



# Chronický únavový syndrom z hlediska psychiatra

Ján Praško, Psychiatrické centrum Praha  
3.lékařská fakulta UK  
Centrum neuropsychiatrických studií

# Diagnóza CFS (Chronického únavového syndromu)

## KRITÉRIA:

- Únava- trvá alespoň 6 měsíců
  - není výsledkem předchozí námahy
  - nezmírňuje se po odpočinku
  - je spojena s redukcí předchozí úrovně aktivity
- Přítomnost nejméně 4 příznaků:
  - subjektivní pocit zhoršení paměti
  - bolest v krku
  - citlivé a bolestivé lymfatické uzliny
  - bolesti svalů a kloubů
  - bolesti hlavy
  - neosvěžující spánek
  - neklid po námaze přetrvávající více než 24 hodin

# **CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM**

## **-další charakteristiky pacientů**

<b>Myšlenky a postoje:</b>	<b>přesvědčení, že potíže jsou čistě somatického původu příznaky jsou nebezpečné je nutné odpočívat</b>
<b>Chování:</b>	<b>vyhýbání se aktivitě oscilace v aktivitě</b>
<b>Nálada:</b>	<b>pocity frustrace, deprese nebo úzkosti, bezmoc</b>
<b>Fyziologické projevy:</b>	<b>intolerance cvičení ztráta kondice, svalová ochablost špatný spánek</b>
<b>Interpersonální faktory:</b>	<b>problémy v zaměstnání iatrogenní vlivy, konflikty nebo chránění blízkými</b>

# Prevalence, průběh a prognóza CFS

- 4 - 8 osob na 100 000 obyvatel (Seattle, San Francisco)
- 12% populace v ambulanci praktického lékaře
- častější u učitelů, zdravotníků a ve vyšších socioekonomických vrstvách
- průběh proměnlivý – 31% zlepšení, 20% fluktuující, rovnoměrné postižení u 25%, u 24% zhoršení
- zhoršení: duševní stres 100%, infekce 42%, klíma 12%, imunizační a hormonální výkyvy 9%, antireumatika, steroidy a psychoaktivní léky 5%

# PŘÍČINY ÚNAVY

Cokoliv původně únavu vyvolalo, není nezbytně příčinou jejího dalšího průběhu.

- Infekce (zejména virové)
- Stresový způsob života a jeho nevhodná kompenzace
- Životní krize a jejich ignorování

# OSOBNOSTNÍ RYSY

- **Anankastické** - perfekcionismus, pracovitost, zaměření na výkon,
- **Vyhýbavé** - nadměrné obavy
- **Závislé** - pasivita, spoléhání na druhé
- **Histrionské** - přehánění, nadměrné sebesledování

# ILLNESS BEHAVIOR A SYSTEMOVÉ POJETÍ – konfliktní atmosféra

**OTEC** – stále v práci, doma uzavřený  
(doma chybí obdiv, který potřebuje ke stabilizaci sebevědomí)

**MATKA** – stále uklízí a vyčítá otci i dítěti  
(chybí povzbuzení od partnera a projevy lásky, které potřebuje ke stabilizaci sebepřijetí)

**DÍTĚ** – nadměrné učení ve škole, vyčítá si konflikt mezi rodiči, prožívá časté napětí, chybí bezpečné prostředí,

Stížnosti na únavu





„...tady se nemusíš ničeho bát...“



# ILLNESS BEHAVIOR A SYSTEMOVÉ POJETÍ – patologická rovnováha

**OTEC** – je více doma, pomáhá matce v péči o dítě (doma se cítí lépe, má tam funkci která pomáhá stabilizaci sebevědomí)

**MATKA** – méně uklízí a méně vyčítá otcí i dítěti – nemoc je spojuje (cítí, že je „nejdůležitější“ v péči o nemocné dítě, stále je pozoruje a ochraňuje - stabilizace sebepřijetí)

**DÍTĚ** – chronická únava –

- Získává pozornost matky, která přestává tolik kritizovat,
- Nemusí se tolik učit – má alibi
- Dokonce otec projevuje starosti
- Oba rodiče mají méně konfliktů

Provokující faktory: nemoc, přepracování, životní událost, neúspěch

Stresová reakce s tělesnými příznaky

Změna zaměřené pozornosti: na tělesné příznaky

Spouštěče

Myšlenky  
„Jsem nemocen“

Emoce  
strach

Chování  
Návštěvy lékařů

Tělesné reakce

Důsledky: sociální, vztahové

Praško, 1999

# Co podporuje a udržuje nadměrnou únavu

- reakce na únavu při jejím vzniku
- režim aktivity a odpočinku
- narušené spánkové vzorce
- způsob myšlenkového hodnocení situace
- emocionální reakce
- monitorování a kontrolování příznaků
- vyhýbavé a zabezpečovací chování, ujišťování
- neurobiologické faktory
- role nemocného a interpersonální problémy

# DVĚ SKUPINY PACIENTŮ

## RELATIVNĚ AKTIVNÍ

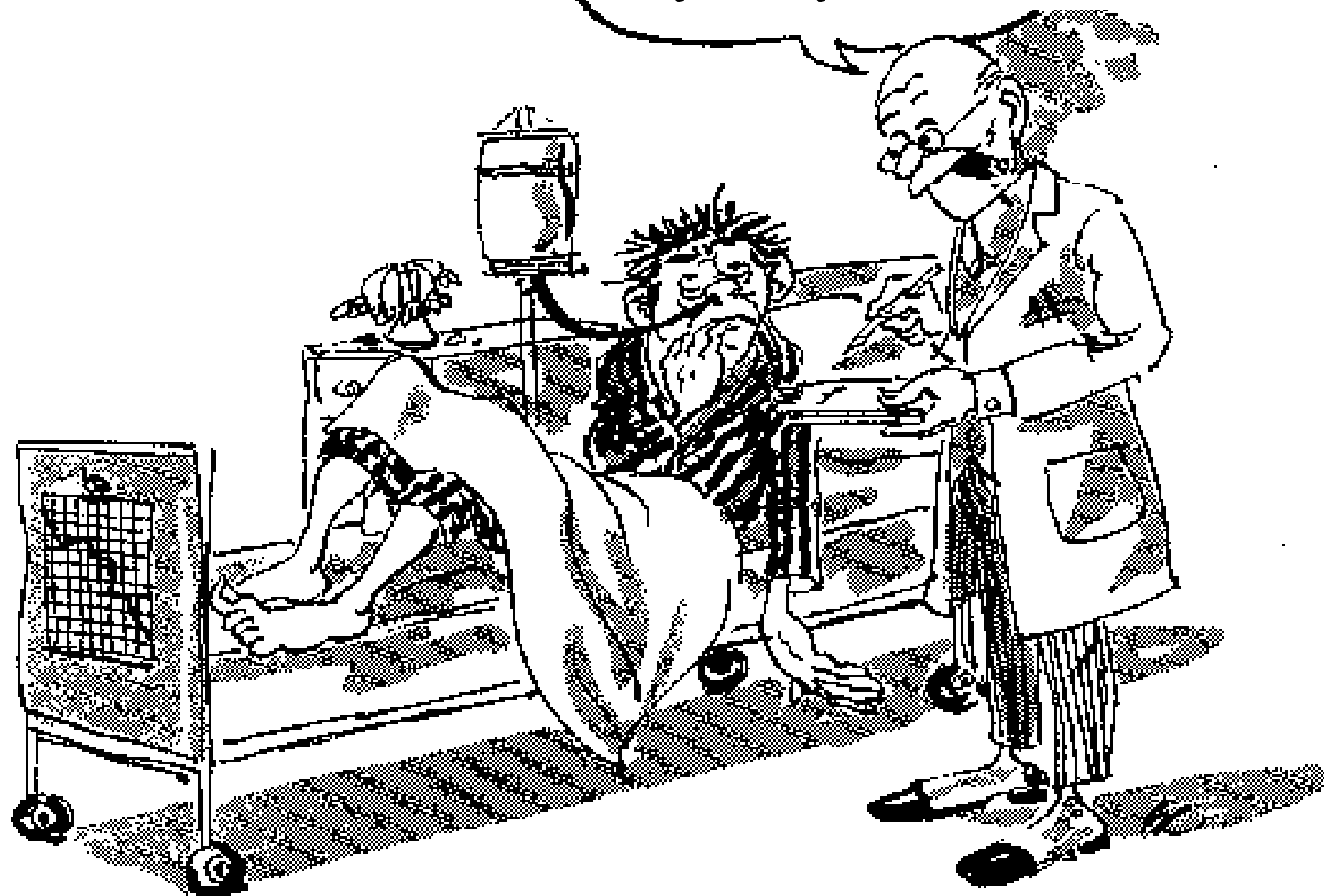
- dysfunkční kognice vedoucí k nepřijímání únavy
- nárazové přepjetí
- únava je ignorována jako varovný signál k ukončení aktivit

## PASIVNÍ

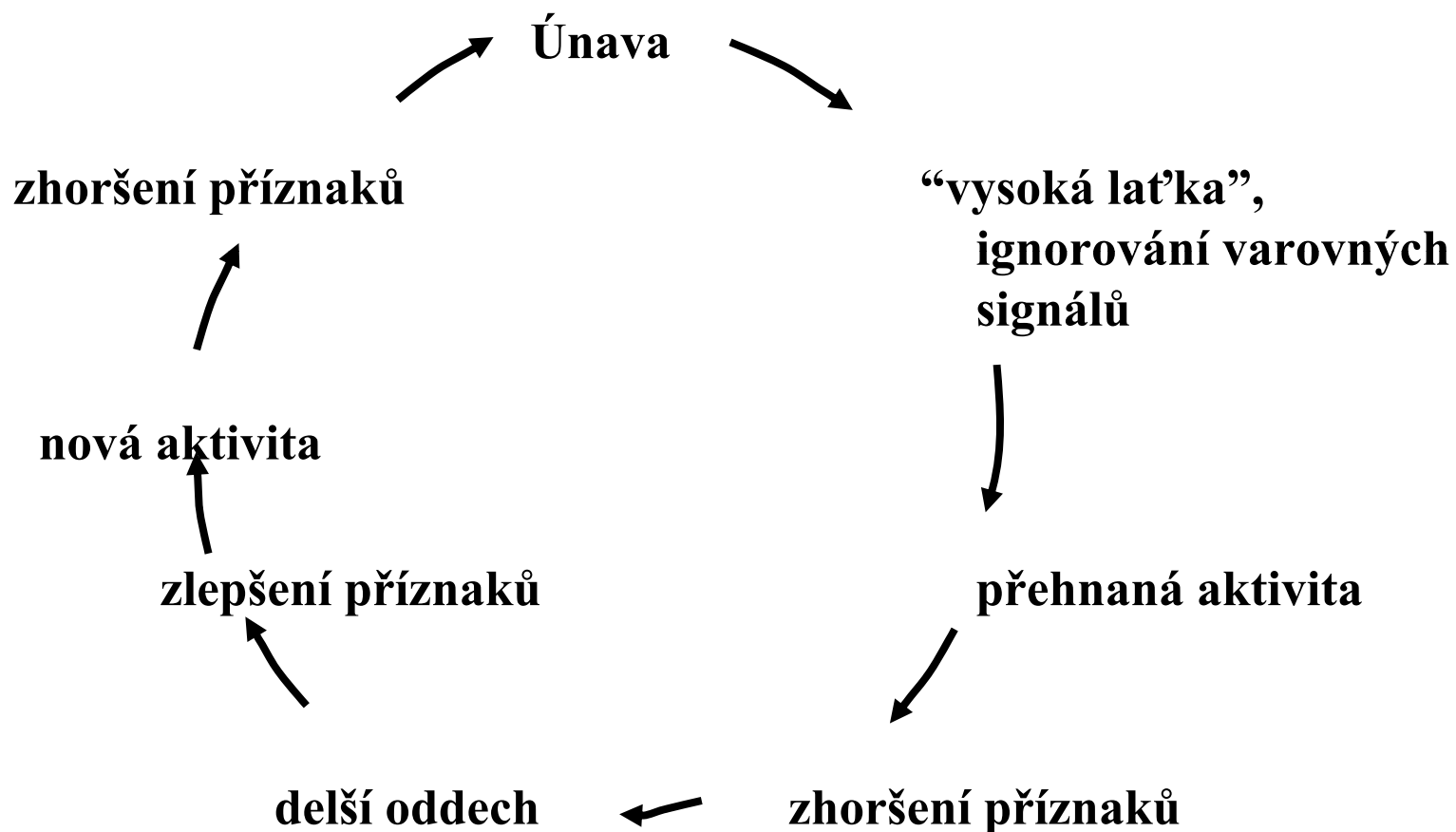
- dysfunkční kognice vedoucí ke strachu z aktivity
- potíže se k aktivitě přinutit
- únava je konstantně vnímána jako signál k ukončení aktivity

# REGRESE

Můžete mi hláskovat  
svoje celé jméno



# BLUDNÝ KRUH ÚNAVY U RELATIVNĚ AKTIVNÍCH PACIENTŮ



# BLUDNÝ KRUH ÚNAVY U PASIVNÍCH PACIENTŮ





# TEORIE UČENÍ



- **Kognitivní schéma** - být zdrav znamená nemít příznaky ⇒ mít jakýkoliv nezvyklý tělesný pocit = nemoc
- Pacient se naučí **roli nemocného** a ta je posilována:
  - komunikací (potřeba přijetí a gratifikace)
  - zabezpečením a ujišťováním
  - vyhýbavých chování
  - zaměřenou pozorností
  - katastrofickým kognitivním stylem

# Management pacientů s CFS

## Všeobecné přístupy

- Akceptace stížnosti pacienta jako reálných
- Poučení o možném multifaktoriálním původu + edukace
- Povzbuzení ve svépomoci a navození přirozené aktivity

## Farmakologické přístupy

- Podání antidepressivní medikace (SSRI, TCA, SNRI, IMAO)
- Vyloučení polyfarmacie
- Použití experimentálních léků v pokuse

## Nefarmakologické přístupy

- Graduované cvičení
- Kognitivně – behaviorální terapie
- Jiné psychoterapeutické přístupy
- Výživa
- Rehabilitace

# Metody KBT

- edukace
- záznamy aktivit, spánkový denník, hodnocení únavy, symptomů, emocí a pocitů
- spánková hygiena
- zápis příjemných aktivit
- zápis ANM a kognitivních schémat, jejich přerámování
- vypracování katastrofického scénáře
- graduovaný trénink, aerobní cvičení
- redukce stresu, relaxace

# EDUKACE

- Informace o příčinách únavy - rozlišení kauzálních a udržujících faktorů
- Bludný kruh únavy
- Informace o důsledcích nárazové aktivity či inaktivity:
- Motivace k vlastní kontrole příznaků

# DVA PŘÍSTUPY K LÉČBĚ

## RELATIVNĚ AKTIVNÍ

- Přerámování kognicí zvyšujících únavu
- prevence výbuchů aktivity a ustanovení základní úrovně
- systematické zvýšení aktivity 2krát denně
  - *tělesně*
- pracovní rehabilitace nebo plán jak dosáhnout osobních cílů

## PASÍVNÍ

- Přerámování kognicí blokujících aktivitu
- systematické zvýšení aktivity, 6krát denně
  - *tělesně*
  - *mentálně*
  - *sociálně*
- pracovní rehabilitace nebo plán jak dosáhnout osobních cílů

# KOGNITIVNÍ REKONSTRUKCE

## Nejčastější kognitivní omyly při CFS:

- **Všechno nebo nic:**
  - **Nadměrné zobecnění:**
  - **Odmítání pozitivního:**
  - **„měl bych“:**
  - **Katastrofizace**
- „Nestačím dělat všechno co bych měl“
  - „U mě nikdy nefungovalo plánování“
  - „Dnes jsem sice OK, ale většinou je mi zle“
  - „Měl bych to vždy být schopen zvládnout“
  - „Jakákoliv bolest znamená, že škodím tělu“

# ZÁZNAM AKTIVIT

Únavu hodnotíme na stupnici od 0 do 8

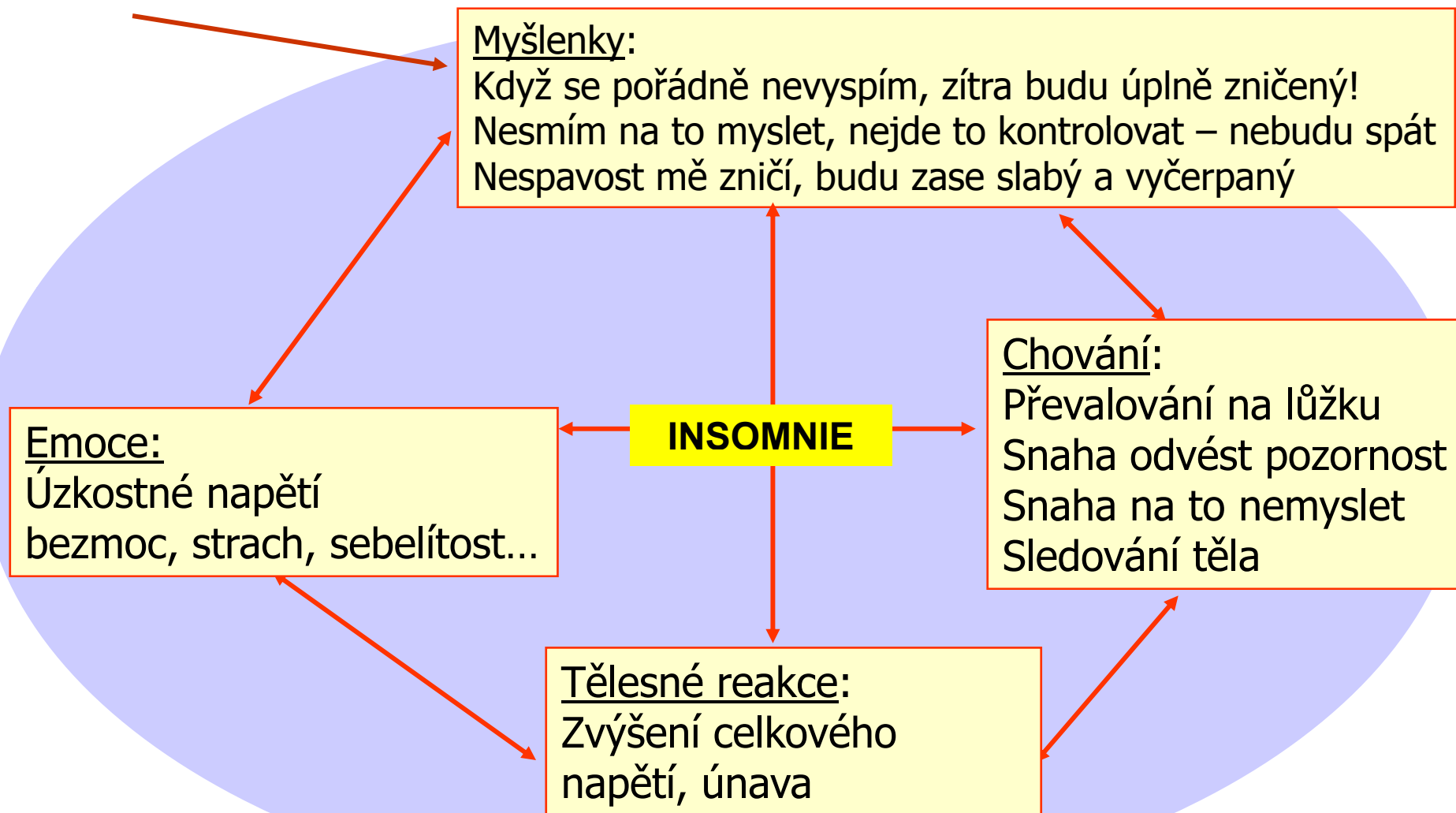
0	1	2	3	4	5	6	7	8
žádná		mírná			střední			těžká

Den	Čas	St.únavy	Činnost
Po	8:00	6	Vstávání, snídane
	9:00		Práce v domácnosti, úklid
	10:00	5	Odpočinek v posteli
	11:00		Čtení, sezení v křesle
	12:00	6	Příprava oběda



# BLUDNÝ KRUH NESPAVOSTI

Situace: probudil jsem se v noci



# Spánkový kalendář

Datum:	Pondělí 10.7.2006	Úterý 11.7.2006	Středa 12.7.2006	Čtvrtek 13.7.2006
Léky na spaní:	ne	ne	Ano v 22:00 hod	Ano v 01:20
Ulehnutí do postele:	00:45 (čtení si)	23:10 (televize)	21:00 (čtení si)	17:30
Zhasnutí světla:	1:55	22:50	21:20	17:30
Usnutí za kolik minut:	20 minut	25 minut	70 minut	20 minut
Počet nočních probouzení:	2	3	1	2
Zůstal (a) jsem vzhůru minut:	10 minut (toaleta)	45 minut (zlobím se opakovaně, že špatně spím a budu unavená další den)	70 minut mezi 2:10-3:20	110 minut; 70 mezi 0:40 až 1:50; 40 mezi 5:10-5:50
Ranní probouzení v:	8:25	8:00	9:05	9:30
Z postele jsem vstal (a):	9:00	9:00	11:30	12:20
Po probuzení jsem cítil (a) únavu (0-10)	6	5	8	9
Svůj spánek hodnotím jako: 1-velmi nekvalitní až 5-hluboký a kvalitní	4	3	1	1
Celková doba spánku:	5 hodin 50 minut	7 hodin 45 minut	9 hodin 25 minut	14 hodin 20 minut
Spánková efektivita v procentech ((doba spánku/ležení na lůžku) x 100)	$(350/415) \times 100 = 84,33\%$	$(465/610) \times 100 = 76,23\%$	$(565/850) \times 100 = 66,47\%$	$(850/1150) \times 100 = 73,91\%$
Ospalost během dne: (0-úplně čilý; 10-extrémní ospalost)	5	4	7	8

# Spánková hygiena

- Omezení délky spaní na 8 hodin
- Vyhnout se jít do postele příliš brzy
- Vyhýbat se stimulujícím látkám ve večerních hodinách
- Budit se v pravidelný čas ráno v 7 hodin
- Vstávat z postele pravidelně v 8 hodin
- Redukovat odpočinek na max. 30 min. přes den
- Zaměstnat se během dne tělesnými a duševními aktivitami

# POSTUPNÁ EXPOZICE TĚLESNÉMU CVIČENÍ

- Činnost zvyšovat jen velmi postupně
- Krátkodobé a opakované činnosti (5 minut - 1/2 hodiny)
- Nezaměňovat, ale přidávat
- Vystříhat se před nárazovým přetížením
- Důraz na malé, dosažitelné cíle
- Stejně cíle plnit alespoň týden
- Odměna

# SYSTEMATICKÉ ZVYŠOVÁNÍ AKTIVITY

## Relativně aktivní pacienti

### **Fyzická aktivita**

- **2krát denně**
- izolovaná aktivita jako např. procházka či jízda na kole
- začínat na reálné úrovni výkonnosti (**5-10 minut**)
- zvyšovat zátěž o 1 minutu denně, minimálně 5 min za týden

## Pasivní pacienti

### **Fyzická aktivita**

- **6krát denně**
- izolovaná aktivita (dřepy, kolo, procházka)
- Začínat s minimální zátěží (**2-3 dřepy, max1-5 minut**)
- zvyšovat zátěž o 1 minutu denně, minimálně 5 min za týden

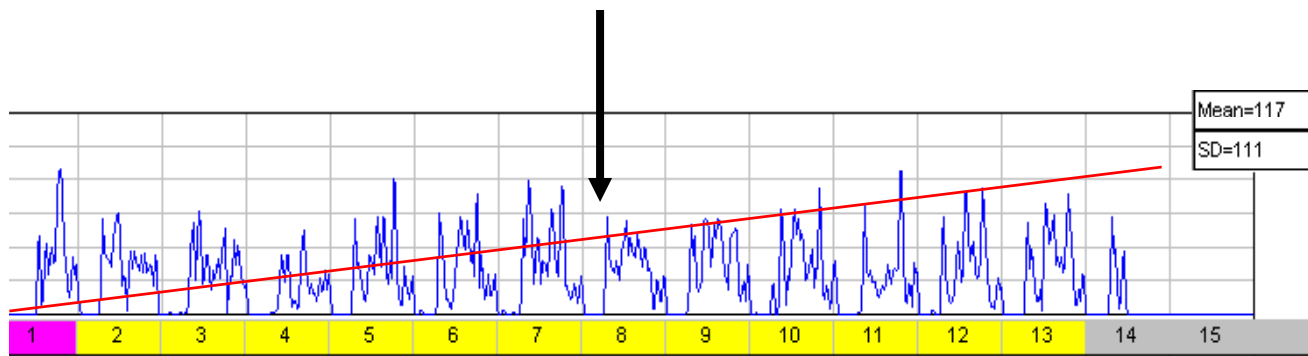
### **Mentální aktivita**

- čtení, sledování TV, práce s PC

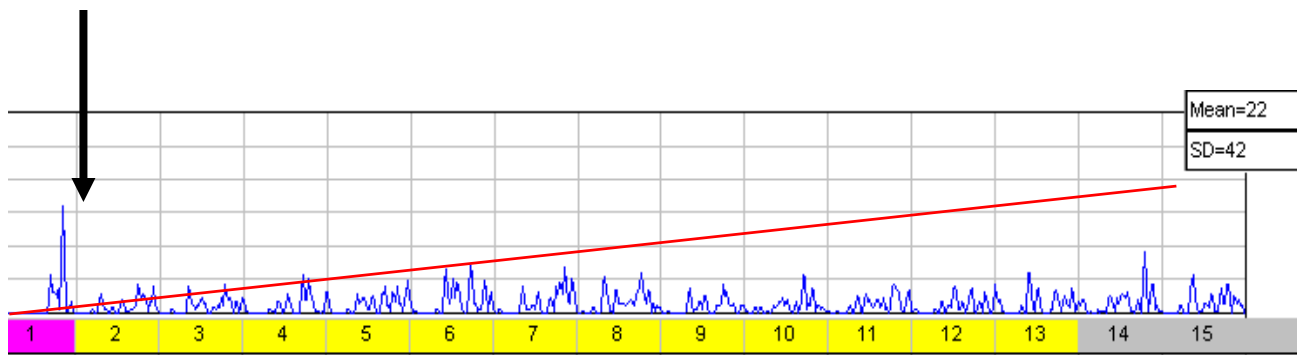
### **Sociální aktivita**

- telefonování, krátké návštěvy, navázání krátkého rozhovoru

# RŮZNÝ POČÁTEK PROGRAMU PLÁNOVANÝCH AKTIVIT



## Relativně aktivní CFS pacienti



## Pasivní CFS pacienti

*Bazelmans et al. 2000*

# ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ

Zaměřené na:

- stresový životní styl, komunikaci
- změnu životního nastavení a postojů
- řešení životních krizí - tzv. přechodná období:
  - touha po rodině
  - touha po uplatnění
  - přechod mezi 3. - 4. dekádou života



# Závěr

- Z léků mohou pomoci antidepresiva
- KBT postupy patří mezi neúčinnější metody ke zvládnání chronické únavy
- Strukturovaně jsou pacienti vedeni k aktivitě, překonávání těžkostí a handicapů
- Pacient sám pracuje na základě doporučení
- Má přehled vzhledem k dennímu záznamu a použití sebe-posuzovacích škál

