

MEDICÍNSKY NEVYSVĚTLENÉ SYMPTOMY A JEJICH ZMĚNA V ČASE

Medically unexplained symptoms and their change in time

Eva Kostolanská, Tomáš Řiháček

*Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno, CZ;
e-mail: eva.kostolanska@gmail.com*

Psychoterapie. 15 (2), 150–164; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Medicínsky nevysvětlené symptomy (MUS) jsou častým důvodem návštěvy lékaře a stávají se díky tomu jevem vyžadujícím systematické zkoumání. Cílem této studie bylo na vzorku obecné populace zjistit, (1) jaká je prevalence MUS obecně a také četnosti výskytu jednotlivých symptomů, (2) jak se pocíťovaná intenzita MUS vyvíjí v čase a (3) zda tento vývoj MUS v čase souvisí s ke zdraví vztazeným „místem kontroly“ (locus of control). $N = 549$ respondentů z obecné populace vyplnilo online dotazník (z toho 251 opakovaně po šesti měsících). Výsledky analýzy ukázaly, že 37,3 % vzorku udávalo při prvním měření alespoň jeden MUS. Intenzita MUS měla tendenci mezi prvním a druhým měřením klesat ($d = 0.49$). Neprokázala se souvislost změny MUS s žádnou z dimenzí ke zdraví vztazenému místu kontroly. Výsledky jsou interpretovány v kontextu zahraničních výzkumů.

Klíčová slova: medicínsky nevysvětlené symptomy; somatoformní poruchy; prevalence; změna

ABSTRACT

Medical unexplained symptoms (MUS) are a frequent reason for medical consultations and thus represent a phenomenon requiring systematic examination. The aim of this study was to determine (1) the prevalence of MUS in a general population sample, as well as the frequency of individual symptoms, (2) the change of MUS intensity in time, and (3) the relationship between this change and health-related locus of control. $N = 549$ respondents from the general population completed an online questionnaire (251 of them responded to a second wave measurement after six months). The results of the analysis showed that 37.3 % of the sample reported at least one MUS at the first-wave measurement. MUS intensity tended to decrease between the first and second measurements ($d = 0.49$). There was no evidence of a relationship between the change in MUS and any of the health-related locus of control dimensions. The results are interpreted in the context of existing research.

Key words: medically unexplained symptoms; somatoform disorders; prevalence; change

ÚVOD

Ve zdravotním systému se poměrně často vyskytují pacienti udávající fyzické obtíže, jako je například bolest či únava, pro které lékaři ani po důkladném vyšetření nenalezli příčinu. V odborné literatuře jsou proto tyto symptomy označovány nejčastěji jako medicínsky nevysvětlené (medically unexplained symptoms – MUS). V užším smyslu je tento pojem používán jako zastřešující kategorie pro různé funkční somatické potíže, jako je bolest hrudníku, dráždivý tračník či fibromyalgie (Marks a Hunter, 2015). V širším pojetí ale označuje jakékoli pacientovy obtíže, které nebyly dostatečně lékařsky objasněny. Do klasifikace duševních onemocnění se tyto potíže promítají jako somatoformní poruchy (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) nebo nověji jako porucha se somatickým symptomem (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013). Zatímco některé tyto kategorie zdůrazňují samotnou přítomnost fyzických symptomů, jiné (jako například hypochondrie či již zmíněná porucha se somatickým symptomem) zdůrazňují pacientův postoj a pozornost věnovanou symptomům a jejich prožívání. Z psychologického hlediska existují na vznik těchto potíží různé pohledy. Nejčastěji používaný je kognitivně behaviorální model, který předpokládá, že pacient „neškodné“ tělesné vjemy interpretuje jako příznaky závažné choroby, nadměrně se na ně zaměřuje a jeho emoční a stresová reakce vnímání těchto příznaků dále posiluje (Witthöft a Hiller, 2010). Jiné psychologické koncepce namísto toho zdůrazňují mechanismy disociace a konverze (Brown, 2004).

V našem prostředí se problematice MUS s přesahem do psychoterapie věnují napří-

klad Chvála et al. (2015) či Sekot (2013). V rámci různých psychoterapeutických přístupů byla pojmenována řada nadějných účinných mechanismů, jejichž pomocí lze tyto somatické potíže i duševní stav pacientů oslovit (Řiháček a Čevelíček). Účinnost psychoterapeutických intervencí se ovšem ve vztahu k somatickým symptomům ukazuje jako omezená (Řiháček, Pavlenko a Franke, 2017).

Samotné rozdělení symptomů na „medicínsky nevysvětlené“ (MUS) a „medicínsky vysvětlené“ (MES) je poněkud problematické, a to hned z několika důvodů. Označení MUS je ze své podstaty „negativní“ kategorií, kterou nelze s konečnou platností potvrdit, ale kterou lze pouze vyvrátit pozitivním diagnostickým nálezem. Status MUS či MES přitom nemusí být trvalý a může se v čase měnit. Například Klaus et al. (2013) ve studii provedené na německé populaci zjistili, že 20 % MUS se v průběhu 12 měsíců změnilo v MES a 50 % MES se v tomto období naopak změnilo na MUS. Platí tedy nejen to, že nevysvětlený symptom může být postupem času vysvětlen, ale i to, že existující vysvětlení se může ukázat jako nespolehlivé. Nevysvětlenost symptomů tedy nelze brát jako objektivní kritérium. Výsledky výzkumů zároveň naznačují, že MUS a MES jsou v zásadě z hlediska jejich stability v čase a tendence ke zhoršení srovnatelné (Klaus et al., 2013). I přes tyto výhrady je pojem MUS běžně používán a nevysvětlené symptomy jsou předmětem řady studií. V tomto textu pojem MUS používáme ve smyslu přítomnosti jakéhokoli somatického symptomu, u něhož navzdory lékařským vyšetřením nebylo možné najít příčinu (Mayou, 1991).

Výskyt MUS v populaci

Výsledky studií, které mapují výskyt MUS v populaci, udávají rozdílné hodnoty prevalence. Je to dáno jejich zaměřením na různé populace (obecná populace, primární péče, sekundární péče) i délkou období, za které je prevalence uváděna (bodová, měsíční, roční). Přehled studií uvádíme v Tabulce 1. Zatímco některé hovoří o prevalenci 6,9 % (Westrienen, Pisters, Veenhof a Wit, 2019), jiné uvádějí až 64,8 % (Steinbrecher, Koerber, FrieseraHiller, 2011) v primární péči. Rozdíly jsou způsobeny také rozdílnými definicemi MUS nebo odlišnými způsoby získávání dat (Hilderink, Collard, Rosmalen, Voshaar, 2013). Například metaanalýza Hallera, Cramera, Lauche a Dobose (2015) uvádí v případě somatizační poruchy bodovou prevalenci mezi 0,8 % a 12,8 % (v závislosti na použitých diagnostických kritériích), zatímco u obecnější kategorie somatoformních poruch uvádí bodovou prevalenci 26,2 %. Více než jeden MUS pak podle této metaanalýzy uvádělo 40,2 % v primární péči. Zpravidla nejvyšší prevalence vychází ve studiích, které zkoumaly zastoupení lidí s alespoň jedním nevysvětleným symptomem (Eliassen et al., 2018; Nimnuan, Hotopf, Wessely, 2001). Z hlediska stupně zdravotní péče jsou pak nejvyšší prevalence udávány ve specializované péči. Studie ukazují, že může jít o 30 až 66 % pacientů (Stone et al., 2009; Nimnuan, Hotopf, a Wessely, 2001), s nejvyšším zastoupením v oblasti neurologické péče a gynekologické péče (Nimnuan et al., 2001).

Změny MUS v čase

Z výsledků empirických studií zároveň vyplývá, že MUS nemají stabilní charak-

ter, ale vyvíjí se v čase. Například ve studii Jacksona a Passamonti (2005) 47 % respondentů již do 3 měsíců zaznamenalo vymizení některých svých příznaků. Ve studii Marple et al. (1995) pak v průběhu 14 dní uváděla zlepšení svých obtíží většina pacientů (70 až 78 %). Zlepšení MUS v ostatních studiích udává obvykle polovina a více respondentů (43 % podle Jackson a Passamonti, 2005; 50 až 75 % podle Olde Hartman et al., 2009; 63 % podle Claassen-van Dessel et al., 2018). Taktéž studie pracující s německou populací zjistila, že nejčastější MUS měly spíše přechodný charakter (60 % se vytratilo, 55 % nově vzniklo), avšak některé MUS, jako například bolest zad, měly tendenci být spíše persistentní (Klaus et al., 2013).

Westrienen et al. (2019) ve své studii uvádí, že přibližně polovina pacientů s MUS v průměrné intenzitě i po pěti letech tyto symptomy nadále pociťuje nebo se jejich obtíže stanou chronickými. Přetrvání či zhoršení MUS uvedlo po jednom roce 67 % a po pěti letech 48,7 % pacientů. Podle šesti kohortových studií pak ke zhoršení či chronicitě symptomů docházelo u 10 až 30 % pacientů s MUS (Olde Hartman et al., 2009).

Nejčastější symptomy

Nejčastěji, s prevalencí vyšší než 20 %, respondenti udávali problémy spojené s bolestí (Hiller et al., 2006). Nejvíce se přitom jednalo o bolest hlavy či zad (Frölich, Jacobí a Wittchen, 2006; Geelen, Rydelius a Hagquist, 2015; Steinbrecher et al., 2011). Poměrně často se vyskytovala i astenie nebo únava (Aamland, Malterus a Werner, 2014; Geelen et al., 2015), následována palpitacemi a dušností (Körber et al., 2011). Často se však jednalo o kombinaci více typů bolesti-



**Eva
Kostolanská**

Psycholog, frekventant psychoterapeutického výcviku a právník. Dlouhodobě se zabývá tématem duševního a fyzického zdraví. Působí jako lektor a poradce v soukromé i neziskové oblasti.

vých MUS (Frölich et al., 2006). Ženy pak nejvíce uváděly symptomy jako bolestivou menstruaci či bolestivý pohlavní styk, muži pak problémy s erekcí (Hiller et al., 2006).

Vyšší prevalence u jednotlivých typů symptomů se ve většině případů vyskytovaly u žen, u příslušníků minorit a lidí s nižším vzděláním (Steinbrecher et al., 2011; Verhaak et al., 2006). Ženy uváděly také vyšší počet symptomů než muži (Hiller et al., 2006). V některých případech se vyskytovala vyšší prevalence u mladších lidí (Steinbrecher et al., 2011), jedna ze studií však ukazovala naopak vyšší výskyt u starších osob (Verhaak et al., 2006).

MUS a místo kontroly

Místo kontroly (locus of control) je psychologický konstrukt popisující, kam lidé „umísťují“ kontrolu nad událostmi, které se jim dějí (Rotter, 1966). Jeho specifickou variantu pak představuje „ke zdraví vztažené místo kontroly“ (multidimensional health locus of control, MHLLoC), tedy přesvědče-

ní lidí o tom, co ovlivňuje či předurčuje jejich zdraví (Wallston, Stein a Smith, 1994). MHLLoC je tak konceptem vyjadřujícím přesvědčení člověka ohledně toho, kdo nebo co může ovlivnit jeho zdraví. Nejčastěji bývá definován pomocí tří dimenzí: (1) interní místo kontroly vyjadřuje přesvědčení, že člověk sám je schopen své zdraví ovlivnit. Externí místo kontroly pak může spočívat (2) v přesvědčení, že vliv na zdravotní obtíže má pouze náhoda a nahodilé skutečnosti (štěstí, osud), nebo (3) v přesvědčení, že kontrola a změna vychází od ostatních, například od rodiny, učitelů nebo lékařů (vlivní druzí) (Wallston et al., 1994).

Výsledky studií opakovaně naznačují, že příčiny, které svým symptomům lidé přisuzují, a jejich atribuční styl mohou mít vliv i na samotný průběh zdravotních obtíží (Duddu, Isaac a Chaturvedi, 2006; Rief, Nanke a Emmerich, Bender a Zech, 2004). Ukázalo se například, že lidé, kteří trpěli dlouhodobou chronickou bolestí zad a měli vyšší interní MHLLoC a nižší MHLLoC vlivných druhých vykazovali v průběhu času lepší výsledky rehabilitace než lidé s vyšším MHLLoC vlivných druhých a nižším interním MHLLoC (Keedy, Keffala, Altmaier a Chen, 2014). Obecně lze na základě této teorie předpokládat, že lidé s vyšším skórem interního MHLLoC budou aktivně vyhledávat řešení, kdežto lidé s vyššími skóry v oblasti externího MHLLoC budou pasivnější a budou spíše očekávat, že případné změny jsou dílem náhodných vlivů či že jejich potíže vyřeší druzí (Petrosky a Birkimer, 1991).

Cíle studie

Cílem této studie bylo na vzorku obecné populace zjistit, (1) jaká je prevalence MUS

obecně a také četnosti výskytu jednotlivých symptomů, (2) jak se pocíťovaná intenzita MUS vyvíjí v čase a (3) zda tento vývoj MUS v čase souvisí s dimenzemi MHLCoC (předpokládáme, že interní místo kontroly predikuje změnu MUS pozitivně, zatímco oba aspekty externího místa kontroly – náhoda a vlivní druzí – predikují změnu MUS negativně). MUS jsme přitom operacionalizovali ve shodě s Kroenkem (2006) jako přítomnost alespoň jednoho somatického symptomu, který není plně vysvětlen somatickou či duševní poruchou a trvá alespoň šest měsíců.

METODA

Design studie a vzorek

Studie měla formu online dotazníkového průzkumu realizovaného v prostředí LimeSurvey (LimeSurvey Project Team, 2015). Odkaz na dotazník byl šířen pomocí sociálních sítí a e-mailu s žádostí o další šíření. Sběr dat byl plánován jako dvoukolový, proto byli respondenti při prvním vyplnění dotazníku požádáni o e-mailovou adresu. V případě, že ji poskytl, byl jim odkaz na dotazník opětovně zaslán šest měsíců po prvním vyplnění. E-mailová adresa byla použita pro spárování dat z obou měření a poté byla smazána.

V první vlně sběru dat dotazník otevřelo celkem 852 respondentů, avšak 382 z nich dotazník nedokončilo a další 2 byli ze vzorku odstraněni z důvodu zjevně chybných odpovědí. Výsledný vzorek tedy činil $N = 549$ respondentů (návratnost 64 %), z toho bylo 68 % žen. Respondenti udávali průměrný věk 41,2 let ($SD = 16$, min. 18, max. 83) a vzdělání základní ve 2 %, středoškolské v 52 % a vysokoškolské ve 46 % případů.

V rámci první vlny sběru dat 413 respon-



**Tomáš
Řiháček**

Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie.

dentů poskytlo svoji e-mailovou adresu a byli osloveni s žádostí o druhé vyplnění dotazníku. Ve druhé vlně dotazník vyplnilo $N = 251$ respondentů (návratnost 61 % v rámci druhé vlny, 29 % z celkově oslovených), z toho bylo 69 % žen. Respondenti udávali průměrný věk 42,5 let ($SD = 15,5$, min. 20, max. 80) a vzdělání základní v 1 %, středoškolské v 48 % a vysokoškolské v 51 % případů.

Použité metody

Screening for Somatoform Symptoms

– 2. Dotazník Screening for Somatoform Symptoms – 2 (SOMS-2; Rief, Heuser a Hiller, 1997) je používán pro účely diagnostiky somatoformních poruch dle diagnostického manuálu DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Obsahuje seznam 53 symptomů, přičemž pět z nich je specifických pro ženy a jedna pro muže. Každá položka obsahuje pětibodovou Likertovu škálu, s jejíž pomocí respondent vyjadřuje míru pocíťovaných potíží od „danou obtíž netrpím“ (0) až po „velmi silně trápí“ (4). Oproti standardní verzi dotazníku byla kaž-

dá položka doplněna otázkou: „*Zjistil Váš lékař příčinu této obtíže?*“ Možné odpovědi byly: (A) „*Ano*“, (B) „*Ne*“, (C) „*Nekonzultoval/a jsem to s ním.*“ a (D) „*Touto obtíží netrpím.*“ Pouze v případě, že respondent odpověděl variantou A, byl daný symptom považován za MUS.

Multidimensional Health Locus of Control Scale. Dotazník Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLoCS; Wallston, Struder, Wallston a DeVellis, 1978) byl vytvořen pro měření místa kontroly v oblasti zdraví. Skládá se z 18 položek, u nichž respondenti na šestibodové Likertově škále volí možnost od (1) vůbec nesouhlasí až po (6) zcela souhlasí. Dotazník má tři subškály: (1) internalita (6 položek, např. „*Jsem přímo zodpovědný/á za své zdraví.*“), vlivní druzí (6 položek, např. „*Zdravého/zdravou mě udržují odborníci.*“) a náhoda (6 položek, např. „*Je to jen o štěstí, jestli zůstanu zdravý/á.*“). V současné studii byla užitá Forma B tohoto dotazníku, která byla pro účely této studie adaptována do češtiny. Položky 7 a 9 byly při analýze odstraněny, neboť se u české verze ukázaly z psychometrického hlediska jako problematické (Kostolanská, Řiháček, Stehlíková a Cígler, 2018). Vnitřní konzistence takto upravených subškál byla $\alpha = 0,75$ pro internalitu, $\alpha = 0,74$ pro vlivné druhé a $\alpha = 0,57$ pro náhodu.

Demografický dotazník. Demografický dotazník obsahoval otázky na věk, pohlaví, vzdělání a možnost vyplnění e-mailové adresy pro účely zařazení respondenta do druhé vlny sběru dat.

Statistická analýza

Prevalence byla vyjádřena procentuální četností symptomu ve vzorku. Pro sympto-

my, které jsou specifické pouze pro jedno pohlaví, byl jako základ pro výpočet procentuální četnosti použit počet osob daného pohlaví. K procentuálním údajům byly doplněny odhady 95 % intervalů spolehlivosti.

Proměnná „pocitovaná intenzita MUS“ byla vypočítána jako průměr vnímané intenzity všech položek, které daný respondent označil jako medicínsky nevysvětlené. Změna v čase pak byla vypočítána jako intenzita v čase T2 (tj. druhá vlna sběru dat) mínus intenzita v čase T1 (tj. první vlna sběru dat).

Pro testování rozdílů mezi dvěma skupinami byl použit nepárový t-test, pro testování změn v čase pak párový t-test. Vztahy mezi dvěma kontinuálními proměnnými byly ověřovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Pro predikci změny pocitované intenzity symptomů byla použita vícenásobná lineární regrese. Statistická analýza byla provedena pomocí programu R (R Core Team, 2019).

VÝSLEDKY

Symptomy

V rámci první vlny sběru udávalo alespoň jeden MUS 37,3 % (95 % CI: 33,3 %; 41,3 %) respondentů. U žen pak činila prevalence MUS 42,3 % (95 % CI: 37,3 %; 47,3 %), zatímco u mužů 27,0 % (95 % CI: 20,5 %; 33,5 %). Rozložení MUS prakticky nesouviselo s věkem. Věková hranice byla stanovena na základě mediánu. U mladších respondentů (≤ 42 let) činila prevalence MUS 37,3 % (95 % CI: 31,6 %; 43,0 %), u starších (> 42 let) pak 37,5 % (95 % CI: 31,7 %; 43,3 %). U respondentů se středoškolským vzděláním činila prevalence 36,8 % (95 % CI: 30,0 %; 43,6 %). Současní vysokoškoláci vykazovali prevalenci 44,6 % (95 %

CI: 34,4 %; 54,8 %). Z respondentů s ukončeným vysokoškolským vzděláním uvedlo alespoň jeden medicínsky nevysvětlený symptom 35,3 % (95 % CI: 29,4 %; 41,2 %). Údaje pro respondenty se základním vzděláním kvůli jejich nízkému zastoupení ve vzorku neuvádíme.

Prevalence jednotlivých symptomů je vyobrazena na Obrázku 1. V levé části grafu je zachycena četnost potíží bez ohledu na jejich pocíťovanou intenzitu. U symptomů specifických pro jedno či druhé pohlaví je míra zastoupení počítána pouze v rámci dané subpopulace (např. procento výskytu menstuačních potíží je počítáno pouze z celkového počtu žen). Z obrázku je patrné, že nejčtetnějšími potížemi (bez ohledu na jejich intenzitu) jsou bolest zad, bolest hlavy, nepravidelná menstruace, bolest kloubů a bolestivá menstruace. V pravé části grafu je pak vypočítána průměrná intenzita pocíťovaná v případě, že daný respondent tento symptom skutečně udává. Z této perspektivy se jako nejintenzivněji prožívané jeví bolestivé dýchání nebo hyperventilace, ztráta hlasu, porucha ejakulace nebo erekce, stálé/časté zvracení během těhotenství a ztráta citlivosti při dotyku nebo bolesti. To je však nutno interpretovat s opatrností, neboť tyto nejintenzivněji vnímané obtíže patřily zároveň mezi nejméně čtetné.

Změna intenzity symptomů v čase

Změna intenzity symptomů v čase byla zkoumána na vzorku respondentů, kteří se zúčastnili i druhé vlny dotazování a uvedli alespoň jeden MUS v úvodním dotazníku. Výsledný vzorek pro tuto analýzu činilo $N = 95$ respondentů. Analýza ukázala, že průměrná intenzita symptomů v čase statisticky významně poklesla: $t(94) =$

$4.7866, p < 0,001, d = 0.49$ [95 % CI: 0,20; 0,78]. Míra poklesu se nelišila dle pohlaví: $t(69,33) = 0.11606, p = 0,908$, avšak pokles byl obecně tím nižší, čím starší byl respondent: $r = 0,22, p = 0,031$, [95 % CI: 0,02; 0,40]. Symptomy, které vykazovaly největší změnu v čase, zahrnovaly (v tomto pořadí) nepříjemný pocit v intimních partiích, nebo v jejich okolí, častý průjem, ztrátu hlasu, silné krvácení během menstruace, nepravidelnou menstruaci, bolestivou menstruaci, nadměrné pocení, bolest při močení, návaly horka nebo zrudnutí, záchvaty křečí a časté močení.

Souvislost změny intenzity symptomů s místem kontroly

Pro testování vlivu MHL0C na změnu intenzity MUS v čase byla použita vícenásobná lineární regrese. Tři dimenze MHL0C (internalita, vlivní druhí a náhoda) měřené v první vlně byly použity jako prediktory změny pocíťované intenzity MUS v čase; navíc byl kontrolován vliv věku a pohlaví. Regresní model změnu MUS vysvětloval statisticky významně: $F(5, 245) = 3,4, p = 0,005, R^2 = 0,065$. Statisticky významnými prediktory byly dimenze MHL0C internalita ($\beta = -0,19, p = 0,009$) a náhoda ($\beta = -0,20, p = 0,007$), a dále pak věk ($\beta = 0,17, p = 0,008$). Tento model však dokázal vysvětlit pouze necelých 7 % celkové variability ve změně MUS. Dimenze náhody navíc v rozporu s naším očekáváním souvisela s velikostí změny negativně (čím vyšší víra v to, že naše zdraví je výsledkem náhody, tím větší ústup symptomů). V případě, že bychom ze vzorku odstranili jednoho respondenta s hodnotami výrazně se odlišujícími od ostatních (maximální skór internality a současně nejvýraznější

ústup symptomů), dimenze internality by pozbyla statistickou významnost ($\beta = -0,14$, $p = 0,061$).

DISKUZE

V této práci jsme si kladli za cíl prozkoumat prevalenci, pocíťovanou intenzitu a změnu v MUS čase u běžné populace. Námi zjištěná prevalence se pohybuje ve středním pásmu rozpětí výsledků předchozích studií (Haller et al., 2015; Westrienen et al., 2019; Steinbrecher et al., 2011) a odpovídá tak zjištěním zahraničních studií.

Obdobně jako v předchozích studiích mezi nejčastější symptomy patřily symptomy spojené s bolestí. V souladu s ostatními studiemi i v rámci naší studie byla nejčastěji udávána bolest zad a bolest hlavy (Frölich et al., 2006; Geelen et al., 2015; Steinbrecher et al., 2011). Za zajímavé považujeme zjištění, že k největšímu výskytu MUS docházelo u vysokoškoláků. Náš vzorek byl příliš malý na to, abychom mohli tento závěr spolehlivě zevšeobecnit, nicméně by bylo vhodné, aby příští studie na toto téma věnovaly této části populace zvýšenou pozornost. Pokud jde o pocíťovanou intenzitu, pořadí symptomů se liší od pořadí na základě prevalence – ukazuje se tak, že nejčastější symptomy nemusejí patřit mezi ty subjektivně nejhůře prožívané.

Průměrná pocíťovaná intenzita MUS uvedená při první administraci se v průběhu šesti měsíců snížila. Tento výsledek je v souladu s výsledky předchozích studií, které ukazovaly, že intenzita MUS má v průběhu času u více než poloviny pacientů sestupnou tendenci a může vést až k vymizení symptomů (Jackson a Passamonti, 2005; Olde Hartman et al., 2009; Claassen-van Dessel et al., 2018).

Dalším cílem studie bylo zjistit, zda existuje vztah mezi místem kontroly a změnou intenzity MUS v čase. Předpokládané vztahy se nepodařilo prokázat, přestože existence možného vlivu místa kontroly na vývoj onemocnění či rehabilitaci byla naznačena předchozími studiemi (Keedy et al., 2014). Dimenze náhody navíc souvisela s velikostí změny opačně, než jsme očekávali (čím vyšší víra v to, že naše zdraví je výsledkem náhody, tím větší ústup symptomů). Je možné, že určité ponechání „věci náhodě“ působí u MUS protektivně tím, že snižuje napětí pramenící z faktu, že pacient nedokáže tyto nevysvětlené potíže svým vlastním úsilím či za pomoci lékařů (tj. vlivných druhých) ovlivnit.

Hlavním limitem této studie je výběr vzorku, který není reprezentativní vůči běžné populaci. Prezentované odhady tak mohou být zkresleny a je zapotřebí studii replikovat před případným zobecněním jejich výsledků. Vzhledem ke korespondenci našich zjištění s výsledky zahraničních studií však nepředpokládáme, že by toto zkreslení bylo významné.

Dalším limitem je fakt, že jsme ve druhé vlně měření již znovu nezjišťovali, které symptomy mají status MUS, a počítali jsme pouze s údaji z prvního měření. Vzhledem k tomu, že symptomy mohou měnit svůj status oběma směry, tj. z nevysvětlených na vysvětlené a naopak, a že nové MUS mohou též v čase přibývat (Klaus et al., 2013), může být náš odhad poklesu intenzity MUS v čase nadhodnocený.

Za limit je nutné považovat také spoléhání na sebesposouzení ze strany respondentů. Respondenti z běžné populace většinou nejsou odborníky na diagnostiku somatických onemocnění a jejich úsudek ohledně toho,

co znamená „medicínsky nevysvětlený“, nemusí být dostatečně spolehlivý.

Pokud je nám známo, je naše studie první svého druhu v českém prostředí. Bylo by proto vhodné ji replikovat. I v této podobě však představuje důležitou sondu do problematiky prevalence a vývoje MUS u běžné populace.

PODĚKOVÁNÍ

Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GA18-08512S. Děkujeme Jolaně Stehlíkové za spolupráci při sběru dat.

Role autorů: První autorka provedla sběr dat. Oba autoři se podíleli na formulaci designu, analýze dat a napsání textu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

Finanční zdroje: Vznik tohoto článku byl podpořen z prostředků grantového projektu GA18-08512S.

ZDROJE

- Aamland, A., Malterud, K., & Werner, E. L. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: A descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Family Practice, 107*(15).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin, 130*(5), 793–812.
- Claassen-van Dessel, N., Wouden, J. C., Hockstra, T., Dekker, J., & van der Horst, H. E., (2018). The 2-year course of medically unexplained physical symptoms in terms of symptom severity and functional status: Results of the PROSPECTS cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 104*, 76–87.
- Creed, F., Barks, A., & Leiknes, K. A. (2011). Epidemiology: Prevalence, causes and consequences. In F. Creed, P. Henningsen, & P. Fink (Eds.), *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: Developing better clinical services* (pp. 1–42). Cambridge: Cambridge University Press.
- de Waal, M. W., Arnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry, 184*, 470–476.
- Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: A review. *International Review of Psychiatry, 18*(1), 25–33.
- Eliassen, M., Schröder, A., Kreiner, S., Dantoft, T. M., Poulsen, Ch. H., Petersen, M. W., ...Jørgensen, T. (2018). A step towards a new delimitation of functional somatic syndromes: A latent class analysis of symptoms in population-based cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 108*, 102–117.
- Fröhlich, C., Jacobi, F., & Wittchen, H.U. (2006). DSM-IV pain disorder in the general population. An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 256*, 187–196.
- Geelen, S. M., Rydelius, P.-A., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychosocial concerns in a general adolescent population: Exploring relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 79*(4), 251–258.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Arzteblatt International, 112*(16), 279–289.
- Hilderink, P. H., Collard, R., Rosmalen, J. G.

- M., & Voshaar, R. C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, *12*, 151–156.
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 704–712.
- Chvála, V., Honzák, R., Masner, O., Ročňová, M., Seifert, M., Trapková, L., & Seifert, B. (2015). *Psychosomatické poruchy a lékařsky nevysvětlitelné příznaky*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Jackson, J. L., & Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, *20*, 1032–1037.
- Keedy, N. H., Keffala, V. J., Altmaier, E. M., & Chen, J. J. (2014). Health locus of control and self-efficacy predict back pain rehabilitation outcomes. *The Iowa Orthopaedic Journal*, *34*, 158–65.
- Klaus, K., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Glaesmer, H., & Mewes, R. (2013). The distinction between “medically unexplained” and “medically explained” in the Context of somatoform disorders. *International Journal of Behavioral Medicine*, *20*, 161–171.
- Kostolanská, E., Řiháček, T., Stehlíková, J., & Cígler, H. (2018). *Czech adaptation of the Multidimensional Health Locus of Control Scale: Confirmatory factor analysis and measurement invariance*. Unpublished manuscript.
- Körber, S., Frieser, D., Steinbrechcer, N., & Hiller, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*, 142–147.
- Kroenke, K. (2006). Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(4), 335–339.
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey: An open source survey tool*. LimeSurvey Pro-ject Hamburg, Germany. <http://www.limesurvey.org>
- Leiknes, K.A., Finset, A., Moum, T., & Sandanger, I. (2007). Current somatoform disorders in Norway: Prevalence, risk factors and comorbidity with anxiety, depression and musculoskeletal disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*, 698–710.
- Marks, E. M., & Hunter, M. S. (2015). Medically unexplained symptoms: An acceptable term? *British Journal of Pain*, *9*(2), 109–114.
- Marple, R. L., Kroenke, K., Lucey, C. R., Wilder, J., & Lucas, C. A. (1997). Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints: Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome. *Internal Medicine*, *157*(14), 1482–1488.
- Mayou, R. (1991). Medically unexplained physical symptoms: Do not overinvestigate. *The Bmj*, *303*(9), 303–304.
- Nimnuan, Ch., Hotopf, M., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms: An epidemiological study in seven specialties. *Journal of psychosomatic research*, *51*(1), 361–367.
- Olde Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L. B. J., van de Laar, F. A., Speckens, C., & van Weel, A. E. (2009). Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 363–370.
- Petrosky, M. J., & Birkimer, J. C. (1991). The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, *47*(3), 336–345.
- Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A. L. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal of psychosomatic research*, *42*(3), 245–252.
- R Core Team (2019). *R: A language and environment for statistical computing*. R Found-

- dation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *Bmj*, *322*(7289), 767.
- Rief, W., Heuser, J., & Hiller, W. (1997). *SOMS, Das Screening für somatoforme Störungen: Manual zum Fragebogen [SOMS, The Screening for Somatoform Disorders: The Questionnaire Manual]*. Bern: Huber-Verlag.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(4), 367–371.
- Rosendal, M., Carlsen, A. H., Rask, M. T., & Moth, G. (2015). Symptoms as the main problem in primary care: A cross-sectional study of frequency and characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *33*(2), 91–99.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1–28.
- Řiháček, T. & Čevelíček, M. (2019). Common therapeutic strategies in psychological treatments for medically unexplained somatic symptoms. *Psychotherapy Research* [online].
- Řiháček, T., Pavlenko, P. & Franke, H. (2017). Účinnost psychoterapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevysvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýz a přehledových studií. *Československá psychologie*, *61*(4), 350–362.
- Sekot, M. (2013). Medicínsky nevysvětlitelné symptomy – diagnostika a léčba. *Interní medicína pro praxi*, *15*(3–4), 121–124.
- Steinbrecher, N., Koerber, S., Frieser, D., & Hiller, W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, *52*(3), 263–271.
- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Coleman, R., Roberts, R., Warlow, C., & Sharpe, M. (2009). Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology out-patients: How often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*, *132*(10), 2878–2888.
- van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J., Kleinstäuber, M., Leone, S., Terluin, B., ...van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically-unexplained physical symptoms (MUS) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, CD011142.
- Verhaak, P. F., Meijer, S. A., Visser, A. P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice* *23*, 414–420.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health education monographs*, *6*(1), 160–170.
- Wallston, K. A., Stein, M. J., & Smith, C. A. (1994). Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control. *Journal of Personality Assessment*, *63*(3), 534–553.
- Westrienen, P. E., Pisters, M. F., Veenhof, C., & Wit, N. J. (2019). Identification of patients with moderate medically unexplained physical symptoms in primary care with five years follow-up. *BMC Family Practice*, *20*(66), 1–8.
- Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *6*, 257–285.

Došlo do redakce 14. 1. 2020, v revidovaném znění 12. 2. 2020. K publikaci přijato 12. 2. 2020.

Tabulka 1 Přehled výzkumů prevalence MUS

Studie	Populace	Země	N	Kritérium MUS	Období prevalence	Prevalence
de Waal, Arnold, Eekhof & Hemert (2004)	primární péče	Nizozemí	1 046	PSC; SF-36; HADS; splnění podmínek pro somatoformní poruchu dle DSM-IV	bodová	16,1 %
Eliassen et al. (2018)	obecná populace	Dánsko	9 603	checklist 31 symptomů; alespoň 1 MUS	12 měsíců	72 %
Fröhlich, Jacobi & Wittchen (2005)	obecná populace	Německo	4 181	M-CIDI; pouze symptomy související s bolestí; alespoň 1 za posledních 12 měsíců	12 měsíců	28 %
Haller et al. (2015)	primární péče	metaanalýza 32 studií z 24 zemí	70 085	aspoň 1 MUS	bodová 12 měsíců	40,2 % 49 %
Hiller, Rief & Brähler (2006)	obecná populace	Německo	2 552	SOMS-7; symptomy v posledních 7 dnech; alespoň jeden symptom	7 dní	81,6 % (mírné obtíže), 22,1 % (závažné obtíže)
Jackson & Passamonti (2005)	primární péče	USA	338	PHQ-15; alespoň 1 symptom; rozhodnutí lékaře na základě anamnézy a prohlídky	1 měsíc	48 %
Körber, Frieser, Steinbrecher & Hiller (2011)	primární péče	Německo	308	PHQ-15; strukturovaný rozhovor; praktický lékař rozhodne na základě dostupných informací	12 měsíců	76 %
Leiknes, Finset, Moum & Sandanger (2007)	obecná populace	Norsko	1 247	CIDI 1.0; M-CIDI; alespoň 1 MUS posledních 6 měsíců;	6 měsíců	19,2 %

Tabulka 1 Přehled výzkumů prevalence MUS – pokrač.

Studie	Populace	Země	N	Kritérium MUS	Období prevalence	Prevalence
Nimnunan et al. (2001)	sekundární péče	Dánsko	582	Symptom Review Questionnaire; Illness Cognition, Brief Disability Questionnaire a posouzení lékařem; alespoň 1 MUS	bodová	52 %
Peveler, Kilkenny & Kinmonth (1997)	primární péče	Velká Británie	175	upravený checklist DIS podle kritérií pro somatickou poruchu dle DSM-III-R a posouzení lékařem	3 měsíce	19 % (lékaři), 35 % (skřínink)
Reid, Wessely, Crayford & Hotopf (2001)	primární péče	Velká Británie	361	1 a víc konzultací MUS v průběhu posledních 3 let; posouzení lékařem	3 roky	97 %
Rosendal, Carlsen, Rask & Moth (2015)	primární péče	Dánsko	7 008	konzultace u lékaře ohledně aktuálních potíží, převedení na kódy ICPC; posouzení lékařem; alespoň 1 symptom bez diagnózy	bodová	36,4 %
Steinbrecher, Koerber, Frieser & Hiller (2011)	primární péče	Německo	620	PHQ-15 a diagnostické interview upravený CIDI a posouzení lékařem	12 měsíců	64,8 %
Stone et al. (2009)	neurologie	Velká Británie	3 781	posouzení lékařem; alespoň 1 symptom nedostatečně vysvětlený diagnózou	bodová	30 %
Verhaak, Meijer, Visser & Wolters (2006)	primární péče	Nizozemí	400 000	1 a víc konzultací u lékaře s 4 a víc MUS v předchozím roce	12 měsíců	2,45 %

Tabulka 1 Přehled výzkumů prevalence MUS – pokrač.

Studie	Populace	Země	N	Kritérium MUS	Období prevalence	Prevalence
Westric- nen et al. (2019)	primární péče	Dánsko	114 185	symptomy kódované ICPC; 5 a více konzultací v 1 roce; kódování obtíží dle ICPC; PRESUME, alespoň 1 MUS	12 měsíc	6,9 %

Poznámka: CIDI = Composite International Diagnostic Interview; DIS = Diagnostic Interview Schedule; HADS = Hospital Anxiety and Depression; ICPC = Classification of Primary Care (kódy uváděné v národní databázi pacientů); Illness Cognition = Sebeuposuzovací dotazník ohledně možných příčin a trvání obtíží; M-CIDI = Munich Composite International Diagnostic interview; PHQ-15 = Patient Health Questionnaire-15; PRESUME = Preventive Screening of Medically Unexplained Physical Symptoms; PSC = Physical Symptom Checklist; SF-36 = Medical Outcomes Study Questionnaire Short Form 36 Health Survey; SOMS-7 = Screening for Somatoform Symptoms; Symptom Review Questionnaire = 27 somatických symptomů (dotazník vytvořený pro účely dané studie).

Obrázek 1. Prevalence, pocíťovaná intenzita a změna v čase

Symptom	Četnost (n)	Četnost (%)	Intenzita	Změna
03) bolest zad	42	7,7%	2,36	-1,25
01) bolest hlavy	31	5,6%	2,35	-0,42
50) nepravidelná menstruace	20	5,4%	2,25	-2,33
04) bolest kloubů	29	5,3%	2,14	-1,27
49) bolestivá menstruace	19	5,1%	2,42	-2,33
02) bolest břicha	26	4,7%	1,88	-0,71
53) neobvyklý nebo silnější vaginální výtok	17	4,6%	1,82	-1,83
05) bolest v nohou nebo rukách	25	4,6%	2,08	-1,71
11) nadýmání	21	3,8%	1,81	-1,92
33) nepříjemný pocit v intimních partiích, nebo v jejich okolí	20	3,6%	2,20	-2,50
51) silné krvácení během menstruace	13	3,5%	2,08	-2,40
30) neobvyklá únava po mírné zátěži	19	3,5%	2,05	-1,57
41) nepříjemný pocit brnění	17	3,1%	1,53	-1,17
26) nadměrné pocení	16	2,9%	2,44	-2,33
31) skvrny na kůži nebo změny zbarvení kůže	16	2,9%	1,81	-1,67
46) ztráta paměti	15	2,7%	1,60	-1,33
12) nepříjemný pocit v oblasti kolem srdce	14	2,6%	1,71	-0,88
16) přecitlivělost na některá jídla	13	2,4%	2,38	-1,78
20) častý průjem	13	2,4%	2,31	-2,50
24) bušení srdce	13	2,4%	1,85	-1,63
08) bolest během sexuálního styku	11	2,0%	1,82	-1,00
10) pocit na zvracení	11	2,0%	1,73	-0,56
28) dušnost (bez námahy)	10	1,8%	2,00	-1,00
25) pocit tlaku, chvějí nebo neklidu v břiše	10	1,8%	1,90	-0,80
09) bolest při močení	9	1,6%	2,22	-2,33
34) zhoršená koordinace nebo rovnováha	9	1,6%	2,00	-1,67
27) návaly horka nebo zrudnutí	9	1,6%	1,89	-2,25
44) hluchota	9	1,6%	1,56	-1,43
15) škytavka nebo pálení žáhy	8	1,5%	2,25	-1,25
06) bolest na hrudi	8	1,5%	2,13	-0,80
19) sucho v ústech	8	1,5%	2,13	-0,50
18) pachutí v ústech nebo povlak na jazyku	8	1,5%	1,75	-1,75
22) časté močení	7	1,3%	2,14	-2,20
42) dvojité vidění	7	1,3%	2,00	-2,00
45) záchvaty křečí	7	1,3%	2,00	-2,25
14) častější návrat obsahu žaludku zpátky do jícnu	7	1,3%	1,86	-0,67
23) časté nucení na stolici	7	1,3%	1,86	-1,33
32) sexuální nezájem (ztráta sex. touhy)	7	1,3%	1,57	-1,33
48) porucha ejakulace nebo erekce	2	1,1%	2,50	0,00
37) ztráta hlasu	6	1,1%	2,83	-2,50
36) potíže s polykáním nebo pocit tzv. knedlíku v krku	6	1,1%	1,50	-1,33
07) bolest v oblasti konečnicku	4	0,7%	2,00	-2,00
35) ochrnutí nebo svalová slabost	4	0,7%	1,50	-1,00
29) bolestivé dýchání nebo hyperventilace	3	0,5%	3,00	0,00
17) ztráta chuti k jídlu	3	0,5%	1,67	-2,00
47) ztráta vědomí	3	0,5%	1,00	-1,00
52) stálé/časté zvracení během těhotenství	2	0,5%	2,50	-1,00
40) ztráta citlivosti při dotyku nebo bolesti	2	0,4%	2,50	0,00
43) slepota	2	0,4%	1,00	-1,00
13) zvracení (mimo těhotenství)	1	0,2%	1,00	0,00
39) halucinace	1	0,2%	1,00	-1,00
21) výtok z konečnicku	0	0,0%	0,00	0,00
38) zadržování močení	0	0,0%	0,00	0,00

Poznámka: Čísla symptomů odpovídají jejich pořadí v dotazníku SOMS-2. Na obrázku jsou seřazeny podle četnosti. U symptomů specifických pro jedno pohlaví byla procentuální četnost vypočítána pouze pro dané pohlaví. Sloupec intenzita obsahuje průměrnou pocíťovanou intenzitu daného symptomu vypočítanou vždy z té části vzorku, která daný symptom udávala. Sloupec změna je průměrným rozdílem mezi prvním a druhým měřením. Záporné číslo vyjadřuje snížení intenzity.