

EXCESIVNÍ PLÁČ KOJENCŮ

Mgr. Zuzana Masopustová¹, MUDr. Jana Marešová²

¹Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

²Dětská klinika FN, Hradec Králové

Pojmem excesivní pláč se označuje takový pláč kojence, který se vyskytuje celkově více než tři hodiny za den, během více než tří dnů v týdnu, v průběhu více než tří týdnů, a při němž běžné postupy užívané k tišení dítěte selhávají. Předkládaný článek se zabývá přehledem dosavadních poznatků o diagnostice, etiologii a přístupech k řešení tohoto syndromu s ohledem na jejich využitelnost v pediatrické praxi.

Klíčová slova: excesivní pláč, kolika, kojeneček, interakce matka – dítě, seberegulace.

EXCESSIVE CRYING IN INFANCY

Excessive crying is a term for an infant crying lasting for a total of more than three hours a day and occurring on more than three days a week on more than three weeks. The cry is inconsolable by usual calming techniques. The study presents review of actual facts about diagnostics, etiology and therapeutic approach which are usable in pediatric practice.

Key words: excessive crying, colic, infant, mother – child interaction, self-regulation.

Pediatr. pro Praxi 2008; 9(6): 394–397

Diagnostika

Syndrom excesivního pláče je označením používaným pro popis stavu kojence, který je charakterizovaný dlouhými epizodami obtížně utišitelného pláče (3), při nichž postupy běžně používané k tišení dítěte většinou selhávají. S popisem symptomů, které dnes označujeme termínem excesivní pláč, se v odborné literatuře můžeme setkat již minimálně od osmnáctého století (16). V zahraniční literatuře bývá tento syndrom nazýván jako neutišitelný (*inconsolable*) pláč, neustálý/přetrvávající (*persistent*) pláč či kolika (*colic*). Termínem tříměsíční kolika bývá tento syndrom často označován i v hovorovém jazyce. Jelikož však termín kolika odkazuje spíše k jedné z předpokládaných příčin pláče (gastrointestinální potíží), považujeme za účelné užívat raději symptomatologické označení excesivní pláč.

Při diagnostice excesivního pláče se obvykle využívá především tzv. pravidlo tří, které znamená, že pláč se vyskytuje u jinak zcela zdravého kojence více než tři hodiny za den, během více než tří dnů v týdnu, po dobu více než tří týdnů (28).

V diagnostickém rozhovoru s rodiči by se měl pediatr ptát, kdy se pláč u dítěte objevuje, jaké okolnosti mu předcházely (dietní chyby, změna stolice, intoxikace, úraz), zda pláč dítěte provázejí bolestivé grimasy a další neverbální projevy bolesti (např. přitahování nožek k bříšku) a zda rodiče u svého dítěte pozorují kromě pláče i další odchylky od dosavadního stavu a chování. Důležitými informacemi jsou i údaje o tom, v kterou denní nebo noční dobu dítě pláče a zda se intenzita pláče mění při změně polohy dítěte, nebo jen se změnou polohy hlavičky.

Během vyšetření by měl pediatr posoudit vzhled a pohmat velké fontanely a celkový svalový tonus dítěte. Zkontrolovat by měl též barvu a konzistenci stolice, vzhled kůže, neurologické odchylky, kožní

změny a pohyblivost končetin. Vyšetřit by měl případnou přítomnost tzv. genetických stigmat a přítomnost patologických příznaků, jakými jsou zvrazení, průjem, přítomnost krve nebo hlenu ve stolici, horečka, nucené držení hlavy, vzdušné břicho, kožní změny, křeče, stáčení očních bulbů nebo změna reakce zornic.

Pro vyloučení jiných příčin zvýšené plačivosti dítěte je nutné se zabývat intenzitou pláče a jeho typem, ale i celkovým kontextem pláče. V případě, že dítě kromě nadměrného pláče zdravotně prospívá, by se měl pediatr dotazovat i na techniku kojení a okolnosti, za nichž dítě pláče. Špatná technika krmení může vést k bolestivému meteorismu provázenému pláčem. Též je vhodné ptát se na případnou přítomnost ragád na bradavkách matky (jsou-li přítomny, může dítě při pití polykat trochu krve). Dítě též může pláčem reagovat na únavu způsobenou přílišnou pozorností dospělých či na subjektivně nepříjemný chlad či teplo.

Pediatr by se však měl zajímat nejen o dobu, kterou dítě celkově propláče, ale též o stáří dítěte, délku jednotlivých epizod pláče (3) a situační kontext pláče. V neposlední řadě by se měl též zajímat o to, jaké prostředky rodič k tišení dítěte obvykle volí a s jakými výsledky. Délka jednotlivých epizod pláče, z nichž je celkový čas, který dítě za den propláče, tvořen, může pomoci určit, zda se o syndrom excesivního pláče skutečně jedná. Jak již bylo uvedeno výše, pro excesivní pláč jsou totiž typické především dlouhé epizody obtížně utišitelného pláče. Je-li Wesselovo (28) pravidlo tří splněno, ale celková doba, kterou dítě propláče, je tvořena krátkými epizodami snadno utišitelného pláče, pravděpodobně se o syndrom excesivního pláče nejedná. Pro správný diagnostický závěr je též vhodné vědět, že v rámci standardního vývoje dochází u kojených dětí mezi druhým a šestým

týdnem života k nárůstu celkové doby, kdy dítě pláče a vykazuje známky celkové nepohody, přičemž v šesti týdnech celková doba tohoto chování kulminuje, u dětí nekojených dochází k této kulminaci již ve dvou týdnech (17). Nejpozději od tří měsíců věku dítěte by měla celková doba, kterou dítě za den propláče, začít klesat (a to i u dětí se syndromem excesivního pláče – odtud označení tříměsíční kolika).

Příčiny syndromu excesivního pláče

Problematika syndromu excesivního pláče sice často přesahuje do více oborů, setkávají se s ní však především pediatri. Pediatr také mnohdy zůstane jediným odborníkem, s nímž rodiče dítěte s tímto syndromem svou situaci řeší. Přístup pediatra a jeho reakce mohou proto být klíčové pro další vývoj chování dítěte, ale též pro rodiče a jejich zvládání potíží s tímto syndromem spojených (15).

Přesná příčina excesivního pláče dosud nebyla nalezena a jednoznačně potvrzena. Mezi jednotlivými studiemi existují totiž značné rozdíly ve výběru výzkumného souboru, a výsledky těchto studií lze tedy vzájemně porovnávat jen s obtížemi. I v klinické praxi se stává, že za excesivně plačící bývají často označovány i děti, které Wesselova (28) kritéria neaplnují. I běžně dráždiví kojenci bývají někdy mylně označováni za děti zvýšeně dráždivé, a v některých z těchto případů bývá dokonce mylně usuzováno i na organické poškození (1).

Lindberg (16) rozlišuje tři hlavní typy teorií vysvětlujících příčiny excesivního pláče:

- psychologické teorie – považující za příčinu excesivního pláče neadekvátní interakce mezi matkou a dítětem,
- gastrointestinální teorie – pokládající za příčinu hypertonicitu a nevyzrálou gastrointestinální trakt,

c) teorie o alergických reakcích – považující za příčinu excesivního pláče alergické reakce na kravské mléko nebo na další součásti potravy.

Obecně však nepanuje jednoznačná shoda již v otázce, zda jsou projevy syndromu excesivního pláče známkou patologie či nikoliv. Zvažuje se, zda excesivní pláč není jen vyhocenou formou zhoršené adaptace kojence na život mimo dělohu (12), která je spojena se zvýšenou citlivostí na vnější podněty a sníženou schopností seberegulace (19).

Znalost situačního kontextu pláče a prostředků, které rodiče k tišení dítěte využívají, mohou pediatri napomoci při pátrání po příčinách excesivního pláče u konkrétního dítěte a napovědět, zda je potřeba větší pozornost věnovat zdravotní stránce dítěte či interakci mezi ním a rodiči. Mělo by však platit, že ani jedna z obou stránek by nikdy neměla být opomenuta.

Výrazné, často až křečovitě pohyby končetin, které záchvaty excesivního pláče provázejí, a obtížná utižitelnost dítěte během těchto záchvatů vedou k hypotéze, že excesivní pláč dítěte vzniká v důsledku bolesti. Přestože se ještě před několika málo desetiletími předpokládalo, že novorozenci bolest kvůli nedostatečné vyzrállosti CNS pociťovat nemohou, pozdější výzkumy tyto domněnky vyvrátily a bylo prokázáno, že expresivní projevy novorozenců mohou skutečně na pociťovanou bolest odkazovat (7). Otázka však je, zda přítomnost expresivních projevů a neutižitelného pláče odkazuje u kojence na bolest. Karp (11) například soudí, že pláč dítěte a jeho expresivní projevy nejsou závislé jen na podnětu samotném, ale též na míře dráždivosti dítěte. Vysoce dráždivý kojenec dle něj může na drobné nepohodlí způsobené například potřebou si odříhnout reagovat se stejně vysokou intenzitou projevu jako na silně bolestivý podnět.

Tradičně se zvažuje, že by příčinou případné bolesti, na kterou by mohl excesivní pláč poukazovat, mohly být gastrointestinální potíže. Dle studie Papouškové a von Hofackera (20) ale gastrointestinální obtíže příčinou excesivního pláče nejsou, jelikož děti se syndromem excesivního pláče pláčou intenzivněji, v průběhu celého dne a po delší časové úseky než děti prokazatelně plačící v důsledku skutečné kolikové bolesti.

Případné gastrointestinální potíže jako možná příčina excesivního pláče bývají často spojovány i s alergiemi a nesnášenlivostí některých složek potravy. Již kupříkladu Rotch (zmiňovaný ve Wesselově (28) studii) považoval za příčinu excesivního pláče alergie způsobující gastrointestinální obtíže. Soudil, že určité druhy zeleniny a ryb ve stravě matky způsobují změny v mateřském mléce, díky nimž se dítě cítí diskomfortně, což může

dávat najevo právě zvýšenou plačtivostí. Gastrointestinální potíže mohou být způsobeny například nesnášenlivostí kravského mléka, nesnášenlivostí fruktózy či reakcí na léky přecházející do mateřského mléka z těla matky (v této studii se jednalo zejména o reakce na Prozac) (14).

U dětí, které v kojeneckém věku trpěly vážnými projevy excesivního pláče (více než 4 hodiny denně po více než 4 dny v týdnu; nereagující na běžné tišící procedury), se v dětství signifikantně častěji vyskytovaly opakující se bolesti břicha, alergie, alergická rýma a záněty, astmatická bronchitida, atopický ekzém a potravinové alergie (28). Wessel a kol. (28) popisovali excesivní pláč jako projev hypertonie v kojeneckém věku. Vycházeli z předpokladu, že excesivní pláč je způsoben vagotonií. Též White (cit. dle 28) předpokládal, že časté „poplakávání“ a celková rozlada (*fussiness*) v raném dětství může být známkou gastrointestinálních křečí na alergickém základě, přičemž upozorňoval na podobnost mezi vagotonickým projevem a projevem alergií a označil syndrom excesivního pláče za vagogenický gastro-enterospasmus. Za nepřímé potvrzení této hypotézy je považováno zmírnění projevů excesivního pláče po podání anticholinergik (Illingworth cit. dle 13). Některé studie dokládají, že kojenci s vyšším tonem vagu jsou více iritabilní a mají problémy se utiřit (13). Studie založené na sledování akustických charakteristik pláče (Zeskind, Barr 1997, Lester, Boukydis, Garcia-Coll, Hole 1990 cit. dle 13) však hypotézu o vagotonickém podkladu excesivního pláče nepotvrzují a naopak poukazují na to, že u dětí se syndromem excesivního pláče se objevuje spíše převaha sympatiku. Vzhledem k těmto sporům nebývá za příčinu excesivního pláče považována převaha parasympatiku ani sympatiku, ale jakákoliv výrazná nerovnováha mezi nimi (Porges, Doussard-Roosevelt, Maiti 1994, cit. dle 13). Nelze však s jistotou tvrdit, že nerovnováha autonomního nervového systému skutečně je příčinou excesivního pláče. Studie využívající analýzu proměnlivosti srdečního rytmu (*Heart rate variability analysis – HRV*) totiž mezi dětmi s excesivním pláčem a dětmi z kontrolní skupiny žádné rozdíly ve funkci, rovnováze a zralosti autonomního nervového systému neprokázala (13). Jelikož však v této studii byli kojenci do skupiny excesivně plačících zařazeni jen na základě uvážení rodičů (rodiče měli výzkumníky kontaktovat v případě, že jejich dítě dle jejich názoru splňuje Wesselova (28) kritéria), nelze její závěry za definitivní vyvrácení hypotézy o nerovnováze autonomního nervového systému považovat.

Na možné příčiny excesivního pláče se tradičně usuzuje i z analýz výsledků studií zjišťujících průběh těhotenství a souvislost syndromu excesiv-

ního pláče s dalším vývojem dítěte (po odeznění původních symptomů). Bylo například zjištěno, že vyšší hladina kortizolu u matky na konci těhotenství se pojí s větší plačtivostí dítěte a větším množstvím faciálních projevů negativních emocí v prvních týdnech života. Dle výpovědí matek jsou tyto děti též obtížněji zvladatelné; což bylo podpořeno i zjištěním vyššího skóre na škálách emocí a aktivity v dotazníku Infant Characteristics Questionnaire v tomto období (27). Při opakování těchto měření v osmnácti měsících již žádné signifikantní rozdíly nebyly nalezeny.

Mezi další důležité faktory, které jsou zvažovány, patří též stres matky během těhotenství (26). Zvýšená úzkostnost a depresivita matky během těhotenství je spojena s horší schopností behaviorální regulace dítěte ještě ve čtyřech měsících jeho věku (6). Extrémní pláč u dětí (5 hodin pláče a „nenaladěnosti“ denně) se pojí s nakumulováním organických i psychosociálních rizikových faktorů – matky těchto dětí vykazovaly v těhotenství zvýšenou míru úzkostnosti a stresu, psychosomatické problémy, konflikty s partnerem po narození dítěte. Častěji se objevuje psychopatologie na straně matky (21). Matky, které v těhotenství pracovaly na směny, častěji popisovaly své dítě jako excesivně plačící (5). I další rizikové faktory se objevovaly v rodinách dětí se syndromem excesivního pláče častěji, než by odpovídalo náhodě – konflikty rodičů s prarodiči dítěte, nechtěné těhotenství, sociální izolace, socioekonomické problémy a předčasná separace od matky způsobená hospitalizací dítěte (21).

Za příčinu excesivního pláče dítěte bývá též tradičně považováno kouření matky během těhotenství a kojení. Studie údajně potvrzující vliv kouření (např. 23) na vznik syndromu excesivního pláče u dítěte však obvykle nepracují s lékařskou diagnostikou syndromu excesivního pláče, ale za excesivně plačící považují ty děti, které jsou tak matkou označeny. Lze předpokládat, že matky, které nepřestaly kouřit ani v době těhotenství a kojení, budou pravděpodobně vykazovat i určitá osobnostní specifika, která by mohla mít s tendencí vnímat své dítě jako nadměrně plačící přímo souviset – např. úzkostnost či neuroticismus a zaměření spíše na sebe (*parent-centered*) než na dítě (*child-centered*). Pokud bereme v úvahu, že rodiče upřednostňující sebe před dítětem (29), rodiče se zvýšenou mírou úzkostnosti (4) či neuroticizmu (29) častěji označují své děti za excesivně plačící, nelze kouření za příčinu syndromu excesivního pláče zcela jednoznačně označit. Víme pouze, že matky kuřačky častěji popisují své dítě jako excesivně plačící.

Terapie

Přístupy k léčbě excesivního pláče se liší podobně výrazně jako teorie o příčinách tohoto syndromu, což je samozřejmé, protože etiologie kterékoliv po-

ruchy a její terapie spolu vždy vzájemně velmi úzce souvisí.

Na zlepšení narušené interakce mezi matkou a dítětem jsou například zaměřena doporučení I. St. James Robertse a kol. (25), kteří zjednodušili Taubmanova (cit. dle 25) doporučení pro rodiče plačících dětí do této podoby: Rodiče by se měli pokusit nikdy nenechávat své dítě plakat. Při hledání příčiny pláče by měli zvažovat tyto možnosti:

- a) dítě má hlad a dožaduje se krmení,
- b) dítě nemá hlad, ale chce sát,
- c) dítě chce být nošeno či houpáno,
- d) dítě se nudí a chce nějaké podněty – chce, aby mu někdo zpíval, usmíval se na něj, mluvil na něj nebo si s ním hrál.

Až v případě, že pláč pokračuje déle než pět minut při zvolení jednoho přístupu, by rodiče měli vyzkoušet jiný přístup (tzn. nestřídat tisíce postupy příliš rychle za sebou). Rodiče by se měli učit si vytvářet vlastní způsoby vedoucí ke zklidnění dítěte.

Domníváme se však, že tento postup je vhodný zejména jako jakási první pomoc pro rodiče, kteří jsou v péči o dítě spíše nezkušení a v reakci na jeho pláč zcela bezradní. Výše zmíněný postup je výčet běžných zásahů vedoucích u typického kojence k jeho utišení. Jelikož je však neutišitelnost pláče dítěte běžnými prostředky právě jednou z důležitých charakteristik excesivního pláče (3), nelze tento postup považovat za dostačující. Zmiňujeme ho zde však z toho důvodu, že je vhodné se vždy ujistit, zda rodič, který popisuje svého kojence jako extrémně plačícího a neutišitelného, tento postup při tišení svého dítěte běžně volí.

Poměrně široké spektrum doporučení k mírnění projevů excesivního pláče, které se rodičům excesivně plačících kojenců osvědčily, podali již Wessel a kol. (28). Patřily mezi ně například stereotypní pohyb (houpání, chození s dítětem v náručí), zavinutí dítěte, dietní omezení (vyloučení aromatických potravin, vajec, čokolády, oříšků, mléka apod.; v případě krmení z láhve změna mléčné náhražky), tišení dítěte prostřednictvím orálního uspokojení (dudlík, láhev), teplo a mírný tlak na břicho. V pozdějších studiích se od takto komplexních doporučení spíše ustupovalo a byla ověřována účinnost spíše jednotlivých dílčích přístupů doporučených dle toho, která z hypotéz o příčině syndromu excesivního pláče byla autory zastávána. Nejednoznačnost závěrů těchto studií (viz níže) sice nenabízí plošně aplikovatelné efektivní řešení této problematiky, ale umožňuje lékařům vytvořit pro rodiče konkrétního dítěte soubor vhodných doporučení vycházejících z předpokládané příčiny syndromu u tohoto dítěte.

V případě, že jsou za příčinu excesivního pláče považovány gastrointestinální potíže, vážou se do-

poručení pediatra především k dietním omezením. Časté laické doporučení týkající se zavedení příkrmů tuhou stravou vycházející z předpokladu, že „mateřské mléko dítěti nestačí, dítě pláče hladu a je nutno začít přikrmovat“, nebylo výzkumně potvrzeno (2). Ani kojení bez příkrmů, které též bývá někdy matkám nadměrně plačících dětí doporučováno, není dle další studie (5) protektivním faktorem zabráňujícím rozvinutí syndromu excesivního pláče. Limitem této studie však bylo, že diagnostika excesivního pláče u dětí byla založena pouze na výpovědích matek. Ve výzkumu Hilla a kol. (9) se po úpravě stravy matek plně kojených dětí (vyloučení konzervantů, mléčných výrobků, sóji, pšenice, vajec, ořechů a ryb) projevy excesivního pláče zlepšily u 35 dětí z experimentální skupiny (n = 47). Projevy excesivního pláče se ale v této studii zlepšily i u 16 dětí z kontrolní skupiny (n = 43). Zlepšení projevů dítěte po nasazení fiktivní diety v kontrolní skupině (tzn. v kontrolní skupině byla záměrně zavedena nesmyslná/neúčinná dietní opatření) není nijak výjimečné. Jak uvádí např. Prekopová a Schweitzerová (22), může nasazení jakéhokoliv dietního režimu zlepšit projevy dítěte ne kvůli dietním opatřením samotným, ale kvůli jistotě a řádu, které dietní režim do života rodiny a do vztahu matka – dítě přináší. Obecně platí, že studie ověřující účinnost dietních omezení nelze provést jako tzv. slepé, či dokonce dvojité slepé (matka i pediatr poměrně snadno rozpoznají, zda je zaváděné dietní opatření experimentální či falešné/kontrolní). Kvůli těmto metodologickým omezením jsou jejich závěry a zjištění tedy značně limitované a nejednoznačné. Při zvažování vhodnosti zavedení dietních opatření je též dobré mít na paměti, že matky, jimž jsou pediatrem dietní omezení doporučena, mohou prožívat pocity viny z představy, že svou stravou způsobily dítěti bolest (15). Navíc se mohou striktními dietními opatřeními cítit nadměrně monitorované či trestané, což může následně narušit jejich rodičovské sebehodnocení, a tedy i interakci s dítětem. Je proto vhodné dietní opatření zavádět s rozvahou a zvažovat i způsob, jakým bude doporučení matkám sděleno.

Ukazuje se, že případné zavedení dietních omezení by mělo být spojeno i s dalšími intervencemi zaměřenými na konkrétní postupy vedoucí k tišení dítěte a na posílení rodičovské sebedůvěry (3). Matky z již vícekrát zmiňované studie Wessela a kol. (28) referovaly, že k uklidnění a usnutí dítěte jim pomáhá rovněž cokoli, co se stereotypně opakuje nebo má monotónní zvuk (zvuk pračky, vysavače, tikání budíku, či dokonce i pravidelně blikající světlo umístěné v dohledu dítěte). Osvědčilo se jim i teplo a tlak na břicho dítěte, těsné zavinutí dítěte, přitisknutí ho na vlastní tělo, případně položení dítěte břichem na ohřívací láhev. Podobný

výčet tišících strategií podává i Karp (11), který je však navíc propojuje do systému na sebe navazujících kroků – těsné zavinutí dítěte, položení dítěte na bok či břicho, monotónní zvuk (ššššš), rytmický pohyb a sání. Domníváme se, že i vzhledem k propracovanosti tohoto systému tišení dítěte by se tento přístup mohl stát i pro pediatry základní technikou, kterou mohou rodičům excesivně plačících dětí doporučit¹.

Je třeba však mít na paměti, že minimálně stejně důležitá jako efektivní technika tišení je i psychická podpora rodičů dětí, které trpí syndromem excesivního pláče. Zvýšená pozornost, jaká je věnována fyzickému stavu dítěte, by měla být v případě stížností rodičů na symptomy excesivního pláče věnována i jim samotným, jejich prožitkům a též jejich schopnosti interakce s dítětem. Důležitou informací pro pediatra by mělo být i to, čemu rodič přisuzuje příčinu zvýšené plačivosti svého dítěte a jak zvýšená plačivost dítěte ovlivňuje jeho samotného. Stává se, že matky excesivně plačících dětí považují neutišitelný pláč svého dítěte za projev nějakého dosud nerozpoznaného onemocnění (1), což u nich zvyšuje úzkost a může narušit i jejich interakci s dítětem. Již Wessel a kol. (28) upozorňoval na to, že je naprosto nezbytné, aby se v případě jakýchkoliv potíží s nadměrně plačícími dětmi dostalo pozornosti a péče i matce. Za osvobozující považovaly matky v kvalitativním výzkumu Levitzké a Coopera (15), pokud jim pediatr sdělil, že způsob krmení není příčinou pláče jejich dítěte. Za nejvíce podporující pak pokládaly, pokud se pediatr zajímal i o to, jak se cítí ony samy, protože od svého okolí pociťovaly nedostatek zájmu (zájem okolí se dle jejich výpovědí soustředil především na stav dítěte).

V rámci podpory interakce mezi matkou a dítětem je doporučováno zvýšit frekvenci fyzického kontaktu s dítětem. Hunziker a Barr (10) soudí, že důležitá je nejen zvýšená péče v podobě častějšího a delšího nošení a chování dítěte, ale i to, aby péče nebyla jen reakcí na plačivost dítěte, ale byla poskytována průběžně – tedy i v případě, kdy dítě nepláče. Autoři zvažují, zda zvýšená péče o dítě nezvyšuje schopnost rodiče rozpoznat a lépe reagovat na potřeby dítěte, tedy zda rodič není díky větší citlivosti schopen zareagovat na potřeby dítěte dříve, než dítě začne více plakat a být podrážděný.

Vzhledem k přetrvávající nedostupnosti psychologické rané péče musí pediatr zastat částečně i roli psychologa a podpořit rodiče v jejich rodičovských dovednostech. Jelikož právě interakce kojence s pečující osobou přímo ovlivňuje schopnost jeho emocio-

1. Kromě knihy H. Karpa (která je snadno dostupná i v češtině) lze rodičům nabídnout i názornou videoukázku jeho přístupu k tišení kojenců (například prostřednictvím videa Baby Calming Magic, které je dostupné na serveru <http://www.youtube.com>).

nální regulace a mají vliv i na rovnováhu jeho autonomního nervového systému (18), je podpora rodičů a jejich schopnosti vhodné interakce s dítětem pro řešení problematiky excesivního pláče stěžejní.

V případě, že si rodiče při pediatrickém vyšetření stěžují na zvýšenou plačtivost svého kojence, by jejich stížnosti neměly být ponechány bez povšimnutí. Rodičům by měly být poskytnuty nejen informace o této problematice a nabídnuty postupy vedoucí k vymizení či alespoň redukcii

symptomů, ale rodiče by též v neposlední řadě měli ze strany pediatra pocítit upřímnou podporu. Podpora rodičů spolu s odbornými individualizovanými intervencemi (obsahujícími poradenství pro rodiče a naučení tišících technik) může ke zmírnění symptomů excesivního pláče přispět naprosto zásadní měrou (8).

*Studie vznikla v rámci řešení výzkumného zá-
měru MSM 0021622406 „psychologické a sociální*

*charakteristiky dětí, mládeže a rodiny: vývoj osob-
ností v době proměn moderní společnosti“.*

Mgr. Zuzana Masopustová

Institut výzkumu dětí, mládeže a rodiny
Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita
Joštova 10, 602 00 Brno
e-mail: zuzana.masopustova@gmail.com

Literatura

1. Armstrong KL, Previtera N, McCallum RN. Medicilizing normality? Management of irritability in babies. *J. Paediatr. Child Health* 2000; 36: 301–305.
2. Barr RG, Kramer MS, Pless IB, et al. Feeding and Temperament as Determinants of Early Infant Crying/Fussing Behavior. *Pediatrics* 1989; 84: 514–521.
3. Barr RG, Rotman A, Yaremko J, et al. The Crying of Infants With Colic: A Controlled Empirical Description. *Pediatrics* 1992; 90: 14–21.
4. Canivet AC, Östergren PO, Rosén AS, et al. Infantile colic and the role of trait anxiety during pregnancy in relation to psychosocial and socioeconomic factors. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33: 26–34.
5. Clifford TJ, Cambell MK, Speechley KN, et al. Infant Colic: Empirical Evidence of the Absence of an Association With Source of Early Infant Nutrition. *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2000; 156: 1123–1128.
6. Davis EP, Snidman N, Wadhwa PD, et al. Prenatal Maternal Anxiety and Depression Predict Negative Behavioral Reactivity in Infancy. *Infancy* 2004; 6(3): 319–331.
7. Delegati NM, Bergamasco NHP. Pain in the neonate: An analysis of facial movements and crying in response to nociceptive stimuli. *Infant Behavior & Development* 1999; 22(1): 137–143.
8. Don N, McMahon C, Rossiter C. Effectiveness of an individualized multidisciplinary programme for managing unsettled infants. *J. Paediatr. Child Health* 2002; 38: 563–567.
9. Hill DJ, Roy N, Heine RG, et al. Effect of a Low-Allergen Maternal Diet on Colic Among Breast-fed Infants: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics* 2005; 116: 709–715.
10. Hunziker UA, Barr RG. Increased Carrying Reduces Infant Crying: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics* 1986; 77(5): 641–648. Staženo z http://www.portarepiccoli.it/trial_hunziker.htm.
11. Karp H. Nejšťastnější miminko v okolí. Praha: Ikar 2005.
12. Karp H. The „fourth trimester”: A framework and strategy for understanding and resolving colic. *Contemporary Pediatrics* 2004; 21(2): 94–104.
13. Kirjavainen J, Jahnukainen T, Huhtala V, et al. The balance of the autonomic nervous system is normal in colicky infants. *Acta Paediatrica* 2001; 90: 250–254.
14. Lehtonen L, Gormally S, Barr RG. „Clinical Pies” for Etiology and Outcome in Infants Presenting with Early Increased Crying. In Barr RG, Hopkins B, Green JA. (Eds.). *Crying as a Sign, a Symptom & a Signal*. UK: Cambridge University Press 2000: 67–95.
15. Levitzky S, Cooper R. Infant Colic Syndrome – Maternal Fantasies of Aggression and Infanticide. *Clinical Pediatrics* 2000; 39: 395–400.
16. Lindberg T. Infantile colic: aetiology and prognosis. *Acta Paediatr* 2000; 89: 1–12.
17. Lucas A, St. James-Roberts, I. Crying, fussing and colic behavior in breast – and bottle-fed infants. *Early Human Development* 1998; 53: 9–18.
18. Moore GA. Infants’ Vagal Regulation in the Still-Face Paradigm Is Related to Dyadic Coordination of Mother-Infant Interaction. *Developmental Psychology* 2004; 40: 1068–1080.
19. Ohgi S, Gima H, Akiyama T. Neonatal behavioural profile and crying in premature infants at term age. *Acta Paediatrica* 2006; 95: 1375–1380.
20. Papoušek M, von Hofacker N. Excessive crying in early infancy: Challenges and risks for the developing parent-infant relationships. *Infant Behavior and Development* 1998; 21: 224.
21. Papoušek M, von Hofacker N. Persistent crying in early infancy: a non-trivial condition of risk for the developing mother-infant relationship. *Child: Care, Health and Development* 1998; 24(5): 395–424.
22. Prekopová J, Schweitzerová Ch. Neklidné dítě. Praha: Portál 2008.
23. Reijneveld SA, Lanting CI, Crone MR, et al. Exposure to Tobacco Smoke and Infant Crying. *Acta Paediatrica* 2005; 94: 217–221.
24. Savino F, Castagno E, Bretto R, et al. A prospective 10-year study on children who had severe infantile colic. *Acta Paediatrica* 2005; 94 (suppl 449): 129–132.
25. St. James-Roberts I, Hurry J, Bowyer J, et al. Supplementary Carrying Compared With Advice to Increase Responsive Parenting as Interventions to Prevent Persistent Infant Crying. *Pediatrics* 1995; 95: 381–388.
26. Søndergaard C, Olsen J, Friis-Hasche E, et al. Psychosocial distress during pregnancy and the risk of infantile colic: a follow-up study. *Pædiatrica* 2003; 92: 811–816.
27. Weerth C. de, Hees Y. van, Buitelaar JK. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. *Early Human Development* 2003; 74: 139–151.
28. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic”. *Pediatrics* 1954; 14: 421–435. Staženo z www.pediatrics.org – 5. 3. 2008.
29. Zeifman DM. Predicting Adult Responses to Infant Distress: Adult Characteristics Associated with Perceptions, Emotional Reactions, and Timing of Intervention. *Infant Mental Health Journal* 2003; 24: 597–612.

Endokrinologický ústav si dovoluje informovat
praktické lékaře pro děti a dorost a dětské endokrinology o novém projektu

COPAT – Childhood Obesity Prevalence and Treatment.

Projekt bude probíhat celorepublikově v náhodně vybraných zdravotnických zařízeních.
V případě zvolení Vašeho pracoviště budete v nejbližší době osloveni dopisem.

**Obracíme se na Vás již nyní s prosbou o pomoc v boji proti obezitě
a předem děkujeme za Vaši ochotu podílet se na zmíněném projektu.**

Bližší informace získáte na stránkách www.copat.cz.

Endokrinologický ústav, Centrum pro diagnostiku a léčbu obezity
Národní třída 8, 116 94, Praha 1-Nové Město

Podpořeno grantem z Norska prostřednictvím norského finančního mechanismu.

