

Pacient s funkčními obtížemi v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK Praha
IKEM Praha

Pacienti trpící funkčními obtížemi tvoří až čtvrtinu nemocných v ordinaci praktického lékaře a péče o ně často představuje značné problémy. Podmínkou kvalitní péče je dosažení vzájemného porozumění a pochopení při rozdílném pohledu na prezentované obtíže. Autor referuje o principech práce s těmito pacienty, seznamuje s novými diagnostickými kritérii pro psychosomatický výzkum a doporučuje zásady terapie.

Klíčová slova: funkční poruchy, somatizace, praktický lékař, diagnostika, DCPR, léčba.

Patient with medically unexplained symptoms in primary health care

Medically unexplained physical symptoms present one of common problems in modern medical practice but often prove difficult to manage. Mutual understanding between physician and patient is essential for good quality of care; however, both parties have different views on health complaints and treatment. The author summarizes principles of work with such patients, offers algorithm for diagnosis using the recent Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research, and treatment.

Key words: medically unexplained symptoms, MUS, general practitioner, diagnosis, DCPR, treatment.

Med. praxi 2011; 8(12): 537–539

Úvod

Pacienti s funkčními obtížemi představují pro lékaře každodenní výzvu, nekompromisní dotaz na to, zda je věrný Hippokratovu odkazu a zvládá ve svém povolání stejně dobře vědu jako umění; úspěch u zkoušky z vědecké zdatnosti se týká především diagnostiky a hodnocení uměleckého dojmu zase komunikačních dovedností. Nejčastějšími příznaky jsou atypické nebo stěhovavé bolesti, únava a dysfunkce některých orgánů nebo systémů.

Píšu úmyslně „pacient s funkčními obtížemi“ (v anglické literatuře MUS = medically unexplained symptoms), nikoliv „psychosomatický“, neboť se domnívám, že psychosomatický, ve smyslu biopsychosociální, je každý pacient. Vždyť i nekomplikovaná fraktura má svůj doprovod v psychické a sociální sféře. A některé ryze

somatické choroby, například diabetes, mívají tak bohatý souběh psychosociální problematiky, že její opomíjení by bylo více než non lege artis (6).

Funkční poruchy, uváděné často též jako „somatizace“, představují pestrou směs chronických či rekurentních příznaků bez odpovídajícího patologického nálezu. Etiologicky mohou být v biopsychosociálním modelu chápány jako dysregulace osy CNS–řízený orgán/systém (např. GIT), která se objevuje v souvislosti s nejrůznějšími psychosociálními okolnostmi a vlivy. Klasik psychosomatiky, Lipowski, definoval somatizaci jako tendenci prožívat a prezentovat psychologický distres formou tělesných příznaků a vyhledávat pro tyto obtíže lékařskou pomoc (11). Tento fenomén se rozprostírá napříč somatickými a psychiatrickými diagnostickými kategoriemi,

příčemž definované psychické poruchy se mezi těmito pacienty vyskytují významně častěji (8), především pak emoční poruchy: deprese a úzkostné stavy (10). Na druhé straně však žádná nápadnější psychopatologie nemusí být patrná a standardní diagnostická kritéria (MKN-10) pro její stanovení selhávají.

Vyšetření

V diferenciální diagnóze je moudré o funkční poruše uvažovat co nejdříve, nikoliv teprve po vyloučení všech organických příčin. Na druhé straně je nutné pečlivě vyšetření s podrobnou anamnézou obtíží (tabulka 1) a stejně důkladné vyšetření fyzikální. Je žádoucí omezit pomocná vyšetření ať laboratorní, tak instrumentální a jejich rozsah volit podle racionální úvahy, nikoliv podle pacientova přání, ani alibisticky. Místo to-

Tabulka 1. Schéma vyšetření pacienta s funkčními obtížemi (zpracováno zčásti podle 18)

Základní okruhy	Konkrétní detaily
Trvání obtíží	dny, týdny, měsíce, stále/intermitentně, sezonní výskyt, kolik dnů v týdnu, průběh během dne
Začátek obtíží	náhlý, pozvolný, provokační momenty: tělesná zátěž, menzes, dietní chyba, psychický stres, počasí
Komorbidity	existující komorbidity, oddělenost/spojitost symptomů, změny váhy, výkonu, nálady, zvyků
Předchozí výskyt	shody s obrazem NO, vývoj tehdejších obtíží, léčba, její efekt
Intenzita obtíží, lokalizace	vizuálně analogová škála, vliv na denní aktivitu, lokální nebo difúzní, stěhovavý
Farmakoterapie	podrobná léková anamnéza, OCT, alternativní
Anamnestický souhrn	probrat s pacientem stručně a přehledně dosavadní vývoj s diagnostickou úvahou
Pacientův výklad	co si myslí, že mu je, co by mu pomohlo, jaké má obavy nebo strach v souvislosti s obtížemi
Sekundární zisky	vyřešení problémů v zaměstnání, ve vztazích, řešení krize
Psychiatrická komorbidity	úzkostné stavy, panická porucha, depresivní porucha, hypochondrie, porucha osobnosti

Tabulka 2. Rozdíl mezi pohledem pacienta a pohledem lékaře

ILLNESS	DISEASE
Subjektivní zkušenost	Objektivní verifikace změn
Vlastní výklad (mixtura z různých zdrojů počínaje rodinnými mýty, konče informací z internetu)	Medicínský konstrukt vycházející z poznatků EBM; pro funkční obtíže není jednotný výklad
Symptomy – u funkčních obtíží pestré, často atypické	Objektivní nálezy – u funkčních poruch chybí či nedostatečné
Terapeutické postupy: různé, od racionálních až po magii	Kauzální terapie, u funkčních obtíží vlastně někdy nedostupná
Subjektivní interpretace utrpení na různé úrovni	Pozitivistická filozofie, patofyziologický výklad
Individuální přístup	Guidelines

ho je rozumné vyslechnout pozorně pacientův názor na původ obtíží, zejména pak jeho popis symptomatologie; je to důležité hlavně tehdy, když komorbidita sebou nese možnost odklonu od správné cesty.

Groopman (2) ve vynikající publikaci How doctors think uvádí, mezi desítkami jiných, ilustrativní případ, kdy u pacientky s dlouhodobě probíhajícím funkčním onemocněním GIT – dráždivým tračníkem – bylo přehlédnuto mimoděložní těhotenství, ačkoliv pacientka opakovaně zdůrazňovala, že bolesti, kterými trpí, mají zcela jiný charakter, než bolesti, které dlouhodobě zná.

Při každém vyšetření a při podezření na funkční obtíže zvlášť je třeba mít na paměti, že pacient nahlíží na nemoc zcela jinak, než lékař a tento jeho náhled umět přeložit a integrovat do svého pohledu. Již profesor Thomayer v r. 1900 uváděl, že „lékař učí se znáti hlavně takové známky nemoci, jaké jsou po stránce diagnostické a terapeutické nejdůležitější, zatímco nemocný posuzuje nemoc podle nesnází, jaké mu nemoc jeho způsobuje. Nemoc, třeba smrtelnou, nerespektuje, nepůsobí-li mu hrubších nesnází...“. Anglicky psaná literatura pak rozeznává rozdíl mezi subjektivní zkušeností pacienta se změněným zdravotním stavem = illness a medicínským konstruktem nemoci = disease (tabulka 2).

Přestože subjektivní obtíže nelze spolehlivě verifikovat, může k částečné objektivizaci přispět metoda používaná v algeziologii – vizuálně analogová škála – VAS (3). Na svislé úsečce označíme spodní bod nulou s údajem „žádná bolest“ a horní desítkou s údajem „nesnesitelná bolest“ a pacient zakreslí mezi tyto možnosti stupeň pociťované bolesti. Totéž lze aplikovat na jakýkoliv příznak. Pokud zvolíme délku úsečky 10 cm, máme možnost odečíst intenzitu uváděné obtíže s přesností na milimetry a údaj zaznamenat numericky (graf 1), Metoda je dost spolehlivá, používá se nejen v klinice, ale například také při testování analgetik.

Pro rychlou orientaci v kvalitě a míře psychopatologie poslouží dobře Derogatisův dotazník

Tabulka 3. Diagnostická kritéria pro psychosomatický výzkum

Trs	Možnosti
Vnímání a prožívání zdravotního stavu	■ nosofobie ■ thanatofobie ■ hypochondrie ■ popření
Etiopatogeneze	■ přetrvávající somatizace ■ symptomy psychické poruchy ■ konverzní symptomy ■ „výroční“ reakce
Behaviorální odpověď	■ podrážděná nálada (D-typ) ■ A-typ chování ■ demoralizace ■ alexithymie

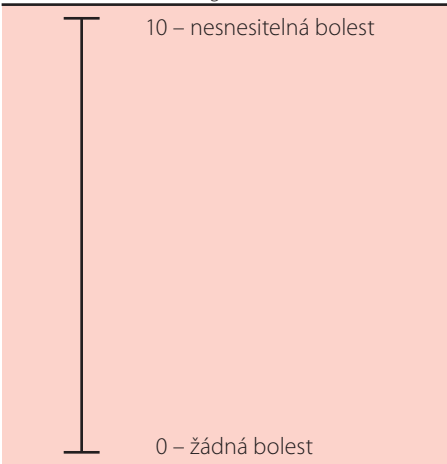
SCL-90 (4) postihující celkem deset psychopatologických okruhů (somatizace, obsese-kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, anxieta, hostilita, fobie, paranoidita, psychoticismus a nezařazené příznaky). Patří k těm, které pacienti přijímají a vyplňují celkem ochotně a bez pocitu, že jsou psychologicky svlékáni a podává dostatečně pružně (retestovat lze již po týdnu) relevantní informaci. Jednoduchý program na interpretaci je schopen v Exelu vytvořit i začínající programátor.

Protože často s výjimkou somatizace a nezařazených příznaků často nelze najít žádný významný psychopatologický rys, doporučují DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – tabulka 3) přihlídnout k podstatným psychosociálním charakteristikám, které spoluurčují jak aktuální klinický obraz, tak průběh a vyústění a jsou rovněž vodítkem k léčbě (14). Obsahují dvanáct symptomových okruhů rozdělených do tří trsů: vnímání, prožívání a pacientovo vyhodnocení zdravotního stavu (nosofobie, thanatofobie, hypochondrie, popření), etiopatogeneze somatizace (přetrvávající somatizace, funkční symptomy jako sekundární projev definované psychické poruchy, konverzní symptomy, „výroční“ reakce) a behaviorální odpověď (podrážděná nálada, A-typ chování, demoralizace, alexithymie).

Několik drobných vysvětlivek k uvedeným pojmům v kontextu této metody: **Nosofobie**

představuje strach z možného onemocnění nejružnějšími chorobami, **hypochondrie** naopak přesvědčení, že pacient touto chorobou trpí. Hypochondři jsou posmívanou skupinou, jejich úzkost je však nesmírná, až tak, že může skončit sebevraždou. Také léčba je náročná a vyžaduje vysoké dávkování antidepresiv, až trojnásobné ve srovnání s depresivními paceienty. **Strach ze smrti** máme všichni, ale thanatofob mu podřizuje celé své jednání; velmi častá je v tomto případě obava ze smrti ve spánku, což vede k jeho dlouhodobému narušení. **Popření** je obranou proti úzkosti a je definováno jako nevědomé posunutí reality do podoby, v níž by si ji pacient přál vidět. V praxi se projevuje především nedodržováním doporučení lékaře

Graf 1. Vizuálně analogová škála (VAS)



a rizikovým chováním, což se jeví jako naprosto kontraproduktivní postoje.

Přetrvávající somatizace je někdy označována jako způsob života, spíše než choroba. Nacházíme při ní chronické stěhovavé obtíže nejružnějšího typu, které se střídají tak, že pacient je neustále „churavý“. **Tělesné symptomy psychických poruch** se objevují nejčastěji u emočních poruch (úzkostné stavy, deprese) a patří téměř zákonitě mezi jejich klasické příznaky. Descartovské rozdělení člověka na tělo a duši totiž doslova vnucuje představu, že emoce jsou cosi efemérního. To není pravda; emoce jsou tělesné děje a prožíváme je různě intenzivně. Pacienti ale jejich projevy interpretují jako poruchu orgánu nebo systému, v němž je pociťují. **Konverzní symptomy** patří mezi obranné reakce proti úzkosti a jsou tělesným vyjádřením nezvládnutelného konfliktu nebo emoce. Velmi často sděluje nonverbálně podstatu problému (například obrna při pocitu nemohoucnosti, „těhotenské“ obtíže budoucích nebo čerstvých otců). Všeobecně známou **výroční reakcí** je Lomikarova smrt. V běžném životě nenabývá takto dramatických a patologických rozměrů, je však častější, než se předpokládá. Nemusí jít vždy přesně o významné datum, ale také o volnější asociace, pacienti si většinou souvislostí vůbec nejsou vědomi.

Podrážděná nálada bývá spojována s chováním nebo osobností tzv. D-typu (D = dysforie). D-typ osobnosti je charakterizován dvěma okruhy vlastností: negativními emocemi a sociální inhibicí, tedy ostýchavostí, plachostí, tendencí se stáhnout především ze strachu s nesouhlasem druhých a s jejich možným odsudkem. Negativní emoce mají smíšený charakter depresivních a úzkostných příznaků, ale současně předrážděnosti a nevrostlosti (12). **A-typ chování** byl dlouho považován za samostatný rizikový faktor ICHS a zejména infarktu myokardu. Vyznačuje se tím, že osoba agresivním způsobem a houževnatě bojuje, aby dosáhla stále vyšších výkonů a postavení bez ohledu na překážky, přičemž má obvykle několik nepřesně stanovených a navzájem nesouvisejících cílů. V obecné řeči splývá s pojmem „workholik“. **Demoralizace** naopak souvisí se syndromem vyhoření a je charakterizována emoční vyprahlostí, odtahitými postoji hraničícími s cynismem, nudou, ztrátou zájmů a nezřídka provázena jednou nebo více závislostmi na psychotropních látkách. **Alexithymie** je vědecký termín pro „emoční negramotnost“. Pacienti nejsou s to prožívat emoce v psychologické rovině a vnímají je jen na tělesné úrovni.

K tomuto výčtu epicyklických charakteristik dlužno dodat, že řada pacientů je doslova promořena anxiolytiky, buď získanými vlastním přičiněním, nebo od jiných lékařů, eventuálně i těmi, které jsme jim v zoufalství předepsali sami. A to až na pomezí závislosti, nebo dokonce za ním.

Sdělení diagnózy a terapie

Na informaci o psychosociální etiologii problémů, které pacienti deklarují jako zdravotní a považují za tělesné postižení zaujímající důstojné místo v diagnostickém seznamu, reaguje většina z nich značně nevrle a (kupodivu) je vůbec nepotěší absence závažné somatické patologie. Lékaři se snaží vyhnout provokování otevřené rezistence pacienta, která se objeví po vysvětlení o emočním podkladě potíží. Ale právě tento odpor by jim mohl umožnit otevřeně projednat psychosociální problémy, které jsou příčinou obtíží; je to především v zájmu nemocných (13). Omezí se tím totiž další zbytečné vyšetřování i nejistota pacienta. Somatické intervence (vyšetření, zákroky) nesouvisejí tolik s naléháním pacientů na jejich uskutečnění, ale daleko více s nedostatečným zaměřením rozhořoru na psychosociální problematiku. Čím více je jí věnováno času, tím méně je třeba těchto postupů; a dále, čím více somatických intervencí lékař doporučí, tím méně projevuje uspokojení z celého případu (15). Edukace pacienta je nezbytná, spolupráce s rodinou velmi užitečná.

Každý zkušený lékař ví, že terapie netvoří izolovaný úsek; začíná již od prvního setkání s nemocným. A právě pečlivá anamnéza spojená s fyzikálním vyšetřením navozuje dobrý vztah. Až třetina pacientů s funkčními obtížemi je emočně nezralých (16) a to, co potřebují především, je emocionální podpora, ujištění, že lékař je tu pro ně a že se na něj mohou kdykoliv obrátit. S tím souvisí i obecné doporučení: neslibovat pacientovi explicitně vyléčení, ale implicitně věrnost. Mnozí totiž používají stonání jakonevědomou obranu před rizikem selhání v některých životních oblastech. Ani kvalitní komunikace pak nemusí bezpodmínečně znamenat kýžený terapeutický úspěch.

Symptomy, které jsou v kontextu EBM léčitelné, především projevy definovaných poruch emotivity – úzkostných stavů a deprese – je třeba začít léčit hned; antidepressiva jsou lékem volby v obou případech. Jsou k dispozici kvalitní doporučené postupy (7, 9). Z anxiolytik je vhodné dát přednost nenávykovým preparátům: buspiron v případě déledobějšího

Doporučený postup pro praktické lékaře

Stanovte s jistotou diagnózu funkční poruchy
Omezte zbytečná pomocná vyšetření
Zjistěte, co lze léčit v rámci EBM (emoční poruchy) a zahajte léčbu
Edukace pacienta a dle možnosti i rodiny
Dohodněte s pacientem léčebný postup
Minimalizujte farmakoterapii funkčních obtíží
Maximalizujte nefarmakologické postupy (režim, cvičení, KBT)
Motivujte pacienta na aktivním přístupu k úzdruvě

ho užívání, hydroxizin na jednorázové použití a kratší dobu.

Pro řešení psychosociální a emoční problematiky je výhodné, pokud má lékař alespoň minimální psychoterapeutickou erudici, optimální je pochopitelně plný sebezkušenostní výcvik (1). Ale i bez něj může být pro pacienta mnohem užitečnější než biologicky orientovaný psychiatr (5). Při dominující algické symptomatologii je indikováno odeslání na některé z center pro léčbu bolesti. Také mnozí specialisté mají pro tyto pacienty empatii; nejvíc jsem ji našel (řazeno abecedně) u fyziatru, gastroenterologů, gynekologů a revmatologů.

Z psychoterapeutických přístupů je nejvíce doporučována KBT – kognitivně behaviorální terapie, která je oblíbená především pro racionální přístup a neotevírání bolestivých kapitol pacientovy minulosti a přítomnosti. To už neplatí o dalších školách, zejména dynamických, rodinných a interpersonálních, které však mohou více postihnout podstatu problému (17).

Článek přijat redakcí: 5. 9. 2011

Článek přijat k publikaci: 6. 10. 2011

Literatura

1. Černá L. Funkční dyspepsie – přínos krátkodobé psychoterapie (Psychosomatická kazuistika). Prakt Lék 2001; 81(4): 200–203.
2. Groopman J. How doctors think. Houghton Mifflin Comp., Boston – New York, 2008.
3. Honzák R. Bolest, její diagnostika a léčení. In: Chromý K, Honzák R et al. Somatizace a funkční poruchy. Praha, Grada Publishing 2005: 77–104.
4. Honzák R. Funkční kardiovaskulární obtíže a psychiatrická problematika. In: Chromý K, Honzák R, et al. Somatizace a funkční poruchy. Praha, Grada Publishing, 2005: 135–157.
5. Chvála V. Je psychosomatika věcí psychiatrie? Čes slov Psychiat 2009; 105(5): 195.
6. Kitzlerová E. Potřebují pacienti trpící diabetem mellitem psychosociální pomoc? Čes slov Psychiat 2008; 104(4): 180–185.
7. Kosová J. Léčba úzkostných poruch. Psychiatrie 2011; 15(1): 13–20, http://cz.lundbeck.com/cz/Professionals/Press/documents/Psychiatrie_c_1_2011_Lecba_uzkostnych_poruch.pdf.

8. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity, and management. *Int J Meth Psychiatr Res* 2003; 12: 34–43.
9. Laňková J, Šiblíková J. Deprese, 2004, http://www.svl.cz/Files/nastenka/page_4766/Version1/Deprese.pdf.
10. Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med*. 2007; 69(9): 860–863.
11. Lipowski ZJ. The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1358–1368.
12. Mols F, Denollet J. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;23;8(1): 9 [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2822747/? tool=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2822747/?tool=pubmed).
13. Monzoni CM, Dunean R, Grünewald R, Reuber M. Are there interactional reasons why doctor may find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients. *Patient Educ Couns*, 2011, Aug 9 (Epub ahead of print).
14. Porcelli P, Rafanelli C. Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr Psychiatry Rep*, 2010; 12(3): 246–254AN.
15. Salmon P, Humpris GM, Ring A, et al. Primary care consultations about medically unexplained symptoms: patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. *Psychosom Med*, 2007; 69(6): 571–577.
16. Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptoms presentations in ten UK general practices. *Psychol Med*, 2011; 31(8): 1–10.
17. Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál, Praha, 2005.
18. http://www.healthquality.va.gov/mus/mus_poc_combined.pdf.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Ústav všeobecného lékařství
1. LF UK Praha
Albertov 7, 128 00 Praha 2
radkinh@seznam.cz

