

Medicínsky nevysvětlitelné symptomy – diagnostika a léčba

MUDr. Miroslav Sekot

Psychiatrická klinika 1. LF VFN a UK Praha

Medicínsky nevysvětlitelné příznaky (MNP) v současné době představují hlavní kritérium somatoformních poruch (SFD). Tyto poruchy patří mezi nejčastěji se vyskytující diagnózy v ordinaci praktického lékaře, kde představují 10–15 % všech pacientů. Funkční postižení spojené se somatizačními příznaky je srovnatelné s postižením pacientů s úzkostnými nebo depresivními poruchami. Medicínsky nevysvětlitelné příznaky vedou často k excesivní a velmi finančně nákladné lékařské péči. Článek přináší souhrnné informace ohledně diagnostiky a léčby těchto poruch.

Klíčová slova: somatizace, hypochondrická porucha, Münchhausenův syndrom, neurastenie, antidepressiva, psychotherapie.

Medically unexplained symptoms – diagnostics and treatment

Medically unexplained symptoms (MUS) currently constitute the main diagnostic criterion of somatoform disorders (SFD). They are among the most prevalent mental disorders seen in general medical setting, present in 10 % to 15 % primary care patients. The functional impairment associated with somatoform disorders is comparable with that seen in depressive and anxiety patients. Medically unexplained symptoms lead to excessive and very expensive health care use. This article contains summarizing informations concerning diagnostics and treatment.

Key words: somatization, hypochondriasis, Münchhausen's syndrome, neurastenia, antidepressants, psychotherapy.

Interní Med. 2013; 15(3–4): 121–124

Úvod

Medicínsky nevysvětlitelné příznaky jsou velmi důležitým problémem v lékařství, zejména pak v primární péči (1). Jejich diagnostika a léčba stojí každoročně nemalé, těžko vyčíslitelné finanční náklady. Odhaduje se, že péče o somatizující pacienty stojí ročně v USA 100 miliard dolarů (2). V psychiatrických klasifikačních systémech ICD-10 a DSM-IV se tyto poruchy objevují v podskupině somatoformních poruch. Mezi evropským klasifikačním systémem ICD-10 a systémem používaným zejména ve Spojených státech (DSM-IV) jsou však drobné rozdíly, které jsou uvedeny v tabulce 1 (3). Somatoformní poruchy jsou definovány jako přetrvávající tělesné potíže nebo stesky proměnlivé intenzity a lokalizace, pro které chybí odpovídající organopatologický korelát. V každodenní klinické praxi jsou běžně používána synonyma, jako jsou „funkční syndromy, psychovegetativní syndromy, nebo psychogenní nadstavba“. Somatizace je všeobecně definována jako přesun neurotických potíží do některého z orgánových systémů. Somatizace se jako příznak vyskytuje běžně v nejrůznějších zátěžových situacích, většinou nevyžaduje významnější medicínské intervence. V případě, že tyto potíže závažněji narušují sociální fungování a kvalitu života, je nutné se touto symptomaticitou zabývat.

Tabulka 1.

ICD-10	DSM-IV
Somatizační porucha diferencovaná a nediferencovaná (F 45.0, F 45.1)	Somatizační porucha (F300.81)
Hypochondrická porucha a dysmorfofobická porucha (F 45.2)	Hypochondrie (300.7) Tělesná dysmorfofobická porucha (300.7)
Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)	–
Přetrvávající somatoformní tělesná porucha (F45.4)	Bolestivá porucha (307.8)
Disociativní poruchy (F 44)	Konverzní poruchy (300.11)

Epidemiologie

Životní prevalence somatoformních poruch se pohybuje okolo 10 %, přičemž nejčastější diagnózou bývá somatoformní bolestivá porucha (4), která je pro pacienty nejvíce invalidizující a ovlivňující kvalitu života. Onemocnění může vzniknout kdykoliv v průběhu života, nejčastěji se však první příznaky objevují v adolescenci nebo ranné dospělosti. Ženy bývají dvakrát častěji postiženy nežli muži, u somatizační poruchy však tento poměr bývá 5 : 1.

Komorbidity

Dvě třetiny pacientů s NSP trpí jednou či více psychiatrickými komorbiditami. Nejčastější je komorbidity s depresivní poruchou, která je odhadována na 50 %. Mezi další komorbidní diagnózy patří úzkostné poruchy, zneužívání psychoaktivních látek (nejčastěji alkoholu, benzodiazepinových anxiolytik nebo analgetik)

a poruchy osobnosti (nejčastěji závislá, vyhýbavá nebo hraniční porucha osobnosti).

Rozdělení somatoformních poruch

a) Somatizační porucha (F 45.0)

U tohoto onemocnění jsou v popředí mnohočetné tělesné obtíže, přičemž jejich původ nelze zjistit na základě somatických nebo laboratorních vyšetření. Základním požadavkem pro potvrzení této diagnózy je trvání potíží více nežli dva roky, přičemž by mělo být přítomno 6 a více tělesných příznaků, zaměřených na nejméně dva orgánové systémy. Nejčastěji jsou potíže zaměřeny na gastrointestinální, kardiovaskulární nebo urogenitální systém. Rovněž mohou být přítomny kožní nebo bolestivé příznaky. Pacient trpící tímto onemocněním usiluje na rozdíl od hypochondrické poruchy častěji o odstranění.

b) Nediferencovaná somatizační porucha (F45.1)

Jedná se o formu somatizační poruchy, kdy nejsou splněna daná diagnostická kritéria. Znamená to, že onemocnění trvá kratší období než 2 roky nebo somatických příznaků je méně, než by odpovídalo k potřebnému stanovení diagnózy. Jedná se často o vedlejší diagnózu při nejružnějších neurotických nebo afektivních poruchách.

c) Hypochondrická porucha (45.2)

Snad málokterá psychiatrická diagnóza je natolik stigmatizující jako tato. Pacient označený zdravotníkem za „hypochondra“ dostává informaci, že mu jeho okolí jeho obtíže nevěří, že si je sám vymýšlí, a často tato diagnóza splývá s pojmem „simulace“. Přičemž pojem hypochondrie je odvozen od řeckého slova „hypochondrium“, což znamená podžebří.

Jedná se o podtyp somatoformní poruchy charakterizovaný nerealistickou obavou o své zdraví. Pacient běžně vyskytující se tělesné příznaky a pocity interpretuje jako příznak závažného somatického onemocnění. Pro splnění diagnostických kritérií musí onemocnění trvat alespoň 6 měsíců. Pozornost je zaměřena zejména na závažná onemocnění, jako jsou zhoubné nádory, infarkt myokardu nebo HIV infekce. Potíže jsou centrovány do vnitřních orgánů, nepřístupných vlastnímu vnímání (5). Tito pacienti bývají v oblasti svého domnělého onemocnění velice vzdělaní a vyžadují opakovaně různá vyšetření, která by měla vést k jeho potvrzení. Chorobné přesvědčení bývá často tak hluboké, že může dosahovat bludné úrovně. Zvláštní formou hypochondrické poruchy je tělesná dysmorfická porucha. Typický pacient s touto diagnózou je přesvědčen, že některá část jeho těla (nejčastěji v orofaciální oblasti) je zohydžena nebo znetvořena. Pod vlivem těchto myšlenek vyžaduje často provedení různých plastických operací (6).

d) Somatoformní vegetativní dysfunkce (F 45.3)

Tato porucha zahrnuje skupinu diagnóz, které byly v starších klasifikačních systémech označovány jako „orgánové neurózy“. Postihuje systémy, které jsou buď úplně nebo částečně pod vegetativní inervací a kontrolou, nejčastěji pak systém kardiovaskulární (tzv. „srdeční neuróza“, neurocirkulační astenie), respirační (tzv. psychogenní hypoventilace, kašel nebo škytavka) a trávicí (tzv. „žaludeční neuróza“, psychogenní průjem, dysfagie nebo dráždivý tračník). V pří-

padě postižení urogenitálního systému se může jednat o polakisurii nebo dysurii.

f) Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F 45.4)

Pacient trpící touto poruchou si stěžuje na chronickou, skličující bolest, která velmi často podstatně ovlivňuje kvalitu jeho života. Nejčastější mi stesky v této oblasti bývají bolesti hlavy a vertebrogenní potíže. Zejména v oblasti vertebrogenních poruch bývá situace obtížná z toho důvodu, že většina pacientů má reálný organopatologický nálezn (skolióza, degenerativní změny, výhřez meziobratlové ploténky), nicméně stupeň postižení velmi často nekoreluje s mírou subjektivního utrpení. Bolest se často objevuje v souvislosti s psychosociálními problémy nebo emočními konflikty, které však pacient velmi často popírá.

Ostatní somatoformní syndromy

a) Neurastenie

Tato diagnóza byla dříve nazývána „dráždivou slabostí“. Dnes se s ní setkáváme většinou v souvislosti s chronickým únavovým syndromem (chronic fatigue syndrome – CFS), který se též někdy nazývá fibromyalgií (7). Hlavním příznakem bývá pocit nepříjemné únavy a vyčerpání po nevýznamné tělesné nebo duševní námaze. Kromě těchto příznaků se přidávají bolesti hlavy a svalstva, celková podrážděnost a poruchy spánku, zejména problematické usínání.

Pro diagnózu CFS musí mít pacient tyto příznaky delší dobu nežli 6 měsíců. Etiologicky je diskutován imunologický proces většinou po prodělaném infekčním onemocnění, hodně se hovoří o spojitosti s EB virózou. Z psychiatrického hlediska existují souvislosti ze zátěžovými životními situacemi a osobnostní strukturou. Onemocnění začíná většinou okolo 30. roku, ženy jsou postiženy častěji nežli muži.

b) Münchhausenův syndrom

Samotný syndrom byl pojmenován po baronu Karl Friedrich Hieronymus von Münchhausenovi, který je též znám jako „baron Prášil“. Při tomto primárně duševním onemocnění postižený předstírá duševní poruchu, pro kterou je následně léčen. Vyžaduje často nejružnější lékařské zákroky, včetně chirurgické intervence. Organopatologické změny bývají pak způsobeny pacientem samotným. Možný je i tzv. Münchhausenův syndrom „by proxy“, který se týká závislé osoby, nejčastěji pak dítěte. Diagnostika tohoto onemocnění je obtížná

často i pro soudní znalce, k náhledu onemocnění u pacientů dochází málokdy a terapie je prakticky nemožná (8).

c) Syndrom vyhoření (Burn out syndrom)

Jedná se o syndrom vyhoření po dlouhodobé expozici náročné pracovní zátěži, může se však vyskytovat rovněž i u žen v domácnosti. Bývá velmi častý i u zdravotnických profesí. Skládá se ze 4 fází, kdy se projevují nejružnější příznaky, jako jsou únava, pokles výkonu, deprese, úzkosti, tělesné potíže, interpersonální konflikty a tendence na nadužívání psychoaktivních látek.

d) Simulace (F 76.5)

a rentová neuróza (F 68.0)

Již nepatří mezi samotné somatoformní poruchy v širším pojetí. Jedná se však velmi často o diferenciální diagnózu, proto jsou uvedeny na tomto místě. U simulace se jedná o cílené a vědomé předstírání různých symptomů. Často je vázána na speciální situace, jako je uvěznění, vojenská služba nebo odchod do důchodu. Jedinec se snaží svým jednáním dosáhnout různých výhod, jako jsou lehčí podmínky vazby, vyhýbání se povinností nebo o přístup k ilegálním drogám. S rentovou neurózou se setkáváme zejména po nejružnějších úrazech, kdy postižený v již celkově uspokojivém stavu agravuje své příznaky, většinou za účelem získání finančního odškodnění.

Diferenciální diagnostika

Není frází začít větou, že diferenciální diagnostika SFD bývá obtížná. Velmi důležitý bývá akceptující postoj lékaře k pacientovým obtížím. Psychiatrická intervence by měla přijít na řadu po vyloučení primárního somatického onemocnění. Zejména při hospitalizaci bývá chybou jako první požadovat psychiatrické konzilium, přestože diagnóza SFD je velmi pravděpodobná. Pacienti s medicínsky nevysvětlitelnými příznaky častěji navštěvují ordinace praktických lékařů a ambulantních specialistů nežli samotných psychiatrů. Většina lékařů má při kontaktu s těmito pacienty obavy na jedné straně z přehlednutí závažné somatické diagnózy, na druhé straně při pokusu o vysvětlení povahy onemocnění či psychoterapeutické intervenci z hrozícího konfliktu s pacientem samotným nebo jeho rodinou.

Po komplexním prvním vyšetření by měly další příznaky být vyšetřovány cíleně, pokud možno jedním lékařem nebo na jednom zdravotnickém pracovišti. Často se setkáváme s tzv.

„patientskou turistikou“, kdy pacient obchází různé odborníky a často absolvuje duplicitně stejná vyšetření. Z psychiatrického hlediska je třeba vyloučit zejména závažná psychiatrická onemocnění, jako jsou schizofrenie, trvalé poruchy s bludy nebo afektivní poruchy. Somatizační symptomatika se vyskytuje zejména u pedopsychiatrických a gerontopsychiatrických pacientů. Dříve se používal též pojem „larvovaná deprese“. Pro výzkumné účely lze použít exaktnějších psychometrických nástrojů, jako např. **Screening for Somatoform Disorders (SOMS)** nebo somatizační podškálu **Symptom Check List (SCL-90-R) (9)**.

Terapie – studie

Terapie pacientů s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy je zdlouhavá a problematická. Efektivita léčby se dle povahy onemocnění velmi různí, proto někdy se hovoří spíše o „zvládnutí“ nežli o léčení nemoci. Lepší prognózu mají pacienti s depresivní či úzkostnou poruchou, kde tělesné příznaky jsou manifestací základního psychiatrického onemocnění a kde lze předpokládat poměrně dobrou reakci na nasazení antidepresiv nebo na specifické psychotherapeutické postupy.

Přes rozporuplné výsledky níže uvedených studií, kde některé léčebné metody potvrzují pozitivní efekt na somatoformní symptomatiku, často hovoříme spíše o zvládnutí nežli o léčení, případně vyléčení nemoci. Nezbytné je navázání kvalitní spolupráce s pacientem, k čemuž nám může pomoci dodržování následujících zásad (5).

1. Potvrďte autenticitu pacientových potíží, což znamená, že věříte tomu, že Vám pacient sděluje, co skutečně prožívá.
2. Hovořte s pacientem o možných tělesných i psychosociálních souvislostech.
3. Proveďte důkladně první vyšetření.
4. Další vyšetření provádějte cíleně, pokud možno ve stejném zdravotnickém zařízení.
5. Proberte s pacientem plány na nejbližší budoucnost.
6. Vyhněte se nejasným a pro pacienta nesrozumitelným diagnózám.
7. Domluvte si s pacientem pravidelné termíny dalších návštěv.
8. Motivujte ke zdravému životnímu stylu a odbourání stresu. Doporučte přiměřený dostatek pohybu.
9. Požadujte od pacienta zpětné vazby. To znamená, jak on sám pochopil vaši terapeutickou intervenci.
10. V případě doporučení pacienta ke specialistovi zvolte vhodný způsob pozitivní mo-

tivace, která by pacientovi měla dodat naději na zlepšení jeho obtíží.

Psychotherapie pacienta s medicínsky nevysvětlitelnými somatickými syndromy

Psychotherapeutické působení můžeme rozdělit na **etický přístup, psychotherapeutický přístup** a specializované psychotherapeutické postupy. Etický přístup by měl dodržovat každý zdravotník. Rozumíme jím dodržování základních etických pravidel, vedení léčby „lege artis“ a zejména vyvarování se devalvujících výroků, které by mohly poškodit pacienta (typu „To vás přeci nemůže bolet.“)

Psychotherapeutický přístup je přístup, který by měl zastávat edukovaný lékař ve své ambulanci nebo jiný zdravotník. Spočívá v tom, že i odborník bez patřičného psychotherapeutického vzdělání může být pacientovi prospěšný. Mezi důležité účinné terapeutické faktory může patřit přijetí a vyslechnutí pacienta, pochopení reálnosti jeho subjektivně vnímaných somatických potíží a orientační zmapování pacientovy současné psychosociální situace. Psychotherapeutický přístup spočívá ve specifické terapii za použití některého z mnohočetných psychotherapeutických směrů, jejichž počet přesahuje dnes již 400.

Za zmínku však stojí zejména kognitivně behaviorální a interpersonální psychotherapie. První z obou psychotherapeutických směrů spočívá v restrukturalizaci myšlení a chování u těchto pacientů (10).

Somatické potíže nebo hypochondrické obavy může vyvolat nějaký spouštěč (televizní pořad, článek o nemoci, nemoc v blízkém okolí), což vyvolá obavu o zdraví, somatické potíže a kaskádu chování spočívajících v kontrolování a ujišťování se. K úlevě dochází pouze na přechodnou dobu a pacient se dostává dále do bludných kruhů. Dynamické a interpersonální psychotherapie se zabývají podvědomými procesy, souvislostmi mezi emocemi a somatickými potížemi a mezilidskými vztahy.

Farmakoterapie pacienta s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy

Podání jakéhokoliv farmaka u těchto pacientů má symbolický význam. Nasazením léku lékař uznává pacientovy potíže za nemoc a stává se zodpovědný za jeho vyléčení, což je zejména u pacientů se somatoformními poruchami možné jen do určité míry. Lékař může být zodpovědný za volbu vhodného psychofarmaka,

za případné nežádoucí účinky, nikoliv však za to, jak pacient např. vyřeší svou situaci v psychosociální oblasti.

V klinické praxi jsou nejčastěji používanými léky benzodiazepinová anxiolytika, analgetika a případně hypnotika. Tyto léky pacientovi na krátkou dobu uleví, ale nevedou k jeho vyléčení. Navíc hrozí riziko vzniku závislosti a zcela kontraindikovány jsou u pacientů závislých na alkoholu. Přesto jsou pacienti vyžadováni a lékaři předepisováni. Benzodiazepiny by měly být podávány pouze v případě akutních úzkostných stavů, posttraumatické stresové poruše a u těžších anxiózně depresivních poruch, kde nelze čekat na léčebný efekt antidepresiva, který se dostavuje za 2–3 týdny. Další indikací medikace benzodiazepiny jsou odvykací stavy u alkoholové závislosti nebo epileptické záchvaty. V ideálním případě by pacient neměl užívat benzodiazepiny delší dobu nežli jeden měsíc. Zcela jistě by primárním lékem při pokusu o léčebné ovlivnění somatoformních obtíží by měla být antidepresiva. Antidepresiva první generace bývají efektivní zejména při léčbě somatoformních bolestivých poruch pro svůj analgetický efekt (3). Jejich nevýhodou jsou však častější nežádoucí účinky (kardiotoxicita, xerostomie, diplopie, retence moči, zhoršení symptomatiky u glaukomu). V dnešní době jsou nejčastěji používána antidepresiva 3. generace (SSRI = inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) či 4. generace, což jsou antidepresiva více ovlivňující i jiné neurotransmitterové systémy, zejména noradrenergní a dopaminergní. Co se týče lékových studií, nejvíce pozornosti je věnováno hypochondrické a somatoformní bolestivé poruše. U hypochondrické poruchy byl nejvíce prokázán efekt SSRI, zejména pak fluoxetinu a fluvoxaminu (4). V případě nedostatečného efektu se lze pokusit o výměnu antidepresiva či jejich kombinaci, eventuálně pokusit se o přidání nižších dávek antipsychotik. Tyto farmakologické postupy by však měly být přenechány zkušenému psychiatrovi.

Na rozdíl od ostatních psychiatrických diagnóz jsme u SFD dlouho postrádali výsledky klinických studií, které by potvrzovaly či vyvracely účinnost jednotlivých psychofarmak nebo psychotherapeutických postupů. Kurt Kroenke se ve své metaanalýze z roku 2007 zabýval zejména studii s KBT, kde 85 % studií bylo hodnoceno jako účinných (11). Antidepresiva (nejčastěji fluoxetin a venlafaxin) byla hodnocena jako účinná v 80 % studií. Z ostatních léčebných metod byly studovány nejrozumnější postupy, např. metoda konzultační korespondence mezi

Tabulka 2. Počet studií s pozitivními výsledky u jednotlivých diagnóz

Sledované diagnózy	Kognitivně behaviorální terapie	Antidepresiva	Ostatní terapie
Somatizační porucha	1/1		2/3
Ostatní somatoformní poruchy	1/1	3/4	3/4
Medicínsky nevysvětlitelné symptomy	3/5		1/5
Hypochondrická porucha	4/4		1/1
Disociativní porucha	–		1/3
Tělesná dysmorfická porucha		1/1	
Celkem	11/13	4/5	8/16

praktickým lékařem a psychiatrem, psychotherapeutické intervence edukovaných praktických lékařů, hypnóza, aerobní cvičení a jiné nežli KBT psychoterapie.

Závěr

Přestože lékařská věda společně s psychotherapeutickými postupy v průběhu posledních dvou desetiletí značně pokročily a somatoformní poruchy se dostávají i do oblasti medicíny založené na důkazu, jejich léčba je komplikovaná a obtížná zejména v problematice navázání kvalitního terapeutického vztahu, spojeného s úzkostí na obou stranách. Na jedné straně úzkost pacienta spočívá v obavách o jeho zdraví, zatímco lékař se obává, aby nezanedbal závažnější somatické onemocnění.

Literatura

1. Escobar JI, Hoyos-Nervi C. Medically unexplained physical symptoms in medical practice: a psychiatric perspective. *Environ Health Perspect.* 2002; 110(Suppl 4): 631–636.
2. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psych* 2005; 62: 903–910.
3. Kolektiv autorů MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování, Psychiatrické centrum Praha 2006: 133–141.
4. Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M. Somatoforme Schmerzen – ein Überblick. *Psychiatria Danubia*, 2012; Vol. 22(3): 453–458.
5. Fallon BA, Sneir FR, Marshall R. The pharmacotherapy of hypochondriasis. *Pharmacol Bull* 1996; 32: 607–611.
6. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010; 12(2): 221–232. Review.
7. Fraeunknecht S, Lieb K. Somatoforme und Dissociative Störungen In: *Last minute Psychiatrie.* Elsevier Verlag 2011: 127–135.
8. Urban A, Masopust J. Münchhausenův syndrom. *Psychiatr pro Praxi* 2004; 5(2): 63.

9. Henningsen P, Rief W. Somatoforme Störungen in: Broda M, Senf W. *Praxis der Psychotherapie*, Thieme 2005: 529.

10. Praško J, Možný P, Šlepecký M. KBT hypochondrické poruchy In: *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch.* Triton 2007: 700–734.

11. Kroenke K. Efficacy of treatment of somatoform disorders. Review of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine* 2007; 69: 881–882.

Článek přijat redakcí: 18. 8. 2012
Článek přijat k publikaci: 11. 1. 2013

MUDr. Miroslav Sekot

Psychiatrická klinika 1 LF VFN a UK
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2
sekot@post.cz