



Názov:

**Komplexný psychologický manažment pacienta
s diagnózou fibromyalgia**

Autori:

**PhDr. Barbara Doricová
PhDr. Karolína Bednárová
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.
prof. MUDr. Jan Praško Pavlov, CSc.
MUDr. Daniela Salatová**

Špecializovaný odbor:

Klinická psychológia

Odborná pracovná skupina:

Klinická psychológia pre dospelých

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný psychologický manažment pacienta s diagnózou fibromyalgia

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0169	15. jún 2021	Schválené	1. júl 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Barbara Doricová; PhDr. Karolína Bednárová; doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.; prof. MUDr. Jan Praško Pavlov, CSc.; MUDr. Daniela Salatová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Jozef Kalužay, PhD.; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

fibromyalgia, prevencia, diagnostika, liečba, psychoterapia, manažment, klasifikácia

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

APS	American Pain Society (Americká spoločnosť pre bolesť)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Asociácia vedeckých lekárskejších spoločností v Nemecku)
CFS	Chronic fatigue syndrome (Syndróm chronickej únavy)
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
EBM	Evidence based medicine (medicína založená na dôkazoch)
EULAR	European League Against Rheumatism (Európska liga proti reumatizmu)
FBRL	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia
FM	Fibromyalgia
FMS	Fibromyalgický syndróm
KBT	Kognitívno - behaviorálna terapia
NIAMS	National Institute for Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases, (Národný ústav pre artritídu a choroby pohybového aparátu a kože)
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence, (Národný inštitút pre zdravie a kvalitnú starostlivosť)
RCT	Randomized controlled trial (Na náhodnom výbere založená kontrolovaná štúdia)
ŠDTP	Štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠPI	Špecifické psychoterapeutické intervencie (psychologická liečba 2. stupňa, na terapeutický kontakt menej intenzívne psychologické liečebné postupy)

Kompetencie

Všeobecný lekár pre deti a dorast (pediater) – prvotné posúdenie, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby.

Všeobecný lekár pre dospelých – prvotné posúdenie, odporúčenie ďalšej diagnostiky a liečby.

Lekár so špecializáciou v odbore reumatológia (reumatológ) – reumatologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia. Potreba spolupráce s ostatnými odborníkmi (neurológ, algeziológ, lekár FBRL, psychiater, psychológ).

Lekár so špecializáciou v odbore neurológia (neurológ) – neurologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia.

Lekár so špecializáciou v odbore algeziológia (algeziológ) – algeziologické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia, psychoterapia. Podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPCČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. S certifikátom v CPCČ psychoterapia – psychoterapia, supervízia.

Lekár bez špecializácie zo psychiatrie (v špecializačnej príprave v odbore psychiatria) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, príjem pacienta, sledovanie stavu pacienta, indikovanie farmakoterapie pod dohľadom psychiatra so špecializáciou, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť. Po získaní certifikátu CPCČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Lekár fyzioterapie, balneológie a liečebnej rehabilitácie – vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, psychoedukácia.

Lekár s certifikátom pre špecifickú psychoterapiu vychádzajúcej z EBM pre FM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia. Ak nie je takýto odborník k dispozícii, lekár so špecializáciou v psychiatrii a s certifikátom v psychoterapii.

Psychológ v zdravotníctve špecialista (klinický psychológ) – psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia, podporná psychoterapia. Po získaní certifikátu CPCČ v ŠPI poskytovanie ŠPI. Po absolvovaní vzdelávania v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. FM – špecifická psychoterapia, supervízia. Po absolvovaní vzdelávania v CPCČ inej ako v špecifickej psychoterapii pre dg. FM v prípade zdôvodneného individuálneho prístupu, alebo ak nie je psychoterapeut s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre dg. FM k dispozícii, tak psychológ v zdravotníctve špecialista s certifikátom v psychoterapii – psychoterapia.

Psychológ bez špecializácie – realizácia psychodiagnostiky, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, prevencia. Po získaní certifikátu CPCČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Fyzioterapeut – prvotné posúdenie, fyzioterapeutická liečba pod dohľadom lekára v špecializácii FBLR, prevencia.

Sestra so špecializáciou – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, realizácia edukácie.

Sestra s pokročilou praxou s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre FM – prevencia, realizácia edukácie, psychoterapia, supervízia.

Poradenský psychológ – prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Špeciálny pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg – prvotné posúdenie, prevencia. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Liečebný pedagóg špecialista – s certifikátom v špecifickej psychoterapii vychádzajúcej z EBM pre FM – diagnostika, prevencia, psychoterapia, supervízia.

Sociálny pracovník – prvotné posúdenie, prevencia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť, sociálno-právna podpora. Po získaní certifikátu CPČ v ŠPI poskytovanie ŠPI.

Úvod

Účelom tohto štandardného preventívneho, diagnostického a liečebného postupu je zlepšiť dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti podľa EBM u dospelých pacientov (18 rokov a starších) trpiacich diagnózou fibromyalgie (M79.7). Jeho cieľom je pozitívne ovplyvniť prejavy poruchy, ich študijné, pracovné a sociálne fungovanie a kvalitu života.

Je určený všeobecným lekárom, reumatológom, klinickým a poradenským psychológom, psychiatrom a iným odborníkom v oblasti duševného zdravia. Má tiež zvýšiť povedomie o tejto poruche u zdravotníckych pracovníkov a zlepšiť koordináciu liečby.

Fibromyalgia (FM) je definovaná ako chronické bolestivé ochorenie, ktoré je charakterizované rozsiahlou bolesťou, únavou a poruchami spánku. Pôvodne sa považovala za poruchu muskuloskeletálneho systému, pretože prevažná väčšina ťažkostí mala pôvod vo svaloch a iných mäkkých tkanivách. Avšak novšie poznatky a prínos pokroku v oblasti zobrazovacích metód odhalili prítomnosť porúch v centrálnom nervovom systéme, ktoré sú pravdepodobne príčinou amplifikácie odpovede na bolestivý stimul a generalizovaného, abnormálneho spracovania bolestivého podnetu (Gracely et al., 2002).

Je to ochorenie, pri ktorom sa okrem uvedených hlavných symptómov uvádza i množstvo ďalších sprievodných symptómov. V populácii je veľa nediagnostikovaných, chybné

diagnostikovaných alebo falošne pozitívne diagnostikovaných pacientov, čo prináša v prvom rade neúspech liečby bez úľavy od ťažkostí. Príčinou je často rôznorodosť, odlišný počet symptómov, absencia diagnostických testov pre diagnostiku FM, a tiež nízke povedomie o danej diagnóze u odborníkov, čo spôsobuje, že ochorenie často zostáva nepovšimnuté, ale aj nepochopené. Pacient absolvuje množstvo vyšetrení pre svoje algické symptómy, avšak pri správnom postupe je vždy potrebná spolupráca medzi odborníkmi - medicínsko-psychologická (Šimo et al., 2011).

Ako autori ďalej uvádzajú, fibromyalgia je bolestivým, často chronickým a invalidizujúcim ochorením s nepriaznivou prognózou pre pacienta. Títo pacienti sú často liečení u lekárov rôznych špecializácií, pričom absolvujú aj zbytočné diagnostické procedúry. Pritom poznaním typických symptómov a aplikáciou diagnostických kritérií je možné ochorenie včas a pomerne ľahko rozpoznať a aj správne liečiť. Následkom týchto skutočností pacienti nemajú dostupnú adekvátnu liečbu a podporu, a je pre nich ťažké viesť plnohodnotný a nezávislý život. I keď pri FM sú podľa EBM jasne definované liečebné postupy, tieto sa dostatočne nevyužívajú, a porucha sa lieči menej efektívnymi farmakoterapeutickými a psychoterapeutickými postupmi.

ŠDTP liečby FM umožňuje spresnenie diagnostiky, zavádza nové liečebné postupy doteraz málo intenzívnej a pritom potrebnej psychologickú liečby pri danej diagnóze, a odporúča postupy vychádzajúce z EBM, ktoré majú vyššiu účinnosť ako dosiaľ používané psychoterapeutické prístupy.

Zavádza efektívne preventívne a monitorovacie postupy a definuje EBM psychoterapeutické postupy, ich intenzitu a trvanie podľa stupňa ochorenia. Spresňuje sieť poskytovateľov starostlivosti a ich kompetencie. Odporúča používanie dotazníkov na meranie efektu terapie a to jednak na začiatku a na konci liečby, a jednak priebežne, čo umožňuje nepretržite monitorovať účinok terapeutických intervencií. Predstavuje tiež postup, ktorý môžu použiť iné odbory, najmä reumatológia. Tento štandard bol vytvorený na základe hierarchie váhy dôkazov, a to štúdií a svetových a európskych odporúčaní, (Asociácia vedeckých lekárskejších spoločností v Nemecku (AWMF), Európska liga proti reumatizmu (EULAR), Americká spoločnosť pre bolesť (APS), zahraničných publikácií a od odborných poznatkov v problematike rešpektovaných a uznávaných autorít). Zohľadňujú sa potrebné úrovne dôkazov, najmä za posledných 10 rokov, v elektronických databázach systematických prehľadov, či elektronických časopisov a zahraničných publikácií (napr. BMJ Evidence based medicine a i.).

Prevenencia

Prevenencia FM spočíva predovšetkým v správnom životnom štýle, s vyhýbaním sa všetkým možným stresorom, na ktoré je každý individuálne citlivý. Niektoré rizikové a protektívne faktory je možné ovplyvniť viac, iné menej, a dôležité je aj obdobie života, v ktorom pôsobia. Cieľom prevencie je výrazné zníženie negatívneho vplyvu fibromyalgických ťažkostí na jednotlivca a spoločnosť. Naplneniu cieľa prevencie môžu pomôcť preventívne programy.

Preventívne programy môžeme rozdeliť na:

1. indikované programy prevencie, ktoré sa zameriavajú na rizikových jedincov, ktorí už majú symptómy a/alebo biologické markery, ale nespĺňajú v plnej miere diagnostické kritériá pre poruchu,
2. programy selektívnej prevencie, ktoré sa zameriavajú na osoby, o ktorých sa predpokladá, že predstavujú vysoké riziko rozvoja poruchy,
3. univerzálne preventívne programy, ktoré sú zacielené na celé populácie, bez ohľadu na rizikové faktory (napr. určitý stupeň školskej dochádzky) (Evans et al., 2012).


Podľa viacerých štúdií sa zdá, že niektoré faktory sú predisponujúce ku vzniku ochorenia fibromyalgie. Sú to 3 základné okruhy faktorov, medzi ktoré patria:

1. Nehody (dopravné alebo pracovné zranenia, fraktúry, polytraumy).
2. Medicínske intervencie a komplikácie (operácie a infekcie).
3. Emocionálne traumy (sexuálne alebo psychické týranie, alebo citové zanedbávanie) (Raphael et al. 2006; Nicolson et al. 2010; Low et al., 2012).


Štúdie zistili vo všeobecnosti vzájomnú spojitosť medzi traumou v detstve a adolescencii (nie iba zneužívanie alebo násilie, ale taktiež zanedbávanie dieťaťa a iné negatívne životné okolnosti) a mierou postihnutia fibromyalgiou (Gonzalez et al., 2013).

Dysregulačný mechanizmus stresovej reakcie predchádza rozvoju fibromyalgie a ostatných chronických symptómov, ako je napr. chronický únavový syndróm. Taktiež aj dlhotrvajúca trauma alebo stres v detstve a dospievaní má negatívny dopad na mozgové modulačné systémy v oboch oblastiach, a to v oblasti pre spracovanie bolesti i emócií (Malin et al., 2012).

Tabuľka č. 1


 Provokujúce faktory (Galvez-Sanchez, C.M. et al., 2009)	
Faktor	Popis
Vonkajšie faktory	Vlhké a chladné počasie
Somnia	Nedostatok spánku, fyzická alebo mentálna únava
Fyzická aktivita	Nadmerná fyzická záťaž, fyzická inaktivita
Úzkostná precitlivosť	Anxieta a redukovaná frustračná tolerancia stresu
Kognitívne faktory	Kognitívne poruchy

Tabuľka č. 2

 Enviromentálne vplyvy a faktory urýchľujúce vznik FM (Jarošová, H., 2019)	
--	--

Environmentálne vplyvy	Faktory urýchľujúce vznik
Infekcia hepatítidou C	Traumatické príhody
Epstein - Barrovej vírus	Psychologické abnormality
Parvovírus	Emocionálny stres
Lymfská choroba	Fajčenie

Tabuľka č. 3

 Stavy asociované s fibromyaliou (Jarošová, H., 2019)		
Tenzná bolesť hlavy	Dysmenorea	Hypermobilný sy
Sy dráždivého čreva	Intersticiálna cystitída	Syndróm nepokojných nôh
Dysmotilita pažeráka	Vulvárna vestibulitída	Alergie
prolaps mitrálnej chlopne	Predmenštruačný syndróm	Úzkosť
Očné poruchy	Parestézie bez dermatómov	Depresia
Vestibulárne ochorenia	Raynaudov syndrom	Dysfunkcia štítnej žľazy
Pľúcna symptomatika		

Niektoré faktory, ako negatívne udalosti, stresujúce prostredie, alebo psychická/emocionálna trauma, môžu byť predikujúcimi faktormi, ktoré do značnej miery vplývajú na ochorenie FM.

Fyzická nečinnosť a sedavý životný štýl a s tým súvisiace zvýšenie indexu telesnej hmotnosti (BMI), sa taktiež zaznamenali ako faktory vzťahujúce sa k začiatkom diagnózy FM (Mork et al., 2010; Muñoz Ladrón et al., 2018).

Nezanedbateľný je aj genetický vplyv, ktorý sa pozoroval vo viacerých štúdiách (Arnold et al., 2013). V štúdiách pokračujú zistením, že pri vzniku FM existuje vyššia prevalencia porúch nálady (hlavne depresívne a bipolárne poruchy) a zníženie prahu bolesti u príbuzných pacientov s FM. Avšak špecifické gény a mechanizmy prenosu nie sú známe. Genetické štúdie ukázali, že jedinci z rodín s prítomnou FM majú 13,6- násobné riziko tohto ochorenia v porovnaní so zdravými osobami. V danej štúdii sa taktiež zistilo, že pacienti s FM majú abnormalitu na chromozóme 17 (Arnold et al., 2013).

Niektoré štúdie pozorovali prevahu určitých osobnostných črt u pacientov s FM, napr. perfekcionizmus, alexitýmiu, neuroticizmus, psychoticizmus, vyhýbavé osobnostné črty a D typ osobnosti (charakterizovaná spojenou tendenciou prežívať negatívne emócie a zároveň potláčať tieto emócie pri vyhýbaní sa sociálnemu kontaktu s inými) (Montoro et al., 2016; Gumà-Uriel et al., 2016).

Iné štúdie sa zamerali na model Big Five Osobnosti, ktorá zahŕňa päť dimenzií: extravézia vs. introvézia, príjemnosť vs. antagonizmus, svedomitosť vs. impulzivita, neurotizmus vs. emočná stabilita a otvorenosť vs. uzavretosť. U pacientov s FM sa zistila vysoká miera neuroticizmu a nízka miera svedomitosti (vysoká impulzivnosť), ktoré sa zdajú byť spojené s vysokou mierou chronickej bolesti (Bucourt et al., 2017).

Okrem toho, u niektorých pacientov s FM je vysoká hladina neuroticizmu zvyčajne sprevádzaná nízkou mierou extravézie, ktorá prispieva k ďalším psychosociálnym problémom (Torres et al. 2013). Extroverzia pri FM je spojená s nižšou mierou bolesti, úzkosti a depresie a lepším mentálnym zdravím, čo predstavuje zároveň i protektívny vplyv proti FM (Ilmarin, 2009). Všeobecne sa prítomnosť porúch osobnosti pri fibromyálií spája s horšími výsledkami pri liečbe bolesti a so zhoršením funkčného stavu (Elliot et al., 1996).

Napriek viacerým štúdiám a výskumom, ktoré sa týkajú práve predisponujúcich faktorov (ktoré nemožno považovať za kauzálne), pre komplexné porozumenie vzniku FM je potrebný ďalší výskum.

Psychoterapia je zameraná práve na symptómy, ako prehĺbené vyčerpanie a nedostatok energie. Pacient sa v priebehu terapie postupne učí rozpoznávať svoje možnosti, limity, odhadnúť a rozložiť si energiu na každodenné povinnosti. Cieľom je najmä zabezpečiť a udržať primeranú kvalitu života pacienta s diagnózou fibromyálie. To potvrdzuje i výskum, v ktorom sa zistilo, že správnym nastavením svojich limitov a denných aktivít pacienti dokázali lepšie ovládať psychologické funkcie na kontrolu bolesti (Racine et al., 2018).

Biologické aspekty fibromyálie

Pomocou funkčných zobrazovacích metód sa zistilo narušené spracovanie senzorickej informácie v CNS. Pri fibromyálii dochádza k zníženému prietoku krvi talamickými jadrami a ďalšími štruktúrami mozgu, ktoré sa na prenose a spracovaní senzorickej nociceptívnej informácie podieľajú. Bolesť má tri zložky: zložku kognitívno-evaluačnú, ktorá je viazaná predovšetkým na mozgovú kôru a zložky senzoricke-diskriminačnú a afektívno-emočnú, ktoré majú svoje centrá vnímania už na úrovni talamu (Kolář, 2009).

U pacientov s FM sa zistili abnormálne hodnoty mediátorov bolesti, ktoré posilňujú aferentné signály, a tým aj bolesti, sú to napr. substancia P, nervový rastový faktor, dynorfin A, glutamát alebo oxid dusnatý (Bystroň, 2010; Rokyta, 2006). Podiel na ťažkostiach má zrejme i znížená väzobná kapacita centrálnych μ -opioidných receptorov, postihnutie periférnych nervových zakončení, zmeny objemu šedej kôry v rôznych oblastiach mozgu, alebo nižší obsah intramuskulárneho kolagénu (Bystroň, 2010). Často sú prítomné aj neuroendokrinné zmeny. Nachádzame zvýšenú tvorbu adrenokortikotropného hormónu (ACTH), pri zvýšenej tvorbe ACTH je hladina plazmatického kortizolu nižšia a kolíše. To môže viesť ku zvýšenej pozáťažovej svalovej únave. Väčší výskyt fibromyálie u žien a zvýšená pravdepodobnosť výskytu po gynekologických operáciách (hysterektómia, ovarektómia), predpokladá vplyv estrogénu na etiopatogénu ochorenia (Kolář, 2009).


Pacienti s FM vykazujú oslabenie funkcie osi HAP – t.j. hypothalamus – hypofýza (nadobličky), čo vedie k neprimeranej kortizolovej reakcii na stres alebo na činnosti denného života (Van Houdenhove, 2005; Van Houdenhove et al., 2004) Pacienti rovnako vykazovali aberantnú autonómnu reguláciu s nižšou aktivitou pri obidvoch vetvách (sympatikus, parasympatikus). Zistila sa napr. vyššia srdcová frekvencia, vyšší krvný tlak atď. a znížená reaktivita na fyzikálne a psychologické stresory (Reyes Del Paso et al. 2010; Reyes del Paso et al. 2011). To vedie k zníženej kapacite čeliť požiadavkám každodenného života a k nižšej frustračnej tolerancii.

Epidemiológia

Vo všeobecnosti je výskyt fibromyalgie v rozpätí od 2 - 4 % (Queiroz et al., 2013). Dôvodom relatívne nízkej prevalencie je diagnostická náročnosť a variabilita ochorenia, čo spôsobuje, že je dané ochorenie často prehliadnuté. V epidemiologickej štúdii, napr. z Japonska je prevalencia fibromyalgie 2,1 %, 2,2 % pacientov spĺňa klinické kritériá pre fibromyalgiu v USA (Nakamura, 2014; McNally et al., 2004). V novšej štúdii v USA sa zistilo 6,4 % pacientov s diagnostikovanou FM, rešpektujúc modifikované kritériá ACR 2010 (Vincent et al., 2013). Prevalencia fibromyalgie v európskych štátoch je variabilná, napr. v Grécku 0,4 % (Andrianakos et al., 2003). V Taliansku je to 3,7 % (Branco et al., 2010).

Fibromyalgia sa častejšie diagnostikuje u žien ako u mužov. Daný pomer však v rôznych populáciách varíruje a pohybuje sa od 8:1 do 30:1 v prospech žien (Bennett et al., 2007, Häuser et al., 2012). Toto ochorenie je pritom častejšie v staršej populácii a postihuje najmä jedincov vo veku od 40 do 60 rokov. Vo všeobecnosti je možné konštatovať, že prevalencia FM vekom narastá (Wolfe et al. 1995, Jones et al. 2015). Pacienti s FM majú pritom často nadváhu alebo sú obézni.

Tabuľka č. 4.

 Celosvetová prevalencia fibromyalgie						
Krajina	Kritériá	Počet (n)	Vek (v rokoch)	Celková prevalencia (%)	Prevalencia u žien (%)	Prevalencia u mužov (%)
Afrika Tunis	LFESSQ*	1000	≥ 15	9,3	N**	N
Amerika Brazília	COPCORD***	3038	≥ 16	2,5	3,9	0,1
Kanada	kritériá ACR**** 1990	3395	≥ 16	3,3	4,9	1,6

USA	kritériá ACR 1990	3006	≥ 18	2,2	3,4	0,5
USA	modifikované kritériá ACR 2010	830	≥ 21	6,4	7,7	4,9
Ázia Bangladěš	COPCORD	5211	≥ 15	3,6	6,2	0,9
Čína	kritériá ACR 1990	1467	N.R.	0,8	N	N
Izrael	LFESSQ a kritériá ACR 1990	1019	≥ 18	2	2,8	1,1
Japonsko	modifikované kritériá ACR 2010	20407	≥ 20	2,1	N	N
Malajzia	COPCORD	2594	≥ 15	0,9	1,5	0,2
Pakistan	COPCORD	1997	≥ 15	2,1	N	N
Thajsko	modifikované kritériá ACR 2010	1000	N.R.	0,6	N	N
Turecko	kritériá ACR 1990	600	N.R.	8,8	12,5	5,1
Európa Dánsko	kritériá ACR 1990	1219	≥ 18	0,7	N	N
Francúzsko	LFESSQ a kritériá ACR 1990	1014	≥ 15	1,4	1	0,7
Fínsko	Yunus et al. (1989)	7217	≥ 30	0,8	1	0,5
Nemecko	modifikované kritériá ACR 2010	1002	≥ 15	3,2	3,9	2,5
Nemecko	modifikované kritériá ACR 2010	2445	≥ 14	2,1	2,4	1,8
Grécko	kritériá ACR 1990	8740	≥ 19	0,4	N	N
Taliansko	kritériá ACR 1990	2155	≥ 19	2,2	N	N
Taliansko	LFESSQ a kritériá ACR 1990	1002	≥ 15	3,7	5,5	1,6

Portugalsko	LFESSQ a kritériá ACR 1990	500	≥15	3,6	5,2	1,8
Škótsko	kritériá ACR 1990	1604	≥18	1,7	N	N
Španielsko	LFESSQ a kritériá ACR 1990	1001	≥15	2,3	3,3	1,3
Španielsko	kritériá ACR 1990	2192	≥20	2,4	4,2	0,4
Švédsko	kritériá ACR 1990	2425	≥20	1,3	2,4	0

Upravené podľa Häuser et al. (2015). *LFESSQ - London Fibromyalgia Epidemiology Study Screening Questionnaire, **N - neznáme, *** COPCORD - Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases, ****ACR - American College of Rheumatology.

Patofyziológia

Patofyziológia fibromyalgie je komplexná a nie je presne objasnená. Existuje niekoľko teórií, ktoré vysvetľujú mechanizmy vzniku tohto ochorenia. Vírusové ochorenia sú známym spúšťačom napr. chronického únavového syndrómu a môžu spôsobovať taktiež fibromyalgiu (Albin et al., 2008). Infekčné ochorenia hepatitída B, hepatitída C, infekcia parvovírusom 19 a HIV sú silno asociované s fibromyalgiou, a táto hypotéza je podporená tak epidemiologickými, ako aj klinickými štúdiami. Niektoré vírusové ochorenia, ako “lymská borelióza”, spôsobujú symptómy podobné prejavom, aké sú pri fibromyalgii (Dinerman a Steere, 1993). Rôzne vírusové ochorenia môžu spúšťať symptómy fibromyalgie, ale pri týchto prípadoch hovoríme skôr o sekundárnej fibromyalgii. Sekundárna fibromyalgia tak vzniká na základe iného ochorenia. (Albin et al., 2008). Viaceré reumatické ochorenia sú taktiež asociované so sekundárnou fibromyalgiou, ako napr. reumatoidná artritída alebo Sjögrenov syndróm (Ablin et al., 2006). Z klinického hľadiska nevyhnutne dôležité rozpoznať skutočné príčiny zdravotných problémov pacienta a indikovať správnu liečbu. Práve manifestovaná fibromyalgia je pritom najčastejším problémom pacientov (Albin et al., 2008).

S patofyziológiou fibromyalgie sú úzko spojené aj napr. psychické problémy pacienta a jeho traumy. Pri diagnostikovaní pacientov s fibromyalgiou sa zistila úzka korelácia medzi týmto ochorením a traumatickými zážitkami pacienta (Buskila et al., 1999). Súčasná koncepcia patofyziológie fibromyalgie sa opiera o poznatky z výskumu hladín sérotonínu a iných neurotransmiterov v centrálnom nervovom systéme pacientov s fibromyalgiou. Poukázalo sa na znížené hladiny sérotonínu a norepinefrínu u pacientov s chronickým únavovým syndrómom a u pacientov s fibromyalgiou. Zaznamenali sa aj zvýšené hladiny substancie P excitačných neurotransmiterov, ako je aspartát a glutamát, ktoré zohrávajú významnú úlohu pri prenose bolestivého signálu miechou (Russell et al., 1992; Larson et al., 2000).

Napriek tomu, že fibromyalgia sa nepovažuje za zápalové ochorenie, zápal a bolesť sú úzko prepojené a majú niektoré spoločné činitele. Značná časť výskumu u pacientov s fibromyaliou sa preto zaoberala výskumom zápalových markerov (Albin et al., 2008). U týchto pacientov boli zvýšené hladiny niektorých zápalových cytokínov ako interleukín 1 a 6 (IL-1, IL-6). Napriek tomu, že nie je možné presne objasniť, ktoré z faktorov sú pri fibromyalgii primárne, je jasné, že je patofyziológia tohto ochorenia úzko spojená s narušenou rovnováhou niektorých neurotransmiterov a zvýšenou hladinou zápalových markerov (Albin et al., 2008).

Patofyziológia fibromyalgie môže byť úzko spojená aj s alternáciami sympatického nervového systému, ktorý je úzko prepojený so stresom (Petzke a Clauw, 2000). Iné vysvetlenie patomechanizmu fibromyalgie ponúka koncept centrálnej senzitivácie (Yunus, 2007). Zvýšenú citlivosť spôsobuje zníženie hladín niektorých neurotransmiterov zodpovedných za inhibičnú reakciu zostupujúceho signálu pre bolesť. Medzi dané neurotransmitery patrí už spomínaný sérotonín, norepinefrín, kyselina γ -aminomaslová, enkefalín a adenzín (Albin et al., 2008). Iný patomechanizmus u pacientov s fibromyaliou sa môže viazať na dopaminergný systém (Wood et al., 2007). Presynaptické hladiny dopamínu sú u pacientov s fibromyaliou znížené, čo výrazne ovplyvňuje prenos signálu bolesti v nervových spojeniach (Wood et al., 2007).

Klasifikácia

Fibromyaliu možno definovať ako chronické ochorenie charakterizované generalizovanou muskuloskeletálnou bolesťou pociťovanou na špecifických miestach po celom tele. Fibromyalgia nevedie k smrti a k skráteniu života, ale výrazne ovplyvňuje kvalitu života po fyzickej a psychickej stránke. Ochorenie je najčastejšie sprevádzané chronickou únavou a poruchami spánku. Okrem týchto symptómov môže byť fibromyalgia sprevádzaná aj inými somatickými prejavmi, a v prípade sekundárnej FM aj symptómami základného ochorenia.

Najčastejšie prejavy a ochorenia asociované s FM sú: alergie, migréna, syndróm nepokojných nôh, chronický únavový syndróm, syndróm dráždivého čreva, systémový lupus erythematosus, hypotyreóza, Chiariho malformácia, prechodné koreňové syndrómy, cervikálna stenóza, polymyalgia (rheumatic), syndróm spánkového apnoe, Raynaudov syndróm, Sjogrenov syndróm, myofasciálny syndróm, depresia, osteoporóza, osteoartritída, reumatoidná artritída, intersticiálna cystitída, syndróm vojny v Perzskom zálive a iné ochorenia (Šimo, Dvorák, 2011).

Fibromyalgia je charakterizovaná absenciou akýchkoľvek štrukturálnych a funkčných abnormalít vo svalovom tkanive. Napriek tomu je u pacientov s touto chorobou pociťovaná v týchto miestach výrazná bolesť. Príčinou je narušený procesný mechanizmus bolesti v centrálnom nervovom systéme. Amplifikácia signálu bolesti je prítomná v aferentných nervových dráhach chrbtice a je kľúčovým mechanizmom vzniku bolesti pri reumatických ochoreniach, vrátane fibromyalgie (Phillips a Clauw, 2013). Okrem toho zohráva významnú úlohu aj psychická a sociálna stránka pacienta. Zistilo sa, že u pacientov s FM dané faktory významne ovplyvňujú amplifikáciu bolesti (McBeth et al., 2001). Vnímanie intenzity bolesti u pacientov s FM je oproti zdravým jedincom zvýšené až o 50 % (Julien et al., 2005). Inhibícia

bolesti u týchto pacientov je pritom menej účinná (Julien et al., 2005).

Z daných zistení vyplýva, že pacienti s FM majú narušenú rovnováhu medzi excitačnými (glutamát, aspartát, substancia P) a inhibičnými (sérotónín, noradrenalín (norepinefrín) a kyselina γ -aminomaslová) neurotransmitermi v mieche (Russell et al., 1994). Magnetická rezonancia dokázala abnormality signálnych kaskád zodpovedných pre spracovanie bolesti a emócií (amygdala, thalamus, insula) (Ablin et al., 2008). FM je často sprevádzaná psychickými poruchami a psychickým stavom pacienta je často determinované samotné ochorenie. Najčastejšími psychickými poruchami pri fibromyalgii sú depresia, úzkosť, somatizácia a poškodenia kognitívnych funkcií pacienta (Abeles et al., 2007). Tieto manifestácie symptómov ochorenia pacienta s fibromyalgiou sú v kompetencii psychiatra alebo psychológa a identifikované sú štandardizovanými metódami v psychiatrickej, resp. psychologickej praxi.

Podľa MKCH-10 je fibromyalgia zaradená do skupiny chorôb svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva (M00-M99). V rámci tejto skupiny je zaradená do podskupiny Iné choroby mäkkého tkaniva nezatriedené inde. Charakterizovaná je ako bližšie neurčený reumatizmus a označuje sa kódom M79.0.

Klinický obraz

Kritériá pre stanovenie diagnózy sú plošná bolesť trvajúca minimálne 3 mesiace, v pravej aj ľavej polovici tela a bolesť nad pásom a pod pásom. Musí byť prítomná axiálna bolesť: šije, prednej plochy hrudníka, oblasť hrudných alebo driekových segmentov chrbtice. Pri vyšetrení musia byť citlivé body špecifických lokalít, minimálne 11 z 18 definovaných.

FM pacienti vnímajú ochorenie ako stigmatizujúce a neviditeľné, a táto negatívna percepcia im často zabraňuje prijať danú diagnózu. Pri FM je vysoká prevalencia psychiatrických komorbidít (najmä depresia, úzkosť, hraničná porucha osobnosti, obsedantno-kompulzívna porucha, postraumatická stresová porucha), ktoré sa spájajú následne aj s horším klinickým profilom. U pacientov s FM sa uvádza aj prítomnosť vysokého podielu negatívnych afektov, neuroticizmus, perfekcionizmus, stres, hnev, alexithýmia. Títo pacienti majú zväčša negatívny sebaobraz a negatívnu percepciu svojho telesného vzhľadu, taktiež nízke sebavedomie (Galvez-Sanchez et al. 2019).

Autori ďalej uvádzajú, že FM znižuje úroveň fungovania vo fyzickej, psychickej a sociálnej sfére. Tiež má negatívny dopad na kognitívnu výkonnosť, osobné vzťahy (vrátane sexuality a rodičovstva), prácu a každodenné aktivity. V určitých prípadoch pacienti s FM trpia suicidálnymi ideáciami, suicidálnymi pokusmi, a v niektorých prípadoch aj dokonaným suicídiom. Psychologické intervencie súbežne s farmakologickou liečbou predstavujú účinný spôsob zlepšenia klinických prejavov a redukcie dopadu na zdravie a kvalitu života.

V mnohých štúdiách zaoberajúcich sa sebaopímaním u pacientov s FM sa zistila aj nízka percepcia vlastnej hodnoty (Michielsen et al., 2006, Garaigordobil, 2013). Nižšie sebavedomie sa dáva do súvislosti najmä s redukciou kognitívnej výkonnosti pri danej diagnóze, najmä pokiaľ ide o pamäť, pozornosť a schopnosti plánovania

(Galvez-Sanchez et al., 2018). Sebaúčinnosť a dôvera vo vlastné schopnosti ako prostriedok na dosiahnutie stanovených cieľov je u pacientov s FM nízka (Bandura, 1997; Mannerkorpi et al., 2006; Rasmussen et al., 2017). Z tohto dôvodu je mimoriadne dôležité u pacientov s FM zamerať sa práve na psychoterapiu, na zvýšenie sebavedomia a uvedomenia si vlastnej hodnoty, a rovnako uvedomenie svojej sebaúčinnosti a pôsobenia na ochorenie.

FM negatívne ovplyvňuje fungovanie na fyzickej, psychologickú a sociálnej úrovni, narúša sociálne vzťahy, schopnosť plniť rodinné a pracovné povinnosti, každodenné činnosti a ovplyvňuje duševné zdravie nielen kvôli bolesti, ale aj kvôli únave, kognitívnym deficitom a iným súvisiacim dôsledkom (Freitas et al., 2017; Karper, 2016; Neuprez et al., 2017). Nevyhnutné je, aby práve prostredníctvom psychoterapie dokázali pacienti s FMS správne odhadnúť a prispôbiť svoje pracovné zaťaženie svojej zníženej fyzickej schopnosti.

FMS má negatívny vplyv i na sexuálne zdravie (Zielinsky, 2013), a s ním spojený problém s reprodukciou (Shaver et al., 2006) a sexuálne dysfunkcie žien (Kalichman, 2009; Rico-Villademoros et al., 2012), ako je hypoaktívna sexuálna túžba, sexuálna averzia, poruchy orgzmu, vaginizmus a dyspareunia. Autori uvádzajú ako charakteristické FMS symptómy najmä rozsiahlu bolesť, únavu, poruchy spánku, precitlivosť a neznášanlivosť hmatových a tlakových stimulov (Rosenbaum et al., 2010) spolu so psychiatrickými komorbiditami (Lewis et al., 2004). S multidisciplinárnym prístupom je potrebné liečiť sexuálne problémy pri FM, pretože nie sú len príčinou nepohodlia, ktoré zhoršujú symptómy a kvalitu života, ale tiež vedú k medzil'udským vzťahovým problémom a rozpadu párov (Poh et al., 2017).

Viacere štúdie uvádzajú, že nezanedbateľnou oblasťou pri FM je aj nižšia kognitívna výkonnosť u pacientov s FM v porovnaní so zdravou populáciou (Glass, 2008; Galvez-Sanchez et al., 2018). Pacienti vo výskumnej štúdii uvádzali najmä ťažkosti s koncentráciou, zníženú slovnú zásobu, slabú verbálnu plynulosť a slabšiu mentálnu výkonnosť (Duschek et al., 2013; Munguía-Izquierdo et al., 2008). Hlavným sprostredkujúcim faktorom týchto kognitívnych deficitov je závažnosť klinickej bolesti (Hassett et al., 2008; Finan et al., 2009; Malin et al., 2013) a sekundárnym faktorom sú emocionálne afektívne problémy, najmä úzkosť, depresia a negatívne emocionálne stavy (Glass, 2009).

Ďalej je to často uvádzaná únava a insomnia (Kivimäki et al., 2004; Van Houdenhove et al., 2005; Ricci et al., 2016). Výsledky výskumu (Zachrisson et al., 2002) preukazujú, že až 76 % pacientov s FM má poruchu kognitívnych funkcií. Medzi najčastejšie poruchy kognitívnej funkcie u pacientov s FM je znížená koncentrácia (Glass, 2009). Pacienti s FMS vykazujú vysokú hladinu úzkosti (20 - 80 %) (Fietta et al., 2007) a prejavov depresívnej poruchy (13 - 63,8 %) (Uçar et al., 2015). U pacientov s chronickou bolesťou je trikrát väčšie riziko vzniku depresívnych symptómov a zároveň depresia vyvoláva a zvyšuje bolesť (Yamamotová, Papežová, 2010). U pacientov s depresívnou symptomatikou sa zaznamenalo výrazne vyššie skóre bolesti na vizuálnej analógovej škále v porovnaní s pacientami s FM bez depresie. Podiel na tom má zníženie prahu bolesti pri depresii, ale taktiež tendencia depresívnych pacientov vnímať bolesť viac negatívne a katastroficky. Iné

štúdie poukazujú na výskyt depresie u pacientov s fibromyaliou v rozpätí od 20 - 86 % (Hudson et al., 1992) a u 13 - 48 % pacientov sa diagnostikuje závažná depresia (Hudson et al., 1992). Úzkosť je identifikovaná u 27 - 60 % pacientov s FM (Epstein et al., 1999).

Za najčastejšie sprievodné znaky psychických porúch u pacientov s FM sa považujú depresia, úzkosť, somatizácia, poškodenie kognitívnych funkcií a post traumatický stres (Abeles et al., 2007). V mnohých prípadoch je u pacientov s FM skutočným spúšťačom fibromyalgie psychopatológia. Kognitívno-behaviorálna terapia (KBT) je vysoko efektívna pri liečbe úzkosti, nespavosti a depresívnych stavov, a mala by byť hlavnou súčasťou liečby pacientov s FM. Taktiež percepcia stresových situácií je u pacientov s fibromyaliou intenzívnejšia. Preto stresujúce životné situácie môžu byť rizikovým faktorom vzniku depresívnej symptomatiky (Aguglia et al., 2011).

Pacienti s FMS tak veľmi často majú pocit odmietnutia a nepochopenia, a práve táto skutočnosť môže ešte viac prispievať k prehĺbeniu stavov depresie a úzkosti. Chronická bolesť je rovnako rizikovým faktorom suicidálneho správania (Kye et al., 2017). V prípade FMS sa odhadovaná prevalencia suicidálnych pokusov odhadovala na viac ako 16,7 % (Kurt et al., 2015), toto číslo vzrástlo na 58,3 % v prípade FMS s komorbidnou migrénou (Jimenez-Rodríguez et al., 2014). Všetky uvedené dôvody vedú k nevyhnutnej potrebe vnímať pacientov s FMS porozumením a akceptáciou svojich pocitov, a venovať sa im počas psychoterapie.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

V roku 2016 sa revidovali kritériá diagnózy fibromyalgie 2010/2011. Fibromyalgia môže byť teraz u dospelých diagnostikovaná vtedy, ak sú splnené všetky nasledujúce kritériá (Wolfe, F. et al., 2016):

1. Index rozšírenej bolesti (WPI) ≥ 7 a skóre škály závažnosti symptómov (SSS) ≥ 5 , alebo WPI 4 - 6 a skóre SSS ≥ 9 .
2. Generalizovaná bolesť definovaná ako bolesť najmenej v 4 z 5 oblastí.
3. Symptómy sa vyskytujú najmenej 3 mesiace.
4. Diagnóza fibromyalgie nevyklučuje prítomnosť iných klinicky významných ochorení.

WPI skóre je charakterizované škálou od 0 do 19. Skóre je vyhodnotené podľa počtu oblastí, v ktorých pacient pociťoval bolesť za posledný týždeň. SSS škála má rozpätie hodnôt od 0 do 12, a je súčtom závažnosti troch hlavných symptómov (únava, ranné zobudenie bez pocitu odpočinku a narušené kognitívne procesy).

Widespread Pain Index
(1 point per check box; score range: 0-19 points)

1 Please indicate if you have had pain or tenderness during the past 7 days in the areas shown below. Check the boxes in the diagram for each area in which you have had pain or tenderness.

Symptom Severity
(score range: 0-12 points)

2 For each symptom listed below, use the following scale to indicate the severity of the symptom during the past 7 days.

- **No problem**
- **Slight or mild problem:** generally mild or intermittent
- **Moderate problem:** considerable problems; often present and/or at a moderate level
- **Severe problem:** continuous, life-disturbing problems

	No problem	Slight or mild problem	Moderate problem	Severe problem
Points	0	1	2	3
A. Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trouble thinking or remembering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Waking up tired (unrefreshed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 During the past 6 months have you had any of the following symptoms?

Points	0	1
A. Pain or cramps in lower abdomen	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
B. Depression	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
C. Headache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Additional criteria (no score)

4 Have the symptoms in questions 2 and 3 and widespread pain been present at a similar level for at least 3 months?
 No Yes

5 Do you have a disorder that would otherwise explain the pain?
 No Yes

2016 Fibromyalgia Diagnostické kritéria

1. Index rozšírenej bolesti (WPI)

Kde ste cítili v minulom týždni bolesť? (začiarknite všetky príslušné možnosti)

Ľavá horná oblasť (1)

- Ľ čeľusť
- Ľ ramenný pletenec
- Ľ rameno
- Ľ predlaktie

Pravá horná oblasť (2)

- R čeľusť
- R ramenný pletenec
- R rameno
- R predlaktie

Axiálna oblasť (5)

- krk
- horná časť chrbta
- dolná časť chrbta
- hrud'
- brucho

Ľavá dolná oblasť (3)

- Ľ bedro (gluteálna oblasť/ trochanter)
- Ľ stehno
- Ľ predkolenie

Pravá dolná oblasť (4)

- R bedro (gluteálna oblasť/ trochanter)
- R stehno
- R predkolenie

Celkom: WPI skóre (všetky vyznačené políčka 0-19)

Skóre závažnosti symptómov (SSS) za posledný týždeň

	0=žiadny problém	1=mierne ťažkosti	2=stredne výrazné / časté	3=veľmi výrazné/trvale strpčujúce život
Únava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ranné vstávanie bez pocitu odpočinku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitívne poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trápili Vás v poslednom týždni niektoré z týchto ťažkostí?

	0=žiadny problém	1=Problém
Bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boleť alebo kŕče v podbrušku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Celkové SSS:

(0 -12)

Pridružené symptómy pri FM (Martuliak, 2009):

- Únava je jedným z najčastejšie sa vyskytujúcich symptómov u pacientov s FM, ktorý je pre nich zároveň jedným z najviac obmedzujúcich ich bežný život. Popisujú ho ako únavu mysle, zahmlenie mozgu s neschopnosťou koncentrácie a uvažovania. Únavu pociťujú na mentálnej i fyzickej úrovni, cítia sa úplne bez energie, neschopní pohnúť končatinou.
- Poruchy spánku tiež sprevádzajú trápenie väčšiny pacientov s FM. Ide o poruchy zaspávania, aj samotného spánkového cyklu. Ich spánok je narúšaný častým prebúdzaním sa, spánok nie je občerstvujúci. Tieto poruchy spánku sú precízne diagnostikované ako tzv. „alfa-EEG anomália“. Sú spojené s takými prejavmi, ako je spánkové apnoe, bruxizmus, periodickými pohybmi končatín počas spánku, či večerným syndrómom nepokojných nôh.
- Syndróm dráždivého čreva sa prejavuje ako zápcha, hnačka, časté bolesti brucha, plynatosť, či nauzea. Vyskytuje sa u 40 - 70 % pacientov s FM. V podobnej frekvencii sa vyskytuje aj gastroezofageálny reflux.
- Chronická cefalea je ďalším nepríjemným symptómom až u 70 % pacientov s FM, a môže u nich tvoriť najväčší problém. Najčastejšie sa vyskytuje v podobe rekurentnej migrenóznej cefaley a tenznej cefaley.
- Dysfunkcia temporo-mandibulárneho kĺbu (TMK), ktorá sa vyskytuje v podobe veľmi nepríjemných bolestí tváre a hlavy. Niektorí autori udávajú rôznu stupeň dyskomfortu TMK až u 75 % pacientov. Ide obvykle o rôzne problémy so svalmi a ligamentami samotného kĺbu a jeho okolia;

- Iné bežné symptómy – do spektra symptómov sprevádzajúcich prítomnosť FM patrí zdanlivo nesúrodá skupina subjektívnych a objektívnych symptómov. Nie je však vylúčené, že ich spoločným menovateľom môže byť dysbalancia centrálného a vegetatívneho nervového systému vždy sprevádzajúca syndróm FM. Môžeme sem zahrnúť také symptómy ako predmenštruačný syndróm a dysmenorea, bolesti na hrudi, ranná stuhnutosť pohybového aparátu, oslabenie kognitívnych funkcií, vrátane pamäte, pocity znecitlivenia a parestézií, záškľby svalov, dráždivý močový mechúr, pocit opuchnutých končatín, reumatické ochorenia, poruchy citlivosti kože, suché ústa a oči, závraty, narušená koordinácia pohybov a iné.
- Zhoršujúce faktory – pacienti s FM sú často precitlivení na vône, silné zvuky, ostré svetlo, ale aj na zmeny počasia, taktiež na podávané lieky, infekcie, alergie, hormonálne dysbalancie, stres, depresie a úzkosti a iné.

Psychologické vyšetrenie

Psychologické vyšetrenie môže byť pri diagnostike FM cielené alebo komplexné.

Pri cielenom vyšetrení môžeme použiť dotazníky, ktoré sú uvedené v špeciálnom doplnku štandardu, a to dotazník FIOR (Bennett et al., 2009; Tomš, 2017), krátku formu dotazníka McGillovej university (Opavský, 2011).

Objektivizácia ťažkostí je možná tiež pomocou dotazníkov mapujúcich aj úzkostnú a depresívnu symptomatiku – GAD-7Sk, PHQ-9Sk, SCL-90, a pod.).

V prípade podozrenia na poruchy intelektu, kognitívnych funkcií, alebo poruchy osobnosti, alebo iné osobnostné abnormality je potrebné vykonať komplexné psychologické vyšetrenie. Vzhľadom na preukázanú dysbalanciu autonómneho nervového systému je potrebné vykonať aj psychofyziologické vyšetrenie s meraním variability srdcovej frekvencie a svalového napätia.

Diferenciálna diagnostika fibromyalgie

Viaceré symptómy FM môžu byť typické aj pre iné ochorenia, preto k diferenciálnej diagnóze FM môžeme pristúpiť z dvoch hľadísk (Martuliak, 2009):

1. symptómy FM sa prekrývajú s inými ochoreniami: chronický únavový syndróm, syndróm mnohopočetnej chemickej senzitivity,
2. symptómy FM zastierajú iné ochorenia: systémový lupus erythematosus, hypotyreóza, somatoformná bolestivá porucha, intersticiálna cystitída, zápalová myopatia, reumatoidná artritída, sclerosis multiplex, depresia, nešpecifické zápalové ochorenia čreva, polymyalgia rheumatica a iné.

Diferenciálna diagnostika FM zahŕňa ďalšie syndrómy bolesti, najmä komplexný regionálny syndróm bolesti (STDP) typu 1, syndróm chronickej únavy (CFS), známy tiež ako myalgická encefalomyelitída/syndróm chronickej únavy (ME / CFS) a reumatické choroby. Rozdiely v klinických charakteristikách odlišujú FM od týchto ďalších porúch, ktoré sa prejavujú aj muskuloskeletálnou bolesťou.

Zabezpečenie diferenciálnej diagnostiky je v kompetencii ošetrojúceho lekára.

Syndróm chronickej únavy (Chronic Fatigue Syndrome - CFS)

CFS nie je syndróm bolesti. Pacienti s CFS však niekedy môžu mať okrem silnej únavy difúznú bolesť, čo naznačuje možné prekrývanie medzi CFS a fibromyalgiou. Pacienti s fibromyalgiou mali viac bolesti svalov, neurologické symptómy a poruchy spánku ako ostatní pacienti v štúdií. (Bell,1994).

Liečba

Liečba FM je komplexná a musí prispieť k redukcii bolesti, únavy a zvýšiť celkovú kvalitu života pacienta. Liečbu môžeme zjednodušene rozdeliť na farmakologickú a nefarmakologickú. Obe sú nevyhnutnou súčasťou manažmentu liečby pacienta (Rahman et al., 2014).

Indikácia farmakologickej liečby je v kompetencii ošetrojúceho lekára.

Viaceré odporúčenia k liečbe a k manažmentu pacienta s FM vydali Asociácia vedeckých lekárskejších spoločností v Nemecku (AWMF), Európska liga proti reumatizmu (EULAR) a Americká spoločnosť pre bolesť (APS). Stručný prehľad týchto doporučení je uvedený nižšie.

Sila doporučení je uvedená rímskymi číslicami I-IV, na základe kvality dôkazov. Odporúčania typu I je najviac podložené kvalitnými štúdiami alebo metaanalýzami, oproti tomu odporúčanie typu IV nemá takmer žiadne dôkazy, ide o jednotlivé prípadové štúdie. APS a AWMF sa v mnohých bodoch zhodujú, obidve spoločnosti doporučujú predovšetkým amitriptylín, kognitívno-behaviorálnu terapiu, aeróbne cvičenie a viaczložkovú liečbu. Odporúčenie EULAR sa týka predovšetkým farmakoterapie, ktorej ordinácia je v kompetencii lekára. Rozdiely odporúčaní jednotlivých spoločností sú podmienené hodnotením rôznych štúdií, ktoré sa použili pri ich tvorbe, EULAR na rozdiel od ostatných nepoužívala metaanalýzy, ale skôr placebom kontrolované štúdie, ktoré sú ideálne pre posudzovanie farmakologických preparátov, ale nie sú vždy presné pri hodnotení nefarmakologickej liečby (Häuser, Thieme, Turk, 2010).

Porovnanie odporúčaní k liečbe fibromyalgie od APS, EULAR a AWMF (Häuser, Thieme, Turk, 2010).

Tak APS, ako aj AWMF odporúčajú na základe najvyššej úrovne dôkazov aeróbne cvičenie, KBT, amitriptylín a kombinovanú liečbu. EULAR naproti tomu na najvyššej úrovni dôkazov odporúča viaceré postupy farmakologickej liečby. V odporúčaní APS sú na úrovni dôkazov II zo psychologickej formy liečby uvedené aj hypnóza a biofeedback.

Odporúčanie EULAR (Carville et al., 2008)

Všeobecné odporúčania:

- Celkové zhodnotenie bolesti, funkcie a psychosociálneho kontextu.

Optimálna liečba si vyžaduje individuálny a multidisciplinárny prístup, a mala by obsahovať farmakologické i nefarmakologické postupy zamerané na všetky prejavy ochorenia (intenzitu bolesti, depresie, únavu.)

EULAR: 2. Odporúčenie pre nefarmakologické postupy:

- Vodoliečebné procedúry v teplej vode, vrátane liečebnej telesnej výchovy.
- Individuálny cvičebný program.
- Kognitívno-behaviorálna terapia.
- Základom by mala byť relaxácia, fyzioterapia a psychologická starostlivosť.

Nakoľko nie je známy žiadny špecifický liek na fibromyalgiu, liečba je zameraná na zmiernenie symptómov a na zlepšenie úrovne fungovania pacienta, zvyčajne kombináciou farmakologických intervencií a zmeny životného štýlu. Zistilo sa však, že farmakologická efektívnosť je limitovaná (Luciano et al., 2014). Práve preto je dôležité venovať pozornosť aj nefarmakologickým postupom a hľadať najúčinnější možnosti zlepšenia zdravotného stavu.

Dlhodobé účinky psychologickej liečby ako súčasť nefarmakologickej liečby (Goldenberg 2008, Bennett et al. 2006; Van Hadenhoven et al., 2008)

Silná úroveň dôkazov:
Kardiovaskulárne <u>cvičenie</u> - efekt nepretrvávajúci
Efekt pretrvávajúci:
Kognitívno behaviorálna liečba
Edukácia
Multidisciplinárny prístup

Stredná úroveň dôkazov:
<u>Posilnenie, akupunktúra</u> , hypnoterapia, biofeedback, balneoterapia
Slabá úroveň dôkazov:
chiropraktika, masáže, elektroterapia, ultrazvuk

Bez dôkazov:
TeP's obstreky (botulotoxin?)

Meta-analýzy efektu kognitívno-behaviorálnej terapie pri fibromyalgii a ďalšie nefarmakologické spôsoby liečby pri FM sú uvedené v prílohe.

Analyzované parametre poukázali na významné zlepšenie stavu pacientov s fibromyalgiou liečených pomocou KBT. Efekt liečby KBT sa ukázal byť v pozitívnej korelácii s počtom terapií, a najvýznamnejší efekt bol dosiahnutý v multidisciplinárnom prístupe. KBT má

pozitívny efekt najmä na celkové prežívanie pacientov, znižuje intenzitu bolesti, symptómy depresie a úzkosti a s nimi spojené psychologické ťažkosti. Výhodou KBT je, že daná metóda nemá vedľajšie účinky. Viaceré štúdie, ktoré sledovali pacientov liečených pomocou KBT preukázali dlhodobý efekt tejto terapie.

Prognóza

FM je syndróm s chronickým priebehom a s variabilne kolísajúcou intenzitou jednotlivých symptómov. Spontánna remisia sa objavuje iba výnimočne. Pri longitudinálnom hodnotení 1 555 pacientov s FM sa pozorovalo mierne alebo podstatné zlepšenie bolesti u časti osôb (15 %, resp. 10 %), ale nedošlo k celkovej redukcii závažnosti symptómov (Wallitt et al. 2011). Pri porovnávaní rozsiahlej kohorty pacientov s primárnou FM (8 186 osôb) a s osteoartrózou sa nepreukázala zvýšená mortalita u FM počas 35 ročného sledovania. Pacienti s FM mali však oproti bežnej populácii zvýšené riziko úmrtia v dôsledku suicídia (miera relatívneho rizika - OR 3,31) alebo úrazu (OR 1,45) (Wolfe et al., 2011).

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Fibromyalgia môže byť u časti pacientov rezistentná na psychologickú a farmakologickú liečbu. Takéto ťažké formy FM môžu viesť až k invalidizácii pacienta, a to obzvlášť s komorbiditou s inými psychickými poruchami.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

V primárnej starostlivosti by mal všeobecný lekár uvažovať o prítomnosti fibromyalgie, ak pacient odpovie kladne na tieto otázky:

- Máte chronickú bolesť, ktorú pociťujete po celom tele a pretrváva dlhšie ako tri mesiace?
 - (Chronická bolesť je bolesť prejavujúca sa pri závažnom poškodení nervových štruktúr. Silná intenzita bolesti ovplyvňuje kvalitu života natoľko, že pacient nie je schopný vykonávať bežné funkcie v každodennom živote).
- Pociťujete bolesť v bodoch citlivých na dotyk?
- Pociťujete zmeny v kognitívnych funkciách (napr. pamäť, pozornosť, myslenie, reč ap.) a máte zníženú schopnosť sústrediť sa?
 - (Kognitívne funkcie nám umožňujú myslieť a spoznávať okolitý svet. Vďaka nim môžeme posudzovať, odôvodňovať, učiť sa, pamätať si to, čo sme už v minulosti urobili a vyjadrovať sa prostredníctvom jazyka. Inými slovami, sú zodpovedné za to, že si vieme umyť zuby, uvariť obed alebo ísť vyzdvihnúť deti školy).
- Mávate stavy depresie alebo úzkosti? Typické príznaky depresie sú:
 - smútok – dlhotrvajúci a hlboký smútok je pre depresiú typický,
 - pesimizmus – zameranie sa na negatívne stránky života,
 - pocit zlyhania – vedomie zlyhania v dôležitej veci,
 - nenávisť voči sebe – nenávidenie seba, svojich vlastností, svojho tela,
 - pocit viny – vedomie ťažkého previnenia,
 - vedomie, že si zaslúžim trest – predstava, že by som mal byť potrestaný,
 - sebaobviňovanie – prisudzovanie si viny a zodpovednosti,

- samovražedné myšlienky – riešenie bezvýhodiskovej situácie je videné v samovražde,
 - častejší plač – ľudia v depresii častejšie plačú, niekedy naopak, chceli by plakať a nemôžu,
 - podráždenosť – vyššia citlivosť na rušivé situácie,
 - nerozhodnosť – neschopnosť rozhodnúť sa alebo veľmi dlhé rozhodovanie aj v maličkostiach,
 - neupravenosť zovňajšku – strácanie záujmu o svoj zovňajšok,
 - zmena telesnej hmotnosti – dôsledok prejedania sa alebo odmietania jedla,
 - spomalenosť – predĺženie času potrebného na vykonávanie rôznych činností,
 - zmena dĺžky spánku – väčšinou ide o neskoré zaspávanie a skoré prebúdzenie,
 - pocit vyčerpanosti – vyskytuje sa aj bez namáhavej činnosti,
 - strata apetítu – „strácanie chuti“ do jedla a pôžitku z jedla,
 - strata energie – zvýšená únavnosť, nechut' niečo robiť,
 - strata záujmu o sex – znížené libido.
- Netrpíte iným ochorením, ktoré by vysvetľovalo vaše zdravotné problémy?

V prípade, že pacient odpovie kladne na prvé štyri otázky a záporne na piatu otázku, je všeobecný lekár alebo špecialista povinný podrobnejšie pacienta vyšetriť. Pri podozrení na FM môže príslušný lekár použiť kritériá ACR (2010), ktoré sú uvedené v časti Diagnostika. Ak všeobecný lekár alebo špecialista nedokáže zadefinovať celkové posúdenie psychického stavu pacienta, je potrebné odporučiť pacienta k zodpovedajúcemu odborníkovi na duševné zdravie (ku klinickému psychológovi, alebo k psychiatrovi), ktorý dané symptómy identifikuje podľa platných diagnostických kritérií. To isté platí aj v prípade, že sú prítomné iné špecifické symptómy, ktoré sú iného ako psychického charakteru. Pri odosielaní pacienta s podozrením na FM do špecializovanej terapeutickej, psychiatrickej, alebo psychologickej starostlivosti je potrebné poskytnúť mu detailné informácie, najlepšie písomne, kde má ísť a kde bude čakať, prípadne aké sú možnosti čakania mimo čakárne pred ambulanciou, ako bude vyšetrenie prebiehať, čomu takéto vyšetrenie môže pomôcť a čoho sa nemusí obávať.

Multidisciplinárny tím, ktorý diagnostikuje pacienta s FM musí:

- určiť povahu, trvanie a vážnosť poruchy,
- posúdiť nielen závažnosť symptómov, ale aj s nimi spojené narušenie fungovania v bežnom živote,
- určiť vhodnú liečbu a podľa potreby pacienta odporučiť k inému odborníkovi, ktorý by mal mať vedomosti o najnovších isteniach a možnostiach liečby tohto ochorenia.

Členovia multidisciplinárneho tímu by mali disponovať nasledujúcimi schopnosťami:

- verbálne a neverbálne komunikačné spôsobilosti a schopnosť zistiť problémy, posúdiť ich a vyhodnotiť ich vplyv na pacienta, podať mu primerané informácie a umožniť mu spolurozhodovať o spôsobe liečby,
- vedieť používať formálne posudzovacie nástroje (indexy a škály) a rutinné nástroje vyhodnocujúce priebeh a efekt liečby v rôznych liečebných zariadeniach.

Pri posúdení symptómov a s nimi spojeného narušenia fungovania v bežnom živote by mal odborník zvážiť nasledovné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj, priebeh a vážnosť problémov, ktoré pacient udáva:

- intenzita a frekvencia pociťovanej bolesti,
- narušenie kognitívnych funkcií,
- trvanie stavov úzkosti a depresie,
- prítomnosť iných symptómov ochorenia,
- akákoľvek minulé alebo súčasná liečba,
- sociálna a ekonomická situácia,
- rodinná história a rodinný status,
- zamestnanie a voľnočasové aktivity.

Pri posudzovaní osoby s podozrením na FM by si mal byť lekár pri zostavovaní liečebných plánov plne vedomý všetkých symptómov pacienta, prítomnosti alebo absencie iného ochorenia alebo poruchy, indikácie a kontraindikácie farmák, tolerancie a intolerancie pacienta na vybrané látky, pohlavia a veku pacienta a liečbu navrhnúť podľa najnovších poznatkov v príslušnom odbore. Pacient má byť komplexne informovaný o možnostiach liečby, pričom sa pacientovi ponúkajú viaceré možnosti nefarmakologickej liečby, vrátane psychoterapie. Lekár informuje pacienta o možnostiach a efektoch v rámci edukácie v KBT a jej iných liečebných postupoch.

Lekár ďalej informuje o možnostiach farmakologickej liečby a má komplexne vysvetliť jej výhody a možné vedľajšie efekty. V prípade vysokej závažnosti odporúča možnosť liečby antidepresívami, analgetikami a antikonvulzívami, ktoré je nutné prekonzultovať s odporúčaným psychiatrom.

Súčasťou vyšetrenia je aj anamnestické zistenie nasledujúcich informácií:

- či má pacient adekvátnu sociálnu podporu a v akej je ekonomickej situácii,
- účinnosť minulej a súčasnej terapie,
- konzultuje s pacientom iné možnosti terapie.

Pre objektívnejšie posúdenie stavu pacienta môže zdravotnícky pracovník používať seba-hodnotiace dotazníky ako napr. Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR). Pacientovi sa pritom odporúča venovať sa aktívnemu spôsobu života a pravidelne robiť fyzické cvičenia (napr. stretching, aerobik, joga a pod.).

Psychoterapia pri FM je často aj kauzálnou liečbou. Nezanedbateľným faktorom pri komunikácii s pacientom, ktorý je psychicky alterovaný chronickou bolesťou, je prívetivý prístup s nutnou dávkou empatie, porozumenia a tak vytvorenia atmosféry dôverného vzťahu medzi terapeutom a pacientom (Martuliak, et al., 1997).

Podporná svojpomoc v rámci ŠPI pre FM by mala obsahovať:

- obvykle viac ako 9 sedení podporovaného používania svojpomocnej inštruktážnej knihy založenej na KBT, viac ako 3 - 4 mesiace,
- podporu používania materiálu pri osobnom stretnutí (zdravotnícky pracovník-pacient), alebo využitím možnosti virtuálnej medicíny (napr. telefonický pohovor, video-vizita) celkovo 3 hodiny v priebehu liečby.

O povahe ochorenia je potrebné okrem pacienta informovať aj rodinu. Pacienti s FM svojimi typickými osobnostnými dispozíciami, ako perfekcionizmus, nadmerná obetavosť a popieranie alebo disimulácia vyčerpania, často prehľbujú symptómy FM, preto je nutné, aby boli so symptómami ochorenia oboznámení i rodinní príslušníci a dokázali akceptovať obmedzenia, ktoré dané ochorenie prináša (Paiva et al., 2010).

Je potrebné získať podrobný popis aktuálnych prejavov FM u postihnutých osôb, problémov s nimi spojených a okolností, za ktorých sa vyskytujú. Je potrebné zistiť:

- Aké je ich denné fungovanie, za akých okolností sa objavia bolesti a stav nepohody.
- Čo predstavuje v rámci FM symptómov pre nich najväčší problém.
- Symptómy úzkosti.
- Ako sa pozerajú na seba.
- Čo je podstatou ich sebaobrazu (je veľmi dôležité sa venovať tejto oblasti, pretože pacienti s FM majú výrazne znížené sebahodnotenie a negatívnu percepciu sebaúčinnosti a prístup k liečbe).
- Zabezpečovacie a vyhýbavé správanie.
- Užívanie medikácie (niektorí pacienti často užívajú analgetiká na zmiernenie bolesti).
Z tohto hľadiska je veľmi dôležitá spolupráca reumatológ - psychológ - psychiater.

Pri posudzovaní dopadu ochorenia na bežné denné aktivity pacienta, rôznorodosť symptómov ochorenia a ich kvantifikáciu je vhodné použiť dotazník FIQR.

Postupy KBT pre FM podľa Turket et al. (1983):

- Edukácia o bolesti.
- Identifikácia dysfunkčných vzorcov myslenia.
- Stanovenie realistických cieľov na zvýšenie bežného fungovania, ako sú pracovné činnosti, spoločenské aktivity, zapojenie sa do rodiny a priateľov atď.
- Relaxačný tréning s progresívnou svalovou relaxáciou a kontrolovaným diafragmatickým dýchaním.
- Behaviorálna stimulácia, ktorá umožňuje optimálne činnosti bez nadmerného používania alebo nedostatočného využívania svalov.
- Výcvik v komunikačných schopnostiach na zlepšenie asertivity a uvoľnenie napätia.
- Prevencia recidív a vzplanutí.
- Získavanie a udržiavanie zručností.

Je potrebné sledovať, v akom štádiu zmeny sa pacient nachádza. V prípade ak pacient nie je v štádiu prípravy alebo akcie, pre ktoré sú tieto postupy vhodné, je vhodné použiť

psychoterapeutických postupov, ktoré zvyšujú uvedomenie problému a motiváciu k posunu do štádia akcie. (Prochaska, Norcross, 1999).

Ďalšie odporúčania

Pacienti s FM veľmi zriedkavo navštevujú ambulancie psychiatrov a psychológov. Majú problém akceptovať psychickú zložku svojich ťažkostí, čo spôsobuje ďalšie komplikácie. Pacienti s FM prichádzajú na liečbu do týchto pracovísk zvyčajne neskoro. Preto je potrebná edukácia všeobecných lekárov a iných špecialistov o možnostiach liečby tohto ochorenia, aby sa postihnutým dostala starostlivosť čo najskôr. V terapii je dôležité zohľadniť špecifiká tohto ochorenia, postupovať citlivo a vytvoriť kvalitný terapeutický vzťah s pacientom a jeho následné psychoterapeutické vedenie podľa EBM. Okrem liečby FM pacienti často riešia svoje vzťahové, či pracovné problémy a sociálnu situáciu. Tieto faktory taktiež modifikujú a ovplyvňujú celkový výsledok liečby.

Je potrebné doplnenie edukačných programov tak v pregraduálnom, ako aj v postgraduálnom vzdelávaní a vzdelávaní v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa tohto ŠDTP.

V prevencii diagnózy FM je potrebné výraznejšie zapojenie klinických psychológov.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Základom úspešnosti starostlivosti o pacientov s FM je prepojenie poradenskej starostlivosti s primárnou starostlivosťou a so zdravotnou starostlivosťou na psychiatrických ambulanciách, pracoviskách klinickej psychológie a pracoviskách liečebnej pedagogiky.

Pri liečbe FM sa používa všeobecné znenie informovaného súhlasu (napr. podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk). Psychologická liečba podľa princípov medicíny založenej na dôkazoch predstavuje účinnú liečbu fibromyalgie.

Alternatívne odporúčania

Súčasťou komplexného prístupu k liečbe FM je odporúčanie zásad zdravej životosprávy, t.j. dostatok odpočinku, spánku, plánovanie aktivít, telesné cvičenie, vyvážená strava. V rámci alternatívnych metód liečby je k dispozícii akupunktúra, hyperbarická oxygenoterapia (HBO), relaxácie, fyzikálna terapia (hydrogalvanizácia, magnetoterapia, laser, kombinovaná terapia ultrazvuku a kontaktná elektroterapia, kryoterapia), balneoterapia, liečebné masáže a v neposlednom rade zásady psychohygieny.

Vysoký BMI je negatívnym prognostickým faktorom úspešnosti liečby FM. Taktiež zamestnávateľia by mali dbať na zabezpečenie takých pracovných podmienok, aby nedochádzalo k preťažovaniu zamestnancov. Dôležitá je aj edukácia o duševných poruchách a ich destigmatizácia. Túto úlohu môžu veľmi dobre zastávať médiá, v ktorých by mali dostávať priestor odborníci z oblasti duševného zdravia.

Špeciálny doplnok štandardu

V nasledujúcich riadkoch uvádzame dotazník, ktorý je potrebné použiť u pacienta s podozrením na diagnózu FM. Odporúča sa použiť dotazník FIQR (Neira et al., 2017).

Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR – Revidovaný dotazník dopadu fibromyalgie) pozostáva z 21 otázok, v ktorých má pacient posúdiť svoj stav v poslednom týždni pred vyplnením dotazníka. Pri každej otázke je škála od 0 do 10. Dotazník je zložený z troch častí, ktoré merajú fungovanie, celkový vplyv a symptómy. Sekcia “symptómy” obsahuje štyri otázky týkajúce sa pamäte, citlivosti na dotyk, rovnováhy a citlivosti na vonkajšie podnety (chlad, hluk, svetlo, pachy). Prvá časť “funkcia” má rozpätie možných získaných bodov od 0 - 90. Tieto body sú následne vydelené tromi. V časti “celkový vplyv” je možné získať 0 - 20 bodov, kde sa táto hodnota ponecháva bez zmeny. V poslednej časti “symptómy” je bodové rozpätie 0 - 100 bodov a získaný počet sa delí 2. Získané hodnoty všetkých troch častí sa následne sčítajú a čím vyššiu hodnotu v dotazníku dotyčný získa, tým nižšia je kvalita jeho života (Neira et al., 2017).

Podľa celkového skóre sú pacienti zaradení do jednej z troch skupín. Rozpätie 0 - 39 bodov znamená miernu intenzitu ťažkostí, 39 - 59 bodov strednú a 59 - 100 bodov vysokú (Häuser & Wolfe 2012).

REVIDOVANÝ DOTAZNÍK DOPADU FIBROMIALGIE (FIQR)

Priezvisko:

Meno:

Vek:

Trvanie FM symptómov (roky):
diagnostikovaná (roky):

Čas, kedy bola FM prvýkrát

Časť 1 - inštrukcie: U každej z nasledujúcich 9 otázok označte krížikom jeden štvorček najlepšie odpovedajúci tomu, ako veľmi pre vás bolo náročné vykonávať dané činnosti pod vplyvom fibromyalgia v poslednom týždni. Ak ste túto činnosť v poslednom týždni nerobili, označte aká bola pre vás ťažká, keď ste ju robili naposled. Ak túto činnosť nedokázate urobiť označte posledný štvorček.

Kefovať alebo česať si vlasy	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Jesť súvisle 20 minút	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Pripraviť domáce jedlo	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Vysávať, čistiť alebo umyť podlahu	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Zdvihnúť a niesť plnú tašku potravín	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Vyjst' jedno podlažie schodov	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Prevliecť posteľ	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
Sediť na stoličke po dobu 45 minút	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné

ísť nakupovať potraviny	Nie je náročné <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi náročné
-------------------------	---	---------------

Spolu

Časť 2 - inštrukcie: U každej z nasledujúcich 2 otázok označte krížikom jeden štvorček najlepšie odpovedajúci celkovému dopadu fibromyalgia posledný týždeň:

Fibromyalgie mi zabránila v dosiahnutí stanovených cieľov tento týždeň	Nikdy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vždy
Bol som mojimi symptómami fibromyalgie úplne zneschopnený	Nikdy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vždy

Spolu

Časť 3 - inštrukcie: U každej z nasledujúcich 10 otázok označte krížikom jeden štvorček najlepšie odpovedajúci intenzite symptómov vašej fibromyalgie, behom posledných 7 dní:

Prosím zhodnoťte intenzitu vašej bolesti	Bez bolesti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Neúnosná bolesť
Prosím zhodnoťte úroveň vašej energie	Veľa energie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Žiadna energia
Prosím zhodnoťte úroveň vašej stuhnutosťi	Bez stuhnutosťi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ťažká stuhnutosť
Prosím zhodnoťte vašu kvalitu spánku	Po prebudení odpočívajúci	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi unavený
Prosím zhodnoťte úroveň vašej depresie	Bez depresie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vo veľkej depresii

Prosím zhodnoťte úroveň vašich problémov s pamäťou	Dobrá pamäť	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi zlá pamäť
Prosím zhodnoťte úroveň vašej úzkosti	Bez úzkosti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľká úzkosť
Prosím zhodnoťte úroveň vašej citlivosti na dotyk	Bez zvýšenej citlivosti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi citlivý
Prosím zhodnoťte úroveň vašich problémov s rovnováhou	Dobrá rovnováha	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi zlá rovnováha
Prosím zhodnoťte úroveň vašej citlivosti na hluk, žiarivé svetlo pachy a chlad	Bez zvýšenej citlivosti	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veľmi citlivý

Celkom



Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Ďalšiu revíziu štandardu odporúčame po piatich rokoch.

Literatúra

1. ABELES, A.M. et al. 2007. Narrative review: the pathophysiology of fibromyalgia. In *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4819, 2007, Vol. 146, No. 10, p. 726-734.
2. ABLIN, J. - NEUMANN, L. - BUSKILA, D. 2008. Pathogenesis of fibromyalgia - a review. In *Joint Bone Spine*. ISSN 1297-319X, 2008, Vol. 75, No. 3, p. 273-279.
3. AGUGLIA, A., et al. 2010. Fibromyalgia syndrome and depressive symptoms: Comorbidity and clinical correlates. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, 2010, Vol.128, No. 3, p. 262-266.
4. ÁLVAREZ-GALLARDO, I.C. et al. 2019. Therapeutic validity of exercise interventions in the management of fibromyalgia. In *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. ISSN 0022-4707, 2019, Vol. 59, No. 5, p. 828-838.
5. ANDRIANAKOS, A. et al. 2003. Prevalence of rheumatic disease in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORGID Study. ISSN, In *Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 2003, Vol. 30, No. 7, p. 1589-1601.
6. ARNOLD, L.M. et al. 2008. Multidisciplinary care and stepwise treatment for fibromyalgia. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, Vol. 2008, 69, No. 12, p. e35.
7. ARNOLD, L.M. - CLAUW, D.J. 2010. Fibromyalgia syndrome: practical strategies for improving diagnosis and patient outcomes. In *American Journal of Medicine*. ISSN 0002-9343, 2010, Vol. 123, No. 6, p. S2.
8. ARNOLD, L.M. et al. 2008. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. In *Patient Education and Counseling*. ISSN 0738-3991, 2008, Vol. 73, No. 1, p. 114-120.
9. ARNOLD, L.M. et al. 2013. The fibromyalgia family study: a genome-wide linkage scan study. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, Vol. 65, No. 4, p. 1122-1128.
10. ARNOLD, L.M. et al. 2004. Family study of fibromyalgia. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2004, Vol. 50, No. 3, p. 944-952.
11. BANDURA, A. 1997. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman, 1997. 604 p. ISBN 9780716728504.
12. BECK, J.S. 1995. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: The Guildford Press, 1995. 391 p. ISBN 9781609185060.
13. BECKOVÁ, J.S. 2018. *Kognitivně behaviorální terapie - základy a něco navíc*. Praha: Triton, 2018. 368 s. ISBN 978-80-7553-525-2.
14. BENNETT, R. et al. 2007. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. In *BMC Musculoskeletal Disorders*. ISSN 1471-2474, 2007, Vol. 8, p. 27.
15. BENNETT, R. - NELSON, D. 2006. Cognitive behavioral therapy for fibromyalgia. In *Nature Clinical Practice Rheumatology*. ISSN 1745-8382, 2006, Vol. 2, No. 8, p. 416-424.
16. BENNETT, R.M. et al. 2009. The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire FIQR: validation and psychometric properties. In *Arthritis Research & Therapy*. ISSN 1478-6354, 2009, Vol. 11, No. 4, p. R120.
17. BERNARDY, K. et al. 2010. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapies in Fibromyalgia Syndrome - A Systematic Review and Metaanalysis of Randomized Controlled Trials. In *Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 2010, Vol. 37, No. 10, p. 1991-2005.
18. BERNARDY, K. et al. 2013. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X, 2013, Vol. 10, No. 9, p. CD009796.
19. BRANCO, J.C. et al. 2010. Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. In *Seminars in Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2010, Vol. 39, No. 6, p. 448-453.
20. BRIONES-VOZMEDIANO, E. et al. 2013. Patients' and professionals' views on managing fibromyalgia. In *Pain Research and Management*. ISSN 1203-6765, 2013, Vol. 18, No. 1, p. 19-24.
21. BUCOURT, E. et al. 2017. Comparison of the big five personality traits in fibromyalgia and other rheumatic diseases. In *Joint Bone Spine*. ISSN 1297-319X, 2017, Vol. 84, No. 2, p. 203-207.
22. BUSCH, A.J. et al. 2002. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X, 2002, Vol. 2002, No. 3, p. CD003786.
23. BUSKILA, D. - SARZI-PUTTINI, P. 2006. Biology and therapy of fibromyalgia genetic aspects of fibromyalgia syndrome. In *Arthritis Research & Therapy*. ISSN 1478-6354, 2006, Vol. 8, No. 5, p. 218.
24. BUSKILA, D. et al. 1997. Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 1997, Vol. 40, No. 3, p. 446e52.
25. BYSTROŇ, J. 2010. Fibromyalgie a únavový syndrom – aktuální stav v diagnostice a léčbě. In *Medicína pro praxi*. ISSN 1214-8687, 2010, Vol. 7, No. 1, p. 23-27.
26. CASTEL, A. et al. 2012. Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. In *Journal of Pain*. ISSN 1526-5900, 2012, Vol. 13, No. 3, p. 255-265.

27. CASTELLI, L. et al. 2012. Alexithymia and psychological distress in fibromyalgia: prevalence and relation with quality of life. In *Clinical and Experimental Rheumatology*. ISSN 0392-856X, 2012, Vol. 30, No. 6, p. 70-77.
28. CEDRASCHI, C. et al. 2004. Fibromyalgia: a randomized, controlled trial of a treatment program based on self-management. In *Annals of the Rheumatic Diseases*. ISSN 1468-2060, 2004, Vol. 63, No. 3, p. 290-6.
29. CREAMER, P. et al. 2000. Sustained improvement produced by nonpharmacologic intervention in Fibromyalgia. In *Arthritis Care and Research*. ISSN 2151-4658, 2000, Vol. 13, No. 4, p. 198-204.
30. DEARE, J.C. et al. 2013. Acupuncture for treating fibromyalgia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X, 2013, Vol. 31, No. 5, p. CD007070.
31. DINERMAN, H. - STEERE, A.C. 1992. Lyme disease associated with fibromyalgia. In *Annals of Internal Medicine*. ISSN 0003-4819, 1992, Vol. 117, No. 4, p. 281e5.
32. DUSCHEK, S. et al. 2013. Implicit memory function in fibromyalgia syndrome. In *Behavioral Medicine*. ISSN 0896-4289, 2013, Vol. 39, No. 1, p. 11-16.
33. EDINGER, J.D. et al. 2005. Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. In *Archives of Internal Medicine*. ISSN 0003-9926, 2005, Vol. 165, No. 21, p. 2527-2535.
34. ELLIOTT, T.R. et al. 1996. Personality disorders and response to outpatient treatment of chronic pain. In *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. ISSN 1068-9583, 1996, Vol. 3, No. 3, p. 219-234.
35. EPSTEIN, S.A. et al. 1999. Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. A multicenter investigation. In *Psychosomatics*. ISSN 0033-3182, 1999, Vol. 40, No. 1, p. 57-63.
36. EVANS, D.L. et al. Eds. *Treating and Prevention Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth*. Oxford: Oxford University Press, 2012. 818 p. ISBN 9780195173642.
37. FIBROMYALGIA NETWORK. 2009. <http://www.fmnetnews.com>.
38. FIETTA, P. - FIETTA, P. - MANGANELLI, P. 2007. Fibromyalgia and psychiatric disorders. In *Acta Biomedica*. ISSN 0392-4203, 2007, Vol. 78, No. 2, p. 88-95.
39. FINAN, P.H. - ZAUTRA, A.J. - DAVIS, M.C. 2009. Daily affect relations in fibromyalgia patients reveal positive affective disturbance. In *Psychosomatic Medicine*. ISSN 0033-3174, 2009, Vol. 71, nNo. 4, p. 474-482.
40. FITZCHARLES, M.A. et al. 2012. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. In *Pain Research and Management*. ISSN 1203-6765, 2012, Vol. 18, No. 3, p. 119-126.
41. FORDYCE, W.E. - ROBERTS, A.H. - STERNBACH, R.A. 1985. The behavioral management of chronic pain: a response to critics. In *Pain*. ISSN 1872-6623, 1985, Vol. 22, No. 2, p. 113-125
42. FREITAS, R.P.A. et al. 2017. Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. In *Brazilian Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 57, No. 3, p. 197-203.
43. FU, T. et al. 2015. Psychiatric and personality disorder survey of patients with fibromyalgia. In *Annals of Depression and Anxiety*. ISSN 1520-6394, 2015, Vol. 2, No. 6, p. 1064.
44. GALVEZ-SÁNCHEZ, C.M. - REYES DEL PASO, G.A. - DUSCHEK, S. 2018. Cognitive impairments in fibromyalgia syndrome: associations with positive and negative affect, alexithymia, pain catastrophizing and self-esteem. In *Frontiers in Psychology*. ISSN 1663-4365, 2018, Vol. 9, p. 377.
45. GALVEZ-SÁNCHEZ, C.M. - DUSCHEK, S. - REYES DEL PASO, G.A. 2019. Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. In *Psychology Research and Behavior Management*. ISSN 1179-1578, 2019, Vol. 12, p. 117-127.
46. GARAIGORDOBIL, M. 2013. Fibromialgia: discapacidad funcional, autoestima y perfil de personalidad. In *Informació Psicològica*. ISSN 0214-347X, 2013, Vol. 106, p. 4-16.
47. GLASS, J.M. 2008. Fibromyalgia and cognition. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, 2008, Vol. 69, No. 2, p. 20-24.
48. GLASS, J.M. 2009. Review of cognitive dysfunction in fibromyalgia: a convergence on working memory and attentional control impairments. In *Rheumatic Disease Clinics of North America*. ISSN 0889-857X, 2009, Vol. 35, No. 2, p. 299-311.
49. GLOMBIEWSKI, J.A. et al. 2010. Psychological treatments for fibromyalgia: A meta-analysis. In *Pain*. ISSN 1872-6623, 2010, Vol. 151, No. 2, p. 280-295.
50. GOLDENBERG, D.L. 2008. Multidisciplinary modalities in the treatment of fibromyalgia. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, 2008, Vol. 69, No. 2, p. 30-34.
51. GOLDENBERG, D.L. - BURCKHARDT, C. - CROFFORD, L. 2004. Management of fibromyalgia syndrome. In *JAMA*. ISSN 0098-7484, 2004, Vol. 292, No. 19, p. 2388-95.
52. GOLDENBERG, DL. 2009. Using multidisciplinary care to treat fibromyalgia. In *Journal of Clinical Psychiatry*. ISSN 0160-6689, Vol. 70, No. 5, p. e13.
53. GONZALEZ, B. et al. 2013. Fibromyalgia: antecedent life events, disability, and causal attribution. In *Psychology, Health & Medicine*. ISSN 1354-8506, 2013, Vol. 18, No. 4, p. 461-470.
54. GONZÁLEZ, E. - ELORZA, - J. FAILDE, I. 2010. Comorbilidad psiquiátrica y fibromial-gia. Su efecto sobre la calidad de vida de los pacientes. In *Actas Españolas Psiquiatría*. ISSN 1139-9287, 2010, 38, No. 5, p. 295-300.
55. GRACEY, R.H. et al. 2002. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2002, Vol. 46, No. 5, p. 1333-1343.
56. GUMÀ-URIEL, L. et al. 2016. Impact of IPDE-SQ personality disorders on the healthcare and societal costs of fibromyalgia patients: a cross-sectional study. In *BMC Family Practice*. ISSN 1471-2296, 2016, Vol. 17, No. 61.
57. HASSETT, A.L. - GEVIRTZ, R.N. 2009. Nonpharmacological treatment for fibromyalgia: patient education, cognitive-behavioral therapy, relaxation techniques, and complementary and alternative medicine. In *Rheumatic Diseases Clinics of North America*. ISSN 0889-857X, 2009, Vol. 35, No. 2, p. 393-407.
58. HASSETT, A.L. et al. 2008. The relationship between affect balance style and clinical outcomes in fibromyalgia. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2008, Vol. 59, No. 6, p. 833-840.
59. HÄUSER, W. et al. 2015. Fibromyalgia. In *Nature Reviews Disease Primers*. ISSN 2056-676X, 2015, vol. 1, No. 15022.

60. HAUSER, W. et al. 2009. Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. In *Deutsches Ärzteblatt International*. ISSN 0012-1207, 2009, Vol. 106, No. 23, p. 383-391.
61. HÄUSER, W. et al. 2012. The German fibromyalgia consumer reports - a cross-sectional study. In *BMC Musculoskeletal Disorders*. ISSN 1471-2474, 2012, Vol. 13, No. 74.
62. HÄUSER, W. - THIEME, K. -TURK, D.C. 2010. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review. In *European Journal of Pain*. ISSN 1526-5900, 2010, Vol. 14, No. 1, p. 5-10.
63. HÄUSER, W. - WOLFE, F. 2012. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia syndrome. In *Reumatismo*. ISSN 0048-7449, 2012, Vol. 64, No. 4, p. 194-205.
64. HERKEN, H. et al. 2001. Personality characteristics and depression level of the female patients with fibromyalgia syndrome. In *International Medical Journal*. ISSN 1341-2051, 2001, Vol. 6, p. 41-44.
65. HOFMANN, S.G. et al. 2012. The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: a review of meta-analyses. In *Cognitive Therapy and Research*. ISSN 0147-5916, 2012, Vol. 36, No. 5, p. 427-440.
66. HUDSON, J.I. et al. 1992. Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. In *American Journal of Medicine*. ISSN 0002-9343, 1992, Vol. 92, No. 4, p. 363-7.
67. ILMARINEN, J. 2009. Work ability - a comprehensive concept for occupational health research and prevention. In *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. ISSN 1795-990X, 2009, Vol. 35, No. 1, p. 1-5.
68. JAMISON, R.D. *Mastering chronic pain: a professionals guide to behavioral treatment*. Sarasota: Professional Resource Press, 1996. 173 p. ISBN 1568870183.
69. JAROŠOVÁ, H. 2009. Možnosti léčby fibromyalgie. In *Česká Revmatologie*. ISSN 1210-7905, 2009, roč. 17, č. 4, s. 100.
70. JAROŠOVÁ, H. <https://www.rehabilitace-jarosova.cz/fibromyalgie/>.
71. JIMENEZ-RODRÍGUEZ, I. et al. 2014. Suicidal ideation and the risk of suicide in patients with fibromyalgia: a comparison with non-pain controls and patients suffering from low-back pain. In *Neuropsychiatric Disorders and Treatment*. ISSN 1176-6328, 2014, Vol. 10, p. 625-630.
72. JONES, G.T. et al. 2015. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2015, Vol. 67, No. 2, p. 568-575.
73. JULIEN, N. et al. 2005. Widespread pain in fibromyalgia is related to a deficit of endogenous pain inhibition. In *Pain*. ISSN 1872-6623, 2005, Vol. 114, No. 1-2, p. 295-302.
74. JUUSO, P. et al. 2011. Living with a double burden: meanings of pain for women with fibromyalgia. In *International Journal of Qualitative Studies, Health and Wellbeing*. ISSN 1748-2623, 2011, Vol. 6, No. 3, p. 7184.
75. KARPER, W.B. 2016. Effects of exercise, patient education, and resource support on women with fibromyalgia: an extended long-term study. In *Journal of Women & Aging*. ISSN 0895-2841, 2016, Vol. 28, No. 6, p. 555-562.
76. KASHIKAR-ZUCK, S. et al. 2016. A Qualitative Examination of a New Combined Cognitive Behavioral and Neuromuscular Training Intervention for Juvenile Fibromyalgia. In *The Clinical Journal of Pain*. ISSN 1526-5900, 2016, Vol. 32, No., p. 70-81.
77. KIVIMÄKI, M. et al. 2004. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study. In *Journal of Psychosomatic Research*. ISSN 0022-3999, 2004, Vol. 57, No. 5, p. 417-422.
78. KOFFEL, E.A. - KOFFEL, J.B. - GEHRMAN, P.R. 2015. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. In *Sleep Medicine Reviews*. ISSN 1087-0792, 2015, Vol. 19, p. 6-16
79. KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 9788072626571.
80. KURTH, T. - SCHER, A.I. 2015. Suicide risk is elevated in migraineurs who have comorbid fibromyalgia. In *Neurology*. ISSN 0028-3878, 2015, Vol. 85, No. 12, p. 1012-1013.
81. KYE, S.Y. - PARK, K. 2017. Suicidal ideation and suicidal attempts among adults with chronic diseases: a cross-sectional study. In *Comprehensive Psychiatry*. ISSN 0010-440X, 2017, Vol. 73, p. 160-167
82. LARSON, A.A. et al. 2000. Changes in the concentrations of amino acids in the cerebrospinal fluid that correlate with pain in patients with fibromyalgia: implications for nitric oxide pathways. In *Pain*. ISSN 1872-6623, 2000, Vol. 87, No. 2, p. 201e11.
83. LEWIS, R.W. et al. 2004. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. In *The Journal of Sexual Medicine*. ISSN 1743-6095, 2004, Vol. 1, No. 1, p. 35-39.
84. LOW, L.A. - SCHWEINHARDT P. 2012. Early life adversity as a risk factor for fibromyalgia in later life. In *Pain Research and Treatment*. ISSN 2090-1542, 2012, Vol. 2012, No. 140832.
85. LUCIANO, J.V. et al. 2014. Cost-utility of cognitive behavioral therapy versus U.S. Food and Drug Administration recommended drugs and usual care in the treatment of patients with fibromyalgia: an economic evaluation alongside a 6-month randomized controlled trial. In *Arthritis Research & Therapy*. ISSN 1478-6354, 2014, Vol. 16, No. 5, p. 45.
86. MALIN, K. - LITTLEJOHN, G.O. 2012. Personality and fibromyalgia syndrome. In *Open Rheumatology Journal*. ISSN 1874-3129, 2012, Vol. 6, p. 273-285.
87. MALIN, K. - LITTLEJOHN, G.O. 2013. Stress modulates key psychological processes and characteristic symptoms in females with fibromyalgia. In *Clinical and Experimental Rheumatology*. ISSN 0392-856X, 2013, Vol. 31, No. 6 Suppl. 79, p. S64-71.
88. MANNERKORPI, K. - SVANTESSON, U. - BROBERG, C. 2006. Relationships between Performance-based tests and patients' ratings of activity limitations, self-efficacy, and pain in fibromyalgia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. ISSN 0003-9993, 2006, Vol. 87, No. 2, p. 259-264.
89. MARTULIAK, I. 2011. Fibromyalgia. In *Via Practica*. ISSN 1336-4790, 2011, roč. 8, č. 5, s. 234-236.
90. MARTULIAK, I. - MAJERÍKOVÁ, G. - KURACINOVÁ, E. 1997. Možnosti nefarmakologickej liečby chronických bolestí. In *Zdravotnícké Noviny*. ISSN 1335-4477, 1997, roč. 2, s. 16-18.
91. MARTULIAK, I. 2009. Fibromyalgia. Paliatívna medicína a liečba bolesti. ISSN 1339-4193, 2009, roč. 2, č. 2, s. 69-72
92. MCBETH, J. et al. 2001. Features of somatization predict the onset of chronic widespread pain: results of a large population-based study. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2001, Vol. 44, No. 4, p. 940-946.
93. MCNALLY, J.D. - MATHESON, D.A. - BAKOWSKY, V.S. 2006. The epidemiology of self-reported fibromyalgia. in Canada. In *Chronic Diseases in Canada*. ISSN 0228-8699, 2006, Vol. 27, No. 1, p. 9-16.

94. MENGA, G. et al. 2014. Fibromyalgia: Can Online Cognitive Behavioral Therapy Help? In *The Ochsner Journal*. ISSN 1524-5012, 2014, Vol. 14, No. 3, p. 343-349.
95. MENGSHOEL, A.M. et al. 2018. Diagnostic experience of patients with fibromyalgia: a meta-ethnography. In *Chronic Illness*. ISSN 1742-3953, 2018, Vol. 14, No. 3, p. 194-211.
96. MICHELSEN, H.J. et al. 2006. Depression, attribution style and self-esteem in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients: is there a link? In *Clinical Rheumatology*. ISSN 0770-3198, 2006, Vol. 25, No. 2, p. 183-188.
97. MIRO, E. et al. 2011. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. In *Journal of Health Psychology*. ISSN 1359-1053, 2011, Vol. 16, No. 5, p. 770-782.
98. MONTORO, C.I. - REYES DEL PASO, G.A. 2015. Personality and fibromyalgia: relationships with clinical, emotional, and functional variables. In *Personality and Individual Differences*. ISSN 0191-8869, 2015, Vol. 85, p. 236-244.
99. MONTORO, C.I. - REYES DEL PASO, G.A. - DUSCHEK S. 2016. Alexithymia in fibromyalgia syndrome. In *Personality and Individual Differences*. ISSN 0191-8869, 2016, Vol. 102, p. 170-179.
100. MORIN, C.M. 2005. Psychological and behavioral treatments for primary insomnia. In: KRYGER, M.H. - ROTH, T. - DEMENT, W.C. Eds. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 4th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders. 2005. 1552 p. ISBN 9780721607979.
101. MORIN, C.M. et al. 2004. Psychological and behavioral treatment of insomnia: An update of recent evidence 1998–2004. In *Sleep*. ISSN 0161-8105, 2004, Vol. 29, No. 11, p. 1396-1406.
102. MORIN, C.M. - ESPIE, C.A. 2003. *Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2003. 190 p. ISBN 978-0-306-47896-3.
103. MORK, P.J. - VASSELJEN, O. - NILSEN, T.L.L. 2010. Association between physical exercise, body mass index, and risk of fibromyalgia: longitudinal data from the Norwegian Nord-Trøndelag health study. In *Arthritis Care and Research* Hoboken. ISSN 2151-4658, 2010, Vol. 62, No. 5, p. 611-617.
104. MUNGUÍA-IZQUIERDO, D. et al. 2008. Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromial-gia: relación con dolor y ansiedad. In *Psicothema*. ISSN 0214-9915, 2008, Vol. 20, No. 3, p. 427-431.
105. MUÑOZ LADRÓN DE GUEVARA, C. et al. 2018. Executive function impairments in fibromyalgia syndrome: relevance of clinical variables and body mass index. In *PLoS One*. ISSN 1932-6203, 2018, Vol. 13, No. e0196329.
106. NAKAMURA, I. et al. 2014. An epidemiologic internet survey of fibromyalgia and chronic pain in Japan. In *Arthritis Care and Research*. ISSN 2151-4658, 2014, Vol. 66, No. 7, p. 1093-1101.
107. NEIRA, S. et al. 2017. Effectiveness of aquatic therapy vs land-based therapy for balance and pain in women with fibromyalgia: a study protocol for a randomized controlled trial. In *BMC Musculoskeletal Disorders*. ISSN 1471-2474, 2017, Vol. 18, No. 1, p. 22.
108. NEUPREZ, A. - CRIELAARD, J.M. 2017. Fibromyalgie: état de la question en 2017. In *Revue Medicale de Liege*. ISSN 2566-1566, 2017, Vol. 72, No. 6, p. 288-294.
109. NICOLSON, N.A. et al. 2010. Childhood maltreatment and diurnal cortisol patterns in women with chronic pain. In *Psychosomatic Medicine*. ISSN 0033-3174, 2010, Vol. 72, No. 5, p. 471-480.
110. NIELSON, W.R. - JENSEN, M.P. 2004. Relationship between changes in coping and treatment outcome in patient with fibromyalgia syndrome. In *Pain*. ISSN 1872-6623, 2004, Vol. 109, No. 3, p. 233-241.
111. NUESCH, E. et al. 2013. Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis. In *Annals of the Rheumatic Diseases*. ISSN 1468-2060, 2013, Vol. 72, No. 6, p. 955-62.
112. OPAVSKÝ J. Fibromyalgický syndrom. In OPAVSKÝ, J. *Bolest v ambulanci praxi: od diagnózy k léčbě častých bolestivých stavů*. Praha, Česká republika: Maxdorf, 2011. s. 310-314. ISBN 9788073452476.
113. PAIVA, E.S. - JONES, K.D. 2010. Rational treatment of fibromyalgia for a solo practitioner. In *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*. ISSN 1521-6942, 2010, Vol. 24, No. 3, p. 341-352.
114. PANDO-FERNÁNDEZ, M.P. 2011. Fibromyalgia and psychotherapy. In *Rev Digit Med Psicosom Psicoter*. ISSN 1575-5967, 2011, Vol. 1, No. 1, p. 1-42.
115. PARKER, J.C. et al. 1988 Pain management in rheumatoid arthritis patients. A cognitive-behavioral approach. In *Arthritis Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 1988, Vol. 31, No. 5, p. 593-601
116. PETZKE, F. - CLAUW, D.J. 2000. Sympathetic nervous system function in fibromyalgia. In *Current Rheumatology Reports*. ISSN 1523-3774, 2000, Vol. 2, p. 116e23.
117. PHILLIPS, K. - CLAUW, D.J. 2013. Central pain mechanisms in the rheumatic diseases: future directions. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 2013, Vol. 65, No. 2, p. 291-302.
118. POH, L.W. et al. 2017. Experiences of patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. In *Clinical Nursing Research*. ISSN 1552-3799, 2017, Vol. 26, No. 3, p. 373-393.
119. PÖHLMANN, K. et al. 2009. Die Multimodale Schmerztherapie Dachau MSD. In *Der Schmerz*. ISSN 1432-2129, 2009, Vol. 23, No. 1, p. 40-46.
120. PRAŠKO, J. et al. 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. 1064 s. ISBN 8072548651.
121. PROCHASKA, J.O. - NORCROSS, J.C. 1999. *Psychoterapeutické systémy*. Praha: Grada, 1999. 480 s. ISBN 8071697664.
122. QUERIOZ, L.P. 2013. Worldwide epidemiology of fibromyalgia. In *Current Pain and Headache Reports*. ISSN 1531-3433, 2013, Vol. 17, No. 8, p. 356.
123. RACINE, M. et al. 2018. Pain-related activity management patterns and function in patients with fibromyalgia syndrome. In *The Clinical Journal of Pain*. ISSN 1526-5900, 2018, Vol. 34, No. 2, p. 122-129
124. RAHMAN, A. - UNDERWOOD, M. - CARNES, D. 2014. Fibromyalgia. In *BMJ*. ISSN 0959-8138, 2014, Vol. 348, N g1224.
125. RAPHAEL, K.G. et al. 2006. Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. In *Pain*. ISSN 1872-6623, 2006, Vol. 124, No. 1-2, p. 117-125.
126. RASMUSSEN, M.U. et al. 2017. Are the changes in observed functioning after multi-disciplinary rehabilitation of patients with fibromyalgia associated with changes in pain self-efficacy? In *Disability and Rehabilitation*. ISSN 0963-8288, 2017, Vol. 39, No. 17, p. 1744-1752.
127. REDONDO, J.R. et al. 2004. Long term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and cognitive-behavioral approach. In *Arthritis Care and Research*. ISSN 2151-4658, 2004, Vol. 51, No. 2, p. 184-192.

128. REYES DEL PASO, G.A. et al. 2011. Autonomic cardiovascular control and responses to experimental pain stimulation in fibromyalgia syndrome. In *Journal of Psychosomatic Research*. ISSN 0022-3999, 2011, Vol. 70, No. 2, p. 125-134.
129. REYES DEL PASO, G.A. et al. 2010. Aberrances in autonomic cardiovascular regulation in fibromyalgia syndrome and their relevance for clinical pain reports. In *Psychosomatic Medicine*. ISSN 0033-3174, 2010, Vol. 72, No. 5, p. 462-470.
130. RICCI, A. et al. 2016. Worry and anger rumination in fibromyalgia syndrome. In *Reumatismo*. ISSN 0048-7449, 2016, Vol. 68, No. 4, p. 195-198
131. RIEMANN, D. et al. 2017. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. In *Journal of Sleep Research*. ISSN 1365-2869, 2017, Vol. 26, No. 6, p. 675-700.
132. ROKYTA, R. a kol. 2006. *Bolest*. Praha: Tigris, 2006. ISBN 802350000000.
133. ROSENBAUM, T.Y. 2010. Musculoskeletal pain and sexual function in women. In *The Journal of Sexual Medicine*. ISSN 1743-6095, 2010, Vol. 7, No. 2, p. 645-653.
134. RUSSELL, I.J. et al. 1994. Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 1994, Vol. 37, No. 11, p. 1593-1601.
135. RUSSELL, I.J. et al. 1992. Cerebrospinal fluid biogenic amine metabolites in fibromyalgia/fibrositis syndrome and rheumatoid arthritis. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 1992, Vol. 35, No. 550e6.
136. SHAVER, J.L. et al. 2006. Women's health issues with fibromyalgia syndrome. In *Journal of Women's Health*. ISSN 1540-9996, 2006, Vol. 15, No. 9, p. 1035-1045.
137. ŠIMO, M. - DVORÁK, M. 2011. Fibromyalgia. In *Neurologia pre prax*. ISSN 1335-9592, 2011, roč. 12, č. 2, s. 116-120.
138. SIROIS, F.M. - MOLNAR, D.S. 2014. Perfectionism and maladaptive coping styles in patients with chronic fatigue syndrome, irritable bowel syndrome and fibromyalgia/arthritis and in healthy controls. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 0033-3182, 2014, Vol. 83, No. 6, p. 384-385.
139. SÖDERBERG, S. - LUNDMAN, B. - NORBERG, A. 2002. The meaning of fatigue and tiredness as narrated by women with fibromyalgia and healthy women. In *Journal of Clinical Nursing*. ISSN 1365-2702, 2002, Vol. 11, No. 2, p. 247-255.
140. SÖDERBERG, S. et al. 2003. Living with a woman with fibromyalgia from the perspective of the husband. In *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 1365-2648, 2003, 42, No. 2, p. 143-150.
141. THIEME, K. - GRACELY, R.H. 2009. Are psychological treatments effective for fibromyalgia pain? In *Current Rheumatology Reports*. ISSN 1523-3774, 2009, Vol. 11, No. 443.
142. TOMŠ, J. 2017. Fibromyalgie - současná koncepce a terapie. In *Postgraduální medicína*. ISSN 1212-4184, 2017, 19, p. 93–100.
143. TORRES, X. et al. 2013. Personality does not distinguish people with fibromyalgia but identifies subgroups of patients. In *General Hospital Psychiatry*. ISSN 0163-8343, 2013, Vol. 35, No. 6, p. 640-648.
144. TURK, D. - MEICHENBAUM, D. - GENEST, M. *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford, 1983. 452 p. ISBN 9780898629170.
145. UÇAR, M. et al. 2015. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. In *Journal of International Medical Research*. ISSN 0300-0605, 2015, Vol. 43, No. 5, p. 679-685.
146. UGUZ, F. et al. 2010. Axis I and axis II psychiatric disorders in patients with fibromyalgia. In *General Hospital Psychiatry*. ISSN 0163-8343, 2010, Vol. 32, No. 1, p. 105-107.
147. VAN HADENHOVEN B., LUYTEN P. 2008. Customizing treatment of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia: the role of perpetuating factors. In *Psychosomatics*. ISSN 0033-3182, 2008, Vol. 49, No. 6, p. 470-77.
148. VAN HOUDENHOVE, B. 2005. Premorbid "overactive" lifestyle and stress-related pain/fatigue syndromes. In *Journal of Psychosomatic Research*. ISSN 0022-3999, 2005, Vol. 58, p. 389-390.
149. VAN HOUDENHOVE, B. - EGGLE, U. - LUYTEN, P. 2005. The role of life stress in fibro-myalgia. In *Current Rheumatology Reports*. ISSN 1523-3774, 2005, Vol. 7, No. 5, p. 365-370.
150. VAN HOUDENHOVE, B. - EGGLE, U.T. 2004. Fibromyalgia: a stress disorder? Piecing the biopsychosocial puzzle together. In *Psychotherapy and Psychosomatics*. ISSN 0033-3182, 2004, Vol. 73, No. 5, p. 267-275.
151. VINCENT, A. et al. 2013. Prevalence of fibromyalgia: a population-based study in Olmsted Country, Minnesota, utilizing the Rochester Epidemiology Project. In *Arthritis Care and Research*. ISSN 2151-4658, 2013, Vol. 65, No. 5, p. 786-792.
152. VLAEYEN, J.W. et al. 2002. Can pain-related fear be reduced? The application of cognitive-behavioural exposure in vivo. In *Pain Research and Management*. ISSN 1203-6765, 2002, Vol. 7, No. 3, p. 144-153.
153. VURAL, M. et al. 2014. Evaluation of personality profile in patients with fibromyalgia syndrome and healthy controls. In *Modern Rheumatology*. ISSN 1439-7595, 2014, Vol. 24, No. 5, p. 823-828.
154. WALITT, B. et al. 2011. The Longitudinal Outcome of Fibromyalgia: A Study of 1555 Patients. In *Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 2011, Vol. 38, No. 10, p. 2238-2246.
155. WEIR, P.T. et al. 2006. The incidence of fibromyalgia and its associated comorbidities: a population-based retrospective cohort study based on International Classification of Diseases, 9th Revision codes. In *Journal of Clinical Rheumatology*. ISSN 0770-3198, 2006, Vol. 12, No. 3, p. 124-128.
156. WEISENBERG, M. 1998. Cognitive aspects of pain and pain control. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. ISSN 0020-7144, 1998, Vol. 46, No. 1, p. 44-61.
157. WOLFE, F. 1996. The fibromyalgia syndrome: a consensus report on fibromyalgia and disability. In *Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 1996, Vol. 23, nNo. 3, p. 534-539.
158. WOLFE, F. - CATHEY, M.A. - KLEINHEKSEL, S.M. 1984. Fibrositis fibromyalgia in rheumatoid arthritis. In *Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 1984, 11, No. 6, p. 814e8.
159. WOLFE, F. et al. 2011. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. In *Journal of Rheumatology*. ISSN 0315-162X, 2011, Vol. 38, No. 6, p. 1113-1122.
160. WOLFE, F. et al. 2010. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. In *Arthritis Care and Research*. ISSN 2151-464X, 2010, Vol. 62, No. 5, p. 600-610.
161. WOLFE, F. et al. 1995. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. In *Arthritis and Rheumatology*. ISSN 2326-5205, 1995, Vol. 38, No. 1, p. 19-28.

162. WOLFE, F. et al. 1990. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. In Arthritis and Rheumatology. ISSN 2326-5205, 1990, Vol. 33, No. 2, p. 160-172.
163. WOLFE, F. et al. 2011. Mortality in Fibromyalgia: A Study of 8186 Patients Over Thirty-Five Years. In Arthritis Care and Research. ISSN 2151-4658, 2011, Vol. 63, No. 1, p. 94-101.
164. WOLFE, F. et al. 2016. Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria [abstract]. Arthritis Rheumatol. 2016; 68 (suppl 10). <https://acrabstracts.org/abstract/2016-revisions-to-the-20102011-fibromyalgia-diagnostic-criteria/> . Accessed July 23, 2020.
165. WOOD, P.B. et al. 2007. Reduced presynaptic dopamine activity in fibromyalgia syndrome demonstrated with positron emission tomography: a pilot study. In Journal of Pain. ISSN 1526-5900, 2007, Vol. 8, No. 1, p. 51e8.
166. WOOLFOLK, R. - ALLEN L.A. - APTER J.T. 2012. Affective-cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. In Pain Research and Treatment. ISSN 2090-1542, 2012, Vol. 2012, No. 937873.
167. YAMAMOTOVÁ, A. - PAPEŤOVÁ, H. 2010. Patofyziologie vzťahu bolesti a deprese. In Psychiatrie pro praxi. ISSN 1213-0508, 2010, roč. 11, č. 3, s. 110-114.
168. YUNUS, M.B. 2007. Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. In Seminars in Arthritis and Rheumatology. ISSN 2326-5205, 2007, Vol. 36, No. 6, p. 339e56.
169. ZACHRISSON, O. et al. 2002. A rating scale for fibromyalgia and chronic fatigue syndrome the fibro fatigue scale. In Journal of Psychosomatic Research. ISSN 0022-3999, 2002, Vol. 52, No. 2002, p. 501-9.
170. ZIELINSKI, R.E. 2013. Assessment of women's sexual health using a holistic, patient-centered approach. In Journal of Midwifery and Women's Health. ISSN 1542-2011, 2013, Vol. 58, No. 3, p. 321-327.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. júla 2021.

Vladimír Lengvarký
minister zdravotníctva

Príloha

Meta-analýza efektu kognitívno-behaviorálnej terapie pri fibromyalgii

Meta-analýza predstavuje komplexnú analýzu výsledkov 29 štúdií, ktoré vyhodnocovali efekt KBT pri liečbe fibromyalgie u 1 220 pacientov. Všetky závislé parametre, analyzované v danej štúdií, poukázali na významné zlepšenie stavu pacientov s fibromyalgiou liečených pomocou KBT. Efekt liečby KBT sa ukázal byť v pozitívnej korelácii s počtom terapií a najvýznamnejší efekt bol dosiahnutý v multidisciplinárnom prístupe. KBT má pozitívny efekt najmä na celkové prežívanie pacientov, znižuje intenzitu bolesti, symptómy depresie a úzkosti a s nimi spojené psychologické ťažkosti (Gritzner, 2011). Iná meta-analýza vyhodnotila výsledky farmakologickej a nefarmakologickej liečby fibromyalgie s komponentami KBT (Rossy et al., 1999). Do štúdie bolo zahrnutých 49 výskumných prác s rôznou metodikou, pričom sa vyhodnocoval efekt daných terapií na fyzický stav pacientov, symptómy fibromyalgie, psychický stav pacientov a vplyv na bežné fungovanie pacientov.

Farmakologická liečba mala pozitívny vplyv na fyzický stav a symptómy fibromyalgie, ale nefarmakologická liečba bola účinnejšia a výraznejšie redukovala symptómy pacientov a zlepšila ich celkovú funkčnosť. Záverom je možné konštatovať, že KBT v kombinácii s komplexným manažmentom fibromyalgie je najúčinnjšou stratégiou liečby s krátkodobými a dlhodobými účinkami. Terapia pacientov s fibromyalgiou je najvhodnejšia v kombinácii s inými technikami, ako napr. fyzickým cvičením (Bruckhardt et al., 1994). KBT spolu s fyzickým cvičením sa ukázala byť účinnejšou terapiou pacientov s fibromyalgiou ako jednotlivé komponenty samostatne (van Koulil et al., 2007). Liečba pacientov s fibromyalgiou môže mať aj farmakologickú zložku, ktorá je ale účinná najmä v kombinácii s KBT (Bennett, Nelson, 2006). Výhodou nefarmakologickej liečby fibromyalgie, ako napr. KBT je, že daná metóda nemá vedľajšie účinky. Viaceré štúdie, ktoré sledovali pacientov liečených pomocou KBT preukázali dlhodobé efekty tejto terapie (Bennett, Nelson, 2006).

Nefarmakologické spôsoby liečby fibromyalgie

Nefarmakologické možnosti liečby môžeme rozdeliť na fyzické a psychologické.

Fyzická terapia môže byť aktívna (napr. rôzne cvičenia) a pasívna (napr. masáže). U pacientov s fibromyalgiou sa veľmi odporúčajú rôzne druhy cvičenia. Z 34 rôznych štúdií, ktoré sledovali efekt aktívneho cvičenia na kvalitu života, citlivosť a pociťovanie bolesti u týchto pacientov bolo zistené, že najvýznamnejší efekt bol dosiahnutý aerobikom (Nuesch et al., 2013). Taktiež posilňovanie výrazne redukuje bolesť a citlivosť a zvyšuje kvalitu života pacientov (Rahman et al., 2014).

Z pasívnych možností liečby fibromyalgie sa ukazuje ako najefektívnejšia balneoterapia. Balneoterapia zahŕňa využívanie vyhrievaných bazénov alebo návštevy sauny (Hauser et al., 2010). Ostatné druhy pasívnej terapie zahŕňajú rôzne typy masáží, elektroterapiu, terapiu ultrazvukom a manipulačné cvičenia. Tieto sú často v kompetencii fyzioterapeutov, osteopátov a chiropraktikov. Dané štúdie však neposkytujú veľmi presvedčivé dôkazy o ich efektívnosti, najmä z dôvodu prác s malým počtom pacientov v súbore pri realizovanom výskume (Busch et al., 2007; Rahman et al., 2014). Zlepšenie stavu pacientov s fibromyalgiou sa

dosiahlo aj akupunktúrou (Deare et al., 2013). Úplná redukcia pocitu bolesti sa dosiahla adjunktívnou akupunktúrou u 30 % pacientov, ktorí participovali v danom výskume (Deare et al., 2013). Liečba FM je z hľadiska dlhodobej aplikácie tejto terapie otázná, jej účinnosť pri krátkodobej terapii je však preukázaná (Rahman et al., 2014).