

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče

Pavel Čech¹, Michal Kryl², Daniela Stackeová³

¹Tulsia Clinic a Medinplant, s. r. o., Praha

²Institut sociálního zdraví CMTF UP v Olomouci

³Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, s. r. o., Praha

Čas. Lék. čes. 2023; 162: 238–247

SOUHRN

Psychosomatická medicína prošla v Česku v posledních letech dynamickým vývojem. V roce 2014 došlo k založení Společnosti psychosomatické medicíny ČLS JEP. Ta rozvíjí jak odbornou stránku tohoto oboru, tak usiluje o lepší integraci psychosomatické péče do systému českého zdravotnictví. Po několikaletém úsilí se jí podařilo docílit schválení kódu lékařského výkonu v oboru psychosomatika (909) „psychosomatická intervence“. Text „Doporučených diagnostických a terapeutických postupů psychosomatické péče“ popisuje doporučený pohyb psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče, diagnostické kategorie v oblasti psychosomatické medicíny a s ní související diferenciální diagnostiku a základní diagnostické jednotky v oblasti psychosomatiky.

KLÍČOVÁ SLOVA

psychosomatika, psychosomatická medicína, psychosomatická intervence, porucha tělesné úzkosti

SUMMARY

Čech P. et al. Recommended diagnostic and therapeutic procedures for psychosomatic care

Psychosomatic medicine has undergone dynamic development in the Czech Republic in recent years. The Society of Psychosomatic Medicine of the Czech Medical Association of J. E. Purkyně was founded in 2014. It develops both the professional side of this field and strives for better integration of psychosomatic care into the Czech health care system. After several years of effort, it succeeded in obtaining approval of the medical procedure code in the field of psychosomatics (909) "psychosomatic intervention". The text of Recommended Diagnostic and Therapeutic Procedures for Psychosomatic Care describes the recommended movement of the psychosomatic patient through the health care system, diagnostic categories in psychosomatic medicine and related differential diagnosis, and basic diagnostic units in psychosomatic medicine.

KEYWORDS

psychosomatic, psychosomatic medicine, psychosomatic intervention, bodily distress disorder

ÚVOD

Předložený text nazvaný „Doporučené diagnostické a terapeutické postupy psychosomatické péče“ představuje první takový dokument v historii Společnosti psychosomatické medicíny (SPM) ČLS JEP. K jeho vytvoření nás vedl potěšující stav oboru psychosomatické medicíny u nás, související mimo jiné se schválením kódu lékařského výkonu v oboru psychosomatika (909 – psychosomatická intervence).

První část textu popisuje doporučený pohyb psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče, vyplývající z organizace psychosomatické péče u nás. To je důležité nejen pro zdravotníky, ale i pro zdravotní pojišťovny, aby bylo zřejmé, co se v systému zdravotní péče děje s pacientem, který je indikován k psychosomatické péči, a jací odborníci a jakým způsobem se na ní mohou podílet. Druhá část přibližuje diagnostické kategorie v oblasti psychosomatické medicíny a s ní související diferenciální diagnostiku. Tyto informace jsou stěžejní hlavně pro odborníky z praxe, stejně jako třetí část, jež má odbornější ráz a popisuje základní diagnostické jednotky v oblasti psychosomatiky. V přílohách se nacházejí příklady dotazníkových metod zaměřených na screening psychosomatických poruch.

MANAGEMENT POHYBU PSYCHOSOMATICKEHO PACIENTA V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

SPM si je vědoma, že se schválením kódu „psychosomatická intervence“ je třeba definovat způsob jeho využití a řešit i návaznosti v péči o psychosomatického pacienta.

Základním východiskem je, že použití kódu sdružuje psychosomaticky graduované lékaře napříč klinickými obory, neboť prakticky ve všech se psychosomatické stavy objevují. Biopsychosociální model běžně používaný v západní Evropě předpokládá, že podíl psychosociální složky na průběhu stonání, charakteru potíží i reakci na léčbu je u těchto stavů poměrně zásadní a zasluhuje adekvátní pozornost a kvalifikovanou péči. Psychosomatický lékař, graduovaný ve smyslu znění kódu „psychosomatická intervence“ (tedy se zvláštní specializovanou způsobilostí v nastavbovém oboru psychosomatika a/nebo absolvent kurzu IPVZ „Základní psychosomatická péče [I–IX], 120 hodin sebezkušenosti a povinnost supervize formou Balint 1× ročně“), má k dispozici pro jednoho pacienta nanejvýš 7,5 hodiny intervenčního času, ve kterém využívá svých znalostí ke stanovení významného psychosociálního kontextu stonání. V rámci své odbornosti

je také schopen vyloučit závažná somatická onemocnění, což musí být provedeno vždy ještě před stanovením diagnózy psychosomatického stavu. Pouhé nalezení psychologického kontextu ke stanovení takové diagnózy nestačí. Tohoto odlišení je schopen jen lékař kompetentní posoudit stav komplexně. Právě komplexní znalosti, resp. biologické rozšířené o psychosociální oblast, tvoří předpoklad správného zacházení s těmito stavy.

Není-li nalezen indikovaný léčebný postup a lze zařadit pacienta do kategorie **MUS** (medicínsky nevysvětlených symptomů) nebo **BDD** (*bodily distress disorder* – porucha tělesné úzkosti, vysvětleno dále textu), je namísto zejména uklidnění pacienta, že tento stav je možný a má své psychosomatické vysvětlení. Vždy je nutné kvalitní vyšetření, protože existují i nemoci vzácné s neobvyklými příznaky. **MUS/BDD** bez závažného somatického postižení vyžadují specializovanou psychosomatickou péči.

Další skupinu tvoří pacienti s onemocněním, jež medicína zná, ale míra potíží, příznaky choroby, její průběh a reakce, případně rezistence na léčbu neodpovídají jeho běžnému obrazu. Takových stavů existuje mnoho a dotčené pacienty nelze „odpojit“ pouze do péče psychologické či psychiatrické, protože na jejich stonání se podílejí kromě psychologických vlivů i ryze somatické. Často vyžadují např. dispenzarizaci a souběžnou léčbu somatickým lékařem a psychologem nebo lékařem a fyzioterapeutem.

Poslední skupinou jsou pacienti velmi komplikovaní, s již přítomnou značnou psychickou či psychosociální zátěží. Podle výzkumných prací ze zahraničí i českého prostředí (Řiháček a další) je zřejmé, že profitují z multimodální terapie. Jedná se o kombinované působení více odborníků souběžně, například formou týmového pracoviště či přímo psychosomatického stacionáře po dobu 6–8 týdnů. Tito pacienti často vyžadují i psychiatrickou medikaci, přesto se nejedná o primárně psychicky nemocné, ale o psychiatrickou komorbiditu, která se vyskytuje velmi často.

Námi navržený systém péče pracuje se stratifikovaným zapojováním odborníků do péče v rámci stávajícího zdravotního systému s vědomím specifík těchto psychosomatických stavů. Hlavní snahou je nabídnout přehled pohybu pacienta v systému tak, aby se řídil pravidly v souladu s poznáním v oblasti psychosomatické medicíny.

KROK 1: VYLOUČENÍ SOMATICKÉ CHOROBY

V prvním kroku je nezbytné posoudit, zda obtíže a příznaky pacienta nejsou způsobeny somatickým onemocněním. Diferenciální diagnostiku provádí lékař se specializací na dané potíže, případně praktický lékař, který obvyklým způsobem spolupracuje se specialisty.

Pokud somatické onemocnění není diagnostikováno, nebo pokud z povahy potíží vyplývá vhodnost péče u psychosomaticky vzdělaného lékaře, je k němu pacient odeslán (k ambulantnímu specialistovi nebo praktickému lékaři). Ten se snaží psychosomatickou intervencí propojit stonání s psychosociálním kontextem, umožní pacientovi získat náhled na jeho nemoc a pomůže mu začít řešit danou situaci. Psychosomatictí pacienti se neradi vzdávají svého tělesného stonání, protože řešení situace cestou psychosociální je často mnohem náročnější a složitější.

Dané onemocnění můžeme také vnímat v psychologické rovině jako obranný mechanismus, kdy status nemocného, případně konkrétní somatické příznaky mají takový dopad na jeho praktický život, že mu svým způsobem pomohou

zvládnout problémy, jež by jinak musel řešit aktivně sám sociální cestou, a ta v některých případech ani nemusí být možná. Vysvětlit to pacientovi je časově náročné a často nebude limit 7,5 hodiny péče stačit. Z naší zkušenosti to ale stačí minimálně v polovině případů, zejména u pacientů, kteří se dostali do složitějších životních situací a netrpí psychiatrickou komorbiditou či výraznější psychopatologií. V případech, kdy má na tyto komplikace podezření, musí psychosomaticky graduovaný lékař spolupracovat s psychiatrem či klinickým psychologem již v této fázi léčby.

KROK 2: INDIKACE DALŠÍ PÉČE

Pokud nedojde k úzdavě v kroku 1, měl by lékař indikovat další péči (následnou psychosomatickou), zejména psychiatrickou, klinickopsychologickou, psychotherapeutickou, případně fyzioterapeutickou.

Za velmi výhodné pokračování považujeme práci lékaře psychotherapeuticky vzdělaného, který je schopen sofistikovanější péče v dlouhodobějším kontaktu. Další postup bude často vyžadovat dlouhodobou psychotherapeutickou péči.

KROK 3: MULTIMODÁLNÍ PÉČE

Komplikovaní psychosomatictí pacienti, kteří často prošli dlouhodobou psychotherapií, psychiatrickou péčí či fyzioterapií, ale jejich stav přesto není zlepšen, mohou těžit z multimodální terapie v týmech složených z více odborníků, jak potvrzuje i řada výzkumných studií.

Z uvedeného vyplývá, že psychosomatický pacient vyžaduje řešení nejen somatické roviny stonání, ale zároveň ho nelze vnímat jako duševně nemocného a takto jej v systému zařadit. Do jisté míry je normální tělesně prožívat psychickou či psychosociální zátěž, ale v řadě případů jsou tyto projevy natolik silné, perzistující či chronické, že vyžadují speciální přístup. V nemalém procentu případů dochází na podkladě dlouhodobých funkčních změn i ke změnám organickým, strukturálním, což je běžný patofyziologický jev. Specifikem psychosomatických stavů je, že je můžeme zmírnit či upravit kombinovaným působením jak na sféru somatickou, tak na psychickou a sociální. Proto navrhujeme stratifikované zapojování různých odborníků v závislosti na průběhu a závažnosti stavu, které začíná diferenciální diagnostikou a stanovením diagnózy v lékařské praxi a může končit komplexní multioborovou péčí, pokud to stav nemocného vyžaduje.

Pro kvalitní management psychosomatických stavů ve zdravotním systému jsou vhodné následující kroky:

1. zavedení kódu týmové spolupráce v centrech nebo prostředím spolupracujících týmů na lokální geografické úrovni, a to zejména při geografické nedostupnosti center
2. možnost kontraktace psychotherapie u somatických lékařů splňujících zákonné podmínky oboru Lékařská psychotherapie
3. zapojení psychotherapeutů dle 3stupňového modelu s pravidelnou evaluací lékařem-psychosomatickem

DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Hlavním kritériem pro zařazení pacienta do psychosomatické péče jsou v zásadě dvě okolnosti, a to *způsob jeho stonání a průběh („chování“) nemoci*. Pro psychosomaticky podmíněné onemocnění je charakteristické, že převážně tělesný příznak, funkční porucha nebo kombinace tělesných a psychických

DOPORUČENÉ POSTUPY

Psychosomatický pacient

1/ nebyla diagnostikována žádná nosologická jednotka, která by odpovídala charakteru stonání – splňuje kritéria BDD z ICD 11 event. starší kategorizace MUS

2/ je přítomen symptom zařaditelný k lékařské odbornosti případně i biologický substrát, ale způsob stonání, reakce na léčbu, chování onemocnění, časté recidivy či chronicita potíží neodpovídá obvyklému průběhu a chování nemoci. Zároveň je odůvodněné podezření na silný psychosociální podíl plynoucí z psychosomatického pohovoru. Splňuje kritéria BDD s přítomnou nosologickou jednotkou.

ad 1/ Potíže jsou nespecifické – potíže splňují kritéria BDD bez zdravotních specifik vážících se k jiné lékařské odbornosti. Pacient může zůstat v péči psychosomaticky graduovaného praktického lékaře či lékaře pro děti a dorost. Přesto je nutné pacienta důkladně vyšetřit, případně i ve spolupráci s lékaři specialisty včetně oboru psychiatrie pro vyloučení psychiatrické komorbidity.

ad 2/ Má specifické potíže, které odpovídají dané lékařské odbornosti. Pak patří do péče psychosomaticky graduovaného specialisty (gynekologie, neurologie, gastroenterologie, kožní, ORL, plicní, revmatologie, imunologie, rehabilitační lékařství, kardiologie, interní medicína, urologie apod.)

Management kódu „psychosomatické intervence“

Je společný pro všechny graduované lékaře, kteří dle specifikace kódu provádí psychosomatickou intervenci v maximální časové dotaci 7,5 hodin (30x za rok) maximálně v průběhu jednoho roku léčby. Kód používají frakcionovaně od 15minutové krátké intervence v průběhu své běžné práce na ambulanci až po hodinové konzultace s explorativní psychosomatickou anamnézou, provedením metody časové osy, formulace hypotézy psychosociálního kontextu, zvážení psychiatrické komorbidity, případně duální léčby.

1) Stav pacienta končí úzdavou!

2) Stav pacienta není zlepšen:

Obr. 1 Schéma managementu pohybu psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče – krok 1

potíží nereagují na obvyklou somatickou léčbu a současně nález neodpovídá udávaným potížím (ač je pacient dobře somaticky vyšetřen). Symptomy by měly trvat více než 3 měsíce. Existují v principu dvě možnosti jak nemocného diagnosticky kvalifikovat:

1. Pacient splňuje kritéria některé z diagnóz z oddílu 6E (dle MKN-11), tedy psychologických faktorů či faktorů chování (behaviorálních), jež jsou spojeny s poruchami či onemocněními obsaženými v jiných oddílech klasifikace. Jedná se o následující kategorii: **Psychologické nebo behaviorální faktory ovlivňující poruchy nebo nemoci zařazené jinde – 6E40 dle MKN-11** (Psychické a behaviorální faktory

spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde – F54 dle MKN-10).

Jednotlivé diagnostické podskupiny:

- 6E40.0 – duševní porucha, porucha chování nebo neurovývojová porucha ovlivňující poruchy nebo nemoci zařazené jinde
- 6E40.1 – psychické příznaky ovlivňující poruchy nebo nemoci zařazené jinde
- 6E40.2 – osobnostní rysy nebo styl zvládnutí ovlivňující poruchy nebo nemoci zařazené jinde
- 6E40.3 – maladaptivní zdravotní chování ovlivňující poruchy nebo nemoci zařazené jinde



Obr. 2 Schéma managementu pohybu psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče – krok 2

- 6E40.4 – fyziologická reakce související se stresem ovlivňující poruchy nebo nemoci zařazené jinde

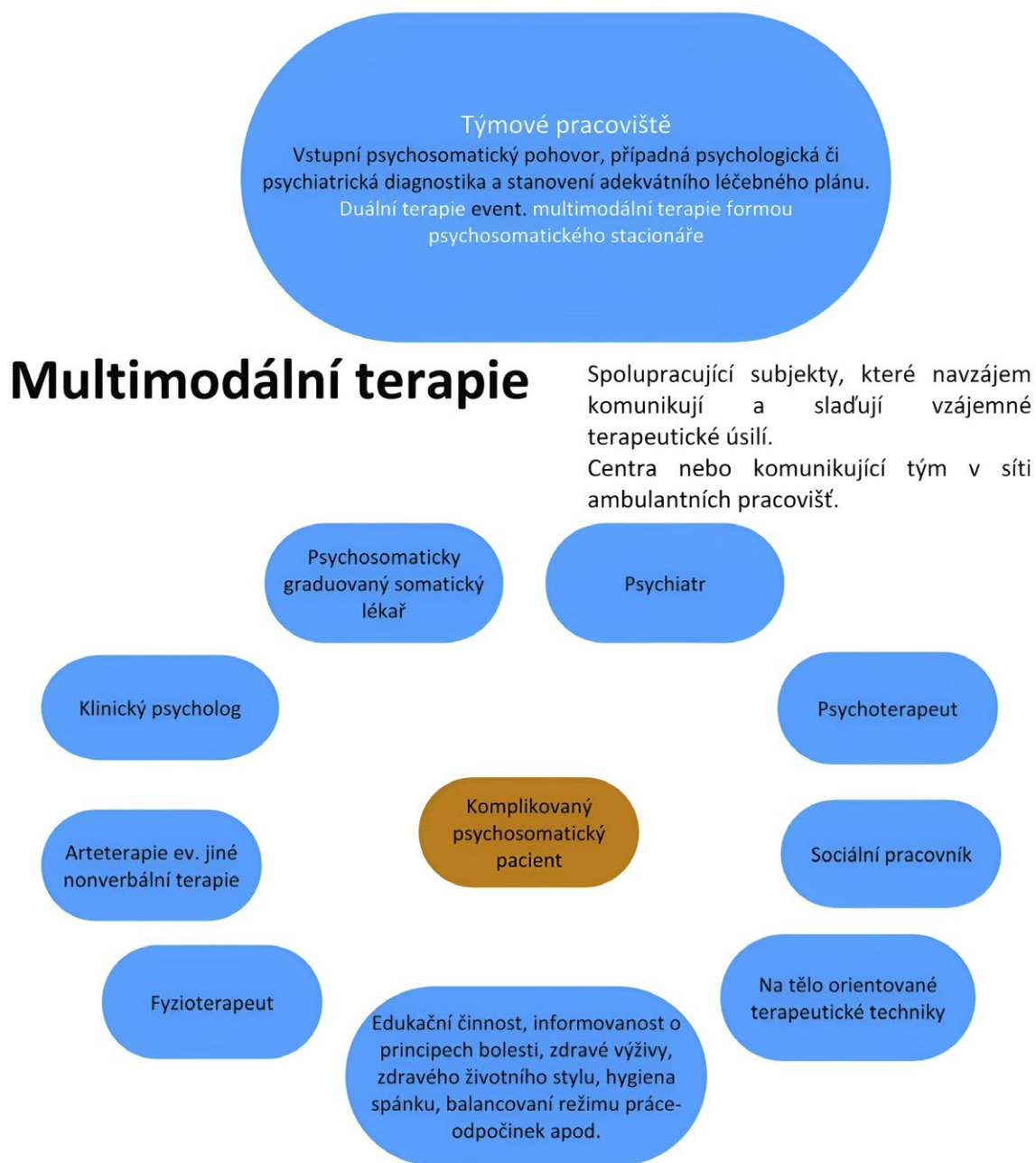
Jedná se o psychologické a behaviorální faktory, které mohou nepříznivě ovlivnit projevy, léčbu nebo průběh stavu zařazeného do jiné kapitoly MKN. Děje se tak zásahem do terapie dotčené poruchy či nemoci, svým způsobem mají vliv také na dodržování léčby pacientem. Rovněž vyhledávání další péče pacientem může představovat zdravotní riziko. Výše zmíněné psychologické a behaviorální faktory se promítají do základní patofyziologie tak, že urychlují nebo zhoršují příznaky nebo vedou k jiným stavům vyžadujícím lékařskou pomoc.

Ke klasifikaci tímto kódem je zapotřebí, aby psychologické a behaviorální faktory zvyšovaly riziko utrpení, postižení nebo smrti, měly by být středem klinické pozornosti. Tato diagnóza by měla být přidělena společně s diagnózou pro příslušné jiné onemocnění.

2. Pacient splňuje kritéria některé z diagnóz z oddílu 06 – duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy, které se projevují kromě duševních a behaviorálních faktorů i tělesnými příznaky. Jedná se především o následující diagnostické jednotky:

Porucha tělesné úzkosti nebo tělesných prožitků – 6C20 (Somatoformní poruchy – F45 dle MKN 10): Porucha

DOPORUČENÉ POSTUPY



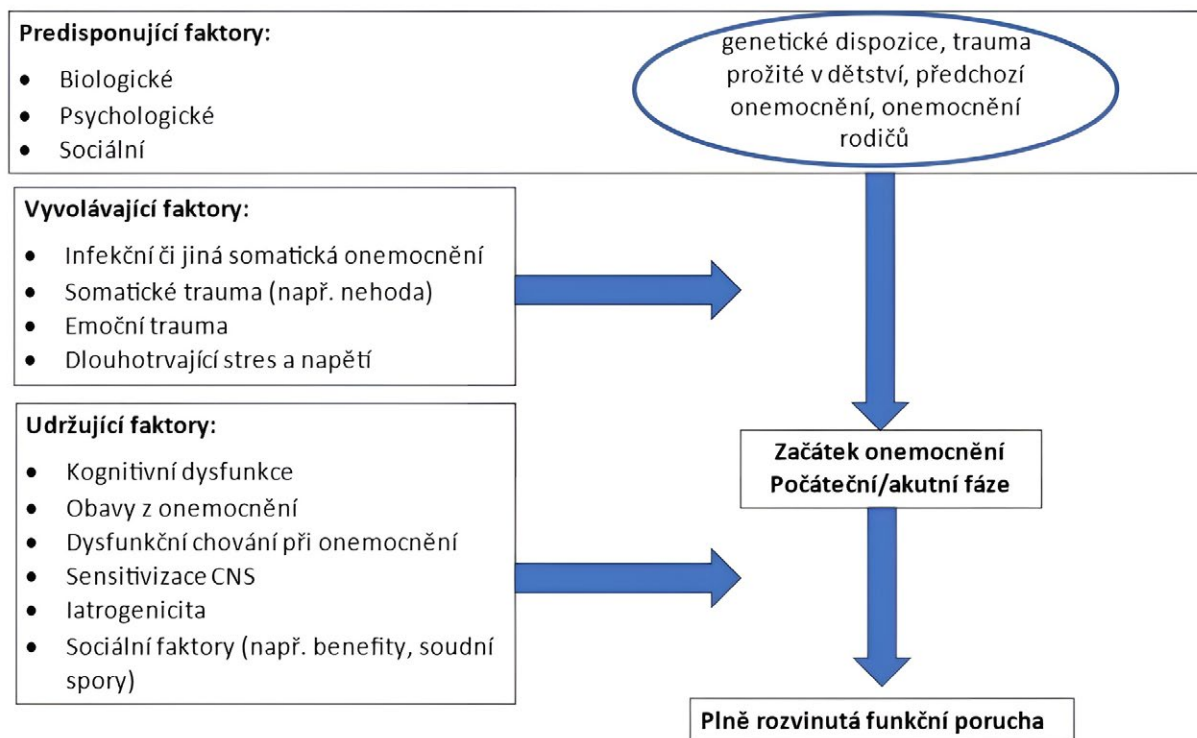
Obr. 3 Schéma managementu pohybu psychosomatického pacienta v systému zdravotní péče – krok 3

je charakterizována přítomností tělesných příznaků, které jedince trápí, jsou trvalé, přítomné po většinu dní po dobu nejméně několika měsíců. Pacient jim věnuje nadměrnou pozornost, což se projevuje opakovaným kontaktem s poskytovateli zdravotní péče. Nadměrná pozornost není zmírněna vhodným klinickým vyšetřením a vyšetřováním a vhodným uklidněním. Rozlišují se tři varianty podle intenzity příznaků – mírná, středně těžká a těžká.

Posttraumatická stresová porucha 6B40 s vyjádřenými somatickými příznaky (Posttraumatická stresová porucha – F43.1 dle MKN-10): Popis poruchy je prakticky shodný s MKN-10, jedná se tedy o opožděnou nebo protražovanou

odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy. Důraz je zde kladen především na přítomnosti tělesných příznaků při základních psychiatrických projevech, jako jsou epizody znovuožívání traumatu, anhedonie a vyhýbání činností a situacím upomínajícím na traumatické zážitky, zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost.

Depresivní epizoda a rekurentní depresivní porucha 6A70 a 6A71 s vyjádřenými neurovegetativními příznaky (Depresivní epizoda a rekurentní depresivní porucha – F32 a F33 dle MKN-10): Popis poruchy je prakticky shodný s MKN-10, jedná se tedy o zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu,



Obr. 4 Etiopatogeneze funkčních poruch (modifikováno dle: 1)

narušení smyslu pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace, spánku, zhoršení chuti k jídlu. Zhoršeny jsou sebedhodnocení a sebedůvěra a přítomny pocity viny a beznaděje. Důraz je zde položen na přítomnost neurovegetativních příznaků (palpitace, zrychlený pulz, pocení, chvění, třes apod.).

ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÉ JEDNOTKY V OBLASTI PSYCHOSOMATIKY

V péči lékařů i dalších zdravotníků se ocitá nemalé procento pacientů, pro jejichž potíže nemají odborníci medicínské vysvětlení. U nás je zažité označení „psychosomatické poruchy“, akcentující psychologické příčiny jejich vzniku. Terminologie týkající se této problematiky je však i mezinárodně poměrně nejednotná, resp. stále se vyvíjí a precizuje. V biomedicínské oblasti se vžil termín *medically unexplained symptoms* (MUS) neboli medicínsky nevysvětlené příznaky. V minulosti byly označovány různými dalšími termíny – funkční poruchy, syndrom centrální senzitivity či somatoformní poruchy. V jednotlivých medicínských oborech existují pro některé funkční poruchy samostatné diagnostické jednotky, jako např. fibromyalgie, syndrom dráždivého tračníku či chronický únavový syndrom. Obzvláště významná je tato problematika pro praktické lékaře, protože jsou často prvními, s kým přichází pacient trpící těmito obtížemi do kontaktu. Zmíněné poruchy mají multifaktoriální etiologii. Jejich etiopatogeneze je popsána v následujícím schématu.

MUS (MEDICÍNSKY NEVYSVĚLENÉ PŘÍZNAKY)

Termín medicínsky nevysvětlené příznaky se používá pro poruchy, jejichž somatické příznaky nemají lékařské vysvětlení. V současné době většina pacientů s obecnými

MUS splňuje diagnostická kritéria pro nediferencovanou somatoformní poruchu klasifikovanou v MKN-10 F45.1 (v DSM-IV 300.82) a spadající pod F45.0 – somatizační porucha. K nejčastějším potížím těchto pacientů patří únava, bolest (nejčastěji zad a/nebo hlavy a bolest břicha), dále také palpitace, dušnost, trávicí potíže, u žen pak nepravidelná nebo bolestivá menstruace.

Údaje v jednotlivých zemích a jednotlivých studiích se různí, pacientů s MUS v primární i sekundární péči je podle nich 15–30 %. Přicházejí nejčastěji s chronickou bolestí, únavou, bolestí hlavy, závratěmi nebo funkční somatoformní poruchou. To přispívá k přetížení zdravotní péče i vyšším finančním nákladům na ni. Pacienti také často mají psychiatrickou komorbiditu, závažná funkční postižení a zhoršenou kvalitu života. Obvykle se považují za somaticky nemocné.

V jejich léčbě je důležité vyhnout se přehnanému a opakovanému vyšetřování, zaujmout pozitivní přístup, akceptovat realitu příznaků a zároveň pacientovi jasně vysvětlit, že neznamenal vážnou nemoc, identifikovat případnou související depresi či úzkostné poruchy a terapeuticky je řešit, v případě potřeby indikovat psychiatrickou nebo psychologickou léčbu. Složitější případy s četnými přetrvávajícími lékařsky nevysvětlenými příznaky jsou obzvláště ohroženy iatrogením poškozením a vyžadují aktivní multidisciplinární léčbu.

Pro účely screeningu MUS bylo vyvinuto více dotazníkových metod. Na výskyt somatoformních příznaků je zaměřen dotazník SOMS-2 (1). Jeho českou verzi uvádějí Kostolanská a Řiháček (2), znění dotazníku uvádíme v příloze.

BDD (PORUCHA TĚLESNÉ ÚZKOSTI)

Pro funkční poruchy je nově v ICD-11, resp. MKN-11 zavedena klinická diagnóza *bodily distress disorder*, překládaná do

DOPORUČENÉ POSTUPY

čestiny jako porucha tělesné úzkosti, vycházející z empirického výzkumu. Její možné projevy zahrnuje dotazník BDD checklist, jehož překlad uvádíme v přílohách. Výsledky validace tohoto dotazníku provedené v Dánsku na skupině 2480 pacientů v primární péči byly publikovány v *Journal of Psychosomatic Research* v roce 2015 (3). Faktorová analýza odhalila 4 faktory: kardiopulmonální, gastrointestinální, muskuloskeletální a obecné příznaky. Výsledkem této studie bylo zkrácení dotazníku ze 30 na 25 položek. Jeho použití je doporučováno jak pro klinickou praxi, tak pro výzkumnou oblast.

Etiologie BDD je multifaktoriální, tyto stavy lze chápat jako výsledek patofyziologických reakcí na dlouhodobý nebo silný psychický a/nebo somatický stres u geneticky disponovaných jedinců. Výzkumné studie ukazují, že 30–50 % pacientů s různě označovanými funkčními poruchami trpí současně některou z psychických poruch, zejména depresivním syndromem či úzkostnou poruchou. Roli hrají také neurovegetativní nerovnováha, dysfunkce stresové osy, senzibilizovaný nervový systém a aktivovaná zánětlivá reakce. To jsou patofyziologické mechanismy, u nichž se předpokládá, že mají potenciál vyvolávat a udržovat somatické symptomy popisované v rámci BDD.

Hlavní výhodou diagnózy BDD je, že byla zkoumána v řadě empirických studií. Na druhou stranu pod ni nejde zahrnout všechny pacienty se zhoršujícími se příznaky, není zahrnuta malá skupina pacientů se vzácnými funkčními příznaky nebo jen velmi malým počtem zhoršujících se příznaků (i jen jedním). Kromě toho byly všechny studie o BDD provedeny v zemích západního světa, chybí ověření tohoto konceptu v rozvojových zemích. V neposlední řadě může být problémem samotný termín, který se do některých jazyků (včetně češtiny) těžko překládá a může přispívat k dualitnímu chápání, např. slovo *distress* může v některých jazycích znamenat především emocionální prožitek, jak je tomu právě i u nás, a tudíž byl zvolen překlad „syndrom tělesné úzkosti“.

Syndrom tělesné úzkosti je porucha, při které pacient prožívá úzkost kvůli přetrvávajícím nebo opakujícím se tělesným příznakům, a to do té míry, že úzkost a zaujetí těmito příznaky narušují jeho každodenní fungování. Mezi nejčastější tělesné příznaky spojené s touto poruchou patří bolest (např. muskuloskeletální bolest, bolest zad, hlavy), únava, gastrointestinální a respirační potíže, i když pacienti mohou trpět i jakýmkoli jinými tělesnými obtížemi.

Na rozdíl od MUS, tedy lékařsky nevysvětlených příznaků, se tyto potíže mohou vyskytovat spolu s přítomnou nemocí. Porucha tělesné úzkosti může postihnout kohokoli v jakémkoli věku a za jejím vznikem stojí složitá souhra biologických, psychologických a sociálních faktorů.

Základní diagnostická kritéria podle ICD-11:

1. Přítomnost somatických potíží, které jsou pro daného jedince znepokojující. Obvykle se jedná o více příznaků, které se mohou v průběhu času měnit. Méně často se jedná o jediný příznak, obvykle o bolest nebo únavu.
2. Je věnována nadměrná pozornost tělesným potížím, což se může projevovat jako:
 - trvalá nepřetržitá pozornost věnovaná závažnosti příznaků nebo jejich negativním důsledkům s tím, že je-li známa příčina nebo to, co přispívá k jejich vzniku, je míra této pozornosti nadměrná ve vztahu k povaze a závažnosti zdravotního stavu;
 - opakované vyhledávání pomoci u poskytovatelů zdravotní péče související s tělesnými příznaky, které

výrazně překračuje rámec toho, co by bylo považováno za medicínsky nezbytné.

3. Nadměrná pozornost věnovaná tělesným příznakům přetrvává navzdory vhodnému klinickému vyšetření a informování o závažnosti zdravotního stavu ze strany poskytovatelů zdravotní péče.
4. Tělesné potíže jsou přítomny (i když po celou dobu trvání nemusejí být stejné) po většinu dní v průběhu období nejméně několika měsíců (např. 3 měsíce nebo déle).
5. Tělesné příznaky, pozornost jim věnovaná a z nich vyplývající obavy vedou k významnému zhoršení osobního, rodinného, sociálního, studijního, profesního nebo jiného fungování jedince.
6. Tělesné příznaky nebo s nimi související obavy a pozornost jim věnovaná nejsou lépe vysvětlitelné přítomností jiné duševní poruchy (např. schizofrenií nebo jiným primárním psychotickým onemocněním, poruchou nálady nebo úzkostnou či fobickou poruchou).

Při vzniku této poruchy u daného jedince hrají ústřední roli očekávání vzniku konkrétních somatických potíží. Tato očekávání založená na předchozích zkušenostech mohou být dále ovlivněna emočními stavy u osobnosti, který má sklon ke katastrofizaci („myslí na nejhorší“) nebo je náchylná k prožívání úzkosti a strachu z nemoci. To může vést k rozvoji a přetrvávání somatických potíží.

Diagnózu BDD obvykle stanovuje lékař – může jít o lékaře v primární péči, specialistu, psychiatra nebo specialistu v oblasti psychosomatické medicíny. BDD se může vyskytovat současně s jakoukoli jinou diagnózou (např. onemocněním dýchacích cest, onkologickým nebo jiným duševním).

Těm pacientům, kteří se obávají vážného nebo život ohrožujícího onemocnění, spíše odpovídá diagnóza *health anxiety disorder* – porucha zdravotní úzkosti. Lékařskou pomocí vyhledávají s cílem získat ujištění, že obávané závažné onemocnění nemají. Jedincům s BDD jde o úlevu od příznaků, nikoli o vyvrácení přesvědčení o přítomnosti choroby. Důležité je vyloučit psychiatrická onemocnění, jako je depresivní syndrom, kdy somatické symptomy (včetně úbytku hmotnosti, únavy a bolesti) jsou často dominantními aspekty klinického obrazu. Rovněž je třeba vyloučit panické ataky a generalizovanou úzkostnou poruchu. Pacient může také splňovat kritéria pro diagnostické kategorie funkčních somatických syndromů, jako jsou únavový syndrom (8E49), disociativní porucha (6B60-6B6Z), chronická bolest (MG30.01) nebo syndrom dráždivého tračníku (DD91).

Průběh BDD bývá různý. Přibližně u poloviny pacientů, jimž byla tato porucha diagnostikována v zařízeních primární péče, ustoupí somatické příznaky během 6–12 měsíců. U pacientů s těžkou formou této poruchy a těch, u kterých je přítomno více somatických příznaků, mívá průběh chronický charakter.

Po stanovení diagnózy je cílem léčby pomoci pacientovi zvládat příznaky a dosáhnout lepší kvality života. Existují ověřené svépomocné přístupy, které jsou zaměřeny především na management stresu a aktivaci sociální opory. Akcentován je význam zdravého životního stylu včetně pohybové aktivity, spánkové hygieny a obecně aktivního využití volného času. Farmakoterapie může být přínosná pro redukci depresivního či úzkostného prožívání nebo léčbu bolesti.

Pochopení a přijetí diagnózy je také významným cílem terapie a nezbytnou podmínkou uzdravování. Opakovaná vyšetření nejsou vždy nutná ani nemají uklidňující efekt.

Užitečným terapeutickým přístupem je obvykle otevřený rozhovor mezi pacientem a lékařem, jehož předmětem je mimo jiného srozumitelné objasnění příčin a projevů onemocnění.

Specializovaná léčba BDD zatím v mnoha zemích není běžná. Standardní léčba by měla být založena na celostním přístupu zaměřeném na pacienta a přizpůsobeném jeho specifickým potřebám. Konkrétní terapeutický přístup bude pravděpodobně záviset na povaze příznaků a na tom, co je může vyvolávat, a obvykle zahrnuje péči jednoho nebo více členů multidisciplinárního terapeutického týmu. Psychoterapie, jako je kognitivně-behaviorální terapie, může být užitečná pro zkoumání vzorce myšlenek, jednání a chování, které by mohly být hnací silou začarovaného kruhu udržování přítomnosti příznaků. Fyzioterapie je vhodná v těch případech, kdy jsou přítomny únava, slabost, bolesti či závratě. V některých případech může být přínosné zapojit do léčby i blízké osoby/rodinné příslušníky pacienta.

U pacientů s chronickým průběhem onemocnění, rádo- vě v letech, se léčba zaměřuje pouze na zvládání příznaků a zlepšení kvality života. V těchto případech může být klíčové přijetí příznaků a omezení, které způsobují, většina pacientů je však i v této situaci schopna dosáhnout určitého, byť malého zlepšení svého stavu. Klíčové jsou přitom otevřené vztahy se zdravotnickým týmem a důvěra pacienta.

Důležité je vyhnout se u pacientů s BDD stigmatizaci spo- jené s označením jejich choroby za ryze psychický problém.

Řada z nich má negativní zkušenost se systémem zdravotní péče, což může komplikovat další úspěšnou léčbu.

Čestné prohlášení

Autoři práce prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou.

Seznam použitých zkratk

- BDD** porucha tělesné úzkosti
- MUS** medicínsky nevysvětlené příznaky
- SPM** Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP

Literatura

1. Rief W, Hiller W, Heuser J. SOMS – Das Screening für somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen. *Huber-Verlag*, Bern, 1997.
2. Kostolanská E, Řiháček T. Medicínsky nevysvětlené symptomy a jejich změna v čase. *Psychoterapie* 2021; 15: 150-164.
3. Budtz-Lilly A, Fink P, Ørnbøl E. et al. A new questionnaire to identify bodily distress in primary care: the 'BDS checklist'. *J Psychosom Res* 2015 Jun; 78: 536-545.
4. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P et al. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2015; 65: 638.
5. Schroder A, Dimsdale JE. Management of somatic symptoms. In: *Scientific American Medicine*. Chapter: Psychiatry, *Decker Intellectual Properties*, 2014.

Příloha 1 Revidovaný 25položkový BDD dotazník (BDD checklist) (4)

Trpěl(a) jste během posledních 4 týdnů těmito obtížemi?	Vůbec ne	Trochu	Do jisté míry	Poměrně hodně	Hodně
Kardiopulmonální/vegetativní symptomy:					
palpitace/bušení srdce					
dyskomfort v srdeční oblasti					
dušnost bez námahy					
hyperventilace					
horký nebo studený pot					
sucho v ústech					
Gastrointestinální symptomy:					
bolesti břicha					
častá řídká stolice					
pocit nafouknutí a plynatost					
regurgitace					
průjem					
nevolnost					
pálení na hrudi nebo v nadbříšku					
Napětí v oblasti pohybového aparátu:					
bolesti rukou nebo nohou					
bolesti svalů					
bolesti kloubů					
pocity parézy nebo lokální slabosti					
bolesti zad					
bolesti při pohybu z jednoho místa na druhé					
nepříjemné pocity ztráty citlivosti nebo mravenčení					
Obecné příznaky:					
potíže se soustředěním					
zhoršení paměti					
pocity nadměrné únavy					
bolest hlavy					
závratě					

DOPORUČENÉ POSTUPY

	Jak silně Vás tato obtíž trápí?			
	Touto obtíží netrpím	Málo	Středně	Silně
1. bolest hlavy				
2. bolest břicha				
3. bolest zad				
4. bolest kloubů				
5. bolest v nohou nebo rukách				
6. bolest na hrudi				
7. bolest v oblasti konečníku				
8. bolest během sexuálního styku				
9. bolest při močení				
10. pocit na zvracení				
11. nadýmání				
12. nepříjemný pocit v oblasti kolem srdce				
13. zvracení (mimo těhotenství)				
14. častější návrat obsahu žaludku zpátky do jícnu				
15. škytavka nebo pálení žáhy				
16. přecitlivělost na některá jídla				
17. ztráta chuti k jídlu				
18. pachuť v ústech nebo povlak na jazyku				
19. sucho v ústech				
20. častý průjem				
21. výtok z konečníku				
22. časté močení				
23. časté nucení na stolič				
24. bušení srdce				
25. pocit tlaku, chvění nebo neklidu v břiše				
26. nadměrné pocení				
27. návaly horka nebo zrudnutí				
28. dušnost (bez námahy)				
29. bolestivé dýchání nebo hyperventilace				
30. neobvyklá únava po mírné zátěži				
31. skvrny na kůži nebo změny zbarvení kůže				
32. sexuální nezájem (ztráta sex. touhy)				
33. nepříjemný pocit v intimních partiích nebo v jejich okolí				
34. zhoršená koordinace nebo rovnováha				
35. ochrnutí, nebo svalová slabost				
36. potíže s polykáním nebo pocit tzv. knedlíku v krku				
37. ztráta hlasu				
38. zadržování močení				
39. halucinace				
40. ztráta citlivosti při dotyku nebo bolesti				
41. nepříjemný pocit brnění				
42. dvojité vidění				
43. slepota				
44. hluchota				
45. záchvaty křečí				
46. ztráta paměti				
47. ztráta vědomí				
Pouze pro ženy:				
48. bolestivá menstruace				
49. nepravidelná menstruace				
50. silné krvácení během menstruace				
51. stálé/časté zvracení během těhotenství				
52. neobvyklý nebo silnější vaginální výtok				
Pouze pro muže:				
53. porucha ejakulace nebo erekce				

Na vedlejší straně:

Příloha 2 Dotazník pro screening medicínsky nevysvětlených příznaků, resp. somatoformních příznaků – česká verze Screening for Somatoform Symptoms-2 (3)

Znění dotazníku:

Následuje seznam různých tělesných obtíží. Označte, prosím, zda a jak silně jste v uplynulých minimálně šesti měsících těmito obtížemi trpěl/a. **DŮLEŽITÉ:** U každé obtíže nejprve vyznačte, zda jí trpíte, a poté jak silně Vás trápí, a to na škále od 1 do 4. V případě, že obtíží netrpíte, vyznačte „Touto obtíží netrpím“. V případě, že obtíží trpíte méně než 6 měsíců, uveďte, prosím, také „Touto obtíží netrpím“. V celém dotazníku se jedná o měření Vašeho zdravotního stavu, tudíž zde nejsou žádné správné či špatné odpovědi.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.
VŠTVS Palestra, s. r. o.
Slovačikova 400/1, 197 00 Praha 19 – Kbely
Tel.: 777 114 701
e-mail: stackeova@volny.cz

proLékaře.cz
největší informační zdroj pro lékaře



Přináší současné poznatky z medicíny
a celoživotní vzdělávání

- ⊕ Kreditované on-line kurzy ČLK a SLK
- ⊕ Více než 60 vědeckých časopisů včetně archivu
- ⊕ Specializované tematické zpravodaje
– žádné informace Vám neuniknou!



www.prolekare.cz/registrace

REGISTRACE ZDARMA