

SOMATOFORMNÍ PORUCHY

MUDr. Erik Herman^{1, 2, 3}, MUDr. Ján Praško, CSc.⁴, doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.³

¹Psychiatrická ambulance Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha

³Neurologické oddělení a Neuropsychiatrické centrum Nemocnice Na Fratišku, Praha

⁴Psychiatrické centrum, Praha

ÚVOD

Pacienti se somatoformními poruchami představují pro somatické lékaře i psychiatry jak z diagnostického, tak z terapeutického hlediska jeden z nejsložitějších problémů i výzev.

Charakteristické rysy

1. Přítomnost tělesných příznaků bez prokazatelných organických patologických změn.
2. Dominuje starost o tělesné zdraví, v projevu jsou trvalé stížnosti na tělesné příznaky s žádostmi o lékařské vyšetření přesto, že nálezy byly opakovaně negativní a pacient je lékařem trvale ujišťován, že příznaky nemají žádný tělesný podklad.
3. Pacienti trpící některou ze somatoformních poruch mohou případně zároveň trpět tělesným onemocněním. To však nevysvětluje intenzitu, povahu nebo rozsah příznaků ani míru starostí, které o sebe pacient má.
4. Tyto příznaky nejsou pod vědomou nebo volní kontrolou.

Obecné cíle terapie

1. Předejít roli nemocného a chronické invalidizace.
2. Minimalizovat nezbytné náklady a komplikace, které vyplývají z opakovaných vyšetření, hospitalizací a léčebných zákroků včetně léků a závislosti na nich.
3. Efektivně léčit komorbidní psychické poruchy, jako je deprese a úzkostné syndromy.

Obecná doporučení v léčbě

1. Stabilní léčba jedním psychiatrem a jedním praktickým lékařem.
2. Uznání legitimacy příznaků pacienta, nebagatelizovat je.
3. Spolupráce s praktickým lékařem a dohoda s ním na omezení excesivních laboratorních testů a složitých vyšetření, případně realizovat jedno fyzikální vyšetření na každé návštěvě (TK, sedimentace...).
4. Pravidelné návštěvy u lékaře, nikoli spontánní dle kolísání potíží.
5. Využít v léčbě alternativních a instrumentálních metod a pomůcek (akupunktura, akupresura, rehabilitace).
6. Psychoterapeutická péče s cílem přesunout ohnisko pozornosti od příznaků k osobním a interpersonálním problémům, zkoumat způsob stonání v rodině.
7. Snažit se interpretovat příznaky jako způsoby emoční komunikace než jako novou chorobu.
8. Délku pracovní nechopnosti či hospitalizaci omezit na minimum.

Diagnostický postup a vyšetření

1. Prvotní komplexní somatické vyšetření u odborníků (zpravidla již provedeno před kontaktem s psychiatrem), interní, neurologické, další specializované vyšetření případně včetně CT, MRI, EEG.
2. Prvotní komplexní psychiatrické zhodnocení – tělesné příznaky, emotivita, anxieta, osobnostní charakteristika, vyhýbavé a zabezpečovací chování, zařazení v rodině, v práci, ve společnosti, celková psychosociální adaptace.
3. Prvotní komplexní psychologické vyšetření zaměřené na strukturu osobnosti (MMPI, Rorschachův test).
4. Závěr: zásadní je podrobná edukace nejen o příznacích, ale i o psychodynamice onemocnění, nezbytné je vyhnout se konfrontaci „kdo má pravdu“.

Obecný terapeutický přístup

Psychoterapie

Jákykoli typ dlouhodobé jak individuální, skupinové i rodinné psychoterapie zlepšuje stav pacientů se somatoformními poruchami v průměru o 50 % (snížení příznaků, počtu hospitalizací, zlepšení sociálního fungování). Zásady přístupu k pacientovi jsou stejné jako obecně u všech somatoformních poruch. U přetrvávajících bolestivých poruch se specifickěji využívá kognitivně behaviorální psychoterapie, hypnóza a relaxační techniky.

Farmakoterapie

Antidepresiva jsou indikována především v léčbě komorbidní depresivní nebo úzkostné poruchy. Pacienti jsou většinou vysoce citliví vůči vedlejším účinkům medikace, účelné je začínat léčbu s nižšími dávkami léků. Sekundární úlohu mají psychofarmaka ve snížení tenze a vegetativních příznaků, zde jsou pravidelně účinné nízké dávky antipsychotik (sulpirid, amisulprid, risperidon, olanzapin,...). Benzodiazepinová anxiolytika jsou vysoce riziková ze vzniku návyku. U hypochondrické poruchy vzhledem k jejímu zařazení do obsedantně kompulzivního spektra jsou specificky účinná antidepresiva, používaná v léčbě poruch z této skupiny (sertralin, paroxetin, clomipramin, fluoxetin, citalopram,...). U neodklonitelných forem hypochondrie je účelná léčba antipsychotiky (sulpirid, amisulprid, risperidon, olanzapin,...). Nejvýraznější prokázaný analgetický účinek je u smíšených tricyklických antidepresiv (amitriptylin, imipramin), menší u demetylovaných (desimipramin, nortriptylin). Antidepresiva typu SSRI nemají vlastní analgetický efekt, ovlivňují však přidruženou depresivní nebo úzkostnou složku. Analgetický účinek tricyklick se dostává dříve než účinek antidepresivní, většinou již v prvních dnech podávání. Efektivní je rovněž podávání antidepresiv typu SNRI venlafaxinu a milnacipranu. U chronických bolestí s neuropatickým podílem je velmi efektivní gabapentin.

V terapii chronické bolesti se doporučuje komplexní přístup s těmito zásadami:

1. snížení dávek nebo vysazení analgetik a anxiolytik
2. léčba antidepresiv
3. psychoterapie s využitím kognitivně behaviorálních přístupů, hypnózy a nácviku relaxace.

Somatizační porucha

Epidemiologie

Celoživotní riziko v běžné populaci 2 % u žen, 0,2 % u mužů. Přítomna je až u 22 % ambulantních psychiatrických pacientů. Častější v chudších socioekonomických skupinách a u osob s nižším vzděláním a chaotickým životním stylem.

Diagnóza

Dominují mnohočetné a rozmanité, opakující se a rovněž často se měnící tělesné příznaky, které neodpovídají jednotlivým tělesným systémům. Nejobvyklejší je gastrointestinální dyskomfort, nespecifické algie, kardiovaskulární a urogenitální příznaky. Často jsou doprovázeny depresivní nebo úzkostnou symptomatikou. Tyto příznaky nelze dostatečně vysvětlit na základě somatických a laboratorních vyšetření, nemají žádný prokazatelný organický podklad. Trvají nejméně 2 roky, většinou řadu let před kontaktem s psychiatrem. Pacient typicky již prodělal řadu vyšetření a léčil se u řady somatických odborníků s negativním nebo přechodným výsledkem.

Etiopatogeneze

Hereditární vlivy: konkordance u monozygotních dvojčat je 29 %, u dizygotních 10 %, objevuje se až u 10–20 % matek nebo sester pacientů, hlavní vliv má však prostředí.

Neuropsychologické defekty: narušení pozornosti, paměti a kognice s falešnou percepcí a hodnocením somatosenzorických senzací, stejná reaktivita k relevantním a irrelevantním podnětům.

Teorie sociální komunikace: využití příznaků k manipulaci a kontrole ve vztazích.

Alexithymie: neschopnost verbálně vyjádřit svůj emoční stav a potřeby, pomocí příznaků pacient symbolicky svoje pocity a přání. Častý je vznik poruchy po významné emoční ztrátě, která nebyla adekvátně zpracována (úmrtí blízké osoby nebo rozchod s ní).

Behaviorální pohled na somatizační poruchu zdůrazňuje učení se od rodičů, zejména formou imitace nebo nadměrné pozornosti pro somatické stesky v dětství. Ve výchově buď převažovalo hyperprotektivita (somatické příznaky sloužily od dětství ke zvýšení pozornosti rodičů) nebo naopak přílišné fyzické trestání (somatické příznaky pomáhaly od dětství vyhnout se povinnostem nebo trestu).

Průběh

Porucha začíná většinou před 30. rokem života. Zpravidla navazuje nepříznivou životní událost (somatická nemoc, emoční stres, propuštění z práce, úmrtí blízké osoby). Průběh poruchy je chronický a kolísavý s exacerbacemi a remisemi. Epizoda trvá přibližně 6–9 měsíců, remise cca 1 rok, nová epizoda nastává většinou po provokaci emočním stresem.

Diferenciální diagnóza

Somatizační porucha se odlišuje od tělesných nemocí především těmito rysy:

1. příznaky se týkají více tělesných systémů, často neodpovídají anatomickým pravidlům
2. chronický průběh bez vzniku strukturálních tělesných abnormit
3. absence charakteristických laboratorních nálezů.

Tělesná onemocnění: kolagenózy, sclerosis multiplex, myastenia gravis, některá virová onemocnění (např. AIDS), neuroborreliosa, akutní intermitentní porfyrie, hyperparathyreoidismus, hyperthyreoidismus a chronické infekce. Počátek mnohočetných tělesných příznaků po 40. roce života však budí vždy podezření na somatické onemocnění.

Psychické poruchy: úzkostné poruchy, disociační poruchy, ostatní somatoformní poruchy, deprese, schizofrenie s cenestopathickými bludy a halucinacemi.

Komorbidity

U pacientů se somatizační poruchou je přítomna depresivní porucha v 55 %, panická porucha ve 26 %, poruchy osobnosti v 65 % (emočně nestabilní, histriónská, vyhýbavá, ...), častá je závislost na alkoholu, benzodiazepinech a analgetikách.

Hypochondrická porucha

Epidemiologie

Výrazné hypochondrické příznaky jsou přítomny cca u 10 % osob, přicházejících k lékaři, často jsou součástí úzkostných nebo depresivních poruch. Poměr mužů a žen je 1:1.

Etiopatogeneze

Neurobiologie: udává se snížený práh bolesti a zvýšená citlivost k tělesným vjemům.

Obsedantně-kompulzivní spektrum: hypochondrická porucha se zařazuje do tohoto okruhu pro podobnost obsedantních a hypochondrických příznaků.

Diagnóza

Hypochondrická porucha je charakterizována úzkostným sebepozorováním a strachem z nemoci. Postižený se obává, že má jednu nebo více závažných a progredujících tělesných nemocí. V případě somatizační poruchy pacient prodělává řadu i invazivních vyšetření, hypochondrický pacient se invazivitě spíše vyhýbá. Variantou hypochondrické poruchy je dysmorfofobická porucha s trvalým přesvědčením o tělesné deformitě nebo anomálii.

Průběh

Počátek bývá většinou v rané dospělosti. Průběh je obvykle epizodický nebo chronický s kolísavou intenzitou. Epizody trvají od několika měsíců do několika let. Zhoršení příznaků bývá obvykle spojeno se stresujícími změnami nebo životními událostmi.

Diferenciální diagnóza

Stejná jako v případě somatizační poruchy, nutné je pečlivější odlišení od **trvalé poruchy s bludy** (psychotická hloubka příznaků, bizarnost) a **larvované deprese** (kratší epizody, přítomnost dalších depresivních příznaků).

Komorbidity

Pacienti s hypochondrickou poruchou trpí ve 40 % depresí, v 16 % panickou poruchou s agorafobií, úzkostná porucha většinou hypochondrickou poruchu předchází, depresivní následuje.

Somatoformní vegetativní dysfunkce

Epidemiologie

Tito pacienti tvoří cca 10 % osob s chronickými tělesnými potížemi v ordinaci somatických lékařů.

Diagnóza

Příznaky, které imitují poruchu orgánového systému, který je inervován a kontrolován autonomním nervstvem. Nejobvyklejší jsou příznaky z **kardiovaskulárního systému** (neurocirkulační astenie, Da Costův syndrom), **respiračního systému** (psychogenní kašel, škytavka, hyperventilace), **gastrointestinálního systému** (psychogenní aerofagie, „žaludeční neuróza“, dyspepsie, pylorospasmus, dráždivý tračník, „nervový průjem“ a syndrom plynatosti) a **urogenitálního systému** (psychogenní polakisurie, dysurie).

U prvního typu jsou přítomny objektivní příznaky vegetativního podráždění (palpitace, pocení, červenání, tremor,...).

U druhého typu jsou přítomny nespecifické a měnlivé příznaky: pocity přechodných bolestí, pálení, tíže, sevření a pocity nadmutí nebo nafouknutí.

Pacienti jsou zaujati jak objektivními příznaky, tak subjektivním prožíváním symptomů, často jsou tyto potíže spuštěny obdobím výraznějšího emočního stresu.

Etiopatogeneze

Neurobiologicky se popisuje dysfunkce serotonergního, noradrenergního eventuálně GABAergního systému.

Ostatní teorie jako u somatizační poruchy.

Průběh

Podobný jako u ostatních somatoformních poruch s epizodami exacerbace a remise onemocnění.

Diferenciální diagnóza

Stejná jako u somatizační poruchy.

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha**Epidemiologie**

Plně vyjádřenou somatoformní bolestivou poruchou trpí kolem 1 % nemocných přicházejících k lékaři první linie. V mírnější formě se však může vyskytovat až u 15 % těchto osob. Porucha postihuje 2x častěji muže než ženy. Může se objevit v kterémkoliv věku, nejčastější je ve 4. a 5. dekádě.

Diagnóza

Dominují stížnosti na stálou, těžkou a skličující bolest na jednom nebo více místech, která se nedá plně vysvětlit žádným fyziologickým procesem nebo tělesnou poruchou. Většinou je spuštěna nebo udržována emočním stresem.

Etiopatogeneze

Neurobiologie: udává se dysbalance v systémech ovlivňujících vnímání bolesti (adrenergní, serotonergní, endorfinové okruhy).

Alexithymie je u těchto pacientů charakteristická.

Průběh

Počátek je většinou náhlý, příznaky se stupňují a další průběh je chronický, hrozící a častý je návyk na analgetika.

Diferenciální diagnóza

Stejná jako u somatizační poruchy, bolesti většinou na rozdíl od bolestí organického původu neodpovídají neurofyziologickým zákonitostem. Oproti somatizační poruše jsou zde příznaky spíše stereotypní a nikoli proměnlivé.

Komorbidity

Až 60 % pacientů s bolestivou poruchou trpí depresivními příznaky, častý je abusus alkoholu, analgetik a benzodiazepinů.

Literatura

1. Oldham JM, Riba MB. Pain, what psychiatrists need to know. Review in Psychiatry. American Psychiatric Press, 2000.
2. Phillips KA. Somatoform and Factitious Disorders. Review in Psychiatry. American Psychiatric Press, 2001.
3. Praško J, Pašková B, Horáček J, Fremund F. Somatoformní poruchy. Praha, Galén 2002; 160 s.
4. Švestka J. Antidepresiva a bolestivá porucha. Jsou analgeticky stejně účinná noradrenergní, serotonergní a smíšená (noradrenergní + serotonergní) antidepresiva? Bolest 3, 1999: 119–126.
5. Wise MG, Rundell JR. Textbook of consultation-liaison psychiatry. The American Psychiatric Publishing. Washington DC, 2002.
6. Yates WR. Epidemiology of Psychiatric Disorders in the Medically Ill. V: Psychiatric treatment of the medically ill. Robinson RG, Yates WR (eds.) Marcel Dekker, New York, 1999: 41–64.