



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice



Management FPH

Marcela Míková

Nad'a Jiříčková, Štěpánka Hniličková, Markéta Staňková



Department of Rehabilitation, Hospital České Budějovice, a.s.

Department of Neurology, Hospital České Budějovice, a.s.

Institute of Physiotherapy and Selected Medical Disciplines, Faculty of Health and Social Sciences, University of South Bohemia in České Budějovice



? FPH, FMD
? Konverzní
? Hysterické, hysterionské
? Psychogenní
? Non-organické
?
?
?



FPH, FMD

- neurologické onemocnění, **G25.8 (ne F44.X)**
- není to vzácné onemocnění, až 16 % neurologických pacientů
? rehabilitačních pacientů
- etiologicky heterogenní
- psychologické faktory – rizikové, ne kauzální
- porucha „softwarová“ i na úrovni „hardware“

Funkční poruchy hybnosti jsou neurologická onemocnění vzniklé na podkladě abnormálního fungování CNS, u kterých již byly prokázány mnohočetné abnormity neurofyzilogickými a funkčně zobrazovacími studiemi na kortikální i subkortikální úrovni, při dlouhodobém trvání onemocnění je prognóza obvykle nepříznivá.

- 80 % spouštěče fyzické (úrazy, fyzické i psychické přetížení, výkony...)
- typicky – distraktibilita (zejména pozornosti), projevy inkongruence i instability
- symptomy: funkční třes, myotonus, porucha chůze, senzitivní symptomy...



Kazuistika – VV (1981, žena)

RHB vyš. NCB (12/2020), odeslána PL – dg FPH

NO: funkční paréza PDK

porucha chůze – kombinace myoklonu a dystonie
bolesti celé PDK

- potíže **trvající 2,5 roku (od r. 2018)**
iniciálně: bolesti a otok v oblasti bérce, antalgická chůze
- po cca 1 roce trvání obtíží dle dostupných zpráv uváděn „abnormální stereotyp chůze“
- 2 roky – opakovaně ortopedická, neurologická a rehabilitační péče, zmiňována „psychogenní nadstavba“

OA: operace: 0, úrazy: 0

dispenz. **pro schizoafektivní poruchu** (před 15 l. pro abusus pervitinu) – před vznikem obtíží pouze dispenzarizace psychiatrem, bez trvalé medikace; zcela abstinence alkoholu, drog, při vyš pro poruchu chůze: **dg RIS dle MR**

FA: Coaxil (ve VFN nasazen Sertralin, po telef.domluvě s oš.psychiatrem změna na Coaxil), Baclofen (nasazen Amb.bolesti), Gabanox (nasazen neurologem), Lexaurin (cca 5x týdně, dlouhodobě)

AA: 0

PA,SA: PN; montážní dělnice, vyučená kuchařka, žije s přítelem, bezdětná



- EMG – opakovaně v normě
- MR P kolene (po 1,5 roku trvání obtíží) - hojící se fr. hlavičky fibuly (vs únavová zlomenina)
- opak. obstříky kolene
- MR mozku – ložiska T2W a Flair splňující kritéria RS, intratek. syntéza všech řetězců Ig
- **MS centrum – dg RIS** (empirické přeléčení SMD, bez efektu na symptomy) **08/2020 – susp na dg FPH**
- **10/2020 vyš. ve VFN – dg FPH** na podkladě inkonzistence a inkongruence příznaků s org. onemocněním; overlay funkční symptomatiky v terénu organického onemocnění

DG: funkční paréza PDK, porucha chůze – kombinace myoklonu a dystonie, bolesti PDK, poruchy spánku, úzkostně-depresivní symptomatika, únava

- *??? Ambulance bolesti 11/2020
nasazen Baclofen a obstřík BoNT mm.vasti*
- *??? Ortopedická ambulance 11/2020 – znovu obstřík,
zvažována ASK – MM.....*



Vyšetření 12/2020

Subjektivně:

- **bolest** P kolene, někdy PDK; netolerance dotyku v oblasti P kolene,
- někdy **slabost** někdy **třes** stehna, prolamování kolene,
- pády ano/opakovaně – z důvodu bolesti ne slabosti,
- chůze několik metrů, **nevychází z domu** bez doprovodu přítele,
- chtěla by se vrátit do práce (za poslední rok 1 týden – nezvládala přesuny, práci v sedu ano),
- narušený **spánek**, **únava**, migrény občas,
- **cyklické difuzní nesrozumitelné stesky: pacientka si neví rady**

„neví co b...
docházejí...
centra, ně...“

BEZRADNOST PACIENTKY

...dní léky
...o do MS
...olu...”

Objektivně:

- chůze – kombinace myoklonu a dystonie, nestabilita/hyperextenze kolene ve stojné fázi chůze, zvládne chůzi pozadu i v tandemu,
 - P koleno – bez otoku, mírná palp. bolestivost v obl. hlavičky fibuly, mírný otok při úponu m.BF, bolestivost oblasti úponu MM.
 - PDK vleže – lehké kořenové oslabení, sval.dysbalance, jinak fyziol.
- **Návrh RHB – koordinovaná rehabilitační péče pro FPH.**



REO NCB 01-04/2021

- RHB lékař + Fyzioterapeut + Psycholog
- REO: 3 týdny hospitalizace
- AMB: 3x RFM, 4x FT, 1x psych.)

Lékař Úprava/doplnění medikace
Organizace multidisciplinární péče

Fyzioterapie

Iniciální zaměření:

- standardní distrakční techniky „přenesení pozornosti“ - dual task; Zebris - analýza stoje a chůze, využití stop; chůze ve virtuálním prostředí,
- Fyzik. terapie - analg. program VAS Better future - P koleno, elektrostimulace/gymnastika m.TA (Walkaide)
- Kondiční skupina
- Motomed

Psycholog ...





01/2021 - Re: výsledky vyšetření korelují s obrazem funkční poruchy.

- **Izolované kognitivní deficity** - pozornost, PM tempo, vizuopercepční schopnosti, kognitivní odhad a exekutivní funkce (prostorová exekutiva, plánování pohybu).
- **Porucha flexibility pozornosti** projevující se nevyrovnaností PM tempa a nárůstem chybovosti v dual task úkolech. Výkyvy kvality koncentrace pozornosti.
- **Myšlení: tendence k rigiditě a zabíhavosti**, zúžení pozornosti na aktuální symptomatiku.
- Emotivita: přítomnost **depresivní** symptomatiky (BDI-II - 22 bodů) - **anhedonie**, emoční labilita, anxiozita, iritabilita, agitovanost, obtížné samostatné rozhodování.
- Poruchy spánku, únavnost.

BEZRADNOST TERAPEUTICKÉHO TÝMU...





Úprava programu po konzultaci s MUDr. T. Serranovou a D. Fialovou

- **Snížení nároků** na distrakci pozornosti (nelze přenést „poruchu pozornosti“)
- Prioritní zaměření – ROZBÍT VZOREC
- Terapii zaměřit **na to, co jde**, ne na to, co nejde...
- Pochopení onemocnění – snaha od všech participujících
– NEPOCHOPENÍ – CUT OFF pro efektivitu RHB



- Využití časového intervalu – timing úkolu
 - „mít dostatek definovaného času na provedení úkolu“
 - naučit se přizpůsobit tempo požadavkům

DISTRAKCE: KONTROLA TIMINGU

- **DŮLEŽITÁ STRUKTURA FYZIOTERAPIE
(i práce každého člena týmu)**

- Důvěra, pravidelné vyslechnutí opakovaných dojmů
opakovaný feedback (vymezit čas na feedback; „vědět, že bude čas na feedback“)
- Terapie – zaměření pozornosti na danou věc.
- Zařazení tréninku percepce.
- Použití feedbacku – probrání splněného úkolu, kontrola natočených videí.
- Autoterapie – v autoterapii vždy pouze to, co šlo, daný časový limit.

- Ambulatiní péče – zaveden **deník**, kontrola a úpravy postupu 1x za 2-3x týdny



Psychologická intervence



za hospitalizace:

- pravidelná podpůrná psychoterapie pro získání náhledu
- pochopení podstaty onemocnění a možností resocializace
- struktura režimu dne
- aktivizace k psychiatrické dispenzarizaci
- trénink kognitivních funkcí - zaměření na oslabené oblasti pozornosti a na exekutivní funkce

v ambulantní péči:

- autoterapie dle edukace
- možnost konzultací v rámci koordinované RHB péče (nevyužita)



Kontrolní vyšetření 04/2021 / Výstup

Pacientka od 03/2021 zpět v práci (montážní dělnice)

- **Úspěšná strukturalizace participujících odborností** - pravidelná dispenzarizace pouze ošetřujícím psychiatrem (stabilizace AD medikace, snižování BZD) + MS centrum + dočasně RHB.
- **Změna topiky bolesti** - bolest pouze kolene, někdy, nelimitující (spontánně odkládá kolenní ortézu – indik. kdysi od ortopeda).
- **Úspěšné rozbití funkčního vzorce - chůze:**
 - zlepšení rytmicity chůze, stability pánve při chůzi.
 - Prodloužení času, kdy se jí lépe chodí.
 - Bez funkčního třesu při švihové fázi chůze.
 - Bez extenčního „freezingu“.
 - Přetrvává mírná rigidita končetiny, zvládne odval plosky, neplynulý pohyb do DF hlezna při úderu paty, „dystonie“.
 - Vyhovující tréninkový deník iniciálně, nyní „cvičí“ sama.



01/2021



04/2021



Kontrolní psychologické vyšetření 04/2021



Výrazné **zmírnění depresivní symptomatiky** (BDI-II - 9 bodů, vstupně 22b.), zvýšení vlastní aktivity, socializace - návrat do zaměstnání, samostatnost v záležitostech ADL, schopnost náhledu/adaptabilita i přes přetrvávání některých zdravotních potíží, schopnost „mít radost“. Zmírnění obtíží se spánkem.

Výsledky kognitivních testů - **průkazně zrychlení psychomotorického tempa v dual task výkonu** (TMT B - 1:50s vstupně, 1:00 kontrola).

(u dalších testů vzhledem k únavě, demotivaci a iritabilitě nevalidní).

!!! Bez změny:

zvýšená únavnost, s nástupem únavy iritabilita, snížená schopnost emoční regulace; pouze částečné porozumění funkční poruše hybnosti (připouští vliv „psychiky“, stále nepochopení/neakceptování deficitu kognitivních funkcí - osobnostní blok, demotivace)





07/2021





Závěr I

- péče o pacienta s FPH – multidisciplinární, individualizovaná
- v poslední době – **ZMĚNA MANAGEMENTU**

Důležitá koordinace/organizace péče

?praktický lékař, ?neurolog (G25.8) ?psychiatr ?rehabilitační lékař

- Orientace - vyznání se v dosavadním průběhu nemoci – typicky příliš vstupů
- **Sdělení pozitivní diagnózy** + vysvětlení diagnózy
- Sdělení potencionální reverzibility
- Vysvětlení práce složek týmu, vysvětlení a úpravy medikace
- Dostatek informací, dostatek času na opakování informací
- **Opakovaná vysvětlování: typický znak pacienta s FPH**





Závěr II

Pro RHB:

- ▶ **RHB by mohla být/ale nemusela prvním krokem terapie**
- ▶ **RHB u FPH – není na vždy / věc dočasná** – domluvit se na cílech a na časovém limitu péče
- ▶ Cíle spíše neambiciózní, spíše mít snahu o „redukci cílů“
- ▶ **Nepochopení diagnózy: CUT OFF pro fyzioterapii**
„FT u FPH není pro každého“
- ▶ Legitimní zařadit psychoterapii – EBM pro KBT, mindfulness





Závěr III

Ideální management pacienta s FPH:

- ▶ specializované ambulance???
- ▶ ▶ „basic care“ v rámci standardní ambulantní neurol./rhb/FT péče

Péče o pacienta s FPH – „Pozitivní očekávání s nejistým výsledkem.“

Limitující faktor pro potencionální efekt:

- ▶ **předsudky a skepse kohokoli z členů týmu.**



YOU CAN'T GET RID OF YOUR SYMPTOMS...
BUT YOU CAN LEARN TO LIVE WITH THEM



Děkujeme za pozornost.
mmikova@zsf.jcu.cz

