

Psychiatrie pro praxi

2021

3E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 22 | 2021

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

**Disociativní zkušenosti a jejich psychometrické měření:
„Škála disociativních zkušeností“ a „Stavová škála disociace“**

Nové pohledy na léčbu demence

Technologie a děti: současná doporučení pro pediatrii

SDĚLENÍ Z PRAXE

**Průzkum na téma: Děti ohrožené pornografií
a on-line sexuálními agresory**

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován
v Bibliographia Medica
Čechoslovaca a v EMcare.



SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,
opět jsme pro vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu
Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí vám další články.

Pěkné čtení vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

V dalších číslech...



... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** MUDr. Tereza Petrásková Toušková, Ph.D.,
doc. RNDr. Petr Bob, CSc.

Disociativní zkušenosti a jejich psychometrické měření: „Škála disociativních zkušeností“ a „Stavová škála disociace“

- 15** Mgr. Radoslava Bajtošová, doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,
doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.

Nové pohledy na léčbu demence

- 26** Mgr. Michaela Slussareff, Ph.D., Mgr. Kateřina Lukavská, Ph.D.
- ### **Technologie a děti: současná doporučení pro pediatri**

SDĚLENÍ Z PRAXE

- 34** MUDr. Petra Sejbalová, MUDr. Jana Martinová
- ### **Průzkum na téma: Děti ohrožené pornografií a on-line sexuálními agresory**



Disociativní zkušenosti a jejich psychometrické měření:

„Škála disociativních zkušeností“ a „Stavová škála disociace“

MUDr. Tereza Petrásková Toušková, Ph.D.¹, doc. RNDr. Petr Bob, CSc.¹

¹Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu, Psychiatrická klinika a UHSL,
1. lékařská fakulta

Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova, Praha

Teorii disociace představil Pierre Janet jako poruchu asociačního systému v důsledku konfliktního traumatického nebo výrazně stresujícího prožitku s následnými projevy psychopatologických symptomů. Disociativní symptomy představují kontinuum vyskytující se i u zdravé populace a výraznějších projevů nabývají u závažných duševních poruch, jako jsou například disociativní poruchy. K posouzení nebo diagnostice disociativních symptomů byla publikována řada dotazníků a v našich podmínkách je již delší dobu používána škála disociativních zkušeností (DES) a somatoformní disociace (SDQ-20), které umožňují sledovat výskyt disociativních symptomů v delším časovém období. Dosud však u nás chybí psychometrický nástroj pro hodnocení momentálního stavu disociace jako reaktivní odpovědi na aktuální stresující situaci. Zde předkládáme pro použití čtenářům již validizovanou českou verzi dotazníku „Škála disociativních zkušeností“ (DES) a pro

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Tereza Petrásková Toušková, Ph.D., ttouskova@aol.com
Centrum pro neuropsychiatrický výzkum traumatického stresu, Psychiatrická klinika 1. LF UK
Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e3): e3–e14
Článek přijat redakcí: 16. 6. 2021
Článek přijat k publikaci: 18. 8. 2021



inspiraci a předběžné použití také nově přeložený dotazník „Stavové škály disociace“ SSD (State Scale of Dissociation), která se zaměřuje na hodnocení disociace jako aktuálního stavu.

Klíčová slova: disociace, psychometrie, škála, česká verze.

Dissociative experiences and their psychometric measurements: “Dissociative Experiences Scale” and “State Scale of Dissociation”

The theory of dissociation was introduced by Pierre Janet as a disturbance of the system of associations due to the conflicting traumatic or stressful experiences with subsequent manifestations of psychopathological symptoms. Dissociative symptoms represent continuum of symptoms in healthy population and manifesting also with severe symptoms in several mental disorders such as Dissociative Disorders. Several questionnaires have been published to assess or diagnose dissociative symptoms, for example Dissociative Experience Scale (DES) and Somatic Dissociation Questionnaire (SDQ-20) which enable to assess dissociative symptoms over a longer period of time, have been currently commonly used under our circumstances. So far, no psychometric tool has been available for evaluating the momentary state of dissociation as a reactive response to an actual stressful event. In this article, we present the Czech validated version of “Dissociative Experiences Scale” and for inspiration and preliminary use also non-validated Czech version of “State Scale of Dissociation” (SSD), which focuses on the evaluation of dissociation as a momentary state.

Key words: dissociation, actual state, assessment scale, Czech version.

Úvod

Disociativní stavy se staly centrem zájmu již v 19. století, kdy se neurolog Jean-Martin Charcot a jeho spolupracovník Pierre Janet začali v pařížské nemocnici La Salpêtrière zabývat studiem hysterie. Charcot nejprve popsal hysterii jako neurologické onemocnění. Janet a později také Breuer a Freud pak zdůrazňovali také psychologické trauma jako etiologický faktor při vzniku hysterie, který vede k narušení stavu kvality bdělého vědomí, podobně jako tomu je ve stavu hypnózy (1, 2).

Za zakladatele teorie disociace je považován především Pierre Janet, který své klinické poznatky o disociaci zveřejnil v knize nazvané „Psychologické

automatismy“, která byla publikována v roce 1889 (3). Janet popsal proces disociace jako narušení přirozené kontinuity asociačního systému, která může vést ke vzniku sekundárního vědomí, jenž nazval podvědomou utkvělou představou („fixní ideou“ – *idée fixe*), která ve svém dalším působení může vést k projevu psychopatologických symptomů (4, 5). Později Breuer a Freud (1893) ve svém pojednání o hysterii navázali na Janetovu teorii disociace a popsali disociaci jako změněný stav vědomí („hypnoidní stav“ – stav mysli podobný hypnóze), kdy se vzpomínky na traumatickou nebo stresující událost dostanou pod práh vědomí (na jeho „subliminální“ úroveň) a nedochází k jejich asociačnímu propojení s dominantním



stavem vědomí (6). Freud později popsal „disociaci“ jako důsledek vnitřního konfliktu protichůdně působících duševních sil a zdůraznil význam obranného mechanismu disociace (7).

Podle současných poznatků představují disociativní symptomy kontinuum vyskytující se na jedné straně u zdravé populace, na druhé straně se mohou vyskytovat u závažných duševních poruch, jako jsou například disociativní amnézie, depersonalizace, derealizace, disociativní fuga, disociativní porucha identity a další (8–10). Stávající poznatky také ukazují, že vlivy traumatického stresu jsou hlavními etiologickými faktory disociativních poruch (11, 12).

Disociace jako reakce na traumatickou událost nebo stres umožňuje obranu vědomého já a způsobuje změnu stavu vědomí, jenž chrání vědomí před bolestivým prožitkem a může v důsledku toho vést k celé řadě psychopatologických a somatických symptomů (13, 14). Disociativní symptomy mohou být rozděleny na dva subtypy: a) pozitivní disociativní symptomy, které se objevují jako spontánní nežádoucí intruze do vědomí a chování doprovázené zkreslením kontinuity subjektivního prožitku (např. fragmentace identity nebo depersonalizační/derealizační porucha); b) negativní disociativní symptomy, které představují nemožnost přístupu k informacím nebo ke kontrole duševních funkcí (např. amnézie, afonie, paralýza) (8, 13, 15).

DSM-V definuje disociaci jako „narušení a diskontinuitu v normální integraci vědomí, paměti, identity, emocí, percepce, vnímání těla, motorické kontroly a chování“ (16). Mezi disociativní poruchy patří například disociativní amnézie, disociativní porucha identity, depersonalizační/derealizační porucha. V DSM-5 není disociativní fuga samostatnou diagnózou, ale je řazena jako podtyp disociativní amnézie. Kromě toho se

disociativní zkušenosti mohou vyskytovat jako komorbidní symptomy u celé řady duševních onemocnění, jako je například hraniční porucha osobnosti nebo disociativní podtyp posttraumatické stresové poruchy (16). Disociativní příznaky hrají též významnou roli v patologii dalších psychiatrických onemocnění, jako jsou konverzní a somatoformní poruchy, závislosti, schizofrenie, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy nebo afektivní poruchy (17). U pacientů s disociativními poruchami je vyšší riziko sebevražedného nebo sebedestructivního jednání a diagnostika těchto pacientů je nezřídka obtížná a nedostatečná (8, 18).

K hodnocení a screeningu disociativních příznaků a disociativních poruch byly publikovány validizované a standardizované dotazníky, které měří disociaci jako znak (trait marker) nebo jako stav (state marker). V českém jazyce je například k dispozici validizovaná a standardizovaná verze dotazníku DES (Dissociative Experiences Scale) (19, 20), stejně jako jeho verze pro dětskou populaci (Dotazník A-DES) (21). Oba slouží jako screeningové sebesuzovací dotazníky určené pro měření frekvence a závažnosti disociace jako znaku u duševních nemocí. Zde předkládáme českou verzi dotazníku SSD (State Scale of Dissociation), která se naopak zaměřuje na hodnocení disociativních prožitků v aktuálním čase – jako „state marker“.

Disociativní procesy a jejich měření

V současné době existuje řada dotazníků sloužících k měření disociativních procesů. DES (Dissociative Experience Scale) byl vytvořen Bernsteinovou a Putnamem (česká validizovaná verze dotazníku viz Appendix) a jako první škála k hodnocení disociace se stala velmi rozšířenou a používanou v mnoha studiích, a byla přeložena do více než 40 jazyků (9). DES byl sestaven ke screeningu disociativních poruch a ukázal se



vhodný k měření míry disociace pro klinické a výzkumné účely. Obsahuje 28 položek, které hodnotí disociativní symptomy od nepatologických, jako například výpadky paměti v případě některých prožitků, např. zkušenost, že se jedinec nachází někde a neví, jak se tam dostal; nebo nemožnost vzpomenout si na koupi nové věci; až po příznaky přítomné u závažnějších disociativních poruch, jako je depersonalizace/derealizace, amnézie nebo změny identity. Jedinci zaznamenávají, jak často se jim daná zkušenost děje na úsečce dlouhé 100 mm. Je k dispozici i revidovaná verze DES-II, která používá 11-bodovou Likertovou škálu v rozmezí 0, 10, 20..., 100 (22). Při hodnocení se počítá průměr (DES skór) a byl validizován jako screeningová škála pro sledování disociativních symptomů (23–25). DES existuje v českém překladu a byl validizován a standardizován na českou populaci, stejně jako A-DES varianta pro dospívající (19–21).

Dotazníkem, který měří disociativní příznaky v jejich somatických projevech, je dotazník somatoformní disociace „Somatoform Dissociation Questionnaire“ (SDQ-20) (26). Dotazník SDQ-20 kvantitativně hodnotí somatoformní disociativní symptomy na škále 1 až 5 a zabývá se především symptomy a prožitky, jako jsou paralýza, anestezie, bolestivé symptomy, poruchy motorické kontroly nebo některé gastrointestinální příznaky. Dotazník též koreluje s dalšími způsoby měření disociace (26, 27). Dalšími užívanými škálami jsou například DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) (28) nebo novější sebesposuzující dotazník MID (Multidimensional Inventory of Dissociation) (29).

Výše popsané nástroje k měření disociace hodnotí disociaci jako trvalý „rys“ (trait marker). Disociativní příznaky se však mohou projevovat také jako přechodné jevy, stavy, měnící se v čase pod vlivem stresujících (či v extrémním případě traumatických) událostí nebo vzpomínek na ně. K hodnocení

příznaků aktuálního stavu (state marker) u disociace je k dispozici například dotazník the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS) (30), který má 27 položek, dále pak Dissociation-Tension-Scale (DSS-4), který obsahuje 22 položek a je rovněž sebesposuzovací, a v některých studiích byl využit přímo v průběhu experimentu (například při použití zobrazovacích metod) (31). Dalším dotazníkem hodnotícím disociaci jako aktuální stav je Stavová škála disociace (State Scale of Dissociation) (32), který zde chceme čtenářům představit v jeho české verzi.

Stavová škála disociace „State Scale of Dissociation“ (SSD) byla vytvořena autory Krüger a Mace (32) a její český nevalidizovaný překlad předkládáme čtenářům k volnému předběžnému praktickému použití v příloze tohoto článku (viz Appendix). Škála zachycuje změny a míru intenzity disociativních příznaků v čase a umožňuje studovat souběžně probíhající psychofyziologické stavy, například některé fyziologické, imunitní či endokrinní změny doprovázející disociativními symptomy (a mohou s nimi korelovat v klinických či experimentálních studiích).

Pacient hodnotí výroky o prožitcích, které jsou přítomny, na modifikované vizuální analogové škále, která navazuje na způsob zaznamenání subjektivní zkušenosti ve škále disociativních zkušeností DES (33), jež umožňuje vyjádření a hodnocení závažnosti disociativních příznaků. Dotazník má 56 položek rozdělených do sedmi subškál: derealizace (položka 1–8), depersonalizace (položka 9–16), konfuze identity (položka 17–24), alterace identity (položka 25–32), konverze (položka 33–40), amnézie (položka 41–46) a hypermnézie (položka 47–56).

Skóry SSD jsou hodnoceny podle zaškrtnutých čtverečků od 0 (první čtvereček) do 9 (desátý čtvereček). Celkový skór se vypočítá jako průměr všech položek a skóre subškál jako průměr položek daných subškál.



„Cut off“ skór byl stanoven při hodnotě 3,9. Stavová škála disociace byla autory tohoto dotazníku (Kruger & Mace) hodnocena a porovnávána s ostatními psychiatrickými škálami (DES, BDI, BAI, SCI-PANSS) na 130 účastnících studie s diagnózami depresivní epizoda, schizofrenie, alkoholový odvykací stav, disociativní poruchy a kontrolní skupině (67 pacientů a 63 kontrol) (32).

K ověření schopnosti škály SSD měřit závažnost disociativních příznaků u účastníků s mírnou a těžkou formou disociace byl hodnocen 95% konfidenční interval skóru Stavové škály disociace a jejích subškál v různé klinické a neklinické populaci. Průměrný celkový skór a 95% konfidenční interval pro každou z diagnostických skupin byl následující: kontrolní skupina = 0,51 (0,35–0,67); alkoholový odvykací stav = 2,22 (1,51–2,93); schizofrenie = 2,10 (1,26–2,94); depresivní epizoda = 2,11 (1,44–2,78); disociativní porucha = 4,33 (3,23–5,43) (32).

Závěr

Dosavadní výsledky ukazují na to, že SSD je pravděpodobně užitečný sebehodnotící dotazník, který může být předběžně použit spolu s ostatními metodami měření disociace pro klinický „screening“, a poskytnout užitečnou informaci o subjektivním stavu, ne však pro stanovení diagnózy disociativní poruchy. Tento dotazník SSD může být také užitečný pro výzkum psychometrického měření disociace (i když česká validizace SSD zatím realizována nebyla a je plánována v dalších výzkumných studiích).

Citlivost SSD ke krátkodobým změnám v intenzitě disociace v době administrace umožňuje použít SSD pro opakované sériové měření psychofyzilogických doprovodných jevů u disociativních stavů. SSD také umožňuje zkoumat vztah mezi disociací a dalšími v aktuálním čase přítomnými

psychiatrickými příznaky, jako jsou například somatoformní symptomy. SSD (ač nepředstavuje diagnostický nástroj, ale jen screeningový dotazník) pravděpodobně může pomoci zpřesnit diagnostickou rozvahu při hodnocení stavu pacienta. Může být také používán v klinických studiích či hodnocení vlivu léčby včetně psychoterapie na symptomatologii pacientů, jak ukazují některé výsledky studií zaměřených na hledání vztahu mezi momentálně prožívanou disociací a psychofyzilogickými procesy (34–36). Například prožívání disociace během psychoterapeutických sezení pravděpodobně významně ovlivňuje celkový efekt terapie, a to jak v pozitivním, tak v negativním smyslu v závislosti na způsobu realizace abreaktivní zkušenosti reflektující disociované vzpomínky na prožité traumatické nebo výraznou měrou stresující události (34, 37).

Děkujeme čtenářům za pozornost při čtení tohoto článku a s důvěrou, že tyto informace mohou být užitečné, přikládáme české verze DES a SSD pro volné použití všem, které toto téma zajímá jak z klinického, tak osobního introspektivního hlediska. Zároveň rádi poskytneme prostor k účasti na dalším plánovaném výzkumu, ve kterém lze v rámci běžného diagnostického či terapeutického procesu předložit dva zde poskytnuté dotazníky k vyplnění a kontaktovat nás ohledně další spolupráce.

Appendix

DES

Tento dotazník obsahuje 28 otázek, jež se týkají zkušeností, které se mohou vyskytovat ve vašem každodenním životě. Zajímá nás, jak často (v procentech) se vám tyto události stávají ve vašem každodenním životě (aniž jste pod vlivem alkoholu nebo drog).



Vyjádřete stupeň zkušenosti v procentech (0 vůbec nikdy – 100 stále).

Příklad:

0 % | _____ / _____ 100 % (**např. 45 %**)

1. Někteří lidé mají zkušenost, že si při řízení auta náhle uvědomí, že si nemohou vzpomenout na to, co se událo v průběhu celého výletu nebo jeho části. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává vám.

0 % | _____ 100 %

2. Někteří lidé občas shledají, že si při poslechu něčí řeči náhle uvědomí, že neslyšeli část nebo vůbec nic z toho, co bylo řečeno.

0 % | _____ 100 %

3. Někteří lidé mají zkušenost v tom, že shledají sebe sama na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali.

0 % | _____ 100 %

4. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že naleznou sebe sama oblečené v oděvu a nevzpomínají si, že se oblékali.

0 % | _____ 100 %

5. Někteří lidé mají zkušenost, že naleznou nové věci mezi těmi, jež vlastní a nemohou si vzpomenout, že je kupovali.

0 % | _____ 100 %

6. Někteří lidé občas shledají, že se setkají s lidmi, které neznají a kteří je nazývají jiným jménem, a trvají na tom, že se spolu již setkali.

0 % | _____ 100 %

7. Někteří lidé mají občas zkušenost, že cítí, jakoby stáli vedle někoho, nebo hledíce na sebe sama něco dělají a vidí sebe sama, jako by hleděli na jinou osobu.

0 % | _____ 100 %

8. Někteří lidé říkají, že občas nepoznávají přátele nebo členy rodiny.

0 % | _____ 100 %

9. Někteří lidé někdy shledají, že si nevzpomínají na důležité události ve svém životě [například svatba, promoce, maturita a podobně].

0 % | _____ 100 %

10. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že jsou obviňováni ze lhaní, aniž by lhali.

0 % | _____ 100 %



11. Někteří lidé mají zkušenost, že hledí do zrcadla a nepoznávají sami sebe.
0% _____ 100 %
12. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, že jiní lidé, věci nebo svět kolem nich nejsou reálné.
0% _____ 100 %
13. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, jako by jim jejich tělo nenáleželo.
0% _____ 100 %
14. Někteří lidé mají zkušenost, že si občas vzpomenou na nějakou minulou událost tak živě, že cítí, jako by tuto událost znovu prožili.
0% _____ 100 %
15. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že si nejsou jisti, zda události, na něž si vzpomínají, se opravdu staly, nebo si je jen vysnili.
0% _____ 100 %
16. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že se octnou na známém místě, které jim připadá zvláštní a neznámé.
0% _____ 100 %
17. Některým lidem se stává, že když hledí na televizi nebo film, jsou tak pohlaceni příběhem, že si nejsou vědomi ostatních událostí kolem nich.
0% _____ 100 %
18. Některým lidem se občas stává, že jsou tak pohlaceni fantazií nebo denním snem, že pociťují, jako by se jim to opravdu stalo.
0% _____ 100 %
19. Některým lidem se stává, že jsou občas schopni ignorovat bolest.
0% _____ 100 %
20. Některým lidem se stává, že občas sedí a upřeně hledí před sebe, o ničem nepřemýšlí a nejsou si vědomi uplynulého času.
0% _____ 100 %
21. Některým lidem se občas stává, že když jsou sami, hovoří nahlas sami se sebou.
0% _____ 100 %
22. Někteří lidé shledávají, že v některé situaci jednají tak odlišně ve srovnání s jinou, že se cítí téměř tak, jako by byli dvěma různými lidmi.
0% _____ 100 %



23. Některým lidem se občas stává, že v některých situacích jsou schopni vykonávat věci, které jsou pro ně obvykle obtížné, s úžasnou lehkostí a spontaneitou [například sport, práce, sociální situace].

0 % | _____ 100 %

24. Někteří lidé si občas nemohou vzpomenout, zdali něco udělali, neboť mají jen myšlenku o tom, že tu věc udělali [například nevědí, zdali poslali dopis, nebo si jen myslí, že jej poslali].

0 % | _____ 100 %

25. Někteří lidé někdy shledají, že udělali věci, na něž si nemohou vzpomenout, že je dělali.

0 % | _____ 100 %

26. Někteří lidé občas naleznou zápisky, kresby, nebo poznámky, mezi těmi, jež jim náleží, které museli sami učinit, ale nemohou si vzpomenout kdy.

0 % | _____ 100 %

27. Některým lidem se občas stává, že slyší hlasy uvnitř své hlavy, které jim říkají, co mají dělat, nebo komentují to, co dělají.

0 % | _____ 100 %

28. Někteří lidé občas pociťují, jako když hledí na svět skrze mlhu, takže lidé a objekty se jim jeví být vzdálenými a nejasnými.

0 % | _____ 100 %

**Stavová škála disociace (State Scale of Dissociation)**

Tento otazník obsahuje výroky o vašich prožitcích, které jsou přítomny **právě teď**. Pro každý výrok prosím označte číslo, které odpovídá vašemu prožitku tak, jak je uvedeno v následujícím příkladu:

Vůbec 0 1 2 3 **4** 5 6 7 8 9 Velmi**Přečtěte si výrok v tomto sloupci****Pak odpovězte v tomto sloupci**

1. Právě teď se zdají věci okolo mě nereálné nebo jako ve snu.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
2. Věci okolo mě vypadají nyní jinak, než jaké jsou obvykle.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
3. Právě nyní se zdá, jako kdybych se díval/a na věci okolo mě skrz mlhu.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
4. Právě nyní se cítím vzdálený/á od toho, co se okolo mě děje.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
5. Právě nyní věci okolo mě vypadají menší, než ve skutečnosti jsou.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
6. Právě nyní věci okolo mě vypadají větší, než ve skutečnosti jsou.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
7. V tento moment se nacházím ve svém vlastním světě.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
8. Nyní jsem v transu.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
9. Právě nyní se mé tělo zdá nekonkrétní, neurčité, zvláštní.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
10. Právě nyní se zdá být mé tělo odděleno od mých myšlenek, mých pocitů a mého já.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
11. Zdá se, jako kdybych byl/a v pohybu života, ale mé skutečné já je velmi vzdálené od toho, co se právě děje.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
12. Zdá se, že právě nyní sleduji své tělo zvenku, z dálky.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
33. Jeden nebo více mých svalů jsou nyní neobvykle slabé nebo paralyzované.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
34. Cítím se být nepohyblivý/á jako socha, jsem si ale plně vědom/a toho, co se kolem mě děje.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
35. Pokud bych se nyní pokusil mluvit, ztratím hlas nebo budu mluvit jinak než obvykle.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
36. Nyní nemohu ovládat svou řeč.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
37. Citlivost mé kůže je nyní jiná než obvykle.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
38. Má kůže je nyní na jednom nebo více místech citlivá.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
39. Cítím, jako kdybych měl/a omdlít.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi



40. Cítím, jako kdybych měl/a nyní dostat nějaký záchvat.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
41. Mám problém porozumět novým informacím.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
42. Zapomínám, co chci říct nebo udělat.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
43. Nepamatuji si mnoho z toho, co se dnes stalo.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
44. Myslím, že jsem možná zapomněl zaškrtnout některý z předchozích výroků.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
45. Cítím se nejistý tím, jaký je nyní čas.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
46. Cítím se nejistý, jak jsem se sem dnes dostal.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
47. Zdá se mi, jako kdyby se tahle situace již v minulosti přesně takto odehrála.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
48. Mám zvláštní pocit, jako kdybych věděl/a, co se nyní dál stane.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
49. Vybavují se mi informace, o kterých jsem delší dobu nepřemýšlel/a.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
50. Na mysl mi vstupují nechtěné vzpomínky.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
51. V mysli se mi nyní vybavují vzpomínky z minulosti.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
52. Zažívám flashbacky (krátká, živá vzpomínka na situace z minulosti).	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
53. Zdá se mi, jako kdyby se některé události z minulosti odehrávaly nyní.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
54. Slyším nyní jednu ze svých vzpomínek.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
55. Právě mám pocit, že cítím něco, co jsem již cítil v minulosti.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi
56. Právě mám v puse chuť, která mi připomíná něco z minulosti.	Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Velmi



LITERATURA

1. Bacciagaluppi M. Pierre Janet and Auguste Forel: Two Historical Contributions. *Am J Psychoanal.* Dec 2017; 77(4): 417–439.
2. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. Vol 1: Basic Books New York; 1970.
3. Janet P. *L'Automatisme Psychologique* (Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1973). Paris: Félix Alcan. 1889.
4. Heim G, Buhler KE. Psychological trauma and fixed ideas in Pierre Janet's conception of dissociative disorders. *Am J Psychother.* 2006; 60(2): 111–129.
5. Van der Hart O, Horst R. The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of traumatic stress.* 1989; 2(4): 397–412.
6. Breuer J, Freud S. *Studies on hysteria.* Hachette UK; 2009.
7. Freud S. The origin and development of psychoanalysis. *The American Journal of Psychology.* 1910; 21(2): 181–218.
8. Spiegel D, Lewis-Fernandez R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M. Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013; 9: 299–326.
9. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease.* 1986.
10. Bob P. *The Brain and Conscious Unity: Freud's Omega.* Springer; 2015.
11. Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull.* May 2012; 138(3): 550–588.
12. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* Jun 2002; 25(2): 397–426, vii–viii.
13. Bob P. *Brain, mind and consciousness: advances in neuroscience research.* Springer Science & Business Media; 2011.
14. Nijenhuis E, van der Hart O, Steele K. Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior.* 2010; 52(1): 1–23.
15. Meares R. The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry.* 1999; 156(12): 1850–1855.
16. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®).* American Psychiatric Pub; 2013.
17. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, Vonderlin R, Bohus M, Kleindienst N. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry.* Jan 1 2018; 175(1): 37–46.
18. Loewenstein RJ. Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2018; 20(3): 229.
19. Ptacek R, Bob P, Paclt I, et al. Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuro endocrinology letters.* 2007; 28(2): 191–198.
20. Bob P. Disociativni procesy a jejich mereni. *Ceská a slovenská psychiatrie.* 2000; 96(6): 301–309.
21. Soukup J, Papežová H, Kuběna A, Mikolajová V. Dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty. *Psychiatrie pro praxi.* 2009; 10(6): 276–279.
22. Carlson EB, Putnam FW. An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders.* 1993.
23. Bernstein E, Putnam FW, Ross CA, et al. Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: A multicenter study. *Am J Psychiatry.* 1993; 150: 1030–1036.
24. Dubester KA, Braun BG. Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1995.
25. Zingrone NL, Alvarado CS. The Dissociative Experiences Scale-II: Descriptive statistics, factor analysis, and frequency of experiences. *Imagination, Cognition and Personality.* 2001; 21(2): 145–157.
26. Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1997; 96(5): 311–318.
27. Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, Van Der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1996.
28. Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D, Anderson G, Barchet P. The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation.* 1989; 2(3): 169–189.
29. Dell PF. The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation.* 2006; 7(2): 77–106.
30. Bremner JD, Krystal JH, Putnam FW, et al. Measurement of dissociative states with the clinician-administered dissociative states scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies.* 1998; 11(1): 125–136.
31. Stiglmayr C, Schmahl C, Bremner JD, Bohus M, Ebner-Priemer U. Development and psychometric characteristics of the DSS-4 as a short instrument to assess dissociative experience during neuropsychological experiments. *Psychopathology.* 2009; 42(6): 370–374.
32. Krüger C, Mace CJ. Psychometric validation of the State Scale of Dissociation (SSD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 2002; 75(1): 33–51.



33. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis. Dec 1986; 174(12): 727–735.

34. Kleindienst N, Priebe K, Görg N, et al. State dissociation moderates response to dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder in women with and without borderline personality disorder. European journal of psychotraumatology. 2016; 7(1): 30375.

35. Krause-Utz A, Oei NY, Niedtfeld I, et al. Influence of emotional distraction on working

memory performance in borderline personality disorder. Psychological Medicine. 2012; 42(10): 2181–2192.

36. Ebner-Priemer UW, Mauchnik J, Kleindienst N, et al. Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. Journal of psychiatry & neuroscience: JPN. 2009; 34(3): 214.

37. Bob P. Hypnotic abreaction releases chaotic patterns of electrodermal activity during dissociation. Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. 2007; 55(4): 435–456.



Nové pohledy na léčbu demence

Mgr. Radoslava Bajtošová¹, doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.^{2,3}, doc. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.¹

¹Neurologická klinika, 3. LF UK a FTN, Praha

²Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, FHS UK, Praha

³Gerontologické centrum, Praha

Léčba demencí klade důraz na komplexní péči a je založena na čtyřech vzájemně provázaných pilířích: psychosociální intervence (nefarmakologické přístupy a podpora pečovatelů), kognitiva (symptomatická farmakoterapie a ovlivnění průběhu nemoci), neuropsychiatrie (léčba behaviorálních a psychologických projevů demence) a paliativní péče (časná paliativní intervence; komplexní paliativní přístup v pokročilém stadiu demence). V článku jsou detailně popisovány jednotlivé terapeutické modalitty a je kladen důraz na interdisciplinární přístup a těsnou spolupráci s rodinnými příslušníky, a to již od okamžiku stanovení diagnózy.

Klíčová slova: demence, Alzheimerova nemoc, kognitiva, psychosociální intervence, poruchy chování u demencí.

New insights on the treatment of dementia

Therapeutic aspects in dementia are focused on complex approaches and are based on four interlinked columns: psychosocial interventions (nonpharmacological interventions and caregiver support), pharmacotherapy (mainly acetylcholinesterase inhibitors and memantine), neuropsychiatry (management of behavioral and psychologic symptoms of dementia) and palliative care (early palliative interventions; complex palliative approach in advanced stages of dementia). Different therapeutic modalities are described in detail and particular impact is attributed to interdisciplinarity and close cooperation with relatives, since the diagnosis is established.



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORKY:

Mgr. Radoslava Bajtošová, radoslava.bajtosova@ftn.cz

Neurologická klinika, 3. LF UK a FTN, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4

Převzato z: Neurol. praxi 2021; 22(3): 194–200

Článek přijat redakcí: 21. 1. 2021

Článek přijat k publikaci: 7. 3. 2021



Key words: dementia, Alzheimer's disease, acetylcholinesterase inhibitors and memantine, psychosocial interventions, behavioral manifestations in dementia.

Úvod

Demence mají většinou chronicky progresivní průběh a vedle kognitivního deficitu způsobujícího poruchy soběstačnosti jsou často provázeny neuropsychiatrickými projevy a velkou zátěží pro pečovatele. Nejčastější neurodegenerativní demencí je Alzheimerova nemoc (AN), u níž je také k dispozici nejvíce údajů a zkušeností se symptomatickou farmakoterapií, která dokáže oddálit nejzávažnější stadia onemocnění, prodloužit období soběstačnosti, zlepšit kvalitu života nemocných a snížit zátěž pečujících (Alzheimers, 2018).

Léčba demencí v roce 2021 klade důraz na komplexní péči o tyto pacienty („*jen kognitiva nestačí*“) a je založena na čtyřech vzájemně provázaných pilířích: **psychosociální intervence** (nefarmakologické přístupy a podpora pečovatelů); **kognitiva** (symptomatická farmakoterapie a ovlivnění průběhu nemoci); **neuropsychiatrie** (léčba behaviorálních a psychologických projevů demence – BPSD); **paliativní péče** (časná paliativní intervence; komplexní paliativní přístup v pokročilém stadiu demence).

První pilíř: psychosociální intervence

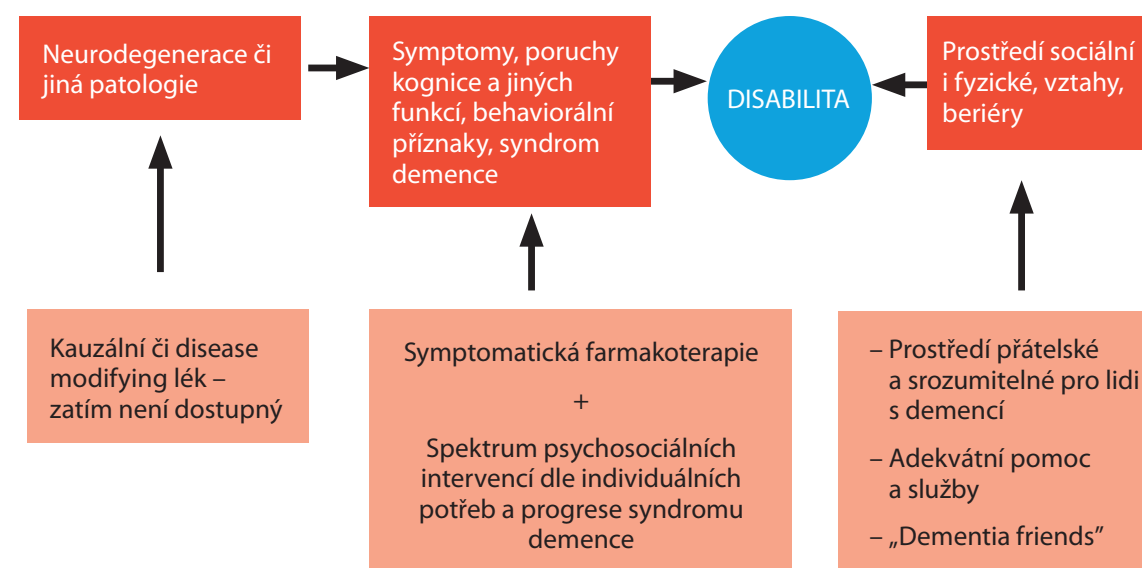
Vedle farmakoterapie má zásadní přínos v péči o pacienty s neurodegenerativními onemocněními i rehabilitace, péče o celkový stav, podpůrná léčba a komunikační přístupy, reminiscenční terapie, arteterapie a řada dalších technik – tyto psychosociální intervence (dříve označované jako

„nefarmakologická léčba“) reagují na komplexnost problematiky demence (McDermott et al., 2019).

Demencí rozumíme syndrom, který vzniká v důsledku patologických změn mozku, nejčastěji neurodegenerativního charakteru. Je charakterizován poruchami kognitivních funkcí, neuropsychiatrickými příznaky a dalšími funkčními změnami s postupnou ztrátou soběstačnosti. Výslednicí těchto změn, ale také prostředí, které daného člověka obklopuje, je pak disabilita, kterou demence představuje (obr. 1).

Z výše uvedeného vyplývá i určitý mírný optimismus v přístupu k problematice demence. Přestože dosud nemáme kauzální lék, existuje mnoho

Obr. 1. Demence jako disabilita a její příčiny





metod a přístupů, kterými můžeme zlepšit kvalitu života člověka s demencí i jeho rodinných příslušníků – **na pečovatele je nutné nahlížet jako na „neviditelného druhého pacienta s demencí“** (Brodaty et Donkin, 2009).

Psychosociální intervence respektují individualitu daného člověka, prostředí, ve kterém člověk žije, obvyklý způsob péče, sociální zázemí a podobně. Potřeby pacientů do značné míry souvisejí s progresí syndromu demence. Z potřeb pacientů v jednotlivých fázích demence a možností jejich uspokojení ve stávajícím systému služeb vychází strategie P-PA-IA České alzheimerovské společnosti (podpora, program aktivit, individualizovaná asistence), která poukazuje nejen na skutečnost, že každý člověk je jiný a má své osobní preference a potřeby, ale že se tyto potřeby zpravidla mění v průběhu progresu syndromu demence, jak uvádíme dále (Holmerová et al., 2013).

Post-diagnostická podpora

Pacienti s mírnou demencí (mild dementia) potřebují zejména pomoc, podporu, právní a psychologické poradenství, aby se mohli se svým onemocněním a jeho počínajícími příznaky a nepříznivou situací vyrovnat. V tomto stadiu mohou pacienti žít ještě samostatně či relativně samostatně, a mohou ještě zcela autonomně rozhodovat o svém životě i budoucích opatřeních, která budou pravděpodobně potřebná.

Většinu těchto opatření můžeme shrnout pod výše uvedený pojem post-diagnostická podpora. Jde o multidisciplinární proces, který by měl začínat již v průběhu stanovování diagnózy. Pacient by měl být postupně informován o svém stavu a jeho pravděpodobné prognóze, toto sdělování diagnózy nesmí být pouhým sdělením, ale jde o proces, do kterého

by se dle rozhodnutí pacienta měli zapojit také jeho blízcí lidé, ke kterým má důvěru.

Klíčovou roli v celém procesu má samozřejmě lékař, ale je zapotřebí, aby se na něm podíleli i další pracovníci týmu. Diagnózu zpravidla stanovuje specialista neurolog, psychiatr, geriatr, ale významnou roli má také praktický lékař, který bude provázet pacienta po celou dobu progresu onemocnění, řešit případné komorbidity a komplikace. Dále je významný zejména psycholog, který pomůže řešit složité situace, se kterými si pacient neví rady, pomůže mu se se situací lépe vyrovnat. Sestra či ergoterapeut mohou pomoci v mnoha praktických záležitostech péče a samostatného života a sociální pracovník by měl již v této prvotní fázi kontaktu informovat pacienta a jeho blízké o možnostech sociálních podpory a dávek (příspěvek na péči, na mobilitu atd.), které mohou v budoucnu velmi významně v péči pomoci.

Byť výše uvedená doporučení zní jako banální samozřejmost, v praxi se často setkáváme s tím, že pacientům ani jejich rodinám nebyly tyto zásadní informace poskytnuty a mnohdy se dokonce setkáváme s pacienty již závislými na péči blízkých, kteří nevěděli ani o možnosti příspěvku na péči.

Strukturované a smysluplné denní činnosti

Ve fázi středně těžké demence (moderate dementia) již pacienti potřebují výraznější podporu a pomoc, zpravidla již nejsou schopni žít samostatně. Rodiny zpravidla zvažují buď intenzivnější podporu (velmi vhodnou formou péče je například pobyt ve specializovaném denním stacionáři) či změnu místa, kde bude zajištěna potřebná péče, ať jde například přiblížení či spojení bydliště pečujících a člověka s demencí nebo o přemístění do zařízení (domov se zvláštním režimem), ve kterém bude péče nadále zajištěna.



V této fázi demence je vhodné, aby se pacient zapojoval do smysluplných denních činností, které adekvátním způsobem strukturují jeho dny a napomáhají tak i zachování co nejnormálnějšího diurnálního rytmu, a to zejména s ohledem na rodinné pečující. Klademe důraz na smysluplnost a „normálnost“ těchto činností, nikoli na aktivizaci za každou cenu vykonáváním činností, které nejsou danému člověku blízké a nebaví ho, což může mít spíše negativní efekt.

Je-li to možné, je vhodné respektovat navykklý diurnální rytmus, a to jak doma, tak ve stacionári či ústavním zařízení. Denní aktivity by měly vycházet z dosavadních každodenních zvyklostí. Proto je vhodné dotázat se (například při přijetí do zdravotnického či sociálního zařízení) jeho blízkých, a to nejlépe strukturovanou formou, jednoduchým dotazníkem na to, jaké činnosti a jakým způsobem je daný člověk zvyklý obvykle vykonávat (life-style approach) (Volicer, 2005).

Pokud se některé základní zvyklosti daného pacienta budou v péči i dále respektovat, je velmi pravděpodobné, že nastane relativně méně problémových situací (včetně neklidu, problémového či dokonce agresivního chování), než by tomu bylo bez jejich respektování.

Důležitými mezníky v denním režimu jsou doby jídla, které by vždy mělo být pro pacienta s demencí příjemným zážitkem a chápáno nikoli jako uspěchaný ošetrovatelský výkon. Jídlo by mělo být přizpůsobeno tak, aby i pacient s demencí byl schopen se samostatně najíst, a to i v situaci, kdy již nebude schopen používat příbor (například přípravou tzv. finger food) (Hradcová, 2012).

Dále jsou důležité denní činnosti, které jsou přirozené a na které je pacient zvyklý. Důležité je také trpělivé vedení k tomu, aby se co nejvíce

zachovala soběstačnost pacienta, aby si určité věci připravil sám, oblékl se, zachovával hygienu, pomohl s drobnými domácími úkony.

Neměli bychom tedy zkracovat dobu potřebnou na výše uvedené základní aktivity. Neměli bychom spěchat na jednotlivé běžné, normální a smysluplné činnosti, aby se pacient mohl zapojit do „aktivizace“. Všichni si pravděpodobně přejeme žít svůj život normálním způsobem, málokdo z nás si přeje být příliš „aktivizován“ – a tak je tomu i u lidí s demencí.

Nicméně některé aktivity, pokud jsou citlivě a odborně začleněny do denního programu, mohou mít příznivý efekt. Ale i zde je naprosto nutné pamatovat na individuální preference a volbu daného člověka.

Smysluplné aktivity však nepochybně mají význam pro kvalitu života lidí s demencí a některé z nich mohou zlepšovat i kognitivní funkce. Mírné zlepšení kognitivních funkcí bylo prokázáno například u kognitivní stimulace, kdy se jedná zpravidla o strukturovanou intervenci implementovanou ve skupině pacientů, která zahrnuje jak socializační prvky, tak i různorodé například pohybové a tvůrčí činnosti a zaměstnání (Livingston et al., 2018, Livingston et al., 2020).

Individualizovaná asistence

Třetí stadium demence můžeme charakterizovat pokročilostí klinických symptomů a deteriorací kognitivních funkcí. Lidé v této fázi demence přestávají profitovat z výše uvedených aktivit, mnoho z nich je unavuje, snaha o participaci zvyšuje jejich úzkost, přináší neklid, potřebují více času spíše na odpočinek. Proto je zapotřebí v této fázi spíše přizpůsobit denní rytmus jejich možnostem. Význam má také paliativní přístup, který s progresí demence nabývá stále na větším významu (Holmerová et al., 2013).



Pečovatelská podpůrná terapie

Speciální péče by se měla věnovat rodinám pacienta s demencí, kteří mnohdy zapomínají na svůj psychický stav. Míra stresu u pečovatelské je značná, mohou pociťovat selhání ve své roli. Pod mírou této frustrace a obtížné komunikace s pacienty s demencí může narůstat agrese a jiné neuropsychiatrické projevy ze strany pacienta. Přítomnost těchto projevů u pacienta (poruchy nálady a emotivity, poruchy chování), má dopad na prožívání pečovatelské a mohou se tak v péči o své blízké cítit bezmocní. V této fázi nabízíme pečovatelským terapeutickou podporu od psychologa.

Klíčovou roli zde má porozumění syndromu demence. Pokud pečující porozumí, že změny chování i různé neobvyklé a neočekávané reakce jsou důsledkem onemocnění, a že se nejedná o „schválnosti“, jak je často popisují, je pro ně snazší adekvátně reagovat. Dále je potřebné zdůraznění důležitosti jejich role, a to i v situacích, kdy oni sami mají pocit, že péči ne zcela dobře zvládají. Možnost dalších konzultací, a to například i v krizových situacích, je důležitým faktorem, který usnadňuje péči a oddaluje institucionalizaci.

Kromě pečovatelské podpory by měla psychologická pomoc zahrnovat komunikační přístupy k pacientům s demencí. Doporučení pro vhodnou komunikaci shrnuje tabulka 1.

V péči o pacienty s demencí se využívají různé psychoterapeutické metody poskytované v zařízeních pro seniory, stacionářích ale i v domácím prostředí. Následně popsání formy psychosociální intervence dopomáhají k redukci depresivního prožívání, úzkosti, snižují apatii a pomáhají k začlenění do sociální skupiny.

Tab. 1. Doporučené strategie komunikace (upraveno dle Small et Gutman, 2002)

Doporučené strategie komunikace
1. užití jednoduchých krátkých vět během rozhovoru
2. pomalejší tempo řeči
3. pouze jedna otázka nebo podání instrukce v čase
4. přistupovat v komunikaci pomaleji
5. eliminace distraktorů v prostředí
6. vyhýbání se vyrušení jinými osobami a poskytnutí dostatečného času na konverzaci
7. uzavřené otázky využívat častěji než otevřené
8. využití popisných způsobů komunikace
9. doslovné opakování
10. využití parafrázování

Arteterapie

Arteterapie je Britskou asociací uměleckých terapeutů definována jako forma psychoterapie, která využívá umělecká média jako primární prostředek komunikace. V užším pojetí vnímáme arteterapii jako terapii uměním, ta se ale neomezuje pouze na vytváření maleb a kreseb, ale i na modelování, keramiku a sochařství. Cílem arteterapie je umožnit pacientovi růst v osobní rovině (posílení vědomí vlastní hodnoty) pomocí uměleckých materiálů v bezpečném a usnadňujícím prostředí (Desmukh et al., 2018).

Obecně se arteterapie považuje za účinnou intervenci na zvládání manifestace projevů demence u pacientů, může dopomoci zpomalit kognitivní progresi (stimulování krátkodobé paměti a soustředěnosti, trénování jemné motoriky) a dopomáhá lépe zvládat náročné změny v životě pacienta a zlepšovat jejich kvalitu. Je to způsob, kde mohou pa-



cienti komunikovat své pocity a myšlenky (prostřednictvím zakreslování vzpomínek, vytváření koláží, modelování), což vede k redukci nežádoucího chování. Je vhodná pro pacienty od mírné kognitivní poruchy až po syndrom demence s přihlédnutím na stupeň postižení. Nezastupitelné místo může mít u pacientů s narušenou schopností komunikace.

Arteterapie zahrnuje tvůrčí procesy, podporuje kognitivní, motorické a emocionální dovednosti. Slouží jako nonverbální expresivní prostředek, čímž nabízí vhled „do vnitřního světa“ pacienta (Desmukh et al., 2018). Tato stimulační terapie může být místem, kde je pacient odměňován, kde interaguje a navazuje vztahy. Pečovatel v ní může najít společnou pozitivní zkušenost a sociální začlenění rodin pacientů s demencí (Camic et al., 2016). Důkazy o účinnosti arteterapie jsou limitované, proto tuto terapii radíme spíše mezi terapii péče (Desmukh et al., 2018). Některé studie poukazují na majoritní přínos arteterapie ve snížení depresivního prožívání a úzkosti (Mahedran et al., 2017).

Muzikoterapie

Muzikoterapie je terapie, ve které se aplikuje hudba nebo hudební prvky (melodie, rytmus, harmonie, zvuk) prostřednictvím terapeuta na podporu a stimulaci kognitivních, emočních a sociálních potřeb. Rozlišujeme ji na aktivní (pacienti hrají na hudebních nástrojích nebo zpívají) a pasivní (poslouchání hudby) (Chatterton et al., 2010).

Vzhledem k tomuto rozdělení je terapie vhodná pro všechny pacienty s demencí, avšak její typ by měl být v souladu se stupněm kognitivního postižení (např. u těžké demence pasivní poslouchání hudby). Důležitým aspektem úspěšné terapie je také výběr hudby ve smyslu rytmické kvality a kompozice. Je výhodné využívat hudbu, která je pro pacienty známá, jelikož tak dochází ke znovuvybavení vzpomínek.

Terapie hudbou snižuje neklid, redukuje úzkost, zlepšuje reakce na rodinu, v aktivním provedení zlepšuje koordinaci motorických funkcí a má dopad na celkové chování pacientů. Díky muzikoterapii jsou pacienti s demencí znovu začleněni do společenského světa, v terapii rozeznávají a vybavují si různé interprety a skladby z jejich mládí (Matthews, 2015). Terapie patří mezi evidence based terapie (Abraha et al., 2017).

Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je terapeutická intervence probíhající formou rozhovoru, ve kterém se zaměřujeme na vzpomínky pacientů, na jejich minulé zkušenosti a prožitky ze života. Terapie probíhá individuální nebo skupinovou formou, za účasti ostatních členů rodiny nebo bez (Abraha et al., 2017).

Vychází z faktu, že starší vzpomínky jsou trvalejší než nedávné, proto je tato forma terapie vhodná u pacientů s mírnou kognitivní poruchou až lehkou demencí. Pacienti, kteří si nevybaví krátkodobé vzpomínky, mohou u této terapie zažít pocit jistoty (Camisulli et al., 2016). V pokročilé fázi demence může tato terapie vést k uklidnění (např. při prohlížení fotografií z dětství). Reminiscenční terapii zařazujeme mezi tzv. evidence based terapie (Duan et al., 2018).

V samotné terapeutické intervenci využíváme materiály jako fotografie, knihy, staré noviny a pro pacienty známé předměty z minulosti. Kromě volně plynoucího rozhovoru můžeme využívat techniky jako např. kniha života nebo kufřík vzpomínek, obsahující různé předměty – vzpomínky, které je provázely po celý život. U tvorby si pacienti samostatně vybírají obrázky (fotografie), rekvizity, slova, které chtějí použít. Rodina nebo pečovatelé mohou pacientovi dopomáhat a u této činnosti si společně zavzpomínat.



Tyto techniky slouží jako reflexe vlastní identity a pro osoby se zhoršující se pamětí jsou nápomocné pro zachování kontinuity a integrity osobnosti. Cílem reminiscenční terapie je znovuvybavení a upevnění vzpomínek z autobiografické paměti, které pacientům pomáhají také k ukotvení v realitě (Testad et al., 2014).

Kognitivní trénink a rehabilitace

Kognitivní rehabilitace a kognitivní trénink jsou metody, jejímž cílem je zlepšování a stabilizace kognitivních funkcí. Kognitivní trénink je zaměřen na řízenou praxi sadou úkolů, které odrážejí konkrétní kognitivní funkce, jako je paměť, pozornost, zrakově prostorové funkce nebo schopnost řešení problémů. Trénink je vhodný zejména pro pacienty s mírnou kognitivní poruchou. V současnosti je však účinek kognitivního tréninku sporný, dosavadní studie poukazují na malý nebo středně pozitivní účinek s potřebou dalšího zkoumání v této oblasti (Fuchs et al., 2019).

V kognitivní rehabilitaci se zaměřujeme na identifikaci a řešení individuálních potřeb a cílů každého pacienta pomocí různých kompenzačních pomůcek.

Kromě výše zmíněných se v psychosociální intervenci u pacientů s demencí využívá také „pet terapie“ (terapie pomocí zvířat), validační terapie (důraz se klade na naslouchání, empatii, pracuje se s původním tématem pacienta), stimulační a aktivizační metody (Scales et al., 2018). Dále využíváme behaviorální terapii (zaměřena na učení dovedností pečovatелů k identifikaci příjemných činností a smysluplných aktivit pro pacienty s demencí), intervence k zachování fyzické síly a mobility (akcentace pohybu) (Logsdon et al., 2007).

Druhý pilíř: Farmakoterapie demencí – ovlivnění kognitivních manifestací a průběhu nemoci

K přímému ovlivnění projevů demence a zpomalení průběhu onemocnění se používají u AN a některých dalších neurodegenerací (např. Parkinsonova nemoc s demencí nebo nemoc s Lewyho tělísky) symptomatické léky ze skupiny kognitiv. Slibnou vyhlídkou je imunizační léčba, která zatím ale ještě není dostupná v klinické praxi. Samostatnou kapitolou jsou léky používané k ovlivnění neuropsychiatrických příznaků u demence (viz třetí pilíř).

Kognitiva

Do této skupiny léků řadíme **inhibitory acetylcholinesterázy** – IChE (donepezil, rivastigmin a galantamin) a **memantin** (nekompetitivní antagonist glutamátového N-methyl-D-aspartátového (NMDA) receptoru). Metaanalýzy potvrdily pozitivní dopad dlouhodobého podávání těchto léků u AN ve srovnání s placebem. Účinnost stoupá s dávkou, proto by měla vždy být podávána nejvyšší ještě dobře snášená dávka (Hort, 2011).

IChE jsou účinná nejen v časných fázích (působí na paměť a kognitivní výkon), ale i v rozvinutém stadiu AN (ovlivňují míru soběstačnosti a tlumí přidružené neuropsychiatrické projevy). Memantin je indikován pro střední až pokročilou fázi AN; není přesvědčivě prokázáno, zda pomáhá i v počínajícím stadiu onemocnění (Hort, 2011).

V ČR jsou kognitiva hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění u AN (rivastigmin i u demence při Parkinsonově nemoci), podle hodnoty Mini-Mental State Examination (MMSE): IChE v rozmezí 25 až 13 bodů včetně a memantin 19 až 6 bodů (u MMSE 19–18 bodů jen při intoleranci IChE), při stabilním vývoji na léčbě (pokles MMSE nejvýše o 2



body při pravidelných tříměsíčních kontrolách) (Prokopová, 2018). Léky předepisuje neurolog, psychiatr nebo geriatr (od roku 2020 může IChE předepisovat i praktický lékař).

Nemáme k dispozici spolehlivá data, která by umožňovala vzájemně mezi sebou porovnávat jednotlivé IChE (ať už se jedná o účinnost, snášenlivost nebo subtyp demence – např. „čistá“ AN versus smíšená demence, časnější versus pokročilejší stadium demence). Nelze tedy jednoznačně doporučit, kterému preparátu dát přednost u kterých pacientů, a v praxi je tedy vhodné vycházet spíše z klinické zkušenosti.

Mezi hlavní nežádoucí účinky IChE patří gastrointestinální projevy (nauzea, zvracení, průjem), svalové křeče a/nebo parestezie dolních končetin a poruchy srdečního rytmu, především bradykardie. Někteří autoři doporučují před nasazením IChE vyšetřit EKG a dbát zvýšené opatrnosti, zejména pokud pacienti užívají betablokátor. V případě trávicích potíží při užívání tabletových forem IChE lze podat rivastigmin v náplasti.

Vysazení kognitiv je vhodné zvážit, pokud nežádoucí účinky převažují nad přínosem léčby; pokud se na léčbě rychle horší kognice a soběstačnost; pokud nelze zajistit dostatečnou compliance (pacient odmítá léky užívat, pečovateli se nedaří dohlédnout na pravidelné užívání léků); nebo pokud má pacient vážné komorbidity nebo špatný celkový stav, který negativně ovlivňuje prognózu (např. terminální fáze demence, diseminovaný karcinom).

Další léky

Mírný efekt prokázal vitamin E a extrakt ginkgo biloba (EGb 761) a vitamin E, ale jejich přínos je výrazně nižší než u kognitiv. Jako naprosto neúčinné se ukázaly vasoaktivní léky, selegilin, cerebrolysin i piracetam (Mayeux et Sano, 1999). V případě přidružených motorických projevů

(např. parkinsonismus) je vhodná léčba i těchto příznaků (levodopa, apod.) v závislosti na intenzitě projevů a celkovém stavu pacienta.

Nové farmakoterapeutické možnosti a imunoterapie

V současné době stále nemáme k dispozici kauzální léčbu AN a dalších demencí, navíc od schválení memantinu Evropskou lékovou agenturou (EMA) v roce 2002 se i přes velké množství různých lékových studií neobjevil na trhu nový symptomatický lék, který by se svou účinností blížil kognitivům. Klinický výzkum se orientuje na vývoj terapie u AN s cílem ovlivnit depozita beta amyloidu a tau proteinu a u frontotemporálních lobárních degenerací cílí na tau depozita.

Ovlivnění metabolismu beta amyloidu se testuje v několika krocích: inhibice sekretáz (enzymy štěpící amyloidový prekurzorový protein); aktivní a pasivní imunizace (odstranění již existujících depozit beta amyloidu); snížení agregace beta amyloidu a podpora odstranění rozpustného beta amyloidu z plazmy. Nové terapeutické postupy zaměřené na prevenci rozvoje patologie tau proteinu a jejich důsledků zahrnují: prevenci fosforylace tau proteinu; stabilizaci mikrotubulů; prevenci tau oligomerizace a podporu tau degradace; a především imunoterapii zaměřenou na tau protein (Storey, 2019).

Nejslibnější aktuální výsledky nabízí imunoterapie u AN: především pasivní imunoterapie nespecifická (intravenózně podávané imunoglobuliny, IVIg) a specifická (monoklonální protilátky proti rozpustným formám beta amyloidu se nejvíce blíží možnému využití v klinické praxi – procesem schvalování americké FDA (Food and Drug Administration) prochází aducanumab a očekává se brzké zahájení schvalovacího řízení pro gantenerumab (Schneider, 2020; Tolar et al., 2020). Slibné vyhlídky má aktivní



imunizace (vývoj první beta amyloidové vakcíny AN1792 vypadal velmi nadějně, ale byl ukončen ve fázi IIa roku 2002 pro rozvoj závažné meningoencefalitidy u 6 % pacientů (Bayer et al., 2005); aktivní vakcíny proti beta amyloidu druhé generace s jinými hapteny a zlepšeným bezpečnostním profilem a některé vakcíny ovlivňující ukládání tau proteinu procházejí klinickým zkoušením fáze II).

Třetí pilíř: Léčba neuropsychiatrických projevů

BPSD jsou u demencí velmi časté (např. u AN se v průběhu onemocnění mohou objevit až v 80–90 %), jejich spektrum je bohaté, zahrnují úzkostné stavy, deprese, halucinace, deliria, agitovanost nebo naopak apatii, bludné produkce a řadu dalších.

Terapeutické ovlivnění využívá vedle psychosociálních intervencí i různá psychofarmaka (Uhrová et Roth, 2020). Je však třeba dodat, že metodou první volby jsou právě psychosociální intervence. Teprve po vyčerpání těchto možností a v situacích, kdy neuropsychiatrické projevy představují výrazný dyskomfort pro pacienta (eventuálně pečujícího rodinného příslušníka), zvažujeme farmakoterapii. Přistupujeme k ní však s vědomím, že se jedná o „ultimum refugium“, o postup, který je velmi problematický, protože nemáme k dispozici léky dostatečně účinné s dobře tolerovatelnými nežádoucími účinky. Nejsou jimi ani antipsychotika 2. generace, z nichž navíc většinu používáme tzv. off-label. Používáme je proto, že dosud nemají lepší alternativu.

Při jinak nezvládnutelném neklidu, agitovanosti nebo agresivitě jsou vhodná antipsychotika 2. generace (tiaprid, risperidon, olanzapin, kvetiapin). U dlouhodobého podávání antipsychotik je ovšem vyšší riziko kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních onemocnění. Volíme strategii „**start low go slow**“ tedy postupně titrujeme menší dávky do dosažení efektu. Po

týdnech (nejdéle 6 týdnů) terapii revidujeme a pokud možno tyto léky vysazujeme. Při přetrvávání závažných poruch chování nebo intoleranci antipsychotik jsou lékem volby antiepileptika (většinou valproát) nebo benzodiazepin (např. clonazepam), které ale mohou zhoršovat kognitivní funkce a vést ke zmatenosti, hypotenzi nebo poruchám chůze (Uhrová et Roth, 2020).

Při farmakoterapii depresivních projevů a iritability jsou vhodná antidepressiva, jako první volbu lze nasadit inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), při nespavosti a nočním neklidu může být přínosný trazodon nebo mirtazapin (Uhrová et Roth, 2020).

Pokud převažuje apatie a abulie, lze zkusit ovlivnit noradrenergický systém (venlafaxin v dávkách 150 mg denně a vyšších, nebo metylfenidát) (van Dyck et al., 2020).

U behaviorální varianty frontotemporální demence (bvFTD), která je provázena častým a typickým výskytem neuropsychiatrických projevů, byl prokázán úbytek především serotonergních, méně pak i noradrenergických a dopaminergních neuronů. IChE jsou neúčinné a mohou dokonce zhoršovat některé symptomy (zejména neklid a agitovanost) (Mendez et al., 2007); memantin může být přínosný (Boxer et al., 2013). V případě diferenciálně-diagnostických rozpaků mezi bvFTD a frontální variantou AN je nicméně vhodné nasazení IChE při sledování efektu a případných nežádoucích účinků (Rusina et al., 2021). Menší randomizovaná studie prokázala účinnost trazodonu (300 mg/den) na různé behaviorální projevy bvFTD (Lebert et al., 2004). Efekt mohou mít i antidepressiva ze skupiny SSRI, nejčastěji se používá sertralin, citalopram nebo escitalopram (především na hyperoralitu a kompulzivní projevy) (Vališ et al., 2020).



Čtvrtý pilíř: Paliativní terapie

Časná paliativní péče je součástí prvního pilíře léčby, psychosociálních intervencí (viz výše). Vzhledem k nezvratné a stálé progresi postižení u neurodegenerací je důležité věnovat pozornost péči o pacienty v terminální fázi demence, různým aspektům paliativní péče a zajištění důstojného konce života. Problematice **paliativní péče v pokročilém stadiu demence** se detailněji věnují dva recentní příspěvky v Neurologii pro praxi (Rusina et al., 2011; Rusina et Špeciánová, 2020).

Závěr

Léčba demencí se odlišuje od terapie jiných neurologických onemocnění ve dvou podstatných skutečnostech. Účinnost symptomatické

a podpůrné terapie (kognitiv) vede v případě pozitivní odezvy na léčbu ke zpomalení progresu nemoci, ale nelze očekávat výraznější zlepšení klinických projevů onemocnění. Důležitou součástí péče o pacienta s demencí je i léčba případných přidružených neuropsychiatrických projevů.

Demence nepostihuje pouze pacienta samotného, ale dochází ke zvýšené zátěži i pečovateli – proto nestačí jen preskripce kognitiv, ale je nutná komplexní péče o celou rodinu, a to už od okamžiku stanovení diagnózy.

Podpořeno granty:

AZV NV18-09-00587 a NV 18-01-00399.

LITERATURA

1. Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, Dell'Aquila G, Cruz-Jentoft A, Petrovic M, Gudmundsson A, Soiza R, O'Mahony D, Guaita A, Cherubini A. Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open* 2017; 7: e012759.
2. Alzheimer's Association. Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimers Dement* 2018; 14: 367–429.
3. Bayer AJ, Bullock R, Jones RW, Wilkinson D, Paterson KR, Jenkins L, Millais SB, Donoghue S. Evaluation of the safety and immunogenicity of synthetic Abeta42 (AN1792) in patients with AD. *Neurology* 2005; 64: 94–101.
4. Boxer AL, Knopman DS, Kaufer DI, Grossman M, Onyike C, Graf-Radford N, Mendez M, Kerwin D, Lerner A, Wu CK, Koestler M, Shapira J, Sullivan K, Klepac K, Lipowski K, Ullah J, Fields S, Kramer JH, Merrilees J, Neuhaus J, Mesulam MM, Miller BL. Memantine in patients with frontotemporal lobar degeneration: a multicentre, randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2013; 12: 149–156.
5. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2009; 11: 217–228.
6. Camic PM, Baker EL, Tischler V. Theorizing how art gallery interventions impact people

with dementia and their caregivers. *Gerontologist* 2016; 56: 1033–1041.

7. Cammisuli DM, Danti S, Bosinelli F, Cipriani G. Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's disease: A critical review of the scientific literature from the last ten years. *Eur Ger Med* 2016; 7: 57–64.

8. Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 9: CD011073.

9. Duan Y, Lu L, Chen J, Wu C, Liang J, Zheng Y, Wu J, Rong P, Tang C. Psychosocial interventions for Alzheimer's disease cognitive symptoms: a Bayesian network meta-analysis. *BMC Geriatr* 2018; 18: 175.

10. Fuchs A, Martyr A, Goh AM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 3: CD013069.

11. Holmerova I, Balackova N, Baumanova M, Hajkova L, Hradcova D, Hyblova P, Wija P. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a Gerontologie* 2013; 2: 158–164.

12. Hort J. Nová guidelines pro diagnostiku a léčbu Alzheimerovy choroby. *Neurol. praxi* 2011; 12: 277–281.

13. Hradcová D. Dining in long-term care for persons with dementia. Vienna: Symposium and proceedings of the 22nd Alzheimer Europe Congress 2012.



14. Hroudová J. Výzkum nových léčiv u Alzheimerovy choroby. *Psychiatr. praxi* 2017; 18: 7–10.
15. Chatterton WB, Baker F, Morgan K. The singer or the singing: who sings individually to persons with dementia and what are the effects? *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2010; 25: 641–649.
16. Lebert F, Stekke W, Hasenbroekx C, Pasquier F. Frontotemporal dementia: a randomised, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17: 355–359.
17. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390: 2673–2734.
18. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, Mukadam N. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396: 413–446.
19. Logsdon RG, McCurry SM, Teri L. Evidence-Based Interventions to Improve Quality of Life for Individuals with Dementia. *Alzh care today* 2007; 8: 309–318.
20. Mahendran R, Gandhi M, Moorakonda RB, Wong J, Kanchi MM, Fam J, Rawtaer I, Kumar AP, Feng L, Kua EH. Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care. *Trials* 2018; 19: 615.
21. Matthews S. Dementia and the Power of Music Therapy. *Bioethics* 2015; 29: 573–579.
22. Mayeux R, Sano M. Treatment of Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 1999; 341: 1670–1779.
23. McDermott O, Charlesworth G, Hogervorst E, Stoner C, Moniz-Cook E, Spector A, Orrell M. Psychosocial interventions for people with dementia: a synthesis of systematic reviews. *Aging Ment Health* 2019; 23: 393–403.
24. Mendez MF, Shapira JS, McMurtry A, Licht E. Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 5: 84–87.
25. Rusina R, Rusinová K, Holmerová I, Šimek J. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurol. praxi* 2010; 11: 16–19.
26. Rusina R, Špeciánová Š. Paliativní aspekty u pokročilé demence. *Neurol. praxi* 2020; 21: 100–102.
27. Rusina R, Matěj R, Cséfalvay Zs, Keller J, Franková V, Vyhnálek M. Frontotemporální demence. *Cesk Slov Neurol N* 2021; 84(117): 9–29.
28. Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist* 2018; 58(Suppl 1): S88–S102.
29. Schneider L. A resurrection of aducanumab for Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2020; 19: 111–112.
30. Small JA, Gutman G. Recommended and reported use of communication strategies in alzheimer caregiving. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002; 16: 270–278.
31. Storey R. Pokroky ve vývoji nových léčiv pro Alzheimerovu chorobu a méně časté demence. In Rusina R, Matěj R. et al. *Neurodegenerativní onemocnění, 2. přepracované a doplněné vydání*, Mladá fronta Praha, 2019; 367–373.
32. Testad I, Corbett A, Aarsland D, Lexow KO, Fossey J, Woods B, Ballard C. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014; 26: 1083–1098.
33. Tolar M, Abushakra S, Hey JA, Porsteinsson A, Sabbagh M. Aducanumab, gantenerumab, BAN2401, and ALZ-801 – the first wave of amyloid-targeting drugs for Alzheimer's disease with potential for near term approval. *Alzheimers Res Ther* 2020; 12: 95.
34. Uhrová T, Roth J. a kol. *Neuropsychiatrie*. Maxdorf Praha, 2020: 976.
35. Vališ M, Masopust J, Pavelek Z. Farmakoterapie nealzheimerovských typů demencí. *Neurol. praxi* 2020; 21: 41–45.
36. van Dyck CH, Arnsten AFT, Padala PR, Brawman-Mintzer O, Lerner AJ, Porsteinsson AsP, Scherer RW, Levey AI, Herrmann N, Jamil N, Mintzer JE, Lanctôt KL, Rosenberg PB. Neurobiologic Rationale for Treatment of Apathy in Alzheimer's Disease with Methylphenidate. *Am J Geriatr Psychiatry*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021; 29: 51–62.
37. Volicer L. End-of-life Care for People with Dementia in Assisted Living and Nursing Homes. Tampa: Alzheimer's Association; 2005.



Technologie a děti: současná doporučení pro pediatri

Mgr. Michaela Slussareff, Ph.D.^{1,2}, Mgr. Kateřina Lukavská, Ph.D.³

¹Ústav informačních studií a knihovnictví, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

²Katedra Komunikace a médií, University of New York in Prague, Praha

³Katedra psychologie, Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Článek představuje a analyzuje současná doporučení týkající se dětského užívání digitálních technologií (resp. obrazovek), která pocházejí od světových zdravotnických organizací. Na základě těchto doporučení článek navrhuje nástroje pro screening a primární prevenci rizikového užívání „obrazovek“ v pediatrické ordinaci. Nástroje jsou rozděleny dle věkových kategorií na (1) doporučení pro nejmenší děti (0–5 let), (2) doporučení pro mladší školní věk (6–10 let) a (3) doporučení pro starší školní věk a dospívající mládež (11+).

Klíčová slova: technologie, obrazovky, kojenci, batolata, předškoláci, školáci, adolescenti, screening, primární prevence.

Technologies and children: current recommendations for pediatricians and a summary of practical tools for screening and primary prevention

The article presents and analyzes current recommendations concerning children's use of digital technologies (or screens). Based on these recommendations, the article proposes tools for screening and primary prevention of risky use of screens in the pediatric office. The screening

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Michaela Slussareff, Ph.D., michaela.slussareff@ff.cuni.cz
Ústav informačních studií a knihovnictví, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
Na Příkopě 29, 110 00 Praha 1

Převzato z: *Pediatr. praxi* 2021; 22(2): 117–120
Článek přijat redakcí: 17. 9. 2020
Článek přijat k publikaci: 30. 11. 2020



tools are divided according to age categories into (1) recommendations for the youngest children (0–5 years), (2) recommendations for younger school age (6–10 years) and (3) recommendations for older school age and adolescents (11+).

Key words: technology, screens, infants, toddlers, preschoolers, schoolchildren, adolescents, screening, primary prevention.

Úvod

Technologie radikálním způsobem změnily to, jak děti od nejútlejšího věku tráví volný čas. V rozvinutém světě stále větší množství dětí využívá nejnovější technologie na denní bázi (1) a většina z nich má zkušenost se samostatným používáním obrazovek (nejčastěji televize, tabletu či chytrého telefonu) již před dosažením prvního roku života (2). Mozek dětí a dospívajících se nachází v období tzv. kritického vývoje, který mohou technologie zásadním způsobem ovlivňovat (3, 4, 5). Existují přesvědčivé doklady o vlivu frekvence používání obrazovek na dětskou nadváhu a obezitu (6), kvalitu spánku (7, 8), dokonce depresivitu a spokojenost se životem (9). Samostatnou problematiku pak představují tzv. digitální závislosti, jež negativně zasahují do všech oblastí vývoje dospívajících (11, 9).

Na druhé straně pomyslné barikády ale stojí velká skupina odborníků, kteří poukazují na všeobecnou potřebu zvyšování digitální a mediální gramotnosti, jako na nutnost pro úspěšné fungování ve společnosti 21. století. Mezinárodní vědecká komunita již dlouhodobě předkládá důkazy o pozitivním dopadu technologií na učení v pedagogickém kontextu (12). Zástupci vyspělých zemí proto na úrovni vládních dokumentů diskutují o širším používání digitálních zařízení ve školách, a v rámci Evropské digitální strategie EU je *“(…) budování digitálních kompetencí u všech Evropanů”* stanoveno jako primární cíl (13). Akční plán digitálního vzdělávání EU pracuje se třemi prioritami,

příčemž první prioritou je *„Lepší využívání digitálních technologií pro výuku a vzdělávání”* (14). Rodiče, pedagogové a lékaři pracující s dětmi tak v rámci jednoho tématu dostávají velice rozporuplné informace, přičemž stále postrádáme data a studie, které by poskytovaly pevnou platformu pro stanovení udržitelných doporučení pro zdravý přístup k používání digitálních technologií u dětí pro vzdělávání a volný čas.

Prvním cílem tohoto textu je představit a diskutovat současná doporučení týkající se dětského užívání digitálních technologií (resp. obrazovek), která pocházejí od následujících organizací: Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, WHO), Americká pediatrická akademie (American Academy of Pediatrics, AAP), Kanadská pediatrická společnost (Canadian Paediatric Society, CPS), Francouzský institut akademie věd (Institute de France Académie des Sciences), britská Královská akademie pro pediatrii a dětské zdraví (Royal College for Pediatrics and Child Health, RCPCH) a Australská vláda (Australian Government: Department of Health). Druhým cílem je na základě těchto doporučení navrhnout nástroje pro screening a primární prevenci rizikového užívání „obrazovek“ v pediatrické ordinaci.

Doporučení pro nejmenší děti (0–5 let)

Naprostá většina diskutovaných dokumentů (15, 17, 21) „obrazovky“ nedoporučuje používat dětmi mladšími dvou let s tím, že takto malé děti



mnohem více profitují (ve smyslu vývoje), když svůj „sedavý čas“ (čas, který netráví pohybem) stráví poslechem četby či jinou interakcí s pečující osobou. Oproti ostatním zmíněným dokumentům zaujímá Francouzský institut akademie věd striktnější postoj. Ten ve své zprávě doporučuje zcela se vyhnout používání technologií dětmi mladšími tří let (19). Podle zbylých analyzovaných doporučení je pro děti staré dva až čtyři roky vhodné trávit s/před obrazovkou maximálně 60 minut denně, přičemž platí, že čím méně, tím lépe. V každém případě by se mělo jednat o kvalitní program podporující dětské učení, zobrazující pozitivní charakter a sociální interakce, protože děti mají tendence napodobovat, co vidí. Také by neměl obsahovat rychlé střihy, tedy rychle se měnící audiovizuální sekvence, které mohou mít negativní vliv na vývoj pozornosti v pozdějším věku (22). Děti by neměly obrazovky používat samy bez dozoru, při jídle a 60 minut před spaním, aby modré světlo nemohlo negativně ovlivňovat délku a kvalitu jejich spánku. TV i jiná zařízení by měla být vypnutá, pokud je nikdo aktivně nepoužívá. V neposlední řadě by média neměla sloužit jako prostředek k uklidnění dítěte, což může mít velice negativní konsekvence pro vývoj sociálně emocionálních dovedností (16).

AAP ve svém nejaktuálnějším doporučení z roku 2016 (16) opakovaně poukazuje na důležitost reálných aktivit bez médií, resp. aktivního fyzického zkoumání okolního prostředí a sociální interakce s rodiči a jinými pečovateli. Tyto aktivity prokazatelně podporují zdravý vývoj jejich kognitivních, jazykových, motorických a sociálně emocionálních dovedností. Na druhé straně přínos digitálních médií pro děti z nejmladší věkové kategorie (do 2 let) dlouhodobě postrádá přesvědčivé vědecké důkazy. Symbolické dovednosti, pozornost a jiné kognitivní funkce kojenců a batolat jsou zatím nezralé, což značně omezuje možnosti učení z obsahu

tradičních digitálních zařízení. Podobně jako Francouzská lékařská akademie (19), AAP (16) připouští výjimky pro děti mezi 15 a 24 měsíci věku. Pokud se jedná o kvalitní obsah pro danou věkovou kategorii a rodiče jej aktivně komunikují – napodobují a komentují, aby dítěti usnadnili mu porozumět – je možno obrazovky v omezené míře využívat. AAP pak do času s technologiemi u nejmenších „nepočítá“ videohovory s blízkými a příbuznými, které mohou naopak podpořit jejich verbální a sociálně emocionální rozvoj.

Australský dokument zmiňuje, že čas strávený před obrazovkou by měl být vždy vyvážen dodatečnou fyzickou aktivitou. Dokument CPS také nabádá rodiče, aby učili děti seberegulaci a modelovali vhodné chování, resp. dodržovali nastolená pravidla a nepoužívali obrazovky při interakci s dítětem (17).

Hlavní doporučení a možnosti screeningu u věkové kategorie 0–5 let

1. Zeptejte se rodičů kojenců a malých dětí, zda a jak s nimi používají média. Zda dítě digitální zařízení využívá samo, jak často, jak dlouho, apod.
 2. Vzdělávejte rodiče o vývoji mozku v prvních letech života a o důležitosti praktických, nestrukturovaných aktivit a sociálních her pro budování jazykových, kognitivních a sociálně emocionálních dovedností.
 3. Poučte rodiče o doporučených časech spánku a fyzických aktivit pro danou věkovou kategorii.
- U dětí mladších 18 měsíců nedoporučujte používat jiná média než videohovor.
 - Rodičům dětí ve věku 18 až 24 měsíců, kteří chtějí používat média, doporučte, aby vybírali vysoce kvalitní program nebo aplikace a používali



je společně s dětmi, protože tak se učí nejlépe a je možné zabránit možnému vystavení nevhodnému obsahu.

- U dětí starších 2 let upozorněte na potřebu omezení konzumace médií na maximálně 1 hodinu denně.

4. Doporučte stanovení pevných pravidel, zejména vyhýbání se obrazovkám během jídla a 1 hodinu před spaním. Upozorněte na nebezpečí, která mohou vznikat, pokud jsou média dlouhodobě používána k uklidnění dítěte.

5. Informujte o zdrojích pro hledání kvalitního obsahu (decko.ceskatelevize.cz, digitalnizdravideti.cz) a pro podporu lepšího učení z obrazovek doporučte společné sledování a hraní s dítětem.

Doporučení pro mladší školní věk (6–10 let)

Ve věkové kategorii 6–10 let se obecná doporučení mění spíše v popis zásad a otázek k diskuzi s rodiči a dětmi samotnými. Jde o reflexi situace, kdy zákazy a příkazy u takto starých dětí vyúsťují spíše v negativní konsekvence, jako jsou tendence dítěte porušovat a nerespektovat pravidla, na jejichž vzniku se nemohlo podílet, neochota tato témata s rodiči sdílet a snaha své aktivity v online světě skrývat. Proto je doporučováno dětem možné problémy a rizika vysvětlovat, otevřeně diskutovat a přizvat je k tvorbě jakéhosi „rodinného mediálního plánu“, který budou respektovat všichni členové domácnosti. Rodinný mediální plán, který obsahuje časové limity, zásady a pravidla o používání obrazovek, doporučuje naprostá většina odborných organizací (16, 17, 18, 19). Takový plán by měl vycházet z obecných zásad zdravého životního stylu, zejména z potřeby fyzických aktivit a kvalitního spánku, které by čas s médii neměl jakýmkoliv způsobem omezovat. CPS také upozorňuje na výstup mnoha studií, že čas

s obrazovkami mnohdy „krade“ příležitosti pro kvalitní interakce a učení. Zároveň ale upozorňuje na fakt, že kvalitní program v médiích může dětem poskytnout možnost vzdělávání (17, 18). Rodiče by tedy měli dbát na to, aby mělo dítě dostatek příležitostí k všestrannému fyzickému a psychosociálnímu rozvoji a aby média byla využívána spíše jako prostředek k učení a pouze v omezené míře k zábavě (max. 1 hodinu denně). Pro zajištění dostatku kvalitního spánku se doporučuje nepoužívat obrazovky 60 minut před spaním a na základě studií o obezitě u dětí, RCPCH doporučuje kontrolovat, co dítě u sledování obrazovky jí (20).

Vybrané dokumenty (16, 18, 19) věnují zvláštní pozornost aktivnímu zapojení rodičů. Ti by měli být dětem dobrým příkladem ve vyváženém přístupu k médiím a plánovat zdravé alternativy (jako čtení, venkovní hry a kreativní aktivity). Měli by také soustavně pomáhat dětem chovat se v online prostoru bezpečně, učit je rozpoznávat a zpochybňovat reklamní sdělení, stereotypy a další problematický obsah. Také by měli kontrolovat, co na obrazovkách dítě dělá a sleduje. Nejjednodušším krokem v tomto případě je ponechat počítač, tablet, nebo TV v místnosti, kam mají rodiče neomezený přístup, např. v obývacím pokoji, nebo kuchyni.

Hlavní doporučení a možnosti screeningu u věkové kategorie 6–10 let

1. Ptejte se rodičů, zda mají doma smluvená pravidla ohledně používání technologií. Zda ví, co jejich děti online dělají a jakým způsobem to zjišťují. Upozorněte na možnosti používání tzv. rodičovského softwaru, který blokuje nevhodný obsah a monitoruje aktivity dítěte.

2. Motivujte rodiče k vytvoření rodinného mediálního plánu obsahujícího časové limity, zásady a pravidla o používání obrazovek.



3. Poučte rodiče o doporučeném množství spánku a fyzických aktivit pro danou věkovou kategorii dítěte. Upozorněte je na nevhodnost používání obrazovek 60 minut před spaním.

4. Doporučte rodičům, ať pravidelně komunikují s dětmi o jejich aktivitách online, učí je bezpečným návykům, diskutují o přijatelném a nepřijatelném chování v online prostoru. Pro tyto účely AAP ve spolupráci s iniciativou Common Sense Media sestavila seznam věcí, které by dítě se zdravým přístupem k médiím mělo splňovat (23):

- má pozitivní vzor: spoléhá na dospělého, který mu pomáhá vytvářet zdravá pravidla a návyky používání médií
- sleduje obsah odpovídající věku: umí hledat a sleduje vysoce kvalitní pořady a/nebo hraje hry s potenciálem k učení
- myslí kriticky: při hledání a sdílení informací online se chová zodpovědně
- má dostatek spánku: 9–12 hodin pro věk 6–12 let
- respektuje ostatní: nevěnuje se obrazovkám, když s někým mluví
- dodržuje zdravé zásady: nepoužívá digitální zařízení během jídla, před spaním nebo při cestě do a ze školy
- nachází rovnováhu mezi on-line a off-line světem: kromě aktivit na médiích má i dostatek koníčků, jako je čtení, hraní, sport apod.

5. Navigujte rodiče na zdroje, pro získání informací pro vzdělávání sebe i vlastních dětí, např. e-bezpeci.cz (kyberšikana, bezpečný internet), bud-safeonline.cz (kurz pro děti o bezpečných online zásadách), faketicky.cz (mediální gramotnost), digitalnizdravideti.cz (rodičovství v digitálním věku).

Doporučení pro starší školní věk a dospívající mládež (11+)

Věkové skupině 11+ se výslovně věnuje pouze kanadský (18) a okrajově francouzský dokument (19), avšak náctiletí jsou dozajista významně ohro-

ženou skupinou. Právě u nich se vyskytuje výrazné množství patologických symptomů, jako jsou závislosti, nebo depresivita a snižující se spokojenost se životem, jež jsou často spojovány s nadměrným využíváním médií, zejm. sociálních sítí (3, 9, 11, 24).¹ Podle zprávy WHO tři ze čtyř adolescentů (ve věku 11–17 let) trpí nedostatkem zdravé fyzické aktivity (15) a děti ve stále větší míře zanedbávají spánkovou hygienu, či dokonce používají mobilní zařízení v noci (8).

Francouzský materiál (19) zdůrazňuje, že i u dětí starších deseti let mají proces užívání obrazovek moderovat či přinejmenším monitorovat rodiče. Speciální pozornost mají rodiče věnovat známčkám problematického užívání obrazovek, jako jsou únava, poruchy spánku, sociální izolace nebo horšící se školní prospěch. CPS přidává další znaky, při kterých by měli rodiče zpozornět (18): stížnosti na nudu a smutek, pokud má dospívající omezený přístup k médiím, opakované spory o limitech používání obrazovek a negativní emoce doprovázející komunikaci v online prostoru nebo videohrách.

Hlavní doporučení a možnosti screeningu u věkové kategorie 11+ let

1. Motivujte rodiče k vytvoření rodinného mediálního plánu obsahujícího časové limity, zásady a pravidla o používání obrazovek. Tato pravidla by měla mj. podporovat každodenní časy „bez obrazovek“, např. rodinné večere nebo setkání s přáteli.

¹ Na tuto skutečnost zareagovala AAP vytvořením nástroje pro screening potenciálně problematického používání sociálních sítí, viz Hlavní doporučení a možnosti screeningu u věkové kategorie 11+ let, bod 5.



2. Poučte rodiče o doporučeném množství spánku a fyzických aktivit pro danou věkovou kategorii dítěte. Upozorněte je na nevhodnost používání obrazovek 60 minut před spaním a navrhněte určit místo pro nabíjení mobilních zařízení přes noc tak, aby k nim neměl dospívající přístup.

3. Doporučte rodičům, ať pravidelně komunikují s dospívajícím o jejich aktivitách on-line.

4. Představte signály problematického vztahu k technologiím: únava, poruchy spánku, sociální izolace, horšící se školní prospěch dítěte, nuda a smutek při omezeném přístupu k médiím, opakované spory o časových limitech používání obrazovek a negativní emoce přicházející po komunikaci v on-line prostoru nebo videohrách.

5. Se samotnými dospívajícími pacienty provádějte Screening sociálních médií (25). Ten bude přínosem jak pro vás, tak pro pacienta; může fungovat jako nástroj pro jejich vzdělávání, či identifikaci rizikových pacientů. Může být také použit ke zvýšení povědomí o návykovosti a dopadech excesivního používání sociálních médií:

- Jaké sociální sítě a aplikace pravidelně používáš?
- Jak dlouhou dobu většinou na sociálních sítích denně trávíš? ***Pokud více než 120 minut denně, navrhněte dospívajícímu, aby soustavně sledoval a omezoval čas používání těchto aplikací.***
- Myslíš, že používáš sociální sítě příliš? ***Pokud je odpověď ano, zeptejte se, zda zkoušel/a tuto situaci nějak řešit a s jakým výsledkem.***
- Máš pocit, že sledování sociálních sítí zvyšuje nebo snižuje tvé sebevědomí?
- Stal/a jsi se někdy obětí kyberšikany, sextingu nebo online sexuálního obtěžování? ***Pokud je odpověď ano, zvažte doporučení konzultace***

s psychologem nebo odkažte na linku Dětského krizového centra „Rizika kyberprostoru“: 778 510 510, problem@ditekrize.cz, či anonymní internetovou poradnu poradna.e-bezpeci.cz

Závěr

V České republice dlouhodobě chybí kvalitní primárně preventivní programy proti poruchám spojeným s užíváním moderních digitálních technologií (26) a největší část zodpovědnosti za výchovu dětí ke zdravému užívání technologií tak spočívá na rodičích. Ti však obvykle nemají ani základní informace o dané problematice a v této oblasti výchovy tápou. Profesionálové pečující o děti (zejména pediatři a učitelé) jsou často osobami, na které se rodiče obracejí, neví-li si rady. Pediatři navíc mohou být přímo konfrontováni se zdravotními dopady dětského či adolescentního problematického užívání technologií, jako jsou poruchy pozornosti, snížená kvalita spánku a z ní plynoucí další negativní důsledky, úzkost a deprese. Znalost a předávání (rodičům) alespoň základních zásad zdravého užívání technologií by přitom mohla řadu negativních jevů preventovat. Cílem tohoto textu bylo nabídnout základní přehled expertních doporučení a navrhnout, jak s nimi zacházet v rámci pediatrické praxe. Zde prezentované materiály navržené různými organizacemi se v podstatných bodech shodují. Všechny upozorňují na omezený potenciál technologií pro vývoj malých dětí (do dvou let) ve srovnání s jinými aktivitami, všechny zdůrazňují důležitost rodičů coby aktivních regulátorů a mediátorů dětského (i adolescentního) užívání technologií a všechny doporučují vytvoření rodinného plánu užívání technologií. Za obzvláště důležité považujeme také průběžné sledování varovných příznaků problematického užívání technologií.



LITERATURA

1. Coyne SM, Radesky J, Collier KM, Gentile DA, Linder JR, Nathanson AI, Rasmussen EE, Reich SM, Rogers J. Parenting and Digital Media. *Pediatrics* 2017; 140 (2): 112–116. DOI: 10.1542/peds.2016-1758N.
2. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, Bonner RL. Exposure and Use of Mobile Media Devices by Young Children. *Pediatrics* 2015; 136 (6): 1044–1050. DOI: 10.1542/peds.2015-2151.
3. Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. *BMJ Open* 2019; 9 (1). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023191.
4. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *The Journal of Pediatrics* 2007; 151 (4): 364–368. DOI: 10.1016/j.jpeds.2007.04.071.
5. Pagani LS, Harbec MJ, Barnett TA. Prospective associations between television in the preschool bedroom and later bio-psycho-social risks. *Pediatric Research* 2019; 85 (7). DOI: 10.1038/s41390-018-0265-8.
6. Jago R, Baranowski T, Baranowski JC, Thompson D, Greaves KA. BMI from 3–6 y of age is predicted by TV viewing and physical activity, not diet. *International Journal of Obesity* 2005; 29 (6): 557–564. DOI: 10.1038/sj.ijo.0802969.
7. Cheung CHM, Bedford R, Saez De Urabain IR, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Daily touch-screen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Scientific Reports* 2017; 7.
8. LeBourgeois MK, Hale L, Chang AM, Akacem LD, Montgomery-Downs HE, Buxton OM. Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence. *Pediatrics* 2017; 140(Supplement 2). DOI: 10.1542/peds.2016-1758 J.
9. Liu M, Yao S, Wu L. Dose-response association of screen timebased sedentary behaviour in children and adolescents and depression: A meta-Analysis of observational studies. *British Journal of Sports Medicine* 2015; 9(20).
10. Hou H, Jia S, Hu S, Fan R, Sun W, Sun T, Zhang H. Reduced Striatal Dopamine Transporters in People with Internet Addiction Disorder. *BioMed Research International* 2012. DOI: 10.1155/2012/854524.
11. Wang HR, Cho H, Kim DJ. Prevalence and correlates of comorbid depression in a non-clinical online sample with DSM-5 internet gaming disorder. *Journal of Affective Disorders* 2008; 226. DOI: 10.1016/j.jad.2017.08.005.
12. Clark DB, Tanner-Smith EE, Killingsworth, SS. Digital Games, Design, and Learning: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Review of Educational Research* 2016; 86(1). DOI: 10.3102/0034654315582065.
13. Evropská komise [online]. Shaping Europe's digital future, 2020 [cit. 16-9-2020]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/shaping-europe-digital-future_en#documents.
14. Evropská komise [online]. Digital Education Action Plan (2018 - 2020) [cit. 16-9-2020]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/education/education-in-the-eu/digital-education-action-plan_en.
15. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour, and sleep for children under 5 years of age. [online]. 2019 [cit. 13. 08. 2020]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541170/>.
16. AAP Council on Communications And Media. Media and Young Minds. *Pediatrics* 2016; 138 (5). DOI: 10.1542/peds.2016-2591.
17. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario. Screen time and young children: Promoting health and development in a digital world. *Paediatrics & Child Health* 2017; 22 (8). DOI: 10.1093/pch/pxx123.
18. Canadian Paediatric Society, Digital Health Task Force, Ottawa, Ontario. Digital media: Promoting healthy screen use in school-aged children and adolescents. *Paediatrics & Child Health* 2019; 24(6). DOI: 10.1093/pch/pxz095.
19. Académie des sciences. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans. Appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques. [online]. 2019 [cit. 13. 08. 2020]. Dostupné z: <https://afpa.org/content/uploads/2019/04/l%E2%80%99enfant-l%E2%80%99adolescent-la-famille-et-les-%C3%A9crans-rapport-Acad%C3%A9mies-09-04-2019.pdf>.
20. The Royal College of Paediatrics and Child Health. The health impacts of screen time: a guide for clinicians and parents. [online]. 2018 [cit. 13. 08. 2020]. Dostupné z: https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2018-12/rcpch_screen_time_guide_-_final.pdf.
21. Australian Government: Department of Health. 24-Hour Movement Guidelines on Healthy Growth for the Early Years (0–5 years): An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. [online]. 2019 [cit. 13. 08. 2020]. Dostupné z: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ti-0-5years>.
22. Christakis DA, Ramirez JSB, Ferguson SM, Ravinder S, Ramirez JM. How early media exposure may affect cognitive function: a review of results from observations in humans and experiments in mice. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2018, 115 (40). DOI: 10.1073/pnas.1711548115.
23. Common Sense Media & American Academy of Pediatrics. What makes a media-savvy kid? [online]. 2017 [cit. 16. 09. 2020]. Dostupné z: <https://www.commonsensemedia.org/si>



tes/default/files/uploads/pdfs/2017_cs_aap_pediatricantoolkit_poster_eng_8.5x14.pdf.

24. Elhai JD, Dvorak RD, Levine JC, Hall BJ. Problematic smartphone use: A conceptual overview and systematic review of relations with anxiety and depression psychopathology. *Journal of Affective Disorders* 2017; 207. DOI: 10.1016/j.jad.2016. 08. 030.

25. Clark DL, Raphael JL, McGuire AL. HEADS 4 : Social Media Screening in Adolescent Primary Care. *Pediatrics* 2018; 141(6). DOI: 10.1542/peds.2017–3655.

26. Vondráčková P, Gabrhelík, R. Prevention of Internet addiction: a systematic review. *Journal of Behavioral Addictions* 2016; 5(4). DOI: 10.1556/2006. 5. 2016.085.



Průzkum na téma: Děti ohrožené pornografií a on-line sexuálními agresory

MUDr. Petra Sejbalová¹, MUDr. Jana Martincová²

¹Sexuologické oddělení FN Brno

²Sexuální výchova vydavatelství Babyonline

Na základě kazuistik, se kterými jsme se setkávaly v praxi, nás zajímalo, zda tyto jednotlivé případy odrážejí skutečnou situaci u náctiletých. Obrátily jsme se na základní a střední školy s průzkumem: Děti ohrožené pornografií a on-line sexuálními agresory. Naším cílem bylo zjistit, od jakého věku jsou děti vystaveny vlivu pornografie a dány všanc lovcům sexuálních obětí, zvláště nezletilých, a jak si s touto zkušeností dokáží poradit. Dále, jestli nějak souvisí rizikové chování dětí s kvalitou sexuální výchovy, resp. zdrojem, ze kterého jej obdržely.

Klíčová slova: sexuální výchova, on-line sexuální obtěžovatel, agresor či manipulátor (offender), oběti pohlavního zneužívání, úloha rodiny a školy v sexuální výchově.

Survey on the topic: Children at risk of pornography and online sexual aggressors

Based on the case studies we have encountered in practice, we were interested in whether these individual cases reflect the real situation of teenagers. We turned to primary and secondary schools with a survey: Children at Risk of Pornography and Online Sexual Aggressors. Our aim was to find out from what age children are exposed to pornography and danger from hunters of sexual victims, especially minors, and

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Petra Sejbalová
Sexuologické oddělení FN Brno
Netroufalky 1, Brno 625 00

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e3): e34–e46
Článek přijat redakcí: 14. 5. 2021
Článek přijat k publikaci: 30. 9. 2021



how they can cope with this experience. Furthermore, we wanted to find out whether the risky behavior of children is somehow related to the quality of sexual education, or to be more precise, the source from which they received it.

Key words: sex education, online sexual harasser, aggressor or offender, victims of sexual abuse, the role of family and school in sex education.

Demografické a časové údaje

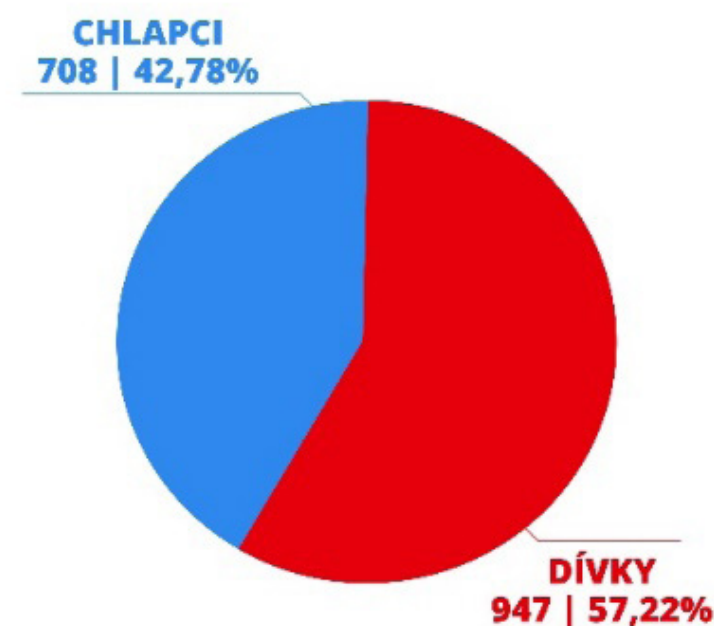
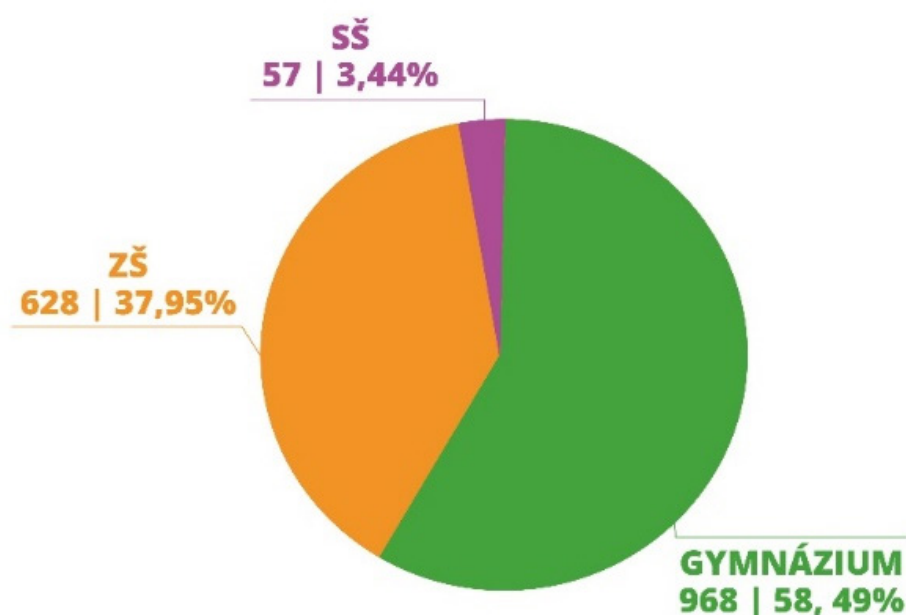
Výzkum se uskutečnil v září 2020 a zapojilo se do něj 1 655 žáků a studentů základních (14) a středních škol (7, z toho 6 gymnázií, 1 SŠ) z celé ČR s mírnou převahou děvčat.

Z věkového rozmezí 13–20 let byla nejvíce zastoupena skupina 13 a 14letých.

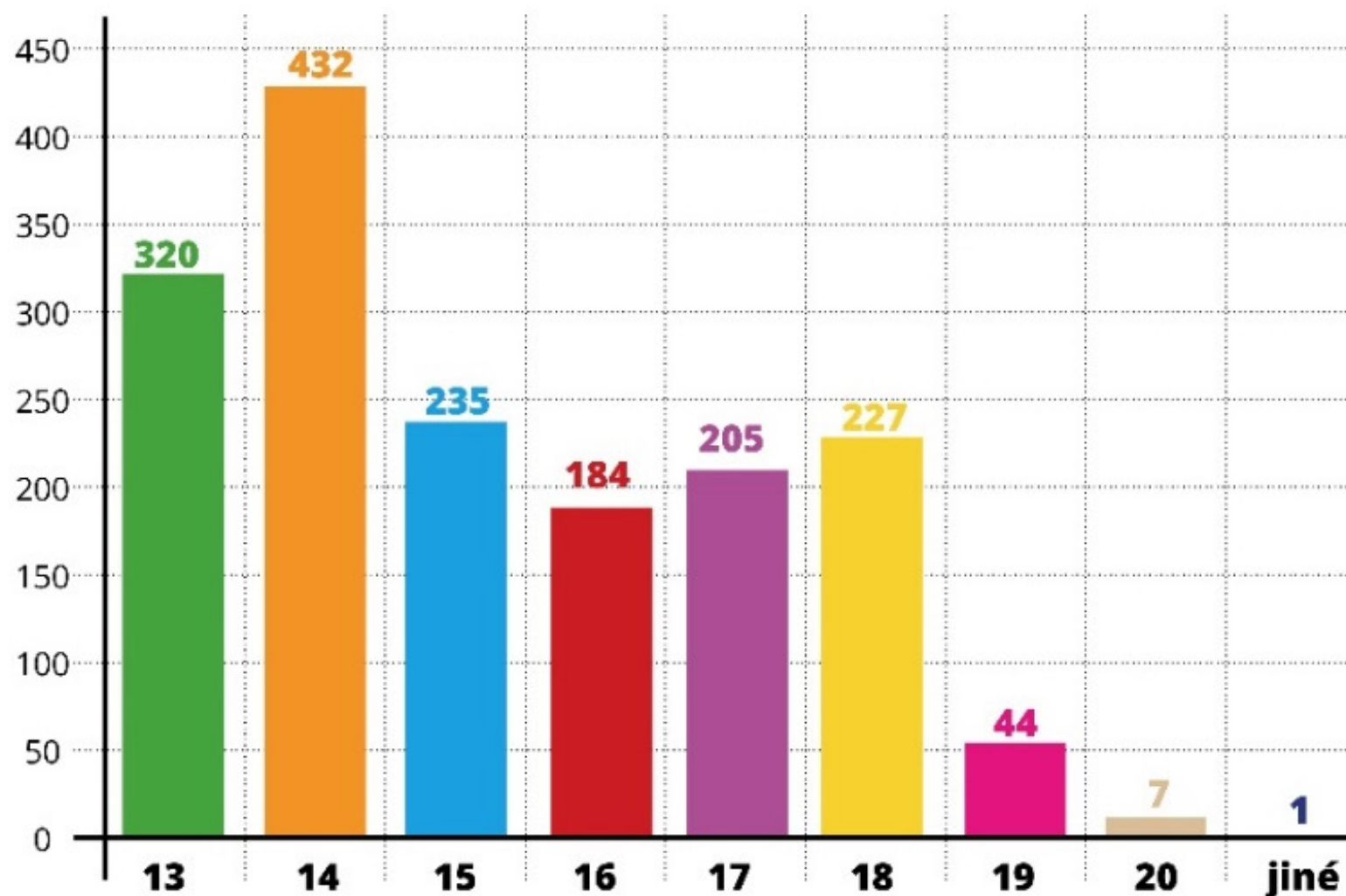
Metodika dotazování

Studenti oslovených škol, které s výzkumem souhlasily, byli požádáni svými učiteli k vyplnění on-line dotazníku, který v průměru zabral 5 minut času. Účast byla zcela dobrovolná a anonymní. Kromě demografických údajů bylo v dotazníku celkem 7 až 25 otázek, přesné znění v příloze.

Graf 1, 2. Zastoupení jednotlivých typů škol a pohlaví v průzkumu



Graf 3. Věkové rozložení respondentů

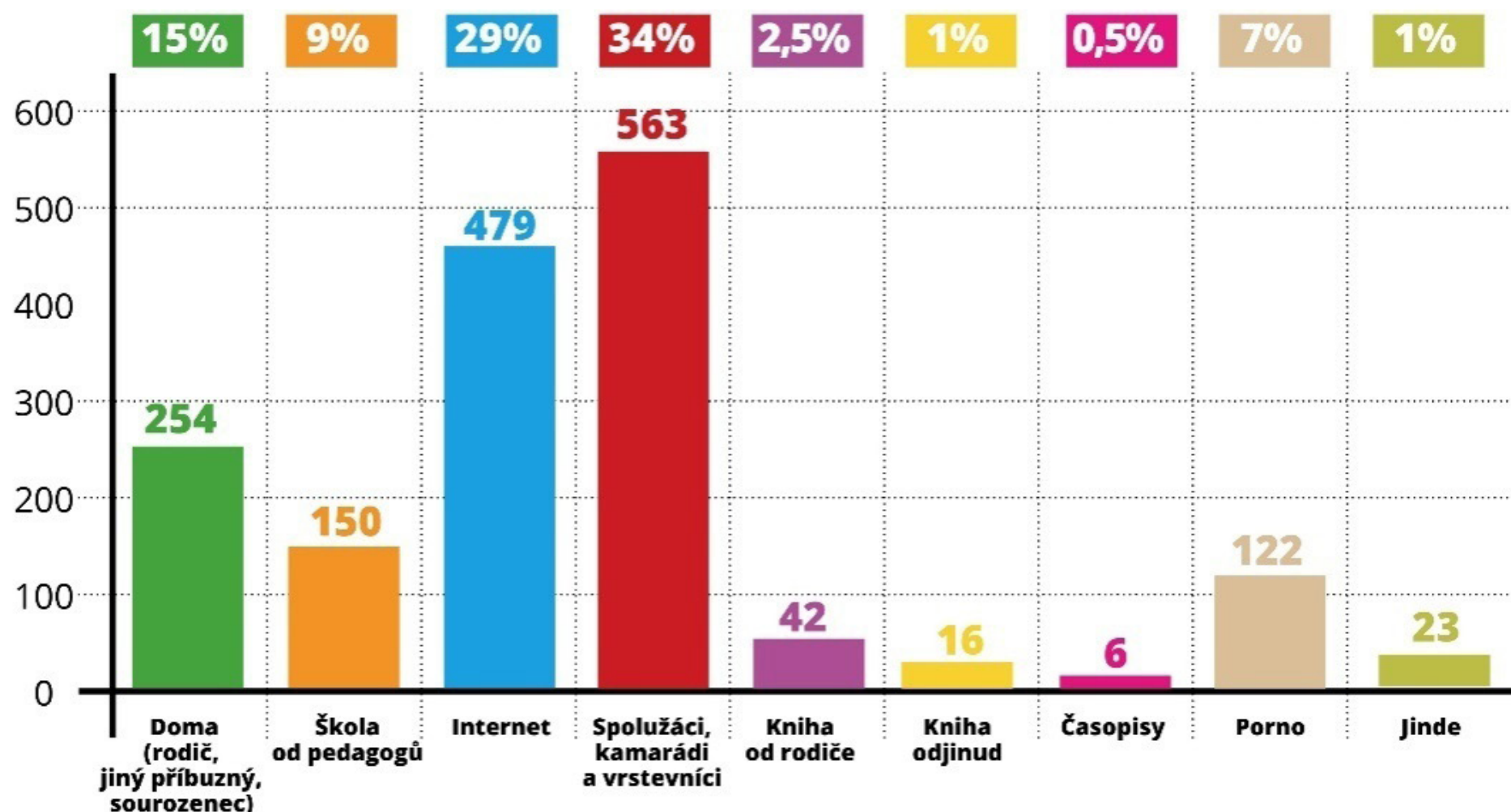


Hlavní zdroj sexuální výchovy u dětí a náctiletých

První otázkou bylo, odkud děti čerpají informace ze sexuální výchovy. V nadpoloviční většině je to od spolužáků a z internetu, nebo dokonce z pornografie. Tato skupina nekvalitní sexuální výchovy tvoří 70 % všech dětí. Rodina

byla hlavním zdrojem informací v 15 % a škola pouze v 9 % případů. Dívky získávají více informací doma a od kamarádek, ale i z knihy nebo ze školy, chlapci z internetu, z porna. Mladší děti (ZŠ) více z domova a ze školy oproti starším, které odpovědi na své otázky hledaly na internetu nebo se ptaly kamarádů.

Graf 4. Zastoupení jednotlivých odpovědí u otázky „Od koho jste se dozvěděl/a nejvíce informací ze sexuální výchovy“

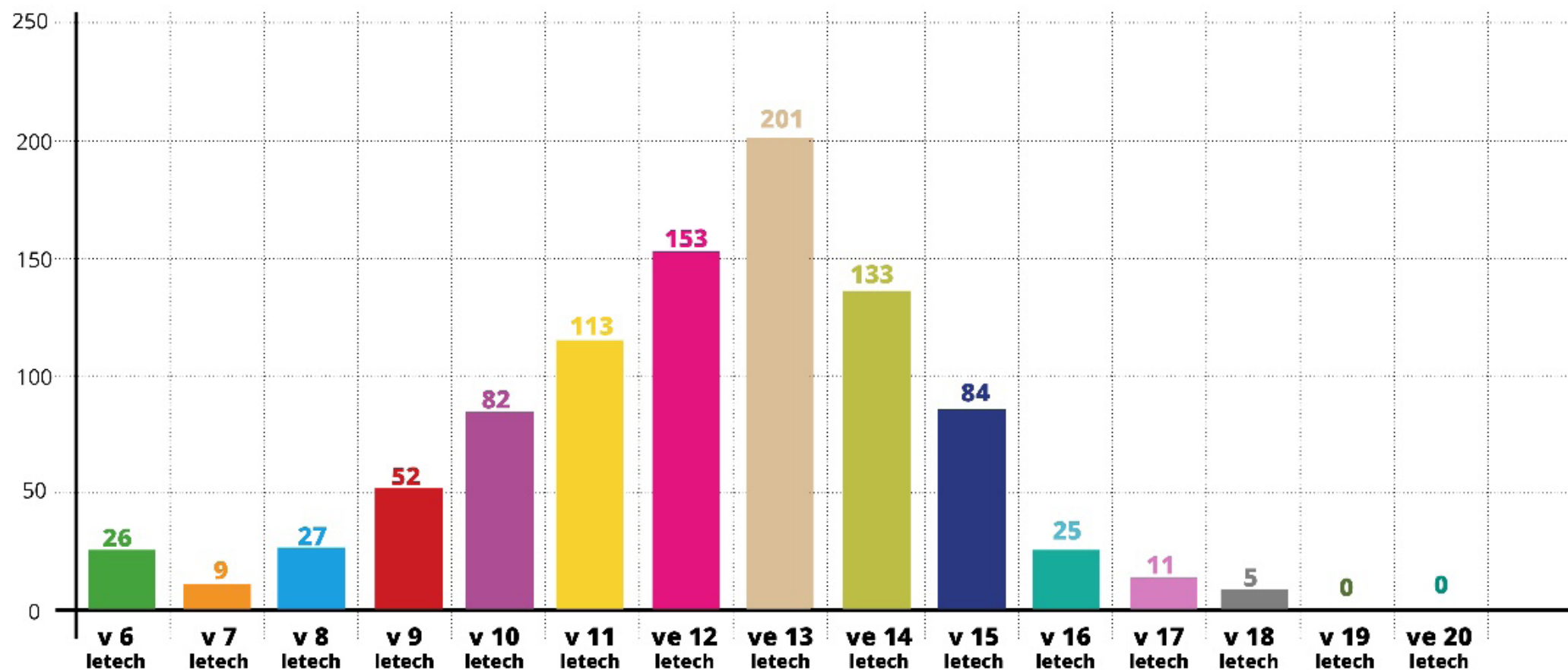


Návštěvy pornostránek, napodobování aktivit z porna, včetně patologických

U otázky, zda respondenti navštívili někdy v životě pornostránky, nás nepřekvapilo, že nadpoloviční většina odpověděla ano, tedy 921 (55,56%) dětí a dospívajících, ale překvapilo nás oněch 12 %, které je navštívili dokonce ve věku 6–10 let.

Pornografii navštívili dříve chlapci, ale ve věku 14 let se poměr srovnává, pak naopak narůstá procento návštěv u dívek.

Ze skupiny těch, co kdy navštívili porno (1 345 respondentů, 81,27 %), sledují porno alespoň jednou za měsíc tři čtvrtiny dospívajících chlapců a zhruba 28,5 procenta dívek. Další čtvrtina hochů a 71,5 procenta děvčat se na něj dívá nahodile.

Graf 5. V jakém věku se poprvé ocitli na pornostránkách

Z celkových výsledků nás zajímalo, zda to, že se dítě či dospívající ocitne na pornu, nějak souvisí s kvalitou sexuální výchovy, tedy jejím zdrojem.

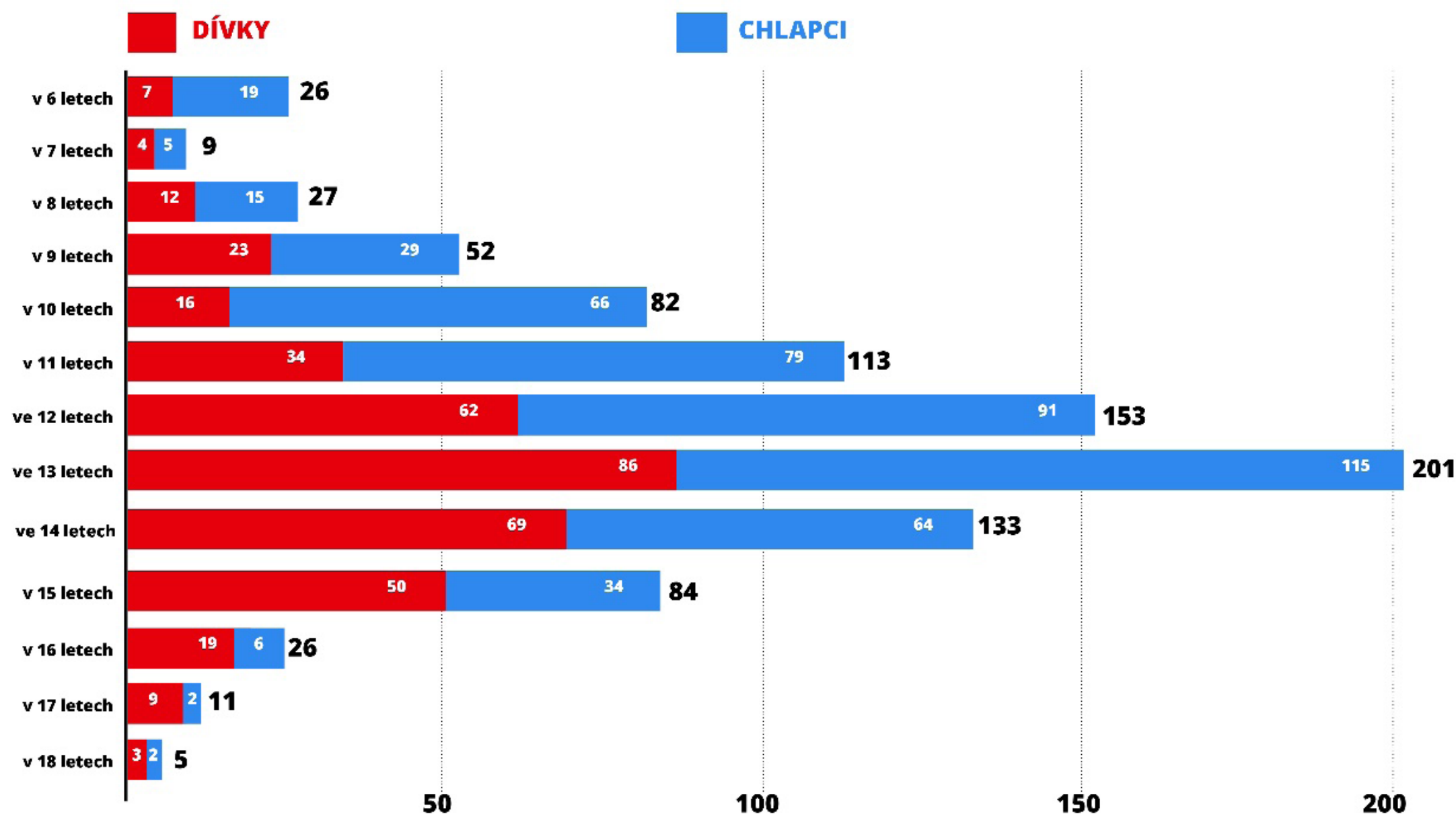
Výsledek, hlavně ten procentuální rozdíl, nás hodně překvapil: Z výzkumu totiž vyplynulo, že dospívající s nedostatečně kvalitní sexuální výchovou (získanou od vrstevníků nebo z internetu) se o pornografii zajímají v mnohem větším počtu případů, a to v 64 %. Přitom ve skupině

dospívajících, kteří měli kvalitní sexuální výchovu (získanou z domova a ze školy), navštívila porno jen necelá třetina. Kvalitní sexuální výchova tedy významně snižuje zájem dětí o pornografii.

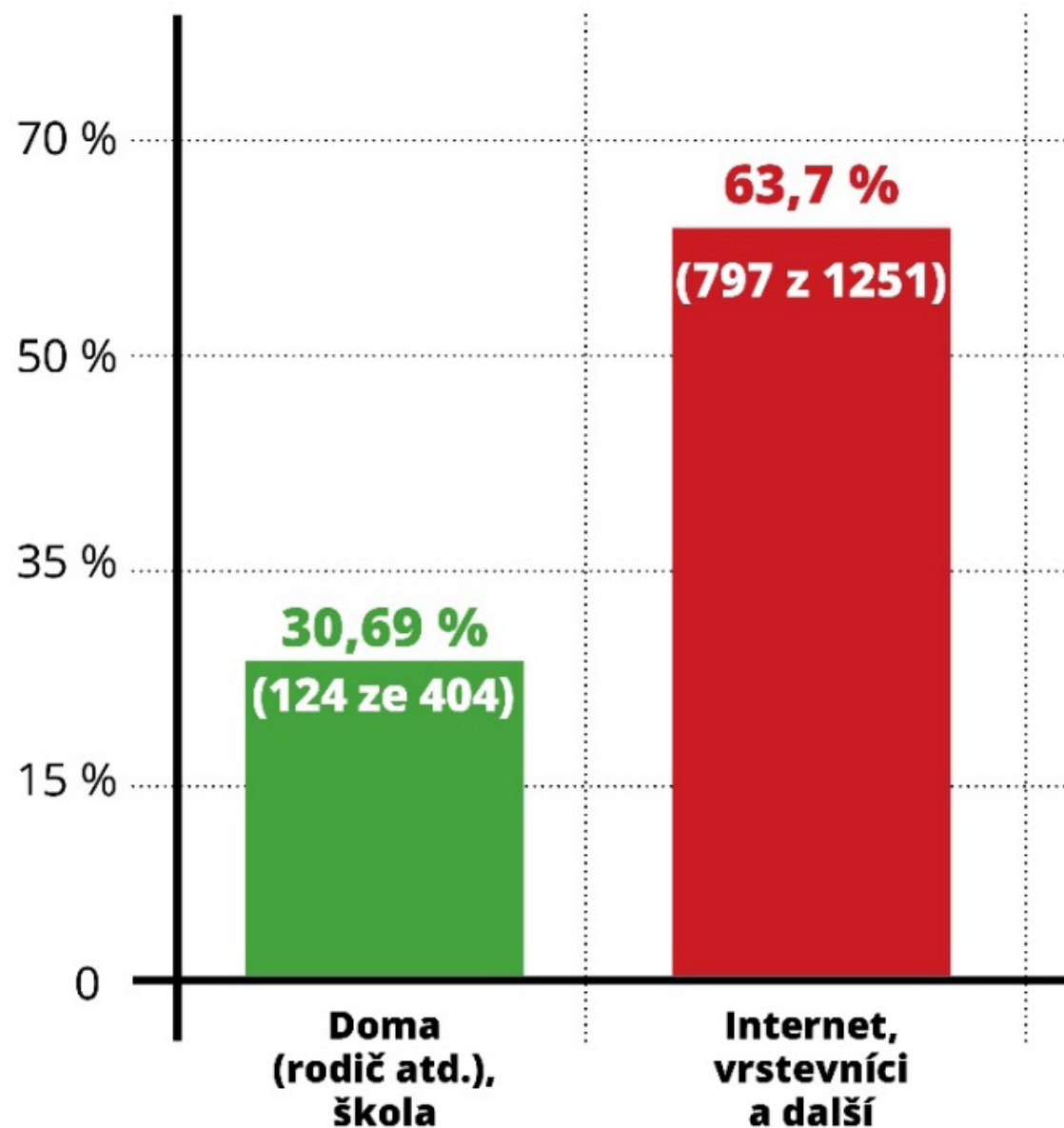
A proč je sledování porna pro děti nevhodné?

Téměř 34 % z oslovených si totiž myslí, že v pornu vidí „tak napůl normální sexuální chování“, 6,51 % dokonce považuje sexuální praktiky na internetu zcela za normální.

Graf 6. Rozvrstvení podle věku, kdy byli dívky a chlapci poprvé na pornostránkách

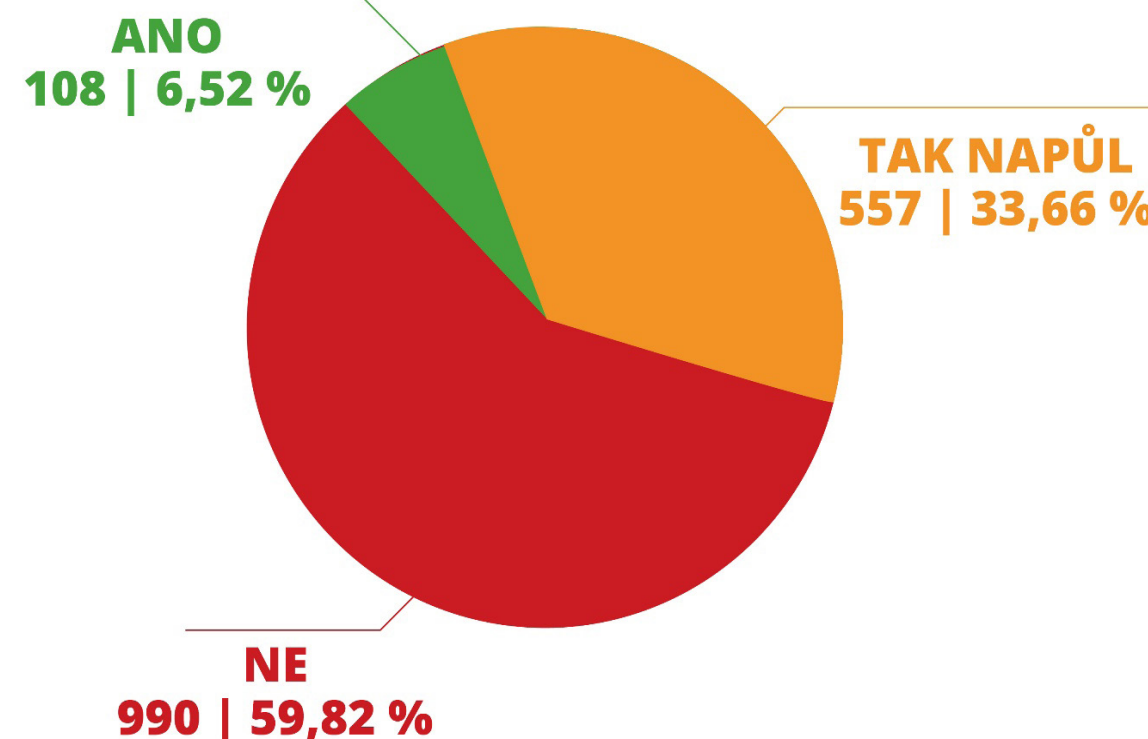


Graf 7. Odpovědi, zda byli dospívající někdy na pornu, podle prostředí, kde získali nejvíce informací ze sexuální výchovy



Na sexuology se pak náctiletí obracují s obavami, zda je u nich v oblasti sexuality vše v pořádku. Např. 17letý chlapec, který si našel dívku a chtěl zahájit sexuální život, se bál, že nemá výdrž jako ti por-

Graf 8. Odpovědi na otázku, zda se v pornu odehrává normální sexuální chování



noherci na internetu, kteří vydrží například hodinu, sám vydrží pouze patnáct minut. Měl představu, že sexualita bude probíhat tak, jak vidá právě na internetu. Na sexuologii s ním následně bylo probráno, jak je to ve skutečnosti.

Děti se dostanou při sledování porna i k patologickým praktikám, jako jsou sadisticko- masochistické, zoofilní, urofilní či koprofilní.

Jedna 18letá dívka nám zcela upřímně odpověděla: „Nejednalo se o nic, na co bych se dívat chtěla, na porno se totiž nedívám vůbec. Ale je pravda, že jsem se jako „malá“ dostala i k věcem, jako je BDSM, zvířecí

Ukázka 1. Neobvyklé praktiky, které respondenti uvedli (věk v závorce je věkem při vyplňování průzkumu)



pornografie apod. Děti jsou holt zvědavé, když už se stane, že na podobné stránky narazí. Čím jsem starší, tím víc si uvědomuji, jak lehké to je se k tomu dostat, a to je moc špatně." (18).

Někteří respondenti tyto praktiky i vyzkoušeli, jak nám uvedli v dotazníku. Věk v závorce odpovídá věku tazatele v době vyplňování dotazníků, praktiky mohli vyzkoušet kdykoliv před tím.

Co u těchto dětí hrozí?

Na sexuologii přišel požádat o pomoc 21letý mladík, který byl stále panic. Posléze vyplynulo, že masturbuje u internetu asi od svých 13 let, a to i několikrát denně. Zkoušel se seznámit s několika dívkami, ale vždy selhal, protože pro svoje vzrušení potřeboval, aby se dívka chovala jako pornoherečka, což samozřejmě dívky odmítly. Fyzického kontaktu s dívčím tělem se velmi bál.

Oslovení on-line sexuálním agresorem

Kromě vystavení dětí a náctiletých škodlivému obsahu na internetu bylo cílem studie zjistit, zda a kdy poprvé bývají osloveni on-line sexuálními agresory a opět souvislost se zdrojem sexuální výchovy, tedy s její kvalitou.

Ze všech dětí bylo 29 % (482) kontaktováno sexuálními agresory na internetu, více dívky, a to ve ¾ případů (73,4 %, 354 dívek).

Co agresor po dětech a dospívajících požadoval?

Nejčastěji chtěl, aby se dívali na foto nebo video jeho přirození nebo se je snažil přimět k zaslání jejich nahých fotek a videí.

Jak oslovení zareagovali?

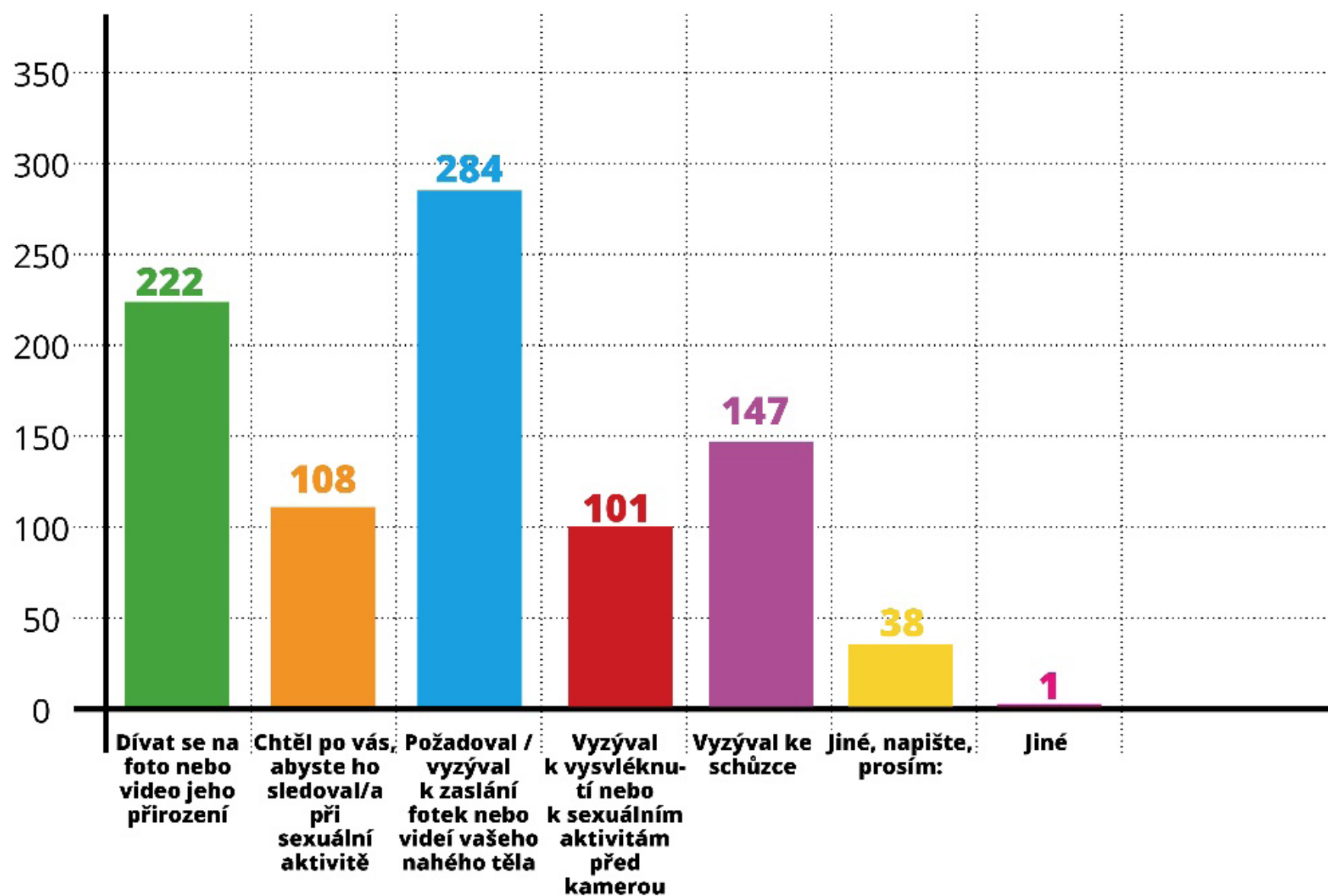
Plně 3/4 oslovených si naštěstí s danou situací uměly správně poradit a hovor s agresorem ihned ukončily.

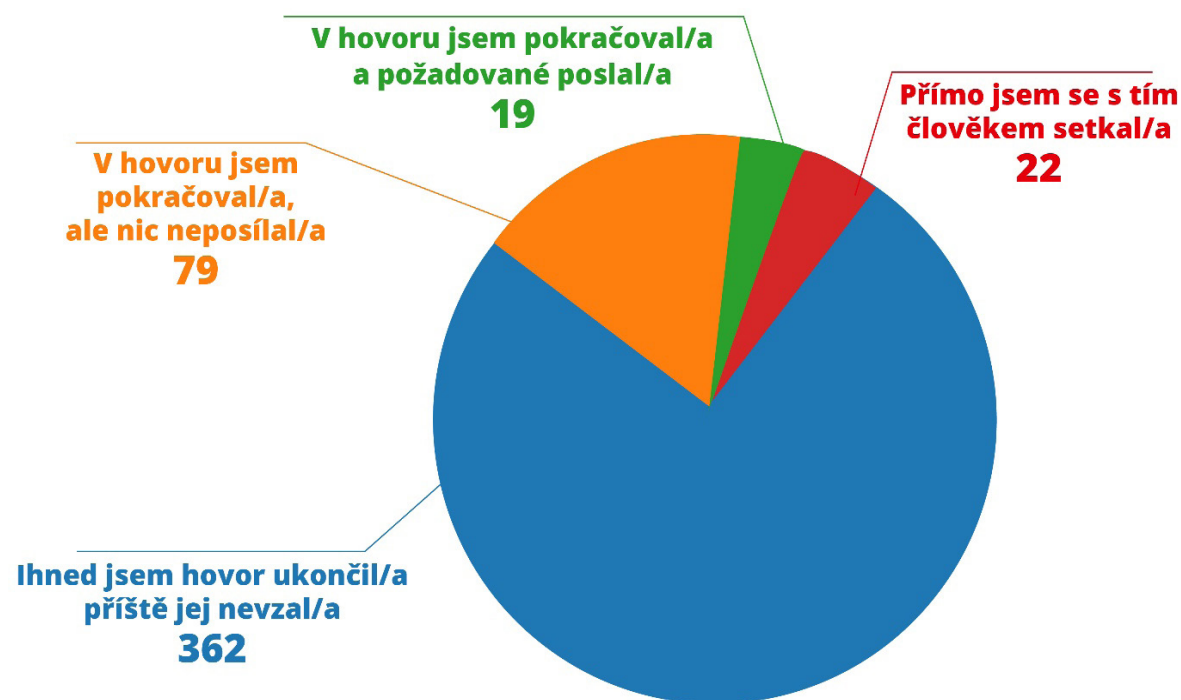
Bohužel ne všechny děti jsou takto komunikačně obratné a rozumově vyspělé. V sexuologické ordinaci se ocitl 16letý mentálně retardovaný chlapec. Snažil se na sociální síti dopadnout „lovce malých dívek“. Proto se vydával za 13letou sexuchtivou dívku a komunikoval s on-line agresory. Posléze jeden z jeho přátel na Facebooku přišel na to, že je ve skutečnosti chlapec, a dokonce i zjistil, kde bydlí, a vyhrožoval mu zabitím. Ten případ mohl skončit velmi tragicky, protože chlapec se pokusil o sebevraždu, ale naštěstí se mu to nepodařilo.

Z výsledků výzkumu jsme zjistily, že mezi nejzranitelnější skupinu patří právě děti, které shlédly porno poprvé ve věku od šesti do deseti let.

Zatímco děti a dospívající, kteří nikdy na porno nebyli, byli na sociálních sítích osloveni sexuálními agresory ve 22,3 %, tak u skupiny, která porno poprvé shlédla mezi 6 a 10 lety, bylo kontaktováno 45,4 % takto malých dětí. Jedna z obětí se s agresorem setkala tváří v tvář, byla jím 7x znásilněna, což potom vyšetřovala policie.

Graf 9. Zastoupení výzev neznámých lidí se sexuálním podtextem při oslovení dětí a dospívajících v online prostředí (byla možná více než 1 odpověď)



Graf 10. Reakce dětí a dospívajících na požadavek online agresora

Děti, které se dívají na porno již ve věku do deseti let, zároveň podle výzkumu neumí čelit sexuálním agresorům na internetu. Hovor jich okamžitě ukončí jen 58 procent. Mezi žáky, kteří porno viděli ve vyšším věku nebo vůbec, se více než 90 procent dokáže agresorům bránit.

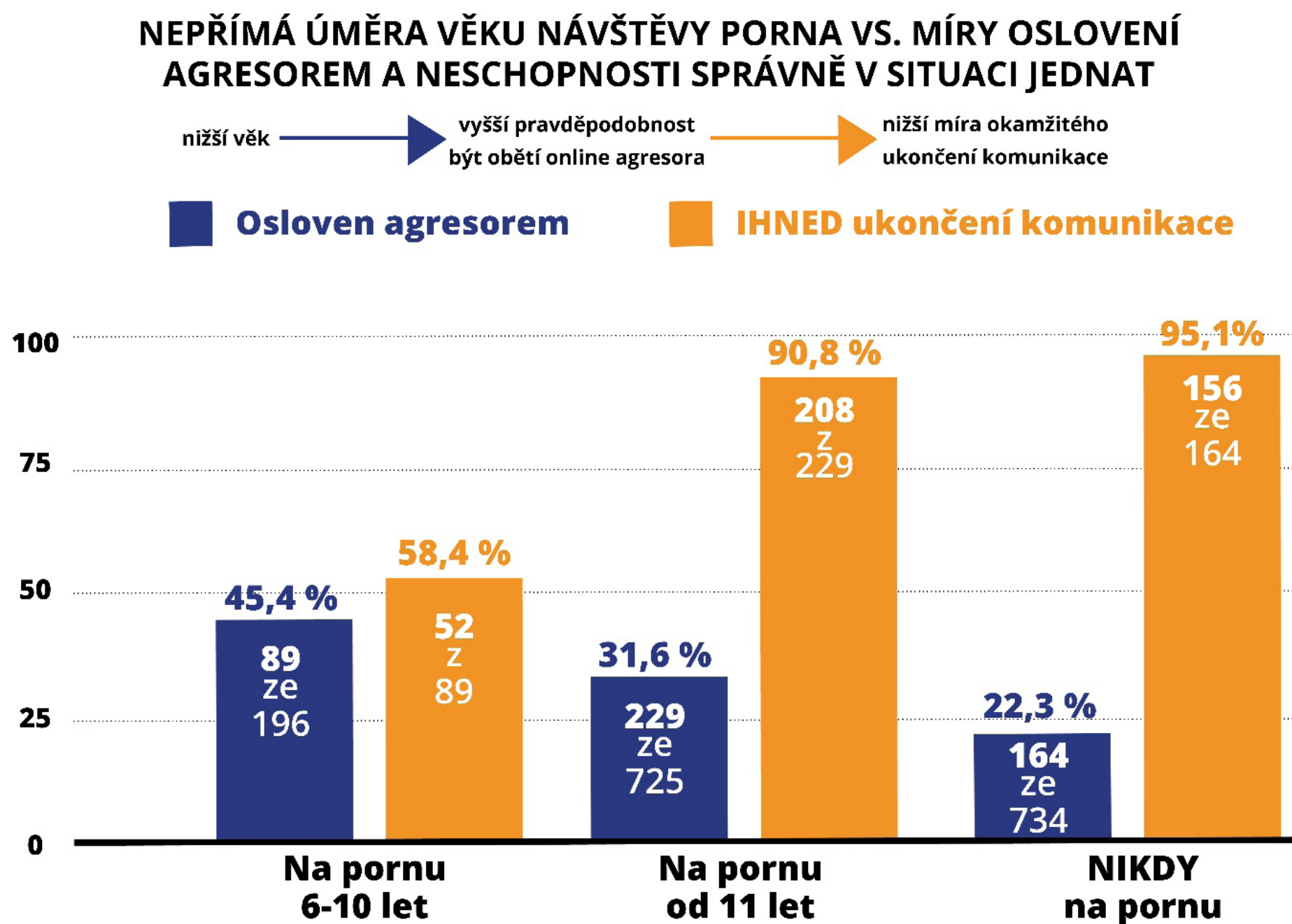
Výzkumem byl jednoznačně prokázán fakt, že čím dříve dítě přijde do kontaktu s pornografií, tím více se stává potenciální obětí on-line agresorů a tím hůře na agresory dokáže správně reagovat a hovor ihned ukončit.

Závěry vyplývající z výsledků průzkumu

- Sexuální výchovu čerpají děti a náctiletí primárně z internetu buď sami, nebo prostřednictvím svých vrstevníků.

- Děti na internetu sledují pornografii již od 6 let věku, což byla dolní hranice průzkumu. Skupina dětí, které byly na pornostránkách v časném věku, tedy od 6 do 10 let, se stala častější obětí sexuálních on-line agresorů a v mnohem menší míře se jim uměla bránit, hovor nedokázala ihned ukončit. Mladší děti také spíše podléhají dojmu, že se v pornu jedná o reálný sexuální život, proto jsou nejohroženější skupinou ze strany manipulátorů. On-line agresori malé děti snadněji přesvědčí, že to, co po nich chtějí, je normální jednání. Než rodič umožní dítěti vstoupit na internet, měl by dítě o rizicích virtuální komunikace informovat.
- Výzkumem byl jednoznačně prokázán fakt, že čím dříve dítě přijde do kontaktu s pornografií, tím více se stává potenciální obětí on-line agresorů.
- Osloveny sexuálními agresory bývají častěji dívky ($\frac{3}{4}$) než chlapci ($\frac{1}{2}$), v obou případech nejčastěji ve věku 13 a 12 let. Nejvíce oslovených bylo vyzváno k zaslání nahých fotek a videí, poté ke sledování fotek a videí přirození vyzyvatele. Naštěstí $\frac{3}{4}$ takto oslovených ihned komunikaci ukončilo. Více než $\frac{1}{2}$ se někomu se svým zážitkem svěřila, nejčastěji kamarádům.
- Nejvhodnější věk předání informací o fyziologii dospívání je u dívek kolem 10.–11. roku, u chlapců v rozmezí 11–13 let, protože jak vyplynulo z průzkumu, $\frac{1}{3}$ dívek a polovina chlapců má již ve 13 letech vážnou známost. Rodič by neměl vynechat ani první seznámení s tématem „Jak děti přicházejí na svět“ v předškolním věku, protože je velká pravděpodobnost, že právě děti, které se v tomto období nedozvědí potřebné informace z domova, končí před 10. rokem při vyhledávání si potřebných informací na pornostránkách.
- Struktura sexuální výchovy by se tedy měla změnit, aby již malé prepubertální děti byly nejdříve seznámeny s riziky, která souvisí s užíváním intranetu. Teprve potom by měla následovat klasická sexuální výchova zaměřená na fyziologii dospívání.

Graf 11. Ukázka častějšího oslovení agresorem ve skupině dětí, která byla poprvé na pornu ve věku 6–10 let (modrý sloupec), a nižší míry okamžitého ukončení hovoru





- Potřeba korekce informací z internetu a od spolužáků o dospívání, sexu a zdraví by měla proběhnout v rodině (hovory, předání knihy), příp. za podpory faktických informací ze školy.
- Kvalitní sexuální výchova významně snižuje zájem dětí o pornografii. Pouze jedna třetina dětí vzdělaných doma zavítá na pornostránky, zatímco dvě třetiny dětí vzdělané internetem a vrstevníky navštíví porno.
- Kvalitně vedená sexuální výchova doma a ve škole je významnou ochranou našich dětí před on-line manipulátory a agresory i nevhodným obsahem na internetu.

- Je jistě možné diskutovat o kvalitě informací na internetu. Ucelená sexuální výchova na něm neexistuje, a jestli si chceme udělat obrázek, s jakými informacemi se děti setkávají v online prostředí, doporučuje shlédnout reportáž k tomuto tématu: <https://www.stream.cz/adost/covid-rozsiril-porno-a-sex-mezi-nejmensi-deti-co-s-tim-muzeme-udelat-64167552?refreshed=1>.

Závěr

Děti před riziky internetu neuchráníme, musíme je naučit jim čelit. Jak? Kvalitními, včas podanými informacemi v kruhu rodinném.

Přílohu najdete na následující straně.

**Příloha 1: Plné znění otázek**

1. Od koho jste se dozvěděl/a nejvíce informací ze sexuální výchovy? *(pouze 1 odpověď)*
2. Máte nějakou vážnou známost (příp. měl/a jste)? Chodil/a jste s dívkou nebo klukem? *(vážná známost byla objasněna doplňující otázkou)*
3. Máte již za sebou sexuální zkušenost ve smyslu soulože, pohlavního styku nebo jiných párových sexuálních praktik?
4. Byl/a jste někdy na pornostránkách? *(pouze 1 odpověď)*
Dalších 6 otázek pouze u odpovědi ANO v ot. 4
 - 4a. Pokud ano, kdy poprvé?
 - 4b. Pokud ano, jak často na ně chodíte? *(pouze 1 odpověď)*
 - 4c. Kdo vás na pornostránky poprvé navedl? *(pouze 1 odpověď)*
 - 4d. Na co jste se na pornostránkách díval/a? *(více možných odpovědí)*
 - 4e. Sledoval/a jste porno s neobvyklými sexuálními praktikami? *(pouze 1 odpověď) Jaké?*
 - 4f. Vyzkoušel/a jste někdy tyto neobvyklé praktiky z porna? *(pouze 1 odpověď) Jaké?*
 - 4g. Kolik vám bylo let, když jste je vyzkoušel/a poprvé? *(pouze 1 odpověď)*
5. Myslíte, že v pornu sledujete normální sexuální chování z běžného života? *(pouze 1 odpověď)*
6. Víte, od kolika let je možné sledovat porno dle zákona? *(pouze 1 odpověď)*
7. Byl/a jste někdy na sociálních sítích osloven/a někým, s kým jste se osobně nikdy nesetkal/a tváří v tvář, a to se sexuálním podtextem (ukazoval přirození, chtěl po vás se svléknout nebo přijít na schůzku)? *(pouze 1 odpověď)*
Pokud ANO, odpovídá zbytek otázek. Pokud NE, dotazník pro dotyčného skončil
 - 7a. Chtěl po vás dotyčný něco z následujícího? *(více možných odpovědí) Specifikace v další otázce.*
 - 7b. Kolikrát se vám takové oslovení přihodilo? *(pouze 1 odpověď)*
 - 7c. V jakém věku poprvé?
 - 7d. Znali tito lidé váš skutečný věk? *(pouze 1 odpověď)*
 - 7e. Co jste udělal/a, když jste zjistil/a, co po vás dotyčný chce? *(pouze 1 odpověď)*
 - 7f. Svěřil/a jste se se svou zkušeností někomu? *(pouze 1 odpověď)*
 - 7g. Pokud jste obtěžujícího odmítl/a, vyhrožoval vám nějak nebo vydíral nebo nutil do něčeho? *(pouze 1 odpověď) Upřesněte v další otázce.*



Thumbnails

1

Psychiatrie pro praxi 2016 1E

2

Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií

3

Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií

4

Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií

Psychiatrie pro praxi

pages: 29 / 30

Q

© SOLEN

Aktuální strana

Místo pro zobrazení:

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

Vyhledávání v dokumentu

Odkaz na časopis

Navigační prvky pro posun stránek

Náhledy stránek

Záložky

Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích

Nástroj k výběru textu

Tisk

Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače

Nástroj k ovládání zvuku

Nástroje k zvětšení strany



www.psychiatriepropraxi.cz