

XXII. českolipský den astmatu a alergií

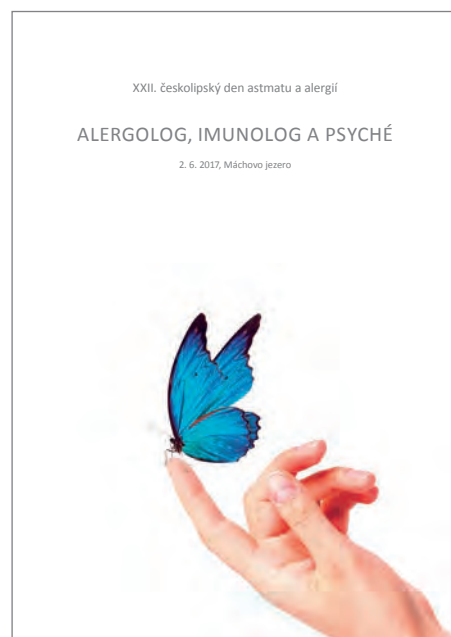
ALERGOLOG, IMUNOLOG A PSYCHÉ

2. 6. 2017, Máchovo jezero



XXII. ČESKOLIPSKÝ DEN ASTMATU A ALERGIÍ

Hotel Port, Máchovo jezero
2. června 2017



Pořadatel

Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP

Garanti akce

doc. MUDr. Vít Petruž, CSc.
MUDr. Tomáš Kočí
MUDr. Martin Fuchs

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00

Organizační zajištění: Mgr. Vendula Pávková, 777 714 679, pavkova@solen.cz

Obchodní zajištění: Mgr. Kristina Šafářová, 724 984 452, safarova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Milan Matoušek

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 6 kredity pro lékaře a 4 kredity pro sestry.

www.denastmatu.cz

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

Program / pátek 2. června 2017

SEMINÁŘ MODERUJÍ

MUDr. Martin Fuchs, MUDr. Tomáš Kočí

- od 7.30 REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ
- 8.30–8.45 **Zahájení semináře, zkouška hlasovacího zařízení**
- 8.45–9.00 **60 let ČSAKI**
doc. MUDr. Vít Petrů, CSc., Praha
- 9.00–9.30 **Alergologovy jasné otázky a nejasné odpovědi**
MUDr. Martin Fuchs, Praha
- 9.30–10.00 **Psychogenní kašel a dušnost**
MUDr. Petr Koťátko, Praha
- 10.00–10.30 **Astma a adolescence**
doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D., Plzeň
- 10.30–11.00 PŘESTÁVKA
- 11.00–11.30 **Spánek a imunita**
MUDr. Dalibor Jílek, CSc., Ústí nad Labem
- 11.30–12.00 **Vše souvisí se vším aneb co nám může prozradit kůže**
MUDr. Petr Třeštík, Svitavy
- 12.00–12.30 **Partnerské vztahy – jak to neodstomat**
MUDr. Ladislav Hnídek, Česká Lípa
- 12.30–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA
- 14.00–14.30 **Placebo**
MUDr. Tomáš Kočí, Česká Lípa
- 14.30–15.00 **Humor v životě a v medicíně**
MUDr. Radkin Honzák, CSc., Praha
- 15.00–16.00 **Kdo je člověk (Člověk a jeho zdraví v kontextu rodiny a společnosti)**
P. Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Praha
- 16.00 **Předpokládaný závěr semináře**
- od 16.00 Doprovodný program

Změna programu vyhrazena

60 let České společnosti alergologie a klinické imunologie

doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.

Alergologie a klinická imunologie, Synlab Czech, s. r. o., Praha



V letošním roce slavíme 60 let od vzniku naší odborné společnosti. Při této příležitosti je vhodné si nejen připomenout, jak to vše začínalo, ale uvědomit si, čeho všeho bylo za ta léta dosaženo. Základy oboru alergologie vytvářeli již v období mezi dvěma světovými válkami manželé Josef a Karla Liškovi. Josef Liška jako první u nás tehdy prováděl diagnostické kožní testy s alergeny dovezenými z USA. Kromě své alergologické praxe založil a dlouhá léta vedl výrobu alergenů v Ústavu sér a očkovacích látek v Praze na Vinohradech. Po skončení 2. světové války a po svém návratu ze stáží v USA zakládá společně s otolaryngologem prof. Vladimírem Hlaváčkem, internistou prim. Bohuslavem Hodekem a dermatologem prof. Františkem Konopíkem v roce 1949 Komisi pro alergologii. Potom v roce 1952 vznikla na konferenci Dermatologické společnosti konané v Mariánských Lázních alergologická sekce této společnosti. Její členové vyvíjeli svou činnost velmi aktivně, takže po 5 letech došlo k osamostatnění a tedy v roce 1957 k založení Alergologické společnosti při Československé lékařské společnosti J. E. Purkyně, jejíž název se v roce 1967 změnil na Společnost pro alergologii a klinickou imunologii. V roce 1969 v rámci federalizace republiky vznikla Česká společnost alergologie a klinické imunologie (ČSAKI), členka České lékařské společnosti J. E. Purkyně, jejíž název trvá doposud.

Prvním předsedou odborné společnosti byl již zmíněný prof. Hlaváček a vědeckým sekretářem se stal prim. Hodek. Ve funkci předsedů se potom vystřídali Bohuslav Hodek, Vladimír Zavázal, Jiří Strejček, znovu Vladimír Zavázal, Václav Špičák a od roku 2001 doposud Vít Petrů. Vědeckými sekretáři byli Vladimír Vondra, Jaroslav Fajstavr, Václav Špičák, Vít Petrů, Petr Panzner a od roku 2005 doposud Jiří Litzman.

Ve Vinohradské nemocnici v Praze vzniklo zásluhou prim. Hodka v 50. letech minulého století první ambulantní alergologické pracoviště, brzy následované založením dětského lůžkového i ambulantního oddělení na Švejcárově I. dětské klinice na Karlově, vedeného tehdy docentem Špičákem. V Olomouci docent Horymír Malota inicioval vznik samostatného oddělení ve fakultní nemocnici, propojeného i s laboratoří, v Plzni byl vedoucí osobností oboru Vladimír Zavázal, v Ústí n. Labem Josef Richter. Rychle vznikala a rozrůstala se síť ambulantních alergologických pracovišť v Praze (Jiří Ehl, Josef Beneš), Hradci Králové (Bohumil Fixa, Josef Jirkal), Liberci (Josef Rozkovec, Jaroslava Kleinhamplová), v Českých Budějovicích (Ivo Michl), v Brně (Dana Makešová, Drahoslav Říčný), v Ostravě

(Longina Borysová). Od samého počátku byla zdůrazňována spojitost alergologie s imunologií. O šíření poznatků teoretických základů imunologie se zasloužil Jaroslav Šterzl, Ctirad John a další. V roce 1978 založila Terezie Fučíková v Praze první samostatnou jednotku klinické imunologie, která byla základem pro vznik klinického i laboratorního imunologického pracoviště v rámci lékařské fakulty. Podobně vznikala takováto zařízení oboru na fakultách v Plzni, Brně, Hradci Králové, Olomouci a v Praze-Motole a v Krči. V Ústí n. Labem a v Ostravě se formovala v rámci dnešních zdravotních ústavů.

V roce 1973 atestovali první lékaři z alergologie, předsedou komise byl prof. Švejcar. Od roku 1982 do roku 1995 se náš atestační obor jmenoval „Lékařská imunologie“ (profesor Ivo Hána byl tehdy významným představitelem postgraduálního vzdělávání), ke změně názvu na „Alergologie a klinická imunologie“ došlo v roce 1996. Po mnoho let organizoval atestační kurzy i zkoušky Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ Praha), od roku 2012 přešly tyto aktivity do gesce lékařských fakult, ročně u nás atestuje v tomto oboru kolem 10 lékařů.

Naše odborná společnost vždy zdůrazňovala význam kontinuálního vzdělávání svých členů. Postupně bylo vytvořeno stabilní schéma přednáškových akcí regionálního i celostátního významu. Každý druhý čtvrtek v měsíci s výjimkou letních prázdnin se konají v Praze tzv. pracovní schůze organizované výborem společnosti, vždy s monotematickým zaměřením. Kromě toho probíhají v různých částech republiky konference, na jejichž programu se významnou měrou podílejí lokální představitelé oboru (Luhačovické dny, Šumperské dny, Setkání v Litomyšli, Rožnovské dny, Českolipský den, Severočeská konference v Ústí n. Labem, Beskydské dny). Uvolněné místo po v roce 2015 ukončené sérii třinácti Setkání dětských alergologů v Telči bylo zaplněno Kutnohorským dnem lékové alergie. Již po mnoho let se konají ve spolupráci se Slovenskou společností alergologie a klinické imunologie střídavě u nás a na Slovensku společné sjezdy alergologů a klinických imunologů obou zemí, v roce 2016 se jednalo již o XXXIII. kongres, který se uskutečnil v Plzni. V tomto roce v měsíci říjnu budou hostit účastníky z obou zemí Vysoké Tatry.

Na kontinuálním vzdělávání se významnou měrou podílí i časopis „Alergie“, který vychází letos již 19. rokem (4 čísla ročně + 1–2 komplementum). Na jeho vzniku i velmi dobré odborné úrovni jeho obsahu má velkou zásluhu šéfredaktor prof. Václav Špičák. On je také vedoucím redaktorem časopisu pro laiky „Alergie, astma,

bronchitida“, který vychází letos již 20. rokem, jehož přispěvateli jsou také členové naší odborné společnosti. Časopis je vydáván ve spolupráci s Českou iniciativou pro astma (ČIPA, o. p. s.), která byla založena v roce 1996 alergology a pneumology. Významnou měrou přispívá k šíření vzdělání lékařů, sester i laiků, vydává různé publikace, doporučené postupy apod. Významnou aktivitou posledních let je vzdělávací program pro pedagogy pod názvem „7A–7x o alergii a astmatu“. V rámci tohoto projektu proběhla téměř stovka seminářů, podařilo se proškolit více jak 2000 učitelů a dvě desítky škol získaly certifikát „Škola přátelská alergii a astmatu“.

V současnosti (stav ke dni 30. 4. 2017) má ČSAKI 1 225 členů (239 mužů, 986 žen), sekce laboratorní imunologie má 197 členů, sekce alergologických sester 155 členek, sekce imunologických laborantů má 81 členů a nedávno vzniklá sekce imunogenetiky 87 členů. V ČSAKI pracují aktivně pracovní skupiny pro léčbu primárních imunodeficiencí, pro léčbu hereditárního angioedému, pro potravinovou alergii a pro alergii lékovou.

V roce 2017 proběhnou v průběhu podzimu dle stanov ČSAKI volby představitelů všech sekcí i volby do „velkého“ výboru, o konkrétním datu i způsobu voleb budou členové včas informováni. Informace o dění v ČSAKI jsou k dispozici na www.csaki.cz.

Alergologovy jasné otazníky a nejasné odpovědi

MUDr. Martin Fuchs

Immunoflow, Praha



Je obor alergologie a klinické imunologie krásným oborem, jak říkají mí velcí učitelé? Nechci brát iluze mladým i nadšeným, ale u mne toto lichotivé hodnocení ztratilo význam. Obor se v mé ambulanci stal napínavým dramatem, doslova thrillerem, z kterého nemohu odvrátit oči, ale nevinný půvab v něm rozhodně nenacházím. Ani uspokojení. On totiž přímo vybízí k vyhoření. Ano, jsem vyhaslý a za svůj stav se nestydím. Dokonce se domnívám, že mi konečně pomáhá v orientaci, co je správné, co je pouhý balast a co do alergologie a klinické imunologie nepatří. Na přednáškách se dvě desítky let dovídám, co je nového v diagnostice a co nového v léčbě, jen při tom taktně nezmiňujeme fakt, že atopie už zřejmě přemohla 50 % Evropanů. O alergických ani nemluvě, vždyť do našich ambulančí nedochází ani 10 % české populace. Ostatní (dalších 20 %) si přeci mohou koupit naše hlavní farmakologické zbraně za své v obchodě. Když nepomůže tableta, mají snadnou volbu v „hexagonu“ klíčových protizánětlivých kroků. Když jsem byl před mnoha lety v Mexiku na dovolené, šokovala mne přítomnost fixního protiastmatického preparátu, který se doslova válel v ušmudlaném regálu tamní samoobsluhy. Při snaze o jejich vyfotografování mne pokládali za dealera drog. A to jsem byl přitom jen studovaný „dealer“ farmakologických firem. Dnes už nás nepotřebují, zaútočili přímo na zákazníka, pánbůh jim pomáhej (tedy těm pacientům).

O čem by chtěl vyhořelý mluvit? Zatím neví, ale možná o tom, že:

- 8 % kojenců má a bude mít potravinovou alergii (PA) a že se o ně dostatečně nestaráme. Přitom neprospívají, retardují ve vývoji, alergický zánět sliznic i kůže jim kvantitativně i kvalitativně ukrájuje ze životní pohody (stačí si něco přečíst o rizicích vzácného primárního eozinofilního syndromu, jehož srovnatelné důsledky řada kojenců s PA, zejména s generalizovaným ekzémem, musí přechodně pocítit nejen „na vlastní kůži“). A vakcína? Zbožné přání. A 35 % z těchto dětí bude mít v budoucnu astma a 35 % alergickou rýmu.
- imunointervence není totéž, co imunomodulace. Řada dětí (a jistě i dospělých) s RIDC (recidivující infekce dýchacích cest) nemá vůbec žádnou deficienci imunity, ale deficienci zdravé výživy, dostatečného spánku, pohybu, vitaminů (např. vit. D) a mikronutrientů (např. železa). Jejich homeostáza, tak i imunita, je pod neustálým vlivem chronického stresu (chemický, fyzikální, infekční, psychický aj.). Jejich imunita by pak mohla být – a často i je – naopak aktivována a my vůbec netušíme, co případnou další imunomodulací (v tomto případě antigenní

stimulací) vůbec způsobíme. Odejít z ordinace s receptem na zdravou životosprávu se moc nenosí. A když, tak se rychle stavit v lékárně pro nějaký ten „rakytník“.

- v posledních letech naše péče – oproti našemu skromnému pokroku – neskutečně zdražuje (rozpor „cost-benefit“). Mnohé imunologické nálezy přitom neumíme ani správně interpretovat, a tak se nevědomě dopouštíme i diagnostických a terapeutických přehmatů. To není omluva, to je pokání. Například různých fenotypů se shodnou senzibilizací na břízový alergen by se dalo vyjmenovat alespoň 15. A jen jediný, byť v převaze, si zaslouží cílenou SAIT. U některých by mohla být imunoterapie spíše na škodu (např. u těch s eozinofilní ezofagitidou).
- proč u některých IgE mediovaných onemocnění slušně funguje „anti-IgE“ intervence a u některých vůbec, a to se o alergickém zánětu, cytokinech a molekulách píší tlusté knihy.
- vyšetřujeme nebo alespoň stále tolerujeme existenci slgG (zejména u potravin).
- nechali jsme si po 20 letech uloupit EER (reflux), to není nakonec až tak velká ztráta (kdo se z nás umí podívat do hrtanu, kdo z nás vyšetřuje pH-metrii?), ale problém je chronické nadužívání antacid i blokátorů protonové pumpy. Vyrábíme si více mikrobiálně pozitivních aspirací, dysregulujeme zřejmě nejdůležitější imunologický orgán v těle (mikrobiotu) a přispíváme tak i k nezastavitelnému nárůstu potravinové alergie.
- neumíme se pořádně podívat do nosu a přes 50 % našich základních diagnóz jsou chronické, v lepším případě alergické rýmy.
- přesouváme odpovědnost za astma na konkurenci, v případě těžkých forem jednoznačně. Možná je to alibismus, možná je to tak nakonec i dobře.
- naopak zasahujeme do řemesla infekcionista, vyrábíme – a co je horší i léčíme – chronické EBV, které přitom v běžné realitě ani neexistují. A co herpetické viry, borrelie, natož chlamydie? Raději nepřipomínat.
- **bude-li řeč ještě o infekcích a o mikrobiotě, co pak antibiotická politika? Nezdá se, že by měla být v lepší kondici, než je ta politika celosvětová, společenská.**

Na srdci toho má vyhořelý ještě hodně (možná dojde i na postřížinské motto „zkracování“). Nechte se překvapit, co se nakonec do časového limitu vejde.

Psychogenní kašel a dušnost

MUDr. Petr Koťátko

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



Psychogenní a funkční poruchy dýchání jsou časté a vyskytují se většinou u dětí a dospívajících, což vede ke značné morbiditě a významně přispívá k nákladům a k frustraci pacienta i lékaře. Psychogenní kašel je diagnóza, která je spojena ve většině případů se zdoluhavou diagnostikou, kdy je potřeba vyloučit celou řadu organických příčin kašle. Nedá se stanovit během jedné návštěvy lékaře. Diferenciální diagnostika je velmi široká a v tomto případě někdy i zavádějící. Kombinace organických respiračních onemoc-

nění a psychogenních aspektů se mohou překrývat. V praxi často postupně vyloučíme většinu známých příčin chronického kašle a stav uzavřeme jako „gastroezofageální reflux“. Toto onemocnění je v současné době zcela jistě „naddiagnostikované“. Můžeme se setkat i s pacienty, kdy je diagnóza psychogenního kašle stanovena bez řádného vyšetření a teprve po podrobném vyšetření je odhalena skutečná příčina chronického kašle. V praxi může být diagnóza psychogenního kašle skutečným diagnostickým oříškem.

LITERATURA

1. Anne E. Vertigan, PhD, MBA, BAppSc(SpPath); Mohammad H. Murad, MD, MPH; Tamara Pringsheim, MD; Anthony Feinstein, PhD, MD; Anne B. Chang, MBBS, PhD, MPH; Peter A. Newcombe, PhD; Bruce K. Rubin, MD, MEngr, MBA; Lorcan P. McGarvey, MD; Kelly Weir, MSpPath; Kenneth W. Altman, MD, PhD; Somatic Cough Syndrome (Previously Referred to as Psychogenic Cough) and Tic Cough (Previously, Referred to as Habit Cough) in Adults and Children, CHEST Guideline and Expert Panel Report CHEST 2015; 148 (1): 24–31
2. Weinberger M, Lockshin B. When is cough functional, and how should it be treated? *Breathe* 2017; 13: 22–30.
3. Niggemann B, *Pediatric Allergy And Immunology: Official Publication Of The European Society Of Pediatric Allergy And Immunology [Pediater Allergy Immunol]*, ISSN 1399–3038, 2010 Sep; Vol. 21 (6): pp. 895–899.

Astma a adolescence

doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D.

Klinika pneumologie a ftizeologie, FN a LF UK v Plzni



Období přechodu z dětství do dospělosti, v časovém oblouku mezi 11–19 lety, je věkem konfliktů, vycházejících na jedné straně z překotně dosahované tělesné a sexuální zralosti, doprovázené snahou po nezávislosti, a na straně druhé ze sociálně-psychologické nezralosti.

Pro vývoj astmatu představuje adolescence kritické období, spojené se zvýšeným rizikem vzniku plíživých irreverzibilních změn.

V období adolescence astma vykazuje téměř ve 2/3 případů různě vyjádřenou spontánní klinickou remisi. Tato remise však není úplná, různý stupeň reziduální aktivity zánětlivých změn ve stěně průdušek přetrvává a při nedostatečné protizánětlivé léčbě může již v řádu měsíců vyústit v jejich irreverzibilní morfologickou přestavbu.

K redukci až vysazení preventivní antiastmatické léčby vede snaha adolescentů po samostatnosti, pokles „dozorující“ funkce rodičů a ztráta kontinuity lékařské péče. Negativní dopady adherence k léčbě bývají umocňovány kouřením cigaret, ev. abúzem dalších návykových látek a profesními expozicemi.

Přednáška se zabývá specifiky v obraze nemoci, diagnostickými a terapeutickými úskalími astmatu v adolescenci a vyúsťuje v praktická doporučení:

- respektování **autonomie** a svéprávnosti adolescentů (dialog bez přítomnosti rodičů, zachování mlčenlivosti týkající se důvěrných informací o kouření a jiném abúzu, atp.);
- individuálně cílená a mentálně adekvátní **edukace**, spojená s navozením rovnocenného partnerství a delegováním rozumné míry autoregulace léčby (srozumitelné vysvětlení podstaty onemocnění, krátkodobé vs. dlouhodobé cíle léčby, vliv léků na psychické a sexuální funkce, spolehlivé internetové zdroje, možnost telefonických/elektronických konzultací);
- konzultace týkající se **výběru povolání**;
- opakované intervence ve prospěch **nekuřáctví**;
- zajištění **kontinuity** zdravotní péče (aktivní zvání ke kontrolám, adresné předávání do péče specialistům v místě nového bydly/školy, atp.);
- přizpůsobení **léčby** změněnému životnímu období a stylu (preference monoterapie, v případě IKS u žen preference budesonidu, při kombinované léčbě s LABA preference fixních kombinací, režimu SMART, dávkování 1x denně).

Klíčová slova

- Astma, adolescence

LITERATURA

1. GINA Global strategy for asthma management and prevention 2017 (<http://www.ginasthma.org/>)
2. Dahlen E, Wettermark B, Bergstrom A, et al. Medicine use and disease control among adolescents with asthma. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; 72: 339–347.
3. Teřl M. Astma adolescentů. *Postgraduální medicína* 2014; 2: 194–198.
4. Teřl M, Čáp P, Dvořáková R, et al. Doporučený postup diagnostiky a léčby bronchiálního astmatu. *GEUM* 2015: 63 s.
5. Dritz MC, Britto MT. Update on asthma management: making sense of the guidelines for adolescents with asthma and integrating them into clinical practice. *Adolesc Med State Art Rev* 2010; 21(1): 1–20.
6. Clark NM, Dodge JA, Thomas LJ, et al. Asthma in 10- to 13-year-olds: challenges at a time of transition. *Clin Pediatr (Phila)* 2010(10): 931–937.
7. Kašák V. Farmakoterapie astmatu. 2. vydání. Maxdorf 2013; 261 s.

Placebo

MUDr. Tomáš Kočí

Astmacentrum, Česká Lípa

koci@astmacentrum.cz



Existuje několik teorií, jak se slovo placebo dostalo do medicíny. Nicméně stalo se běžným a ještě relativně nedávno bylo podávání placebo v medicíně časté a akceptovatelné. V moderní době však nese tento termín pejorativní nádech – jako nějaký podvod na pacientech, jako něco, čím je šidíme a čím jim upíráme „opravdovou účinnou léčbu“. Placebo je nyní možno použít jen v některých případech při provádění klinických zkoušek s nově vyvíjenými léky, jinak je v moderní západní medicíně považováno za nepatřičné.

Existuje celá řada studií, které prokazují, jak účinek podávané látky závisí na cestě podání, na barvě a vzhledu podávané tablety, na ceně léku i na reputaci daného zdravotnického zařízení a charismatu personálu. Účinek podávaného léku ale nepochybně závisí i na důvěře, kterou v něj má sám ordinující lékař. Empatický postoj (někdy například i včetně vhodných dotyků pacienta) výrazně podporuje efekt léčby.

Účinek placebo je prokazatelný i při jeho podávání otevřeně (tedy pokud je pacient informován, že užívá placebo). Naopak při

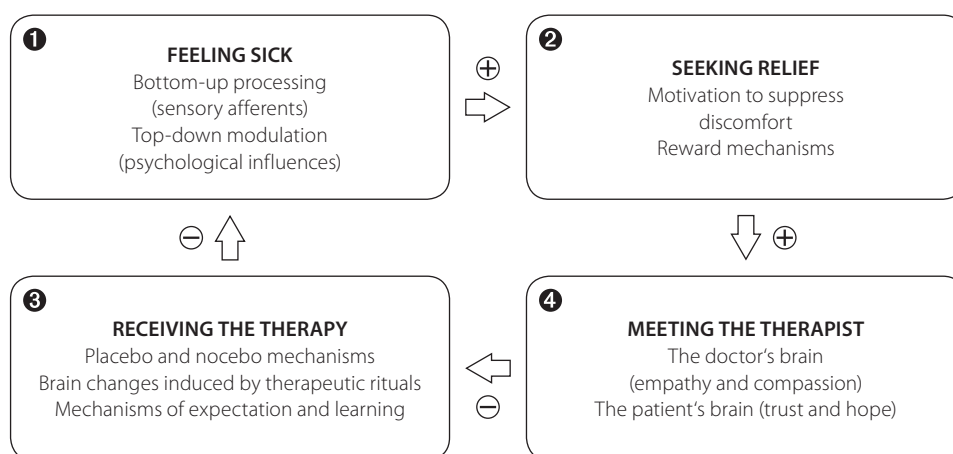
maskovaném podávání léku (= substance s prokázaným účinkem dle medicíny založené na důkazech) nedosahuje jeho účinek ani účinku placebo.

Z průzkumů mezi pacienty vyplývá, že pacienti většinou souhlasí s použitím placebo v případě, že jejich lékař jeho použití doporučí a věří v něj. Klasická definice placebo jako neúčinné látky, jejíž případný účinek závisí na sugesci, se ukazuje jako chybná – například v léčbě bolesti při použití placebo dochází v nervovém systému k obdobným chemickým a fyzikálním pochodům jako při užití léků nebo drog.

Závěrem snad můžeme s mírnou nadsázkou doporučit: „přiblížme se šamanům“: při zachování naší vysoké odbornosti a při sledování vývoje moderní medicíny nezapomínejme ani na atmosféru léčebné interakce s pacientem, na potřebný rituál při podávání léčby a dbejme, aby z nás vyzařovala jistota, které uvěří i pacient.

LITERATURA

1. Honzák R. Placebo jako opomíjená součást léčby. Kapitola z připravované učebnice psychosomatiky
2. Benedetti F. *Physiological Reviews* 1 July 2013; Vol. 93 no. 3: 1207–1246.
3. Finniss DG, et al. Placebo Effects: Biological, Clinical and Ethical Advances. *Lancet*. 2010 Feb. 20: 375: 686–695.
4. McQuay HJ, Moore RA. Placebo. *Postgrad Med J* 2005; 81: 150–166.
5. Conrad R. The hardest thing to see is in front of your eyes – quo vadis placebo analgesia. *J Pain Res*. 2016; 9: 819–823.



Humor v životě a v medicíně

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha



Kdo se jednou zasnoubil s humorem, má to štěstí, že se nebere příliš vážně, pravil Jiří Suchý.

Smích je nejdůležitější věcí v životě. Myslím, že většina lidí se bere příliš vážně, což jim brání, aby se chovali skutečně přirozeně. To zase řekl Sir Nicolas Winton.

Že chytrost, ne směšnost musí vyvolávat smích, nám odkázal Jan Werich, neboť směšný může být kdekdo, ale vtipný jen ten, kdo je bystrý.

Přestože šimpanzi a ostatní lidoopi nedokážou vyprávět vtipy, ve schopnosti smíchu za člověkem příliš nezaostávají. Podle primatologa Franse de Waala může být smích a jeho vyvolávání také součástí tzv. „šimpanzí politiky“. U člověka to může být podobné, jak konstatoval Christian Morgenstern, když napsal, že *smích je branou a úsměv dveřmi, kterými může do člověka vklouznout mnoho dobrého.*

Smích je spíš projevem uvolnění emocí a lze ho vyvolat nejen situačně, ale také oxidem dusíku, lechtáním a podáním drogy. Humor je více uvolnění intelektuální a vychází ze tří základních postojů: **uvolnění** v absurdní situaci, **potlačení** agrese či jiných impulzů, jejichž otevřený projev by byl rizikový nebo sociálně nežádoucí a **pocit převahy a nadřazenosti**.

Psychoterapie jistě není žádná sranda, ale bez ní se také neobejde. Eric Berne měl ve Stanfordu o škráloup víc proto, že z jeho terapií odcházeli pacienti a řvali smíchy, zatímco od analytiků se ploužili a plakali. AHA – momenty jsou absurdní situace a jejich uvědomění se smíchem má za následek jejich lepší zapamatování, odlehčení těžké situace humorem nemusí znamenat krok stranou a jestliže v náročné situaci je možné dodat pacientovi pocit převahy, není to vůbec špatné. Především ale je smysl pro humor pro psychoterapeuta tou nejlepší zbraní proti vyhoření.

Kdo je člověk (Člověk a jeho zdraví v kontextu rodiny a společnosti)

Mgr. et Mgr. Marek Vácha, PhD.

Ústav etiky a humanitních studií

3. lékařská fakulta UK, Ruská 87, Praha 10, 100 00

Marek.vacha@lf3.cuni.cz



Otázka „kdo je člověk?“ je pravděpodobně nejobtížnější z těch, kterými Immanuel Kant narýsoval okruh svého myšlení: 1. Co mohu vědět? 2. Co mám činit? 3. V co smím doufat? 4. Co je člověk? První otázku zodpovídá metafyzika, druhou morálka, třetí náboženství a čtvrtou antropologie. Podle Martina Bubera se první tři otázky protínají v oné poslední:

A proto je smysl čtvrté otázky, na kterou lze převést tři první, u Kanta tento: Co je to za bytost, která může vědět, má činit, smí doufat? A to, že na ni lze převést první tři otázky, znamená: Poznání bytosti této bytosti mně odhalí, co právě jako taková bytost může vědět, co právě jako taková bytost má činit a v co právě jako taková bytost smí doufat (Buber, 1997, str. 13–14).

Na stejnou otázku se pokouší odpovědět i Hans Jonas a ve svém vynikajícím eseji *Life, Death, and the Body in the Theory of Being* (Jonas 2001, str. 7–26) stanovuje tři fáze vývoje lidstva, tři kroky v chápání otázky – kdo je člověk? I když jistě proti jeho chápání lze uvést řadu protiargumentů, je tento jeho text neobyčejně podnětný.

Animismus (panvitalismus)

V animismu neexistuje rozdíl mezi duchovním a hmotným, mezi osobou a věcí, spirituálním a materiálním. Animismus nezná neutrální třetí osobu „ono“, všechno je „ty“. Vše kolem nás je živé, vše lze oslovit. Být znamená být živ. Je možno mluvit se skálou, s mrakem, s člověkem nebo zvířetem. Země, voda, vítr, plodící, ničící i živící jsou živé bytosti a jsou vše, jen ne „pouhá hmota“. Na začátku lidské existence je všudypřítomnost života nezpochybnitelným faktem.

Jak v takovémto světě ale vysvětlit smrt? Pokud je totiž vše živé, včetně skal, potoků a stromů, smrt musí být vysvětlena pomocí mýtů, náboženských kultů a podobně. Je-li totiž živá i skála, půda, i hlína hrobu, pak smrt nemůže, nesmí existovat.

Prvním problémem v dějinách lidského myšlení byl proto možná problém smrti. Nikoli život (který byl všude), nýbrž smrt si žádala vysvětlení.

Dualismus

René Descartes tento svět rozdělil na dvě části, věc myslící a věc rozprostraněnou. Na straně „věci rozprostraněné“ se ovšem ocitne veškerá živá i neživá příroda s výjimkou člověka – souhvězdí, planety,

zvířata, rostliny, krajiny i krásnoočka. Ona res cogitans, věc myslící, nehmotný rozum, je výsadou toliko člověka; na straně nerozumné hmoty bude od nynějška vesmír jako takový, to vše se stane nic než res extensa.

Moderní myšlení, které začíná v renesanci, tak přichází s přesně opačným teoretickým rámcem, než byl animismus. Smrt je přirozená, to život je problém a žádá si vysvětlení. Nepředstavitelně rozprostraněné universum je plné mrtvé, neoživené hmoty, pohybuje se tiše jak gigantický vesmírný metronom podle not danými slepými fyzikálními zákony. Hmota je zbavena všech živoucích vlastností, je podrobena přírodovědné analýze a její rozprostraněnost je měřena a je vyjádřitelná čistou matematikou. Měřitelnost věcí se stává jedinou důležitou vlastností přírody. Ne-život (the lifeless) se stává poznatelný *par excellence* a stává se základem veškeré reality, je přirozený, je původním stavem věcí, lze jej měřit, vážit, rozříznout, podrobit analýze. V tomto mechanickém a mechanicky fungujícím vesmíru ne-život je pravidlo, to život je záhadná výjimka fyzikální existence a život musí být vysvětlen v termínech ne-života.

Život, kvantitativně infinitesimální v nesmírnosti kosmické hmoty, kvalitativně výjimkou z pravidla vlastností této hmoty, kognitivně nevysvětlený v obecné jednoduchosti fyzikálních objektů – život se stal v této teorii kamenem, o který se klopýtá. Že život vůbec existuje, a že taková věc jako život je vůbec možná v moři hmoty, je nyní *ten* problém žádající si vysvětlení. Chápat život jako problém znamená uvědomit si jeho podivnost v mechanickém světě, který je celý mechanický.

Člověk se stává ve vesmíru osamělým trosečníkem, je jedinou myslí v bezmyslném, mrtvém vesmíru, je jediným myslícím uvnitř až děsivě monumentálního metronomu universa. Zvířata spolu s rostlinami jsou nic než biomechanismy, necítící stroje, neschopné cítit bolesti ani radosti.

Je možno říci, že život jako cizinec dlí v těle, které kvůli své vlastní přirozenosti – tělesné přirozenosti – není nic než tělo, zdánlivě živé, díky pomíjivé přítomnosti duše v něm. Pouze ve smrti, uvolněno od svého cizího návštěvníka, se tělo vrací ke své původní pravdě a duše ke své. Biblické *prach jsi a v prach se navrátíš*, vyjadřuje realitu člověka. Jen na chvíli se ocitáme nad hladinou smrti, odkud jsme vzešli, a do které se nevyhnutelně ponoříme.

Panmechanismus

Dualismus tedy zavede dichotomii soma – sema, duch – hmota, já – svět, což připravuje půdu pro chvíli, kdy se duch „vypaří“, zmizí ze světa, zanechávající za sebou jen prázdné zdi vězení. Moderní materialismus tak zdědí mrtvý dualismus, či to, co z něj zbylo (Jonas 2001, str. 14).

Všechny moderní teorie života jsou vykládány na pozadí této ontologie smrti, ze které se život musí vymámit či uvolnit, jen proto, aby v ní byl na konci opět pohřben. Z „bête machine“ (zvíře – stroj) jsme se dostali k „l’homme machine“ (člověk – stroj). V panmechanismu již život neexistuje, vše včetně nás samotných je de facto mrtvé, z člověka se stává soubor atomů, soubor buněk, nehmotný rozum přestává mít samostatnou existenci. Odtud přichází hrůza člověka, vždyť tou surovou neživou hmotou – jsem já! Větu „ve skutečnosti jsou jen atomy a prázdno“ jsme přejali od Demokrita a jakoby tato věta ve zkratce popisovala stávající definici člověka.

Panvitalismus je tak vystřídán panmechanismem. Panmechanismus chápe příběh vesmíru, tak jak jej známe, jako materiální ve své podstatě, mechanistický ve svém fungování a náhodný ve svém vývoji.

Takovéto vnímání člověka ovšem vede k oné představě souboru atomů či souboru buněk.

„Zkoumejme s určitou pozorností fyzikální ekonomii člověka: co naleznete? Čelisti jsou vybaveny zuby: jedná se o něco víc než kleště? Žaludek není nic než nádoba; žíly, tepny, celý systém krevních cév jsou hydraulické trubky; srdce je pumpa; ledviny (viscera) nejsou než filtr;

plíce nejsou než měchy. A co jsou svaly, když ne pružné struny?“ (Giorgio Baglivi (1668 – 1706) De praxi medica. cit v Canguilhem 2008, str. 78).

V současných učebnicích biologie a medicíny se setkáváme s příklady, kdy se o srdci mluví jako o pumpě (a umělé srdce takto skutečně pracuje), cévy jsou trubky, ledviny filtrační zařízení, placenta útvar, který přivádí kyslík a živiny a odvádí zplodiny metabolismu, a pacient sám se pak stává sumou orgánů, které je třeba v nemoci mechanicky opravit. Lékaři pak léčí nemoci, a nikoli pacienta.

Nejedná se přitom jen o změnu pohledu na člověka pouze v biologických či medicínských souvislostech. Nový pohled mění i filosofické chápání otázky „kdo je člověk“ a jaký je konečný důvod jeho existence.

Závěr

Pro Martina Bubera je otázka „kdo je člověk“ nejtěžší ze všech možných a na odpovědi záleží naše sebedefinování. Naše vědecké teorie o vzdálených galaxiích jejich chod nijak neovlivní, naše teorie o nás samých nás naopak ovlivní velmi silně. Pokud přemluvíme sami sebe, že jsme nic než *killer apes*, nezávazný výhonek dějin či vehikl genů, začneme se chovat, jako by tomu opravdu tak bylo.

Totalitní ideologie se budou stereotypně snažit přesvědčit člověka, že na něm nezáleží, že důležité jsou ideje, světlé zítřky či budoucnost, ale my ne. Naopak v demokracii je člověk vždy víc než společnost, v židovsko-křesťanské tradici je člověk dokonce obraz Boží, spolutvůrce vesmíru. „Kdo je člověk“ se tak stává možná nejdůležitější otázkou soudobé Evropy a na odpovědi závisí i její budoucnost. *Storytelling matters...*

LITERATURA

1. Buber M. (1997) Problém člověka. Kalich. Praha.
2. Canguilhem G. (2008) Knowledge of Life. Fordham University Press, New York
3. Gilbert SF, Epel D. (2015) Ecological Developmental Biology. The Environmental Regulation of Development, Health, and Evolution. 2nd. ed. Sinauer Associates, Inc. Sunderland, MA. USA.
4. Jonas H. (2001) The Phenomenon of Life. Toward a Philosophical Biology. Northwestern University Press, Evanston, Illinois. USA.

POZNÁMKY (

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE.

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



PARTNER PLUS



PARTNEŘI

