že s platností od 1. 1. 2019 bude nasmlouván vždy pouze jeden alternativní kód výkonu přepravy, a to kód č. 10 (*Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě*), nebo kód č. 06

(*Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě – paušál na jednu návštěvu pacienta*), nebo kód č. 09521 (*Čas lékaře strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy à 10 min.*).

- Zástupci stran dle této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002 dále sjednávají, že s platností od 1. 1. 2019 budou do Přílohy č. 1 v části Fakultativní výkony zařazeny dva výkony; výkon 02245 – Sledování novorozenecké žloutenky v ordinaci PLDD metodou transkutánní bilirubinometrie a výkon 02250 – Otoskopie v ordinaci praktického lékaře.

■ Příloha č. 1 – Základní soubory výkonů odbornosti 002

002 Výkony zahrnuté v kapitační platbě

Kód	název
01025	Konzultace praktického lékaře rodinnými příslušníky pacienta
01030	Administrativní úkony praktického lékaře
02023	Cílené vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02024	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02033	Cílené vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02034	Kontrolní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
06111	Komplex – vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
06119	Komplex – odběr biologického materiálu
06121	Komplex – lokální ošetření
06123	Komplex – edukace, reedukace, ošetrovatelská rehabilitace
06125	Komplex – klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
06127	Komplex – aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v., UV, ev. další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv
06129	Nácvik a zaučování aplikace inzulínu
09215	Injekce i.m., s.c., i.d.
09216	Injekce do měkkých tkání nebo intradermální pupeny v rámci reflexní léčby
09217	Intravenózní injekce u kojence nebo dítěte do 10 let
09219	Intravenózní injekce u dospělého či dítěte nad 10 let
09220	Kanylace periferní žíly včetně infúze
09221	Infúze u kojence nebo dítěte do 10 let
09233	Injekční okrsková anestézie
09235	Odstranění malých lézí kůže
09237	Ošetření a převaz rány včetně ošetření kožních a podkožních afekcí do 10 cm ²
09253	Uvolnění prepucia, včetně neoperační repozice parafimozy
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem nepsychiatrem
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou
09525	Rozhovor lékaře s rodinou
71511	Vyjmutí cizího tělesa ze zvukovodu
71611	Vynětí cizího tělesa z nosu – jednoduché



Čl. 4 Závěrečná ustanovení

1. Tato Dohoda o základním souboru výkonů odbornosti 002 nabývá platnosti dnem podpisu zástupců jejích signatářů a účinnosti dnem 10. 1. 2019 a uzavírá se na dobu neurčitou.
2. V případě nabytí účinnosti takových legislativních změn, které odporují obsahu

- nebo rozsahu této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002, se strany této Dohody výslovně dohodly, že s nabytím účinnosti takové legislativní změny tato Dohoda zaniká.
3. Tato Dohoda o základním souboru výkonů odbornosti 002 je vyhotovena v 9 stejnopisech, z nichž zástupce každého jejího signatáře obdrží 1 vyhotovení.

4. Zástupci signatářů této Dohody o základním souboru výkonů odbornosti 002 svým podpisem stvrzují, že byla sjednána podle jejich svobodné vůle a že souhlasí s jejím obsahem.

Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka

002 Obligatorní výkony mimo kapítaci

Kod	název
01040	Podrobný výpis z dokumentace
01150	Návštěva praktického lékaře u pacienta
01185	Předoperační vyšetření praktickým lékařem
02021	Komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02022	Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě do 6 let
02210	Odběr pro novorozenecký screening nebo rescreening vrozených vad u novorozence
02031	Komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02032	Opakované komplexní vyšetření praktickým lékařem pro děti a dorost – dítě nad 6 let
02100	Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy očkovací látku na základě volby hraď pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce
02105	Pravidelné očkování podle předpisů o ochraně veřejného zdraví je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění – případ, kdy zulp hraď příslušná zdravotní pojišťovna
02125	Očkování včetně očkovací látky, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění
02130	Očkování v případech, kdy očkovací látka je hrazena podle předpisů o ochraně veřejného zdraví
02200	Návštěva novorozence dětskou sestrou z ordinace praktického lékaře pro děti a dorost
02240	Časný záchyt poruch autistického spektra v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost
09111	Odběr kapilární krve
09115	Odběr biologického materiálu jiného než krev na kvantitativní bakteriologické vyšetření
09117	Odběr krve ze žíly u dítěte do 10 let
09119	Odběr krve ze žíly u dospělého nebo dítěte nad 10 let
09123	Analýza moči chemicky
09133	Sedimentace erytrocytů
09211	Neodkladná péče poskytovaná lékařem à 10 minut
09213	Neodkladná kardiopulmonální resuscitace základní à 15 min.
09509	Ošetření handicapovaného pacienta
09527	Prohlídka zemřelého – mimo lůžkové oddělení
09532	Signální výkon prohlídky dispenzarizované osoby

09543	Signální výkon klinického vyšetření
09550	Signální výkon – informace o vydání rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
09551	Signální výkon – informace o vydání rozhodnutí o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo rozhodnutí o ukončení potřeby ošetřování (péče)
62100	Převaz popáleniny v rozsahu do 1 % povrchu těla

002 Fakultativní výkony smluvně sjednané

Kod	název
01160	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 19–22 hod.
01170	Návštěva lékaře u pacienta v době mezi 22–06 hod.
01180	Návštěva lékaře u pacienta v den pracovního volna nebo pracovního klidu
01441	Stanovení glukosy glukometrem
01443	Kvantitativní stanovení krevní srážlivosti (INR) z kapilární krve (POCT)
02220	Rychlotest STREP A – přímý průkaz antigenu <i>Streptococcus pyogenes</i> (STREP A) v ordinaci
02222	Průkaz infekcí močových cest kultivací na třech médiích
02230	Kvantitativní stanovení CRP (POCT)
02245	Sledování novorozenecké žloutenky v ordinaci PLDD metodou transkutánní bilirubinometrie
02250	Otoskopie v ordinaci praktického lékaře
06135	Výkon sestry v době mezi 22–06 hod.
06137	Výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna
09125	Pulzní oxymetrie
09127	EKG vyšetření
09223	Intravenózní infuze u dospělého nebo dítěte nad 10 let
09234	Ošetření nehtu, incize subkutánního abscesu nebo hematomu, ošetření rány steristripem
09239	Sutura rány a podkoží do 5 cm
09245	Zavedení gastrické sondy pro enterální výživu
09521	Čas lékaře strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy à 10 minut
25211	Screening (orientační spirometrie)
25235	Inhalační aerosolová léčba
76211	Katetrizace močového měchýře permanentní cévkou
80111	Aplikace analgetických směsí do kontinuálních katetrů včetně ip portů jednorázově nebo dávkovací pumpou



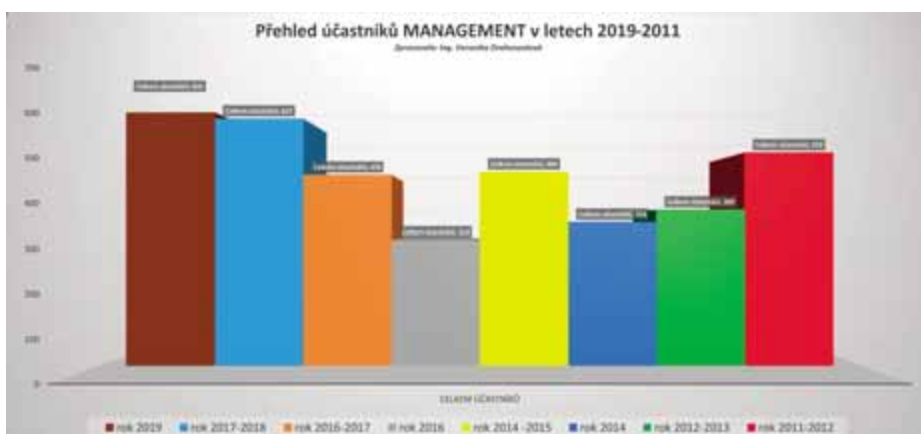
Management v ordinaci PLDD v roce 2019

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

V sobotu 9. 2. jsme v Praze zakončili letošní 8. cyklus Managementů v ordinaci PLDD. Velkou radost nám udělal vysoký počet účastníků, který svědčí jednak o zájmu PLDD se vzdělávat, jednak o atraktivnosti volených témat a také o kvalitativní úrovni těchto akcí. V letošním roce jsme poprvé uspořádali všechny sobotní akce na počátku roku, tj. v lednu až únoru 2019. Také se osvědčily dva termíny v Praze, neboť kapacita byla pro první termín poměrně rychle vyčerpána.

V letošním roce se zúčastnilo managementů historicky nejvíce PLDD. Všem účastníkům i přednášejícím a sponzorujícím firmám ještě jednou děkuji touto cestou. Na semináře neměli možnost se přihlásit nelékaři a ani zdravotní sestry. Zájem byl, ale pořádáme tyto akce jen pro lékaře, neboť profesní tematika i odborná sdělení jsou vytvořena speciálně pro potřebu nás PLDD. Management je vždy ve své dopolední části zaměřen na profesní problematiku a v odpolední části se věnujeme odborným tématům, zaměřeným na aktuální situaci, novinky a edukaci PLDD. Letos jsme navíc zajistili účast vystavujících firem, které mají co nabídnout pro vybavení ordinace PLDD. Zejména pro nasmlouvání dvou nových výkonů – otoskopie a sledování novorozenecké žloutenky metodou transkutánní bilirubinometrie. V letošním roce doplnilo program managementů pro přihlášené zájemce **Školení požární ochrany**. Pro poskytovatele je povinné jednou za 3 roky.

Účastníci si vyslechli v dopoledním programu již tradiční **právní poradnu, kterou prezentoval Mgr. Uher**. Zaměřili jsme se především na aktuality v zákonech a vyhláškách, zopakovali jsme postupy PLDD v případě vystavování posudků, odpovědi na nejčastější dotazy PLDD, které chodí do kanceláře SPLDD. Vždy se rozjela obsáhlá diskuse, která však byla na každé akci trochu odlišná, byť se některé dotazy opakovaly. Následovalo téma lékařské posudkové činnosti nazvané „**Dítě v sociálním zabezpečení**“, které přednesla **MUDr. Zdeňka Vítková** z ČSSZ. Nedílnou součástí léčebně preventivní péče je lékařská posudková činnost a jsme povinni ji vykonávat podle předpisů vydaných MZ ve spolupráci s MPSV. V dotazníkovém šetření z loňského roku odpověděli členové SPLDD, že tato činnost stojí na prvním místě v administrativní zátěži spolu s dalšími posudky. Proto bylo zvoleno dané téma, přičemž jsme se zaměřili na posuzování zdravotního stavu



pro účely nemocenského pojištění a pro potřeby úřadu práce, speciálně pro posuzování zdravotního stavu v sociálním zabezpečení. Prezentace byla zaměřena na důchodové pojištění (nárok na invalidní důchod, „invaliditu mladých“, „invaliditu z mládí“, příspěvek na péči, příspěvek na pomůcku, příspěvek na mobilitu, průkaz OZP, průkaz TP, ZTP, ZTP/P). Přednášející velmi podrobně vysvětlila, kdy je nárok, jak a kdy se posuzuje, jak spolupracovat s OSSZ. Vysvětlila, že požádat o dávky může kdokoliv a opakovaně, což přináší velkou administrativní a časovou zátěž nejen nám PLDD, ale i posudkovým lékařům OSSZ. Přednášky doplnila i konkrétními případy a často i s humorem, který odlehčil toto těžké a citlivé téma.

V úvodu odpoledního bloku jsme vyslechli přednášku **prof. Chroboka** (MNG Praha, Hradec Králové) a **prof. Komínka** (MNG Ostrava, Brno) s názvem **Celoplošný screening sluchu novorozenců** (celkový přehled, jak to vypadá v ČR s jeho prováděním) a nově zavedený **celoplošný screening sluchu u pětiletých dětí** (od 1. 1. 2019). V obou případech je role PLDD nezastupitelná, v případě pětiletých dětí jsme jediní, kdo informuje rodiče o možnosti tohoto vyšetření (pokud pomineme roli médií). Všechny materiály k danému tématu, včetně odkazu

na mapu pracovišť ORL, která nově budou audiometrické vyšetření u pětiletých dětí provádět, byly zveřejněny na webu SPLDD www.detskylekar.cz.

Následovaly **přednášky zaměřené na problematiku očkování**. Zazněly novinky v očkování proti IPO a IMO v roce 2019. Velmi přehledně a názorně jsme vyslechli přednášku „**Problematika dětské gynekologie v ordinaci PLDD**“. Tuto přednášku bychom vám chtěli umožnit zhlédnout prostřednictvím již výše zmíněných webových stránek SPLDD. V závěru semináře se **MUDr. Cabrnová** velmi podrobně věnovala **doporučenému postupu k očkování nedonošených novorozenců a rizikových skupin**. Očkování rizikových skupin vzbuzuje mnoho nejasností a do budoucna se tomuto tématu budeme určitě ještě věnovat. Závěrem bych chtěla říci, že vaše otázky a podněty jsme si uschovali a budu z nich čerpat při přípravě dalšího cyklu managementů v roce 2020. Doufáme, že opět uvidíme plné sály a spokojené kolegy, kteří si odnesou užitečné rady a vědomosti, aplikovatelné ihned do naší každodenní práce. A především doufáme, že jim tyto informace usnadní a urychlí jejich práci.



Informace OSPDL ČLS JEP

MUDr. Alena Šebková
předsedkyně OSPDL ČLS JEP

Vážené kolegyně, vážení kolegové, uplynul rok, kdy se intenzivně zabýváme reformou primární péče a čekáme na splnění slibů ministerstva zdravotnictví. Komentář k této situaci si nechám na dobu po Kongresu primární péče – tuto informaci píši ještě před ním. I když je možné, že bude nutné komentovat a reagovat na situaci aktuálně, a nikoli až v dalším čísle VOXu.

Využiji tentokrát „stranu OSPDL“ pro informaci od našich kolegů ze Slovenska. OSPDL se dohodla na obnovení spolupráce s kolegy ze Slovenské společnosti primární pediatrické péče SLS.

Kolegyně byly pozvány na Školitele 2019, ale kvůli akutní nutnosti řešení problémů, které se nevyhýbají ani jim, se nemohly setkat zúčastnit osobně. Nicméně paní předsedkyně společnosti poslala dopis.

Předkládám prakticky celý i pro vaši informaci. Jen krátký komentář – kolegové se potýkají s identickými problémy jako my i při existující „jedné pediatrii“.

Alena Šebková

Citace (přeloženo ze slovenštiny):

Péče o děti a dorost v samostatných pediatrických obvodech začala v našem společném státě před více než 50 lety a měli jsme mnoho společných učitelů, na které s láskou a úctou vzpomínáme.

Situace se však u nás začíná měnit. Po přechodném období, kdy se zdálo, že dětských lékařů je téměř více než dětí, začal u nás babyboom, dětští lékaři v primární péči stárnou a noví nepřicházejí.

Pro ilustraci několik čísel: v roce 2017 bylo ve Slovenské republice 1 173 primárních pediatriů (všeobecných lékařů pre deti a dorost), z toho nad 65 let 335, 60–65 let

326, tedy 56,35 % lékařů bylo nad 60 let, pod 40 let mělo 32 lékařů, průměrný věk lékaře v dětské ambulanci byl 59 let. Celkový počet dětí byl dle této statistiky 1 247 559, na jednu ambulanci připadá průměrně 1 063,56 pacienta, ale ambulance mají od jednoho (!) do 3 063 kapítovaných pacientů. Průměrné počty denně ošetřených pacientů jsou 40–60 dětí.

Postgraduální vzdělávání je jednotné pro lékaře připravující se na práci v nemocnici i pro ty, kteří se rozhodnou pro práci v ambulanci primárního kontaktu. Pro lékaře, kteří mají zájem pracovat v primární péči, existuje rezidentský program, který se postupně zavádí, bojujeme s mnohými problémy. Slovenská společnost primární pediatrické péče Slovenské lékařské společnosti, stejně jako i hlavní odborník ministerstva zdravotnictví pro primární péči, vynakládají velké úsilí v aktivní podpoře tohoto programu. Vzdělávací program před atestací v oboru pediatrie je zaměřen na dostatečné vzdělání lékařů i v oblasti primární pediatrické péče, celkový čas vzdělávání před atestací je čtyři roky.

Problémy, které aktuálně řešíme, jsou určité podobné jako u vás. Je to jednak formování sítě primárních pediatriů. Naší snahou je uzavřít síť, tedy aby si nový primární pediatri mohl otevřít ambulanci jen tam, kde pediatri v síti chybí, nebo tam, kde je zvýšená koncentrace dětí nebo starších pediatriů s předpokladem odchodu do důchodu. U nás platí zákon, že zdravotní pojišťovna musí dát smlouvu primárnímu pediatriovi, pokud má i jenom jednoho pacienta pojištěného v dané pojišťovně. Řešíme pro-

blematiku předávání praxí, ale také to, jak řešit péči o děti u lékařů, kteří budou mít víc než 1 400 kapítovaných dětí. Určitě bude v těchto případech potřebné řešit materiální i personální zabezpečení chodu ambulance, na což jsou potřebné finanční prostředky. Personální zabezpečení bude náročné a už nyní pociťujeme nedostatek dětských sester, takže jsme přijali taktiku možnosti zaměstnat i praktickou sestru v ambulanci všeobecného lékaře pro děti a dorost. Vzhledem ke stále klesajícím počtům primárních pediatriů vyvstává i problém zastupování po dobu nepřítomnosti (dovolená, nemoc). V praxi, která byla zavedená, tedy vzájemně se zastupující dvojice lékařů, se při sníženém počtu lékařů nedá pokračovat. Prostřednictvím svých organizací nepřetržitě řešíme smlouvy se zdravotními pojišťovnami, nejen pro lepší finanční ohodnocení práce, ale i pro úpravu a zlepšení podmínek práce v ambulanci. Nová doba přináší i nové způsoby komunikace, na Slovensku se postupně zavádí e-health. Přechod na tento nový způsob komunikace mezi lékaři navzájem, lékaři a pojišťovnami, lékaři a pacienty přináší mnohé problémy a úskalí, které za plného provozu, tzv. za pochodu, řešíme.

Takové jsou tedy naše problémy a navržená řešení pro pokračování péče o děti nadále v ambulanci primární pediatrické péče.

Marta Špániková, prezidentka Slovenskej spoločnosti primárnej pediatrickej starostlivosti Slovenskej lekárskej spoločnosti

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a OSPDL ČLS JEP

si vás dovolují pozvat na odborné semináře v roce 2019. Semináře se konají vždy první čtvrtek v měsíci v Lékařském domě, Sokolská 31, Praha 2, stanice metra „C“ I. P. Pavlova, od 16:30. Vzdělávací akce mají charakter postgraduálního vzdělávání a jsou garantovány ČLS JEP ve spolupráci s ČLK (ohodnoceny kredity) jako akce kontinuálního vzdělávání.

Odborný garant: MUDr. Alena Hanzlová, MUDr. Bohuslav Procházka

2. května 2019

Podologie očima PLDD

MUDr. Karel Kopecký



OSPDL ČLS JEP



Psychosomatika u dětí a dospívajících

PhDr. et PhDr. Jiří Kučírek, Dr.

Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, Pedagogická fakulta UK Praha,
Vysoká škola aplikované psychologie Terežín

■ Úvod

Psychosomatika dítěte a dospívajících je rozsáhlá oblast, která má velký význam pro pediatrii, dětskou a adolescentní psychiatrii a psychoterapii, protože fyzické a emocionální procesy jsou úzce spjaty. Tělo je základem nástrojem našeho poznání, poznání velmi diferencovaného, ale verbálně obtížně uchopitelného. Kdo přehlídí a nevnímá své tělové prožitky, projevuje v interpersonálním kontaktu dezorientaci. Vyvozuje své chování pouze obsahem sdělovaných slov, informacemi či zásadami bez zpětné možnosti vnímat důsledky svých postojů a ztrácí porozumění se svým okolím. Pokud ovšem jeho komunikace je zprostředkovávána v největší míře smartphonem, Facebookem, tj. s počítačem, může takto ochuzený způsob životního prožívání uplatnit. Pocity, které jsou klíčové pro pochopení vztahových rovin, má utlumené, a tím lépe se může orientovat na kontrolu, výkon a sebeprosazení. Můžeme na těchto (nejen) dětech a dospívajících pozorovat trvalé kontrakce svalů, způsob chůze, ustrnulý výraz očí vyvolaný zmíněnou kontrakcí okolních svalů, projevy blokady rané panické úzkostnosti. Obdobně například trvalé napětí ústního prstence blokují vyjadřování emocí. Blokované emoce se tak stávají nejfrekventovanější příčinou onemocnění. Úspěšnost v léčbě mají pouze jen ti pacienti, kteří dovedou prožívat své tělové pocity. Proto jakákoliv aplikovaná psychoterapie, která je založena pouze na verbální rovině, nemůže výrazně pomoci dětem, které mají narušenou schopnost vlastního tělového prožívání. Dnes víme, že každá nemoc zahrnuje i psychiku. Děti nejsou malí dospělí, ani fyzicky, ani mentálně. Psychosomatické příznaky u dětí a dospívajících jsou velmi časté. Od primární školy do věku 18 let podle německé studie (Esser, Ihle, 2000) mělo nejméně 5,2 % dětí a dospívajících, kteří studovali, psychosomatickou poruchu. Dívky byly výrazně více postiženy – 8,9 %. Poruchy příjmu potravy byly hlášeny v 1,7 % případů ve stejné studii. V jiné studii (Essau et al., 2000), provedené

na adolescentech v Brémách, byla nalezena somatoformní porucha u 13 %. Toto klasické psychosomatické onemocnění popisuje fyzické příznaky, které nelze plně vysvětlit fyzickou nemocí (nebo jinou duševní poruchou). Nejčastějšími příznaky byly bolesti hlavy, pocit hrudky v krku a bolest břicha. Psychosomatika či psychofyzický problém (problém vztahu těla a duše) je otázkou, která je kladena tisíce let. Nejlepší cestou je příklad: zkuste vyslovit samohlásku A. Je zřejmé, že vytvoření jazykových hlásek je podmíněno jazykem, rty, čelistí, patrem, hrdlem. Navíc se musejí tyto části úst pohybovat jednoznačným způsobem, abychom slyšeli samohlásku A. Chci říci A – vyslovím samohlásku, ale je jisté, že nevím, jak jsem to udělal. Nikdo neví, co vlastně udělal či měl udělat. Pokud ano, vyřešili jste psychofyzický problém. Jde o iracionální problém. Vědomosti máme, ale nevíme, jak bychom problém chápali. „Já“ chci říci a tělo „vysloví“? Jsme taku klasického karteziánského dualismu, předpokládajícího, že skutečnost lze vysvětlit v posledku jako dva protikladné principy: duše a tělo. Dualismus Platónův, Descartův, kde tělo je substancí odlišnou od duše. Náhled, který je akceptován i v křesťanské interpretaci. Descartes mluví o těle vždy jako o něčem cizím, tělo jako stroj z masa a kostí. Odtud také opovrhování či glorifikování těla. Pokud ovšem míníme hovořit o lidském prožívání, bolesti, emocích, těžko lze jasnost a evidentnost vykazovat. Existuje také náhled monismu, který pojímá tělo i duši jako dvě jevové stránky společného, tj. teorie identity. Spinoza jako první učil, že myšlení a prostor jsou dva rozmanité projevy jednoho. Celému složitému dilematu uniká psychofyzický paralelismus, který podtrhuje přinejmenším nepoznatelnost nějakého vzájemného působení.

Jedno dělení ale stojí za pozornost, hebrejščina nezná slovo tělo (SÓMA), hovořili o člověku, a když použije hebrejské slovo GÚF, znamená to vlastně jen mrtvolu. Mluvit o člověku nelze ve významech duše a těla, ale BÁSÁR, tj. živé tělo, celek. V hebrejštině,

judaistickém náhledu, není dichotomie duše (PSÝCHÉ – SÓMA). Duše znamená člověk, nelze hovořit o duši ve smyslu protipólu vůči tělu. Problém vznikl právě při překladu biblických textů z hebrejštiny do řečtiny a pevně zakotvil dualistické pojetí člověka. A to se promítlo do medicíny: v evropské tradici ale převládá platónský, karteziánský dualismus, z jehož vlivu se stále v současné době snažíme vymanit, i vzdělání bylo takto dichotomizováno, psychologie a somatologie, zdánlivě oddělené obory. Jenže se nejedná pouze o filosofický, psychologický aj. problém, ale i, a to jsme již v našem tématu, medicínský. Stačí si připomenout řeckého lékaře Galéna, který nemoc (NOSOS, NOSÉMA) považoval vždy za záležitost tělesného stavu. Příčiny nemoci mohou existovat mimo nemocné tělo, ať již v okolním prostředí, nebo v duši, přesto nemoc sama jako taková nikoliv. Nemoc je dispozice těla. Tato tradice převládá dodnes, teprve v posledních desetiletích se začíná nahlížet na tento vztah komplexněji, systémově. Stačí si vzpomenout na obvyklý přístup lékaře, který se vždy soustředí zejména na evidovatelné, měřitelné, analyzovatelné výsledky. Otázka „jak se cítíte, jak vám je“ je již obvykle druhotná. Od Aristotela rozlišujeme obecně pět smyslů, nejčastěji jsou zasazovány do stavby vrstev. Nejnižší vždy leží hmatový smysl, na něm spočívají oba k sobě náležející smysly chuť a čich a v určité svobodě nad nimi opět sluch a zrak. Tak se ocitl optický smysl jako „nejduchovníjší smysl“ (Tomáš), kterým zůstal až do dneška. Z hlediska léčby vznikly protikladné symetrie, pro Asyřana (judaistická koncepce) je nemocný člověk především hříšníkem. Pro Galéna je naopak hříšník především nemocným člověkem. V řecké filosofii tak došlo k tomu, že nemocný člověk, stručně řečeno, nebyl v souladu s obecností podstaty a měl být napraven, odtud pojem lustrace, fyzickým zásahem dát jedince do souladu s obecným celkem, přirozeností. V judaistické koncepci je zapotřebí, aby hříšník svůj problém vyslovil, pojmenoval, slovo, tj. slyšené, je více než viděné.



V řecké tradici je z hlediska smyslového poznání na prvním místě zrak, vidění (v křesťanství zrak jako „nejduchovnější smysl“), odtud také tradice klasické medicíny – nejdříve pozorovat, vycházet z viděného, kdežto judaistická koncepce nemoci vychází, jak to odpovídá její tradici, ze slyšeného. Slovo, slyšené je na prvním místě, na tuto myšlenkovou tradici navázal S. Freud, psychoanalýza. Nenahlíží se prvotně na prohlížení těla, ale naslouchá se. Slovo je mocné, dnes víme, že „slovo mění realitu“ (Austin). Naslouchání jako cesta k rozpoznaní, DIA GNÓSIS. Můžeme se například ještě zmínit o jednom odlišném pohledu na psychosomatiku: chápání psychosomatiky jako psychosomatického problému (duševní stav, naladěnost, situační či dlouhodobé psychické potíže, konfliktní situace se promítají do tělesného zdravotního stavu). Jde o těžce zvladatelnou psychickou situaci.

Nebo můžeme hovořit o somatopsychickém problému (náhlá změna tělesného stavu, například bolest zubů, fyzické napadení). Vyvolává druhotně psychické problémy. Dítě může mít problémy původně v mezilidských vztazích, konfliktním rodinném či školním klimatu, který se časem transformuje v odvozený problém. Nemusíme proto vždy vyvozovat z psychických potíží na tělesné, můžeme postupovat opačně. Pořád se ale držíme klasického dualismu. Značný přínos k takzvané psychosomatice přinesla Daseinsanalýza (M. Heidegger, M. Boss), která pokládá pojetí tělesnosti, jako pouze jedné oblasti lidské existence, za otázku stále otevřenou. Kritizuje název psychosomatika či psychosomatická medicína a navrhuje raději hovořit o „antropologické medicíně“. Ostatně Daseinsanalýza oprávněně kritizuje i používání pojmu tělo, které chápe v důsledku karteziánského pojetí těla jako tělesnosti, tj. tělesa. Člověk však není těleso a odvozeně tělesný, ale používá termínu tělovost (od slova tělo). Ne náhodou někomu uvedené dělení evokuje pouze orientaci na fyzickou stránku, např. v „tělesné výchově“ nalezneme naprostou absenci smyslu, hodnotového zakotvení, směřování k Étosu. To je již dáno na starost někomu jinému – dualismus v praxi. V Daseinsanalýze jde o přijetí, chápání jedince v jeho celosti. Ochuzení celistvosti existence se pak projevuje právě jako „tělesné onemocnění“. Orgánové příznaky při psychoneurózách nevyplynají z primárních anatomicko-fyziologických poruch, ale z existujících poruch ve vztazích.

Například nadměrná produkce žaludečních šťáv se váže k problémové vztáznosti vůči druhým lidem, zaměřenost na ovládání svého okolí nebo zvládání nepřiměřených a náročných úkolů. Gynekologické poruchy souvisejí s nezvládnutím přijetí vlastní ženské role. Cílem není hledat příčiny, ale smysl onemocnění jedince.

■ Ruka a mysl

Žel, stále převládající vzdělávací zásady stále více, paradoxně i v humanitních či lékařských oborech, kladou větší důraz na intelektuální, konceptuální a verbální znalosti, kterých si cení více než tiché a nepojmové moudrosti našich tělesných procesů. V učebnicích se hovoří a odvolává na pojetí zdraví podle WHO, vymezující bio-psycho-eko-sociální a duchovní zdraví, ovšem v praxi se stále vyučuje klasickým přístupem, místo hledání interdisciplinárního, transdisciplinárního přístupu. Stále existuje oddělenost kateder, která je vlastně jen hradbami, za které se utíká zpět, kdykoliv se setkáme s hraničními tématy, přitom se jedná o různé úrovně téhož. Se světem jsme spojeni díky svým smyslům a tyto smysly nejsou pouhými pasivními receptory podnětů, tělo není jen bodem nahlížení světa z ústřední perspektivy. Ano, hlava není jediným místem poznávacího myšlení, protože naše smysly a celá tělesná bytost přímo strukturuje a ukládají tiché existenciální znalosti. Fungující a přetrvávající vzdělávací systémy a také i postupy stále oddělují intelektuální, mentální a emocionální schopnosti od smyslů (senzuality) a rozmanitých úrovní lidského vtělení. Obvyklé vzdělávací, pedagogické postupy obvykle nabízejí určitý stupeň fyzického tréninku těla, ale neuznávají naši tělesnou a holistickou podstatu. Převládající vzdělávací filosofie a pedagogika (v praxi) naneštěstí i nadále kladou větší důraz na konceptuální, intelektuální a verbální znalosti. Cení si jich více než tiché a nepojmové moudrosti našich tělesných procesů. Tento přístup odporuje všem poznatkům i filosofickým argumentům, objevům a poznatkům v neurologii a kognitivní vědě. Lidské vědomí je ztělesněné vědomí, svět je strukturovaný kolem smyslového a fyzického středu (L. Wittgenstein: „Jsem svým světem.“).

Lidské tělo je inteligentní entita. Naše celá bytost ve světě je smyslový a ztělesněný způsob bytí. Ruce mohou vyprávět epické příběhy celých životů, jedinečnost otisku

prstů odkazuje na jedinečnost lidskosti prožitků. Ruka má své společenské role a chování, milostné, nepřátelské, přivítání i odmítnutí. Ruce maminky a dítěte nebo dvou milenců se mění v pupeční šňůru, která spojuje dvě individuality. V židovské tradici se říká, že ruka je prodloužený mozek. Současný lékařský a antropologický výzkum a teorie dávají ruce klíčovou roli v evoluci lidské inteligence, jazyka a myšlenky. Dodnes mnohdy opakujeme chybná slova Aristotela, který tvrdil, že lidé mají ruce, protože byli inteligentní. Wilson (1998) vyvozuje, že ruka promlouvá k mozku tak jistě, jako že mozek promlouvá k ruce. Považuje ruku za základní konstituent příběhu lidské inteligence a jejího vývoje. Každá teorie lidské inteligence, která ignoruje vzájemnou závislost ruky a mozkové činnosti, je zavádějící a sterilní. Ruka je vývěšním štítem osobnosti. Vyjadřuje společenskou skupinu, majetek, věrnost, zaměstnání, spojení. S nadsázkou lze říci, že ruka je jediným perfektním vazalem myslí, a když se věkem nebo nemocí toto spojení mezi nimi přeruší, jedná se o projev procesů involučních, nezvládnutí. Dívat se znamená dotýkat se, říkal S. Freud a J. W. von Goethe někde řekl, že ruce chtějí vidět, oči chtějí hladit. Tělo je také součástí našeho systému paměti. Tělesná paměť je přirozené centrum jakéhokoliv citlivého záznamu vzpomínání, neexistuje paměť bez paměti těla.

Běžně používáme pojem „ruka“ ledabyly, bez přemýšlení, až dokonce se díváme na „manuální“ práci jako na něco méněcenného, co nemá nic společného s tvořivostí, přemýšlením či představivostí. Není většího omylu. Modernost je posedlá vizí a potlačuje hmatovost, přitom spojení oka, ruky a myslí je způsob tvorby. Řemeslná práce (slovo řemeslo má svůj etymologický význam ve smyslu „zaměstnání v klidu“ – ne válečné, klid, mír) se odehrává všude kolem nás, ruce u zubaře, ruce operátora, ruce výtvarníka, ruce stolaře, ruce obuvníka, zde všude se jedná o sňatek jednotlivce s řemeslem, zodpovědnosti a hrdosti, jednoty rukou a myslí, tělovosti. Pakt jako základní osud svého života. Zájem o tradici je zájem o ruku. Modernost jako popření, odmítání tradice je odmítáním rukou, rukou symbolizujících propojenost, porozumění. S věkem a se zkušeností se člověk stává více amatérem, než aby se stával profesionálem, který má okamžité a zaručené odpovědi. Historik kultury R. Sennet (2008) popisuje historii řemeslné dovednosti a zmiňuje se, že v dnešní realitě



technologického světa, mechanické produkce a politováníhodné ztráty dotyku lidské ruky v masově vyráběných výrobcích a prostředcích získává tradice řemeslné dovednosti vzrůstající hodnotu a uznání. Tradiční živý svět je neustálé setkávání a spojování rukou po sobě jdoucích generací. Když používáme ruku, nejedná se o pouhý nástroj, ale současně o smyslový orgán.

Sennet vyvozuje dva závěry: první, že všechny schopnosti, dokonce i ty nejabstraktnější, začínají jako tělesná cvičení, a druhý: technické porozumění se vyvíjí silami představivosti. První argument se zaměřuje na znalosti získané rukou pomocí dotyku a pohybu. Druhý argument o představivosti začíná zkoumáním jazyka, který se pokouší řídit a vést tělesné schopnosti. Platí, že ovládnutí jakékoliv dovednosti hluboce naučí přijímat pokoru, arogance nepatří k opravdové dovednosti. Dovednost je trénovaná praktika. Hluboce tvořivá individualita a řemeslník přistupují ke každému zadání nově a tento postoj je v protikladu postoje experta. Výcvik dovednosti je i cestou prožitků dlouhé chvíle, nudy, protože může iniciovat meditativní mentální činnost. Občasná absence časných podnětů tak paradoxně může i pomoci. Současná tendence rodičů i učitelů k přílišnému stimulování dětí může mít katastrofické následky na dětskou schopnost fantazie, vynalézavosti a vlastní identity. Zkušenost nudy v raném dětství podněcuje představivost a probouzí nezávislé a samostatně motivované pozorování, hru a fantazii. Tato podmínka vede člověka k tomu, aby si uvědomil základní kauzalitu mezi věcmi.

Digitální závislosti jsou v současnosti tím největším problémem, který akcentuje psychosomatický problém u dětí a (nejen) dospívajících.

V současném světě mechanizované, digitalizované podoby obraznosti světa podstatně oslabuje pocit fyzického zapříčinění dokonce i u dospělých, nemluvě o případném dopadu běžné zábavy a digitálních her na lidskou sociální interakci a smysl pro soucit. Nuda a opakování spolu souvisejí, ovšem dnešní mládež zahlcená podněty má sklon brát opakování jako pouhou otravu. Modernost je posedlá vizí a potlačuje hmatovost, přitom spojení oka, ruky a mysli je způsob tvorby. Opakování, pokus a omyl a postupné nabývání jistoty a správnosti je vrozená struktura veškerého tvořivého úsilí, klíčová role neurčitosti je v dnešních peda-

gogických filosofiích zcela opomíjena. Doba před současnou průmyslovou, digitalizovanou materialistickou kulturou moderny nám nabízela komplexnější zkušenostní základ pro lidský vývoj a studium, a to díky přímé interakci s běžným, každodenním světem (Lebenswelt) a jeho komplexními souvislostmi. Dřívější způsob života, úzký kontakt s prací, výrobou, materiály a měnicími se jevy přírody, nabízel širokou smyslovou interakci se světem fyzických souvislostí. Rozumem jsme možná filosoficky zavrhlí karteziánskou dualitu těla a mysli, ale toto oddělení nadále převládá v kulturních, výchovných či společenských postupech.

V současné době se stává největším rizikem, zejména u dětí a dospívajících, závislost na digitálních technologiích. Žít v podmínkách flow (být plně při tom, vrcholová zkušenost, pocit ovládnutí, absence nudy) je jistě skvělý pocit, který znají hudebníci, chirurgové a lékaři, malíři, řemeslníci, prostě všichni, když se jim práce daří, necítí se přetížení, ale dokonale vytížení a mají radost ze své práce, aktivit. Ovšem zážitky flow u počítačových her, internetu má již jiný efekt. Například závislost dětí a dospívajících na Facebooku a stále více i na Instagramu je plně srovnatelná s látkovými závislostmi a gamblerstvím, konstatuje se ve studii Turel et al. (2014).

V souvislosti s užíváním smartphonu byla zjištěna potřeba doteku výraznější u žen než u mužů. Jedná se o souvislost mezi používáním smartphonu a stresem. Nutkavost tikat na obrazovku, používat jej, souvisí s pocitem kontroly, ale také potřebou dotyku, jenže se již nejedná o lidský dotyk, ale dotyk nahrazující jej s následkem smyslové deprivace. Slovy M. Spitzera, „člověka nemůžete vygoglovat“. A pokud dnes přibližně 60 procent dětí ve věku do deseti let používá facebook, jedná se o alarmující počet. Počítač je obvykle s nadšením prezentován jako výhradně prospěšný vynález, který osvobozuje lidskou fantazii. Ovšem zobrazování má sklon zničit naši více smyslovou a synchronní schopnost představivosti, a to proměněním procesu projektování na pasivní vizuální manipulaci – sítnicový průzkum. Hraniční linie mezi sebou samým a světem se odehrává prostřednictvím specializovaných částí naší ochranné membrány. Smysly jsou specializací kožní tkáň a všechny smyslové zážitky jsou způsoby dotýkání se. Pokud se zjistí klinická porucha pozornosti (ADHD), je narušena selektivní pozornost, uvádí Lillard et

al. (2011). Například ve zmíněném výzkumu se potvrdilo, jak extrémně negativní vliv má rychlý kreslený fantastický film na duševní výkonnost čtyřletých dětí, tj. souvislost mezi využíváním obrazových médií a ADHD.

Hmat je senzorický způsob, jak lze integrovat osobní zkušenosti světa a nás samých, zkušenost, která je nepřevoditelná. Veškerá práce a dovednost ruky je zakořeněná v myšlení. Hmat je senzorický způsob, jak integrovat naše zkušenosti světa a nás samotných. Naše celá tělesná konstituce a smysly „uvažují“ v základním smyslu identifikace zpracování informace o naší situaci ve světě a přenášení citlivých behaviorálních reakcí. Tanečník „přemýšlí“ svým tělem, sochař svými rukama, skladatel svými ušima. Ve skutečnosti se naše celé tělo a existenciální pocit podílejí ve všech procesech myšlení. Jak případně řekl F. Nietzsche, že tanečník má své ucho v prstech na noze. Tělo je také součástí našeho systému paměti. Tělesná paměť je přirozené centrum jakéhokoliv citlivého záznamu vzpomínání, neexistuje paměť bez paměti těla. Obrazně řečeno, chuť jablka spočívá v kontaktu ovoce s patrem, ústy a ne v jablku samotném. Sensorika a motorika jsou těsně propojené a tvoří základ veškeré duševní činnosti. Smysl představivosti ve výuce, schopnost představivosti je základ naší duševní existence, je naším způsobem, jak se vypořádat s podněty a informacemi. Zkušenost, paměť a představivost jsou v našem vědomí kvalitativně rovnocenné. Záplava stimulů v televizi dává vnější tvar obrazům a činí je pasivními ve srovnání s vnitřními a aktivními obrazy, které vyvolává četba. Existuje dramatický rozdíl mezi pasivním díváním se na obrázky na jedné straně a obrazy vyvolanými lidskou představivostí na straně druhé. Nenamáhavé obrazy zábavy se zhmotňují bez našeho přičinění. Okouzlující obrazový tok průmyslu vědomí (obrazový smog) odděluje obrazy z jejich historického, kulturního a lidského kontextu, a tak „osvobozuje“ diváka od investování jeho vlastních pocitů a etických postojů do toho, co přijímá. Dokážeme se dívat na nejstrašnější krutosti bez nejmenšího emocionálního zapojení. Přívál obrazů, který se stává pro smysly ohromujícím, potlačuje a tlumí představivost, empatii a soucítění. Důsledkem je stále klesající schopnost empatie. Proč někdo duševně onemocní? E. H. Erikson v této souvislosti hovoří o „emigraci“, domnění, že útek vše vyřeší, ovšem útek je emigrací ze skuteč-



ného života, zodpovědnosti. Být pacientem je úděl nečinnosti. Agens je protikladem patiens. Patiens znamená situovanost, kdy jsme vystaveni neovládnutému působení vnějšku nebo vnitřku, kdežto agens je vnitřní stav pevnosti, nezlomnosti osobní iniciativy, zvládání těžkostí.

Nemoc a zdraví jsou komplementární pojmy, je to náš život ve smyslu BIOS (propojenosti)

Každá nemoc, každá závažná životní situace se stává součástí lidského příběhu, nemoc jsme my, ne že „máme nemoc“. Vše, co jsme prožili, v nás zůstává jako letokruhy na stromě. Mnohdy i nemoc dokáže, paradoxně, člověka uzdravit. Každá citová reakce je současně i tělesná reakce, každá tělesná reakce je současně i psychickou reakcí. Tělo a jeho výraz je strukturovaná historie jedince, tělo je výrazem psychického (W. Reich). Stačí se podívat na neverbální chování dítěte a získáme dostatek informací, co slovy dítě těžce, nebo dokonce vůbec nedokáže říci. Tělové chování podává závažné informace, mnohdy demonstrativně. O tom si ale povíme následně. Můžete lhát slovy, ale tělesně vyjádření říká pravdu (F. Nietzsche). V tomto případě nás tělo zradí. Nezapomínejme, že jsme vždy tam, na co myslíme (i když se nacházíme jinde). Otázka zní: chceme být tam? Můžeme mluvit o emoční odpovědi těla. Ostatně poslední poznatky o tzv. zrcadlových neuronech v mozku hovoří o tom, že se stačí dívat na někoho, když něco dělá. Paralelně se v našem mozku aktivují zrcadlové neurony, a to ještě dříve, než si to vůbec dokážeme uvědomit, jako bychom jednali, i když nic nečiníme. Proto je vhodnější a přesnější hovořit vždy o interakci a ne následné reakci. Vágní tvrzení o bio-psycho-sociálních příčinách je stále v zajetí lineárního (hierarchického) přístupu, kdy jde o snahu pojmenovat souvislost celku tradičními pojmy, místo systémového přístupu. V praxi tak dochází k parcelaci zájmů: bio (lékařská doména), psycho (psychologická doména) a sociální (doména sociologická, sociálních věd), eko (doména prostředí, eko pochází z řeckého OIKOS, domov, ekonomie, ekologie). Jedinec kotví v těchto doménách, včetně duchovního rozměru.

V praxi je ovšem platná, jak ostatně napovídá i název textu, psychosomatika. O sociální zakotvenosti se příliš nehovoří, i když se pravidelně hovoří o bio-psycho-eko-sociální zakotvenosti člověka. Dodejme, že

psychosomatika, v podobě karteziánského dualismu, je pozvolně opouštěna. Proto moderní psychologie směřuje k holistickému přístupu k člověku ve zdraví i nemoci. Každý z nás se vždy nachází v kontinuu mezi zdravím a nemocí.

Je chybou, že v případě pojmenování nemoci (medicinské diagnostikování) většinou pedagogové, sociologové, sociální pracovníci „vyklízejí“ pole, místo aby se snažili hledat další souvislosti a své kompetence. Hovořit o psychosomatice u dětí znamená nahlédnout na systémovou propojenost celého kontextu všech osob, které patří do daného rodinného systému. V některých oblastech navíc přistupuje i vliv médií, který překračuje svým vlivem rodinné vztahové roviny. Nelze léčit nemoc, ale nemocného člověka, a jím je dán konkrétní kontext vztahů, v nichž se nachází. Můžeme proto mluvit o nemoci v kontextu člověka a jeho sociálních vztahů, nikoliv pouze o nemoci. Systémový přístup znamená způsob myšlení, kdy řešení problémů je chápáno komplexně, ve svých vnitřních i vnějších souvislostech. Somatické, psychické a sociální souvislosti, podmíněnosti, mají stejnou důležitost a jejich konkrétní závažnost určuje kontext události. V případě bio-psycho-eko-sociálního náhledu to znamená, že dítě (jako každý jedinec) je vždy ve vztazích, a to nejen rodinných, sourozenckých či vrstevnických, ale také se nachází a je zakomponováno do procesů sociálních. Dítě je vpleteno do sociálních sítí zrovna tak jako do rodinných. Ovšem rozplést sociální vliv je složitý proces, proto je mnohem snadnější soustředit se pouze na osobnost dítěte a jeho zdravotní stav; sociální dimenzi ponechat ve vágním, nekonkrétním konstatování. Současná psychosomatika vyvozuje, že emoce mohou zásadním způsobem ovlivnit fungování jednotlivých orgánů. Emoce vždy provázejí fyziologické procesy. Neexistuje emoce bez paralelních důsledků. Děti stále více platí za to, že musejí žít ve spěchu. Proto již pětileté děti trpí bolestmi hlavy, žaludku, nespavostí, poruchami příjmu potravy vyvolanými stresem, depresí. Děti s nedostatkem spánku mají větší potíže se sprátením (tím se nemíní smartphone v ruce) a s větší pravděpodobností budou mít podváhu, protože hluboký spánek spouští uvolňování růstového hormonu. Navíc specializace na nějaký sport v příliš nízkém věku může způsobit fyzické i psychické poškození.

Můžeme pracovní rozlišit dvě skupiny psychosomatických poruch, jak uvádějí Luban-

Plozza B, Pöldinger W, Kröger F (2013): První skupina se týká funkčních poruch (orgánové neurózy), tj. poruch jednotlivých orgánů, kdy orgán jako celek je neporušen (například překyselený žaludek). Druhou skupinou jsou psychosomatické nemoci v užším slova smyslu, kdy již dochází k poškození orgánů (organické neurózy), jako například projevené žaludeční vředy.

Příklady nejčastějších „spouštěčů“ psychosomatických obtíží v dětství a dospívání jsou zejména

- partnerské konflikty nebo odloučení rodičů,
- dlouhá separace od primární péče v raném dětství,
- problémy v mateřské škole / škole,
- konflikty mezi rodičem a dítětem,
- agresivita nebo sexuální zneužívání,
- duševní (psychiatrická diagnóza u matky nebo otce),
- závažné fyzické nemoci rodičů,
- chronicky nemocní sourozenci
- vyčerpání z nadměrné práce svobodných rodičů.

M. Spitzer (2016, str. 269) oprávněně a podloženě konstatuje, že „podle dnes dostupných dat mají škodlivé zdravotní dopady digitalizovaného dětství a mládí větší váhu než negativní zdravotní vlivy konzumace alkoholu nebo tabáku, vysokého krevního tlaku nebo cukrovky, nadváhy či nedostatku pohybu“. U dětí a dospívajících dochází ke snížení schopnosti empatie, zhoršuje se osvojování řeči, a tím i vytváření sociálních kontaktů a sociálních dovedností. Problémové užívání mobilních telefonů je spojeno s depresí, úzkostností, malou sebedůvěrou a nezdravými životními praktikami, zhoršenou spánkovou hygienou včetně zdravotní zdatnosti. Jedná se o oblast, která bude stále více analyzována a dáována do souvislosti se zdravotním stavem nastupující generace. Rozšíření smartphonu ukazuje extrémní nárůst, protože například u německé mládeže vzrostlo z 25 % v roce 2011 na dokonce 72 % v roce 2013. Uvedená data si můžeme nalézt ve veřejněných studiích, M. Spitzer ve zmíněné práci v literatuře uvádí na 50 stranách seznamy odborné knižní a časopisecké literatury k této problematice, tj. výzkumných aj. studií z celého světa. Spitzer na přednášce v roce 2018 na Pedagogické fakultě UHK poznamenal, že když se kriticky vyjádřil k prodeji a propagování digitálních médií, tj. tablety i pro batolata, dokonce musel vyrobit vlastní výrobek



pro snímek nočníku s tabletem či lehkáka pro batole s tabletem, který potřeboval dát do zmíněné publikace, protože dostal pohrůžku soudní žaloby od výrobců.

■ Stručné uvedení jednotlivých vybraných psychosomatických onemocnění

Onemocnění dýchacích cest

Vyvozuje se, že dýchání je prostředek vyjádření: prožívání smutek snižuje hloubku dýchání, kdežto radost hloubku dýchání zvyšuje. Úzkostné děti mají nepravidelné, povrchní, rychlejší dýchání. Tempo a rychlost dýchání je vnějším projevem psychického prožívání. Dýchací cesty spojují vnější a vnitřní svět velmi jednoduchým způsobem, přičemž vzduch je předem vyčištěn velmi sofistikovaným „filtračním systémem“. Který kontakt jej téměř dusí? Kde je pro tebe obtížné dýchat? Něco, na co by se někdo vykašlal? Normálně pyl není nebezpečný, ale vyvolává silnou reakci jako u alergiků. Alergie jsou v zásadě válkou. Namísto toho, aby se změnila nebo bojovala se skutečnou věcí, je obrana zaměřena proti neškodným látkám. Tato nadměrná reakce nám může být přeposlána formou chování, např. neplač, a u senné rýmy také říkáme, že „nos pláče“.

Asthma bronchiale. Astmatický záchvat lze vysvětlit jako ekvivalent pro potlačovaný pláč. Záchvat často končí rychlým vzlykáním – analogie s křikem dítěte, které se vzpouzí ztrátě zakotvení, bezpečí. Občas se také nemoci kůže či migréna lepší po pláči. Uvádí se, že astma má souvislost s nemocemi kůže, důležité jsou infekční a alergické složky při jejich vzniku. Například dítě reaguje alergicky na blízkost květin, ale první záchvat přijde již při pohledu na umělé květiny ve váze. Může se jednat o problematický vztah s matkou, na jedné straně touha po něžnosti, na druhé strach z její osoby. Děti mohou být vystaveny výčitkám matky, když ji pláčem a křikem chtějí přivolat. Jedná se o porušení schopnosti dávat a brát, o narušenou tendenci identifikovat se s jinými osobami. Vzniká úzkostný základní postoj s hysterickými nebo hypochondrickými rysy. Astmatická nouze o dech je zadržování i emocí a citů. Různé teorie (např. od Alexandra) naznačují silnou touhu astmatického pacienta být chráněn. Jak dětská odmítavá vazba, tak nadměrná ochrana a omezující matka byly opakovaně popsány v literatuře. Oba extrémní mateřských vztahů, které jsou pro děti velmi důležité, mohou

vyvolat vysoké vnitřní napětí jako konflikt ambivalence.

Emocionální projevy hněvu, zlosti a hněvu jsou u astmatiků potlačovány. Potlačení těchto negativních pocitů, ale také pozitivních pocitů, jako je něha, vytváří z konfliktu ambivalence v symbolickém smyslu „držení vzduchu“.

To se odráží na fyzické úrovni v astmatické skupině při výdechu se zdravotním postižením.

Různá další pozorování u pacientů s astmatem se týkají jejich charakteristik. Známa je všeobecná agresivní inhibice s výrazem vlastních vlivů a impulsů, tendence k více záladným akcím, jako je přehnaná čistota, vytrvalost, šetrnost a individualita.

Psychické spouštěče astmatických záchvatů mohou být situacemi, které mobilizují ambivalentní konflikt v oblasti chování nepřátelského, agresivního chování nebo oddanosti. Mimořádné emocionální výrazy mohou mobilizovat obavy ze silného uvěznění k mateřství se strachem, že tento internalizovaný mateřský vztah bude ohrožen, což se projevuje jako subjektivní existenční hrozba. Dřívější psychosomatická literatura přisuzovala astmatikům určité osobnostní rysy, které byly považovány za příčinu nemoci.

Nedávné přístupy psychosociálního výzkumu se zaměřují na objasnění, které psychoterapeutické postupy mohou snížit úroveň stávající úzkosti a četnost záchvatů. Novější přístupy vědecké psychologie (pod názvem behaviorální medicína) zdůrazňují kombinaci biologických, psychologických a sociálních faktorů ve vývoji a průběhu onemocnění dýchacích cest. Behaviorální medicína vychází z bio-psycho-sociálního chápání zdraví a nemoci, podle kterého nemoci nemohou být popsány dostatečně jednoduchým kauzálním modelem. Nejedná se o konkrétní vnitřní, nevyřešený konflikt vedoucí k nemoci, ale o kombinaci několika faktorů.

Pokud se podrobněji podíváme na vyšetřování, na nichž jsou tyto popisy založeny, často se setkáváme s jednotlivými případovými studiemi, jejichž výsledek pak byl generalizován. Není to tak snadné. Některé osobnostní rysy nejsou spíše zřejmé, nebo pokud jsou alespoň zřejmé, nejsou spouštěné, ale jde spíše o důsledky chronické nemoci. Některé vlastnosti člověka se navzájem zvětšují nebo klesají, takže astmatici, kteří mají často záchvaty úzkosti,

vyznačující se podrážděností a agresivitou, protože jsou v neustálém strachu, stavu „pohotovosti“, tak mohou snadno přijít do začarovaného kruhu, který nemohou zlomit bez vnější pomoci. Pomoci mohou různé psychoterapeutické metody, na tělo orientovaná dechová terapie.

Škytavka. Kašel, škytavka je často pozorována u dětí, které jsou vystaveny proměňující se značné velkorysosti a trestající přísnosti rodičů. Takových, kteří jim nemohou věnovat opravdovou lásku. Prudší záchvaty se objevují v momentech nejistoty nebo při zhoršení stavu. Kašlem se osvobozují dýchací cesty od všeho překážejícího (mechanické překážky) nebo dojde k odblokování vnitřních snah – pocitů (psychické překážky). Kašel může být následkem vnitřního napětí, které přinese momentální uvolnění, ovšem může být také ekvivalentem vzteku nebo jiného afektu. Výrazné vykašlávání může být výrazem hnusu nebo hostility. Kašel lze v některých situacích interpretovat jako prosbu o soucit, ohled. Škytavka je často pozorována zejména u dětí, které musejí podstupovat svévolné střídání rodičovské výrazné velkorysosti a trestající přísnosti, rodičů, kteří jim neposkytují skutečnou, nepodmíněnou lásku. Záchvaty se mohou projevit v momentě nejistoty nebo v případě zhoršení stavu.

Srdeční a oběhové nemoci

Srdeční neuróza. K srdeční neuróze dochází v takové míře, která je pacientem vnímána jako sebemenší příležitost, aby mohl zdůvodnit svůj latentní strach. Freud hovořil o „úzkostné neuróze“, jiní hovoří o „kardiofobii“, „funkční angině pectoris“ apod. Mnohočetnost příznaků od bušení srdce, závratí, návalů pocení, psychické i fyzické astenie ovšem úzce souvisí s osobnostní strukturou. Časté jsou také poruchy spánku, či absence optimistického naladění. Většina „srdečních neurotiků“ je velmi znepokojena, pokud se musejí s někým blízkým rozloučit, a prozrazují tak výrazné přání k někomu pevně přilnout. Uvedené chování souvisí s ranou fází individuálního vývoje dítěte, kdy odloučení od maminky znamená maximální ohrožení. Odtud strach z odloučení se všemi průvodními symptomy, strach z osamělosti. Podnětem k propuknutí nemoci se tak může stát moment, kdy reálně hrozí rozloučení se vztahovou osobou, neštěstí v okolí apod. Srdeční neurotici ale nejsou simulanty a nej-



lepší cestou, jak jim pomoci, je nabízet kontakty, vazby. Děti a dospívající s úzkostně laděnými funkčními srdečními poruchami často trpí neurotickými konflikty. Většina z nich reaguje s mimořádným znepokojením na zážitky odloučení, a prozrazuje tak výrazné přání přilnout k nějaké osobě. Nepomůže jim jejich stav vymlouvat, ale sytit jejich potřebu po kontaktu. Matka dokáže rozpoznat své dítě podle vůně již během šesti hodin po narození a ve stejnou dobu se dítě naučí rozpoznat pach své matky. Kojenci věnují největší pozornost lidské tváři. Během deseti minut po narození jejich oči hledají tvář. Druhý den už jsou schopni odlišit matčinu tvář od tváře, kterou ještě neviděli. Další den již začínají s mimikou.

T. Field (1998, 2003) zjistila, že pokud poskytnou předčasně narozeným dětem denně masáže, má to výrazný vliv na jejich růst a další vývoj. Děti, které dostávaly masáže, přibíraly na váze asi o padesát procent rychleji než ostatní, byly živější a zdravější. Každý dotyk a každá manipulace, jako je hlazení, koupání, může mít zásadní význam pro další vývoj člověka.

Koronární onemocnění. Kardiovaskulárními onemocněními trpí stále více mladších lidí. Rizikovými faktory jsou cukrovka, obezita, zvýšená hladina cholesterolu, abúzus alkoholu a zejména kouření, absence pohybu na zdravém vzduchu. Infarktem jsou ohroženy jak labilní, tak i zcela vyrovnané osoby. Jsou výrazně orientovány na úspěch ve škole, profesi s rigidními rysy. V chování jsou otevření a přátelští, ale současně úzkostní. Existuje zde touha po výkonu jako kompenzace některých neurotických poruch. Velké riziko přináší zklamání v mezilidských kontaktech, následkem čehož je labilita sebevědomí. Riziko zvyšuje nesoulad mezi znalostmi a činností, která je vykonávána. Bohužel, dnešní doba uznává pravidlo, že kdo hodně pracuje, je zdravý. Dochází tak k popření prožívaných problémů, přecházení obtíží.

Aspekty chování při jídle

Výživa. Pro každé malé dítě je konzumování potravy ztotožněno s pocitem být milován, s pocitem jistoty zakotvení. Tento pocit se nikdy, ani v budoucnu, nevytrácí. Ústa zůstávají jako centrum lásky, políbení, něžnosti. Rozdělují se jídla, která jsou prvkem jistoty, vyvolávající pocit bezpečí, například mléko. Jídla, která značí nebo mají význam ve smyslu odměny, jsou sladkosti. Jídla „posilující“ – biftek, jídla zdůrazňující po-

stavení – kaviár. Jídla dospělých, která jsou dětem zakázána – káva, destiláty, víno, pivo. Na obdobné bázi existují jednotlivá jídla s individuálním významem, například dítě nucené jíst každodenně mrkev „na oči“ bude v dospělosti mrkev odmítat. Nevědomě tak vzpomíná na nucení jako zásahy do svého vlastního rozhodování. Jídlo je komunikační proces, proto se také nálada u stolu promítá do zhodnocení stravy. Stále závažnějším problémem je absence společného jídla a pak zejména jídlo, které je doprovázeno položeným zapnutým smartphonem na jídelním stole a veškerá komunikace se soustředí jen na zprávy, obrazy, odepisování. Je přímo trestuhodné, když děti u svých rodičů vidí, jak si hledí smartphonu více než jich samotných. Smartphone na jídelní stůl nepatří. Protože naladěnost všech zúčastněných u společného jídla ovlivňuje trávení, zhodnocení potravy. Zvláštní kapitolou je touha po cukrovinkách, jež má obvykle psychické příčiny – neuspokojený život. Dlouhé chvíle mohou vést k náhradnímu sebeodměňování mlsanými sladkostmi. Může jít o vyjádření vytouženého, ale chybějícího vztahu k matce v raném dětství (vnitřní samota). Uspokojování hladu u malého dítěte je vždy spojeno s pocíťováním slastných pocitů a prožíváním bezpečí. Hlad je spojován se smyslem pro vlastnění, ale také závisť, žárlivost. Pokud dítě nemůže uskutečnit tyto agresivní impulsy, dochází k psychické nevolnosti, u dítěte k návalům pláče, vzteku, neklidu, poruchám spánku, trávicím poruchám. Známa je souvislost mezi pitím u prsu matky a příjemným vjemem, který se snaží zopakovat cucáním palce. Je v zájmu matky a dítěte, aby dítěti vycházela vstříc. Tak se jídlo stává něčím příjemným, spojeným s pocitem spokojenosti. Projevy nechutenství jsou často výsledkem výchovy zaměřené primitivně na vše tělesné. Výchova je pro takové rodiče pouze starost a problémy, aby dítě mělo pravidelnou stolici a dost jedlo. Odměnou má být vypasené, baculaté dítě. Apely na rozum a nucení spíše chuť zhoršují. Dítě tak reaguje na rodičovský nátlak, který narušuje jeho přirozené potřeby, dvojnásobným způsobem. Buď jí, jen když se řekne, odmítá jídlo ze vzdoru, nebo trpí pasivně překrmování až k otýlosti. Psychosomatická reakce žaludku může mít i výraz jako symbolický hlad, „hlad“ po lásce, konejšení, pohlázení. Potrava je pro dítě identická s láskou. Dítě, které má dostatek jídla, ale poskrovnou lásky, se pokouší vyrovnat tento deficit vyšším pří-

sunem jídla. Nejistá a neurotická matka přenáší ovšem také stav napětí na dítě. Může se stát, že dítě nevědomě odmítá matku pro její špatnou péči, což vede ke křečím, zvracení.

Překrmování, bulimie. Otlíklí jedí více, než potřebují. V řadě případů se může jednat o porušenou rodinnou konstelaci, která již v dětství vytvořila předpoklady pro náhradní orální uspokojování jinak zapovězených přání. Jídlo jako náhrada za absenci uspokojování emocionálních potřeb.

Rozlišují se čtyři skupiny chování: jedlíci z opojení (chuť je přepadá až k opojení, dokáží sníst neuvěřitelné množství jídla), dále trvalí jedlíci (chuť dostanou, jakmile vstanou, neschopnost soustředit se jen na hlavní jídlo), dále nikdy sytí (hlad přichází s jídlem) a konečně noční jedlíci (hlad je přepadá hlavně večer, těžko usínají bez prohlídky ledničky). Rodiče mohou vyvolat obezitu, pokud schematicky na každou potřebu dítěte reagují nabídkou dalšího jídla a pozornost mu věnují, jen když jí. Psychosomaticky se vysvětluje značný přísun jídla jako obrana před nechtěnými afekty, depresivními pocity a úzkostmi. Mnohdy se bulimie vyskytuje následně po nějaké frustraci.

Mentální anorexie. Jedná se o somatické onemocnění s psychickými příčinami, extrémní omezení potravy a ztrátu hmotnosti na 20–40 % tělesné hmotnosti na počátku nemoci. Záchvaty hladu, zácpa, zvracení, zneužívání léků na zhubnutí, poruchy menstruace. V těchto rodinách se často nachází styl výchovy, který nepřipouští žádné konflikty. Trvalé napětí v rodinných vztazích je protkáno nekončícími diskusemi o nepodstatných věcech. V těchto rodinách bývá autoritativní postavou nejčastěji matka, otec je pouze tolerován. Odmítání jídla lze chápat jako orální protest. Projevuje se vnější adaptací, povolností, asketické tvoření ideálu. Neschopnost stravovat se ve společnosti jiných osob je vyjádřením komunikačních poruch. Často se jedná o jedináčky, bývají ve vzájemné provázanosti s matkou, značně ambivalentní v případech odloučení. V rodinách můžeme často nalézt rodinnou ideologii, která neakceptuje žádné konflikty. Rodinná atmosféra je nasycena permanentním napětím mezi členy, nevede ale k závažným hádkám, jen k hektickým diskusím o nepodstatných věcech, jež jsou výrazem potlačené agresivity. Děti jsou v symbiotickém vztahu s matkou a značně ambivalentní na možnost či hrozbu odloučení. Jídlo je komunikace a odmítání jídla ve společnosti



druhých vyjadřuje zmíněnou poruchu komunikaci, vztahové roviny.

Ortorexie. V současnosti se o ortorexii hovoří teprve několik let a vyjadřuje novou orientaci na kvalitu stravy, posedlost zdravým jídlem. Ovšem orientovanost ve smyslu extrémní kontroly potravin, výrobců, záliby v biopotravinách a správné životosprávy. Jenže tato záliba se začíná vyhraňovat v určité rituály, plánování stravy, odmítání cizí stravy, vlastní jídlo s sebou (zakoupené pečlivým výběrem). Zásadou je nízkotučný jogurt, tofu, zelenina spojená s kontrolou chemikálií, příměsí (ěčka). Kladen důraz na jídelní rituály, nápoje jen kvalitní. Ortorexie se může stát předstupněm bulimie či anorexie. Dalším důsledkem je omezování kontaktů s těmi, kteří tyto návyky nemají, dochází tak k pozvolné izolovanosti, nevržitosti vůči ostatním, jinak se stravujícím spolužákům, přátelům. Tito lidé mohou dokonce až terorizovat své nejbližší, své okolí svými požadavky a postoji. Důsledkem je mnohdy naprostá izolovanost a kontakty pouze se stejně smýšlejícími osobami. Ortorexie je tak nezamýšleným důsledkem extrémně pojeté zdravé výživy, která se stává vyučováním i reklamou určeným životním stylem. Ortorexie se může kombinovat s dysmorfobií, zvýšenou kontrolou svého vzhledu, onipováním kůže a trávením dlouhého času před zrcadlem u dívek, nespokojeností se svou pletí, vzhledem. Dospívající by místo návštěvy u dermatologa mnohdy potřebovali navštívit psychologa. Problémem může být příliš protektivní matka, která intervnuje do života dospívajících.

Onemocnění trávicího traktu

Žaludek a střeva zpracovávají vše, co vezmeme z „vnějšího světa“. Jedná se o zaspobování a sytost nebo hlad a chuť. Kdo nebo co se nám zdá být nestravitelné? Je to člověk? Pocit? Nebo princip, jako je kontakt nebo nedostatek kontaktu a jednání s někým, tak i blízkost a vzdálenost? Jaká blízkost jej zhoršuje? Nebo je to osamělost? Je to princip blízkosti, který nás láká? Jsme příliš zdvořilí, abychom se oddělili od „špatného jídla“, nestravitelných kontaktů nebo zkorumpovaných, starých, dlouhotrvajících vztahů? Co potřebujeme k tomu, abychom se cítili dobře?

V centru těchto onemocnění se obvykle nacházejí emoce spjaté s problémem bezpečí a zajištěnosti. S jistotou souvisí také touha po moci, do popředí se dostává problém

braní a dávání. Do popředí, zejména v současné době, vystupuje vlastní odpovědnost za své kroky, státní paternalismus bude muset ustupovat. Tím náročnější jsou požadavky na děti i dospělé. Uvedený problém dávání a braní se pozvolna začíná propojovat s aktuálními projevy výkonnosti a snaživosti na jedné straně a na druhé straně paralelně s pocity viny, úzkostí. Peníze suplují potravu, smíření se je vyjádřeno ztrátou chuti k jídlu, extrémní chuť k jídlu se kompenzuje se zvládáním příliš náročných úkolů a konečně zvracení je spojováno s pocity viny a vzdorovitosti. V literatuře se uvádí řeč orgánů těla, kdy symptomy trávicího traktu jsou výrazem emocionálních motivů. Například chtít se něčeho zbavit: chronický průjem. Něco již nemoci vydávat: chronická zácpa. Chronická nemožnost něco zpracovat: bolesti, záněty tenkého a tlustého střeva. Být něčím zhušen: nechutenství, zhubnutí, zvracení. Něco nemoci spolknout: obtíže s polykáním, poruchy v jídlu. Jedná se o konfliktní situaci, kdy na jedné straně člověk vystupuje jako suverénní, vše zvládající a na druhé straně v nevědomí jde o silnou touhu po závislosti, lásce a pomoci. Agresivní chování, vztek, urychlují průchod jídla žaludkem, úzkost či silné emoce jej zpomalují pomocí spazmu vrátníku. Existuje vždy konfliktní situovanost mezi úsilím o výkon a potlačením přáním opory na druhé straně.

Průjem, zácpa. Při projevech chronického průjmu nebo zácpy či střídání obou musíme vždy uvažovat o emočních faktorech. V případě průjmu (emoční průjem) jde podle Alexandra vyznačit tuto posloupnost projevů: frustrování orálních přání závislosti, agresivní odpověď orální, projevy provinění, úzkosti, překompensace s výraznou potřebou jednat a dávat, radost z věnování a jednání: průjem (jako infantilní forma daru). V případě zácpy se často jedná o osoby spíše úzkostné, depresivní, manifestně vyvážené, s omezenými sociálními kontakty. Nic nechci, nic nedám. U dětí to může být projev silného přání po závislosti, pečlivém zaopatření, nebo zvláště ztráta klíčové vztahové osoby (rozchod rodičů).

Každé dítě je v každodenním životě stresováno, škola je nejdůležitějším faktorem pro dívky a chlapce. Střety s přáteli nebo spolužáky se projevují v psychice dítěte, stejně jako hádky v rodině nebo odloučení rodičů. Dokonce i volný čas může způsobit stres. Pokud malé děti okupují koupelnu, mnohdy to znamená, že se obávají školní toalety

a stolice „ztuhne“. Čím déle dochází, tím bolestivější a prodloužená je exkrece suché stolice. Tak strach z takového nepříjemného „zasedání“ může vést ke stresujícímu začarovanému kruhu. Rodiče by proto měli postupovat včas. Pokud je stres konstantní společník, může také vyvolat syndrom dráždivého střeva. Průjem a zácpa se střídají, protože střevní flóra je mimo rovnováhu. Mozek se učí, že si více uvědomuje nepokoj a bolest v žaludku a střevě. Takže normální trávicí proces je nadměrně interpretován a jeho tělo je v pohotovosti. Vzhledem k tomu, že syndrom dráždivého tračníku je psychosomatická porucha, síla psychiky může být také použita k léčení: studie ukazují, že „břicho hypnóza“ pomáhá trpícím. Současně si malí pacienti představují, jak se postupně setkává nepokoj v břišních vlnách na bouřlivém moři. Uvolněná četba nahlas nebo fantastický výlet rozptýlí děti z jejich stížností a potírá stres každodenního života.

Děti s syndromem dráždivého střeva se často cítí špatně. S průměrným typem si děti často všimnou příliš pozdě, že potřebují jít do koupelny. Z tohoto důvodu jsou tyto sociální situace pro postižené děti často nepříjemné a trapné.

Příčiny syndromu dráždivého střeva nejsou plně pochopeny. Ve většině případů se předpokládá, že střevo má změněnou pohyblivost (motilitu) a je citlivější než zdravé střevo. Na rozdíl od obecné víry nedostatek organické příčiny nutně neznamená, že příčina je duševní. Syndrom podrážděného střeva se však často vyskytuje společně s mentálním stresem a stresem.

Pokud se symptomy objeví přibližně jednou za týden po dobu tří měsíců, měl by pediatr zbystřit. Symptomy syndromu dráždivého tračníku jsou také typické pro mnoho dalších střevních poruch, jako je například pro dětskou kolitidu, zácpu nebo pálení žáhy. Proto musejí být vyloučeny všechny organické příčiny stížností.

Onemocnění endokrinního systému

Somatická podstata cukrovky je popisována v souvislosti s nouzovými stavy, emocionálním stresem, kdy dochází ke zvýšenému obsahu cukru v krvi a k vylučování cukru močí. Příčinou mohou být konflikty a neorální potřeby, které jsou uspokojovány jídlem. Pokud jsou jídlo a láska postaveny na stejné úrovni, vznikne při ztrátě vztahu, lásky zážitek hladu. Následně dlouhodobé nevě-



domé úzkosti mohou vést ke stálé pohotovosti až k úniku nebo útoku a odpovídající hyperglykémii.

Alergie. Alergie je konflikt v duši. V zájmu psychosomatiky není hledání alergenu, nýbrž biografický významový obsah, který je spjat s pacientem. Například senná rýma nespočívá pouze jen v na pyl reagující nosní sliznici, ale také na trvání sekrece hlenu, který je ovšem vyvolán i jinými faktory, a to především stresovými konfliktními situacemi, úzkostnými stavy. Dobrý psychický stav tak může významně snížit práh citlivosti na alergeny. Náhlá zátěž či prožívaná emoce mohou výrazně ovlivnit práh citlivosti, proto je důležité zabývat se i rodinnými vztahy, rodinným klimatem. Sledování rodinného zázemí u dětí, případných problémových situací, může významně doplnit informace o dalším postupu léčby. Je dobré zjišťovat, kde se alergie projeví, tj. například dítě, které dojíždí domů z internátu, může reagovat na stejný pyl doma a v prostoru internátu jinak. Obava z cesty domů se stává spouštěčem nebo naopak.

Je zapotřebí pracovat s kontextem vztahů, v nichž se dítě nachází.

Co přináší slzy do očí na jaře? Jaro je považováno za nejkrásnější období roku: odchod, klíčení, nové začátky a smyslnost – podobně jako dítě, které nejprve potřebuje nejen pravidelnou péči, ale také spoustu bezpečnosti a fyzického kontaktu, aby vnímalo svoje tělesné hranice. To je velmi důležitá zkušenost, která umožňuje smyslnost a blízkost v pozdějším životě.

Mikrotraumata jsou způsobena opakovaným překonáváním podnětu dítěte k lásce a bezpečnosti. Děti mají odlišný vnitřní pocit času. V závislosti na věku a stadiu vývoje jsou pomalejší, jemnější ve svém vnímání a více v nouzi než my dospělí. Otočení vyžaduje zpomalení v každodenním životě. Musíme se přizpůsobit, poslouchat, obejmout, utěšit, připravit jídlo, což je obzvláště obtížné pro dospělé, kteří se cítí ve stresu.

Je dobře známo, že mnoho alergiků pochází z rodin, kde je přítomen výkon, přesnost, zdvořilost a vysoké očekávání.

Kožní onemocnění

Lidská kůže tvoří hranici individua, vědomí bezpečí, neohrožení je spjata s naší integritou. Nechtěný průnik za hranice naší intimity může mít celoživotní následky (znásilnění, násilí apod.). Kůže je jeden z nejpodstatnějších orgánů vyjadřujících naše emoce.

Nejvíce to můžeme pozorovat na tváři, která je vždy odkrytá, nezahalená. Pojmenování jako „husí kůže“, „mráz na zádech“, „mít hroší kůži“, jsou velmi známá a mají své opodstatnění. Jsou spjata s odpovídajícím emočním projevem. Naše kůže, zejména její proměny na tváři, nás zradí, i když se snažíme zakrývat své emoce. Kůže reaguje a prozrazuje nám stav vnitřních orgánů, zrcadlí psychické procesy a naše reakce. Kůže je oprávněně považována za projekční plochu zviditelňující probíhající procesy. Kůže je kontaktní orgán, komu je kožní vyrážka určena?

Kůže, náš největší senzorický orgán, je prostoupena nervy a raduje se z dotyku a něžnosti. Zaznamenává však i opak – prázdnotu, osamělost, nedostatek kontaktu a hrubost (Morschitzky, 2007). Mimo jiné tu najdeme paměť buněk, co „zapíše“ všechno, včetně hrubosti, nedostatku lásky a nedostatku láskyplné péče. Poté tím, že se dotkneme postižené kůže, konečně ji kontaktujeme a věnujeme zanedbanou pozornost. Atopická dermatitida je ovlivněna psychosomatickými aspekty. Fyzické a psychologické faktory hrají roli ve vývoji a udržování této nemoci, stejně jako v aktivaci akutních relapsů onemocnění. Například se často objevují první příznaky atopické dermatitidy během období zvláštního emocionálního napětí. V dětství, například během nebo po oddělení rodičů nebo úmrtí člena rodiny. Stejně tak na začátku nových fází života (například vstup do školy) se příznaky mohou zhoršit. Takové změny závisí na způsobu, jakým dotyčná osoba zažívá nové zkušenosti. V závislosti na individuálním posouzení událostí přispívají k zlepšení a zhoršení klinického obrazu. Zhoršený ekzém zase vede k nesnesitelnému svědění a v důsledku k neklidu, nespavosti, koncentračním problémům, výkyvům nálady a podrážděnosti. To zase zatěžuje psychiku a oslabuje imunitní systém. Příznaky se zhoršují a je zde začátek začarovaného cyklu. Nejenže příznaky onemocnění jsou ovlivněny duševními aspekty, ale také důsledky onemocnění mohou zatěžovat psychiku postižených už v dětském věku. Například u dětí s atopickou dermatitidou dokonce i světlo či milující doteky na kůži mohou způsobit bolest, takže často může docházet ke snížení kontaktů mezi dětmi a rodiči. U dětí se může rozvinout strach z kontaktu, cítí se špatně a bojí se negativních postojů od ostatních vrstevníků. Takové aspekty mohou ovlivnit sociální vztahy a kamarádství, a také úzké spojení

mezi svým obrazem těla a kůží. Být vyloučen kvůli nemoci má trvalý negativní dopad na již snížené sebevědomí a osobnostní rozvoj dítěte. Hluboký strach z kontaktů hraje klíčovou roli, zejména v sociální sféře a ve vztazích. Dochází k tendencím uzavírání se a v nejhorším případě k riziku sociální izolace.

Zdraví a s ním i vzhled pokožky má mimořádný význam pro pohodu a sebevědomí. Poruchy pleti mohou vést k výraznému narušení kvality života: postižené děti a dospívající se často stydí za viditelný ekzém a chtějí se co nejvíce vyhnout kontaktu s tělem a druhými dětmi. Cítí se znetvořené a nezajímavé a bojí se, že jsou ostatními vnímány jako nechutné, není to neobvyklé, že děti znepokojují. Strach z kontaktu hraje klíčovou roli, zejména v sociální sféře a ve vztazích. Dochází k tendencím ke stažení a v nejhorším případě k riziku izolace.

Endogenní ekzém. Kojenecký ekzém je chápán jako výraz narušeného vztahu mezi dítětem a matkou. Maminky, které se nepříliš rády dotýkají svého dítěte, jim tak odpírají nutný a potřebný kontakt. Může se za tím skrývat nechtěnost, nepřátelství, výmluva na křehkost dítěte. Hlazené dítě lépe reaguje, je klidnější, má rychlejší pokroky ve vývoji. Ne nadarmo řekl E. Berne, že „kdo není hlazen, tomu vysychá mícha“. Dotek, jako pocit jistoty a zakotvenosti, spjatý s úsměvem a pohledem do očí dítěte, je nanejvýš nutný a žádoucí. I když ekzém může skončit, obvykle v první polovině druhého roku dítěte, následky asi nelze zcela pominout. V adolescenci mohou být podnětem k ekzému problematické, konfliktní vztahy s rodiči, vrstevníky, nebo partnerské vztahy. Při napjatém vztahu je často zasažen ekzém hrudní koš, kyčle či ramena. Děti a dospívající vykazují vrozenou dispoziční pro zvýšenou kožní reakci při konfliktních, emočně vypjatých situacích a rozhodování se. „Pri kontakte koža na kožu sa v rámci oxytocinového pôsobenia významne potláča stresová reakcia, ktorá býva súčasťou samotného pôrodu. Vo švédскеj štúdii zistili, že čím dlhší neprerušovaný kontakt koža na kožu bol umožnený pred prvým prisatím, tým viac poklesli hladiny kortizolu.“ uvádějí Kašćáková, Hašto (2018).

Svědění v anogenitální oblasti. Škrábání se stává samoúčelem, spjaté se slastí, ale také s pocitem viny. Nové ataky tvoří uzavřený kruh. Intenzivní škrábání lze považovat



také za náhradu masturbace. Škrábání ve smyslu dráždění, něco dráždí a my reagujeme zástupně, škrábeme se. Vedle svědění v anogenitální oblasti můžeme také hovořit o problému běžného svědění, které se projevuje u jedinců nacházejících se v konfliktních, náročných situacích, v momentech rozrušení.

Bolesti hlavy

Bolest hlavy jako překážka v myšlení, mnohdy se tak jedná o zabraňování myšlení, intelektuální negativismus. U běžné bolesti hlavy, obdobně jako u migrény, jde významně často o osoby s nadprůměrnou inteligencí. Krátkodobé bolesti hlavy mohou zastupovat hostilitu, hněv, přetížení. V případě chybných rozhodnutí musíme rozlišit mezi vědomými chybnými kroky (vznik depresí z vyčerpání) a těmi, které jsou vytěsňeny do nevědomí s následně vznikajícími komplexy. Bolest hlavy u dětí je často alarmovým signálem pro duševní poruchy.

Bolest hlavy je nyní jednou z nejčastějších „dětských nemocí“, jedná se o stále rostoucí trend přijít k lékaři kvůli častým bolestem hlavy. Dnes téměř každé dítě ve věku od 6 do 16 let má zkušenosti s bolestem hlavy, v 60. a 70. letech to nebyla ani polovina. Je důležité zahrnout celou rodinu do terapie, jen společně lze hledat cestu k snížení individuálního zatížení.

Gynekologická onemocnění

I když se již hodně v oblasti sexuality ota-buizovalo, přesto zůstává stále ještě dost problémů souvisejících s přijetím ženské role. Například problémem zůstává bolestivá menstruace, ukazuje se, že bolestivost je spojena vždy s vnitřním napětím, zejména u mladých dívek pod vlivem afektivní zátěže (např. strach ze sexuálního styku, obava z gravidity nebo onemocnění). Vnitřní napětí často pramení z negativního postoje matky k menstruaci, což se přenáší na dceru. Problémová matka zápasící s přijetím ženské role prožívá menstruaci jako něco ponižujícího, nechťného. Tyto negativní postoje se přenášejí i na dceru, která následně prožívá rovněž bolestivou menstruaci.

Zejména dívka, která se nachází ve fázi puberty a dospívání, a stojí tak před úkolem udržovat identifikační vzory s matkou na jedné straně a na druhé straně ji nahradit. Přejít mezi agresivním odmítnutím matky a submisí může být základem pro narušení schématu těla. To může způsobit, že dospí-

vající dívka začne odmítat své tělo a změny těla mohou být spojeny s postiženími, jako je hanba a vina. Tyto změny těla mohou zahrnovat například bolestivou menstruaci. Existuje řada faktorů, které jsou důležité pro pozitivní zpracování menarche, například studie provedená Strausem a Appeltem (1992) potvrdila důležitost matky v akceptaci menarche. Autoři zjistili vysokou shodu mezi matkami a dcerami, zejména s ohledem na chování; regulaci spojenou s menstruací rovněž uvádějí také Furman, W., Buhrmester, D. (1992).

Psychosomatika a zubní ošetření dětí

Za pozornost stojí i další problematika, a tou je návštěva zubního lékaře, která je většinou spojena se stresem. Chování dětí k zubním problémům je odvozeno od postojů rodičů. Dětské traumatizující zážitky ze zubní ordinace se stávají startérem pozdějšího výskytu strachu ze zubařů. Jde o akt donucení, proti vůli, kdy se nemůže bránit. Dívky se jeví významněji úzkostněji než chlapci, proto je zapotřebí psychologická příprava v případě nošení rovnátek, rovnání zubů. Strašení dětí zubařem vyvolá apriorní strach, záchvaty pláče, snahu uniknout, případně zatajení bolesti zubů. Tyto děti také hůře snášejí zubní zákrok.

Zub a psychika, proč psychosomatika hraje velkou roli v zubním lékařství a zuby v psychoterapii? Bolest v oblasti úst, čelisti, obličej a zubů může často mít psychosomatické příčiny. Vztah mezi zubním lékařem a dětským pacientem je zde zvláště důležitý. Zubní lékař by měl být schopen rozpoznat psychosomatické příčiny a jemně poukázat postiženým pacientům na možnost psychoterapie. V dětství je ústní dutina v centru vnímání a komunikace. Ústní dutina je nejcitlivější oblastí pro senzorické podněty. Je to jedna z nejintimnějších oblastí lidského těla. Každodenní stres způsobuje svalové reakce v obličeji, které se mohou vyvinout do špatné funkce a vedou k chronické bolesti.

Dítě a současný kult těla

Narcistické uctívání vlastního těla pozorují děti u svých rodičů, okolí, v reklamě. Zaujatost vlastním tělem, posedlost zdravím, štíhlostí je již problémem i u dětí. Snaha dobře vypadat, být in, projevující se u dětí, je jen důsledkem celospolečenského chování, mediálně permanentně prezentovaného. Tělo již není nic zavrženého, ale

ale naopak znakem naší nejnívnější identity. Znevážení vzhledu dítěte, dospívajícího (ostatně nemluvě u dospělého) před ostatními zanechává trvalé stopy, dokonce větší než když někoho intelektuálně znemožníme. Personalizace těla, orientovanost na aktuální strategické chování u dětí souvisí s imperativem mládí. Vzhledový deficit, zesměšnění vede k osamělosti se všemi psychickými důsledky. M. Foucault hovoří o inkorporaci moci, tj. každý z nás se podílí na distribuci moci – vědění ve svém okolí. Matka dohlíží na dítě, dítě se prohlíží v zrcadle, jde o sebedohlížitelství svého vzhledu. Již malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům a odmítají si hrát s těmi, kteří mají nadváhu. Vidí-li na obrázku postavu s nadváhou, připisují jí více negativní vlastnosti. Problémem je spojování fyzické, tělové přitažlivosti s pozitivními osobními kvalitami, což je již zaznamenáváno delší dobu. U dětí se již tak začínají projevovat psychosomatické důsledky – malá spokojenost s vlastním tělem. Snaha radikálně snížit váhu se stává problémem i u dětí a souvisí s poruchami příjmu potravy. Nízké sebevědomí dítěte může být rovněž spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy. Obavy z tloušťky vedou ke kontrole hmotnosti, jen minimální počet dívek nekontroluje svoji váhu, užívání zvracení nebo laxativ jako prostředku hubnutí není výjimkou. Někteří autoři vyvozují, že poruchy příjmu potravy často vznikají u mladých dívek z despotických rodin, znesnadňujících jejich osamostatnění. Úsilí o štíhlost je projevem, jak nad něčím získat vládu. I když se hodně hovoří o psychosomatické, přesto současná kultura výrazně potlačuje tělové vnímání ve prospěch mysli. Málokdo z nás je ochoten přijmout náhled, že i tělo je důležitým nástrojem našeho poznání a ne jen objektem péče a pozorování.

Závěr

Jak přistupovat z úhlu psychosomatiky k dětem? Důležité je soustředit se na dítě – pacienta, nikoliv na nemoc. Symptom nemoci chápeme také jako jednoduchý signál, sdělení orgánů, reflektující vnitřní zakotvenost, navenek se manifestující formou nemoci. Jde o nutnost účasti, vcítění se, nezaopatřetost a schopnost vnímat nemoc dítěte v kontextu vztahů, v nichž se nachází, neorientovat se pouze na nemoc a formálně sledovat rodinné zázemí jako druhotný a méně podstatný vliv. Nemoc se jeví výrazně, ale problematické vazby a vztahy v případě jednání s dítětem



„nevidíme“. Imperativem by se mělo stát: dítě/pacient se musí vymluvit. Nechat jej hovořit, brát jej takového, jaký je, bez předsudků, být oproštěn od konkrétního očekávání. Slovem účast nesmíme nikdy rozumět soucit, ale zásadně spoluprožívání. Často se psychosomaticky nemocný brání představě, že by se nejednalo o nemoc orgánů, protože se objevuje jako alarm nebezpečí zjištění, že se jedná vlastně o „duševní problém“, a to je již pro hodně lidí riziková nálepka. Dokonce se dá hovořit o „slušné“ nemoci: organické, a „neslušné“ nemoci: psychické. Té „neslušné“ se všichni obávají mnohem více pro nebezpečí nálepkování v rodině, mezi přáteli. Stále příjemnější je nechat si vbodnout injekci než zapřemýšlet o svém chování, stresech. Mnohdy tak dítě hledá u lékaře spíše laskavost, pochopení, přijetí než tabletky. Tabletky jsou stejné, ale každý člověk je jiný. Je vhodné nechat dítě hovořit o fyzických problémech, ale pokud začne náhle hovořit o psychických problémech, nechat je. Psychosomatické onemocnění není jen individuální záležitostí jedince, protože žije v sociálních vztazích. Proto musíme vidět vždy za dítětem další členy rodiny či skupiny, v níž žije. Nikoliv náhodou se začíná psychosomatika projevat zejména v době, kdy se kladou na dítě zvýšené nároky. Výzkumy ukazují, že existuje velmi úzká souvislost mezi kvalitou sociální opory na jedné straně a psychickým i somatickým zdravím na straně druhé, a to po celý život. Uvažuje se, že vše vzniká už v raném dětství, kdy dítě je vázáno hlubokým vztahem k osobě (obvykle matce), která o ně pečuje. Pokud je vazba pevná, působí jako sociální opora výrazně snižující pravděpodobnost pozdějších problémů. Chápejme pojem sociální opory jako dobře míněnou činnost, která je ochotně poskytována osobě, s níž je dotyčný člověk v osobním vztahu. Tato činnost má kladný efekt u dítěte, plní klíčovou a integrující funkci v sociálním kontextu zdraví a nemoci, individuálního zvládání zátěže. Osobní vztah (kvalitní) je klíčový v případě léčení psychosomatického onemocnění. K dítěti by se nemělo přistupovat jako k objektu, který má být vyšetřen, ale mělo by jít o vztah bez podřízenosti a nadřazenosti. Nemluvě o lidském, neúředním jednání, postrádajícím „bílý“ plášť distance. V případě psychosomatických poruch se musíme nejvíce orientovat na otázku, jakou roli má nemoc dítěte v celkovém obrazu rodiny. K nemoci bychom měli přistupovat jako k výrazu absence od-

povídající životní úlohy, zdraví brát naopak jako výraz schopnosti dostát předestírající životní úlohy. Je možné, že po zlepšení stavu dítěte se může problém projevit u jiného člena rodiny. Rodinný vývoj je epigenetický, úkoly rodiny v každém stadiu jejího vývoje jsou různé a stavějí se na sebe. Celá rodina na těchto úkolech participuje. Úkolem je léčit nemocného člověka, ne nemoc. Naše specializace nás ale vhání do specializovaných pozic, do nichž mimochodem rádi unikáme s výmluvou, že „to“ je mimo naši kompetenci. Únik je ale mnohdy také výrazem naší slabosti, alibismu a nezájmu pojmout jedince v jeho bio-psycho-sociální jednotě, prostě holisticky. Dítě není stroj, z něhož si každý vyjme určitou součástku na opravu podle své specializace. Odpovědnost každého z nás je nepřevoditelná. Jsme odpovědní za to, co jsme udělali, ale také za to, co jsme neudělali!

V souvislosti s psychosomatickým onemocněním se často uvažuje o rizikových genech u dětí a dospívajících. Potěšitelné jsou výsledky psychologů Moffitt, T. E., Caspi, A. (2001), kteří na základě dlouhodobé studie z Nového Zélandu, kde dlouhodobě sledovali více než tisíc osob narozených v roce 1972 a za svůj výzkum byli dokonce odměněni cenou Jacobs Research Award, porovnávali souvislost interakcí genů a životního prostředí, údaje o psychosociálním vývoji od narození do dospělosti. Ukázalo se, že skutečně existují rizikové geny, ale hrají roli jen tehdy, když děti vyrůstají za nepříznivých podmínek. Dětské psychosomatické nemoci pak zhoršují zdraví a kariérní úspěchy v životě dospělých. Autoři prokázali, že tyto geny představují nanejvýš predispozice k návykovému chování. Ale stále se jedná o volbu, zda kouřit či brát drogy. Dobrou zprávou toho zásadního výzkumu je, že geny nejsou osudem. To je v souladu s epigenetickým zjištěním, že geny lze spustit nebo neutralizovat pomocí faktorů prostředí. Tím více vystupuje oprávněný a podložený požadavek nejen na rodiče, učitele, lékaře či psychology, ale i sociální politiku s cílem starat se o děti, protože to má smysl, a nikdy nerezignovat. Efekt se dostaví, ale až po letech.

■ Literatura

- Esser G, Ihle W. Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. Z KL PSYCH PSYCHOTH. 2000 Oct;29(4):276-283.

- Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. J Anxiety Disord. 2000 May-Jun;14(3):263-279.
- Field TM. Massage therapy effects. Am Psychol. 1998 Dec;53(12):1270-1281.
- Field TM. Stimulation of preterm infants. Pediatr Rev. 2003 Jan;24(1):4-11.
- Furman W, Buhrmester D. Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. Child Dev. 1992 Feb;63(1):103-115.
- Kučírek J. Psychosomatika a děti. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.
- Kaščáková N, Hašto J. Význam endogenního oxytocínu pri prirodzenom vaginálnom pôrode a bondingu. Slov. Gynek. Pôrod. 2018;25:197-203.
- Lillard AS, Erisir A. Old Dogs Learning New Tricks: Neuroplasticity Beyond the Juvenile Period. Dev Rev. 2011 Dec 1;31(4):207-239.
- Luban-Plozza B, Pöldinger W, Krüger F. Der psychosomatisch Kranke in der Praxis. Heidelberg, Berlin: Springer Verlag, 2013.
- Morschitzky H. Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund. Heidelberg, Berlin: Springer Verlag, 2007.
- Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. Dev Psychopathol. 2001 Spring;13(2):355-375.
- Poněšický J. Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky. Praha: Triton, 2002.
- Sennett R, Bischoff M. Handwerk. Berlin: Berlin Verlag, 2008.
- Spitzer M. Kybernemoc! Jak nám digitalizovaný život ničí zdraví. Brno: Host, 2016.
- Strauss B, Appelt H, Bohnet HG, Ulrich D. Relationship between psychological characteristics and treatment outcome in female patients from an infertility clinic. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1992;13(2):121-133.
- Trapková L, Chvála V, Komárek S. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál, 2004.
- Turel O, He Q, Xue G, Xiao L, Bechara A. Examination of neural systems sub-serving facebook "addiction". Psychol Rep. 2014 Dec;115(3):675-695.
- Wilson FR. The Hand: How Its Use Shapes the Brain, Language, and Human Culture. New York: Pantheon Books, 1998.



Příběh Lenky:

Od útěků do nemoci až k sebepoškozování

aneb

Psychosomatické potíže u dětí a adolescentů očima běžné praxe psychoterapeuta

Mgr. Jana Divoká

psychoterapeut a pedagog, soukromá psychoterapeutická praxe Stará Boleslav, Poliklinika Parník, Praha

Psychická a fyzická stránka dítěte jsou dvě navzájem se ovlivňující složky. Otázkou však je, do jaké míry lze spojovat chronické zdravotní potíže s hlubším psychickým problémem, který se jejich prostřednictvím manifestuje. Ze zkušenosti se ukazuje, že přeceňování psychické či fyzické podstaty problému může vést ke ztrátě možnosti vnímat situaci z další perspektivy, a tedy k přehlédnutí důležitých skutečností, které by mohly k řešení situace přispět.

Prostřednictvím následujících řádků se pojďme společně na problematiku psychosomatických potíží podívat z pohledu běžné praxe psychoterapeuta zabývajícího se dětmi a adolescenty a ukažme si na příběhu Lenky, jaké aspekty života dítěte mohou přispět k výskytu psychosomatických obtíží a později i dalších problémů, jakým je v tomto případě sebepoškozování.

■ Psychosomatické potíže jako důsledek zátěžové životní situace

Chronické zdravotní potíže, jako jsou opakující se virózy, záněty dýchacích cest, bolesti břicha, hlavy, ekzémy aj., se jistě častěji objevují u dětí, které se ocitají v zátěžové životní situaci související s rodinou, školou, vztahy s vrstevníky nebo i sebeupřijetím (vč. hledání osobní sexuální orientace).

K psychosomatickým potížím nebo i sebepoškozování jsou náchylnější děti, které jsou, byť jistě ne často záměrně, vtaženy do partnerských problémů. Obzvláště trýznivé je pro dítě být prostředníkem „vyřizování účtů“ mezi rozvádějícími se nebo rozvedenými rodiči. Dítě má strach, aby nepřišlo ani o jednoho z nich, a nejednou se snaží zavděčit oběma. Zmítá se mezi znesvářenými rodiči a bývá ze situace zmatené. Nejčastěji se pak přikloní na stranu „rozchodem zlomenějšího rodiče“, kterému se snaží být oporou.

Obtížné bývá i smířování s pocitem, že druhý rodič je nějakým způsobem „špatný“. Dítě si může v tomto smyslu klást otázku, zda není také nějakým způsobem „špatné“, už proto, že je dítětem „zavrženého“ rodiče a je mu v lecčems vizuálně i povahově podobné.

Je však také nutné zmínit, že se výskyt chronických zdravotních obtíží přičítaných psychosomatickému původu netýká jen dětí úzkostných, s nižším prahem frustrační tolerance, ale i těch, které jsou samy na sebe velmi náročné a mají pocit, že jen „perfektní“ a „se samými jedničkami“ jsou hodné toho, aby je druzí přijali, nebo jsou k podávání vynikajících výkonů vedeny ze strany rodičů.

Zdravotní potíže, resp. nemoc se stává vhodným řešením situace, kdy se objeví výzva, které se začne dítě nadměrně bát. Strach pramení zejména z možného selhání, které nějakým způsobem útočí na jeho sebeúctu.

■ Sebeúcta jako bazální životní příběh dítěte

Sebeúctu chápeme jako určité bazální uvažování o sobě. Míra sebeúcty se odvíjí od pocitu osobní hodnoty, zdatnosti a významnosti. Je to tedy jistý úsudek o tom, „zda jsem na tomto světě správně, vítaný“. Sebeúctu bychom mohli přirovnat k příběhu o tom, kdo jsem. Dítěti tento příběh pomáhají psát i dospělí v jeho okolí tím, jak k němu přistupují a komunikují s ním. Je tedy i na nich, zda dítěti pomohou napsat příběh, který povede k vysoké sebeúctě, nebo příběh v podobě sebenaplňujícího prorocství „jsem k ničemu, nemám žádnou hodnotu, nejsem tu na světě vítaný“. Vysokou sebeúctu u dítěte jistě podpoří respektování jeho individuality, hledání a posilování silných stránek a oceňování momentů, kdy dosáhne úspěchu.

Pro podporu sebeúcty dítěte je velmi žádoucí, pokud může zažívat pocity „bezpod-

mínečného přijetí“. Tyto pocity zažívá dítě ve chvílích, kdy mu dokáže dospělý – v první řadě rodič – dát najevo, že je přijímá (miluje) takové, jaké je, nikoliv jen když dosahuje vynikajících výsledků ve škole, sportu, hře na hudební nástroj či jiné oblasti.

■ Sebepoškozování jako „fenomén“ úlevy od psychické bolesti

Sebepoškozování v dětském a adolescentním věku je v současnosti jevem rozšířeným více, než bychom si přáli. Některé děti se začínou sebepoškozovat náhodně, ale výzkumy potvrzují, že v mnoha případech zkusí některou z technik sebepoškozování na radu kamaráda nebo na základě informace z médií.

Záměrné sebepoškozování v dětském a adolescentním věku je nejčastěji realizováno poškozováním těla nebo předávkováním medikamenty či jinými omamnými látkami.

U sebepoškozování vnímáme různou míru intenzity a četnosti. Setkáváme se s ním také u osob s hraničním typem emočně nestabilní osobnosti, osob s posttraumatickou stresovou reakcí (např. u obětí sexuálního zneužití nebo trestné činnosti apod.) či jedinců s obsedantně-kompulsivní poruchou. Nejčastějším motivem k realizaci sebepoškozujícího jednání je únik z psychické bolesti. Fyzická bolest se tak stává jakýmsi „anestetikem“ (Krieglová, 2008). Dítě nebo adolescent se sebepoškozováním zbavuje nepříjemných pocitů, často se sebetrestá nebo projevuje nenávist k určitým partiím těla. Může ale jít o akt poutání pozornosti a vyžadování zvláštní péče od okolí nebo akt, jehož prostřednictvím dokáže udržet kontrolu nad svým tělem. V tomto momentu je sebepoškozování velmi blízké mentální anorexii.



Sebepoškozování se objevuje zejména u jedinců, kteří jsou dlouhodobě vystaveni neúměrné životní zátěži. Může se ve zvýšené míře týkat dětí s nadměrně ochrannou nebo naopak odmítavou výchovou, výchovou s příliš rigidními pravidly, i dětí, které se stanou figurkou na šachovnici partnerského problému.

Mohou k němu také vést reálné nebo domnělé situace, ve kterých jedinec prožívá odmítnutí, bezmoc, pocituje beznaděj, hněv nebo pocity viny. U dětí se sklony k sebepoškozování lze vysledovat sklon ke sklíčenosti, smutku, potíže s vyjadřováním vlastních pocitů, negativismus k okolí nebo pocit nepochopení.

Při aktu sebepoškozování hraje svou roli i vyplenění endorfinů. Ve chvíli, kdy účinek endorfinů pomine, jedinec si většinou uvědomí, že úleva je pouze krátkodobá. Nastoupí pocity studu, viny, znechucení sama sebou. Dítě má pocit, že zklamalo, a opakuje se bludný kruh negativních myšlenek, emocí a sebepoškozujícího chování.

Sebepoškozující chování sice nevede prvoplánově k chování sebevražednému, nicméně není neobvyklé, že sebepoškozování provázejí i suicidální myšlenky. U dětí, které se sebepoškozují pravidelněji, je i vyšší riziko nehody. Podcení míru zranění a v jeho důsledku zemřou.

■ Příběh Lenky očima dítěte i dospělého

Jak již bylo avizováno v úvodu, pojďme si ukázat pozadí psychosomatických potíží a sebepoškozování na reálném příběhu z psychoterapeutické praxe. Vyprávění příběhu očima Lenky i maminky v mnoha momentech potvrdí výše zmíněné a ukáže i jisté principy, které jsou psychosomatickým potížím a sebepoškozování společné.

■ Příběh očima Lenky

Neměla jsem nikoho. Trápila jsem se doma i ve škole. Měla jsem tři kamarádky, ale ony se rozhodly, že si ze mě budou dělat legraci. Potom mi řekly, že se mě chtěly jen zbavit. Nenávisť vůči mně řídil jeden kluk. Nadával mi ze všech nejvíc. To by mi ani tak nevadilo, ale měla jsem ho ráda. Svěřila jsem se s tím holkám a ony mu to řekly. Už toho na mě bylo moc najednou. Měla jsem chuť se zabít, aby konečně pochopily, že mě měly rády, anebo aby měly radost. Mám pocit, že by víc lidí bylo šťastných než smutných.

Doma jsem bojovala s tátou. Je na mě hodně přísný. Chce, abych se uměla poprat se životem. S mamkou se kvůli mně hádali. Táta říkal, že je mamka na mě moc měkká a zbytečně mě chrání. Mamka je moc hodná, snaží se mi pomoci. Táta chtěl od nás už několikrát odejít.

Bylo toho na mě zkrátka hodně. Nebývalo mi dobře, byla jsem často nemocná. Několikrát jsem také měla nůž na ruce a chtěla jsem to skončit. Zнала jsem kamarády, kteří se řezali, protože se jim potom ulevilo. Jednoho dne, kdy mi holky udělaly nějaký naschvál a já byla psychicky na dně, jsem sebrala odvahu a zkusila to – řízla jsem se. Pocítila jsem úlevu. Nejprve jsem se řezala tajně. Styděla jsem se za to, že si ulevuji takovým způsobem, ale nemohla jsem si pomoci.

Až jednou jsem se řízla hodně a museli mě ošetřit na pohotovosti. Rodiče začali situaci řešit. Skončila jsem na dětské psychiatrii, kde jsem strávila šest týdnů. Díky tomu se začala řešit i situace ve škole. Není to dodnes asi ideální, ale hodně se to zlepšilo.

Beru dodnes antidepressiva. Bývám zase docela často nemocná, při větší námaze mívám velké bolesti nohou.

Jednou jsem to opět nevydržela a pořezala se. Byla jsem na sebe naštvaná, že jsem situaci nezvládla. Bohužel, přišla na to mamka a opět se zvažovalo, jestli nebude lepší mě zas nechat na psychiatrii. Ale nějak jsme to zvládli bez toho.

Pomáhá mi psát deník a také píšu fantasy příběhy. Do deníku se můžu vypsát a fantasy příběhy mi dávají možnost se nějakým způsobem vyjádřit. Píšu je vlastně sama o sobě. Jsem v nich hrdinkou, která si dokáže poradit i v té nejtěžší situaci. Začala jsem také poslouchat tvrdší muziku. Odreažuji se u ní.

Nyní mě trápí nejvíce vztah s tátou. Moc bych si přála, aby mě alespoň jednou pochválil. Zdá se mi, že i kdybych měla samé jedničky a dělala, co on uzná za vhodné, stejně bude něco špatně. Bere mě jako rozmazlenou a línou.

Někdy mě ještě přepadnou myšlenky, jestli by nebylo lepší tady na světě nebyť, mám chuť se říznout. I když mám přitele, ale nejsem úplně přesvědčená, že jsem „jenom na kluky“. Také jsem někde na internetu našla, že mám asi hraniční poruchu osobnosti. Už jsem to řešila i se svou psychiatričkou.

Našla jsem si brigádu a těším se, až budu mít po maturitě. Chtěla bych jít studovat, tak snad to dopadne dobře. Ale stejně bych si ze všeho nejvíc přála, aby mě táta bral takovou, jaká jsem...

■ Očima matky

Věděla jsem, že má Lenka ve škole problémy. Svěřovala se mi. Myslela jsem, že to jsou jen takové ty „holčičí kamarádké neshody“. Jednou se baví, jednou ne. Lenka ale začala být podezřele často nemocná. Myslela jsem, že se nemocí vyhýbá tělocviku, na který měli přísnějšího učitele. Jenomže situací, kdy ji bolela hlava, byla unavená, měla teplotu, přibývalo. Začala jsem mít strach. Svěřovala se mi, že je dlouhodobě nešťastná a možná by bylo lepší, kdyby nebyla.

Manželovi jsem nemohla nic říct. Bála jsem se, že by to nepochopil. Má pocit, že je líná a rozmazlená. Procházíme dlouhodobější vztahovou krizí. Manžel často mluví o odchodu, protože mu s námi není dobře. Jednou už byl skoro odstěhovaný, ale nakonec se vrátil. Měl obavy, že bychom to s Lenkou samy nezvládly. Důvodem bylo, že si připadá jako páté kolo u vozu. Lenku jsem, podle jeho slov, nadřadila nad něj a trávím s ní většinu času.

Možná měl pravdu. Jsem dost precitlivělá, neúměrně jsem ji chránila. Asi jsem udělala spousty chyb, a v důsledku toho jsme všichni byli nešťastní. Možná by pomohlo, kdybych jako matka byla trochu silnější v kramflích. Viním se, že díky mé přílišné ochraně Lenka obtížněji zvládá překonávat životní překážky. Připadalo mi, že je na ni manžel hodně přísný, zbytečně ji shazuje a za nic nepochválí, proto jsem se vše snažila svým přístupem vyvažovat.

Celá situace se vyhrtila, když se Lenka pořezala. Odhalila se šikana ve škole. Bylo před námi těžké rozhodnutí, ale po poradě s odborníky jsme Lenku nechali hospitalizovat na dětské psychiatrii.

Ve škole jsem situaci řešila s třídní učitelkou, výchovnou poradkyní a ředitelem školy. Po návratu z léčebny Lenka pokračovala v psychoterapii, na kterou jsme s ní s manželem docházeli.

Chvilí vše vypadalo slibně, ale po čase se opět začaly Lence vracet špatné nálady, byla unavená, trpěla na virózy a stěžovala si na bolesti nohou. Spojuji si to s problémy, které máme ve vztahu s manželem. Víím také, jak se Lenka zoufale snaží, aby ji táta pochopil a netlačil do věcí, které nechce.

V tomto období opět došlo k dalšímu pořezání. Vyděsilo nás to. Uvažovali jsme o další hospitalizaci na psychiatrii. Po poradě s ošetřujícím psychiatrem a psychoterapeutem jsme rozhodnutí odložili a zintenzivnili jsme ambulantní psychoterapii.



Češi utratí za léky průměrně 2 400 korun ročně

Výdaje na zdravotní péči za poslední roky významně vzrostly. V roce 2017 se v ČR celkem za léčbu zaplatilo 387,4 miliardy korun. Jen útrata domácností za léky vychází na 2 400 korun na osobu ročně. Vyplývá to z informací, které ve středu zveřejnil Český statistický úřad.

„Výdaje na zdravotní péči jednoho člověka byly v roce 2017 v průměru 36 582 korun, což je o pět tisíc více než v roce 2010,“ řekla specialistka ČSÚ na statistiku zdravotnictví Vladimíra Kalnická. Podle ní výrazně vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven, které jsou hlavním zdrojem financování zdravotní péče: v roce 2017 zaplatily pojišťovny 252 miliard korun, což je o 15 miliard více než v předchozím roce. Domácnosti se na celkových výdajích za léčbu podílejí z 18 %, nejčastěji utrácejí za volně prodejné léky a za doplatky na léky. „V roce 2017 lidé doplatili z vlastních peněženek 11,1 miliardy za léky na předpis, 14,5 miliardy zaplatili za volně prodejné léky,“ řekla Kalnická s tím, že v přepočtu na osobu Češi zaplatili více než 2 400 korun, proti roku 2010 se jedná o více než dvacetiprocentní nárůst.

Nejvíce umíráme na nemoci srdce

Nejnákladnější diagnózou byla v roce 2017 onemocnění oběhové soustavy, tedy srdce a cév. Helena Chodounská z odboru statistik rozvoje společnosti ČSÚ řekla, že pojišťovny vydaly na léčbu těchto onemocnění 29 miliard. „Léčba je velmi nákladná a těmito onemocněními, tedy srdečními chorobami a cévními nemocemi mozku, trpí velký počet osob. V roce 2017 to byla nejčastější příčina hospitalizací a úmrtí v ČR,“ uvedla Chodounská.

Na druhém místě jsou nádorová onemocnění, výdaje na ně byly 26,3 miliardy, což je od roku 2010 nárůst o 7 miliard. „Je to způsobeno rozvojem stále nových a nákladných léků, ale také rostoucím počtem nových onemocnění zhoubnými nádory,“ řekla Chodounská.

Dodala, že v ČR výrazně narostly náklady na léčbu nemocí svalové, kosterní a pojivové tkáně, které od roku 2010 stouply o 67 %, pojišťovny na ni předloni vynaložily osmnáct miliard. „Je to dáno zejména stárnutím populace,“ uvedla. Výrazně též vzrostly náklady na zubařskou péči. „Ceny stomatologických výkonů se v roce 2017 poprvé přehouply přes deset miliard. Každý obyvatel zaplatil průměrně za zubaře 969 korun,“ řekla Kalnická.

Zdroj: J. Martinek, novinky.cz, 13. 2. 2019

Řešili jsme za pomoci odborníků zejména situace, kdy se manžel snaží Lenku vyčlovat do „drsného světa“, já ji neúměrně chráním, a ona se tím pádem potácí mezi námi a je zmatená. Došlo mi také, že bude třeba vyřešit manželské problémy a najít způsob, jak do nich Lenku co nejméně vtahovat. Víím, že v mnoha případech měla tendenci fungovat jako katalyzátor našich neshod.

Byla jsem také nesmírně ráda za přístup školy, když se odhalila šikana. Bála jsem se, aby se škola nesnažila situaci přejít, jak jsem o tom slyšela od známých. Zejména jsme se obávali chvíle, kdy se měla Lenka po návratu z léčby opět začlenit do třídního kolektivu. Myslím, že situace byla velmi dobře zvládnutá, a uklidňuje mě vědomí, že třídní učitelka a výchovná poradkyně situaci ve třídě dále sledují.

Asi se nevyřešily zatím všechny problémy. Některé z nich vyplývají i z celkového povahového nastavení Lenky a bojíme se, že se situace mohou znovu opakovat. Je pro nás však důležité vědět, kam se máme obrátit v případech potíží, a také víra, že každá situace má nějaké řešení.

Úloha psychoterapie při řešení psychosomatických potíží a sebepoškozování

S Lenkou a její rodinou jsme na psychoterapeutických sezeních sledovali příběh, který začal častou nemocností a vyústil v nutnost řešit záměrné sebepoškozování. Svou roli v něm sehrála nejednotná výchova, manželské problémy rodičů, šikana ve škole, ale zřejmě i celkové psychické založení dítěte.

Ukázala se zejména Lenčina tendence vysvětlovat si, na základě určitých zkušeností, odezvy okolí spíše v negativních souvislostech a možná se také domnívat, že pozornost, eventuálně náklonnost druhých lze získat, pokud bude odmlouvat, bojovat s okolím nebo naopak dělat, že jí určité věci nevadí. Její chování je důsledkem přesvědčení „jsem tu špatně“ nebo „nejsem tu vítaná“.

Důvodem Lenčina upadání do nemoci (sledujeme-li příčiny v psychické oblasti) byla zřejmě tendence ulevit si od zátěže, uniknout od problému nebo upoutat pozornost, možná i nevědomě manipulovat okolím. Při sebepoškozování šlo pak zejména o uvolnění, uklidnění, utěšení, možnost získání

kontroly nad svým tělem a pravděpodobně i sebetrestání.

Jako zásadní se v podobných případech ukazuje hledání jiných způsobů řešení určité životní situace než útekem do nemoci nebo sebepoškozováním. Změna myšlení a chování je pro dítě, zvyklé v daných situacích reagovat určitým způsobem, jistě nelehký úkol. Pokud není motivované, můžeme zpočátku cítit velkou marnost naší terapeutické snahy. Úkolem psychoterapie v takových momentech bývá zejména pomoc v hledání možných cest a udržování naděje na řešení situace.

Důležité je vnímat, kdy dítě danou situaci zvládlo bez využití nevhodného chování (v našem případě sebepoškozování), a oceňovat je. Zvyšujeme tak jeho motivaci ke změně. Měli bychom také dítě vést k poznání, že dílčí neúspěch v podobě relapsu, tj. návratu k nevhodnému návyku nebo modelu chování, je při snaze o změnu v nějaké oblasti zcela běžným jevem. Dílčí neúspěch nemusí znamenat úplné selhání a nutnost opuštění snahy o změnu.

Terapie v případě sebepoškozování spočívá zejména v hledání jiných možností psychické úlevy. V tomto směru lze velmi efektivně využívat techniky kognitivně behaviorální terapie, které vedou k pochoopení souvislosti myšlenek, emocí a chování. Velmi vhodné je i zařazení nácviku relaxačních technik.

V posilování sebeúcty dítěte jako předpokladu k tomu, aby mohlo plnohodnotněji prožívat svůj život, mají své místo např. narativní psychoterapie, arteterapie, dramaterapie či tanečně-pohybová terapie. Své nezastupitelné místo má v podobných případech i psychoterapie rodinná, v případech vztahových problémů mezi rodiči i terapie párová.

Užitá literatura

- Divoká J. Jak podpořit dítě s problémovým chováním ve škole. Praha: PASPARTA, 2017
- Kriegelová M. Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2008
- Platznerová, A. Sebepoškozování. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén, 2009
- Miller WR. Rollnick S. Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003



K léčbě poruch pohlavní identifikace v dětství a adolescenci

Mgr. Renáta Doležalová

soukromá psychologická poradna, Praha 3

■ Volba pohlaví?

Na jaře 2018 jsem v dětské sekci České společnosti pro psychoanalytickou psychotherapii (ČSPAP), jejíž jsem členkou, iniciovala diskusi na téma transsexuality v dětství a adolescenci a současných přístupů k léčbě. Vnímám stále sílící trend dnešní doby ve smyslu zdůrazňování všemožných práv různých skupin lidí s nejrozmanitějšími názory. Měli bychom mít také právo na „zcela svobodnou a nezávislou“ volbu, případně změnu svého pohlaví?

V Rakousku byl loni do legislativy zaveden dokonce pojem třetího pohlaví, v Německu dnes není třeba vyplňovat kolonku pohlaví v úředních dokumentech – má to být ochrana před možnou diskriminací. Celospolečenský důraz na toleranci k různým menšinám a jejich právům, rostoucí obavy z možné diskriminace či následných soudních obvinění s sebou přináší také stále větší strach a nejistotu z konkrétního pojmenování jednotlivých jevů.

Vytváříme si iluzi, které někdy velmi rádi podléháme, že můžeme žít zcela svobodně a nezávisle bez ohledu na fyzikální a společenské zákonitosti i mnoho dalších limitujících faktorů našeho života. Jedním z nich je například i to, že se v drtivé většině případů narodíme buď jako dívka, nebo jako chlapec, tedy s orgány ženského nebo mužského pohlaví. A tak jako se tyto orgány a celé lidské tělo jak před narozením, tak i po narození ještě dále vyvíjejí, tak se také postupně formuje a vyvíjí naše psychika, včetně naší pohlavní identity, tedy naší vědomé i nevědomé identifikace s daným pohlavím a naší ženskou či mužskou rolí ve světě i v našem osobním životě.

Diskuse v naší odborné společnosti, která sdružuje převážně psychiatry a psychology, praktikující psychoanalytickou psychotherapii a poskytující psychoterapeutické výcviky a vzdělávání, se rozšířila i do jejích ostatních odborných sekcí. Byla jsem po-

věřena pořádáním semináře na toto téma, o který byl velký zájem. Dětská sekce ČSPAP byla také členy celé společnosti pověřena vypracováním dokumentu Prohlášení ČSPAP k léčbě genderové dysforie v dětství a dospívání, které v těchto dnech umísťujeme na naše webové stránky (viz Dodatek).

■ Dosažení pohlavní identity je vývojový proces

Jsmo znepokojeni situací, kdy při projevech nespokojenosti s vrozeným pohlavím a potížích s pohlavní identifikací v dětství a adolescenci bývají tito nedospělí jedinci někdy poměrně rychle (během několika málo návštěv) některými lékaři a sexuology směřováni k přípravě na „změnu“ pohlaví, včetně nasazení hormonální léčby a více či méně nezvratných zásahů do ještě se vyvíjejícího, tedy nehotového organismu, což považujeme za předčasné a neetické v době, kdy ještě psychosexuální vývoj dítěte či dospívajícího není dokončen.

Další otázky vzbuzuje v posledních letech **velký nárůst počtu jedinců, zvláště dětí a dospívajících, se známkami diskomfortu týkajícího se pohlavní identifikace.** Dětská oddělení psychiatrických a sexuologických klinik zaznamenávají nárůst těchto případů z jednotlivců na desítky až stovky ročně (v zemích západního civilizovaného světa). Jaké jsou příčiny, zatím nikomu není zcela známo a je to předmětem odborných diskusí.

Britské psychoanalytičky Barbara Gaffneyová a Paulina Reyesová (1999) popisují genderovou dysforii výstižně těmito slovy; „*setkáváme se zde s nejzákladnějším a nejbolestivějším z možných odcizení, totiž s odcizením těla a duše... Tito mladí lidé jsou rozpolceni do té míry, že nedokáží spojit prožitek vlastní identity se svým tělem a tento pocit jim znemožňuje společenské styky s okolím. Tělo jako by neustále popí-*

ralo, kým se dítě cítí být, a nástup pubertálních tělesných změn je prožíván jako útok na samu podstatu vlastní totožnosti.“

Na rozdíl od některých sexuologů (u nás například Hana Fífková, Dita Eichlerová) však nepovažujeme pohlavní identifikaci člověka pouze za biologicky vrozenou a dále již neměnnou záležitost, ale za vývojový proces, který je kromě biologických předpokladů též závislý na zkušenostech jedince s péčí a sociální interakcí s jeho nejbližšími v raných i dalších fázích jeho života, také na traumatických událostech a ztrátách, kterými jedinec v životě prochází. Genderová identita je i forma komunikace daného jedince s jeho původní rodinou a svým způsobem i výsledek rodičovského působení na dítě. Nespokojenost s vrozeným pohlavím a touhu po přijetí pohlaví opačného vidíme jako vyjádření snahy o řešení velikého psychického diskomfortu a utrpení. Je to ovšem řešení tzv. obranného charakteru (obrana před masivní úzkostí), zaměřené na tělesnou stránku člověka bez možnosti zkoumání psychologických souvislostí, důvodů a příčin, které k tomu vedly. Můžeme se na toto řešení dívat také jako na speciální případ obtíží psychosomatického charakteru.

■ Adolescence

Léta dospívání s sebou pro daného člověka i jeho rodinu přinášejí velké změny jak psychického, tak fyzického charakteru, se kterými se všichni zúčastnění vyrovnávají s různou rychlostí. Výjimkou nejsou ani delší období chaosu a pocitů zmatení, které přinášejí ztráty dosavadních jistot. Nezanedbatelná je zde i potřeba dospívajících nebo frustrovaných jedinců provokovat, konfrontovat dospělé a autority obecně se svými odlišnými názory.

Po právní stránce se člověk v naší zemi stává plnoletým, tedy dospělým a zodpovědným sám za sebe, dovršením osmnácti let.



Ovšem psychofyzilogicky člověk dospělý (tedy na konci vývoje k dospělosti) v tomto věku není. Vývoj člověka jak po psychologické, tak po fyziologické stránce (včetně vývoje mozku!) dále pokračuje ještě několik dalších let. Konec adolescence (dospívání) psychologové vcelku shodně umísťují kolem dvacátého šestého roku člověka, někdy to koresponduje i s délkou jeho vzdělávání. Po právní stránce rodiče studujících mají také výživovou povinnost ke svým již plnoletým potomkům do 26 let. Celospolečenský trend posledních let ukazuje spíše na pomalejší dozrávání mladé generace a posunutí začátku dospělého života se zahájením pracovní činnosti, tedy soběstačnosti a zakládáním rodiny do stále vyššího věku. Nedá se tedy obecně předpokládat, že by dnes většina osmnáctiletých byla po všech stránkách schopna dospělého života a byla na konci svého psychofyzilogického vývoje.

■ Práva versus povinnosti

Uplatňování lidských práv by mělo jít vždy ruku v ruce s vědomím odpovědnosti a přijímáním odpovědnosti za přijatá rozhodnutí. Jelikož tato druhá strana mince už není tak populární a oblíbená, tedy i mediálně ve společnosti zdůrazňovaná, domnívám se, že bychom ji my, odborníci zabývající se psychickým zdravím, prevencí i léčbou nemoci, měli připomenout a upozornit na rizika a úskalí, která moderní medicínské postupy provázejí.

■ Léčení

Léčba poruch pohlavní identifikace začíná podrobnou psychosexuologickou diferenciální diagnostikou obtíží, může pokračovat vyšetřením endokrinologem, psychologickým poradenstvím nebo psychotherapeutickým procesem, hormonální a chirurgickou léčbou.

■ Pomůže psychoterapie?

Co se nachází pod pojmem psychoterapie, se může u jednotlivých odborníků velmi lišit. Někteří sexuologové mají tendenci označit za psychoterapii i několik málo setkání s klientem, která by nejspíš mnozí psychologové označili spíše za psychologické poradenství. Pod pojmem intenzivní psychoterapie máme my psychotherapeuti na mysli pravidelné dlouhodobé setkávání

s klientem s frekvencí minimálně 1× týdně i vyšší u závažnějších případů, kdy dochází k sebepoškozování nebo jsou přítomny suicidální tendence. Jen intenzivní a dlouhodobá práce s klientem může přinést výsledky s déletrvajícím efektem. I přes časovou náročnost psychotherapie však tento způsob léčby může být finančně méně náročný ve srovnání s chirurgickým lékařským zákrokem a méně rizikový z hlediska možných nežádoucích vedlejších účinků, které provázejí invazivní metody.

Domenico Di Ceglie, spoluzakladatel Gender Identity Development Service (GIDS) v r. 1989 v Londýně (nejprve v St. George Hospital a od r. 1996 v The Tavistock + Portman Trust), který toto středisko po celou dobu až do současnosti vede, se přiklání k užití slova „terapie“ a „terapeutický“ ve smyslu zlepšení autonomie a subjektivní kvality života jedince, v protikladu k tzv. konverzní terapii, která má za cíl změnit přání a cíle daného jedince.

Mnozí psychoanalytici pracující s těmito lidmi považují za jednu z největších výzev své psychotherapeutické práce vzbuzení zvědavosti u těchto klientů na jejich vlastní historii, psychické prožívání a souvislosti jejich dosavadního vývoje. V některých případech to zřejmě není ani možné a nedaří se to. I přes tyto nesnáze doporučujeme využít s větší důsledností nejprve možností individuální, případně rodinné psychotherapie jako neinvazivních léčebných metod, které se obejdou bez nežádoucích vedlejších účinků. A naopak pomohou k větší exploraci a uvědomění si jak minulé a současné situace, tak dalšího směřování člověka v životě a větší stabilizaci jeho psychiky. Psychotherapie dává také možnost, aby se tyto lidé případně smířili se svou transsexualitou i bez chirurgického zásahu do jejich těla.

■ Hormonální a chirurgická léčba

Další možné intervence moderní medicíny ve prospěch změny pohlaví jedince se označují v **1. fázi za vratný proces – nasazení hormonů, které blokují nástup puberty**, tedy hormonálních procesů v dospívání a následující rozvinutí druhotných pohlavních znaků. Kompletní vratnost tohoto procesu zůstává ovšem ve skutečnosti otázkou. Jakmile jsme již hormonálně zasáhli do vývoje člověka,

další vývoj už nikdy nemůže být tímto zásahem neovlivněn. Tato fáze léčby bývá tedy aplikována u dětí s výraznou pohlavní dysforií ještě před nástupem puberty.

2. fáze léčby je již označena jako nevratná a jedná se o nasazení hormonů opačného pohlaví s následným rozvinutím druhotných pohlavních znaků opačného pohlaví. Aplikuje se obvykle v období kolem šestnáctého roku daného jedince (Di Ceglie, 2018).

U hormonální léčby se před jejím započetením vyžaduje od dětí a jejich rodičů informovaný souhlas. Opět zde klademe otázku, do jaké míry jsou děti schopny porozumět problému a učinit tak závažné a nevratné rozhodnutí o svém budoucím životě, a jestli je možné nakládat na děti takovou zodpovědnost??? Dokumentární film „Kids on the Edge“, který v roce 2016 natočilo Gender Identity Development Service (GB), věnující se problémům těchto dětí i jejich rodičů, ilustruje zblízka tuto problematiku.

3. fáze léčby, kterou se rozhodne podstoupit zatím pouze malá část již dospělých, tedy minimálně osmnáctiletých transsexuálních jedinců, je operativní změna pohlaví, která je také nevratným procesem. Je nutno upozornit na fakt, že ač moderní plastická chirurgie dokáže až neuvěřitelně dokonale **vymodelovat pohlavní orgány, ty ovšem nejsou po zbytek života plně funkční, jak po stránce reprodukční, tak ani po stránce sexuálního uspokojení (absence receptorů).** Tedy nejedná se o dokonalou změnu pohlaví, ale o co nejvěrnější napodobení přeměny člověka v člověka opačného pohlaví, než se kterým se narodil. Zejména tento fakt bývá často v médiích, píšících o této problematice, zcela opomíjen. Dalším faktem je, že ne všichni klienti (pacienti?), kteří tyto operativní zákroky podstoupili, jsou spokojeni a žijí subjektivně kvalitnějším životem. Jsou zaznamenány i případy zhroucení a sebevražedných tendencí po operativních zákrocích. Současná situace není moc přehledná a dobře prozkoumaná.

■ Vývoj odborné terminologie

Podívejme se na to, jakým změnám dochází během let v pojmenování potíží s pohlavní identitou:

V r. 1955 uvádí **John Money poprvé koncept „pohlavní identity“** oddělené od pohlaví



jedince. Mluví o relativní nezávislosti gender role (souboru pocitů, způsobů prosazování a chování, určujících mužství a ženství) na jeho biologicky daném pohlaví.

V roce 1968 a později i v roce 1992 **definoval Robert Stoller pohlavní identitu** jako „... složitý systém přesvědčení o sobě samém; pocit svého mužství nebo ženství. Vůbec nebere v úvahu původní vznik tohoto pocitu, tj. je-li osoba biologicky mužského nebo ženského pohlaví. Má pouze psychologické konotace, jde o subjektivní stav.“

Stoller ve svých výzkumech (1968, 1974) dospěl k závěrům, že pro vytvoření pohlavní identity dětí má určující vliv přesvědčení jejich rodičů o jejich pohlaví, a to i v případech, kdy některé pohlavní orgány těchto dětí chybějí nebo vykazují nějaké abnormality či deficity.

Míru vlivu role rodičů na Stollerovo „přesvědčení o sobě samém“ podtrhuje i česká studie faktorů životní spokojenosti adolescentů: „... statisticky významné jsou celkové efekty emocionální opory a rodinné koheze na životní spokojenost (adolescentů); míra vnímané emocionální opory má výraznější vliv na pocit životní spokojenosti dívek.“ (Kožený, Csémy, Tišanská, 2007)

V roce 1980, 1994 v DSM III a DSM IV najdeme diagnózu **Porucha pohlavní identity** (Gender Identity Disorder).

V DSM V (2013) najdeme místo tohoto označení termín **Pohlavní dysforie** (Gender Dysphoria). Kontroverzí tohoto pojetí je, že se nejedná o specifickou psychopatologii, ale o atypický vývoj pohlavní identity, nicméně zůstává v manuálu psychiatrických nemocí pro potřebu ošetření a léčby v některých případech, která je hrazena z veřejných zdrojů, zdravotních pojišťoven, jak uvádí Domenico Di Ceglie (2018).

V roce 2018 je celé číslo britského Journal of Child Psychotherapy (vol. 44, no. 1) věnováno problematice pohlavní identity – **working with gender identity in the consulting room** – vývoji a zkušenostem s léčebnými přístupy ve Velké Británii – převážně psychotherapeutickými, stručně je zmíněna i hormonální a chirurgická léčba – při poruchách pohlavní identifikace (či pohlavní dysforii), které bývají často zdrojem velkého diskom-

fortu, distresu a trápení, vedoucímu někdy k sebepoškozování a v krajních případech i k suicidálním tendencím.

Zaujalo mne, že v tomto čísle v několika článcích už se nedočteme „Dítě se narodilo jako chlapec či děvče“, ale „Při narození bylo dítěti připsáno pohlaví ženské nebo mužské“. Jako kdyby to bylo rozhodnutí lékaře, jaké pohlaví danému jedinci připiše, a ne biologickou daností! A to se nejednalo o jedince se vzácným androgenitálním syndromem, u kterých se jejich pohlaví po narození opravdu nedá určit s jednoznačností (vykazují známky obou).

Tento posun ve vyjadřování je, domnívám se, jedním z faktorů, které také přispívají k myšlenkám a pocitům, že pohlaví jedince je otázkou volby.

■ **Potřebuje společnost unisex, nebo muže a ženy?**

Co je ženské a co mužské? To je otázka, na kterou odpovědět je čím dál složitější. Mužské a ženské role a stereotypy se proměňují, mnohde velmi přibližují a prolínají. Máme všichni stále více možností. Přináší to s sebou složitější rozhodování a výběr. Asi i kvůli tomu se nám stále obtížněji hledá ženská i mužská identita a naplnění mužské a ženské role. Za extrémní a nebezpečné, tedy společnost ohrožující řešení považují trendy unisex. Nezaměňujme rovnoprávnost obou pohlaví (stejná lidská práva, pro která samozřejmě jsem) za rovnost pohlaví. Jak mužské, tak ženské pohlaví mají určitá specifika, určité možnosti i limity. Myslím, že je třeba přemýšlet, diskutovat a hledat možnosti identifikace jak s mužstvím, tak s ženstvím. Pro současnost i budoucnost lidské společnosti je životně důležitá existence a polarita mužů a žen, jejich spojení a spolupráce.

■ **Mnoho paradoxů a kontroverzí**

Na jedné straně se lékařská terminologie stále více brání pojmenovat potíže s pohlavní identitou za poruchu či nemoc. Na druhé straně u dysforie pohlavní identity (= nespokojenost s daným pohlavím) je čím dál častěji požadována léčba s použitím nejmodernějších lékařských poznatků, dovedností, technologií a léčiv. Další otázkou pak je i financování takové léčby, zvláště

pokud by tito lidé neměli být označeni za pacienty s určitými zdravotními obtížemi.

Odborníci jsou ve vyjadřování svých názorů stále opatrnější. Domenico Di Ceglie (ředitel GIDS) ve svém článku ve výše zmiňovaném čísle Journal of Child Psychotherapy říká, že jsme dosud nedosáhli uspokojivého porozumění vývoji pohlavní identity a interakci mezi fungováním mozku, hormonů a zkušeností během života.

Ať chceme, či nikoli, pohlavní identifikaci dnešní generace teenagerů ovlivňují i vzory světového modelingu. Dnešní ideál mužské krásy jsou kluci bledí a hubení, kteří často připomínají děvčata.

Editor celého časopisu Jo Russell v editoriale píše, že otázka, kdo má právo usměrňovat vývoj dětské pohlavní identifikace, zůstává i nadále kontroverzní a máme se stále co učit.

Budeme se tedy všichni čím dál více bát vychovávat z našich dětí muže a ženy? Nebo si dodáme odvahy a přes všechny nástrahy moderní doby se dál budeme snažit vychovávat a formovat z našich dětí holčičky a kluky, dívky a chlapce, slečny a mladíky, ženy a muže, matky a otce? Když ještě lidé neměli tolik volného času, možnosti a prostředků k relativizaci všech lidských hodnot (protože práce a shánění obživy jim zabrala většinu dne), tak odnepaměti byla výchova k mužství i ženství přirozenou součástí jejich života, úkolem jak rodičů, tak i dalších výchovných, zájmových a dalších kulturních institucí společnosti. Jako bychom se snažili čím dál více popírat hranice a limity našich životů. Odmítáme si je s pokorou přiznat a respektovat, bohužel někdy i za pomoci „odborníků“.

■ **Dodatek**

Prohlášení České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii k léčbě genderové dysforie v dětství a dospívání

1. ČSPAP sleduje prudký nárůst počtu jedinců, zvláště dětí a dospívajících, se známkami diskomfortu týkajícího se pohlavní identifikace. ČSPAP zpochybňuje dosavadní trend v České republice k řešení potíží osob s poruchou pohlavní identity, zejména před dosažením osmnácti let, považuje ho za nebezpečný a někdy neetický.



Německý ministr navrhuje zákaz migrace lékařů

Evropská unie by se měla pokusit zabránit členským státům vzájemně si přetahovat lékaře a jiné odborné pracovníky a zvýšit regulaci tohoto jevu. V rozhovoru se švýcarským listem Blick am Sonntag to řekl německý ministr zdravotnictví Jens Spahn.

Spahn si postěžoval, že němečtí doktoři a další zdravotnický personál houfně odcházejí do Švýcarska.

„Chápu je, Švýcarsko je hezká země. Je ale jasné, že v Německu jich je pak nedostatek. A že v naší zemi pracují lékaři z Polska, kteří potom zase chybějí tam,“ vysvětlil důležitý německý politik a neúspěšný kandidát na šéfa vládní Křesťanskodemokratické unie (CDU). Svobodu pohybu v rámci evropského bloku ale Spahn v zásadě zpochybnit nechce. Podobné dohody prý již existují v rámci Světové zdravotnické organizace (WHO): „Ty by nám mohly jít příkladem.“

Záporně ministr odpověděl na dotaz, zda se nechystá nechat si od Švýcarska, které není členem EU, zaplatit za to, že na tamních vysokých školách studují medicínu mladí Němci, kteří pak v alpské zemi zůstávají i pracovat. „To mým plánem není,“ ujistil politik.

Švýcarsko je nejvyhledávanější

Švýcarsko je mezi německými lékaři zdaleka nejpopulárnější cílovou zemí. Podle údajů německé lékařské komory odešlo v roce 2017 do zahraničí 1 965 lékařů, kteří v zemi pracovali. Do Švýcarska jich zamířilo 641, následovalo Rakousko (268) a Spojené státy (84). Švýcarský lékařský svaz FMH začátkem roku 2017 uvedl, že podíl v zemi ordinujících lékařů s německým pasem činil 17,7 procenta.

Naopak počet v Německu nahlášených zahraničních lékařů se v témže roce podle údajů na webu Spolkové lékařské komory zvýšil o 8,4 procenta, tedy 4 088 lidí, na 50 809. Cizí pas tak má v zemi 11,8 procenta činných doktorů. Nejvíce jich v roce 2017 přibýlo ze Sýrie, Rumunska a Srbska.

Ve spolkové zemi Sasko na hranici s Českou republikou například činil loni podíl zahraničních lékařů 14 procent – celkem jich bylo 2 700. Pocházeli z 98 různých zemí a nejvíce jich podle údajů saské zemské lékařské komory přišlo z České republiky – 389.

Zdroj: novinky.cz, 13. 1. 2019

2. Psychologické hledání pohlavní identity je proces, který se rozvíjí od narození, mají na něm podíl rodiče i společnost. Jde o proces, který je mimo jiné určen nevědomými motivy, úzkostmi a obranným zpracováním. Tento problém je nutné řešit komplexně v kontextu bio-psycho-sociálního rámce.

3. Nedostatečná pozornost věnovaná zkoumání a zpracování psychických příčin vedoucích k uvažování o změně pohlaví může vést k předčasným a nezvratným zásahům do organismu osob s často neukončeným psychosociálním vývojem.

4. ČSPAP zdůrazňuje nutnost úplné informovanosti žadatelů o změnu pohlaví o výsledcích této realizované změny
- o nezvratnosti fyzického poškození
 - o riziku nežádoucích vedlejších účinků hormonálních a chirurgických zákroků
 - o možném výrazném zhoršení psychického stavu
 - o zvýšeném riziku sebevraždy a invalidity.

Domníváme se, že ani významné pokroky medicíny neumožňují realizovat uspokojivou chirurgickou změnu ženského pohlaví na mužské a opačně. Operativní změna pohlaví nezaručuje automaticky plné uspokojení a vymizení genderové dysforie.

5. ČSPAP, vzhledem k výše zmíněným výhradám, doporučuje všem zájemcům, o změnu pohlaví, v případě dětí jejich rodičům, před zahájením veškerých kroků, které k této změně směřují, intenzivní individuální psychoterapii. Nutná je i práce s rodinou. Tento postup umožní lépe porozumět a zpracovat vědomé a především nevědomé motivace, přání a konflikty, které vedou k uvažování o změně pohlaví. ČSPAP zároveň vyzývá odbornou veřejnost k diskusi na toto závažné téma.

6. ČSPAP podporuje seriózní výzkum a komplexní dlouhodobé sledování všech aspektů života těch, kteří podstoupili hormonální a chirurgickou léčbu, a kompetentní diskusi o dlou-

hodobých změnách, kvalitě života a případných nežádoucích dopadech uvedených radikálních intervencí.

Literatura

- Di Ceglie D. The use of metaphors in understanding atypical gender identity development and its psychosocial impact. *Journal of Child Psychotherapy*. 2018;44(1):5–28.
- Fenclová J. Vývoj psychoanalytických pohledů na ženskou sexualitu. Diplomová práce. Praha: FF UK, 2000.
- Gaffney B, Reyes P. Gender identity dysphoria. In Lanyado M, Horne A (eds.) *The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy: Psychoanalytic Approaches*. London: Routledge, 2009.
- Jensen FE, Nutt EA. Mozek teenager. Praha: Dobrovský, 2015.
- Kožený J, Tišanská L, Csémy L. Strukturální analýza modelu životní spokojenosti adolescentů. *Českoslov. psychol.* 2007;51(3):224–237.
- Money J. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 1955 Oct;97(4):301–319.
- Money J. The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 37 years. *Proceedings of the Conference on Gender Identity and Development in Childhood and Adolescence*. London; Conference Unit, St. George's Hospital, 1992.
- Stoller RJ. Male childhood transsexualism. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1968 Apr;7(2):193–209.
- Stoller RJ. Primary femininity. *J Am Psychoanal Assoc.* 1976;24(5 Suppl):59–78.
- Stoller RJ. Gender identity development and prognosis: A summary. In Chiland C, Young JG (eds.) *New approaches to mental health from birth to adolescence*. New Haven: Yale University Press, 1992, s. 78–87.



Novinky v kardiopulmonální resuscitaci „Guidelines 2018“

**Doc. MUDr. Ivan Novák, CSc.¹⁾, MUDr. Martin Prchlík²⁾,
MUDr. Martin Fajt²⁾, MUDr. Pavel Heinige²⁾**

¹⁾Pediatrická klinika 1. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha

²⁾Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK, Thomayerova nemocnice, Praha

■ Úvod a souhrn

Každých 5 let International Liaison Committee on Resuscitation (dále ILCOR), respektovaná autorita složená z odborníků nominovaných národními společnostmi akutní medicíny, vydává guidelines pro kardiopulmonální resuscitaci (dále CPR). „Recenzentem“ textů je obdobná evropská instituce European Resuscitation Council (dále ERC).

Mimo tuto pravidelnou publikaci ILCOR a ERC upozorňují na významné novinky s vysokou mírou evidence, jež jsou v období „mezi guidelines“ publikovány a jistým způsobem mohou měnit doporučení, jak provádět CPR. V posledních guidelines z ledna 2018 je již jednoznačně doporučeno při CRP dospělých kombinovat stlačování sternu s umělými dechy (frekvence 30:2) a dříve i profesionály preferovaná technika „hands only resuscitation“ zůstává jako východisko zahájení CPR přihlížejícími laiky, doslova „better any CPR than no CPR...“

V doporučeních CPR dětí není nic nového, podstatného, proti tomu, co jsme publikovali zde v r. 2016.

■ CPR dospělých

Guidelines 2010 se výrazně opíraly o výsledky studií účinnosti hands only resuscitation a připouštěly užitečnost ventilace až za několik minut od počátku CPR. Takže u dospělých měla CPR, užívající Safarovu nomenklaturu, charakter: **C** – stlačování sternu + defibrilace + léky (adrenalin, amiodaron, ev. vasopresin)... **A** – průchodnost dýchacích cest... **B** – ventilace až za několik min od počátku CPR.

V guidelines 2015 se již objevuje pod tlakem EBM respektujících studií porovnávajících výsledky různých typů CPR (jako hands only × ABC... ABC jen s inhalací kyslíku a kontinuálním, nepřerušovaným stlačováním hrudníku... C + B v poměru 15:2 nebo 30:2 (i pro profesionály)... ABC s přerušením stlačování při insuflaci O₂) opět návrat k **ABC**,

poměr stlačení sternu : dechy 30:2, při aplikaci umělého dechu krátce přerušit stlačování sternu, kyslík; co nejdříve tracheální intubace, a toto doporučení je výrazně podpořeno nejlepšími výsledky (přežití – propuštění, neurologické nálezy po CPR).

■ CPR dětí

V posledním vydání „novinek“ z konce ledna 2018 jsou významné 2 velké studie, jež hodnotí výsledky CPR u dětí resuscitovaných mimo nemocnici přihlížejícími (bystanders). První skupina měla klasickou CPR – uvolnění dýchacích cest a umělá ventilace plic a masáž srdce. Druhá skupina byla křížena „pouze“ zevní srdeční masáží, hands only CPR. Ukázalo se, že skupina, jíž se dostalo klasické CPR ABC, měla statisticky významně lepší výsledky, a to neurologický nálezy a délku přežití. Obává-li se záchránce, že nebude s to provádět doporučenou ABC CPR, měl by provádět alespoň CPR stlačováním dolní třetiny sternu frekvencí 100/min (psáno doslova „any form of CPR better than no CPR“). Nicméně pro profesionály je doporučeným postupem u dětí ABC CPR. Opět je uvedeno doporučení, že dítě, jež vypadá jako dospělý, má být resuscitováno jako dospělý (schéma 1).

■ CPR u novorozenců

Klíčové doporučení z guidelines 2015 3:1 komprese k ventilaci je doporučeno dále, beze změn. Zástava krevního oběhu je způsobena hypoxií při dušení někde v perinatálním období. Záchranáři mohou zvážit použití vyššího počtu stlačování sternu (např. 15:2), domnívá-li se, že oběhové selhání má primárně kardiální původ. Po tracheální intubaci se komprese hrudníku a umělé dechy střídají, při insuflaci je masáž přerušena.

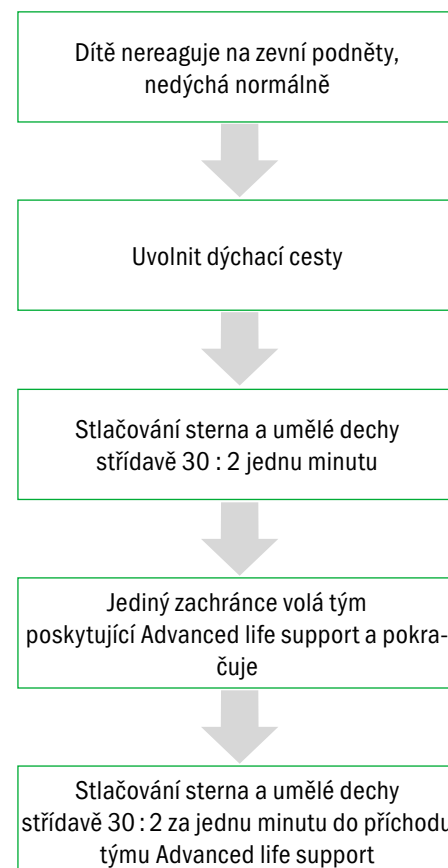


Schéma 1 Basic life support u dětí 2018

■ Závěr

Po přechodném, asi 10 let trvajícím nadšení z hands only resuscitation a v určitém období pomíjení významu umělých dechů a kyslíku během CPR dospělých doporučují poslední guidelines 2018:

- frekvence stlačování sternu (zevní srdeční masáže) a kombinace s umělými dechy i při dvou profesionálních záchráncích 30:2
- umělé dechy důkladné, pro jejich aplikaci stlačování sternu přerušeno
- kyslík, zajištění dýchacích cest co nejdříve, nejlépe tracheální intubací

Se souhlasem autora převzato
z Čes-slov Pediat 2018;73(3):173-174



Bronchiální astma – epidemiologie, patogeneze, diagnostika a diferenciální diagnostika

MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN, Praha

Astma je nejčastější chronickou nemocí v dětství. O něco dříve se objevuje u chlapců než u děvčat. U nás je prevalence dětského astmatu 8–13 %. Ke vzniku onemocnění je nutná genetická predispozice a nepříznivý vliv okolního prostředí.

■ Definice

Astma je heterogenní nemoc, obvykle charakterizovaná chronickým zánětem dýchacích cest. Astma je definováno anamnézou respiračních příznaků, jako je hvízdání, dušnost, tlak na hrudi a kašel, které se mění v čase i v intenzitě a jsou provázeny variabilním expiračním ventilačním omezením.

■ Etiologie

Astma vzniká u geneticky disponovaných jedinců s přispěním zevních vlivů (viry, alergeny, znečištění vzduchu, kouř). U vnímavého jedince se po kontaktu s těmito agens rozvine chronický zánět, jehož hojení probíhá odlišně od zdravých, neastmatických jedinců. Tyto procesy potom ovlivní růst a vývoj dýchacích cest a mohou mít trvalé následky v dospělosti. Opakované zánětlivé stimuly podporují chronicitu a zvyšují riziko exacerbací.

■ Genetika

Je známo více než 100 genů spjatých s astmatem. Většinou se jedná o proalergické a prozánětlivé geny. Důležitou roli také hrají epigenetické modifikace vyvolané prostředím. Například pokud žena kouří v těhotenství, zvyšuje riziko astmatu a dalších respiračních nemocí nejen pro plod, ale i pro další generace. Astma rodičů zvyšuje pravděpodobnost astmatu u potomků. Mají-li oba rodiče astma, je riziko až 70 %.

■ Prostředí

Opakované hvízdání je v dětském věku nejčastěji vyvoláno virovou infekcí. Jsou to zejména rinoviry, RS viry, influenza viry, adenoviry, parainfluenzaviry a metapneumoviry. Expozice alergenům udržuje chronický alergický zánět průdušek. Jsou to především roztoči, plísňe, zvířecí alergeny. Tabákový kouř a další škodliviny v ovzduší zhoršují

zánět v průduškách. Hyperventilace chladného a suchého vzduchu a inhalace silných pachů působí podobně. K dalším faktorům přispívajícím k rozvoji astmatu patří výživa umělou formulí, nekojení, obezita.

■ Patogeneze

Při astmatu probíhá v dýchacích cestách chronický zánět, a to i při klinické remisi. Největší změny bývají v průduškách středního kalibru. Kromě nejtěžších forem však nebyl prokázán přímý vztah intenzity zánětu a klinických obtíží. Zánět je u většiny astmatiků podobný zánětu alergického, jaký vidíme např. u alergické rýmy. Vlivem cytokinů uvolněných Th2 lymfocyty dochází k aktivaci žírných buněk, NK buněk a eozinofilů. Jejich mediátory potom udržují zánět, vyvolávají i spasmus hladkých svalů ve stěnách průdušek, zvyšují propustnost cévní stěny a sekreci hlenu. V těchto procesech se angažují i buňky epiteliální, endoteliální a hladké svaly. Fibroblasty se podílejí na tvorbě kolagenu a remodelaci průdušek. Nervová vlákna jsou zvýšeně dráždivá, to vede k vyšší iritabilitě průdušek. Významnými mediátory alergického zánětu jsou cysteinylóvé leukotrieny. Antileukotrieny proto patří k základním protizánětlivým antiastmatikům. Omezení průchodnosti intrathorakálních dýchacích cest nahromaděným sekretem a bronchospasmem vede k prodloužení výdechu a hvízdání ve výdechu.

■ Epidemiologie

Astma je nejčastější chronickou nemocí v dětství. Jeho výskyt je nejvyšší ve vyspělých zemích. U nás jím trpí cca 8–13 % dětí školního věku. V předškolním věku je opakované hvízdání velmi časté, trpí jím cca 30 % dětí, ale jen přibližně třetina z nich jsou astmatici. Ve vyspělých zemích se prevalence astmatu již stabilizovala, někde je dokonce pozorován mírný pokles. Nejvyšší

prevalence je ve Velké Británii, Austrálii a na Novém Zélandu. U šesti až sedmiletých dětí dosahuje až 37,6 %.

■ Klinické příznaky

10–15 % dětí má příznaky astmatu již v prvním roce života, až 50 % dětí do 5 let.

Jsou to především opakované stavy hvízdavé obstrukční dušnosti, kašel, pocity tíže na hrudi. Příznaky však nejsou specifické a rodiče je mnohdy správně nepopíší. Rodiče nerozeznávají pískoty, dokud funkce plic neklesne o 40–50 %.

Četnost výskytu jednotlivých příznaků astmatu:

- opakované stavy hvízdání má 50 % astmatických dětí
- kašel má 80 % dětských astmatiků
- dušnost má 20 % dětských astmatiků

U dětí pod 5 let věku však tyto typické příznaky mohou chybět. Nemoc se může projevat pouze omezením aktivity dítěte, únavou.

- k dalším potížím patří noční buzení (většinou po půlnoci)
- opakovaně jsou podávána antibiotika pro „bronchitidy“ nebo „pneumonie“
- příznaky jsou vyvolávány studeným vzduchem, tělesnou aktivitou, smíchem

Nejzávažnějším projevem astmatu je akutní exacerbace, kdy dušnost může progredovat až k respiračnímu selhání. U dětí je nejčastější příčinou exacerbace virová infekce.

■ Diagnóza

Diagnóza astmatu se opírá o tyto základní body:

1. anamnéza (příznaků, rodinná, osobní, alergologická, prostředí, epidemiologická)
2. fyzikální vyšetření



3. laboratorní metody
 - skiagram hrudníku
 - funkce plic včetně bronchomotorických testů (FeNO)
 - vyšetření IgE mediované alergie (prick testy, sIgE)
 - krevní obraz s diferenciálním rozpočtem leukocytů
4. diferenciální diagnostika a diagnostika komorbidit ORL, kardio, pH-metrie / impedance, MXII, CT, bronchoskopie
5. terapeutický test

Diagnóza kojeneckého a dětského astmatu (do cca 5 let) je nejproblematictější, je otázkou, zda v této věkové kategorii máme již hovořit o astmatu, nebo pouze o recidivujících hvízdavých bronchitidách.

Opíráme se hlavně o klinické příznaky. Nejnápadnějším z nich jsou reverzibilní stavy bronchiální obstrukce, projevující se hvízdavým dechem s prodloužením expira. V tomto období rozeznáváme podle aktuálních projevů dva typy hvízdání/obstrukce: epizodická, při virové infekci, která se projevuje jen v období virové infekce a v mezidobí ne. Druhým typem jsou hvízdání multifaktoriální, která mají časté exacerbace a příznaky (kašel, zadýchání po námaze...) i mezi epizodami.

Hvízdavá/obstrukční bronchitida vyvolaná virovým infektem je však v tomto věku běžná i u jinak zdravých dětí, neastmatiků.

Téměř 30 % dětí do 3 let věku prožije jednu epizodu obstrukční hvízdavé dušnosti a ve věku 6 let je kumulativní prevalence obstrukčních hvízdavých epizod 50 %. 35 % dětí do 6 let má recidivující obstrukční/hvízdavé bronchitidy, pouze 30 % z těchto dětí do 6 let má v 6 letech astma. Většina epizod hvízdání je v tomto věku vyvolána virovým infektem, odlišení od astmatu je často možné až podle dalšího vývoje. Na rozdíl od astmatu nebyl u dětí s virovým hvízdáním prokázán chronický zánět průdušek, a není tak splněno jedno ze základních diagnostických kritérií astmatu. Jedná se o stavy s odlišnou prognózou a patrně i patogenezi, které však v tomto věku neumíme klinicky od sebe odlišit, neboť i astmatici mají exacerbace při infektech.

Určení, které z opakovaně hvízdajících dětí do 5 let je astmatikem, je tedy stále obtížné, proto někteří odborníci doporučují diagnózu astmatu stanovit až ve školním věku a předtím hovořit o recidivujícím hvízdání. K odlišení předškolního hvízdání od astmatu jsou někdy používány termíny jako infekční astma nebo infekční hvízdání.

Anamnéza

Diagnózu astmatu podporuje: anamnéza astmatu u rodičů, klinické projevy atopie – atopický ekzém, časná senzibilizace proti inhalačním alergenům (před 3. rokem života). Z dalších faktorů potom četnost obstrukčních epizod vyšší než 1× do měsíce, časná senzibilizace proti potravinovým alergenům, kašel a pískoty po námaze, při emocích, kašel v noci a mimo období infekce, alergická rýma, přetrvávání hvízdavých bronchitid po 3. roce života, zhoršování příznaků po expozici alergenům, dráždivým látkám, studenému vzduchu, některým lékům. Také zvýšená nemocnost a delší průběh běžných respiračních infekcí, které většinou končí jako záněty průdušek s dobrou reakcí na protiastmatickou léčbu. K potvrzení diagnózy lze použít i test léčby SABA (short acting beta-two agonists – krátkodobě působící beta2 mimetika) a několikátý denní podávání IKS (inhaled corticosteroids – inhalační kortikosteroidy). Pokud na této léčbě dojde k výraznému zlepšení a po vysazení k recidivě, je diagnóza astmatu velmi pravděpodobná. Při terapeutickém testu je nutné při léčbě bedlivě sledovat účinek, po stanovené době lék vysadit, a to i tehdy, kdy na léčbě došlo ke zlepšení. Zhoršení po vysazení a zlepšení po opětovném nasazení teprve potvrdí pozitivitu testu. Toto schéma je nutné dodržet, abychom se vyhnuli omylu. Zlepšení může být způsobeno i jinými vlivy (odeznění sezóny virových infekcí, změna prostředí...), než je léčba, a bez vysazení a opětovného nasazení to nejsme schopni odlišit.

José A. Castro-Rodríguez publikoval skórovací systém pro děti do 3 let, kdy diagnóza astmatu je pravděpodobnější při splnění jednoho z hlavních nebo dvou vedlejších kritérií. Při první hvízdavé/obstrukční bronchitidě a pozitivním indexu je riziko aktivního astmatu v 6–13 letech 2,6–5,5× vyšší než při negativním indexu. Při 4 a více hvízdavých bronchitidách je riziko aktivního astmatu v 6–13 letech 4,3–9,8× vyšší. Naopak při negativitě indexu je i u dětí, které měly 4 a více epizod hvízdání, 95% pravděpodobnost, že pacient astma v 6–13 letech mít nebude. Podobných indexů bylo následně publikováno několik desítek. Žádný z nich se však neukázal být pro předpověď astmatu citlivý a specifický dostatečně.

Kritéria hlavní:

- astma u rodičů
- lékařem diagnostikovaná atopická dermatida

Kritéria vedlejší:

- hvízdání mimo infekty
- eozinofilie nad 4 %
- lékařem diagnostikovaná alergická rýma

Fyzikální vyšetření

Mimo exacerbaci může být fyzikální vyšetření u dětských astmatiků (kromě nejtěžších forem) zcela v normě. Musíme tak spoléhat hlavně na anamnézu, nejlépe je, pokud nám rodiče příznaky natočí na video. Nepřesnost v popisu rodiči je značná.

Při objektivním vyšetření mohou být přítomny příznaky alergie – suchá kůže, ekzém, ragády pod ušima, alergické kruhy pod očima, konjunktivitida, zbytnělá nosní sliznice s vazkým sklovitým sekretem, příčná rýha nad nosem od „alergického pozdravu“. Při nekompenzovaném astmatu můžeme vidět inspirační postavení hrudníku, akcentaci expira (je delší než inspirium), polyfonní jemné pískoty v expiriu, suchý, dráždivý, ostrý kašel. Tyto příznaky mizejí po podání SABA.

Závažné příznaky jsou tachypnoe, zatahování měkkých částí hrudníku, jugula a dolní části sternu, paradoxní dýchání, alární souhyb, cyanóza.

Laboratorní vyšetření

V krevním obraze s diferenciálním rozpočtem pátráme zejména po zvýšené hodnotě eozinofilů (nad 4 %).

Při základním vyšetření humorní imunity – stanovení sérového IgM, IgG, IgA a stanovení celkového, eventuálně specifického IgE proti nejběžnějším inhalačním a potravinovým alergenům zjistíme ev. imunodeficit a alergickou senzibilizaci.

Skiagram hrudníku může u astmatika zachytit hyperinflaci plic, při akutním stavu jsou časté i atelaktázy způsobené hlenovými zátkami.

ORL vyšetření požadujeme při podezření na zvětšenou adenoidní vegetaci nebo zánět – alergický či jiný – v oblasti nosu a paranasálních dutin. Mnoho astmatiků má současně alergickou rýmu, a to již i ve věku 3 let. Její léčba je nutná současně s léčbou astmatu.

Vyšetření funkce plic

U spolupracujících pacientů diagnózu astmatu potvrdí vyšetření funkce plic metodou spirometrie – křivka průtok/objem a určení reverzibility eventuální obstrukční ventilací poruchy nebo odpovědi na bronchodilataci. Pokud je prokázána reverzibilní obstrukce, je diagnóza astmatu při typických klinických



projevech potvrzena. Při dobré motivaci zvládnou spirometrii i tříleté děti.

Správnost manévru potvrdí jeho reprodukovatelnost. Manévr většinou opakujeme několikrát a k hodnocení vybereme křivky s rozptylem hodnot menším než 5 %. Obstrukce u astmatiků je u nejmírnějších poruch pouze v malých, periferních dýchacích cestách. K limitaci usilovné jednovteřinové vitální kapacity FEV_1 dochází až u středně těžkého astmatu. Normální hodnoty pro děti jsou závislé na věku, pohlaví a výšce.

K potvrzení pozátěžové bronchokonstrikce je vhodný test zátěží běháním venku. Nejvíce se blíží přirozeným podmínkám, ve kterých mají děti obtíže. Při dodržení pravidel provedení testu je riziko vyvolání akutní dušnosti malé.

Měření vrcholové výdechové rychlosti je možno provádět opakovaně doma, ale není nahrazením křivky průtok/objem. Je nutné nejprve techniku nacvičit a potom sledovat variabilitu. Měření se provádí ráno a večer, vybere se nejlepší hodnota ze 3 pokusů. Variabilita během dne vyšší než 20 % signalizuje zhoršení kontroly astmatu. Tato monitorace je vhodná obzvláště u pacientů, kteří subjektivně nevnímají zhoršování astmatu dostatečně citlivě, a nejsou tak na ně schopni včas reagovat zintenzivněním terapie.

Vyšetření FeNO

Měření frakce oxidu dusnatého ve vydechovaném vzduchu – FeNO zvládnou většinou až děti okolo 6 let. Monitoruje alergický zánět v dýchacích cestách, při zvýšených hodnotách podpoří diagnózu.

Diferenciální diagnóza

V diferenciální diagnostické rozvaze u astmatu zvažujeme nemoci provázené chronickým nebo recidivujícím kašlem, recidivujícími pískoty a dušnostmi. Při chronickém kašli je nutno vyloučit i onemocnění horních cest dýchacích, při recidivujících pískotech a dušnostech onemocnění průdušek a plic. Gastroezofageální reflux a alergická rinosinusitida jsou nejen diferenciální diagnostikou, ale také komorbiditami astmatu. Pokud nejsou adekvátně léčeny, zhoršují kontrolu nad astmatem.

Diferenciální diagnostika astmatu:

- alergická a chronická rinosinusitida
- sinusitida
- hyperplazie adenoidní vegetace a tonzil

- cizí těleso v nose
- virové bronchitidy, bronchiolitidy
- bronchopulmonální dysplazie nebo chronické postižení plic z prematurity
- aspirace cizího tělesa
- tracheomalacie, bronchomalacie
- vrozené malformace – cysty, cévní prstence
- TBC
- hypersenzitivní pneumonitida
- plicní eozinofilie
- plicní hemosideróza
- vrozené srdeční vady
- útvary v mediastinu
- gastroezofageální reflux / opakované aspirace
- aspirace při poruchách polykání
- protrahovaná bakteriální bronchitida
- cystická fibróza
- imunodeficit
- ciliární dyskineze
- dysfunkce hlasivek
 - užívání inhibitorů ACE
 - užívání beta2 antagonistů
 - užívání inhibitorů acetylcholinesterázy

K varovným příznakům patří:

- neprospívání
- novorozenecké příznaky
- trvalé pískoty
- zvracení spjaté s respiračními příznaky

- neúčinnost protiastmatické medikace
- paličkovité prsty
- ložiskové nálezy na plicích
- hyposaturace mimo akutní respirační infekce

Nejproblematictější je diferenciální diagnóza astmatu × virového hvízdání u dětí do 5 až 6 let věku. U mnohých se situace vyjasní až okolo 6 let. Astmatici pokračují v opakovaných epizodách hvízdání, u ostatních dětí tyto epizody po 6. roce ustanou. Léčba astmatu i virového hvízdání je v podstatě stejná, řídí se hlavně závažností a frekvencí obtíží. Pokud u předškolního dítěte stále váháme mezi těmito dvěma diagnózami, je nutné při stabilizovaném stavu léčbu opakovaně zkoušet vysadit. U školáka by již diagnóza měla být stanovena jednoznačně.

Léčba dětského astmatu má podobná pravidla jako u dospělých, respektuje však odlišnosti dětského věku. Preferováno je podání inhalační, u nespolupracujících dětí přes dechové nástavce. Každý astmatik musí mít úlevovou léčbu – nejčastěji beta2 mimetika. Při perzistujícím astmatu je podávána dlouhodobá protizánětlivá léčba – nejčastěji inhalační kortikosteroidy. Podrobnostem léčby dětského astmatu bude věnován další článek.

Diferenciální diagnostika astmatu dle věku

	Relativní frekvence výskytu		
	kojenec	dítě	adolescent
Běžné infekce	+++	+++	++
Prolongované infekce, pertuse	+++	++	+
Tracheomalacie, bronchomalacie	++	+	-
Cizí těleso	++	+++	±
Protrahovaná bakteriální bronchitida	+++	+++	-
Cystická fibróza	+++	++	+
TBC	±	±	+
Vývojové vady kardiorepirační	+++	++	-
Bronchopulmonální dysplazie	+++	++	-
Primární ciliární dyskineze	+	++	+
Bronchiektazie	+	+	+
Tumory	±	±	±
Aspirační syndromy, GERD	+	±	±
Dysfunkce hlasivek	-	±	+
Plicní edém	+	+	+



Oligosacharidy mateřského mléka (HMO) v kojenecké výživě

MUDr. Kristýna Zárubová

Jak bylo již opakovaně prokázáno, kojení je nejvhodnější výživou pro novorozence a kojence (1). Ne vždy je to ale možné, ať už z důvodů matky, nebo dítěte. Proto je velká snaha přiblížit se složením náhradní mléčné kojenecké výživy mateřskému mléku. Jednou ze složek, kterou mateřské mléko obsahuje a jež v něm hraje důležitou roli, jsou oligosacharidy mateřského mléka (HMO, Human Milk Oligosaccharides). Kravské mléko HMO neobsahuje, a proto se náhradní mléčná kojenecká výživa v minulosti obohacovala strukturami prebiotických vláknin (např. galaktooligosacharidy – GOS a fruktooligosacharidy – FOS). Vzhledem k technologickému i vědeckému pokroku lze ale nyní některé HMO vyrábět, a zlepšovat tedy složení přímo jejich přidáním, např. 2'-fukosyllaktózy.

■ Co jsou HMO?

Role HMO v mateřském mléce se již více než 50 let intenzivně zkoumá, bylo jich identifikováno přes 200 a některé jejich funkce jsou popsány různými studiemi. Koncentrace oligosacharidů dosahuje 10–20 g/l (liší se během laktace). HMO tak představují třetí největší pevnou složku (ačkoli nemají významnou nutriční hodnotu), více zastoupen je v mateřském mléce jen tuk a laktóza. Všechny HMO vznikají v mléčných žlázách. Zajímavostí může být prokázání vyššího obsahu HMO v mléce matek předčasně narozených dětí (2).

Základem většiny oligosacharidů je laktóza. V mléčných žlázách dochází k připojení různých monosacharidů – glukózy, galaktózy, fukózy, N-acetylglukosaminu a kyseliny sialové. Z oligosacharidů se dále vytvářejí složitější struktury, které se liší ve svých funkcích (3). Obsah HMO je u jednotlivých žen odlišný a souvisí s rozdílností v krevních skupinách (4). V oblasti syntézy HMO a jejich úpravy i přes intenzivní zkoumání zůstávají některé kroky nejasné.

Další zajímavou kapitolou je metabolismus HMO. Jsou totiž velmi odolné proti natrávení v gastrointestinálním traktu, jak proti nízkému pH v žaludku dítěte, tak proti pankreatickým enzymům či enzymům kartáčového lemu. HMO ale metabolizují bakterie, které se ve střevech nacházejí. Část HMO projde trávicím traktem nezměněna a vyloučí se

stolicí. Asi 1 % se dostane do krve a bylo detekováno v moči kojených dětí (3, 5).

■ Role HMO v organismu kojence

Velmi dlouho se zkoumalo, co by mohlo být tzv. bifidogenním faktorem, který napomáhá růstu prospěšných bakterií ve střevě. V současné době je známo, že jsou jím právě HMO, které mají prebiotický efekt. Dokonce se předpokládá i určitý efekt na mikrobiotu kojící matky (6). Právě proto je velmi výhodná odolnost HMO vůči trávení. Kromě toho, že fungují jako prebiotika, účastní se také fermentace mastných kyselin s krátkým řetězcem (7).

Na rozdíl od lidského trávicího systému umějí bakterie HMO využít a zpracovat. *Bifidobacterium longum*, subsp. *Infantis* dokáže využít více typů HMO, jiné bakterie upřednostňují jeden typ, zejména lakto-N-tetraózu (8).

Další důležitou rolí HMO je účast ve slizničném imunitním systému. Vzhledem k tomu, že strukturou se podobají glykanům, mají vliv na přilnavost patogenů a ovlivňují také přítomné kmeny. Snižují kolonizaci střeva škodlivými bakteriemi a viry, a předcházejí tak rozvoji onemocnění (6). Snížení epizod průjmu kojených dětí se prokázalo například u kampilobakterové infekce (9). HMO mají také vliv na zrání a vývoj buněk střevní tkáně (6) a imunitního systému.

■ Jaký je rozdíl mezi HMO a jinými typy prebiotických vláknin?

Nejčastějšími prebiotiky používanými dnes v kojenecké výživě jsou galakto- nebo fruktooligosacharidy – GOS nebo FOS. Tyto typy prebiotických vláknin se ovšem od oligosacharidů mateřského mléka (HMO) výrazně liší jednak výskytem, jednak vlivem na střevní mikrobiotu a jednak účinky na imunitu. Kromě HMO se jiné prebiotické vlákniny v mateřském mléce nevyskytují. GOS pochází z kravského mléka a FOS z rostlin. Nejsou tedy pro mateřské mléko přirozené.

Vliv na střevní mikrobiotu

Rozdíl mezi střevním mikrobiomem kojených a nekojených dětí byl prokázán již v několika studiích (6). Také proto je důležité přiblížit se v kojenecké výživě co nejvíce složení

mateřského mléka. HMO hrají ve složení mikrobiomu významnou roli. Oproti GOS a FOS více podporují růst prospěšných bakterií, lépe blokují průnik a rozmnožování patogenů a také mají větší vliv na střevní imunitní systém.

Vliv na imunitní systém

Ze studií *in vitro* byl také prokázán vliv na imunitní systém. HMO přímo ovlivňují vývoj buněk střevního epitelu, produkci cytokinů, lymfocyty apod., neúčinkují tedy jen prostřednictvím změny střevního mikrobiomu (10).

Shrnutí

Obrovský vědecký pokrok dnes již umožňuje vyrábět struktury oligosacharidů mateřského mléka (HMO) a přidávat je do náhradní mléčné kojenecké výživy. Jako první HMO se přidává 2'-FL (2'-fukosyllaktóza) – nejvíce zastoupený HMO v mateřském mléce.

■ Účinky 2'-FL

V roce 2015 vyšla studie, která porovnávala růst kojených dětí a dětí krmených náhradní mléčnou kojeneckou výživou s obsahem 2'-FL během 4 měsíců. Dle výsledků nebyl signifikantní rozdíl mezi váhou, délkou a obvodem hlavy u obou skupin. Formule byla dobře tolerována a nebyl pozorován rozdíl mezi konzistencí a počtem stolic nebo frekvencí zvracení (11). Také byl zkoumán vliv 2'-FL na imunitní systém. U dětí krmených formulí s obsahem 2'-FL se prokázaly nižší hladiny zánětlivých mediátorů (např. TNFalfa) než u dětí krmených formulí s obsahem pouze GOS (12). Podle další randomizované kontrolované studie se zdá, že u dětí krmených formulí s obsahem 2'-FL a lakto-N-tetraózy udávají rodiče nižší počet epizod bronchitid a dalších respiračních infekcí a užívání antipyretické medikace mezi 4.–12. měsícem života. Současně snášenlivost této formule i formule bez přídatku oligosacharidů byla stejná (13).

Další zajímavé účinky 2'-FL *in vitro*

- snížení lipopolysacharidem mediované zánětlivé odpovědi u infekcí enterotoxickou *E. coli* (13)
- zlepšení vakcinační odpovědi proti chřipce u myši (14)
- zlepšení váhového přírůstku na modelu u syndromu krátkého střeva (15)



Jak je patrné z již proběhlých studií, přidávání HMO – 2'-FL do náhradní mléčné kojenecké výživy znamená další výrazné přiblížení mateřskému mléku. A to nejen z nutričního hlediska, ale také z hlediska ovlivnění vývoje střeva a jeho mikrobiomu, imunitního a nervového systému, a tím i celkového vývoje dítěte. Současně studie na modelech jsou příslibem do budoucnosti i u pacientů s různými onemocněními – např. syndromem krátkého střeva nebo infekcemi.

Literatura

- Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475–490.
- Gabrielli O, Zampini L, Galeazzi T, Padella L, Santoro L, Peila C, Giuliani F, Bertino E, Fabris C, Coppa GV. Preterm milk oligosaccharides during the first month of lactation. *Pediatrics*. 2011 Dec;128(6):e1520–1531.
- Rudloff S, Kunz C. Milk oligosaccharides and metabolism in infants. *Adv Nutr*. 2012 May;3(3):398S–405S.
- Thurl S, Henker J, Siegel M, Tovar K, Sawatzki G. Detection of four human milk groups with respect to Lewis blood group dependent oligosaccharides. *Glycoconj J*. 1997 Nov;14(7):795–799.
- Rudloff S, Pohlentz G, Borsch C, Lentze MJ, Kunz C. Urinary excretion of in vivo 13C labelled milk oligosaccharides in breastfed infants. *Br J Nutr*. 2012;107:957–963.
- Bode L. Human milk oligosaccharides: Every baby needs a sugar mama. *Glycobiology*. 2012 Sep;22(9):1147–1162.
- Jost T, Lacroix C, Braegger C, Chassard C. Impact of human milk bacteria and oligosaccharides on neonatal gut microbiota establishment and gut health. *Nutr Rev*. 2015;73:426–437.
- Barboza M, Sela DA, Pirim C, Locascio RG, Freeman SL, German JB, Mills DA, Lebrilla CB. Glycoprofiling bifidobacterial consumption of galacto-oligosaccharides by mass spectrometry reveals strain-specific, preferential consumption of glycans. *Appl Environ Microbiol*. 2009;75:7319–7325.
- Morrow AL, Ruiz-Palacios GM, Altaye M, Jiang X, Guerrero ML, Meinen-Derr JK, Farkas T, Chaturvedi P, Pickering LK, Newburg DS. Human milk oligosaccharides are associated with protection against diarrhea in breast-fed infants. *J Pediatr*. 2004 Sep;145(3):297–303.
- Donovan SM, Comstock SS. Human Milk Oligosaccharides Influence Neonatal Mucosal and Systemic Immunity. *Ann Nutr Metab*. 2016;69 Suppl 2:42–51.
- Marriage BJ, Buck RH, Goehring KC, Oliver JS, Williams JA. Infants Fed a Lower Calorie Formula With 2'FL Show Growth and 2'FL Uptake Like Breast-Fed Infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2015 Dec;61(6):649–658.
- Goehring KC, Marriage BJ, Oliver JS, Wilder JA, Barrett EG, Buck RH. Similar to Those Who Are Breastfed, Infants Fed a Formula Containing 2'-Fucosyllactose Have Lower Inflammatory Cytokines in a Randomized Controlled Trial. *J Nutr*. 2016 Dec;146(12):2559–2566.
- Puccio G, Alliet P, Cajozzo C, Janssens E, Corsello G, Sprenger N, Wernimont S, Egli D, Gosoni L, Steenhout P. Effects of Infant Formula With Human Milk Oligosaccharides on Growth and Morbidity: A Randomized Multicenter Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2017 Apr;64(4):624–631.
- He Y, Liu S, Leone S, Newburg DS. Human colostrum oligosaccharides modulate major immunologic pathways of immature human intestine. *Mucosal Immunol*. 2014 Nov;7(6):1326–1339.
- Xiao L, Leusink-Muis T, Kettelarij N, van Ark I, Blijenberg B, Heslen NA, Stahl B, Overbeek SA, Garssen J, Folkerts G, Van't Land B. Human Milk Oligosaccharide 2'-Fucosyllactose Improves Innate and Adaptive Immunity in an Influenza-Specific Murine Vaccination Model. *Front Immunol*. 2018 Mar 9;9:452.
- Mezoff EA, Hawkins JA, Ollberding NJ, Karns R, Morrow AL, Helmrath MA. The human milk oligosaccharide 2'-fucosyllactose augments the adaptive response to extensive intestinal. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2016 Mar 15;310(6):G427–G438.

INZERCE

553 12-18

Zaměstnám PLDD/pediatra na částečný úvazek (16 hod./týd.) do ordinace PLDD v **Benešově**. Nástup od 1. 2. 2019. Přesné podmínky domluvíme při osobním kontaktu, tel.: 777 859 495.

555 12-18

Přenechám dobře zavedenou **praxi PLDD ve Sloupu v Moravském krasu**. Vhodné i pro brněnské lékaře. Tel.: 724 258 304.

556 12-18

Hledám zastupujícího **lékaře/lékařku** do dobře zavedené ordinace PLDD v **Šlapanicích (Brno-venkov)** na částečný úvazek od 04/2019. Bližší informace ráda podám osobně nebo tel. 606 680 115.

557 1-19

Hledáme atestovaného lékaře do zavedené ord. PLDD ve Strakonici s pozdější možností odkupu. Tel. 736 405 945.

558 1-19

Prodám výhodně dobře zavedenou **ordinaci** praktického lékaře pro děti a dorost v **Praze 3**. Telefon 606 831 171.

559 1-19

Přenechám za výhodných podmínek dobře zavedenou **ordinaci PLDD ve Strakonici**. Kontakt tel.: 604 353 815.

560 1-19

Daruji zdarma ordinaci PLDD v Zastávce u Brna, spěchá, tel. 728 030 056.

561 2-19

Nabízím dobře zavedenou **praxi PLDD na Novohradsku** vedenou jako s.r.o. Možnost pronájmu bytu 4 + 1 s garáží, MŠ, škola v místě. Možnost škol a zaměstnání partnera v Rakousku. Telefon 728 144 556.

562 2-19

Hledám nástupce do zavedené pediatrické ordinace v **Teplicích** v Čechách, tel. 723 279 537.

563 2-19

Městys Buchlovice (687 08) **hledá** praktického lékaře pro děti a dorost. **Lékaře** pro děti a dorost pro obvod obcí Buchlovice, Břestek, Tupesy, Zlechov (cca 1 200 pacientů). Nabízíme nově zrekonstruovanou ordinaci v Buchlovicích za symbolický nájem dle dohody. Možnost sjednání příjmu zdravotní sestry. Více informací na tel. obecního úřadu: 572 595 120.

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.



Aktuality...

Stát pošle miliardy sestrám i fakultám

Dlouhodobý nedostatek lékařů i zdravotnického personálu a zavržení řady ordinací chce stát zvrátit miliardami pro lékařské fakulty či příspěvkem na bydlení zdravotním sestrám.

České zdravotnictví se podle řady expertů nachází v předkolapsovém stavu: prognózy varují, že už v ČR mohou chybět tisíce lékařů.

„Populace stárne a přibývá seniorů, kteří potřebují lékařskou péči. Totéž se ale týká i lékařů a zdravotnického personálu,“ řekl na nedávné debatě o stavu českého zdravotnictví ministr Adam Vojtěch (ANO). Stát podle něj chce lékaře a zdravotní sestry motivovat nejen finančně, na jaře spustí rovněž mediální kampaň, která by měla motivovat mladé lidi, aby šli studovat zdravotní obory. Zájem o ně totiž mezi mládeží dlouhodobě klesá.

Náměstkyně ministra zdravotnictví Alena Šteflová připomněla, že resort pošle v rámci stabilizace zdravotnictví sedm miliard lékařským fakultám, aby mohly o 15 procent navýšit kapacitu. Na lékařských fakultách dnes každoročně absoluuje zhruba 1 300 studentů, ne všichni však míří do nemocnic a ordinací.

Dotace bydlení místo výsluh

Ministerstvo zvažovalo také výsluhy zdravotním sestrám, podobně jako dostávají zaměstnanci v bezpečnostních složkách. Tento návrh však odmítlo ministerstvo financí, nově tedy resorty debatují o tom, že by sestrám přispívaly na bydlení, ve hře je 6 000 korun měsíčně od roku 2020.

Podle Šteflové ale resort zdravotnictví i přes odmítavý postoj financí stále zvažuje, jak výsluhy pro sestry vrátit do hry. „Možností je spousta, například by mohly jít přímo přes zaměstnavatele,“ řekla. Podle ředitele Ústavu zdravotnických informací a statistiky Ladislava Duška by takové opatření stálo státní kasu zhruba 2,5 miliardy ročně.

V českém zdravotnictví pracuje přibližně 260 tisíc lidí. Zdravotních sester je v ČR přibližně 80 tisíc. Průměrný plat zdravotní sestry byl v loňském roce kolem 28 tisíc korun, přičemž ve státních nemocnicích si sestry přijdou zhruba na 30 tisíc, v soukromých o pět tisíc méně.

Průměrný plat lékařů – specialistů činí kolem 70 tisíc korun, průměr je ale těžké spočítat, protože mezi kraji existují velké rozdíly. Větší platy nabízejí lékařům nemocniční ústavy například na severu Čech, kde je o práci lékaře menší zájem než například v Praze.

„Cílit už na žáky, zajímají je peníze“

Ředitel nemocnice ve Slaném Štěpán Votoček ale tvrdí, že stát demografickou situaci podcenil a ministerské návrhy ji nezachrání. „Musíme cílit na žáky osmých, devátých tříd, které nezajímají výsluhy, nezajímá je příspěvek na bydlení. Zajímají je peníze, ale chtějí si za ně koupit iPhone,“ řekl.

Navíc se vyslovil proti současnému trendu, že zdravotní sestra musí mít vysokoškolské vzdělání. „Zdravotní sestra je středoškolská práce. Ve zdravotnictví potřebujeme víc dobře zaplacených dělnic. Ne manažerek s VŠ titulem, které budou chtít dělat jinou práci,“ řekl Votoček. Jak dokládá lékař a zdravotnický expert KDU-ČSL Vít Kaňkovský, nemocnice přicházejí o specialisty.

„U nás na Vysočině je téměř nemožné sehnat revmatologa. Lidé musejí jezdit daleko do větších center, která jsou přeplněná. V souvislosti s rozvojem různých autoimunitních onemocnění se jedná o vážný pro-

blém,“ řekl Kaňkovský, podle něhož jsou kvůli nedostatku pracovníků nemocnice nuceny zavírat celá oddělení.

Kde vyškolit lékaře

Předseda Sdružení praktických lékařů Petr Šonka si stěžuje, že kvůli zbytečným úředním překážkám se nemají mladí ambulantní lékaři kde vyškolit, ačkoli to vyžaduje zákon.

„Podle nového zákona o vzdělávání zdravotnických pracovníků musíme mít smlouvu se zařízením lůžkového typu, které zabezpečí vyškolení našich rezidentů. Zákon umožňuje akreditaci i menším nemocnicím, přesto existuje metodický pokyn, že se akceptují jen taková pracoviště, která mají akreditaci na všechny obory,“ řekl Šonka. Podle něj se tak mladí praktici nemohou jít vyškolit do nemocnice, která má například chirurgické a ortopedické oddělení, ale ne gynekologické. „Zásadním způsobem to komplikuje situaci. Máme dost lidí, kteří jsou ochotni se vyškolit, ale nemáme pracoviště, kam bychom je mohli posílat,“ dodal Šonka.

Ministerstvo chce tuto situaci řešit tím, že by se nastupující praktici školili v přímo řízených nemocnicích. „Nevím, jak to bude fungovat v praxi. Doktor z Jeseníku by se pak musel jezdit školit do fakultní nemocnice v Olomouci,“ podotkl šéf sdružení praktiků.

Zdroj: J. Martinek, Pravo, novinky.cz, 24. 1. 2019

Nedostatek sester je největší problém, shodli se prezident a ministr Vojtěch

Nedostatek zdravotních sester je největším současným problémem českého zdravotnictví, shodli se na sobotním jednání v Lánech ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (ANO) s prezidentem Milošem Zemanem a jeho expertním týmem na zdravotnictví.

Vojtěch nastínil prezidentovi, jak chce vláda letos situaci zlepšovat. Na jednání probírali i postavení praktických lékařů, elektronizaci zdravotnictví nebo dostupnost léků. Novinářům to po skončení schůzky řekl ministr Vojtěch.

„V tomto roce chceme podpořit personál, který je nejvíce problematický a nedostatekový, a to jsou zejména zdravotní sestry ve směnném provozu a nižší zdravotnický personál,“ řekl ministr. Letos je podle něj připraveno navýšení poplatku za tzv. směnnost o 5 000 korun a pro sanitáře o 2 000 korun.

Dostupnost léků

Ministr také prý na schůzce přednesl plánovanou reformu, jež má posílit pozici praktických lékařů. „Měl by se starat o pacienty, měl by mít určitou ordinační dobu a případně sloužit pohotovosti v rámci nemocnic tak, aby možná trochu odlehčil přetíženým urgentním příjmům v nemocnicích,“ řekl Vojtěch.

Dalším tématem byla elektronizace zdravotnictví. „Byl prakticky jednotný názor, že je naprosto nezbytná. Byl oceněn projekt elektronického receptu,“ řekl ministr. Účastníky jednání prý seznámil s dalšími kroky a plány v této oblasti.

Pokud jde o dostupnost léků, například těch na vzácná onemocnění, měla by změna podle ministra zlepšit jejich dostupnost. Prezidenta a jeho tým seznámil i s tím, v jaké situaci je aktuálně systém veřejného zdravotního pojištění.

Zdroj: novinky.cz, 12. 1. 2019

Autodidaktický test 3/2019

Poruchy hemostázy

1. Jakou funkci zaujímá protein S v hemokoagulačním procesu?

- a) protein S přímým působením aktivuje fibrinogen na fibrin
- b) protein S se účastní inhibice koagulace jako kofaktor aktivovaného proteinu C, který degraduje aktivované faktory V a VIII
- c) protein S aktivuje f. XIII, který stabilizuje fibrinové koagulum
- d) protein S je jednou z protilátek proti fosfolipidům buněčných membrán, která prodlužuje koagulační čas

2. Leidenská mutace je bodová mutace v genu pro faktor V. V důsledku této mutace se pak aktivovaný faktor V stává:

- a) rezistentním vůči proteolytickému účinku aktivovaného proteinu C, což vede k hyperkoagulačnímu stavu
- b) více fragilním, což vede v rizikových situacích (imobilita, operace, dehydratace) k řetězové reakci spojující fragmenty faktoru V do intravaskulárního koagula
- c) dysfunkčním tím, že zejména v rizikových situacích se váže na plazminogen, blokuje jeho aktivaci na plazmin, a tím zpomaluje fibrinolýzu
- d) rezistentním vůči proteolytickému účinku aktivovaného plazminogenu, což vede k hyperkoagulačnímu stavu

3. Antifosfolipidový syndrom je autoimunitní choroba se souborem symptomů klinických a laboratorních. Z klinických symptomů se jedná o trombózu nebo opakované spontánní aborty, z laboratorních symptomů pak prokazujeme protilátky proti kardiolipinu a lupus antikoagulans. Kardiolipin a lupusový antikoagulans jsou záporně nabitě fosfolipidy. V případě tvorby autoprotilátek dojde k vazbě na tyto fosfolipidy, vlivem čehož klesá antitrombotický efekt. Na které z níže uvedených lokalizací fosfolipidů jsou uvedené autoprotilátky namířeny?

- a) fosfolipidy buněčné membrány trombocytů
- b) fosfolipidy protrombinového aktivačního systému
- c) fosfolipidy fibrinogenu
- d) fosfolipidy karyolemy

4. V případě výskytu trombózy na podkladě trombofilního stavu v pokrevním příbuzenstvu dítěte I. stupně by mělo být zpravidla po 12. roce věku provedeno základní hemokoagulační vyšetření a molekulárněgenetické vyšetření na mutace v genu pro:

- a) 5,10-methylenetetrahydrofolát reduktázu (MTHFR)
- b) faktor II
- c) faktor V – Leiden
- d) faktor VIII

5. Von Willebrandova choroba je autozomálně dominantně dědičná choroba a je jednou z nejčastějších onemocnění krevní srážlivosti s incidencí 1 : 1 000. Příčinou je nedostatek nebo dysfunkce von Willebrandova faktoru. Choroba může být i získaná (změna struktury multimerů vWF v proudící krvi přes stenotickou aortální chlopuň). Von Willebrandův faktor plní důležitou roli v průběhu primární hemostázy (adheze a agregace trombocytů mezi sebou a ke kolagenu) i sekundární hemostázy (váže se na f. VIII, a tím brání jeho inaktivaci). Von Willebrandův faktor je:

- a) plazmatickým hemokoagulačním faktorem
- b) syntetizován hepatocyty
- c) syntetizován buňkami endotelu
- d) syntetizován megakaryocyty

6. Koagulační faktor I – fibrinogen se běžně vyskytuje rozpuštěný v krevní plazmě. Je nezbytný při hemostáze. Vysoké hladiny fibrinogenu spolu s imunoglobuliny, ale i dalšími plazmatickými proteiny jsou příčinou vysoké sedimentace erytrocytů. Nízké hodnoty fibrinogenu mohou být způsobeny:

- a) konzumpcí při diseminované intravaskulární koagulaci
- b) fibrinolytickou léčbou
- c) aktivací makrofágů
- d) kongenitální autozomálně recesivní a/ hypofibrinogenémií

VÝZNAMNÉ SNÍŽENÍ ALERGICKÉ REAKCE AŽ U 98 % KOJENCŮ S ABKM¹ – KLINICKY PROKÁZANÉ



Unikátní složení
syrovátka a kasein
80:20 podle vzoru
mateřského mléka

Stopové množství
laktózy

- Extenzivně hydrolyzovaná bílkovina
- Nejnižší obsah volných aminokyselin (3 %)
- Stopové množství laktózy (0,05 g/100 ml)
- DHA a ARA v poměru 1:1
- Nukleotidy

HM-0



Skok do budoucnosti

První a jediná* kojenecká výživa s oligosacharidy 2'FL



Důležité upozornění:

Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje, aby těhotné ženy a matky byly informovány o výhodách a nadřazenosti kojení – zejména o skutečnosti, že mateřské mléko poskytuje dětem tu nejlepší výživu a ochranu před nemocemi. Matkám by měly být podrobně vysvětleny techniky kojení a způsoby udržení kojení se zvláštním důrazem na význam správně vyvážené stravy, a to jak v průběhu těhotenství, tak po porodu. Mělo by se zabránit zbytečným zaváděním částečného krmení z lahve nebo podávání jiných nápojů a potravin, protože by to mohlo mít negativní vliv na kojení. Matky by měly být upozorněny na obtížnost návratu ke kojení, pokud se rozhodují nekojit. Matkám by také měly být vysvětleny zdravotní, sociální a ekonomické důsledky takového kroku. Matkám by mělo být zdůrazněno, že mateřské mléko je pro dítě tou nejlepší výživou. Pokud se přesto rozhodnutí používat kojeneckou výživu, tak je nezbytné matky poučit o správné přípravě a zdůraznit, že použití nepřevařené vody, nemyté lahve nebo nesprávného ředění může vést k onemocnění dítěte.

*Viz Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka přijatý WHO v rezoluci 34.22 v květnu 1981.

* České republice.

www.nestlebaby.cz



Informace určené pouze pro pracovníky ve zdravotnictví.