

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Chronický únavový syndrom a jeho léčba
psychologickými prostředky**

Dima Salibová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, PhD.

Praha 2014

Prague College of Psychosocial Studies

**Chronic fatigue syndrome and its treatment by
psychological means**

Dima Salibová

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Jiří Růžička, PhD.

Praha 2014

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu.

V Praze, dne

.....

Děkuji Doc. PhDr. Jiřímu Růžičkovi, PhD. za odborné vedení, vstřícnost a pomoc při vytváření této práce. Mé poděkování patří též PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D. za poskytnuté konzultace. V neposlední řadě pak děkuji respondentce, díky níž se uskutečnila případová studie.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	9
1 Výklad pojmů	9
2 Vymezení CFS	11
2.1 Spor o podstatu CFS.....	12
2.2 Kritéria CFS	14
3 Etiopatogeneze a manifestace symptomů CFS.....	16
3.1 Manifestace symptomů	16
3.2 Etiopatogenetické faktory	17
3.2.1 Somatické faktory.....	18
3.2.2 Psychosomatické faktory.....	19
3.2.3 Psychologické faktory	21
4 Léčba CFS	25
4.1 Léčba somatických potíží a farmakoterapie	25
4.2 Léčba psychologickými prostředky	26
Praktická část	30
1 Případová studie	30
1.1 Kritéria výběru respondenta	30
1.2 Způsob sběru dat	31
1.3 Způsob vyhodnocení dat	32
2 Analýza rozhovoru.....	33
2.1 Základní údaje o respondentce	33
2.2 Rozvoj a průběh onemocnění	34
2.3 Léčebná opatření	37
2.4 Premorbidní osobnost	41
2.5 Změny v životě v důsledku nemoci	48
2.6 Současný stav	53
Závěr	54
Seznam použité literatury a zdrojů	56
Přílohy	59

Anotace.....	65
Abstract.....	66
Bibliografické údaje.....	67
Evidenční list knihovny	68

Úvod

Problematika chronického únavového syndromu (dále CFS) a jeho léčby je aktuálním a kontroverzním tématem, čímž vytváří úrodnou půdu pro podnětnou práci. CFS je také dáván do souvislosti s neurotickými poruchami, které jsou mým dlouhodobým zájmem. Z těchto důvodů jsem si ho vybrala jako téma své bakalářské práce.

V práci kladu důraz na psychologické faktory a osobnostní typologii spojené s CFS a pokusím se do maximální míry svých možností uvést ty psychologické postupy, které se užívají pro efektivnější práci s touto poruchou.

Teoretická část je zpracována v kontextu případové studie, která bude následovat v druhé části práce.

V první kapitole pojednávám o přístupech v klasifikaci CFS v rámci různých mezinárodně používaných klasifikačních systémů. Následně se zabývám charakteristikami CFS a uvádím různé názory na to, zda jde o organickou či funkční poruchu.

V kapitole o etiopatogenezi a manifestaci nemoci uvádím její symptomatiku a možné spouštěcí faktory včetně úvodu do některých jejích somatických komponent.

Část o etiologii rozdělují z důvodů lepší orientace na podkapitoly o somatických, psychosomatických a psychických faktorech. Je třeba však upozornit, že v důsledku tohoto rozdělení dochází k jistému zjednodušení problematiky. V praxi není jednoduché tyto faktory jasně odlišit a stejně tak i to, v jakém vztahu jsou vůči sobě navzájem. Tento problém se například ukazuje i v uvedené případové studii.

Poslední kapitola teoretické části se týká léčby. Nejvíce pozornosti je věnováno psychologickým prostředkům léčby, ale pro úplnost popisují ve stručnosti i somatoterapii a farmakoterapii.

Výše uvedené je zpracováno pouze s přihlédnutím k účelům práce, protože jinak by se dalo téma vyčerpat daleko více.

V praktické části předložím případovou studii ve formě analýzy rozhovoru provedeného s respondentkou, která dříve trpěla CFS. Zaměřím se na rozbor úlohy psychologických faktorů ovlivňujících rozvoj a remisi nemoci. Provedu porovnání teorií o CFS s autentickou výpovědí respondentky. Cílem je pak ozřejmit platnost těchto teorií pro tento daný konkrétní případ.

Je však třeba zmínit, že všechny tyto teorie jsou do jisté míry platné a v různých případech aplikovatelné, protože povaha CFS se u jednotlivých pacientů liší.

V komentářích k rozhovoru nezůstávám pouze popisná, ale vyslovuji v souladu s uvedenými teoriemi, vlastní hypotézy o tom, co v rozhovoru nebylo přímo uvedeno, ale dalo se z něj vyvodit.

V závěru shrnu poznatky uvedené ve všech předchozích částech práce a kriticky zanalyzuju postupy užití při vytváření této práce, hlavně pak v praktické části.

Nakonec přikládám přílohy, do kterých jsem zařadila i kratší část o diferenciální diagnostice a další, k tématu se vztahující podklady, které však nepatří do hlavní linie textu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Výklad pojmů

- 1) **Chronický únavový syndrom (CFS)** je širší název pro různé jednotky s odlišnou etiologií (NATELSON, 1998, s. 66-67). Pravděpodobnou úlohu sehrávají psychologické, sociální a somatické faktory při rozvoji a udržování nemoci u všech těchto podkategorií (NATELSON, 1998, s. 7; VYMĚTAL, 2003, s. 328).

CFS se dle většinového názoru odborníků projevuje vyčerpaností, bez zjevné příčiny a dále např. řadou bolestivých symptomů. Z hlediska etiologie se nejčastěji uvažuje o oslabení imunity v důsledku nezdravého životního prostředí (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 655).

- 2) **Postinfekční únavový syndrom** je jednou z podkategorií CFS. Pro určení této diagnózy je nejdůležitější nález organické etiologie na začátku obtíží, kdy se tento nález pokládá za nejdůležitější příčinu rozvoje syndromu. Na udržování nemoci mají však vliv i psychologické faktory (PRAŠKO, et al., 2006, s. 22-23; VYMĚTAL, 2003, s. 328).

- 3) **Neurastenie** je termín označující stav únavy a slabosti s řadou dalších průvodních znaků. Má společné znaky s depresemi a úzkostmi, ale byla v MKN-10 ponechána, protože ji nelze beze zbytku zahrnout pod deprese či úzkosti. V této diagnóze je v rámci MKN zahrnut únavový syndrom (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 351, 586; *UZIS ČR*, 2008a).

Někteří odborníci pokládají tuto nemoc za ekvivalent CFS (JANŮ, et al., 2003, s. 69; JANŮ a SUMCOVOVÁ, 2002, s. 230-231). Neurastenie je v této práci uvedena z toho důvodu, že reprezentuje funkční či psychosomatickou podobu CFS.

- 4) **Psychosomatická porucha** je vegetativní reakcí na emocionální konflikt. Projevuje se tělesnými poruchami a nemocemi vzniklými v důsledku škodlivých psychogenních vlivů (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 210). Psychosomatické nemoci se vztahující současně k psychice a tělu a je popisováno jejich vzájemné ovlivňování (*Velký lékařský slovník*, 2008).

Dle Vymětala (2003, s. 57) se pak tyto poruchy liší od funkčních tím, že je u nich přítomen organický nález, ikdyž se u nich předpokládá vysoký podíl psychických faktorů na jejich rozvoj či udržování.

- 5) **Funkční porucha** je označení pro patologii (somatickou i psychickou) bez organického nálezu (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 98). Řadí se sem i somatoformní poruchy, které se dle Vymětala (2003, s. 57) projevují tělesnými symptomy bez organického nálezu.

Vznik funkčních poruch se dává do souvislosti s psychickou složkou osobnosti (*Velký lékařský slovník*, 2008)

- 6) **Organická porucha** označuje patologii s jasným prokazatelným organickým nálezem, kterým lze vysvětlit vznik či podstatu obtíží (*Velký lékařský slovník*, 2008). Pro účely této práce bude označení používáno v širším významu, kdy budou přítomny zvláštní biologické, laboratorní nálezy, jako např. i infekční agens. Podobně jako pojem užívá Natelson (1998, s. 7, 66-67).

- 7) **Psychologické prostředky** se často artikulují v rámci psychoterapeutické práce, což je cílevědomá činnost působící na duševní procesy, funkce a stavy osobnosti a na činitele, které poruchy vyvolávají. Jejimi prostředky jsou např. hypnóza, autogenní trénink, muzikoterapie, arteterapie, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, terapeutický vztah, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině, změna životního stylu a prostředí aj. (*Velký lékařský slovník*, 2008; *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích*, 1997, s. 606). Cílem je využití vnitřních léčebných sil člověka v boji proti nemoci. Používá se všude tam, kde se předpokládá psychogenní původ obtíží (např. psychosomatická onemocnění, neurózy...) (*Velký lékařský slovník*, 2008). Kromě psychoterapie je pojem "psychologické prostředky" v práci uveden v širším smyslu i nezáměrného působení psychologických faktorů, např. sugesce u placebo efektu, který je také bezpochyby psychologickým prostředkem ke zmírnění obtíží.

- 8) **Biopsychosociální model** zahrnuje biologické, psychologické a sociální vlivy působící na člověka (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 76). Je to způsob vnímání nemoci, při kterém se kromě intervenujících molekulárních faktorů počítá i s vyššími, např. sociálními faktory. Tento přístup klade důraz i na prožívání pacienta a na jeho pochopení nemoci, hlavně ve smyslu jeho kauzálních atribucí, které mohou ovlivnit pacientův přístup k léčbě, zdravotní stav atd. Tyto atribuce se ztišťují prostřednictvím rozhovoru s pacientem. Biopsychosociální model počítá s cirkulární a komplexní kauzalitou, nikoliv jen jednoduchou lineární (BORRELL-CARRIO, et al., 2004).

2 Vymezení CFS

CFS je často spojován s řadou různých názvů. Z oblasti psychiatrie zejména s neurastenii, která byla dříve v Evropě označována jako únavový syndrom (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 351) a i dnes k ní stále nalezneme tento termín přidružený v rámci MKN-10 v oblasti neurotických poruch (F48) (ÚZIS ČR, 2008a). Neurastenie je tedy ekvivalentem CFS v rámci MKN-10 (JANŮ a SUMCOVOVÁ, 2002, s. 230-231). Samotný název CFS se ale v rámci MKN-10 nevyskytuje (kromě postinfekčního únavového syndromu) a v rámci DSM-V je zahrnut v kategorii poruch se somatickými symptomy v podkapitole „lékařsky nevysvětlitelné symptomy“ (cit. dle BROWNA, 2007).

Tato kategorie tvoří skupinu poruch s pozorovatelnými somatickými projevy, které nejsou zřejmým důsledkem nějaké nemoci nebo zranění. V této sekci je CFS zařazen pod infekčními chorobami (nikoliv psychiatrickými), ale je klasifikován jako funkční somatický syndrom (Tamtéž).

Zřejmě není CFS v rámci DSM-V stále považován za psychiatrické onemocnění, přestože je označen za funkční poruchu, což dle mého názoru odkazuje na pravděpodobnou psychogenní příčinu.

V rámci problematiky CFS je třeba upozornit na již zmíněný postinfekční únavový syndrom, který nachází své místo i v MKN-10 v oblasti nemocí nervové soustavy v kategorii jiných poruch mozku (G93) (ÚZIS ČR, 2008b).

Tento syndrom se někdy považuje za podjednotku CFS, ale podle mého názoru by bylo užitečnější důsledně rozlišovat mezi postinfekčním únavovým syndromem a funkčním (nebo psychosomatickým) CFS (rozdělení zobrazeno schématicky viz. příloha obr.č. 2).

V oblasti medicíny je CFS dále spojován s názvy jako např. myalgická encefalomyelitida, což však může vést k představě, že je mezi odborníky známa přítomnost nějaké určité abnormality v CNS. Ve skutečnosti však nic takového nebylo dosud nalezeno, proto je dle některých autorů vhodnější používat označení CFS (NATELSON, 1998, s. 50).

Je tedy zřejmé, že v případě CFS existuje neshoda již v samotném pojmenování a kategorizaci, což je podle mého názoru pouhým odrazem hlubšího problému nespecifičnosti kritérií a nejistého přístupu odborné obce k této nemoci.

2.1 Spor o podstatu CFS

Dosud není jasné, zda jde v případě CFS o funkční onemocnění a nebo komplikovanou organickou poruchu (NATELSON, 1998, s. 36). Tento spor lze vyjádřit zastoupením na jedné straně s CFS, který nese konotaci organické nemoci (protože tento název si vypůjčila zejména imunologie a jiné přírodovědně medicínské obory) a na druhé straně s neurastenií (která se v mysli lidí, včetně odborníků pojí více s psychologickými hypotézami o podstatě této choroby) (PRAŠKO, et al., 2006, s. 20).

Dnes je zřejmé, že rozdělení nemocí na psychické a fyzické není jen redukcionistickým přístupem, ale také přístupem neúčinným. Můžeme nanejvýš mluvit o různé míře účasti bio-psycho-sociálních faktorů. Stejně tak se i u CFS/neurastenie podílí somatické, psychické a nakonec i sociální faktory již při samotné etiologii nemoci (opomeneme-li postinfekční únavový syndrom, kde je jasná organická etiologie. Tento syndrom ale není hlavním předmětem této práce).

Fyzické či biologické příčiny mohou být anemie, diabetes, operace, infekce. Sociální faktor může být např. práce. Příkladem psychologických problémů mohou být stres, úzkost, deprese, nedostatek spánku. Příčina únavy se tedy může týkat těchto tří oblastí, se kterými lze pracovat (NATELSON, 1998, s. 7).

V této souvislosti můžeme uvažovat i o tom, že rozvoj CFS může ovlivnit stres působící na pacienta. Je totiž znám negativní účinek stresu na imunitu a organismus, což může způsobit náchylnost pacienta k infekcím, které ho pak dále invalidizují. Toto by bylo předmětem zejména psychoneuroimunologie, která zkoumá vliv psychosociálních faktorů na funkci imunitního systému (VYMĚTAL, 2003, s. 328). Zde by byl infekční spíš důsledkem procesu, na jehož začátku stojí stres. To je však potřeba rozlišit od postinfekčního únavového syndromu, při kterém v etiologii nemoci nacházíme jasné infekční onemocnění.

I v případě organické etiologie však dle odborníků hrají úlohu při rekonvalescenci psychologické faktory (VYMĚTAL, 2003, s. 328).

V případě samotného CFS existují tři názorové proudy na jeho etiologii.

1) Někteří odborníci se domnívají, že CFS je funkční poruchou somatizačního typu (symptomy CFS mohou být somatickým vyjádřením emocionálního distresu). Pravděpodobně určitá část CFS pacientů je tohoto typu. Zde máme prostor mluvit o

psychogenním původu potíží v souladu s teorií neurózy, a tudíž by CFS mohl být něčím, jako je neurastenie.

2) Na opačném konci jsou ti, kteří se přiklánějí k názoru, že CFS je organickou nemocí s příčinou v imunologické odchylce, přítomnosti infekce atd.

3) Mezi těmito dvěma poli existuje střední směr, který se snaží počítat s oběma faktory při etiologii nemoci (NATELSON, 1998, s. 66-67).

Třetí směr se podle mého názoru dá aplikovat v případech, kdy na začátku obtíží nalézáme infekci, po které se CFS rozvinul, ale tento infekci nasedal na imunologické oslabení způsobené emocionálním distresem, který byl navozen chronickými negativními vnějšími okolnostmi nebo osobnostní dispozicí (neuroticismus...). Jednalo by se tedy spíše o psychosomatickou poruchu.

Shrnu-li výše uvedené, tak CFS je širším pojmem týkající se případů s různou etiologií, tedy případů s organickými i funkčními spouštěči. Neurastenie by se pak týkala těch případů v rámci CFS, kde je jasná převaha psychogenní etiologie.

Obě nemoci se pravděpodobně neliší symptomaticky a podle některých publikací nemocní vždy splňují stejná symptomatická kritéria pro CFS i neurastenii (JANŮ, et al., 2003, s. 69).

Ačkoliv je v rámci CFS řada případů bez organické příčiny, považuji za užitečné si uvědomit, že CFS (tak, jak je zatím pojímáno) se může spojovat s odlišnou etiologií, která by pro neurastenii jakožto psychickou poruchu (v souladu s MKN-10) nebyla akceptovatelná (tedy virová či jiná organická etiologie). Z toho důvodu se mi zdá velmi dobrá teze, že se CFS překrývá s neurastenií a navíc zahrnuje i postinfekční únavový syndrom (BAILLY, 2002).

Aby nedocházelo k nejasnostem ohledně etiologie nemoci a pak tedy i k riziku zvolení nevhodné léčby, jeví se mi jako nejlepší řešení důsledněji rozlišit dvě kategorie. Tyto kategorie by byly 1) postinfekční únavový syndrom s jasnou infekční či organickou etiologií na začátku a 2) CFS jako funkční porucha (případně somatoformní porucha, neurastenie) nebo psychosomatická (pokud by se na začátku obtíží prokázal organický nálezn, např. imunodeficit či infekce).¹

Výše uvedené se však týká pouze etiologie nikoliv udržovacích mechanismů, protože ty účinkují i u postinfekčního únavového syndromu (PRAŠKO, et al., 2006, s. 22-23).

¹ Pozn.: Rozdíl psychosomatická a somatoformní porucha dle Vymětala (2003, s. 57) viz. vymezení pojmů.

Z výše uvedeného vyplývá, že podstata CFS je stále aktuálním a ne zcela objasněným problémem.

2.2 Kritéria CFS

První kritéria pro CFS z roku 1988 (viz. příloha č. 3), byla natolik přísná, že musela být následně revidována. Dnes platí kritéria vytvořená K. Fukudou a Oxfordským týmem (JANŮ, et al., 2003, s. 22), Oxfordská definice je dnes používaná ve Velké Británii a obsahem se v podstatě neliší od Fukudovi (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 22). Fukudovu definici lze shrnout takto:

Základním a určujícím symptomem CFS je přítomnost nevysvětlitelné, klinicky pozorovatelné únavy, trvající alespoň půl roku, která není ovlivněna odpočinkem a vede k podstatnému poklesu životního standardu v osobní, sociální i pracovní sféře (FUKUDA, et al., 1994).

Tato únava není celoživotní, lze tedy vystopovat její začátek. Mezi ostatní příznaky, ze kterých dle Fukudy musí být přítomny alespoň čtyři, patří zhoršení krátkodobé paměti nebo koncentrace, které ovlivňuje fungování jedince, bolesti svalů, kloubů (bez známek opuchnutí či zrudnutí), bolesti hlavy, citlivost nebo bolesti v krku, bolestivé nebo citlivé lymfatické axilární uzliny, poruchy spánku a nálady, celodenní nevolnost nebo malátnost objevující se po námaze.

Současně s tím však platí nadřazenost diagnóz známých somatických nemocí, které způsobují únavu. Patří mezi ně organická onemocnění CNS např. demence, schizofrenie, bipolární porucha, toxikomanie, poruchy příjmu potravy, apnoe, neléčená hypofunkce štítné žlázy, narkolepsie, nevy léčená hepatitida, těžká obezita nebo abnormální laboratorní výsledky, které musí být dále prošetřeny pro podezření na jinou chorobu.

Jiné syndromy, které nemohou být adekvátně prokázány laboratorními testy, nevylučují přítomnost CFS. Jsou to dle Fukudy fibromyalgie², úzkostná porucha, somatoformní porucha, deprese (nepsychotická), neurastenie, syndrom mnohočetné citlivosti na

² Pozn.: „*Stav charakterizovaný zvýšenou unavitelností, generalizovanou bolestivostí svalů, ztuhlostí a poruchami spánku. Současně bývají bolesti hlavy, parestezie, subjektivně vnímané otoky ručních kloubů bez objektivního průkazu, někdy příznaky dráždivého tračníku... Laboratorní a imunologické vyšetření nevykazuje podstatné odchylky*” (Velký lékařský slovník, 2008).

chemické látky, dysfunkce štítné žlázy (léčená), astma. Dále syfilis a borelióza, které byly vyléčeny před rozvojem CFS.

CFS nevylučují ani jiné abnormální izolované somatické jevy v laboratorních nálezech, které nejsou tak výrazné, aby mohly být přiřazeny k jiné poruše (FUKUDA, et al., 1994). Tyto výše zmíněné choroby tedy mohou být komorbidní s CFS (JANŮ, et al., 2003, s. 22).

Dle Nouzy a kol. se v rámci Oxfordské i Fukudovi definice uznává ještě podkategorie CFS s jasně prokazatelnou infekcí na začátku obtíží, tzv. postinfekční únavový syndrom (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 22).

3 Etiopatogeneze a manifestace symptomů CFS

3.1 Manifestace symptomů

CFS nevykazuje symptomy, které by ho typicky odlišovaly od ostatních poruch a nemocí. Jeho symptomy jsou zároveň symptomy mnohých jiných onemocnění a řada z nich má před CFS diagnostickou přednost. Praško a kol. (2006, s. 15) uvádí: „*Přestože dlouhodobou únavou trpí okolo čtvrtiny populace, jen malá část (asi 2-3%) splňuje kritéria pro chronický únavový syndrom.*“

Domnívám se, že právě přítomnost některých symptomů bez prokazatelné příčiny a tedy souvislosti s některou ze známých nemocí, stála za potřebou definovat nový syndrom - CFS.

Biomedicínský model zaměřený na kategorizování symptomů a hledání jejich příslušných laboratorních nálezů zde nestačí. Největší část potíží, na které si pacienti stěžují, totiž nelze objektivizovat (např: bolestivé symptomy bez nálezu, depresivní rozlady, poruchy spánku a koncentrace) (JANŮ, et al., 2003, s. 94-96).

Za základní a určující jevy se považují celková tělesná i duševní slabost a snadná unavitelnost (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 13-14), kdy odpočinek tuto únavu nezmírňuje (PRAŠKO, et al., 2006, s. 9).

U nemocných se mohou projevovat zvětšené či citlivé mízní uzliny (zvětšení max. do dvou cm. (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 21)), subfebrilie³ nebo chronická faryngitida.⁴ Časté jsou subjektivní nepříjemné pocity či bolesti v kloubech, únava ve svalech v klidu i po námaze (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 13-14). Dále neurologické obtíže – citlivost, mravenčení, bolest v různých částech těla (bolesti hlavy, zad atd.) (Tamtéž, s. 20), snížení kortizolu (Tamtéž, s. 45). U některých pacientů se prokázaly i jisté poruchy svalového metabolismu, autoimunitní onemocnění, hypotenze (ta by mohla vysvětlit řadu příznaků, jako jsou závratě, poruchy vidění, poruchy paměti atd.) (Tamtéž, s. 33- 36).

³ Pozn.: „Zvýšená tělesná teplota mezi 37 až 38°C. Provází zejm. některé chronické infekce a záněty, revmatické a systémové nemoci, zhoubné nádory, krevní onemocnění aj. někdy může mít i psychický původ (Velký lékařský slovník, 2008).

⁴ „Zánět hltanu. Větš. součástí zánětu horních cest dýchacích“ (Velký lékařský slovník, 2008).

Z neuropsychických a psychických projevů jsou to zejména stavy úzkosti a deprese (mírný až střední stupeň) (JANŮ, et al., 2003, s. 45), které ale nesplňují kritéria příslušných diagnóz (např. depresivní porucha či generalizovaná úzkostná porucha) (Tamtéž, s. 10). Mohou však být komorbidní.

Na úrovni kognitivních funkčních fenoménů jsou to zejména poruchy v oblastech kognicí (výbavnost paměti, všípivost a pozornost, vyjadřování, počítání viz. NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 14, 20).

Dále se objevují poruchy spánku, zejména nedostatečné zastoupení 3. a 4. fáze spánku (PRAŠKO, et al., 2006, s. 41), sexuální dysfunkce (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 14), panické záchvaty, spavost, špatná tolerance k alkoholu, náladovost, závratě, dušnost, dráždivý tračník atd. (JANŮ, et al., 2003, s. 45-46).

Nemocní jsou většinou schopni vyvinout úsilí, aby fungovali v nezbytných sférách pracovního a osobního života, ale často jim nezbyvá energie na provozování svých koníčků. Jen menšina není schopna naplnit ani základní životní úkony.

Z dlouhodobého hlediska se únava spíše neprohlubuje a klinický obraz zůstává stabilní nebo má mírnou progresivní tendenci (Tamtéž, s. 44).

3.2 Etiopatogenetické faktory

Je nápadné, že potíže se stálou únavou jsou častější v rozvinutých západních zemích (PRAŠKO, et al., 2006, s. 15).

Způsob současného způsobu života je totiž v západní společnosti charakteristický nezdravým životním stylem a extrémní výkonovou orientací, která podněcuje rozvoj příznaků CFS. Lze říci, že jde o civilizační chorobu.

Etiologie nemoci (CFS) je stále nejasného původu, ale jeví se jako multifaktoriální onemocnění, na jehož vzniku a průběhu se podílí patologický vliv prostředí (chronické stresové vlivy), somatického stavu a predisponovaného psychického terénu (JANŮ, et al., 2003, s. 80-96).

Postižení mluví o infekcích, virózách, kousnutí klíštěte, ale také o stresu, přepracování, vyhoření, konfliktech a vztahových potížích na začátku obtíží. Někteří nevidí žádnou příčinu. Někdy je rozvoj nemoci plíživý jindy náhlý. Přepracování a přetěžování se však jeví jako častější spouštěč než virová infekce. Stres navíc ovlivňuje imunitní systém a

tak může dojít k zapojení i infekcí v době rozvoje nemoci (PRAŠKO, et al., 2006, s. 21-26).

Nějaké určité hlavní rizikové faktory však nebyly identifikovány (NATELSON, 1998, s. 61-62). Lze shrnout, že někdy jsou spouštěči spíše virózy, jindy stres nebo životní krize (BAŠTECKÁ, et al., 2003, s. 137).

Mezi nejrizikovější skupinu patří ženy kolem 20 až 50 let, vzdělané, vysoce odpovědné a výkonnostně orientované, se značnou neschopností odpočinku a relaxace (JANŮ, et al., 2003, s. 11). Dle Praška a kol. (2006, s. 15) může častější výskyt nemoci v této kategorii populace souviset s emancipací žen, která jim na jednu stránku umožnila realizovat se v zaměstnání, ale na druhou stranu jsou tyto ženy nuceny konat dvojitou směnu - v práci a v domácnosti.

Ženy v produktivním věku sice mezi nemocnými signifikantně převažují, ale nemoc se může objevit v kterémkoliv věku (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 51).

V následujících podkapitolách pro účely přehlednosti rozdělují somatické psychosomatické a psychologické faktory.

Toto rozdělení můžeme chápat jako paralelu k postinfekčnímu únavovému syndromu, psychosomatické nemoci (s důrazem na stresové vlivy) a funkční nemoci. V realitě však není takto jednoduché rozdělení možné a uvedené faktory se výrazně prolínají, navíc není jasné, jakou úlohu sehrávají již při etiologii nemoci nebo při jejím udržování.

Dle mého názoru je lepší rozlišit postinfekční únavový syndrom, jehož spouštěčem jsou virózy a ostatní funkční či psychosomatické formy CFS, kdy u zrodu nemoci stojí zejména psychologický stres, krize a úzkosti.

3.2.1 Somatické faktory

Z imunologického hlediska lze v anamnéze některých pacientů nalézt virové onemocnění, po němž se CFS rozvine a udržuje (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 23). Tento infekční má tendenci spíše setrávat ve tkáních a při stresu se znovuaktivovat (KAČINETZOVÁ, 1999, s. 9). Infekce je dnes spíše chápána jako možný spouštěcí faktor. Předpokládá se však, že CFS již dále není udržován infekcí, ale chorobnou aktivací imunitního systému (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 23). Zásadní je tedy spíše odpověď organismu na patogen (Tamtéž, s. 39).

Zatím však nebyla prokázána ani typická imunologická odchylka pro CFS, ani specifický infekční agens (Tamtéž, s. 26).

Nejvíce se však v souvislosti s rizikovými infekty hovoří o herpesvirech (nejčastěji EBV a v jeho návaznosti mononukleóza) (KAČINETZOVÁ, 1999, s. 8-10). Dle Praška a kol. (2006, s. 22-23) se někdy na začátku obtíží objevuje i chřipka, borelióza, hepatitida atd. I v těchto případech mají ale zřejmě význam psychologické faktory.

U těchto infekcí se mi však souvislost s CFS nejeví tak jednoznačná neboť i Fukuda a kol. (1994) zmínili nadřazenost somatické nemoci v důsledku hepatitidy před diagnózou CFS. Borelióza dle těchto autorů nevylučuje CFS v případě, že byla již po dřívějším léčení v remisi.

Přítomnost těchto infekcí na začátku obtíží tím nechci vylučovat, jenom se domnívám, že jejich výskyt nemusel být primární příčinou rozvoje CFS, tak jako to lze předpokládat u zmíněných herpesvirů.

Příznaky únavy jsou po odeznění infekcí pravděpodobně udržovány fyziologickými a psychologickými mechanismy (PRAŠKO, et al., 2006, s. 22-23).

Bylo zjištěno, že u lidí bez psychiatrických potíží byla mnohem častěji nalezena infekce typu herpesvirů před rozvinutím CFS. Potíže těchto pacientů, na rozdíl od těch s psychiatrickými obtížemi, také většinou byly náhlé – ze dne na den. (NATELSON, 1998, s. 79).

V případě nalezeného infekčního agens bych uvažovala o postinfekčním únavovém syndromu nebo o psychosomatickém onemocnění (kombinovaná etiologie, viz níže).

3.2.2 Psychosomatické faktory

CFS je dnes obtížné uchopit z hlediska kategorického přístupu chápání etiopatogeneze nemocí, typického pro současnou vědeckou obec. Nutkání najít přesnou příčinu, nejlépe se somatickými a měřitelnými nálezy, v případě CFS stále selhává. Z psychologického hlediska se však nabízí přesvědčivá příčina chronické únavy ve způsobu života dnešního člověka. Obzvláště pokud bereme v úvahu, jakých typů lidí se nemoc nejvíce týká.

Natelson uvádí (1998, s. 150-151), že pokud se nenajde organická příčina, přetrvávající únava je zřejmě spojena s úzkostí, depresemi a stresem.

V případě psychosomatiky pak nejvíce uvažujeme o působení stresu na organismus člověka. I v těchto případech je možné objevit biologický nálezný ve formě infektu, který je ale spíše důsledkem imunodeficitu v návaznosti na stres. Podobně i Natelson (Tamtéž, s. 13) hovoří o psychologických příčinách únavy a o vlivu chronického stresu na imunitu a organismus. Stresové situace, které oslabují imunitu, mohou spustit CFS a navíc chronický stres se často manifestuje únavou a nervozitou.

V důsledku dlouhodobého stresu také klesá hladina serotoninu a to dále ovlivňuje psychiku. V důsledku toho se mohou vyskytovat úzkosti, deprese a problémy se zvládnutím zlosti (PRAŠKO, et al., 2006, s. 68).

Nejzávažnější je patologický vliv dlouhodobého působení stresových hormonů (lze nalézt paralelu s již historickou Beardovou teorií hovořící o energetickém vyčerpání buněk při neurastenii jako předchůdkyně CFS).

Faktor, který dále stojí u vzniku a udržování poruchy, může být genetická predispozice k citlivosti na chorobu, která v součinnosti se stresovým faktorem vytváří bludný kruh choroby, kdy jsou v součinnosti škodlivé vnější faktory, psychický stres a chorobná aktivace imunitního systému v návaznosti na infekci (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 37).

Prožívání stresu se velice podobá úzkosti. Rozdíl je hlavně v tom, že většinou známe důvod svého stresu, zatímco u úzkostí se jeví jako neznámý. Oba mají za následek únavu. Stres nemusí být celoživotní fenomén, ale úzkost ano (NATELSON, 1998, s. 150-151).

U některých nemocných CFS lze zaznamenat závažnou stresující životní událost půl roku před rozvojem nemoci (BAŠTECKÁ, et al., 2003, s. 136).

Stresující mohou být i období životních krizí ve smyslu Eriksonovských, jejichž popírání může vést k depresi a únavě (PRAŠKO, et al., 2006, s. 28).

Případy s takto kombinovanou etiologií, které jsou záležitostí hraniční - mezi psychickými a somatickými etiologickými faktory, spadají dle mého názoru pod oblast psychoneuroimunologie.

3.2.3 Psychologické faktory

U mnohých pacientů s CFS nebyla zjištěna žádná somatická příčina (PRAŠKO, et al., 2006, s. 21), proto začal postupně převažovat názor, že příčiny nemoci jsou spíše psychologické (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 17; NATELSON, 1998, s. 49).

Protože je v dnešní společnosti nejspolehlivějším ukazatelem toho, že něco není v pořádku, somatické onemocnění (a navíc u něj nehrozí takové nebezpečí ostrakizace), je nejvýhodnější i psychické obtíže somatizovat.

I z tohoto úhlu pohledu lze dle mého názoru chápat somatické příznaky CFS, tedy jako odraz psychických nesnází. Tento názor se shoduje s názorem některých dalších odborníků (JANŮ, et al., 2003, s. 52-54).

Je třeba tedy brát v úvahu tzv. primární zisky z nemoci (jako řešení traumat a konfliktů v podobě symptomu). Ty mohou sloužit i k vyhýbání se činností, jež jsou dotyčnému nepříjemné a neměl by jinak přijatelnou omluvu.

Nemoc také může chránit před zabýváním se vztahovými a emočními problémy (PRAŠKO, et al., 2006, s. 73).

Příkladem primárního zisku z nemoci je případ Florence Nightingalové, slavné ženy, která onemocněla CFS. Sama považovala svou neurózu (všimněme si označení neurózy) za cestu, která ji vyvedla z vleku tíživého života v domácnosti) (cit. dle BAŠTECKÉ, et al., 2003, s. 139).

I obava člověka ze selhání a neschopnost si ho připustit, může vést k manifestaci symptomů, protože únava a různé fyzické bolesti jsou dobrým důvodem k nezvládnutí úkolů. Tento způsob však nespěje k uzdravě a jen dále snižuje sebedůvěru pacienta. Často může jít také o racionalizaci důvodů neúspěchu, která souvisí se strachem z neakceptace člověka takového, jaký je, tj. i s jeho nedostatky, což je v dnešní výkonově orientované společnosti obzvláště těžké.

Je třeba brát v potaz i sekundární zisky z nemoci, které mohou umožňovat komunikaci případně manipulaci s prostředím (JANŮ, et al., 2003, s. 54-56).

V rámci psychologických charakteristik osobnosti nacházíme často u pacientů premorbidně problémy s úzkostmi a depresemi (NATELSON, 1998, s. 63). Dále silnou orientaci na výkon, vysoké ambice (s častým pocitem jejich nenaplnění viz. NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 51) a život naplněný aktivitami (lze říct, že si staví svůj život spíše na vnějších stimulech) (JANŮ, et al., 2003, s. 53).

Často je pro pacienty typický velký smysl pro odpovědnost a povinnost (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 51) a vysoké sklony k perfekcionismu, definovaný dle Praška a kol. (2006, s. 186) jako: „ ... *Tendence stanovit si velmi vysoké, rigidní nároky pro sebe, svoji práci nebo úspěchy.*“

Osoby s CFS stále nad něčím přemýšlejí. Popisují často disociaci psychického a somatického já, což se projevuje ve výrocích typu: “ *Chci, ale tělo pracuje... .Ráda bych, ale hlava stále musí myslet, jak...* “ (JANŮ, et al., 2003, s. 52).

Nemají čas na příjemné aktivity, přepínají svůj organismus a málo odpočívají. Jsou vysoce závislí na odměně zvenčí. Pokud se objeví vztahové problémy, mívají tendenci od nich raději odvádět pozornost (i práci) (PRAŠKO, et al., 2006, s. 35).

Podhodnocují se (Tamtéž, s. 12) a trpí častými pocity méněcennosti, úzkostmi a obavami (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 51) Objevuje se u nich rozpor mezi psychofyzilogickými potřebami, schopnostmi jejich organismu a ambicemi (JANŮ, et al., 2003, s. 52).

Zřejmě tedy nenaplnění představ o tom, jací by chtěli být a čeho by měli dosáhnout (samozřejmě s maximalistickými vizemi), vede k úzkostem a autoagresi. To vše je z hlediska potřeb organismu maladaptivní, protože to vede k chronickému přetěžování.

Pacienti dále trpí pochybnostmi o sobě a své práci, bojí se i kritiky z okolí a myslí si, že i ostatní po nich očekávají takové výkony (PRAŠKO, et al., 2006, s. 187).

Častěji také vykazují latentní agresi (JANŮ, et al., 2003, s. 53). Nezřídka mají hněv na sebe, že jsou neschopní a i na svět pro jeho velké požadavky. Tento hněv spotřebovává mnoho energie (PRAŠKO, et al., 2006, s. 65).

Depresivní stavy (nikoliv jen ve smyslu poruchy) dle statistických údajů trápí přibližně 78-80% postižených CFS a podstatně ovlivňují jejich život (JANŮ, et al., 2003, s. 68).

Depresivní stavy mohou být příčinou i důsledkem CFS (KAČINETZOVÁ, 1999, s. 11-12). Přesto však může být CFS komorbidní s depresivní poruchou a panickými atakami (JANŮ, et al., 2003, s. 74), či poruchami osobnosti (PRAŠKO, et al., 2006, s. 36).

Komorbidita s psychiatrickými nemocemi je poměrně častá (JANŮ, et al., 2003, s. 68). Úzkostnost a nervozita jsou většinou již součástí osobnosti (NATELSON, 1998, s. 12).

V kontextu osobnostních charakteristik se mi jeví velice zajímavá studie uskutečněná kolektivem autorů ve Velké Británii, zkoumající přítomnost nezdravého perfekcionismu a neuroticismu u pacientů s CFS (DEARY and CHALDER, 2010). Bylo zjištěno, že existuje souvislost mezi neuroticismem, nezdravým perfekcionismem a únavou.

Skupina s CFS se jevila signifikantně více depresivní, úzkostná a unavená a skórovala statisticky významněji na škálách neuroticismu a nezdravého perfekcionismu než kontrolní skupina.

Dále na sebe respondenti s CFS kladli vysoké, kterých se snažili dosáhnout tvrdou prací. S perfekcionismem byly často spojeny sebezpochybnující myšlenky a sebekritika, což dále způsobovalo úzkost, deprese a distres, které samy o sobě vedou k únavě.

Autoři rozlišují mezi zdravým perfekcionismem, který se týká optimálních standardů na sebe sama, a nezdravým perfekcionismem, který je charakteristický pochybnostmi a sebekritikou. Ten má zřejmě kořeny v rodičovských očekáváních a kritice směřované k osobě pacienta v raném dětství. Otázkou stále je, zda úzkost, deprese a hostilita jsou příčinou či důsledkem nemoci.

CFS skupina byla méně extravertovaná ve smyslu aktivity a společenskosti.

Autoři dále vyslovují hypotézu, že se nezdravé hodnotící pochybnosti v rámci perfekcionismu mohou projevit ve fyziologickém vybuzení, emočním distresu a v kognitivní a behaviorální snaze odstranit stresující podnět. Tato déletrvající fyziologická, emoční a kognitivně behaviorální aktivace může způsobit fyziologické „vyhoření“ organismu.

Z výše uvedeného vyplývá, že životní styl, jaký vedou lidé s osobností predisponující rozvoj CSF, není zdravý a přirozený, protože vede k nemoci organismu a vyčerpání fyzickému a psychickému. Pro člověka tedy není zřejmě přirozené žít život orientovaný pouze na výkon, kdy člověk pracuje bez ustání s takovými cíli, kterých nelze dosáhnout (nebo pouze s újmou na zdraví). Napadlo mě v této souvislosti podobenství, že cíle perfekcionista člověka jsou, s mírou nadsázky, fatamorgánou. Po každé, když už je dotyčný blízko k cíli, tak se onen cíl opět vzdálí.

Pokud tento životní styl nevyplývá z lidské přirozenosti, pak se člověk těmito maladaptivním vzorcům pravděpodobně učí během života.

I jiná studie potvrzuje (FUKUDA, et al., 2010), že pacienti s CFS vykazují vyšší míru neuroticismu, perfekcionismu a dále tendenci ke svědomitosti a sklon těžce pracovat.

Tito autoři navíc zajímavě srovnávají CFS pacienty s pacienty trpícími postinfekčním únavovým syndromem.

Zjistili, že pacienti s postinfekčním únavovým syndromem byli více premorbidně extrovertovaní, zatímco pacienti s neinfekčním CFS vykazovali více neuroticismu, což může odkazovat na difference mezi těmito dvěma formami CFS.

Charakteristikám neinfekční CFS se blížili pacienti s komorbidní psychiatrickou poruchou, protože ti právě vykazovali víc neuroticismu, tendenci vyhnout se bolesti, větší citlivost na sebe a menší extraverci s tendencí k vyhýbání se novému.

Snížení takových tendencí u těchto pacientů a zvýšení jejich autonomie a sebeřízení by postavilo, dle autorů, lepší základy pro pozitivní prognózu v jejich léčbě.

Na základě této studie lze soudit, že neinfekční formu CFS pozorujeme spíše u lidí s psychiatrickými potížemi, zatímco u lidí bez takových potíží se CFS rozvíjí spíše vlivem organických faktorů, např. infekce, tedy jako postinfekční únavový syndrom.

Shrnu-li výše uvedené, tak lze také tvrdit že, pokud pacient vykazuje rizikové charakteristiky jako neuroticismus atd, tak lze předpokládat, že se u něj choroba rozvinula spíše na základě funkční nebo psychosomatické etiologie.

4. Léčba CFS

Cílem léčby CFS by mělo být odstranění svalového napětí, bolestí a dalších somatických symptomů. Dále sebeuklidnění a zlepšení sebevědomí i ve smyslu toho, že postižený znovu nabude pocit vlády nad svým životem (BAŠTECKÁ, et al., 2003, s. 137).

CFS je multidisciplinární záležitostí a i jeho léčba by měla zahrnovat intervenci odborníků různých specializací, zejména internisty a psychiatra, dále pak neurologa, imunologa a infekcionisty (JANŮ, et al., 2003, s. 51). Pokud se nenalezne příčina organická, virová atd., pak jde o funkční poruchu a tam je neúčinnější zejména psychoterapie (NATELSON, 1998, s. 29-33).

U pacienta zkoumáme kromě základních anamnestických dat i jeho subjektivní porozumění nemoci: „...*Co si o svých příznacích a problémech myslí, jak si je vysvětluje... Do jaké životní situace jeho nemoc vstoupila, jak zvládal překážky dříve, jak je zvládá teď... co v únavě převládá – zda vyhýbání se činností, které ji zvyšují nebo ničující úvahy o vlastní výkonnosti a hodnotě či chmurná nálada. Zabýváme se jeho denním režimem, spánkem, odpočinkem, aktivitou, náladou a myšlenkami*“ (BAŠTECKÁ, et al., 2003, s. 137).

4.1 Léčba somatických potíží a farmakoterapie

Pokud se nenalezne ze somatického hlediska, léčitelná příčina chronické únavy, tak je léčba převážně symptomatická. Cílem je hlavně podpora nervového a imunitního systému (JANŮ, et al., 2003, s. 12).

V rámci CFS se léčí např. nalezené infekce a imunodeficit (Tamtéž, s. 31-34).

Farmakologicky lze ovlivnit i řadu dalších somatických symptomů, jako jsou bolesti hlavy, difúzní algické syndromy,⁵ subfebrilie.

Doporučováno je udržování optimální tělesné hmotnosti, omezení těžkých jídel, kofeinu, nikotinu a alkoholu, správná životospráva a spánková hygiena.

Klid na lůžku se nedoporučuje, protože vede k úbytku sil, poklesu sebevědomí a invalidizaci (JANŮ, et al., 2003, s. 49-50 ; PRAŠKO, et al., 2006, s. 53).

Výsledky farmakoterapie se ukazují být pouze epizodické (JANŮ, et al., 2003, s. 51).

⁵ Pozn.: Bolestivé syndromy (*Velký lékařský slovník*, 2008).

Součástí farmakologické léčby jsou i psychofarmaka. Ty se aplikují zejména tam, kde je např. diagnostikována nějaká spánková porucha (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 32), při podpoře kognitivních funkcí a při depresivních či úzkostných symptomech (JANŮ, et al., 2003, s. 63).

Někteří pacienti se v důsledku jisté bezradnosti klasické medicíny obracejí na alternativní směry.

Studie týkající se účinnosti alternativních přístupů v práci s CFS včetně homeopatie a masáží (obě jsou relevantní vzhledem k případu uvedenému v praktické části) ukázala, že mnohé z nich nebyly účinnější než placebo a tudíž neměly samy o sobě signifikantní pozitivní účinek. Jistý efekt se v případě zmíněných masáží a homeopatik ukázal. Např. masáže zmírňovaly bolesti, insomni, deprese, únavu a měly pozitivní efekt zejména na fyzické symptomy. I homeopatie prokázala jisté pozitivní účinky. Obojí však nebylo dostatečně prokazatelné, aby se potvrdil jejich evidentní vliv na zlepšení symptomů CFS v porovnání s placebem (ALRAEK, et al., 2011). Je možné spekulovat o tom, jestli lze homeopatii považovat za jistou formu léčby psychologickými prostředky (obzvláště, pokud by bylo přítomno placebo).

4.2 Léčba psychologickými prostředky

Psychologické prostředky se týkají zejména redukce stresu, změny osobnosti atd. Psychologickým prostředkem je i placebo efekt a uvádím ho zde z důvodu, že mohl sehrát úlohu při remisi CFS u respondentky v případové studii (viz. praktická část).

Dle Janů a kol. (2003, s. 63). je pro redukci stresu často nutná změna pacientova rodinného či pracovního prostředí, což však může být krok prostoupený mnohými zádrhly, zejména proto, že je pacient dlouho fixován v navyklém stavu fungování. Pro realizaci změny je třeba hledat nový rovnovážný bod.

Již zmíněným podstatným psychologickým prostředkem je placebo efekt. Je jím myšlen nespécifický léčebný účinek nějaké látky či jiných faktorů, jako např. způsob vystupování lékaře atd.. Placebo je výsledkem pacientova očekávání. Nejvýrazněji se projevuje při mírnění bolestí a při úzkostech (VYMĚTAL, 2003, s. 23-24).

Podle mého názoru právě u CFS může uspět, z toho důvodu, že jsou u něj často přítomny úzkosti a bolesti. Můžeme u pacientů také často předpokládat bezradnost s jejich stavem v důsledku neschopnosti odborné obce jim poskytnout adekvátní pomoc.

Placebo působí zejména na základě sugesce a sugestibilita pacienta se výrazně zvyšuje s neúnosností a vážností pacientova zdravotního stavu (Tamtéž, s. 20, 23).

Z psychoterapeutických postupů se v případě CFS nejčastěji využívá KBT.

Ta se jeví signifikantně úspěšnější než placebo, proto lze mluvit o jejím pozitivním účinku. Studie o účinnosti KBT jsou navíc jedny z mála velmi dobře metodologicky provedených (JANŮ, et al., 2003, s. 58-59).

Dle českého předního odborníka na KBT MUDr. Praška a kol. (2006, s. 53-54) je nutné se vyhnout tomu, aby pacienti dělali příliš málo činnosti, protože to vede k ještě většímu zvýšení slabosti. Je však třeba se vyhnout i nadměrné činnosti, jelikož se pak přetěžují a vyčerpávají. Pokud někdo dělá záchvatovitě příliš mnoho a pak následovně zase příliš málo, tak také pouze udržuje svou únavu.

Důsledky toho že pacienti nemají čas na sebe, mohou být únava, deprese, podrážděnost, neschopnost koncentrace a absence radosti i z činností, které ji před tím dělali, proto je třeba zabránit přetížení bez odpočinku (Tamtéž, s. 142-143).

Pacienti musí identifikovat vlastní spouštěče stresu a pak tyto situace rozdělit na ty, které lze změnit a na ty, které nelze. Pokud je změnit lze, je třeba je řešit, pokud je však změnit nelze, pak se má pacient zaměřit na vyrovnávání s emocemi.

Způsoby zaměřené na problém jsou např: time management, který umožňuje pravidelný odpočinek a dávkování práce tak, že nakonec je potřeba vynaložit méně energie a tudíž dojde k redukci únavy (NATELSON, 1998, s. 122-125).

Optimální naplánování činností je nutnou podmínkou léčby, např. plánováním denních aktivit, které musí být konkrétní, přiměřené a uskutečnitelné. Je potřeba zabránit malé i přehnaně velké zátěži. Nejdříve je však nutné stabilizovat současné aktivity a až potom se postupně přidávají další (Tamtéž, s. 130). Pacient by se měl naučit stanovit si realistické, jeho schopnostem odpovídající osobní cíle v zaměstnání a osobním životě, včetně naplánování času pro sebe (PRAŠKO, et al., 2006, s. 102 -103). Stanovení cílů také zvyšuje pocit vlády nad svým životem (Tamtéž, s. 143-144).

Pro zvládnání a zklidnění emocí je nejlepší použít relaxace či imaginace např. příjemného místa atd. (NATELSON, 1998, s. 130).

KBT zhodnocuje situaci postiženého a edukuje ho.

Pracuje se s úpravou spánkového režimu (je často potřeba harmonizovat pravidelnou dobou ulehání a vstávání, zajistit aktivitu během dne, spát pouze v noci, nikoliv přes den a dodržovat ostatní pravidla spánkové hygieny (PRAŠKO, et al., 2006, s. 59-60).

Někteří lidé jsou náchylnější ke stresu než jiní a souvisí to s jejich percepcí sebe sama v rámci světa. Některé situace mohou vyvolat automatické negativní myšlenky (dále ANM), které neodpovídají původnímu stimulu a ten je v důsledku těchto myšlenek přetvořen na obrovský problém.

Dle Ellise, který dále ovlivnil A.T.Becka, tyto neadekvátní iracionální kognice pak ovlivňují vznik emocionálního distresu. Někteří lidé věří tomu, že něco musí nebo by měli, takže se podle toho chovají, i když je to proti tomu, co by oni sami chtěli. Tento způsob myšlení je charakteristický pro řadu pacientů s CFS. Cílem léčby je zachytit tyto ANM a změnit přesvědčení, že se člověk musí chovat tak či onak. Beck na něj navázal a vytvořil techniku kognitivní restrukturalizace (cit. dle NATELSONA, 1998, s. 132-133). Tato metoda je důležitým prvkem i při léčbě CFS (PRAŠKO, et al., 2006, s. 79).

Lidé s CFS trpí zejména obavami z nemoci nebo nadměrnými požadavky na sebe, při kterých se ANM uplatňují (Tamtéž, s. 168) Tyto myšlenky si ale běžně člověk neuvědomuje. Jsou automatické, zkreslené, neužitečné, snižují sebevědomí a vytvářejí katastrofické scénáře, přesto je obtížné se jich zbavit (Tamtéž, s. 171).

ANM jsou také typické černobílým viděním, generalizacemi a selektivním vybírání jevů, které odpovídají očekáváním. Dále se myšlení pod vlivem ANM projevuje např. ignorováním pozitivního, přeháněním, vztahovačností, pocity, že daný člověk musí něco udělat, děláním závěrů pomocí emocí, nikoliv rozumu nebo hodnocením, místo pouhého pojmenování skutečnosti (Tamtéž, s. 176-178).

Příkladem těchto myšlenek může být tendence si myslet, že víme, co si ostatní lidé myslí o nás, aniž bychom to ověřili (např. že jsme neschopní, když něco nedokážeme). Dále automaticky počítáme s negativními událostmi, ale pozitivní přehlízíme (např. dílčí menší úspěchy). Když se něco nevhodného či obtěžujícího stane v sociální situaci, máme tendenci to přisuzovat sami sobě, naší vině atd.

Takové myšlení způsobuje, že se osoba cítí stresovaná, nesebevědomá a nervózní.

Přerušení ANM zmírňuje stres a únavu, což přispívá k léčbě CFS. Je nejdříve třeba naučit se spouštěče těchto myšlenek (NATELSON, 1998, s. 134-136) a pak tyto myšlenky testovat a na základě jejich zpochybnění dojít k racionální odpovědi. Díky tomu dochází ke konstruktivní akci, kdy se mění pouhé pasivní chování pacienta (PRAŠKO, et al., 2006, s. 182-184).

Praško a kol. (Tamtéž, s. 187-188) radí, aby si takoví lidé udělali hranice ve svých aktivitách a pokračovali v plánu, aniž by kontrolovali, zda to co udělali je perfektní. Dále aby se zaměřili na proces činnosti a ne na výsledek.

Je třeba nepodlehout nutkání stále věc vylepšovat a naučit se překonat počáteční úzkost z nedokonalosti.

ANM vychází z podmíněných pravidel, která se vytvořila zejména v dětství a týkají se hlavně oblastí výkonu (výše nároků), přijetí (potřeba být milován...), moci (potřeba kontrolovat události atd.). Za nimi stojí jádrová schémata, která vznikla proto, aby organizovala naši zkušenost. Protože se vytvořila v dětství na základě našeho zúženého dětského porozumění situaci, tak jsou velmi rigidní a nepřizpůsobivá (Tamtéž, s. 189-191).

Pochopení zdrojů těchto pravidel umožňuje pochopit i to, že dotyčný v době jejich vzniku neměl moc jiných možností, jak je ovlivnit. V životě jsou tato pravidla dále udržována pomocí selektivní pozornosti našeho očekávání a kognitivních omylů (Tamtéž, s. 205).

Cílem dle KBT není primárně najít příčinu těchto pravidel, ale je důležité pochopit, co říkají a změnit to. Nový pohled by měl však nabídnout více výhod než ten starý a měl by být vyváženější, pružnější a racionálnější (Tamtéž, s. 216-218).

Pokud by však terapie byla zaměřena pouze na řešení dílčích aspektů lidského života, tedy pokud by pracovala pouze atomisticky s úzkým definovaným okruhem životních situací a emocí pacienta, pak by neustále hrozilo zvýšené riziko pozdějšího relapsu.

Dle Růžičky (2012) je nutné jít až k samotné podstatě bytí daného člověka, jehož nenaplnění je podkladem pro nemoc. Nelze se zaměřit jen na to, co vyústí v podobě symptomu nebo problémové situace. Psychoterapeutický nebo také klinický koučink má pomáhat pacientovi hledat životní priority a pomoci mu při jejich uskutečňování. Člověk sám svou aktivitou, pozorováním i přímým doptáváním, se učí jak fungovat, pátrá tedy také po svých vzorech (řekněme identifikačních vzorech). Sám posuzuje, co se mu podařilo a co ne. Terapeut poskytuje svou podporu a také své postřehy. Pacient se s postupující schopností sám sebe posuzovat a mít názor na to, co činí stává nezávislejší na mínění druhých včetně terapeuta.

Cílem klinického koučinku není pouze zbavit se symptomu nebo vyřešit dílčí situaci, ale najít smysluplný život, který by odpovídal možnostem pacienta. Partikulární přístup se zde nahrazuje přístupem holistickým.

PRAKTICKÁ ČÁST

1 Případová studie

Zvolila jsem si případovou studii z toho důvodu, že je CFS stále velmi komplikované a nejasné téma. Ruku v ruce s touto nejasností jde fakt, že se pod stejnou diagnostickou jednotkou (CFS) vyskytují případy pacientů s organickou, funkční či kombinovanou etiologií.

V případové studii jde obecně o podrobný popis případu a jeho charakteristik. Je tvořena za účelem zachycení složitosti daného případu a jeho prozkoumání by mělo přispět k pochopení zkoumaného jevu obecně (HENDL, 2005, s. 104). V tomto případě bude zkoumaným jevem CFS.

Základem je vyjasnit si objekt výzkumu a zvolit studované jevy, od kterých se odvíjí výzkumná otázka. Následně se hledají pravidelnosti v datech, které by mohly mít souvislost k položeným otázkám (Tamtéž, s. 104).

V mém případě jsem volně zformulovala výzkumnou otázku: „Jak významně je pacientem vnímán podíl psychogenních faktorů na rozvoj nemoci a jakou úlohu sehrály psychologické prostředky při její remisi?“

Dalším krokem je dle Hendla navržení základních tvrzení pro daný případ. Ačkoliv se studie týká jen jednoho případu, uvažuje se s opatrností i možnost zobecnění (Tamtéž, s. 107-108, 112). Záleží zřejmě na tom, zda a jak je vybraný případ reprezentativní pro určitou populaci a jak.

Významové celky vycházející z rozhovoru se pak porovnají s teoretickým základem uvedený v teoretické části.

Případová studie má zpochybňovat nebo potvrzovat obecné teorie a sama může být zdrojem nových hypotéz (Tamtéž, s. 112).

1.1 Kritéria výběru respondenta

Při výběru respondenta/ky byl kladen důraz zejména na to, aby na rozvoj CFS měly co nejmenší možný vliv infekční nemoci, a to zejména z rizikových okruhů, které jsou tradičně spojovány s možným etiologickým vlivem na CFS zejména herpesviry (viz. KACINETZOVÁ, 1999, s. 8-10). V případě objevení nějaké jiné infekce, měly být premor-

bidní charakteristiky osobnosti nebo působící externí stresový faktor tak zřetelné, že mohly v souladu s teorií sehrát významný vliv na rozvoj CFS.

Výše uvedená kritéria měla sloužit zejména k vyloučení těch případů, které by spadaly pod kategorii postinfekční únavový syndrom.

Níže uvedená respondentka uvedla, že měla na začátku rozvoje CFS zánět dýchacích cest – zánět dutin, který se projevil chřipkovými symptomy. Faryngitida však může být jedním ze symptomů CFS, a proto je diskutabilní, zda šlo o spouštěč či o symptom. I kdyby se jednalo o infekci, po které se rozvinul CFS, respondentka stále vykazovala premorbidně typické rizikové osobnostní charakteristiky pro rozvoj CFS. Proto se domnívám, že v jejím případě šlo o funkční (respektive psychosomatickou) poruchu.

Zřejmě se tedy jednalo o součinný vliv premorbidní osobnosti a patogenního vlivu prostředí, které bylo zdrojem stresového faktoru, jenž dále snižuje obranyschopnost organismu, to vše v součinnosti s infekcí (pokud byla přítomna a nešlo o prvotní průvodní symptom CFS).

1.2 Způsob sběru dat

Studii jsem uskutečnila formou rozhovoru, který se opíral o strukturu rozhovoru s návodem (s připravenými okruhy témat) kombinovanou s prvky neformálního rozhovoru, při kterém vznikají otázky až v průběhu v návaznosti na sdělené) (HENDL, 2005, s. 174-175).

Pomocí otázek jsem respondentku směřovala k určitým tématům relevantním k účelu práce.

Rozhovor byl nahráván na diktafon a následně přepsán do textové podoby, která byla dále použita při vyhodnocení a analýze dat.

Před uskutečněním rozhovoru byla respondentka seznámena se všemi okolnostmi týkající se zveřejnění dat, včetně jejich anonymizace. Respondentka poskytla informovaný souhlas (vzor tohoto dokumentu je umístěn v příloze).

1.3 Způsob vyhodnocení dat

Dle Hendla (2005, s. 234) je třeba se v analýze opírat o teoretický základ k problematice, pokud takový základ existuje. Protože se v tomto případě jedná již o do určité míry prozkoumané téma, teoretický základ je zde k dispozici a je sumarizován v teoretické části této bakalářské práce, ke které se budu vracet při analýze dat v praktické části.

Rozhovor jsem utřídila dle tematických významových celků a následně jsem ho porovnávala s teoriemi týkajícími se etiopatogeneze a léčby nemoci se zaměřením na psychogenní faktory.

2 Analýza rozhovoru

V této kapitole uvedu nejdůležitější části rozhovoru v souladu s tématem této práce (uspořádané dle tematických celků, nikoliv chronologicky, jak byly sděleny při rozhovoru) a s maximálním ohledem na zachování smyslu a významu sděleného.

Některé informace, které zazněli a jsou relevantní, avšak ne tak podstatné, zmíním mimo citační linii rozhovoru.

Po uvedení citační části autentické výpovědi respondentky vždy následně předložím svůj komentář, který je nejen popisný, ale zároveň obsahuje různé nabízející se hypotézy vycházející z teoretické části.

Při samotném rozhovoru jsem nejdříve nechala respondentku hovořit o tom, co považovala sama za důležité. Z počátku líčila symptomatiku choroby a také její diagnostiku. Poté jsem se doptávala na specifické otázky směřující výpověď respondentky k psychologickým fenoménům před rozvojem CFS a po remisi.

Pomocné značky v přepisu rozhovoru: T: tazatel, R: respondent, (..) pauza, (:D) smích (KOŤOVÁ, 2013).

rozhovor (citační část), **komentář** (můj komentář a hypotézy v souvislosti s rozhovorem)

2.1 Základní údaje o respondentce

Respondentka je v současnosti studentkou VŠ ve věku mladší dospělosti a svou nemoc nyní považuje za vyléčenou.⁶ Pochází z křesťanské rodiny, což zmiňuji z toho důvodu, že jisté aspekty tématu rozhovoru (téma smrti) byly možná touto skutečností dle respondentky ovlivněny (viz níže). V minulosti neprodělala žádné významnější nemoci, kromě toho, že se u ní objevila alergie na lepek a laktózu v průběhu CFS. Jakoukoliv závislost na drogách, alkoholu, cigaretách a lécích neguje, stejně tak dřívější hospitalizace. Ze somatických poruch má pouze horší zrak, v minulosti dokonce hrozilo oslepnutí. V současnosti toto riziko již nehrozí.

Z osobnostních charakteristik pouze zmínila, že dříve byla často nervózní ze školy. CFS se u ní rozvinul v návaznosti na zánět dutin.

⁶ Pozn.: Domnívám se, že termín remise by byl vystižnější, protože se jedná o chronickou nemoc, u které se předpokládá celoživotní riziko relapsu.

Ve vztahu k rodičům se mi zdá relevantní zmínit její sdělení, že matka je direktivní, dle slov respondentky: „*tak trochu generál*,“ otec flegmatický a spíše stále v zaměstnání. Domácnost řídila matka. Respondentka má starší sestru, která dříve trpěla častými chřipkami, dle respondentky psychosomatického charakteru.⁷ Výchova spíše liberální, respektující, ale úspěch ve škole byl samozřejmostí, aproti se neodměňoval. Dva roky před samotným rozvojem CFS respondentka trpěla poruchou příjmu potravy s vysvětlením, že měla hodně negativní vztah k sobě a nesnášela se. Sama uvažuje i nad tím, že možná chtěla získat víc pozornosti a lásku od okolí.⁸

2.2 Rozvoj a průběh onemocnění

Choroba se u respondentky rozvinula v 15 letech na gymnáziu v septimě a trvala přibližně 2 roky. Až za 3 roky však došlo k úplné remisi (dle jejích slov).

Poté, co stav několik týdnů neustupoval, prošla řadu vyšetření, při kterých se objevovaly v různých oblastech pouze hraniční hodnoty (nikoliv výrazně signifikantní). Respondentka zmínila zejména imunologické vyšetření, gastrointestinální vyšetření a vyšetření kostí (kvůli podezření na artrózu). Symptomatika kromě únavy byla bohatá - bolesti hlavy, kloubů, svalů, zažívací potíže a bolesti v břiše, objevení alergií na některé potravinové suroviny, subfebrilie, poruchy koncentrace, depresivní rozlady. Neobjevily se u ní jiné kognitivní poruchy, zvětšené či bolestivé lymfatické uzliny ani poruchy spánku. Celoživotně trpí hypotenzí (některé z těchto symptomů budou zmíněny i níže v některých částech rozhovoru). Dle Fukudovi definice by respondentka splňovala kritérium neodklonitelné únavy s jasným začátkem a čtyři další kritické příznaky bolesti svalů, kloubů, hlavy, v krku, poruchy koncentrace, nálady (viz. FUKUDA, et al., 1994). A i ostatní její příznaky jsou zmiňovány jinými autory jako součást klinického obrazu nemoci (viz. JANŮ, et al., 2003, s. 45-46).

Výsledkem vyšetření lékařů byl nejasný postulát, že jde zřejmě o nějaký chronický zánět. Respondentka se odvrátila od tradiční lékařské obce s pocitem, že jí nebyla schopna pomoci.

⁷ Pozn.: Zajímavá se mi zde zdá nápadnost se způsobem manifestace psychologických problémů ve formě CFS u pacientky. Mám odvážnou spekulativní hypotézu o jistém „rodinném trendu“ v tomto směru. Jedná se spíše o charakter nemoci na podkladě oslabení imunity v důsledku stresu.

⁸ Přichází v úvahu sekundární zisk z nemoci

Poté vyhledala alternativní medicínu. Léčba alternativními metodami začala asi rok po nástupu symptomů CFS. Nic důležitého či zvláštního rozvoji choroby nepředcházelo.

Rozhovor:

„R: Ono to začalo, když mně bylo nějakých 15 let. A v podstatě (..) měla jsem nějakou jakoby zánět dutin, kterej se furt ne a ne nechtěl uzdravit a potom to jakoby přerostlo v takový jakoby, takovej chronickej stav kdy, mi nebylo jakoby dobře, jakoby celkově na těle a cítila jsem se strašně unavená, v podstatě jsem to jakoby řešila tím, že sem vždycky šla spát, abych jakoby načerpala sílu, jenomže potom, když sem se probudila, tak jsem se většinou cítila ještě víc unavená než předtím. V podstatě jakákoliv fyzická aktivita byla vyloučená, protože to, to nešlo. A do toho se začaly objevovat i různý další fyzický projevy, třeba že sem měla, že mě začaly příšerně bolet klouby, že sem třeba neudržela ani propisku v ruce, ani na počítači jsem třeba psát nemohla a začaly obrovský bolesti hlavy, že sem byla, nejdřív sem to řešila paralenama, to sem, absolutně nezabíraly, takže to sem pak i přestala i tohlensto, že sem prostě mi nic nepomáhalo.

...

R: Bolesti hlavy, klouby mě bolely, měla sem hodně jakoby silný bolesti při menstruaci.

T: Hm

R:(e:) vlastně celkově zažívání bylo hodně špatný, že prostě začly mě pak bolet ten žaludek, objevily se mi v podstatě potom třeba i alergie na laktózu a takhle.

T: Hm

R: Potom sem měla takový jakoby pocity jako že se, právě to, s tím jsem byla na tom kardiu. Jako ráno takovej, jako kdybych měla takovej jako infarkt menší, že prostě úplně se mi jakoby sevřela hrud' a prostě jsem nebyla schopná se jakoby nadechnout

T:Hm

R:(..) (e:) co ještě, no bylo tam toho strašně moc“

...

T: ... To se ti jako měnilo nějak jako ze dne na den ty symptomy nebo byly tam nějaký stálý prostě a jenom nějaký se přidávaly nebo jak to bylo?

R: Tak jako stálý byla určitě ta únava. Ta prostě byla furt. A pak se různě jakoby ty, jakoby oni to byly furt, jakoby nějaká forma zánětu mi přišlo, která se vždycky tak nějak přesouvala po celým těle. Jednou to bylo v těch dásních, jednou to bylo v těch kloubech, jednou to bylo v tom žaludku. Jo a tak jakoby různě se to furt tak nějak putovalo prostě

po tom těle.

T:Hm, ale ta únava zůstávala.

R:Hm

...

únava byla každé den ...

... jako vstala jsem z postele to jo, ale absolutně jsem nebyla, jako když máš prostě chřipku, je ti blbě máš 40 horečky, to je jako jo, něco málo, třeba dojdeš si na záchod uděláš si nějaký základní jídlo, ale víc prostě jakoby nezvládáš...

...

jakoby celkově sem byla hodně hodně v nepohodě a cokoliv mohlo bejt skoro špatně na mym těle tak prostě bylo špatně. A ještě vlastně jsem to řešila i jako samozřejmě s doktorama, ty měli k tomu přístup takovej, že když už teda udělali nějaký testy, tak zjistili nějaký hraniční hodnoty. To znamená, že mě jakoby nechtěli medikovat. A v podstatě ale ani nebyla možnost jakoby, co s tím jakoby jinýho. Takže mě buď poslali ještě k jinýmu doktorovi, jakoby jinýmu specialistovi a nebo to prostě jakoby shodili ze stolu s tím, že to je chronický. No a jakoby já jsem to obíhala vlastně všude možně prostě přes oční, a u srdcaře jsem taky byla, prostě fakt všude možně co s, co snad jakoby existuje. Na neurologii prostě všude možně a jakoby nikde nikdo mi nechtěl jakoby říct co mi je nebo z čeho je příčina nebo co vlastně se mnou děje a tak vlastně jakoby ta moje všeobecná jakoby doktorka, tak ta už z toho byla jako dost taková jako špatná. Už nevěděla, kam mě poslat, takže i na psychiatrii mě poslala. S tím, že teda jako je možný, že se to všechno jakoby vymejšlim, přitom já sem byla premiantka třídy, já sem měla samý jedničky ve škole žádný problémy, takže. To jako, že by se mi nějak nechtělo do školy, kvůli tomu sem si to vymejšlela to je úplná hloupost. No a(a:), potom vlastně jsem měla i sérii vyšetření v nemocnici, kde vlastně moje mamča byla taková, že teda fakt jako na ně tlačila, ať mi teda řeknou nějakou diagnózu, jestli to je teda ten únavovej syndrom nebo ne, nebo co to je. No a v podstatě oni nevěděli jakoby co jinýho mi by mohli diagnostikovat, takže nakonec mi to fakt diagnostikovali v té nemocnici, že teda jakoby to by mohlo bejt. A zároveň jsme pak našli ještě jednu doktorku tady v Praze, která se na to přímo specializuje, jmenuje se Holubová.

T:Hmhm

R: A ta měla i v Anglii na to jakoby nějaký školení, přímo jak to identifikovat, že se to identifikuje, jakoby na tom těle podle pěti znaků. Ja nevim, co už jakoby ty znaky byly,

byly to různě třeba body na těle, který jako když se zmáčkly tak byly bolestivý nebo různý takovýhle způsoby. A mě vlastně identifikovala 4 z pěti znaků, že byly jako pozitivní a ten poslední bylo jakoby bolesti žaludku, který mi začali asi, já nevím, dva měsíce potom, co mi provedla tadyto vyšetření, takže (:D)...“

Komentář:

Z vyprávění je zřejmé, že problém byl již v samotné diagnostice, lékaři si s ní v podstatě nevěděli rady, což vedlo pacientku k zanevření na tradiční lékařskou obec a postupné zaměření se na alternativní medicínu.

Diagnóza CFS byla postulována v nemocnici (možná s jistou předcházející rezignací) a dále byla pak s větší jistotou určena u alternativní léčitelky (s titulem MUDr.) – těžko lze posoudit validitu této diagnostiky (z hlediska klasické medicíny).

Nabídka symptomů byla velice bohatá a proměnlivá. Únava však setrvala a nemizela po odpočinku (což je základním symptomem CFS) a byla chronická, protože trvala více než 6 měsíců. Jelikož nebyla nalezena jiná vysvětlitelná příčina této únavy a ostatních symptomů, tak jí byla stanovena diagnóza CFS. Kdyby se našla jiná jasná příčina únavy, tak by v souladu s teorií měla jistě diagnostickou přednost. To však také evokuje možnost, že CFS u ní byl nouzovou diagnózou, protože žádnou jinou nebylo možné zjistit tradičními diagnostickými prostředky. Klasický medicínský přístup směřující k nalézání adekvátního laboratorního nebo jiného objektivního nálezu za projevem symptomů nemůže odhalit každou nemoc spolehlivě určitelným způsobem.

Některé symptomy se nedaly objektivizovat a pokud ano, tak pouze na hraniční úrovni, což neumožnilo provést spolehlivou diagnózu.

Mezi symptomy respondentka popisuje také „menší infarkt.“ Zde se nabízí hypotéza, že by se mohlo jednat o úzkostnou až panickou reakci, které mohou být přítomny u pacientů s CFS. (viz. JANŮ, et al., 2003, s. 45-46). Podle klinických zkušeností se totiž některé symptomy infarktu objevují i u generalizované panické reakce (UZIS ČR, 2008a).

2.3 Léčebná opatření

Rozhovor:

„R: ...nikdo mi nebyl schopnej nijak jakoby pomoct(e:) na tý psychiatrii mi nabízeli (e:) medikaci, psychofarmaka, což moje mamča absolutně jako odmítla, s tím že, když už

takhle to tělo mám nejspíš plný všeho možného nějakých toxinů a to tak prostě cpát do mě další toxiny, že to prostě asi není moc dobrý nápad... už mi jakoby nebylo žádná jiná možnost, kam mě jakoby poslat, protože už sem všechno oběhala. A zůstalo to tak nějak jakoby na mě no, takže mamča mi zařídila individuál ve škole, abych měl teda možnosti si nějak jakoby odpočinout.

...

T: A ten individuál si dostala vlastně hned jako po tom nebo.

R: Nonono, vlastně v podstatě, když mi začaly tydlenty problémy, tak vono to začalo nějak, listopad mi začaly ty dutiny, potom přes prosinec se to úplně zhoršilo, to sem měla fakt hrozný stavy, a takže v lednu hnedka zašla mamka za ředitelkou domluvit do, že vlastně celej ten semestr sem měla ten individuál.

No a to mi pomohlo, to bylo dobrý.

...

R: A s tím, že jsme začali hledat jakoby alternativní metody. To znamená, že jsem vyhledala bylinkářku. Ta mi řekla, že v podstatě jsem zahlcená toxinama, úplně vlastně všude snad, kde můžu mít toxiny, tak prostě tam že je mam, takže mi dala nějaký detoxikační čaje a takový na podporu. Což teda opravdu začalo fungovat, že asi fakt po třech měsících mi konečně začalo bejt trochu líp. A pak jsem vlastně pokračovala tadyhle jakoby v těch bylinkách dál a dál, takže to byla jakoby věc, která mi pomohla...“

...

T: Nebrala jsi nikdy takový ty normální klasický léky.

R: Ne jako, protože oni jakoby neměli žádnou jinou diagnózu než ten syndrom, voni fakt nevěděli co se mnou no. No jako, že ti doktoři jsou tady v tom taky docela chudáci, protože. No to je jedno, ale tak, já jsem teda brala ty byliny, a to po prvních třech měsících se mi spustil takovej detoxikační proces, kdy mi všechno to, co bylo v uvozovkách chronický začlo bejt akutní.

...

T: Jo a jak dlouho si to brala?

R: No těch půl roku sem, nebo celkově

T: No v jaký intenzitě nebo každé den?

R: Každé den sem měla tak dvě byliny.

T: A co to bylo za bylinky?

R: ...vždycky to byly tři směsi základní na čistící orgány to znamená ledviny, plíce a

žaludeční jakoby střeva a tadyty trávicí orgány. Ty sem brala asi (..) vždycky obden jednu z nich minimálně sem měla. Aby se to právě čistilo a do toho jsem měla takový ty, který podporovaly vytahování těch toxinů z těla no. A pak když už jsem tohleto proběhlo, když jsem se jakoby očistila od těch toxinů, tak pak mi dala nějaký jakoby na, jakoby podporu toho těla nebo těch jednotlivých orgánů. Když už jsou vyčištěný tak aby se jakoby nastartovaly.

T: Jo a ty toxiny, to je jako co přesně?

R: To je jakoby když, když jseš jakoby nemocná tak v podstatě si to představuju tak, tak co ti zbyde jakoby po těch bakteriích a virech, takže prostě nějaký odpad. Nebo taky třeba nějaký bakterie a viry, který nejsou v tý jakoby funkční podobě nebo nejsou tak rozmnožený, aby se projevila ta nemoc.

T: A jak se tam dostaly do tebe ty bakterie a viry nebo?

R: Ja nevim

T: To jako způsobovaly tu nemoc.

R: Hm, tu únavu. A i to, že se prostě různě přesouvaly ty záněty no.“

Komentář:

Chronická únava vedla k nezvládnání běžných pracovních úkonů – v jejím případě tedy studia, a proto musel být domluven individuální program.

Respondentka se domnívá, že jí nebylo pomoheno prostředky klasické medicíny, která ji neposkytla žádnou léčbu, a když ano, tak pouze nabízela farmaka (na psychiatrii). Z medicínského hlediska šlo o symptomatickou léčbu. Tato je plně opodstatněná a v medicíně nutná. To, že se i v daném případě nejednalo o léčbu kauzální, někdy vyvolává u pacientů dojem, že si lékaři nevědí rady. To nezřídka vede i k vyhledání alternativních léčitelských technik, jak se stalo u respondentky.

Respondentka po léčbě bylinkami skutečně pocítila zlepšení stavu.

Nechci zde hodnotit účinnost či neúčinnost těchto metod, avšak považují za patřičné připustit, že lze spekulovat o tom, zda existuje specifický léčebný účinek v těchto případech. Z hlediska vědeckého pohledu je možno uvažovat o působnosti placebo. Zdůrazňuji, že tento název zde neužívám ve vulgárním smyslu (neúčinnosti podaných látek), ale ve smyslu psychologického prostředku léčby, tedy aktualizace vlastního léčebného potenciálu člověka v důsledku těchto látek. Obecně se alternativní medicína v pokusech s jejími léčebnými účinky v porovnání s placebem, neukázala být

signifikantně účinnější (viz. ALRAEK, et al., 2011).

Samozřejmě nevylučuji možnost, že skutečně došlo k nějakému specifickému působení užívaných látek při léčbě některých průvodních somatických aspektů nemoci např. nějaké přítomné infekty - pokud vůbec nějaké byly, imunodeficit atd, zejména proto, že bylinky byly také zaměřeny na rehabilitaci některých vnitřních orgánů zejména trávicího, dýchacího a močového ústrojí, což mohlo sekundárně podpořit obranyschopnost organismu (na to by však lépe odpověděla medicína).

Rozhovor (práce MUDr. Holubové):

„R: Jo, no ona mi vlastně dělala pak jakoby masáže, byl to vlastně druh lymfatickejch masáží. Kterej sem měla za úkol dělat si 3X denně, aby se vlastně podpořil odtok těch toxinů z toho těla. Což určitě bylo taky hodně dobrý. To mi určitě taky hodně pomohlo. To bylo fajn

T: Jo

R: Akorát byl problém ty masáže dělat, protože, jak sem byla unavená, tak prostě to (:D), no.

T: ...Si říkala, že to bylo těžký,(e:) tak bylo tam něco, co tě jako nakopávalo nebo jenom ta vidina toho, že prostě se toho chceš zbavit a.

R:No hele v podstatě jsem byla v takovým stavu, že sem byla naprosto odevzdaná. Já sem nebyla schopná přemejšlet jako ani sama o sobě. Nebo tak. Takže v podstatě, když mi, jako něco řekli, jako hele udělej tohle, tak prostě jsem se jako odevzdala a plnila rozkazy ...“

Komentář:

V tomto směru lze opět uvažovat o možnosti účinku placebo, protože respondentka tvrdí, že byla zcela odevzdaná. A právě odevzdaností a vlastně i zoufalstvím pacienta se zvyšuje jeho sugestibilita vůči pokynům lékaře (léčitele), které mají přinést zdravotní zlepšení (viz. VYMĚTAL, 2003, s. 20, 23).

Zde však nechci hodnotit či snižovat možný léčebný účinek těchto postupů. Je dále možné, že masáže mohly přispět k redukci svalového napětí a bolestí (což se běžně používá při léčbě CFS).

2.4 Premorbidní osobnost

Rozhovor:

„ R: ... Todle je samozřejmě jakoby ta část toho fyzickýho těla, ale ta část jakoby tý psychiky, která je s tím spojená. Tak je to, že já vlastně v tý době jsem jakoby hodně byla orientovaná před tím na výkon, že prostě jsem musela bejt ve všem nejlepší, prostě i to, že jsem prostě musela mít samý jedničky ve škole a takhlens a nebyla jsem jakoby schopná, měla jsem i jakoby takovej hodně negativní vztah sama k sobě, že eště jakoby, no vlastně celkově celý moje dětství sem měla takový jakože snahy jakoby skoncovat se svým životem, že sem měla i nějaký pokusy o sebevraždu a takhlenc, a celkově jsem si prostě absolutně nevážila jakoby sama sebe prostě ničeho a jenom sem měla furt před sebou, že nejsem dost dobrá a furt mě to tlačilo víc a víc a víc dopředu i před tím jsem měla vlastně asi dva roky přechod, jsem měla takovej hodně silnej už možná i začátek anorexie, že sem hodně jakoby zhubla, že sem zhubla asi 12 kg.

T: Před rozvojem toho, tý únavy?

R: Jojojo asi tak dva roky před tím, a to vlastně vim, že jakoby ta anorexie mě skončila v momentě, kdy sem byla tak vyčerpaná, že sem nebyla schopná ani zvednout ruku jo, to sem si říkala, tak to ne, tak jako musím začít jíst, abych nasbírala nějakou energii, pak sem se z toho dostala, všechno bylo v pohodě a dva roky po tom se mi objevilo tadyhlensto, že sem začala být jakoby nemocná a příšerně unavená, no a takže já si myslím, že tohlencto jakoby ta nemoc nebo ten únavovej syndrom, co se u mě objevil, tak bylo hlavně jakoby taková výstraha toho těla, hele začni si mě nějak jako všímat, a takhle to prostě dál nejde, musíš jakoby úplně se zastavit a přehodnotit celej svůj jakoby dosavadní styl života a jakoby to jak přemejšliš, to jak se chováš, prostě všechno. A to si myslím, že bylo pro mě takovej ten jakoby hlavní ten, to poselství jakoby tý nemoci. Abych jakoby se fakt nad sebou zamyslela a přehodnotila to, abych víc dbala na svoje priority a ne na priority ostatních, naučit se říct, jakoby co já a co to moje tělo potřebuje a chovat se podle toho, protože vono jakoby tě to ani nenechá, že jo.“

Komentář:

Respondentka se zabývá psychickou stránkou, která mohla souviset s rozvojem nemoci a dokonce se domnívá, že nemoc byla poselstvím, aby přehodnotila svůj způsob života. Před rozvojem CFS trpěla, jak sama říká anorexií, která pak odezněla.

Zde můžu s opatrností vyslovit domněnku, že na místo anorexie došlo k rozvoji CFS. Obě nemoci dle mého názoru mohly mít signální funkci, že něco není v pořádku s jejím stylem života, s jejím prožíváním vlastní hodnoty atd. To se ukazuje i ve výroku, že stále nebyla dost dobrá. Tato hypotéza by však musela být prokázána hlubším zkoumáním.

Shrnu-li dosud zjištěné, tak z výše uvedeného vyplývá, že respondentka subjektivně rozumí příčinám nemoci ve dvou rovinách, jako na jedné straně jako vyvolané nějakými toxiny, ale na druhou stranu mluví o poselství této nemoci ve smyslu naučit se vnímat své potřeby a ne jen být „strojem“ na perfektní výkon, který je orientován spíše na uspokojení potřeb druhých. Respondentka cítila důležitost uvědomění se vlastních potřeb a jejich oddělení od toho, co jí bylo vnuceno z venčí.

Rozhovor:

„T: ...odkud myslíš, že vznikl takovej vztah k sobě? Protože asi člověk se s tím nerodí.

R: Ja vim, že moje mamča říkala, že jakoby dokad sem byla ve školce, tak sem byla strašně šťastný spokojený dítě. A pak se školou, jakoby jsem se strašně změnila.“

Komentář:

S nástupem do školy se člověk poprvé setkává se značnými požadavky a očekáváním studijních výsledků ze strany dospělých. Mladý člověk je také neustále podroben srovnávání s druhými vrstevníky, včetně hodnocení ze strany vrstevníků i dospělých. To mohlo vést ke změně ze šťastného k neurotickému dítěti.

Rozhovor:

„R: A ja vim, že takhle, co si uvědomuju, když jdu do svojí minulosti, tak první věc jakoby, když jsem začala přemýšlet o smrti a co to je, tak bylo, když mi umřela moje prababička, to bylo někdy asi v pěti letech.(..) A to bylo tak, že jsem o tom začla přemejšlet, a to mě začlo tak nějak fascinovat ta smrt. ...

T: ... A co tě na tom fascinovalo? Nebo vzpomeneš si na to?

R: Jo, ja si pamatuju, mě totiž jakoby od malička přišlo, že prostě tendle svět, ve kterým žiju je prostě strašně divnej a že sem nepatřim. A že když umřu, tak to bude takovej návrat domů.

T: Aha ... a mělaš nějakou představu toho domova? Kam by ses to měla vrátit.

R: Jako místo, kde jako všichni lidi, jakoby lidstvo, ale nějaký to jiný lidstvo, že sou

prostě na sebe hodný a že prostě nedělaj ty věci, který se dělaj tady, jako že mi přišlo, mně vždycky strašně ubližovaly takový ty věci, že ty lidi na sebe křičí nebo, že se prostě hádaj nebo, že sou vraždy a tak. A já sem si právě domov představovala místo, jako kde se ty lidi takhle k sobě nechovaj, že už jsou prostě nějak evolučně vejš, že tadycto maj vyřešený a to je ráj v podstatě.

T: A tys to v těch pěti letech už takhle prožívala ten svět jako špatnej tady. Nebo jako nehezkej

R: Hm, no jako no asi ne takovej, jakej bych asi očekávala no (:D).

...

R: No ja sem vlastně ... nikdy nebrala smrt jako něco strašnýho, ja sem to prostě vždycky brala fakt jako přirozenou součást. Jakoby já k tý smrti mám takovej pozitivní vztah, tak já to vždycky беру tak, že ty lidi se budou mít jako líp jo, že prostě jdou někam. To mám, jako do ted'ka, že prostě jdou do nějakýho lepšího světa.“

Komentář:

Respondentka má specifický vztah ke smrti, protože ji považuje za něco pozitivního a dle jejích slov se jí „nebojí“. V necitované výpovědi dává respondentka tento pozitivní vztah ke smrti do možné souvislosti s tím, že je z křesťanské rodiny a to mohlo mít vliv na její víru v posmrtný život a absenci strachu ze smrti. Pravdivost této její subjektivní hypotézy již nelze ověřit. V úvahu take může přicházet dřívější přítomnost dětské deprese.

Opomeneme-li tento fakt, zůstává však z rozhovoru patrné, že posmrtný život je vnímán jako ráj a zdejší realita jako něco cizího, z čehož můžeme usuzovat na jakousi nelibost vůči tomuto světu. Na pozadí můžeme vidět některé psychologické aspekty ve vztahu k realitě a zdejšímu životu, který měl dříve spíše negativní konotaci, což se mohlo projevit ve snění o jiném lepším světě (po smrti).

Rozhovor:

„T: ...Tys tam mluvila o tom, že si byla hodně výkonově orientovaná a dokázala bys teda pohovořit o tom? Proč třeba to tak bylo?

R: Jo no tak já v podstatě že jo, vždycky hlavně mamča, teda na mě tak jako tlačila, abych byla nejlepší, abych měla samý jedničky, a když sem neměla tak, proč nemám jedničky, když ostatní maj jedničky a tak.

T: Tak to bylo vždycky jako.

R: ... muj celej život byla jenom jakoby škola nic jinýho no... Že sem ani neměla moc jakoby šanci právě bejt v klidu, přemejšlet o tom, co vlastně chci, co nechci a nějak třeba se sama realizovat v něčem jakoby kreativním nebo takhle. Takže tak.

T: A neměla si na to čas nebo tě třeba napadlo, že by si chtěla něco jinýho, ale v podstatě si nemohla nebo.

R: (e:) No v podstatě já jsem věděla, že kdybych třeba přišla tady s tím, že třeba tohle by mě bavilo, třeba balet, to by mi mamka řekla no hele, ale to ti k ničemu není, důležitá je škola prostě. Nejdřív škola a pak ten zbytek no, jenomže na ten zbytek se většinou nedostalo už, takže jsem vždycky skončila jenom s tou školou no.

...

škola mně fakt jako hodně právě vyčerpávala, že prostě... A no v podstatě asi kdybych, jakoby nebyla tak jako vedená k tomu brát tu školu tak vážně jo, zodpovědně a víc si jakoby užívat tak nějak toho života okolo, tak asi by to bylo lepší no.“

...

R: ... to bylo to takovýto nejdřív škola potom všechno ostatní a na to ostatní už většinou nebyl čas, takže jakoby jenom v tý škole, protože já jsem nikde tak jakoby aktivní nebyla.

T: A co by se stalo, kdyby vlastně před tou nemocí... jaký byly ty tvoje nároky nebo co bylo vlastně tvým cílem.

R: No hlavně prostě jakoby mít samý jedničky no.

T: Jo a co by se stalo, kdyby si třeba neměla samý jedničky.

R: Když sem neměla samý jedničky,(..) jakoby dřív ve škole jsem strašně brečela to jako, to prostě jsem, dostala špatnou známku a hned byl brekot. Jo a to bylo třeba na základce.

R: No to mi bylo ještě třeba i to bylo ja nevim, tak 12 let ... A potom pak už jsem sice nebrečela, protože pak už jsem ty jedničky fakt měla. Takže tam už takový to nebylo. A když sem dostala špatnou známku, tak prostě jsem tak dlouho, než prostě byla, než sem hnedka potom dostala lepší no. Ale já sem pak ty špatný známky ani už neměla, já sem je měla furt jako dobrý.

T: ... proč si brečela, jakoby co tam bylo to hrozný?

R: (..) No jakoby to zklamání. ... to jsem měla celý dětství nebo jako hodně dlouho, právě ta neúcta sama k sobě jo, takže prostě, že já sem ta nejhorší a že sem úplně k ničemu a takhle, tenhle typ myšlenek, takovej fakt sebedestruktivní myšlenky no...

...

R: No to v podstatě bylo, vlastně že, jakoby já sem pak v rámci té školy přírodní léčby, byla na jedny terapie, kde vlastně tohleto mi jakoby zmizelo tyhle tendence. Jinak do té doby prostě jsem měla furt tyhle tendence.

...

R: ...A v podstatě to bylo tak že já, vždycky když byl nějaký problém, kterej sem třeba způsobila, měla jsem na něm nějaký podíl. Tak normální člověk říká, tak to sem prostě podělala, že jo, tak jak to budem řešit. A tohleto já jsem absolutně nebyla schopná mít tuhle myšlenku, já prostě, když se u nás objevil nějaký problém, tak já sem měla v hlavě, ... já sem ta nejhorší na světě, já prostě kdybych umřela, tak by bylo všem líp. Takže já jsem měla tohleto byl celý můj mentální svět, kterej jsem měla v hlavě, vůbec jakoby žádná jiná myšlenka absolutně nepřicházela v úvahu. Tý bych vůbec nerozuměla v tu dobu. A já sem všechny problémy řešila jakoby tímhleto způsobem no, že sem se snažila jakoby zmizet ze světa aby ten problém, jakoby zmizel on.

...

T: (e:) Napadá tě, proč si měla ten negativní vztah k sobě?

R: Jo, kvůli tomu no že vlastně, jsem si myslela, že já jsem příčinou všech těch problémů. Takže asi tak no. Ale nevím, proč se tadleto myšlenka zrovna ve mě nějak zakořenila.

T: A problémů, třeba jako?

R: Všech, všech.

T: A to bylo nějak ještě v dětství hodně, nebo kdy to bylo, ta myšlenka, že můžeš za všechno?

R: Jo určitě jo. Asi jakoby cokoliv, že jo když něco uděláš, rodiče ti za to vynadají. Tak normálně asi ty děti by nereagovaly tak emočně jako já no, že já sem to brala fakt hodně osobně. ...

T: Jo. A jak do toho zapadá ten výkon v té škole. Do tady toho všeho.

R: No ten výkon v té škole bylo tak, že (..), když se mi něco nepovedlo, tak to byl ten problém, takže jakoby já sem byla ta špatná, kdo za to může, že jo, za to že to nebylo lepší ta známka a (..) tak (:D), takže následoval brekot a to že, já jsem teda ta špatná, která je teda úplně blbá a tohle.

Ale tohle mi třeba rodiče neříkali, jo voni byli. Todle všechno jsem si jakoby konstruovala já v hlavě jo. ...

T: Hm, a jak voni se teda stavěli k tomu třeba, když si měla blbou známku nebo.

R: No jako že, spíš teda jakoby, proč jako nemám lepší, v čem je problém. Jo spíš jako konstruktivně no. Kdežto já sem to uchopila destruktivně (:D).

...

T: Ten výkon, ten ti dal nějaký pocit uspokojení?

R: Ne, to jakoby to, že sem měla samý jedničky, byl průměr, kterej sem musela splnit a všechno ostatní byla katastrofa pro mě. Takže tak no.

T: Takže vlastně tys to musela splnit, abys neměla ty blbý pocity.

R: Jo.

T: Ale neměla si z toho radost.

R: No vubec,

T: A bylo něco, z čeho si třeba radost měla?

R: Hm(..)

R: No právě to asi, to právě sem moc neměla, to právě bylo asi to, co já bych potřebovala, abych se právě cítila nějak jakoby dobře. ... Bavilo mě kreslení. To jo, ale a tancování jo, obojí jsem pak přestala dělat jakoby kvůli tý škole no.“

Komentář:

Výše uvedené je v souladu s hypotézou, že zaměření na předepsané výkony přináší neurotizaci a další poškozování dítěte a dětského světa. Bere dětem jejich bezstarostné dětství.

Je zřejmé, že respondentka žila konstantně pod velkým tlakem vnějších požadavků rodičů (zejména matky). Tento stres mohl výrazně přispět k rozvoji nemoci. Respondentka se kontinuálně přetěžovala vysokými očekáváními na sebe a na svůj výkon a absentovala u ní radost nejen z nevýkonových, např. kreativních činností, které sama zmiňuje a které pravděpodobně víc odpovídají jejímu osobnostnímu zaměření (protože říká, že jí baví tanec, kreslení a i dnes se věnuje duchovnějším aktivitám, tedy těm v protikladu k výkonovým). Radost se však nedostavovala ani i z těch výkonových činností, neboť jí nepřinášeli radost. Neměla dost příjemných a odpočinkových, relaxačních aktivit, čas investovala pouze do svého studia. Měla perfekcionistické nároky ve smyslu rigidních požadavků mít za každou cenu ve všem nejlepší známku.

Dále z vyprávění vyplývají její tendence k depresivním rozladám ve smyslu, že je k ničemu a že by bylo nejlepší, kdyby nebyla a že za všechno může atd.

V souladu s teorií můžeme říci, že u ní docházelo k rozporu mezi potřebami a schopnostmi na jedné straně a ambicemi na druhé straně. Vysoké ambice a neustálý perfektní výkon opotřebovával organismus a navíc i absence radosti odkazovala na to, že nedocházelo k uspokojení jejích potřeb radosti, odpočinku atd., protože, jak z textu vyplývá, se věnovala pro ní nepříjemným aktivitám (JANŮ, et al., 2003, s. 52).

Můžeme v pozadí řečeného také vidět jistou diskrepanci mezi reálným a ideálním já, protože respondentka popisovala, že když nedostála svému nároku nejlepšího výkonu, tak se cítila velmi špatně a projevovala velkou míru autoagrese (měla pocit, že za to může sama, že je nejhorší atd., dříve se objevoval i pláč). Svědomí měla spíše trestající, což se projevovalo tím, že měla sklon sama sebe trestat za neúspěch.

Objevovaly se u ní zřetelně prvky nezdravého perfekcionismu ve smyslu vysokých rigidních nároků na sebe a dosahování těchto cílů tvrdou prací, bez přítomnosti volnočasových a odpočinkových aktivit. Pokud nebylo splněno její očekávání na sebe sama, tak nastoupilo tvrdé sebezpochybnující myšlení, které se projevovalo myšlenkami, že je „úplně blbá“, že za to může ona a že je k ničemu. Tendence přisuzovat si vinu za okolní dění (typické pro depresivní stavy), sebekritika, absence radosti, to vše mohlo způsobovat distres a použijeme-li tezi autorů výzkumu z Velké Británie, kteří zkoumali psychologické rozdíly pacientů s CFS se zdravou populací, tak tento distres může způsobit stavy chronické fyziologické vybuzení, která dále vede k chronické únavě (viz. DEARY and CHALDER, 2010).

Sebezpochybnující a na výkon orientované myšlení má většinou původ již v dětství a je zakořeněno často, s použitím KBT terminologie, ve formě automatických negativních myšlenek (viz. PRAŠKO, et al., 2006, s. 189-191). Je možné se domnívat, že zřejmé požadavky na vysokou výkonnost ze strany rodičů, odrážejí postavení výkonnosti v jejich hodnotovém žebříčku. V pozadí můžeme uvažovat o strachu z jejich případného zklamání, kritiky a špatného hodnocení.

V dnešní výkonově orientované společnosti se rodí výkonově orientovaní lidé, kteří nejsou schopni se akceptovat takoví, jací jsou i se svými nedostatky, což se i u této slečny projevovalo autoagresí při nesplnění svých nároků.

Někteří pacienti dle Janů a kol. (viz. 2003, s. 53) vykazují latentní agresi a i o té lze uvažovat v tomto případě. Respondentka často mluvila idealizovaně o své rodině, a můžeme se domnívat, že může potlačovat nějaké agresivní tendence vůči nepřiměřeným nárokům svých rodičů, což by bylo srozumitelné a zdálo by se adekvátní v její situaci.

2.5 Změny v životě v důsledku nemoci

Rozhovor:

„T: ... Napadá tě třeba, proč zrovna v tu dobu se to rozvinulo? Víš jak jako že, proč ne jindy.

R: Hm((zamyšlení)), těžko říct no, asi (..) asi to možná právě bylo jako v tu dobu, kdy já už bych měla jakoby právě začít přemýšlet sama o sobě a trochu jakoby se odpoutávat od těch rodičů. A já sem hodně v tu dobu právě byla svázaná, že jo jakoby v tý rodině těma vočekáváním, který na mě byly kladený. A já to ted'kons беру trochu z toho duchovnějšiho hlediska, co zas já mám v tý škole jo... Takže já si myslim, že to právě bylo proto, abych jakoby si řekla tak hele todle po tobě chtěj rodiče, ale to je absolutně nekompatibilní s tebou. Takže se na to vykašli a prostě podívej se na to, co chceš jakoby ty, a co, co ty potřebuješ, a co sou, co je prostě tvoje a co je tvých rodičů. Abych tadydle o tom byla schopná nějak jakoby přemejšlet a jednat podle toho. Že vlastně tady tím se ukázalo, že to co vlastně po mě rodiče chtěj, že je absolutně jakoby nemožný, a že musim já sama se hledat, co chci.

T: A to tě jakoby, to tě napadlo v patnácti.

R Nenene to mě ted'kons jakoby v tom odstupu ...

T: ... A k tady tomu zjištění tě jakoby vedla sama od sebe ta nemoc? ...

R: (e:) Takhle tak ta nemoc, ta udělala to, že já sem viděla, že ten způsob, kterým sem žila, byl nemožnej. Ale takhle jakoby, že jsem o tom začala víc přemejšlet, tak to mě právě navedla spíš ta škola tý léčby, že jo. Kam já sem vlastně i začla chodit i na základě tady toho právě, co se mi furt jakoby dělo, že jo, že sem viděla no tak jako, na lékaře se už prostě nemůžu spolehnout.“

Komentář:

V důsledku „Eriksonovských stádií“ nastávají krize, které mohou být stresogenní (viz. PRAŠKO, et al., 2006, s. 28). V této souvislosti se lze domnívat, že se u respondentky mohlo jednat o období zvýšené citlivosti na objevení vlastní autonomní identity, k čemuž je i potřeba rozlišit vlastní potřeby od toho, co bylo implementováno z vnějšího okolí. K období pubescence, kde se pacientka při rozvoji CFS nacházela, náleží pátrání po vlastní identitě, do čehož jistě patří i uvědomění si toho „co je moje a co je ostatních.“

Rozhovor:

„R: ...Tim, jak jsem já procházela tou nemocí, tak procházela i mamka se mnou, takže vlastně i mamka přehodnotila ten svůj postoj ke mně, že vlastně ta škola je úplně na nic, když mě to zabije no.

...

T: Jo. A ty si vlastně říkala, že ty si měla nějaké ty masáže a tu bylinkářku, která ti pomohla a změnil se třeba nějak i tvůj životní styl? Během potom nějak, kdy se zjistilo co to vlastně je nebo.

R: No určitě právě jakoby v tom že sem tu školu už tak jakoby nehrotila, že sem ji brala víc jakoby s tou rezervou.

R: Hm, a to bylo jakoby, proč najednou takhle. Bylo to jako cíleně nebo spíš v podstatě už jsi neměla sílu... .

R: Spíš právě kvůli tomu, že jakoby sem si říkala právě, že sem neměla tolik jakoby sil, tak sem to brala prostě, udělám to, co je v mých silách a zbytek prostě nemůžu holt, tak to prostě nebude. Když prostě na to nemám kapacitu... holt se to nezblázní. A to mě hodně jakoby osvobodilo tadyhle sta myšlenka, že vlastně nemusím to splnit na 120%, ať se děje co se děje, ale že prostě, tady je moje hranice a buď to projde nebo ne prostě. Což bylo pro mě hodně osvobozující tenkrát, že sem, protože když sem byla jakoby v té škole, tak sem měla furt takovej pocit, že sem takovej jakoby otrok, v zajetí té školy, a že prostě musím ať se děje co se děje. A v podstatě ta nemoc, i když to bylo teda hodně nepříjemný, tak jako přece jen sem si odpočinula tady od toho, že mě to tolik jakoby (..) nedrtilo.

T: Hm, a to osvobození teda, to přišlo, já totiž nevím, jak tomu mám úplně rozumět, protože ty si říkala, že jakoby si v podstatě na to spíš neměla sílu, a potom to osvobození přišlo nějak jako po tom?

R: To osvobození přišlo s tím poznáním, že udělám, to co je v mých silách a zbytek prostě není v mých silách, tak to řešit nebudu. Todle, todle, jakoby byl ten hlavní moment, kdy sem, kdy sem si tohle uvědomila, začala sem se podle toho chovat.

...

T: A to vlastně poznání toho, že ta škola není tak důležitá, bylo nějak v průběhu, nějak jako postupně nebo jak to bylo?

R: No v podstatě to bylo, no asi tak, protože když mi začal ten individuál, tak ja sem se učila jakoby doma a kde vlastně jsem to měla opravdu tak, že udělám to, co je v mých

silách a to, co mi zbyde, tak holt prostě bud neudělám vůbec nebo to udělám zejtra nebo tak. Takže i tohleto ten individuál mě v tomhle tomtaky hodně pomohl no.

...

T: A (e:) jako když si potom změnila ten přístup i k tomu prostě i k tomu výkonu, tak neměla jsi potom už jako třeba žádný blbý pocity z toho? Čim si vysvětluješ, že se to najednou takhle celý přetavilo.

R: (e:) hlavně i tím, že právě už i ty rodiče na mě přestali mít ty požadavky. ... Už to najednou přestalo být důležité.

T: Jo, a přestalo to jakoby potom být i důležité pro tebe?

R: Jo protože to je pravda, protože já si pamatuju, že sme pak měli jednoho učitele na konverzaci a já tím, že sem nechodila ten první půlrok nějak na ty jeho hodiny, jak sem měla ten individuál. Tak já sem nějak zapoměla napsat maila, že mám ten individuál, že na ty hodiny chodit nebudu. A on se na mě na základě toho naštvál a pak v tom dalším semestru mi chtěl dát nějak dvojku místo jedničky. A já vim, že mi to bylo úplně šumák. ...

A moje mamka ta teda, ta teda úplně byla z toho na nervy ... a mě to bylo úplně šumák jo. Protože si pamatuju, že asi to možná že bylo teda víc jedno mně než, teda jakoby tý mamce.

T: Jo jako že nejdřív tobě vlastně jo.

R: No asi jo, nebo tak nějak, určitě to bylo tak nějak na stejné no...

...

R: ... tou nemocí se právě celkově změnilo to moje nahlížení na ten svět že jo..., že tím, že jsem já byla půl roku doma a teď sem prostě viděla, že buď se to teda udělá za cenu toho, že se zničím a nebo se to neudělá vůbec, anebo se to udělá částečně a já teda zůstanu nějak na živu. ... Já sem byla nucená dělat, nebo tak jsem se sama nutila dělat všechno nejlíp, že jo. No a najednou když tohleto jakoby ti zmizí a ty si řekneš no tak jako vlastně se na to, mám tu možnost. Pro mě bylo důležité mít tu možnost se na to vykašlat. To sem předtím vůbec neměla, že jo. Takže teď najednou se objevila možnost vykašlat se na něco nebo prostě to neudělat úplně nejlíp. ... A to tě hodně pak posune

T: Takže potom to vlastně zůstalo i po tom, co ta nemoc odezněla.

R: Hm

...

T: Jo. A změnilo to třeba nějak i jakoby jak si vnímala sama sebe? Zlepšil se ten vztah v

něčem?

R: Hm, ne všechno se to změnilo až vlastně po tý terapii, co jsem měla já v tadyté škole přírodní léčby. Tak až v tu dobu, ale jinak do té doby ne no.

T: A co se teda potom změnilo.

R: No tak se vlastně úplně změnilo celé moje vnímání světa. Protože najednou jsem změnila to, že teda jako já už teda nejsem příčinou všech těch problémů. Ale že naopak já jsem ta která má tu zodpovědnost, když teda jsem ten problém vytvořila, tak ho můžu zároveň ale i zlepšit ..., že už jsem se přenesla z té pasivní role, prostě toho největšího záškodníka na světě, do té role kdy teda jako tak jsem, jakoby jsem člověk a můžu s tím něco udělat. Takže to mě hodně hodně posunulo v před no. A pak i celkově jsem se začala jakoby zajímat o to, jaký mám teda myšlenky i na základě tadyhlens toho, že sem tady to pochopila, že jo. Sem si pak říkala ty jo, tak jaký já myšlenky mám v hlavě, začla sem si říkat, no tak tohle asi není moc dobrá myšlenka. A časem se tím jakoby zabývat a začla sem si jakoby přetvářet ten mentální svět. Tak aby byl víc pro mě vhodnější než to, co sem měla před tím no.

T: Hm, a to bylo už jakoby po tom, co odezněla ta choroba.

R: Jojo

T: A po jak dlouhý době?

R: No to bylo v prváku v té škole léčby, to znamená, to mně bylo dvacet. Takže po dvou letech, co sem se dostala z té nemoci řekněme.

...

T: Jak vypadaly ty dva roky, (e:) jakoby už se to vůbec nevracelo nebo?

R: ... No v podstatě se to vrátilo do toho stavu, kdy sem byla před tou, před tou nemocí, s tím že teda jsem měla aspoň to ponaučení takový, že udělám právě to co je v mých silách a zbytek, zbytek prostě holt udělat nemůžu. Tak se nic, nezboří svět.

Komentář:

Z uvedeného lze říct, že podíl požadavků a očekávání spolu s absencí porozumění respektu a lásky ze strany rodičů i pacientky samé vůči sobě vedl k potížím. To, co respondentka chtěla a co si přála, po čem toužila a o čem by ráda mluvila se svými rodiči, se neuskutečňovalo. Místo toho byla vystavována kritice, nespokojenosti, zklamání a tlaku (to vše později internalizováno).

Negativní sebehodnocení pokračovalo i dva roky po remisi a nevedlo samo o sobě

k relapsu, takže pravděpodobně nebylo hlavní příčinou slabosti, i když mohlo mít podíl na etiopatogenezi nemoci. Při somatické léčbě a změně výkonové orientace pravděpodobně došlo k celkovému posílení organismu a psychiky respondentky.

Ačkoliv pacientka neprošla systematickou KBT, v podstatě však sama identifikovala své automatické negativní myšlenky. Zabývala se svým myšlením o výkonu a zpochybnila jeho absolutní platnost, což jí přivedlo k pocitu uspokojení. V zásadě provedla kognitivní restrukturalizaci zcela spontánně bez odborného vedení. Nezřídka je však k tomuto procesu zapotřebí, aby se změnila i vnější podmínky, které to dosud neumožňovaly, a to pacientka v podstatě potvrzuje, tím, že říká, že na ní rodiče přestali mít takové požadavky, a že jim to bylo v podstatě už také jedno. Není však jasné, zda to bylo nejdříve jedno rodičům a nebo pacientce. U pacientky se neobjevila otevřená vzpoura a agresivní výpady proti stávajícímu způsobu života a proti požadavkům rodičů, ale spíše se jednalo o rezignaci a lhostejnost vůči dříve prosazovaným hodnotám a zdá se, že se tento postoj postupně přenesl i na rodinu.

Pacientka provedla to, co se aplikuje v rámci KBT (viz. PRAŠKO, et al., 2006, 187-188). Vytvořila si hranice v dosavadních činnostech a neusilovala již o to, aby bylo vše doděláno zcela perfektně. Při tomto procesu se může objevovat úzkost, zejména při začátečních pokusech. U pacientky tomu však takto zřejmě nebylo a je to pravděpodobně dáno tím, že nešlo o její záměrnou intenci, ale o spontánní proces, kdy dozněla pod tlakem nemoci k tomu, že její dosavadní život byl už neúnosný.

Respondentka úspěšně identifikovala své spouštěče stresu, kterými byly její nepřiměřené požadavky na výkon a změnila svůj přístup.

Pacientka dříve často trpěla pocitu, že musí něco splnit, aby byla dobrá. Můžeme spolu s Ellisem a Beckem mluvit o maladaptivním pocitu, že se něco “musí nebo by mělo” (viz. cit. dle NATELSONA, 1998, s. 132-133). To se změnilo s přehodnocením jejích hodnot. Zdraví a osobní pohoda se staly vyšší hodnotou než úspěch ve výkonových situacích. Zřejmě i ty přestaly postupně naplňovat vlastní sebehodnotu (větší osobnostní změny se pak u ní spíše rozpracovávají dle jejích slov v terapii přírodní léčbou o dva roky později).

Ačkoliv respondentka neprošla systematickou léčbou KBT, objevily se u ní spontánně prvky této léčby. Přerušením maladaptivního způsobu myšlení a redukcí stresu, zřejmě respondentka přispěla k postupné remisi. V souladu s Růžičkou (viz. RŮŽIČKA, 2012)

a jeho pojednání o klinickém koučinku ale můžeme říct, že u pacientky nešlo jen o dílčí omezené změny ve způsobu života, ale o celkovou změnu způsobu bytí.

2.6 Současný stav

Rozhovor:

„T: ... Vymizela ta únava úplně nebo jak to teďka máš vlastně?“

R: Jojojo, jakoby vymizelo to opravdu hodně, jakoby furt sem taková, jako máš některý lidi, který prostě neexistuje u nich, že by byli unavení, že fakt ráno se vzbudí ve 4 hodiny a jedou na 150% a ve 12 v noci jdou spát a tak jakoby, taková nejsem furt to, to fakt ne jo. Ale jako určitě prostě jsem normální....“

Komentář:

Respondentka se v současnosti cítí zdravá a bez přetrvávajících známek nemoci. Změnila životní styl ve smyslu větší akceptace sebe samé a svých potřeb. Postoje se změnily i v jejím okolí (rodina) ve směru větší tolerance k tomu, co se od respondentky očekává. Do svého životního programu zařadila i volnočasové aktivity (např. škola přírodní léčby), které jí přinášejí větší naplnění a odpočinek.

Zdá se, že nemoc je u pacientky již několik let v remisi a není jasné, do jaké míry k tomu přispěla léčba masážemi a bylinkami (i pokud bylo účastno placebo) a do jaké míry k tomu přispěla změna životního stylu. Zřejmě sehrálo úlohu obojí, protože komplexní léčba je v případech CFS klíčem k úspěchu, což je v souladu s názory i jiných odborníků (viz. JANŮ, et al., 2003, s. 51).

Závěr

CFS se jeví jako velmi komplikované onemocnění. Mluvíme-li o etiologii, odborníci se neshodnou na tom, zda jde o funkční, organické nebo kombinované onemocnění (psychosomatické). Pravděpodobně může být vším zmíněným, a proto je, dle mého názoru, potřeba začít uvažovat o důslednějším rozlišení různých druhů CFS, protože dokud jsou všechny tyto jednotky označovány stejným názvem, tak se tím toto označení stává příliš obecné a ztrácí svou užitečnost. Je možné, že rozdělení na postinfekční únavový syndrom a CFS by přineslo jisté rozřešení této problematiky.

Rozlišení etiologických faktorů je důležité nejen z hlediska klasifikace nemoci, ale také pro zvolení vhodného postupu léčby. Pokud se najde organická příčina, tak se léčí převážně tato příčina, a to hlavně farmakologickou cestou nebo jinými podpůrnými přípravky (např. na zlepšení imunity). Pokud se nenalezne organická příčina, pak se zdá být nejlepší cestou užití psychologických prostředků zaměřených na aktivizaci organismu, řešení zaměřená na problém a emoce, time management, změnu životního stylu. Nelze opomenout i efekt placebo a v neposlední řadě užití psychoterapie, která je vhodná zejména tehdy, kdy pacienti vykazují rizikové charakteristiky v rámci osobnosti (perfekcionismus, výkonová orientace, absence pozitivního sebepřijetí atd).

CFS se manifestuje řadou psychofyzických symptomů, z nichž řada není objektivně prokazatelná, proto je obtížné tuto nemoc uchopit z hlediska tradičního přístupu kategorizování a shromažďování objektivních dat pro stanovení diagnózy. U některých případů lze nalézt organickou či biologickou etiologii ve formě imunitní dysfunkce nebo infekce z rizikových okruhů zejména herpesvirů, po které se CFS spustí. Většina případů však zůstává bez takového jasného nálezu. Pak se uvažuje spíše o psychogenní etiologii nebo o vlivu stresových faktorů na rozvoj nemoci.

U respondentky v rámci případové studie v praktické části byla etiologie nemoci komplikovaná, na rozvoji CFS se zde zřejmě podílela její osobnostní charakteristika (negativní sebehodnocení, výkon sytící pocit vlastní hodnoty, perfekcionismus), nezdravý způsob života (přetěžování organismu a absence odpočinku a relaxačních aktivit), který nebyl v souladu s jejími potřebami. Na rozvoj nemoci se podílel i infekt dýchacích cest a imunodeficit (pokud nějaký byl). To vše společně v kombinaci u ní

zřejmě spustilo CFS, který mohl být přirozeným somatickým vyjádřením její neúnosné situace.

Životní historie, která předcházela rozvoji nemoci u respondentky byla plná napadných prvků odcizení sobě i druhým, pocitů opuštěnosti, neoporozumění a absencí “dětství.”

Vzhledem k tomu, že CFS byl u respondentky v remisi, mohlo se zkoumat, jaké faktory k ní přispěly. Úlohu zřejmě sehrála alternativní medicína, kterou respondentka podstoupila ve formě bylinek a lymfatických masáží a dále mimo to radikální přebudování životního stylu a způsobu myšlení a bytí.

Stejně tak jako byla etiologie kombinovaná, byla kombinovaná i její léčba a zřejmě to zajistilo úspěch při remisi.

Podíl těchto různých léčebných faktorů však v tomto případě nebylo možné zjistit a v budoucnu by se mohlo věnovat více pozornosti tomu, jak lépe odlišit účinnost jednotlivých faktorů. To by však vyžadovalo metodologicky mnohem náročnější sestavení výzkumného projektu.

Stejně tak, jako nelze jednoznačně posoudit účinné léčebné faktory, tak také nelze definitivně říct, co spustilo CFS u této respondentky. To však nelze považovat za selhání, ale spíše jako naprosto důvěrnou ukázkou složitosti tématu CFS.

Na tomto místě si dovolím i jistou generalizaci vycházející nejen z uvedené případové studie, ale i ze studia literatury o CFS, tedy to, že zjednodušený přístup k této problematice je pouhým redukcionismem neodpovídající realitě.

Domnívám se, že při každém setkání s člověkem trpícím CFS, je potřeba počítat s touto složitostí a není na místě snažit se hledat pouze jednu příčinu či jednu metodu léčby.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. DUŠEK, Karel a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 632 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1620-6.
3. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ Helena. 2009. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, s. 351, 127, 655, 210, 586, 98, 76. ISBN 978-807-3675-691.
4. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
5. JANŮ, Luboš a kol. 2003. *Chronický únavový syndrom: z pohledu imunologa, internisty, psychologa a psychiatra*. Praha: Triton, 111 s. Levou zadní; sv. 96. ISBN 80-7254-416-0.
6. JANŮ, Luboš a SUMCOVOVÁ, Petra. 2002. Chronický únavový syndrom. *Interní medicína pro praxi*. 16, 5, s. 230-231. ISSN: 1803-5256.
7. KAČINETZOVÁ, Alena. 1999. *Chronický únavový syndrom*. 2. vyd. Praha: Triton, 45 s. ISBN 80-7254-052-1.
8. KOŤOVÁ, M. 2013. *Protokol pro přepis rozhovorů*. Ineditní text. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
9. NATELSON, Benjamin. H. 1998. *Facing and fighting fatigue: a practical approach*. New Haven: Yale University Press, 211 s. ISBN 0-300-07401-8.
10. NOUZA, Martin a SVOBODA, Jaroslav. 1998. *Chronický únavový syndrom*. Praha: Galén, 87 s. Folia practica; sv. IX. ISBN 80-85824-93-0.
11. PRAŠKO, Ján, ADAMCOVÁ, Katarína, PRAŠKOVÁ, Hana a VYSKOČILOVÁ, Jana. 2006. *Chronická únava: zvládání chronického únavového syndromu*. Praha: Portál, 236 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-139-5.
12. RŮŽIČKA, Jiří. 2012. Klinický koučink a psychoterapie. *Psychiatria-psychoterapie-psychosomatika*. 19,1, s. 34-39. ISSN 1338-7030.
13. *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích*. 1997. Praha: Dům OP, s. 606. 4 sv. Encyklopedie Diderot. ISBN 80-858-4117-7.
14. VYMĚTAL, Jan. 2003. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.

Seznam použitých elektronických zdrojů

1. ALRAEK, Terje, LEE, Myeong, CHOI, Tae-Young, CAO, Huijuan, et al. 2011. Complementary and alternative medicine for patients with chronic fatigue syndrome: A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [online]. 11, 1, s. 87 [cit.2014-04-16].DOI:10.1186/1472-6882-11-87. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/87>
2. BAILLY, L. 2002. Chronic fatigue syndrome or neurasthenia?. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 181, 4, s. 350-351 [cit. 2014-04-16]. DOI: 10.1192/bjp.181.4.350-a. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.181.4.350-a>
3. BORRELL-CARRIO, Francesc, SUCHMAN, Anthony L. and EPSTEIN Ronald M. 2004. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine* [online]. 2, 6, s. 576-582 [cit. 2014-04-16]. DOI:10.1370/afm.245. Dostupné z: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.245>
4. BROWN, Richard J. 2007. Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions. *Clinical Psychology Review* [online]. 27, 7, s. 769-780 [cit. 2014-04-16]. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.07.003. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735807001237>
5. DEARY, Vincent and CHALDER, Trudie. 2010. Personality and perfectionism in chronic fatigue syndrome: A closer look. *Psychology* [online]. 25, 4, s. 465-475 [cit. 2014-04-16]. DOI: 10.1080/08870440802403863. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870440802403863>
6. FUKUDA, Keiji, STRAUS, Stephen E., HICKIE, Ian, SHARPE, Michael C., et al. 1994. The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. *Annals of Internal Medicine* [online]. 121, 12, s. 953-959 [cit. 2014-04-16]. DOI: 10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009. Dostupné z: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-121-12-199412150-00009>
7. FUKUDA, Sanae, KURATSUNE, Hirohiko,TAJIMA, Seiki, TAKASHIMA, Shoko, et al. 2010. Premorbid Personality in Chronic Fatigue Syndrome as

Determined by the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive Psychiatry*. 51, 1, s. 78-85. ISSN 0010440X. Dostupné z:

<http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/1029885986?accountid=15618>

8. MAXDORF. *Velký lékařský slovník* [online]. ©2008, [cit. 2014-3-1]. Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/>
9. ÚZIS ČR. Nemoci nervové soustavy: jiné poruchy nervové soustavy (G90-G99). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10* [online]. ©2008b, [cit. 2013-12-1]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
10. ÚZIS ČR. Poruchy duševní a poruchy chování: neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10* [online]. ©2008a, [cit. 2013-12-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Přílohy

Příloha číslo 1. – Informovaný souhlas pro účastníka případové studie

Já, níže podepsaný/á souhlasím s tím, aby rozhovor, týkající se onemocnění chronického únavového syndromu, byl Dimou Salibovou nahráván na diktafon a nahrávka použita k vypracování případové studie výhradně pro účely bakalářské práce, a to pouze v rámci Pražské vysoké školy psychosociálních studií, s.r.o. Byla jsem seznámen/a s tou skutečností, že veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci mé osoby, budou změněny (jméno, věk, jména rodinných příslušníků a přátel, jména zaměstnavatelů či jiných institucí atp.).

V, dne

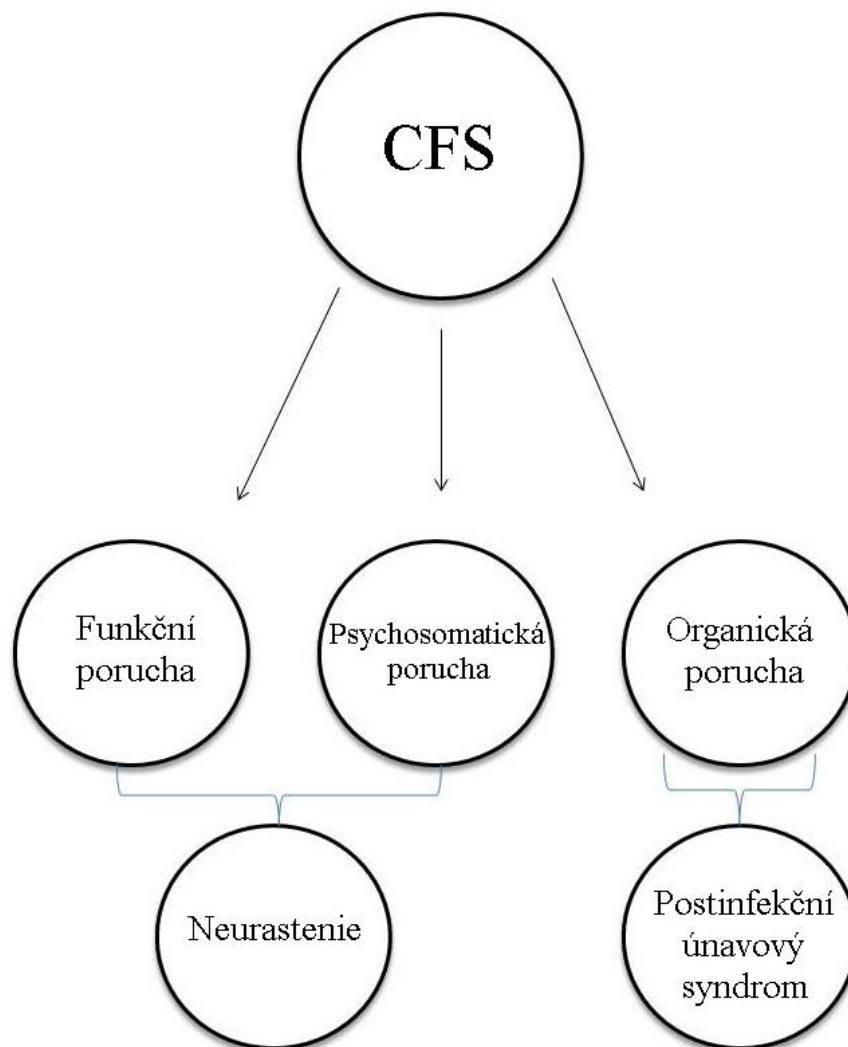
.....

Podpis respondenta

.....

Podpis autorky výzkumu

Příloha číslo 2. – Schéma vytvořené autorkou práce, znázorňující kategorie CFS ve vztahu k možnostem etiologie nemoci



- 1) **Funkční porucha** – vlivem osobnostní struktury, stresu, interpersonálních konfliktů atd. dochází k rozvoji nemoci.
- 2) **Psychosomatická porucha** - vlivem emocionálního distresu dochází k imunitnímu oslabení. Organické/infekční projevy jsou druhotné. Záležitost zejména psychoneuroimunologie.
- 3) **Organická porucha** - etiologie infekční nebo jiná medicínsky vysvětlitelná dysfunkce imunitního systému. Pravděpodobný silný vliv psychologických faktorů na udržování CFS.

Příloha číslo 3. - První diagnostická kritéria pro CFS dle Holmese (1988)

Hlavní kritéria - náhle vzniklá únava (nezpůsobená jinou chorobou) snižující aktivitu alespoň o 50% a trvající alespoň 6 měsíců. Vedlejší kritéria (symptomová) např. bolest v krku, zimnice, citlivé a hmatatelné axilární a lymfatické uzliny, generalizovaná únava svalů a svalový neklid či bolesti, bolest hlavy a neobvyklá únava po námaze. Porucha koncentrace a paměti, deprese, porucha spánku a řada fyzikálních nálezů (zvýšená teplota, zvětšené uzliny, chronická faryngitida⁹ (JANŮ, et al., 2003, s. 19-20).

Pacient musel splňovat obě hlavní kritéria, 6 z 11 symptomových a 2 ze 3 fyzikálních. Pokud nejevil žádný z fyzikálních symptomů, pak musel splnit 8 symptomových kritérií (KAČINETZOVÁ, 1999, s. 15).

Tato kritéria začala být postupně uplatňována pouze pro výzkumné účely (JANŮ, et al., 2003, s. 20), protože se brzy objevily tři zásadní problémy pojící se s touto definicí. Často chyběly v klinickém obraze pacientů prokazatelné fyzikální a laboratorní nálezy. Některá kritéria byly vágní a špatně ověřitelná např. že denní aktivita musí klesnout o 50% původního stavu. A problematickým se jevil také požadavek vyloučení všech ostatních známých příčin únavy.

Těmto kritériím dnes odpovídají spíše těžké formy CFS (NATELSON, 1998, s. 55).

Proto tuto definici revidoval Fukuda, jehož definice spolu s Oxfordskou jsou dnes používané pro klinické účely (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 21).

⁹ Pozn.: „Zánět hltanu. většinou součást zánětu horních cest dýchacích“ (Velký lékařský slovník, 2008).

Příloha číslo 4. – K problematice neurastenie: kritéria

Neurastenie je v MKN-10 samostatnou diagnózou v kategorii F4 - tedy v okruhu neurotických, stresových a somatomorfních poruch v podkapitole „jiné neurotické poruchy“ (F40 - F48) (ÚZIS ČR, 2008a).

Označení neurotické dnes ve své podstatě znamená úzkostné (pojem neuróza se stává anachronismem a spíše se razí terminologie úzkosti).

Neurastenie se dělí na dvě subkategorie: 1) U prvního typu převažují příznaky tělesné slabosti i po menší námaze, trvalé svalové napětí a neschopnost relaxovat. Bolesti hlavy, závratě, dyspepsie, neschopnost prožívat radost, poruchy spánku a obavy. Často se vyskytuje somatizace psychických obtíží (JANŮ, et al., 2003, s. 65)

2) U druhého typu převažují duševní příznaky, kdy se zvýšená únava objevuje po duševní práci, postižení popisují nepříjemné myšlenky a asociace, které zhoršují soustředěnost a schopnost výkonného myšlení (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 351)

Mezinárodní kritéria pro neurastenii v MKN 10 (ÚZIS ČR, 2008a):

„V projevech této nemoci se objevují bohaté variace podle různých kultur. Vyskytují se dva typy, které se do značné míry překrývají. U prvního typu jde o obtíže, dané zvýšenou únavností po duševním úsilí, často spojené s určitým poklesem výkonnosti v zaměstnání, týkajícím se vyrovnávání s běžnými denními úkoly. Duševní únava je popisována jako nepříjemná vtíravost nevhodných asociací nebo vzpomínek, obtížnost koncentrace a všeobecně neefektivní myšlení. U druhého typu jsou zdůrazněny pocity tělesné nebo fyzické slabosti a vyčerpání po minimální námaze, spojené s pocity svalové bolesti a neschopnosti relaxovat. U obou typů jsou běžně přítomny různé nepříjemné pocity jako závratě, tenzní bolesti hlavy, pocit celkové nestability. Pacienti mají obavu ze zhoršení duševního a tělesného zdraví, je přítomna zvýšená podrážděnost, anhedonie a v mírném stupni deprese a úzkost. Spánek je často porušen ve své počáteční a střední fázi, ale může být přítomna i výrazná hypersomie. Syndrom únavy.“

Příloha číslo 5. - Diferenciální diagnostika

Určení diagnózy CFS je založeno na vylučování jiných chorob (JANŮ, et al., 2003, s. 42).

Stavy, které připomínají CFS ale provázející jiná onemocnění se nazývají sekundárními únavovými syndromy (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 15).

Při diferenciální diagnostice je tedy nutné vyloučit všechny ostatní známé příčiny, které by mohly únavu způsobovat. Ze somatických onemocnění zejména pak poruchy imunitní, neurologické a interní (JANŮ, et al., 2003, s. 24), jako např. nádory, avitaminozy, poruchy štítné žlázy, krevní onemocnění, jaterní choroby (PRAŠKO, et al., 2006, s. 21), virová a bakteriální onemocnění, selhání srdce, autoimunitní onemocnění, tuberkulózu, apnoe, syndrom třasavých nohou, roztroušenou sklérozu atd. (NATELSON, 1998, s. 18-26), nevyлéčená hepatitida, vysoká obezita, narkolepsie (FUKUDA, et al., 1994).

S psychiatrickými nemocemi je to obtížnější, neboť přítomnost řady z nich nemusí vylučovat diagnózu CFS. Přesto je diagnóza CFS neslučitelná s aktuálně probíhajícími organickými onemocněními CNS jako je např. demence. Dále schizofrenie, bipolární porucha, toxikomanie, poruchy příjmu potravy (Tamtéž).

Poruchy neurotického typu mají často nejasnou hranici s CFS (JANŮ, et al., 2003, s. 94). Únavu mohou způsobovat zejména poruchy spánku, úzkosti, deprese, stres (NATELSON, 1998, s. 26) a dystymie (PRAŠKO, et al., 2006, s. 37).

Z oblasti psychických poruch je třeba zejména dbát na následující choroby, které se klinickým obrazem do jisté míry překrývají s CFS, ale je třeba je odlišit a v případě komorbidity je diagnostikovat zvlášť (zejména depresivní (nepsychotické) a úzkostné poruchy (FUKUDA, et al., 1994) a dle Nouzy a kol. ještě somatoformní poruchy (NOUZA a SVOBODA, 1998, s. 32).

Janů a kol. (2003, s. 64-65) uvádí v diferenciální diagnostice následující choroby:

1) **Depresivní porucha**, která byla dříve považována za vyšší pojem než CFS. Ten byl pouhou depresí se somatickými příznaky (larvovaná deprese). Důvodem byl výskyt depresivních rozlad u pacientů (7-50%) a celoživotní prevalence depresivní poruchy u nich (46-73%). Této hypotéze nahrával i fakt, že byl výskyt CFS vyšší u žen středního věku. Nová zjištění v rozdílnosti neuroendokrinního stavu CFS a depresivní poruchy vyvrátily, že by se jednalo o totožnou poruchu (JANŮ, et al., 2003, s. 65).

U deprese dominuje ztráta radosti, nechutenství, nespavost atd.. Aktivita depresi spíše snižuje (na rozdíl od CFS) a většinou je nálada horší ráno – ranní pesima (PRAŠKO, et al., 2006, s. 37).

CFS se dále liší od deprese tím, že u depresí nenalzáme symptomy, jako jsou bolesti v krku, teploty a citlivé lymfatické uzliny (NATELSON, 1998, s. 63).

2) **Somatizační porucha**, která se projevuje měnlivými symptomy týkajících se různých částí těla nebo orgánů a nejméně dvou orgánových soustav. Původce stavů je psychogenní. Doprovázeno úzkostnými a depresivními stavy. V souvislosti se somatickými steskami jsou narušeny interpersonální vztahy pacientů (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010, s. 255-256).

3) **Somatomorfní vegetativní dysfunkce** – Jsou zde somatické příznaky bez objektivních nálezů. Vegetativní příznaky jsou silnější než u somatizační poruchy. Fixace je zde nápadná zejména na kardiovaskulární, respirační, gastrointestinální a urogenitální systém (HARTL a HARTLOVÁ, 2009, s. 127). U somatiformních poruch dominují tělesné stesky než únava (PRAŠKO, et al., 2006, s. 38).

4) **Hypochondrická porucha** – ačkoliv zde pacient netrpí tělesnou abnormitou, je přesvědčen o přítomnosti jedné nebo maximálně dvou závažných tělesných nemocí nebo poruch (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010, s. 256).

Nouza a kol. (1998, s. 47-48) dále uvádějí civilizační choroby manifestací podobné CFS:

1) **Syndrom mnohočetné citlivosti na chemické látky**, který se projevuje neadekvátní reakcí na běžně chemicky ošetřované potraviny, vodu, životní prostředí. Potíže se většinou zhoršují během pracovních dnů, kdy postižení přijdou více do kontaktu s těmito chemikáliemi (hlavně v nevětraných pracovních místnostech).

2) **Choroba nemocných interiérů** – zásadní je zde pracovní prostředí nevětraných interiérů, kde se hromadí škodlivé látky v ovzduší. Toxický vliv těžkých kovů může způsobovat podobné projevy CFS (JANŮ, et al., 2003, s. 78).

3) **Fibromyalgie** – úlohu zde hrají zejména porucha spánku a snížení prahu bolesti, úporné bolesti hlavy, dráždivý tračník a depresivita.

4) **Syndrom války v perském zálivu**, jehož příčiny se mohou nalézt v preventivně podávaných lécích během boje, dále v expozici bojovým jedovatým plynům či ropným výparům.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá chronickým únavovým syndromem (CFS) a problematikou jeho vymezení (zda jde o somatickou či psychickou poruchu). Dále manifestací symptomů a různými pohledy na jejich etiopatogenezi (z hlediska somatického a psychologického přístupu). Zdá se, že všechny tyto teorie jsou platné pro různé případy CFS. Autorka práce se domnívá, že CFS je širší pojem zahrnující různé podskupiny s odlišnou etiologií i hlavní náplní léčby. Vzhledem k zachování celistvosti tématu jsou zde uvedeny i somatické faktory při etiologii nemoci a také somatoterapie a farmakoterapie. Největší pozornost je věnována psychologickým faktorům a léčbě psychologickými prostředky. V praktické části je uveden případ s kombinovanou etiologií CFS s převahou psychogenních faktorů, přičemž nemoc byla v současnosti v remisi. Na případu se zkoumalo to, co vedlo k rozvoji CFS a co přispělo k remisi, zejména s cílem pochopit intervenující psychologické faktory.

Cílem práce je předložit čtenáři základní přístupy v porozumění CFS a jeho léčbě a srovnání základních teoretických východisek s tím, jak se s nimi autorka práce setkala u konkrétního případu.

Klíčová slova

Únavový syndrom, Chronický únavový syndrom, symptomy, rizikové faktory, etiologie, léčba, psychologické prostředky

Abstract

This bachelor thesis deals with chronic fatigue syndrome (CFS) and with the issue of its classification (whether it is a somatic or a psychological disorder). Further it describes the manifestation of the symptoms of CFS and different points of view on their etiopatogenesis (from the somatic and psychological point of view). It appears that all of these theories are somehow valid, depending on a type of CFS. The author of the thesis considers that CFS is a wide term, which includes different subgroups with different etiology and different suggested ways of treatment. In order to keep the theme complete, the somatic factors in etiology of CFS are mentioned and the somatotherapy and pharmacotherapy as well. The main emphasis is given to psychological factors and treatment by psychological resources. In the practical part a case is presented with combined etiology with a majority of psychogenic factors, while the illness was currently in remission. The case was studied in order to understand what led to development of CFS and what contributed to remission, with the main aim to understand intervening psychological factors. The purpose of this thesis is to present the reader basic approaches to understand CFS and its treatment and comparison of fundamental theoretical approaches with the way the author experienced them in a mentioned case.

Key words

Fatigue syndrome, chronic fatigue syndrome, symptoms, risk factors, etiology, treatment, psychological means

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora/ky: Dima Salibová

Studijní program: Bakalářský, prezenční

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Chronický únavový syndrom a jeho léčba psychologickými prostředky

Počet stran (bez příloh): 49

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů české literatury a pramenů: 16

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových odkazů: 10

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, PhD.

Rok dokončení práce: 2014

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: SALIBOVÁ DIMA

Obor studia: jednooborová psychologie

Název práce: Chronický únavový syndrom a jeho léčba psychologickými prostředky

Vedoucí/oponent* práce: Doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):58

Počet stránek příloh:10

Počet titulů v seznamu literatury: 14 + 10

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

				x
--	--	--	--	---

Oborová příléhavost tématu

				x
--	--	--	--	---

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

				x
--	--	--	--	---

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

				x
--	--	--	--	---

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

				x
--	--	--	--	---

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

				x
--	--	--	--	---

Naplnění cílů práce

				x
--	--	--	--	---

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

				x
--	--	--	--	---

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			X	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				X
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. V závěru práce říkáte, že nalezne-li se somatická příčina, léčba odstraňuje příčinu, psychoterapii však nepovažujete za příčinnou metodu. Proč?
2. Jaký má podíl na zjištění etiologie anamnestické šetření a psychologické vyšetření? Váš názor?
3. Dovedete si představit, že se najdou somatické důvody nemoci a přesto se stav nelepší? Co byste navrhovala za postup?
4. Jaké jsou výhody a nevýhody kvalitativního a kvantitativního zkoumání v dané oblasti. Konkretizujte.

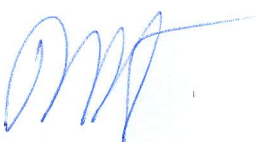
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce se zabývá chronickým únavovým syndromem. (CFS, autorka by měla uvést anglický název, aby byla zkratka srozumitelná). Práce je dělená zhruba na dvě poloviny, jedna obecná, druhá se opírá o kazuistiku. Klasifikace je poměrně podrobná, neopírá se jen o jeden způsob zařazení. Otázce, co lze a co nelze do syndromu zařadit, je věnována celá práce, na začátku autorka navrhuje etiologické dělení na somatické, psychologické a psychosomatické. Možná by stálo za to uvést i jiné možné relevantní příčiny a těmi jsou kulturně sociální vlivy. Ostatně, nemoc je považována za civilizační. Uvedení jednotlivých faktorů je jasné a přehledné, působí tak ostatně celá práce. Je dobře uspořádaná, vyvážená v několika směrech; teorie x praxe, podíly faktorů, kazuistika, relevantní literatura. Opírá se jak o naše, tak cizojazyčné zdroje. Případovou studii považují za velmi dobrou, způsob i samotný výběr dat odpovídá požadavkům. Nakonec je provedena analýza rozhovoru. Působí autenticky a psychologicky dobře, participantka je vhodně zvolená, vedení rozhovoru působí odborně poučeně. Autorka se sice chce vyhnout verbálnímu hodnocení, ale nakonec je opatrně provádí, což považují za adekvátní. Za velice rozumné mám také konečnou etiopatologickou rozvahu, ve které studentka konstatuje, že potíže participantky jsou etiologicky mnohočetné. Tento závěr odpovídá zmíněné kauze a podporuje pojetí, které CFS charakterizuje jako nemoc více faktorovou, s čímž koresponduje i léčba.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*. Práci považuji za nadprůměrnou, k obhajobě doporučuji!

Navrhovaná klasifikace: Navrhuji klasifikovat: „výborně“ !

Datum, podpis: 21. 5. 2014



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Dima Salibová
 Obor studia: psychologie
 Název práce: Chronický únavový syndrom a jeho léčba psychologickými prostředky
 Oponent práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 49

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 14 + 10 internetových

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	2			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Ve vymezení pojmů má autorka krátkou zmínku o důsledcích nezdravého životního prostředí. Mohla by blíže specifikovat, jaké faktory životního prostředí mohou mít vliv na imunitu, a tím i na vznik únavového syndromu? Jaký vliv může mít nevhodný životní styl?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma je v současné době z hlediska zdraví populace aktuální. Jeho zpracování je však náročné pro jeho multifaktoriální etiologii. Je tedy pochopitelné, že autorka nemohla vystihnout komplexnost pohledu na toto onemocnění v celé šíři. Věnuje se infekčním a psychogenním faktorům, zmínku má i o faktorech imunologických, významné jsou však i faktory neuroendokrinní. Teoretické zpracování je z hlediska obsahu pojato správně, medicínská část poněkud přesahuje část psychologickou.

U praktické části by bylo vhodnější dát přepsané části rozhovorů do příloh a v textu podat pouze výstižný přehled a analýzu. Komentáře k jednotlivým částem rozhovoru považuji za zdařilé.

Práce s literaturou je v pořádku, citace jsou správné. Na s. 40 a 53 je tečka za viz, to je archaismus, už se nedělá.

Gramatické chyby:

s. 8, ř. 3 shora: „V komentářích k rozhovoru nezůstávám pouze popisná, ale vyslovuji v souladu s uvedenými teoriemi, vlastní hypotézy o tom“ Za „teoriemi“ nepatří čárka „nezůstávám popisná“ je nevhodná stylizace, spíše „nezůstávám pouze u popisu“,

s. 33, ř. 4 pod nadpisem shora „některé informace, které zazněli ...“, má být „zazněly“, podobně na s. 46 ř. 5 zdola „... ani z těch výkonových činností, které jí nepřinášeli ...“, opět má být ypsilon, nikoliv ióta.

s.39, ř. 3 pod nadpisem Komentář „prostředky klasické medicíny, která jí neposkytla žádnou léčbu“, je to 3. pád, tedy jí, krátké jí je ve 4. pádě, naopak na s. 46, ř. 7 zdola má „že jí baví tanec“, kde má být „jí“, na s. 47 opět ř. 5 shora „pro ní“ místo „pro ni“.

s. 39, ř. 7 zdola „nechci zde hodnotit , ale považují...“ , má být „považují“

s. 41 „trpěla, jak sama říká anorexií“, za „říká“ má být čárka,

s. 42 pod Komentář překlep „pořadavky“, místo „požadavky“,

s. 54 ř. 3 zdola má „nezdraví způsob života“ - má být „nezdravý“,

s. 55, ř. 3 shora za větou „životní historie, která předcházela rozvoji nemoci u respondentky byla ...“ za respondentky chybí čárka.

Práce odpovídá požadavkům kladeným na bakalářskou práci. Obzvláště cením, že se nedopouštěla přehlédnutí a nepřesností interpunkce v citacích.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:
velmi dobře

21. 5. 2014

MUDr. Olga Dostálová, CSc.