

Psychogenní poruchy chůze

MUDr. Hana Brožová, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova v Praze,
1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Psychogenní poruchy chůze jsou funkční psychické poruchy, které vedou k hybným obtížím bez nálezu strukturálního poškození a tvoří velkou skupinu pacientů nejen neurologických ambulancí. Vzhledem k heterogenitě klinických projevů, obtížnosti při stanovení diagnózy a nedostatečné terapeutické odezvě jsou zdrojem frustrace lékařů i pacientů. Článek shrnuje klinické projevy, specifika vyšetření a diagnostická kritéria, která musí být splněna pro stanovení diagnózy. Úspěšnost terapie závisí na včasné diagnóze, motivaci pacienta a dobré spolupráci neurologů, psychoterapeutů, psychiatrů a fyzioterapeutů.

Klíčová slova: psychogenní poruchy, funkční poruchy, poruchy chůze, poruchy hybnosti.

Psychogenic gait disorders

Psychogenic gait disorders are functional mental disturbances causing difficulties of movement without any detection of structural lesion. Heterogeneity of clinical symptoms, diagnostic difficulties and insufficient responses to therapy lead to frustration of both physicians and patients. The article reports clinical symptoms, specificity of examination and diagnostic standards, which have to be fulfilled to make a diagnosis. Successful therapy depends on prompt diagnosis, patients' motivation and good cooperation between the neurologist, psychotherapists, psychiatrist and physiotherapists.

Key words: psychogenic disorders, functional disorders, gait disorders, movement disorders.

Psychiatr. prax; 2015; 16(2): e11–e14

„Pacient říká, že nemůže, vypadá to, že nechce, ale ve skutečnosti není schopen chtít.“ (James Paget, 1873).

Úvod

Psychogenní poruchy chůze, jako podstatná část psychogenních poruch hybnosti, jsou velkou společnou výzvou pro neurology a psychiatry. Obava z nerozpoznání správného onemocnění, rozpaky z celkového klinického obrazu a zdráhání stanovit diagnózu psychogenního onemocnění vedou často k opožděné diagnostice, poškození pacienta a frustraci lékaře. Psychogenní poruchy hybnosti zahrnují celé spektrum funkčních neurologických obtíží, které nejsou vysvětlitelné strukturálním postižením nebo neurochemickou poruchou. Obtíže nejsou produkovány vědomě. Nejedná se tedy o předstírání symptomů za účelem dosažení psychologického zisku (faktivní porucha) ani o simulaci, při které se pacient snaží o získání materiálního, zpravidla finančního benefitu.

Již samotné spektrum používané terminologie pro psychogenní poruchy není optimální. Některá označení nejsou přesně definována, jiná používáme v širším pojetí a většina z nich není akceptovatelná pro pacienty. Vedle historických termínů jako hysterické poruchy či hypochondrie se používá označení: neorganické, somatizační, funkční, psychosomatické, konverzní, disociativní či lékařsky nevysvětlitelné obtíže. V tomto článku je používán termín psychogenní, který odkazuje na psychický původ obtíží a zpravidla svou

komplexností nejvíce vyhovuje lékařům, nebo termín funkční porucha, což je označení, které nejméně vadí pacientům (1). Pro ostatní onemocnění používám termín organické poruchy, který je též relativní, protože pouze odráží naši současnou úroveň poznání a možnosti vyšetření.

Psychogenní pacienti tvoří 1–9% všech neurologických diagnóz (2) a klinické obtíže zahrnují non-epileptické paroxysmy, hybné a senzitivně sensorické poruchy. Psychogenní poruchy hybnosti tvoří cca 10% pacientů v extrapyramidových centrech (3). Psychogenní poruchy chůze jsou velmi časté a v kombinaci s další hybnou poruchou se podílí na 42% až 60% všech psychogenních poruch hybnosti (4, 5). Z dostupných prací nebyly zjištěny podstatné mezikulturní rozdíly (6).

Jako častý patofyziologický mechanismus vzniku psychogenní poruchy je popisována disociace. Jde o psychologický obranný mechanismus, při kterém je psychické trauma odsunuto (disociováno) z vědomí a transformováno (konvertováno) do somatického symptomu, který je pro pacienta přijatelnější. Nicméně komplexní patofyziologie psychogenních poruch je stále neobjasněna.

Poruchy chůze jsou specifické tím, že se jedná o narušení velmi složitého a komplexního motorického programu, který je řízen ze všech úrovní centrálního nervového systému. Proto působí psychogenní poruchy chůze bizarněji než častější a více fokální psychogenní poruchy hybnosti, jako je třes nebo dystonie. Do

běžného individuálního vzorce chůze každého člověka se promítá nejen osobnost, ale i aktuální psychický stav. Psychogenní poruchy chůze mohou napodobovat jakýkoliv vzorec chůze, který ale plně neodpovídá typickým vzorcům organické poruchy chůze, a z hlediska klasifikace poruch chůze jsou řazeny do samostatné skupiny (7).

Psychogenní poruchy chůze vedou k omezení lokomoce, a tím výraznému omezení běžných denních aktivit a soběstačnosti pacienta. Imobilní pacient vyžaduje výraznou pomoc pečovatele, zpravidla rodinného příslušníka, který mnohdy utvrzuje postiženého v bezmoci a stává se součástí patologicky nastavených vztahů.

Charakteristiky přítomné v anamnéze

Psychogenní poruchy jsou o něco častější u žen, zdravotnických profesí, spíše se objevují v mladším věku, ale zřídka jsou přítomny v dětství. Mezi typické charakteristiky patří náhlý začátek s rychlou progresí do těžkého stavu. Obtíže mohou být mnohočetné s výraznými fluktuacemi v klinických projevech i v tíži postižení. Někdy může být v anamnéze přítomna předchozí traumatická událost – smrt v rodině, rozvod apod., případně trauma z dětství. Nástupu poruchy chůze může předcházet úraz nebo operace, ale často nedochází k rozvoji příznaků bezprostředně po incidentu, nýbrž se zpožděním několika týdnů od úrazu či pobytu v nemocnici.

V anamnéze sledujeme psychiatrická one-mocnění, neobjasnené bolesti, nejasné epileptické záchvaty, únavový syndrom, dyspeptické obtíže, fibromyalgie, chronické bolesti zad, dysmenorheu, atypické bolesti na hrudi s palpací a dušností, astmatické obtíže, kožní ekzémy či přechodné poruchy zraku. Důležitý je též údaj o náhlých uzdraveních či změně symptomatiky.

Pacient má tendenci obtíže líčit velmi podrobně s přesnými časovými údaji a nezdíka přichází vybaven rozsáhlou dokumentací, včetně předchozích vyšetření a jejich výsledků. Při výčtu svých obtíží je pacient zaměřen na to, čeho není kvůli své poruše chůze schopen, ale je dobré získat údaje o tom, co naopak zvládá. Je schopen pohybovat se samostatně po bytě? Zvládá nákupy sám nebo mu chodí někdo nakupovat? Pokud pacient referuje instabilitu, je důležité se dotázat, jak často dochází k pádům a jak četná a závažná jsou zranění u těchto pádů, protože u psychogenních poruch chůze dochází k úrazu při pádu výjimečně. Snažíme se zjistit případnou motivaci k primárnímu či sekundárnímu zisku i vzhledem k předchozím okolnostem, jako je ztráta zaměstnání, probíhající soudní řízení, hrozba rozvodu nebo konflikt v rodině. Přehled hlavních anamnestických údajů podporujících diagnózu psychogenní poruchy je uveden v tabulce 1.

U všech těchto známek je důležité myslet na to, že podobné rysy samostatně nacházíme i u organických onemocnění, např. náhlý začátek obtíží při cévní mozkové příhodě, fluktuace či ústup obtíží při atace roztroušené sklerózy nebo relativně rychlé odeznění obtíží při lékově indukované dystonii.

Klinické projevy

Vzorci psychogenních poruch chůze jsou natolik individuální u každého pacienta, že snaha o vytvoření jejich klasifikace nemá příliš velký praktický přínos. Přesto se u těchto pacientů některé typické klinické projevy opakovaně vyskytují.

Nejčastějším znakem psychogenní poruchy chůze je výrazné, někdy až extrémní zpomalení (4, 10) a celkově bizarní charakter, který se může měnit v průběhu onemocnění i během vyšetření. Pacienti prezentují bolest a nadměrné úsilí, které je nutné vynaložit i k minimální lokomoci. S tím je spojena typická energetická náročnost psychogenního stoje a chůze v kontrastu k pacientům s organickým postižením, kteří se snaží minimalizovat výdej energie.

Velmi často obrazu chůze dominuje instabilita a obavy z pádů, které pacient řeší

Tabulka 1. Anamnestické a terapeutické údaje podporující diagnózu psychogenní poruchy (8, 9)

Anamnéza	Terapeutická odpověď
<ul style="list-style-type: none"> ■ Náhlý začátek s rychlou progresí ■ Spontánní remise ■ Atypicky kolísavý průběh ■ Úraz, operace na počátku ■ Psychické trauma ■ Psychiatrické onemocnění ■ Mnohočetná somatizace či neobjasnené obtíže v minulosti ■ Zdravotnická profese ■ Řízení o odškodnění, nevyřízené soudní spory ■ Přítomnost sekundárního zisku ■ Mladý věk, ženské pohlaví 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neodpovídavost na léčbu, která je symptomaticky adekvátní ■ Odpovídavost na placebo, sugesci ■ Ústup po psychoterapii

Tabulka 2. Charakteristické klinické projevy psychogenní poruchy hybnosti a chůze (8, 9, 10, 11)

Obecné znaky psychogenní poruchy hybnosti	Specifické projevy u psychogenní poruchy chůze
<ul style="list-style-type: none"> ■ Inkonzistentní projevy (změny frekvence, amplitudy, distribuce projevu) ■ Bizarní charakter, anatomicko-fyziologicky nevysvětlitelná porucha ■ Nefyziologické projevy slabosti a poruchy čítí ■ Zmírnění po distrakci, zvýraznění při větší pozornosti ■ Schopnost spustit obtíže či zamezit jim pomocí nefyziologických manévrů ■ Tíže postižení neodpovídá objektivnímu nálezu ■ Neadekvátní bolest ■ Paroxysmální výskyt ■ Trpitelský nebo nezúčastněný či euforický výraz 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Extrémní zpomalení ■ Velmi bizarní charakter ■ Demonstrace nadměrného úsilí při lokomoci ■ Velká energetická náročnost ■ Pády ve směru očekávané záchrany ■ Vysoká frekvence „skoro pádů“ ■ Instabilita, ale zároveň zúžená база ■ Přehnaná reakce po předchozí latenci u testů stability ■ Záchvaty třesu při vyčerpání

neustálou snahou o přidržování se předmětů nebo osob a vytváří obraz „chůze na ledu“. Případné pády při vyšetření jsou orientovány ve směru očekávané záchrany nebo dochází k pádu mechanismem, při kterém nehrozí pacientovi zranění. Kromě toho může být přítomna vysoká frekvence „skoro pádů“, kdy pacient náhlou ztrátu rovnováhy vyrovnává na svalovou sílu i rovnováhu velmi náročným manévrem, např. typické náhlé podklesnutí v kolenou. Šířka baze může být v kontrastu s referovanou poruchou stability zúžena a rozpažené horní končetiny se snaží vyrovnat tendenci k pádu.

Chůzi mohou přerušovat náhlé excesivní záchvaty třesu, zpravidla jako reakce na celkové vyčerpání. Pacient při tomto záchvatu neupadne, přestože jde o stav velmi náročný na stabilitu, vynaloženou svalovou sílu i celkovou kondici. Dalším doprovodným projevem mohou být kontinuální či intermitentní bizarní hyperkinetické projevy během chůze napodobující choreu nebo dystonii. Z asociovaných příznaků se objevuje excesivní zpomalení řeči, která je též možná pouze s maximálním úsilím.

V obličejí bývá přítomen výraz utrpení, ale někdy je naopak v rozporu s velmi těžkým postižením přítomen zcela nezúčastněný výraz či dokonce euforický úsměv.

Obecné znaky psychogenní poruchy hybnosti i specifické klinické projevy u poruch chůze jsou uvedeny v tabulce 2.

Vyšetření

Při podezření na psychogenní poruchu pátráme po jakémkoliv známce inkongruence během testů s použitím některých specifických vyšetření. Přínosná je videodokumentace klinického nálezu (nutný písemný souhlas pacienta). Při natáčení videa mají pacienti s organickou poruchou tendenci k zmírnění obtíží, u pacientů s psychogenní poruchou dochází naopak k zhoršení symptomů. Naším cílem není pacienta při vyšetření z něčeho usvědčit! Není vhodné komentovat nesoulad v nálezu již během vyšetřování.

Můj první pacient s psychogenní topornou chůzí bez možnosti flexe v kolenou, který si zcela extendované dolní končetiny střídavě posunoval vpřed pomocí rukou, se následně při vyšetření bez obtíží posadil. Po mém dotazu, zda mu nepřipadá divné, že nyní může ohnout kolena a sedět, mi briskně opověděl, že mu to tedy divné připadá a očekává, že já mu to vysvětlím.

Důležité je pozorování pacienta i mimo formální vyšetření, při vcházení do ordinace a odcházení z ní. Výrazné zlepšení příznaků v okamžiku, kdy pacient odchází a není si již vědom naší přítomnosti, je významným kritéri-

Tabulka 3. Fahn-Williamsova kritéria pro diagnózu psychogenní poruchy (12)

Prokázaná psychogenní porucha	Prokázané dlouhodobé zlepšení po psychoterapii, sugesci nebo placebo nebo byl pacient spatřen bez obtíží v okamžiku, kdy si nebyl vědom toho, že je pozorován
Klinicky stanovená	Porucha hybnosti inkongruentní se známým hybným onemocněním nebo inkonzistentní nález během vyšetření + alespoň jeden z následujících 3 projevů: jiné psychogenní příznaky, mnohočetná somatizace nebo zřejmá psychiatrická porucha
Pravděpodobná	Porucha hybnosti je inkongruentní nebo inkonzistentní s typickou poruchou hybnosti nebo jsou přítomny psychogenní příznaky nebo mnohočetná somatizace
Možná	Zjevná přítomnost emoční poruchy

em pro diagnózu psychogenní poruchy chůze. Přínosné je též pozorování udržení rovnováhy při svlékání před samotným vyšetřením v porovnání s nálezem instability při vyšetření. Při testech stability typicky dochází po delší latenci k přehnané reakci s pádem ve směru očekávané záchrany. Všimáme si přítomnosti asymetrického sešlapání obuvi při atypickém dystonickém držení dolní končetiny nebo vlečení končetiny při chůzi za sebou, které by v případě, že pacient nemá nové boty, muselo být přítomno.

Typickým znakem psychogenní poruchy je distraktibilita. Při odvedení pozornosti či zadání konkurenční úlohy dochází u pacientů s organickou poruchou ke zhoršení symptomatiky, zatímco psychogenní projevy změní svůj charakter a mají tendenci k ústupu. Současné počítání nebo verbální test fluence při chůzi vede u organické poruchy chůze vždy k výraznému zpomalení chůze a zhoršení stability. Psychogenní chůze se zlepšuje nebo pacient zcela rezignuje na zadání úlohy s odůvodněním, že by to nevládl. Přínosný pro detekci změny symptomatiky může být též test chůze pozpátku a běh.

Z vyšetření může být zřejmé, že tíže příznaků při vyšetření neodpovídá tíži pacientem reportovaného postižení. Porucha chůze při vyšetření může být menší, než by odpovídalo omezení nebo je naopak evidentní, že tak těžké postižení je v rozporu s pacientovou schopností samostatné činnosti, nákupů apod.

Na druhou stranu je při vyšetření důležité myslet na to, že mnoho organických neurologických onemocnění se může projevovat velmi bizarní poruchou chůze. Výrazná chorea ve stoji a chůzi při Huntingtonově nemoci vede k tanečnímu projevu, kdy pacienti s instabilitou překvapivě nepadají. Podobně pacienti s Parkinsonovou nemocí ve stavu choreatických dyskinezí mohou vypadat bizarněji než psychogenní poruchy. Navíc někteří v určitých stavech paradoxně preferují rychlejší chůzi až běh, neboť preventivně dobíhají své dopředu posunutě těžiště a vyrovnávají propulzi. U geneticky vá-

zané dystonie (DYT 1) pacienti referují výrazné zlepšení při chůzi pozpátku a v běžném životě toho využívají. Frontální porucha chůze při multiinfarktovém postižení mozku, normotenzním hydrocefalu nebo neurodegenerativním onemocněním typu progresivní supranukleární obrny se charakteristicky projevuje výrazným zpomalením, obavami z pádu, tendencí přidržovat se při chůzi a absencí poruchy motoriky dolních končetin při vyšetření na lůžku. Stejně tak nezúčastněný výraz „la belle indifférence“ může být součástí prefrontálního syndromu.

Stanovení diagnózy a její sdělení pacientovi

Diagnóza psychogenní poruchy chůze musí být stanovena na základě positivity specifických diagnostických kritérií psychogenních onemocnění, nikoli per exclusionem (tabulka 3).

Pacient musí být vždy komplexně neurologicky vyšetřen, včetně doplnění zvolených pomocných vyšetření typu magnetické rezonance, elektromyografického vyšetření apod. I když pacient splňuje kritéria psychogenní poruchy, je nutné vyloučit přítomnost jiného onemocnění, které může být zodpovědné za část obtíží. Pokud pacient není vyšetřen včetně odpovídajících pomocných vyšetření, nebude pro pacienta, ale pravděpodobně ani pro spolupracující lékaře, diagnóza věrohodná. To však neznamena nesmyslné a neekonomické indikování dalších vyšetření, které pacienta výsledně iatrogeně poškozují a utvrzují v obavách ze závažného organického onemocnění. Pokud byla vyšetření provedena na jiném pracovišti, je vhodné si výsledky vyžádat a nenechat se pacientem manipulovat do jejich opakování. Při podezření na psychogenní poruchu bychom o tom měli pacienta informovat, a to ještě před odesláním na pomocná vyšetření. V situaci, kdy je pacient poprvé konfrontován s podezřením na psychogenní onemocnění až při sdělení negativních výsledků vyšetření, bude přesvědčen, že jsme se k této diagnóze uchýlili, protože jsme nic

nenalezli a nejsme tedy schopni zjistit příčinu jeho obtíží.

U sdělování diagnózy je důležité, aby pacient neměl z naší strany pocit despektu, obvinění ze simulace nebo nezávažnosti onemocnění. To předpokládá zvládnutí případné vlastní negativní emoční reakce, kterou tito pacienti mohou vyvolávat. Pacient s psychogenní poruchou chůze je časově náročný, navíc má lékař zpravidla předchozí negativní zkušenosti s agresivním odmítnutím diagnózy a neúspěšnou terapií.

Roli může hrát i podezření na skutečnou simulaci, protože rozlišení mezi psychogenními obtížemi a simulací nemusí být vždy jednoduché, navíc frustrovaný pacient může své obtíže agravovat či modifikovat, aby mu už někdo konečně uvěřil a jeho obtíže nezlehčoval. Faktivní poruchy a simulace jsou však výrazně vzácnější a tvoří dle odhadů méně než 5 % pacientů s funkční poruchou (3).

Je vhodné pacienta ubezpečit, že se nejedná o raritní onemocnění, ale že je vidáme poměrně často a jsme si vědomi, že se jedná o závažné onemocnění s obtížnou léčbou. Dalším krokem je konzultovat pacienta s celým týmem a navrhnout další postup. Pro definitivní sdělení diagnózy je nutné mít dostatek času a soukromí.

Terapie a prognóza

Prvním krokem je vyřazení zbytečné medikace a zvážení antidepresivní medikace. Další terapeutický postup záleží na rozhodnutí spolupracujícího psychologa a psychiatra. Psychoterapie je přínosná, pokud je pacient ochoten spolupracovat, má zájem o zlepšení svého stavu a nebojí se ztráty sekundárních zisků.

Současně je důležitá fyzioterapie pro udržení funkce, zejména zachování svalové síly, či zlepšení stavu inaktivovaných končetin. V další fázi jde o zabránění komplikacím v podobě zkrácení šlach a vzniku svalových kontraktur, které chůzi pacienta zhorší nebo zcela znemožní.

Prognosticky špatné známky (3):

- současné organické onemocnění
- mnohočetné somatické obtíže
- anamnéza delší než 1–2 roky
- porucha osobnosti
- vyšší věk
- přítomnost finančních benefitů, invalidního důchodu apod.
- soudní spor
- odmítnutí až agresivní vymezení se k pojmu psychogenní či funkční onemocnění

Prognosticky dobré známky (3):

- vnitřní přijetí diagnózy psychogenního onemocnění
- krátká anamnéza
- absence dalšího onemocnění
- rozvod či uzavření manželství po stanovení diagnózy
- současná úzkostná porucha nebo deprese

Závěr pro praxi

- Psychogenní poruchy chůze jsou časté
- Bizarní porucha chůze ještě neznamena psychogenní etiologii
- Stanovit včas diagnózu na základě splnění diagnostických kritérií
- Neopakovat a zbytečně neindikovat další vyšetření, která vedou k iatrogennímu poškození pacienta
- Zvládat případné vlastní negativní emoce a nejednat s despektem
- Nebát se pacienta včas konfrontovat s diagnózou psychogenního onemocnění
- Videodokumentovat nález pro možnost odborné konzultace a sledování příznaků v čase
- Obtíže pacientovi adekvátně vysvětlit a navrhnout postup individuální terapie

- Spolupracovat s dalšími odborníky
- Prognóza je v současnosti stále nepříznivá

Psychogenní poruchy jsou interdisciplinární výzvou ke spolupráci. Bez vzájemné spolupráce celého týmu, poskytování zpětné vazby a komplexní péče o pacienta je prognóza nepříznivá. Diagnóza musí být stanovena neurologem, ale následné pátrání po příčině onemocnění a terapie je především v rukou erudovaných psychoterapeutů, psychiatrů a fyzioterapeutů.

*Podpořeno grantem: IGA MZ ČR NT111
90/6-2010 a PRVOUK-P26/LF1/4.*

Literatura

1. Stone J, Wojcik W, Durrance D, Carson A, Lewis S, MacKenzie L, Warlow CP, Sharpe M. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The „number needed to offend“. *BMJ*. 2002; 325(7378): 1449–1450.
2. Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand*. 1990; 82(5): 335–340.
3. Stone J. The bare essentials: Functional symptoms in neurology. *Pract Neurol*. 2009; 9(3): 179–189.
4. Baik JS, Lang AE. Gait abnormalities in psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2007; 22(3): 395–399.
5. Hinson VK, Cubo E, Comella CL, Goetz CG, Leurgans S. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing. *Mov Disord*. 2005; 20(12): 1592–1597.

6. Cubo E, Hinson VK, Goetz CG, Garcia Ruiz P, Garcia de Yebenes J, Marti MJ, Rodriguez Oroz MC, Linazasoro G, Chacón J, Vázquez A, López del Val J, Leurgans S, Wu J. Transcultural comparison of psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2005; 20(10): 1343–1345.
7. Růžička E, Brožová H. Atlas poruch chůze, Multimediální CD, Adéla, 2006.
8. Edwards MJ, Bhatia KP. Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. *Lancet Neurol*. 2012; 11(3): 250–260.
9. Hinson VK, Haren WB. Psychogenic movement disorders. *Lancet Neurol*. 2006; 5(8): 695–700.
10. Hayes MW, Graham S, Heldorf P, de Moore G, Morris JG. A video review of the diagnosis of psychogenic gait: appendix and commentary. *Mov Disord*. 1999; 14(6): 914–921.
11. Bhatia KP. Psychogenic gait disorders. *Adv Neurol* 2001; 87: 251–254.
12. Fahn S, Williams DT. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol*. 1988; 50: 431–455.

*Článek je převzatý z
Psychiatr. praxi 2012; 13(3): 112–115*

MUDr. Hana Brožová, Ph.D.

Neurologická klinika
a Centrum klinických neurověd, UK,
1. LF a VFN v Praze
Kateřinská 30, 128 21 Praha 2
hana.brozova@lf1.cuni.cz

