

pití, sprátele se s nimi. Velmi se zajímají o jejich privátní život. Typicky při laskavém a povzbuzujícím přijetí (které je však vždy potřebné) s nedostatečným zvládnutím následného přenosu mají tito pacienti velkou tendenci se na lékařích stát závislími.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- A. Stížnosti na mnohočetné a proměnlivé příznaky, které nelze vysvětlit žádnou zjistitelnou somatickou poruchou, musí trvat alespoň 2 roky. (Žádná z přítomných somatických poruch nevysvětluje vážnost, rozsah, proměnlivost a trvání somatických potíží ani přidruženého zhoršení sociálního fungování.) Jestliže jsou přítomny některé příznaky, které jsou jasně vyvolané vegetativním podrážděním, nejsou hlavním rysem poruchy, protože nejsou zvláště úporné ani stresující.
- B. Zabývání se příznaky vyvolává stálou tíseň a vede pacienta k tomu, aby opakovaně (tří- i vícekrát) vyhledával lékařské konzultace nebo různá vyšetření, a to jak u lékařů prvního kontaktu, tak i u specialistů. Pokud nejsou pro pacienta lékařské služby dostupné, ať už z finančních nebo fyzických důvodů, musí být v anamnéze vlastní medikace nebo časté konzultace s místními lékaři.
- C. Pacient stále odmítá ujišťování lékařů, že somatické příznaky nemají dostatečnou příčinu. (Krátkodobé přijetí takového ujištění, tj. několik týdnů během vyšetřování nebo krátce po něm, tuto diagnózu nevylučuje.)
- D. Musí být přítomno alespoň šest nebo více následujících příznaků, přičemž příznaky se mají vyskytovat alespoň ve dvou různých skupinách:

gastrointestinální příznaky

- (1) bolest břicha,
- (2) nauzea,
- (3) pocity nadmutí a plynatost,
- (4) špatná chuť v ústech nebo příliš potažený jazyk,
- (5) stížnosti na zvracení nebo regurgitaci potravy,
- (6) stížnosti na časté pohyby střev a průjmy nebo vytékání tekutin z konečníku,

kardiovaskulární příznaky

- (7) zadýchávání se, které není způsobeno námahou,
- (8) bolesti na hrudi,

urogenitální systém

- (9) dysurie nebo stížnosti na časté močení,
- (10) nepříjemné pocity v genitáliích nebo kolem nich,
- (11) stížnosti na neobvyklý nebo silný poševní výtok, kožní příznaky a příznaky bolesti,
- (12) trudovitost,
- (13) bolesti končetin nebo kloubů,
- (14) nepříjemné znečistlivění nebo pocity pálení.

- E. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Symptomy se nevyskytují během jakýchkoliv schizofrenních nebo příbuzných poruch, poruch nálady nebo panické poruchy.

Na rozvoji somatizačních poruch se podílejí jak biologické, tak psychosociální faktory. Zdá se, že určitou roli mají hereditární vlivy, protože porucha se objevuje až u 10–20 % matek nebo sester pacientů. Konkordance u monozygotních dvojčat je 29 %, u dizygotních 10 %. Tato čísla však zároveň ukazují, že na etiopatogenezi mají hlavní vliv environmentální faktory. Rolí by mohly mít i neuropsychologické defekty, které vedou k charakteris-

Box 15.12

Kazuistika somatizační poruchy

Slečně Lence je 27 let. Původně pracovala jako zdravotní sestra, nyní je v plném invalidním důchodu. V posledních 2 letech má vážné potíže, pro které už byla opakovaně hospitalizována na urologii a neurologii. Nemůže močit bez toho, aby se vycévkovala. Kromě toho trpí silnými závratěmi a bez doprovodu se nevypraví mimo domov, protože by mohla upadnout a už by se sama nemusela zvednout. Také se jí špatně dýchá, pravidelně lapá po dechu, cítí knedlík v krku, nemůže dobře polykat a občas má pocity na zvracení.

Potíže začaly před 2 roky, kdy zažila infekci močových cest a močila naopak velmi často, bolelo ji břicho. Byla dlouho v pracovní neschopnosti a po návratu do práce jí to vrchní sestra vyčítala a pak si na ni „zasedla“, takže Lenka podala raději sama výpověď. V té době zjistila, že se nemůže močit tak snadno jako dřív, že jí to trvá déle. Vzpomněla si na Tycho Brahe a dostala strach. Tehdy se začala cévkovat. Za krátkou dobu se už bez cévkování nevyočila. Byla hospitalizována na urologii i neurologii. Příčina potíží se však nezjistila. Postupně se začaly dostavovat i další problémy, např. s dechem, s polykáním, objevily se závratě, brnění končetin. Lenka se bojí, že by mohlo jít o autoimunitní onemocnění, které postupně zasahuje celé tělo.

tickému narušení pozornosti a kognice s falešnou percepce a hodnocením somatosenzorických senzací. Pro postižené je typická těkavá pozornost, neschopnost habituovat na opakované podněty, defektní vytváření myšlenkových konstruktů na bázi racionálních myšlenkových operací apod.

Psychologicky bývá nízké sebevědomí, není ovšem jasné, zda předcházelo rozvoji poruchy. Psychosociálně orientovaných pohledů je celá řada, jejich verifikace je však obtížná. Jednou z interpretací je, že symptomy jsou vlastně typem sociální komunikace, která slouží vyhnutí se odpovědnosti (v rodině či zaměstnání), vyjádření emocí (např. hněvu k člověku, kterého postižený zároveň nechce ztratit), nebo symbolizuje vyjádření potřeb a postojů (např. bolest znamená nenaplněnou potřebu lásky a blízkosti). Striktně psychoanalytická interpretace vychází z předpokladu, že příznaky nahrazují potlačené pudové impulzy. Další psychoanalytický pohled mluví o obrácení hněvu, který patří druhým, na sebe. Podobný mechanismus viděl Freud u depresí. Řada pacientů se somatizační poruchou ovšem celkem snadno vyjadřuje hněv i k druhým.

Behaviorální pohled na somatizační poruchu zdůrazňuje učení se od rodičů, zejména formou imitace nebo nadměrné pozornosti pro somatické stesky v dětství. Pacienti se somatizační poruchou často pocházejí z nestabilních výchovných poměrů a ve výchově buď převládalo nadměrné rozmazlování (somatické příznaky sloužily od dětství ke zvýšení pozornosti okolí), nebo naopak kruté fyzické trestání (somatické příznaky pomáhaly od dětství vyhnout se povinnosti i trestu).

Průběh ⇨ Somatizační porucha obvykle začíná v adolescenci nebo rané dospělosti, před 30. rokem života. Zpravidla navazuje na stresové události nebo interpersonální

problémy. Je daleko častější u žen než u mužů (udává se poměr až 10 : 1). Průběh poruchy bývá chronický a kolísavý s exacerbacemi a remisemi. Často je spojen s dlouhotrvajícím narušením sociálního, interpersonálního a rodinného chování. Exacerbace příznaků, často nových, se objevují v obdobích stresu nebo životních změn. To, jak dlouho trvá průměrná epizoda se přesně neví, ale klinicky se zdá, že typicky je to kolem 6–9 měsíců. Remise trvá zřídka déle než rok, pak zpravidla následuje nová exacerbace příznaků, které se mohou lišit od původních. Komplikace mohou vzniknout při invazivních vyšetřeních nebo zbytečných operačních výkonech.

Diferenciální diagnóza a komorbidita ⇨ Některá somatická onemocnění, zejména ta, která postihují mnohé orgánové systémy, se mohou projevat mnohočetnými, přechodnými a měnlivými tělesnými příznaky. Jde např. o kolagenózy (systémový lupus erythematoses, sklerodermie, dermatomyositis), sclerosis multiplex, myasthenia gravis, některá virová onemocnění (AIDS), akutní intermitentní porfyrii, hyperparatyreoidizmus, hypertyreózu a chronické infekce (např. lymeská borrelióza). Proto je u všech pacientů, i když máme záhy podezření na somatizační poruchu, velmi důležité pečlivě zhodnotit somatické nálezy. Počátek mnohočetných tělesných příznaků po 40. roce života je vždy podezřelý na somatické onemocnění.

Od ostatních somatoformních poruch je tato porucha odlišitelná mnohočetností stížností, které se týkají zároveň několika orgánových systémů (např. gastrointestinálního a neurologického). Porucha vzniká zpravidla před 30. rokem života a pacienti líčí své potíže s nápadnou dramatičností.

Pacienti trpící velkou depresivní poruchou se také mohou prezentovat mnohými tělesnými příznaky. Další příznaky jsou však typicky depresivní (smutná nálada, zpomalenosť nebo agitace, poruchy spánku, nechutenství atd.), což upřesní diagnózu. Někdy si na mnohočetné tělesné příznaky stěžují pacienti trpící schizofrenií, jejich interpretace však bývají bludné a přítomny jsou i jiné příznaky psychózy.

Nejčastější komorbidní poruchou bývá depresivní porucha a panická porucha. Velká depresivní porucha se objevuje přibližně u 55 % pacientů trpících somatizační poruchou, generalizovaná úzkostná porucha u 34 % a panická porucha u 26 % (Brown a spol., 1990). Druhotně se často objevuje abúzus léků nebo alkoholu. Suicidální pokusy se mohou objevit, ale dokonalejších pokusů je relativně málo. Spíše jde o „volání o pomoc“. Dokonaná suicidia jsou většinou spojená se současným abúzem alkoholu nebo návykových látek.

Nikdy nesmíme zapomínat, že u lidí trpících somatizační poruchou se mohou rovněž objevit tělesná onemocnění, která není možno zanedbat.

Léčba ⇨ Nejlépe se pacienti se somatizační poruchou léčí, pokud mají jednoho lékaře, zpravidla praktického. Pokud se pacient pohybuje mezi mnoha lékaři, repertoár svých potíží ještě rozšiřuje. Nedělá to schválně, ale jeho nadměrná sugestibilita a selektivní pozornost k tělesným příznakům to umožňuje. Pokud se nepokouší o systematictější psychoterapii, doporučuje, aby s pacientem domluvil kontroly pravidelně jednou za měsíc a pokaždé ho krátce tělesně prohlédl, ale vyhnul se novým diagnostickým a laboratorním vyšetřením. Jakmile diagnostikoval somatizační poruchu, může se lékař dívat na stížnosti a na tělesné potíže jako na emoční vyjád-

ření pacientovy hluboké nespokojenosti a mít pro něj proto uznání a toleranci. Jeho hlavním úkolem je zprostředkovat pacientovi souvislost mezi jeho potížemi a psychologickými faktory. Základním elementem léčby je laskavý, empatický ale pevný přístup s vysokou tolerancí k různorodým a měnlivým steskům pacienta, k jeho tendenci k dramatizaci, manipulaci a eventuálnímu svádění. Dobrý lékař udělá hodně tím, že dokáže předjet návštěvám dalších a dalších odborníků, drahým vyšetřením a někdy i zbytečným operacím.

Základem cílené léčby somatizační poruchy je **psychotherapie**. Jak individuální, tak skupinová psychotherapie zlepšují stav pacientů se somatizační poruchou v průměru o 50 % (snížení příznaků, počtu hospitalizací, zlepšení sociálního fungování). Psychofarmaka zde hrají spíše sekundární roli, pro symptomatickou léčbu – tj. na čas sníží úzkostně očekávání a tím mohou snížit intenzitu i počet tělesných příznaků.

Specifická **psychofarmaka** pro léčbu somatizační poruchy neexistují. Léky bývají podávány hlavně při objevení se komorbidní depresivní nebo úzkostné poruchy. V těchto případech se doporučují hlavně antidepresiva. Při nadměrné podrážděnosti někdy pomohou malé dávky neuroleptik. Při podávání anxiolytik hrozí rozvoj tolerance, zvyšování dávek a závislosti. Pacienti se somatizační poruchou často s medikací zacházejí svévolně (nadužívání léků, závislost na analgetikách).

■ Hypochondrická porucha (F45.2)

Hypochondrická porucha je charakterizována úzkostným sebezpozorováním a strachem z nemoci. Postižený se obává, že má jednu nebo více závažných a progredujících tělesných chorob (MKN-10, 1992). To se projevuje častými steskami na tělesné potíže nebo zabýváním se vlastním fyzickým vzhledem. Hypochondrická porucha je důsledkem pacientových nerealistických a nepřiměřených interpretací somatických příznaků a senzací, jako projevů vážné nemoci. Pacient normální a všední pocity a projevy interpretuje jako abnormální či patologické. Vyvolávají v něm strach a napětí. Pacientovy obavy a starosti způsobují výrazný stres a narušují jeho schopnost fungovat v osobních, sociálních a pracovních rolích.

Postižení obvykle zaměřují svou pozornost pouze na jeden nebo dva orgány nebo orgánové systémy. Predilekčním objektem úzkostných obav je břicho (regio hypochondrica), trávení, srdce a jeho funkce, játra, močový aparát, pohlavní orgány a mozek. Jde tedy o skryté orgány, nepřístupné přímému vnímání, na které se vážou úzkostně fantazie. Dominují představy o destrukci orgánu nebo o tom, že orgán správně nepracuje. Mnohé úzkosti se vážou na nemoci, o kterých se aktuálně ve veřejnosti mluví: rakovina, infarkt myokardu, AIDS. Volba orgánu může někdy navazovat na reálné onemocnění, nehodu nebo operaci. Ale i v těchto případech se intenzita a délka trvání úzkostné reakce a zafixované sebezpozorování nápadně liší od reakce citlivého člověka.

Studie prevalence v populaci zatím chybí. Odhadem 1 % pacientů v primární péči splňuje diagnostická kritéria pro hypochondrickou poruchu. Porucha postihuje stejně často muže i ženy. Podobnými potížemi trpí kolem 9 % pacientů primární péče, nedosahují však závažnosti plně rozvinuté hypochondrické poruchy. Mnozí pacienti, obzvláště s mírnějšími variantami poruchy, zůstávají v primární péči nebo v péči u somatických spe-

Box 15.13

Kazuistika hypochondrické poruchy

Mírkovi je 28 let, pracuje jako úředník na obecním úřadě. Přichází, protože mu hrozí propuštění práce. Nedomáží se na práci vůbec soustředit, protože stále musí přemýšlet o svém zdraví. Trvá to už 5 let, kdy měl záchvat bušení srdce, byl tehdy na pohotovosti a tam mu něco píchli a řekli, že je to od nervů. Mírkův otec však zemřel na infarkt, když mu bylo 55 let, a předtím si opakovaně stěžoval na bušení srdce. Mírek si od záchvatu začal pravidelně počítat tep několikrát denně a když ráno zjistil, že ho má rychlejší (přes 80 za minutu), vzal si na ten den dovolenou. Pravidelně tak po jednotlivých dnech vyčerpával celou dovolenou a někdy musel žádat o neplacené volno. Podobný záchvat už nedostal. Občas však cítí píchání u srdce a cítí mravenčení v pravé ruce. To, že už další záchvat nedostal, přičítá tomu, že se velmi pečlivě vyhýbal jakékoliv námaze a kupoval si vitaminy. S lékaři neměl dobrou zkušenost. Získal pocit, že všichni jeho potíže bagatelizují. Postupně navštívil řadu doktorů a nechal si mnohokrát udělat EKG (zátežové EKG však odmítl) a podrobil se echokardiografii a málem přesvědčil jednoho internistu na klinice, že by bylo nejlepší udělat koronarografii. Přečetl o kardiologii řadu odborných publikací a byl schopen zdatně používat odborný slovník.

Další obavou, kterou Mírek trpí, je strach, že by se u něj mohla rozvinout jaterní cirhóza. Tento strach má dokonce déle než obavy z infarktu. Začalo to ve 20 le-

cialistů. Doporučení k psychiatrovi většinou dlouho odmítají. Poměrně často se objevují depresivní a úzkostné příznaky. Někdy jsou tak výrazné, že opravňují komorbidní diagnózu depresivní nebo úzkostné poruchy.

Etiopatogeneze ⇒ O etiologii se toho zatím moc neví. Pravděpodobně je hypochondrická porucha chování, které je naučené, pacient ale může být vrozeně disponován sníženým prahem bolesti a zvýšenou citlivostí k tělesným vjemům. Např. tam, kde člověk normálně cítí tlak v břiše, pacient s hypochondrickou poruchou zažívá bolest. Pacienti se na tělesné senzace zaměřují, selektivně je vyjímají z kontextu dalších prožitků, mylně je interpretují a jsou z toho pak vyděšení.

Psychodynamické vysvětlení mluví o tom, že kumulovaná agresivní a hostilní přání patřící jiným osobám nebo sexuální fantazie jsou transformovány (pomocí potlačení a přenesení) do tělesných stížností. Hněv těchto pacientů pochází z minulých zklamání, odmítnutí nebo ztrát, ale pacient jej v současnosti vyjadřuje vybízením druhých k pozornosti a pomoci, které pak může odmítnout jako neúčinné. Na hypochondrické příznaky lze také pohlížet jako na obranu proti pocitům viny (za minulé reálné nebo domnělé prohřešky, sexuální fantazie), vyjádření nízkého sebevědomí nebo pocit, že postižený je v jádru špatný. Hypochondrie bývá také dávana do souvislosti s kastracními úzkostmi. Kastracní fantazie jsou přesunuty na určité oblasti těla. Při volbě orgánu mají hrát určitou roli narcistické fixace na části těla libidinně obsazené v časném dětství. Diskutuje se i otázka, zda fixaci na určité orgány může způsobit rozmazlování v časném dětství, když se tělu dítěte věnuje mimořádná pozornost.

tech, kdy se dozvěděl o smrti vzdáleného příbuzného, který měl zemřít na selhání jater při jaterní cirhóze. Tehdy si uvědomil, že ho občas pobolívá pod žebry vpravo a občas má průjemy a občas naopak zácpu. To byly příznaky, které měl jeho příbuzný. Od té doby bedlivě denně sledoval stolicu a cca 1–2× za měsíc zjistil, že je bledší nebo trochu zažloutlá, nebo že má průjem. Opakovaně si nechal udělat laboratorní vyšetření.

Lékaři mu řekli, že je všechno v pořádku, i když jeden doktor mu řekl, že má hraniční hodnoty jaterních testů. Přes opakovaná ujištění lékařů, že nemá postižená játra, má Mírek obavy, že tomu tak je. Od čeho by bylo to pobolívání břicha, ta světlá stolice a od čeho ty průjemy? Proto drží striktní dietu.

Mírek se obává obou nemocí, někdy víc jedné, někdy více druhé. Ovšem od smrti otce má větší strach z infarktu. Pro obavy, že by mohl onemocnět, se raději snažil seznámit s žádnou ženou, protože by ji nechtěl zatížit. Žije s matkou, která mu pečlivě vyvaňuje dietní jídla, která si on poručí. V práci v posledním roce začíná mít vážné problémy. Často nečekaně absentuje, protože se bojí pro rychlý ranní pulz namáhat, a tak si vezme dovolenou. Na práci se nedoveče soustředit, protože ho stále napadají myšlenky na vlastní nemoci. Nový nadřízený v úřadě mu nechce trpět velmi malou výkonností ani časté absence.

Z hlediska teorie učení se uvažuje o vzniku potíží klasickým podmiňováním (příznaky, které se objeví a vedou k úzkosti, jsou vyvolávány podněty vyvolávajícími úzkost) a o jejich udržování operantním podmiňováním (vyhýbavé chování a ujišťování vede k negativnímu posílení) a kognitivním zpracováním (obavné myšlenky, zaměřená pozornost). Pacient pak přijímá roli nemocného, která mu umožňuje vyhnout se nepříjemným nebo pro něj neřešitelným problémům v životě. Typické pro hypochondrickou poruchu jsou následující procesy (obr. 15.7).

Pocit ohrožení – Nepřesná informace, mylná interpretace neškodných tělesných pocitů, které se objevily v období zvýšeného stresu nebo tělesných příznaků reálného onemocnění, které pacient prodělal, vede k pocitu ohrožení. Tento pocit vede ke stresové reakci.

Zvýšené sledování tělesných problémů – Pocit ohrožení vede ke zvýšenému vnímání pocitů vyvolaných vegetativním nervovým systémem. Pacient si např. všimne, že cítí sevření žaludku. Napadne jej, že to může být rakovina. Pocit sevření se zesílí. To mu „potvrdí“ původní interpretaci. Zaměření pozornosti vede k také k tomu, že běžné pocity, kterých si dříve člověk nevnímal, začne monitorovat jako přinejmenším „podivné“. Např. si může povšimnout dechové arytmie, „mušek“ v zorném poli, bledých nehtových lůžek apod. Tato pozorování učiní poprvé a věří, že nic takového předtím neměl. To jen potvrdí jeho obavy. Zaměření pozornosti může také vést ke skutečným změnám ve funkci fyziologických systémů, které jsou jak pod reflexivní, tak pod volní kontrolou (např. dýchání, polykání, svalová aktivita apod.). Pacientka si např. všimne, že má potíže při polykání suchých soust a považuje to za příznak rakoviny hltnu. Zaměří

se na polykání, což vede k tomu, že polyká se zvýšeným úsilím a její nepříjemný pocit se ještě zvyšuje.

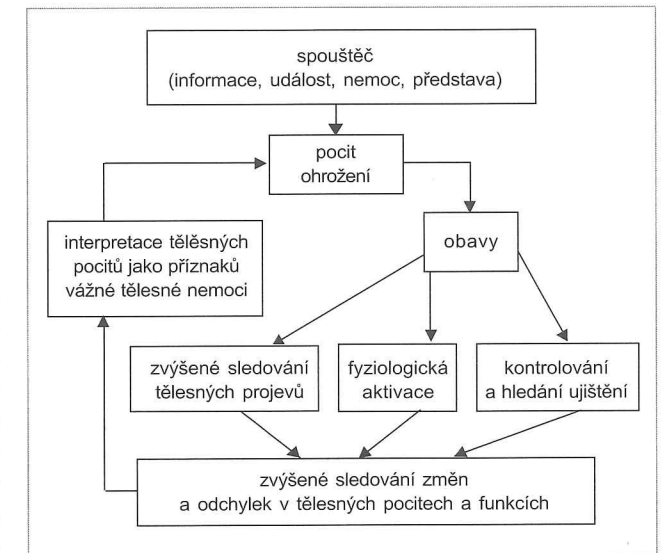
Zvýšená fyziologická aktivace – Pocit ohrožení vede rovněž ke zvýšené fyziologické aktivaci vegetativního nervového systému. Objevují se nejrůznější tělesné příznaky, které souvisí s touto aktivací. Objevují se další příznaky, jako jsou nadměrné pocení, mravenčení v akrech, svědění kůže, tíha ve velkých svalových skupinách, bolesti hlavy, hyperventilace apod.

Kontrolování a hledání ujištění – Postižený začne systematicky monitorovat své fyziologické funkce. Často si měří tep, teplotu, tlak a vše, co s jeho obavami souvisí. Protože hledá patologii, kontrolování funkcí ho neuklidní, ale naopak vede ke stále většímu rozrušení. Drobné odchylky od toho, co pokládá laicky za „normální“ ho děsí. Začíná vyhledávat lékaře a naléhá na provádění dalších a dalších vyšetření. Protože má obavy o své zdraví, hledá ve vysvětlení lékaře zpravidla další potvrzení svých obav. Nejasná vysvětlení, která často pro nepřítomnost zjevné somatické patologie dostává, jsou živnou půdou pro tvoření katastrofických interpretací. Pozitivní ujištění si snadno znehodnotí tím, že si řekne, že lékaři „bez tak pravdu neřikají, protože mě chtějí šetřit.“ Pro jistotu si vyhledá lékařů několik. Jejich závěry mohou být podobné, ale v detailech se mohou lišit. To vede ke znejistění a vytváření dalších obav.

Vyhýbavé chování – Vzhledem k tomu, že podněty, které zvyšují úzkost, mohou být všudypřítomné (články o nemocích v tisku, otázky na to, jak se pacient cítí, vyprávění jiných pacientů o nemocích v čekárně apod.) a navíc bývají paradoxně vyhledávány v domnění, že „pak se nic nezanedbá“, klasické vyhýbavé chování, jaké je typické pro fobie, se zde objevuje relativně méně často (např. vyhýbání se pohybu, aby nedošlo ke zhoršení nemoci). Místo toho se pacienti uchylují k **chování, které má zabránit obávané katastrofě**. Typické je kontrolování tělesných funkcí (měření tlaku, pulzu, teploty apod.), opakované sebezprohlížení, ujišťování u lékařů, návštěva různých léčitelů, naléhání na další vyšetření apod. Ve skutečnosti veškeré toto chování zaměřuje pacientovu pozornost dál na jeho obavy, takže vede k udržování, někdy i zhoršování subjektivních prožitků. Některé typy vyhýbavého chování mohou mít dokonce přímý vliv na příznaky. Například vyhýbání se námaze pro únavu vede postupně k ochabnutí svalstva a během několika měsíců k dalšímu snížení výkonnosti a nárůstu únavy i po sebemenší námaze.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇒

- Musí být přítomen některý z těchto znaků:
 - pacient je přesvědčen, a to po dobu alespoň 6 měsíců, že má maximálně dvě vážné somatické choroby (z nichž alespoň jednu musí přesně pojmenovat),
 - pacient se neustále zabývá myšlenkou, že je deformován nebo zohydřen (dysmorfofobická porucha).
- Přesvědčení pacienta o nemoci a zabývání se příznaky vyvolává trvalý pocit tísně nebo narušuje jeho fungování v běžném životě a vede ho k vyhledávání léčby nebo vyšetření (či ekvivalentní pomoci místních léčitelů).
- Pacient stále odmítá ujišťování lékařů, že neexistuje žádná somatická příčina pro příznaky nebo tělesné abnormality. (Krátkodobé přijetí takového ujištění, tj. několik málo týdnů během vyšetřování nebo bez



Obr. 15.7 Udržovací mechanismus u hypochondrické poruchy (podle Salkovskis, 1989)

prostředně po vyšetřeních, tuto diagnózu nevyklučuje.)

D. Nejčastější užívaná vylučovací doložka. Symptomy se nevyskytují během schizofrenních nebo příbuzných poruch nebo poruch nálady.

Průběh ⇒ Počátek bývá většinou v pozdní adolescenci a na počátku dospělosti. Vrchol incidence bývá kolem třicítky u mužů a kolem čtyřicítky u žen. Příznaky se však nezřídka objeví po 50. roce věku. Průběh bývá obvykle epizodický nebo chronický a kolísavý. Epizody trvají od několika měsíců do několika let. Zhoršení příznaků bývá obvykle spojeno se stresujícími změnami nebo životními událostmi. Chronická porucha může skrze chování, které „má ochránit chatrné zdraví“ vést k atrofi svalů, kontrakcím a osteoporóze z inaktivity. U asi jedné třetiny postižených dojde časem spontánně k remisi, u dvou třetin je průběh chronický a fluktuující, z toho u čtvrtiny velmi špatný. Stupeň přidružené neschopnosti je různý. Při lehčích variantách nebrání pracovní schopnosti, v nejtěžších případech vede k plné invaliditě. Někteří pacienti díky svým příznakům manipulují rodinou a okolím. Řada však funguje celkem normálně. Dobrou prognózu mají pacienti z vyšším socioekonomickým statutem, s přidruženou depresí nebo úzkostnou poruchou, která reaguje na léčbu a bez přítomné poruchy osobnosti.

Diferenciální diagnóza a komorbidita ⇒ Prvním krokem je vyloučit jakékoliv tělesné onemocnění. Je potřeba si uvědomit, že i řada nemocných trpících různými tělesnými nemocemi rozvíjí druhotně různý stupeň obav o své zdraví. I v tomto případě musíme určit míru, s níž obavy o zdraví přispívají přímo nebo nepřímo ke stresu pacienta a tím mohou pomáhat udržovat problém. Pokud se týká somatických onemocnění, má diferenciálně diagnostické uvažování velmi široké hranice. Zejména potřebujeme vyloučit systémová onemocnění, jako jsou sclerosis multiplex, lupus erythematodes, sklerodermie, sarkoidóza, endokrinopatie, myasthenia gravis, nádorové onemocnění, ICHS, převodní poruchy a poruchy srdečního rytmu. Ovšem hypochondrické zaměření obav se může týkat kteréhokoliv orgánu a téměř každé nemoci.

Z psychických poruch se zaměření na somatické potíže objevuje u panické poruchy, depresivní poruchy