

Psychogenní poruchy chůze

prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc., MUDr. Tereza Serranová, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, 1. LF UK a VFN v Praze

Poruchy chůze patří mezi nejčastější projevy psychogenních poruch hybnosti, nosologické oblasti na pomezí neurologie a psychiatrie, kde se často lékař i pacient ocitají v riziku diagnostických a terapeutických chyb. Cílem tohoto přehledu je ukázat na typické projevy, zdůraznit diagnostické zásady a naznačit terapeutické možnosti u psychogenních poruch hybnosti se zvláštním zaměřením na poruchy chůze. Mezi typické vzorce psychogenních poruch chůze patří 1. chůze s poruchou rovnováhy (o inadekvátně široké bázi, často s paradoxním zlepšením při zkoušce tandemové chůze, případně spontánní provazochodecká chůze nebo chůze rázu astázie-abázie); 2. pseudoparetická chůze nebo 3. extrémní zpomalení chůze. Zároveň bývají vyjádřeny obecné rysy psychogenních poruch hybnosti jako inkonzistence příznaků v čase, inkongruence se známými obrazy organicky podmíněných poruch hybnosti, vysoká energetická náročnost pohybu a charakteristické změny příznaků při změnách zaměření pozornosti. Diagnóza psychogenní poruchy hybnosti je klinická a je plně v kompetenci neurologa, který by neměl alibisticky opakovat negativní pomocná vyšetření k „vyloučení organicity“ ani očekávat, že diagnózu učiní a pacientovi sdělí jiný odborník. Úspěšnost léčebného postupu u psychogenních poruch hybnosti klesá s délkou trvání obtíží a s rozvojem jejich sociálních důsledků.

Klíčová slova: poruchy hybnosti, psychogenní, funkční poruchy.

Psychogenic disorders of gait

Gait disturbances are ranked among the most common manifestations of psychogenic movement disorders, a nosological area lying between neurology and psychiatry where both physicians and patients often find themselves at risk of diagnostic and therapeutic errors. The aim of this review is to show the typical manifestations, emphasize diagnostic principles and outline the therapeutic options for psychogenic movement disorders, with a special focus on disorders of gait. Typical patterns of psychogenic gait disorders include 1. balance disorders (with inadequately broad-based gait, often with paradoxical improvements in tandem walking test, spontaneous rope-walkers gait or astasia-abasia), 2. pseudoparetic gait or 3. extremely slow gait. At the same time, expressed are general features of psychogenic movement disorders such as inconsistency of symptoms over time, incongruence with typical organic movement disorders, high energy expenditure and characteristic changes in symptoms with distracted attention. The diagnosis of psychogenic movement disorders is clinical and on full responsibility of the neurologist, who should not repeat the negative auxiliary examinations to „exclude organicity“ or expect that another specialist will make the diagnosis and communicate it to the patient. Success of the treatment regimen for psychogenic movement disorders decreases with their duration and with development of their social consequences.

Key words: movement disorders, psychogenic, functional disorders.

Neurol. praxi 2013; 14(4): 182–184

Seznam zkratk

PPH – psychogenní porucha hybnosti

Psychogenní poruchy hybnosti: základní údaje

Psychogenní porucha hybnosti (PPH) je neurologické onemocnění vyznačující se omezením normální hybnosti nebo abnormálními pohyby, pro něž schází organická příčina, a jsou naopak přítomny rysy, které svědčí pro psychogenní mechanismus. Základní podmínkou pro stanovení diagnózy psychogenní poruchy je její pozitivní průkaz. Jinými slovy, diagnóza musí být stanovena na základě objektivně zjištěných známek psychogenního původu a nelze ji diagnostikovat pouze „per exclusionem“, vyloučením možných organických příčin.

Ve srovnání s „organicky podmíněnými“ chorobami jsou PPH vzácné. V běžné ambulantní neurologické praxi se výskyt PPH odhaduje na 1–2% všech nemocných, ale ve specializovaných centrech, která soustřeďují diagnosticky a terapeuticky obtížné případy pohybových poruch, bývá podíl

poruch psychogenního původu několikanásobně vyšší. PPH typicky začínají mezi 20. a 40. rokem věku, 2–4× častěji u žen než u mužů. Z PPH se kromě paréz nejčastěji vyskytují psychogenní třes či myoklonus a dystonie. Poměrně vzácný je psychogenní parkinsonský syndrom (spíše jsou tak nepřesně označovány různé formy třesu či myoklonu), velmi vzácná je psychogenní chorea. Velice častým doprovodem všech forem PPH jsou poruchy chůze, které se navíc mohou vyskytnout i samostatně.

Etiologie psychogenních poruch je multifaktoriální, uplatňují se v ní nepochybně vlivy ze zevního prostředí i nejrůznější intrapsychické faktory. Především se ale předpokládá specifický genetický podklad pro reakce nervového systému vedoucí ke vzniku a k udržování psychogenní poruchy. Představa přísné dichotomie „organických“ a „psychogenních“ poruch se ve světle funkčního zobrazování mozku a dalších moderních neurobiologických poznatků stále zřetelněji ukazuje jako překonaná. Různými studiemi u PPH byla například prokázána abnormální reaktivita amygdaly, zvýšená funkční konektivita limbických a moto-

rických okruhů v reakci na emoční podněty, aj. Ke vzniku PPH u disponovaného jedince přispívají silné emoční zážitky i chronický každodenní stres, nespávaní, rekurentní deprese zvyšující „arousal“ a reaktivitu na afektivní podněty. Psychologické nebo psychiatrické problémy ovšem nemusejí být přítomny a naopak, bylo by rozhodně chybou předpokládat psychogenní původ poruchy hybnosti jen proto, že pacient vykazuje psychické příznaky stresu či jinou psychopatologii.

Vztah traumatu (kritického zážitku) a rozvoje PPH nebo jiných funkčních příznaků byl v minulém století ve středu zájmu dominantní psychodynamické teorie. Psychodynamická (konverzní) teorie vysvětluje rozvoj příznaků u senzitivního jedince jako obrannou reakci na mentální konflikt, který je tím částečně nebo úplně vyřešen (konverze = převedení konfliktu do podoby tělesného příznaku s možným symbolickým obsahem). Disociační teorie zase předpokládá obecnější dezorganizační vliv traumatu na kognitivní systém. U pacientů s PPH se skutečně častěji vyskytují určité formy diso-

Tabulka 1. Typické nálezy u psychogenních poruch hybnosti**Anamnestické údaje**

- náhlý začátek či záchvatovitě zhoršování obtíží, nebo naopak náhlé remise
- inkonzistence příznaků – z líčení pacienta nebo z dodaných zpráv je patrné atypické kolísání tíže, lokalizace a rázu příznaků
- přídatné multifornní příznaky a stesky
- psychiatrické onemocnění (deprese, úzkost) v minulosti, možné psychické trauma před vznikem obtíží
- pracovní a sociální okolnosti – zaměstnání ve zdravotnictví, nevyřízené spory, odškodné, aj. potenciální sekundární zisky

Objektivní nálezy

- inkonzistence příznaků – při objektivním vyšetření mají abnormální pohyby měnlivý ráz, amplitudu, frekvenci, tělesnou distribuci a odpověď na různé podněty
- inkongruence příznaků – neobvyklé kombinace příznaků, neodpovídající anatomicko-fyziologickým zákonitostem, nemožnou být vysvětleny běžným patologickým procesem
- zvláště nápadným příznakem PPH může být extrémní zpomalení pohybu, které neodpovídá tíži parézy či hypokineze; často jde o extrémní zpomalení chůze
- postižení neodpovídá organickému vzorci (např. obličejová dyskineze v hemidistribuci)
- inadekvátní bolest a bolestivost postižené části těla
- nepřiměřená slabost či porucha čítí (neslučitelná s anatomicko-fyziologickými zákonitostmi – například porucha čítí v hemidistribuci, s hranicí přesně ve střední čáře)
- funkční schopnosti pacienta neodpovídají nálezům při vyšetření (např. pacientka s hrubým akčním třesem horních končetin je schopna sama se nalíčit)
- inadekvátní emoční reakce na tíži postižení může být patrná i ve výrazu obličeje: la belle indifférence nebo naopak facies martyrea

Cílené klinické zkoušky a testy

- zhoršení příznaků při vyšetřování postižené tělesné části
- vymizení či výrazná změna symptomatiky při odvedení pozornosti (např. předpažená horní končetina se netřese při vyšetřování diskriminačního čítí, ačkoli předtím byl na ní v téže poloze výrazný statický třes)
- zmírnění příznaků sugescí a nefyziologickými manévry (např. přiložením vibrující ladičky na čelo pacienta po předchozí instrukci, že to může vést k ústupu obtíží)
- a řada dalších specifických testů a klinických známek

Tabulka 2. Diagnostické kategorie psychogenní poruchy hybnosti**Možná psychogenní porucha hybnosti:**

- jsou patrné známky emoční poruchy

Pravděpodobná psychogenní porucha hybnosti:

- porucha hybnosti je inkonzistentní v čase nebo inkongruentní s kteroukoli typickou poruchou hybnosti nebo jsou přítomny známky mnohočetné somatizace

Klinicky stanovená psychogenní porucha hybnosti:

- porucha hybnosti je inkonzistentní v čase nebo inkongruentní s kteroukoli typickou poruchou hybnosti a zároveň je přítomna nejméně jedna z následujících známek: objektivní příznaky svědčící pro psychogenní původ, mnohočetná somatizace nebo zjevná psychiatrická porucha

Potvrzená psychogenní porucha hybnosti:

- přetrvávající úleva po psychoterapii, sugesci či po placebu, nebo byl pacient viděn bez poruchy hybnosti, když nevěděl, že je pozorován

Tabulka 3. Obecné projevy psychogenních poruch chůze

- kolísání výkonu: zhoršení chůze, když je na ni zaměřena pozornost při vyšetření, paradoxní zlepšení při konkurenční úloze (např. aritmetická úloha nebo zkouška slovní fluence při chůzi)
- výrazná energetická náročnost pohybu a zaujímaných poloh
- pokud pacient padá, děje se tak ve směru očekávané záchrany
- dramatická odpověď na Rombergovu zkoušku a jiné testy posturální stability (např. pull-test), ale bez pádu, nebo naopak bez jakékoli snahy o zábranu pádu
- inkongruentní přídatné projevy při chůzi, nejčastěji abnormální pohyby rázu třesu, myoklonu, dystonie šíje, trupu, končetin

ciace a rozvoji příznaků často bezprostředně předchází stresující psychosociální událost, nicméně stále není jasné, do jaké míry je souvislost mezi traumatem a PPH kauzální. Další příbuznou kategorií je somatizační porucha, která se vyznačuje multifornními stesky na postižení různých tělesných systémů, většinou od dětství nebo od adolescence až do současnosti. Další dva mechanismy obsahující vědomou složku jsou mnohem vzácnější. U faktitivní poruchy jsou vědomě vytvářené příznaky zdrojem psycho-

logického zisku. Simulace, tj. vědomá produkce příznaků za účelem materiálního zisku nebo získání výhod, je v běžné praxi vzácná, v určitých prostředích (vězení) se však vyskytuje častěji.

Vyšetření pacienta s podezřením na psychogenní poruchu hybnosti

Jednání s pacienty postiženými psychogenními poruchami hybnosti bývá časově velmi náročné pro bohatost stesků a kvanta donesené dokumentace. Důležité je nicméně vyhotovení seznamu

všech obtíží a také kritické zhodnocení diagnostických závěrů z lékařských zpráv, které mohou poukazovat na možné funkční poruchy jiných systémů jako například dráždivý tračník, močový měchýř, atp. Hlavními diagnostickými nástroji jsou u PPH pečlivá anamnéza a neurologické vyšetření. Pokud nálezy nezapadají do známého rámce organického postižení a vedou k podezření na PPH, je nutno vyšetření cílit na charakteristické anamnestické údaje a objektivní nálezy (tabulka 1), podle nichž lze diagnózu PPH definovat jako možnou, pravděpodobnou, klinicky stanovenou nebo definitivně potvrzenou (tabulka 2). Někteří pacienti mohou mít fixní představy o organickém původu obtíží. Mohou být dobře vzdělaní v související medicínské problematice, mít tendenci ke konfrontačnímu jednání a ke stížnostem na zdravotníky. Přesto by se lékař neměl podvolit situaci a ustoupit tlaku k provádění dalších vyšetření, o jejichž nezbytnosti není sám přesvědčen, nebo k indikaci terapie, která nemá racionální důvod.

Vzorci a typické projevy psychogenních poruch chůze

Pacienti s poruchami hybnosti psychogenního původu často vykazují i poruchy chůze. Na rozdíl od poruch držení těla, rovnováhy a chůze, jež jsou do značné míry charakteristické pro jednotlivé typy organicky podmíněných poruch hybnosti, vzorce psychogenních poruch chůze jsou většinou nekonstantní, nijak pevně nesouvisí s ostatními projevy postižení nebo se vyskytují izolovaně, jako jediný projev poruchy hybnosti. Přes jejich nekonstantní, nápadný, často bizarní ráz lze vyčlenit několik typických vzorců psychogenních poruch chůze:

1. Psychogenní poruchy chůze s poruchou rovnováhy se vyznačují stížnostmi pacienta na nejistotu, nestabilitu, případně pády, přičemž v objektivním nálezů mohou vykazovat rozdílné vzorce chůze:

- vrávoravá chůze o nápadně široké bazi (na rozdíl od organicky podmíněných poruch rovnováhy, kde šíře baze zpravidla nepřesahuje délku chodidla), paradoxní zlepšení může nastat při zkoušce tandemové chůze (s kladením paty těsně před špičku druhé nohy),
- provazochodecká chůze – spontánní nepřiměřené zužování báze dolních končetin, případně s náhlými úkroky do strany, akrobatickými pozicemi, mácháním rukama a dramatickými náklony (ve skutečnosti svědčícími o velmi dobré rovnováze dovolující vysunovat tělesné těžiště bez pádu),
- chůze rázu astázie-abázie – chůze „jako na ledě“, o úzké či rozšířené bazi, krátkými opatrnými krůčky s fixovaným postavením hlezenních kloubů.

2. Pseudoparetická chůze se může vyskytovat ve dvou rozdílných vzorcích, obvykle se stížnostmi na slabost nebo podlamování nohou:

- pseudohemiparetická chůze s taháním postižené dolní končetiny za sebou, většinou ve výrazné externí rotaci (podstatně se liší od cirkumdukce s paralelním vedením paretické nohy u hemiparézy po iktu); svalová slabost ale není přítomna při vyšetření v jiných polohách a při jiných úkonech zapojujících stejné svalové skupiny,
- chůze s podlamováním kolene na jedné nebo na obou dolních končetinách, s pády nebo častěji bez pádů.

3. Extrémní zpomalení:

- extrémně zpomalená chůze se zaujímáním bizarních energeticky náročných poloh, často s hezitacemi a přimrzáním v nároku vpřed (na rozdíl od startovní hezitace u organicky podmíněného chůzového freezingu, kde většinou dochází k zarážům v základní poloze).

Jednotlivé uvedené psychogenní vzorce chůze se mohou vyskytovat samostatně nebo v různých kombinacích. Většinou bývají doprovázeny dalšími projevy psychogenní poruchy chůze (tabulka 3) a výše uvedenými obecnými projevy PPH (tabulka 1), jež by mělo odhalit cílené neurologické vyšetření.

Diagnostické těžkosti

V nepříliš vzdálené minulosti byly u řady onemocnění s abnormálními pohyby předpokládány psychické příčiny a mechanismy. Tyto představy byly ve světle nových poznatků postupně opuštěny. Musíme však pamatovat, že některé organicky podmíněné poruchy hybnosti obsahují prvky, připomínající variabilní nálezy u PPH – např. „geste antagoniste“ u cervikální dystonie, bizarní komplexní pohyby u paroxysmálních dyskinezií či některé polékové dyskineze. Nejobtížnější diagnostické a léčebné situace nastávají, když na organické onemocnění nasedá psychogenní složka obtíží, nebo když psychogenní porucha hybnosti vyvolá sekundární postižení organického rázu, např. svalové kontraktury u fixované psychogenní dystonie.

Častějším problémem jsou však diagnostické rozpaky, kde chybní lékař u pacienta s typickými projevy psychogenní poruchy objednává stále další a opakovaná pomocná vyšetření, aby „vyloučil organickou příčinu obtíží“. Zde nezbyvá než připomenout význam nezaujatého vyšetření s dodržáním standardního postupu a s cíleným

zaměřením na charakteristické projevy a známky psychogenní poruchy. Zkušený neurolog by měl být schopen stanovit diagnózu PPH na základě nálezu neurologického vyšetření, po vyloučení možné organické příčiny jednorázově provedenými pomocnými vyšetřeními, bez jejich zbytečného opakování či vytváření nepravděpodobných diagnostických konstruktů. Nestanovení diagnózy a alibisticky indikovaná zbytečná pomocná vyšetření jsou vážným poškozením pacienta, nejen pro zátěž dalším vyšetřováním, ale i pro fixaci bludného okruhu psychogenní poruchy.

Diagnóza PPH je tedy plně v kompetenci neurologa, který by neměl alibisticky opakovat pomocná vyšetření k „vyloučení organicity“ ani očekávat, že diagnózu PPH učiní a pacientovi sdělí psychiatr či nějaký jiný odborník.

Sdělení diagnózy a terapeutické postupy u psychogenních poruch

V návaznosti na provedené vyšetření je nutno pokusit se sdělit pacientovi diagnózu tak, aby pro něj byla přijatelná, a přesvědčit jej o vhodném terapeutickém postupu. Je lépe vyhnout se termínu „psychogenní“, který může vyvolat nepříjemné asociace s psychiatrickými diagnózami, a používat raději termín „funkční“. I pokud pacient není v dané chvíli schopen přijmout diagnózu psychogenního postižení, je v případě klinicky pravděpodobné či stanovené diagnózy nutno sepsat zprávu s jasným diagnostickým závěrem a dle možnosti informovat další ošetřující lékaře, aby se u pacienta neprováděla další zbytečná, zatěžující a nákladná vyšetření.

Při oznámení diagnózy pacientovi je nutno jasně prohlásit, že:

- nejedná se o organické, nýbrž o funkční onemocnění,
- to znamená, že jde o postižení funkce, nikoli struktury příslušného orgánu, v tomto případě nervového systému (pomocí může např. přirovnání funkčních příznaků k problému s počítačovým softwarem, zatímco hardware je v pořádku),
- proto také již provedená vyšetření neprokázala žádné závažné nálezy a není zapotřebí provádět další zatěžující vyšetření ke stanovení diagnózy.

Léčebný program vychází z vysvětlení, že se nejedná o „poškození“, léčba tedy spočívá především v metodách povzbuzujících správnou činnost nervového systému. Cílem je posílení funkce a zmírnění příznaků, ne nutně jejich okamžité vymizení. Vysvětlení má pomoci pacientovi získat nový náhled na příznaky, umožnit změnu emočních reakcí s příznaky spojených a vést tak

ke změně chování, například k obnovení samostatné chůze. Vhodná je fyzioterapie či samostatné cvičení se stupňováním zátěže, ale bez přetížení. Důležité je nastolit spánkový režim, zmírnit úzkost týkající se příznaků a řešit ovlivnitelné fyziologické spouštěče. U pacientů s těžším postižením by léčebný program měl být připraven ve spolupráci s (poučenými) psychiatrem a psychoterapeutem, přičemž kromě medikace (např. antidepresiv) může být v indikovaných případech a u motivovaných pacientů účinná cílená psychoterapie. Velmi významné je postupné vysazení často rozsáhlých neracionálních lékových koktejlů postupně nasazených různými lékaři. Naděje na terapeutický úspěch je ovšem u PPH omezená. Obecně se dá říci, že terapeutické snahy jsou tím méně účinné, čím déle psychogenní porucha hybnosti trvá. Prognóza je horší, pokud je přítomna somatizační porucha, a dále pokud je pacient ve špatné sociální situaci, ztratil práci, případně prodělavá soudní spor o odškodnění. Stejně jako pacienti s terapeuticky neovlivnitelnými organickými onemocněními by i pacienti s PPH rezistentní k léčebným snahám měli mít možnost zůstat v péči neurologa.

Pacienty i lékaře hledající kvalitní informace o PPH lze odkázat na stránky www.neurosymptoms.org, jež představují ucelený koncept péče o pacienty s psychogenními poruchami, který vytvořil edinburghský neurolog John Stone.

Literatura

1. Baik JS, Lang AE. Gait abnormalities in psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2007; 22(3): 395–399.
2. Edwards MJ, Bhatia KP. Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. *Lancet Neurol* 2012; 11(3): 250–260.
3. Edwards MJ, Stone J, Nielsen G. Physiotherapists and patients with functional (psychogenic) motor symptoms: a survey of attitudes and interest. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012; 83(6): 655–658.
4. Ellenstein A, Kranick SM, Hallett M. An update on psychogenic movement disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2011; 11(4): 396–403.
5. Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1988; 50: 431–455.
6. Jordbru AA, Smedstad LM, Moen VP, Martinsen EW. Identifying patterns of psychogenic gait by video-recording. *J Rehabil Med* 2012; 44(1): 31–35.
7. Lang AE, Voon V. Psychogenic movement disorders: past developments, current status, and future directions. *Mov Disord* 2011; 26(6): 1175–1186.

Článek doručen redakci: 7. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 22. 3. 2013

prof. MUDr. Evžen Růžička, DrSc.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd,
1. LF UK a VFN v Praze
Kateřinská 30, 120 00 Praha 2
eruzi@lf1.cuni.cz