

nespokojenost pravidlem. Proto před chirurgickým řešením je potřebný pečlivý rozbor pacientových očekávání. Všeobecně platí, že pokud jsou očekávání nerealistická, má chirurgické řešení špatnou prognózu.

■ Somatoformní vegetativní dysfunkce (F45.3)

Postižený si stěžuje na příznaky, které imitují tělesnou poruchou orgánu nebo orgánového systému, který je z velké části nebo úplně pod vegetativní inervací a kontrolou, tj. kardiovaskulárního, gastrointestinálního nebo respiračního a zčásti urogenitálního systému (MKN-10, 1992). Nejobvyklejší je postižení systému kardiovaskulárního (patří sem dřívější „srdeční neuroza“, neurocirkulační astenie, Da Costův syndrom), respiračního (zahrnuje psychogenní kašel, škytavku, hyperventilaci) a gastrointestinálního (patří sem psychogenní aerofagie, „žaludeční neuroza“, dyspepsie, pylorospasmus, dráždivý tračník, „nervový průjem“ a syndrom plynatosti) a urogenitálního (psychogenní polakisurie, dysurie). Příznaky jsou obvykle dvojího druhu.

U prvního typu, jsou stížnosti založené na objektivních příznacích vegetativního podráždění, jako jsou palpitace, pocení, červenání, tremor. Druhý typ je charakterizován více idiosynkratickými, subjektivními a nespecifickými symptomy, např. pocity prchavé bolesti, pálení, tíže, sevření a pocity nadýmání.

Charakteristický klinický obraz je tvořen kombinací silného zaujetí vegetativními potížemi, nespecifikovanými subjektivními potížemi a neustálým poukazováním na určitý orgán nebo systém coby příčinu stavu. U části pacientů trpících touto poruchou jsme schopni identifikovat zřejmý psychický stres nebo běžné potíže a problémy v životě, které se objevily v době před prvními příznaky. U řady jiných je to však velmi obtížné a někdy nemožné.

Diferenciální diagnóza a komorbidita ⇒ Diferenciální diagnóza musí vyloučit hlavně somatickou poruchu. Somatoformní vegetativní dysfunkci s příznaky z oblasti srdce a kardiovaskulárního aparátu je zvláště důležité odlišit od onemocnění kardiovaskulárního aparátu. Mimo EKG a kardiologického vyšetření je vhodné doplnit Holterovo monitorování a echokardiografii. Při echokardiografickém vyšetření můžeme často zjistit hemodynamicky nevýznamný prolaps mitrální chlopně, Holterovo monitorování zase může odhalit extrasystolie.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇒

- A. Musí být přítomny příznaky vegetativní aktivity, které postižený přisuzuje tělesné nemoci jednoho nebo více následujících orgánů nebo systémů:
- (1) srdce a kardiovaskulární systém,
 - (2) horní gastrointestinální trakt (jícen a žaludek),
 - (3) dolní gastrointestinální trakt,
 - (4) respirační systém,
 - (5) urogenitální systém.
- B. Musí být přítomny alespoň dva z následujících vegetativních příznaků:
- (1) palpitace,
 - (2) pocení (horké nebo studené),
 - (3) sucho v ústech,
 - (4) červenání nebo návaly,
 - (5) epigastrické potíže, svírání nebo škroukání v žaludku.

C. Musí být přítomen jeden nebo více z následujících příznaků:

- (1) bolesti na hrudi nebo nepříjemné pocity v srdeční krajině nebo kolem ní,
- (2) dušnost nebo hyperventilace,
- (3) nadměrná únava po mírné námaze,
- (4) aerofagie, škytavka nebo pálivé pocity na hrudi nebo v epigastriu,
- (5) časté pohyby střev,
- (6) časté močení nebo dysurie,
- (7) pocity nadýmání, nafouknutí nebo tíže.

D. Není prokázána žádná porucha struktury nebo funkce orgánů nebo systémů, kterou se pacient znepokojuje.

E. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka: Tyto příznaky se nevyskytují u fobických poruch nebo panické poruchy.

Ke klasifikaci jednotlivých poruch v této skupině použijte pátý znak, který označuje orgán nebo systém, který pacient považuje za původce příznaků:

Srdce a kardiovaskulární systém (F45.30)

Zahrnuje srdeční neurozu, da Costův syndrom, neurocirkulační astenii.

Horní gastrointestinální trakt (F45.31)

Zahrnuje psychogenní aerofagii, škytavku, žaludeční neurozu.

Box 15.14

Kazuistika somatoformní vegetativní dysfunkce

Paní Mariáně je 52 let a už 4 roky se trápí nadměrnou dušností. Během celého dne namáhavě dýchá a večer se to zpravidla ještě zhorší, nemůže popadnout dech. Berotec si stříká mnohokrát denně, má dojem, že bez něj by se už udusila. Potíže začaly nečekaně před 4 roky. V práci tehdy dostali nového nesmírně náročného šéfa, a tak tam zůstávala každý den dlouho do večera, aby všechno stihla. Přesto měla dojem, že si na ni zasedl a stále ji kontroloval. Jednoho dne přišla vyčerpaná večer domů a dostala silný záchvat dušnosti. Nemohla popadnout dech, byla přesvědčena, že se udusí. Manžel zavolal na pohotovost, odvezli ji na internu, kde „stále nemohli srovnat můj dech, stále jsem se dusila“. Po několika infuzích se dech zklidnil až po 3 hodinách. Řekli jí, že to byl asi astmatický záchvat, důkladně ji vyšetřili, napsali léky „na dýchání“ a odeslali domů. Od té doby chodí na kontroly na plicní. Problémy s dechem má však celý den. Získala na ně částečný invalidní důchod. Do práce chodí jen na 3 dny, ale stres je tam „ještě větší, protože teď musím stihnout za 3 dny to, co jsem předtím stihla za týden“. Snadno se unaví, večer má záchvaty, kdy nemůže popadnout dech, nic jí v tom nepomáhá. Na plicním jí měřili kapacitu plic a zjistili, že je normální. Podle plicní lékařky jsou ty potíže „od nervů“, protože všechny hodnoty, kromě hodnot krevních plynů, byly normální. Lékařka jí řekla, že potíže má z toho, že moc rychle dýchá. Nevysvětlila jí však, proč je to tak a co s tím má dělat. Při vyšetření na naší ambulanci je nápadné, jak zrychleně dýchá a hlavně velmi aktivně a dlouze vydechuje, jakoby chtěla vydechnout všechny vzduch z plic. Během hovoru se silně zadýchává.

Box 15.15

Příklad důkladného vylechnutí a analýzy situace

Lékař: Říkal jste, že největší obavy ve vás vyvolává zrychlení tepu srdce, pocity sevření na hrudi a mravenčení v prstech. Občas taky z ničeho nic nemůžete popadnout dech a pak jdete k oknu a snažíte se nadýchat čerstvého vzduchu, ale moc to nepomáhá. Popsal jsem to dobře?

Pacient: Ano, je to tak, taky se vždy strašně zpotím. Všichni mi říkají, že to mám od nervů. Ale jak to může být od nervů. Nervy mám horší, ale to jen z toho strachu z těch tělesných potíží. Začalo to od toho bušení srdce a sevření na prsou.

Lékař: Já vám v tom plně věřím. Takové potíže, které máte, většinou začnou nejdříve tělesně, až pak z nich člověk dostane strach nebo se cítí utrápený. Ovšem jejich původ může být jak tělesný, tak mohou být reakcí na stres, který má člověk v životě. Jistě znáte od dětství, že když má člověk strach nebo trému, rozbuší se mu srdce a začne rychleji dýchat. To je takový jednoduchý příklad stresové reakce. A taky se zpotí, říká se: zpotil se strachy.

Pacient: Jak to se mnou souvisí? Já jsem přece neměl strach ani trému z ničeho.

Lékař: To máte pravdu, to byl jen příklad, jak tělesné příznaky souvisí se stresem, který člověk prožívá. Jak jsme si už dnes řekli, v době, než se u vás objevily potíže, jste měl za sebou velmi náročné pracovní období. Zaváděli jste novou technologii výroby a zahraniční partner byl velmi nespolehlivý. Pracoval jste kolem 14 hodin denně a manželka vám začala vyčítat, že zanedbáváte rodinu. Pochopil jsem to dobře?

Pacient: No byl to velmi krutý rok. Moc jsem se nevyspal a žena mě moc nepodpořila. Ale ty potíže přišly až tehdy, když všechno skončilo.

Lékař: Hmm, to se často stává, člověk je dlouhodobě ve stresu, je však soustředěný na to, co je třeba řešit, a teprve, když je za stresovou situací, začne si uvědomovat jednotlivé příznaky.

Pacient: Nějak tak to bylo. Výroba začala a já místo uvolnění jsem byl najednou nesvůj a neklidný, jako by mě ještě něco čekalo. A pak se objevilo to se srdcem.

Dolní gastrointestinální trakt (F45.32)

Zahrnuje dráždivý tračník, psychogenní průjem, syndrom plynatosti.

Respirační trakt (F45.33)

Zahrnuje: hyperventilaci.

Urogenitální trakt (F45.34)

Zahrnuje: psychogenní pollakisurii a dysurii.

Jiný orgán nebo systém (F45.38).

Z psychických poruch se podobné potíže objevují u generalizované úzkostné poruchy, kde je však více úzkosti a obavy se orientují nejen na tělesnou nemoc, ale i na rodinnou situaci, práci, výchovu dětí apod. U generalizované úzkostné poruchy chybí důsledné zaměření na somatický zdroj potíží. Podobné je to u depresivní poruchy, zde však jasně dominují depresivní nálada a další příznaky, jako jsou předčasné probouzení, nechutenství s hubnutím, porucha koncentrace atd. Příznaky u panické poruchy se objevují v jasných ohraničených atakách paniky. U obsedantně-kompulzivní

Are můj kamarád, internista, mi nic nenašel. Taky mi řekl, že jsem přetížený. Teď to však trvá již 8 měsíců. To je trochu dlouho. Stres už dávno pominul.

Lékař: Hmm..., jak vás tak poslouchám... ty příznaky samy o sobě vás vůbec neobtěžují, jsou vám úplně jedno, neobáváte se jich... Prostě žádný stres nevyvolávají? Nebo je to jinak?

Pacient: Máte pravdu, mám obavy a jsem stále ve stresu, vinou těch příznaků.

Lékař: A situace s manželkou, říkal jste, že vám vyčítala, že zanedbáváte rodinu... jak to vypadá mezi vámi teď?

Pacient: Je teď, když nejsem zdravý, na mně docela hodná, jen občas se naštvě, že už toho má dost, předtím jsem byl v práci a teď jsem hypochondr. A to víte, to mi nepřidá. Ale asi má pravdu, více se sleduji a to není dobré.

Lékař: Takže se zdá, že občas je mezi vámi napětí. I když našťastí nepřeváží.

Pacient: To je spíše mnou samotným, říkám si, že se už se mnou musí otravovat, že si to nezaslouží. To mě stresuje víc než to, že jí občas ujedou nervy.

Lékař: Hmm, v tom vám rozumím, člověk by chtěl být pro druhého oporou a má pocit, že jen obtěžuje. Myslím, že máte hodně důvodů, proč situaci změnit.

Pacient: To bych velmi rád, ale nevím jak.

Lékař: První krok jste už velmi dobře udělal. Řekl jste mi o tom, jak začátek příznaků souvisel se stresem v práci, respektive s dokončením velké dřiny. Pak jsme přišli na to, že v současnosti zažíváte další stres, který může mít vliv, a to je stres ze samotných příznaků a stres z toho, že se cítíte před manželkou provinilý. Takže, pokud to mnohu tak říci, zdá se, že vaše příznaky zřetelně souvisí se stresem, který jste prožíval a který dosud prožíváte. Nakolik na to mají vliv ještě další okolnosti, to zatím nevíme, ale pokud mají, pravděpodobně to brzy zjistíme. Nyní bych se chtěl zeptat, co děláte, když se příznaky objeví. Taky by mě zajímalo, čemu se díky těmto příznakům raději vyhnete.

poruchy bývá obsese z tělesné nemoci (většinou infekční) monotónní a spojená s typickými rituály (opakované umývání rukou) a vyhýbavým chováním (nošení rukavic, aby se nenakazil). U somatizační poruchy se vegetativní příznaky rovněž objevují, mají však tendenci se proměňovat a nejsou tak úporně připisovány jednomu orgánu nebo systému.

Průběh ⇒ Podobně jako u ostatních somatoformních poruch bývá průběh chronický s remisemi a exacerbacemi v době zvýšeného stresu.

Léčba ⇒ **Podpůrná psychoterapie a strukturované klinické vedení** je základem dalšího terapeutického působení. Pacient v prvé řadě potřebuje být s respektem vylechnut, mít zážitek, že jeho potíže bere lékař vážně a nezpochybňuje je ani nebagatelizuje. Po důkladném vylechnutí a analýze situace by pacient měl být důkladně tělesně vyšetřen. To mu již při prvním kontaktu dodává jistotu, že ho lékař bere vážně. Pro lékaře je vždy důležité ujasnit si již na počátku terapie, nakolik potíže souvisí se somatickým stavem. Pak by pacientovi měl

Box 15.16

Příklad kognitivní rekonstrukce (zpochybnování negativních myšlenek)

Pacient: Někdy mi začne být špatně z ničeho nic. Prostě jen sedím večer doma, televize skončila a mně je najednou špatně. Začnu cítit, jak se mi sevře žaludek, mám pocity na zvracení a pak se mi z toho sevření začne špatně dýchat. Začnu si stříkat ten Berodural, na chvíli to povolí, ale pak to přijde znovu. Přitom nic nedělám, to přichází úplně samo.

Lékař: Dokážete si vzpomenout na poslední případ, kdy se to stalo?

Pacient: Ano, včera večer, nemohl jsem proto do dvou ráno spát. A to mi pak až bušilo srdce, jak jsem nemohl dýchat. Báł jsem se, že z toho dostanu infarkt.

Lékař: Je velmi neobvyklé, že by se příznaky objevily úplně bez příčiny. Zkuste si tu situaci představit co možná nejživěji. Možná, že přijdeme na to, co to spustilo.

Pacient: Díval jsem se na televizi, žena mezitím odešla spát, a tak jsem byl v obýváku sám. Pak jsem vypnul televizi a za chvíli mi začalo být z ničeho nic tak špatně.

Lékař: Můžete mi říci, co jste po vynutí televize dělal?

Pacient: Ale nic jsem nedělal, jenom jsem seděl a přemýšlel jsem si.

Lékař: Zkuste si vzpomenout, nad čím jste přemýšlel.

Pacient: Ale jen tak normálně... že přijde léto a žena bude chtít jet na dovolenou.

Lékař: Hmm... a co jste si o tom říkal, o té dovolené?

Pacient: Že mi je furt špatně a ona bude chtít, abychom někam jeli. Já ale nemůžu někam do ciziny, dyť neumím žádný jazyk, a když mi tam bude špatně, kdo mi pomůže. Dyť se tam s doktorama ani nedomluvíme! Ztracený život je to. Ona mi to pak bude vyčítat. A taky že s ní nechci spát. Bude vyhrožovat, že si najde nějakého frajera, co jí to udělá, když já jsem neschopný. Ale já nejsem neschopný, ale jsem nemocný a nemůžu se tak namáhat. Ale to ona nechce pochopit.

Lékař: Vidím, že s tím máte velké trápení. Když povídáte o tom, docela jste se zadýchal. Všiml jste si toho?

Pacient: Máte pravdu, i jsem se zpotil a začal mě tlačit žaludek.

Lékař: Hm, to musí být velmi nepříjemné. Zdá se, že když povídáte o tom, co s vámi je, nebo možná když si jen představujete všechna ta trápení, tak začnete rychleji dýchat. Co myslíte, je to možné?

Pacient: Nikdy jsem si to ho tak nevšiml, ale teď to tak vypadá. Možná, že máte pravdu.

Lékař: Jako by ty starosti, které si děláte, jak to bude s nemocí, dovolenou a manželkou, vedly ke zrychlenému dýchání. A když se to zrychlené dýchání objeví, na co pak myslíte?

ysvětlit, jak příznaky mohou souviset se stresem, co je to somatoformní vegetativní dysfunkce a jak je udržována. Nejnázornější je toto vysvětlení tehdy, když v něm lékař uvidí příznaky a chování, které pacient sám popsal. Během vysvětlování je důležité ho povzbudit a posílit naději na zlepšení stavu.

V průběhu terapie je pacient povzbuzován, aby postupně překonal své vyhýbavé chování. V průběhu celé terapie se lékař zajímá také o problémy v životě, které s poruchou souvisí a probírá s pacientem možnosti, jak

Pacient: Na nic. Přestanu myslet a bojím se, že to nepřestane.

Lékař: Hmm... co si v té chvíli tedy řeknete, čeho se nejvíce obáváte?

Pacient: Že to zrychlené dýchání nezastavím, že mě začne bolet břicho a bude mi zase špatně.

Lékař: Co myslíte, pomáhají vám takové myšlenky „Nezastavím to dýchání, začne mě bolet břicho a bude mi zase špatně“, nebo ne?

Pacient: Nevím, asi ne, mám potom ještě větší strach...

Lékař: A když máte větší strach, co myslíte, zpomalí to vaše dýchání, nebo zrychlí?

Pacient: Vždy se ještě zrychlí...

Lékař: Hmm, zdá se, že to, co si o té situaci sám řeknete, ji ještě zhorší. Rozumím tomu dobře?

Pacient: Asi to tak nějak bude. To mě nikdy nenašlo. A co s tím mám dělat?...

Lékař: Hmm, hmm, to je těžká rada. Myslíte, že byste dokázal změnit svoje myšlenky? Myslím v takových chvílích, kdy jste ve stresu?

Pacient: To nevím, jak to myslíte, jak můžu změnit svoje myšlenky?

Lékař: No kdybyste si řekl něco jiného, než „Nezastavím to dýchání, bude mi zase špatně, začne mě bolet břicho“. Něco, co by vás méně rozrušovalo, nebo dokonce něco, co by vám pomohlo se uklidnit. To je těžké přemýšlení. Napadá vás něco, co by vám pomohlo se uklidnit?

Pacient: Nad tím jsem nikdy nepřemýšlel... nevím... nemůžete mi poradit?

Lékař: To bohužel nemůžu, musí to být něco, co si řeknete sám. Kdybych vám poradil, co si máte říci, to by nepomohlo, protože by to bylo to, co bych řekl já. Každý jsme odlišný. Zkuste přemýšlet, co byste poradil svému kamarádovi, kdyby měl stejné potíže.

Pacient: To je moc těžké, když si neumím poradit sám... Asi bych mu řekl: „Nebližni, to přejde, dyť to už znáš, tolikrát jsi to zažil a nic se nestalo.“ A možná, podle toho, co jste mi dneska řekl: „Nedýchej tak rychle. Zpomal to, jinak ti bude ještě hůř.“

Lékař: Výborně. Napište si to na papír, abyste si to zapamatoval... Nyní se zkusíme naučit, jak zpomalit dech v takové situaci, kdy začne ze stresu rychle utíkat... Zpomalení dechu vám v takových situacích pomůže daleko víc, než Berodural, který naopak může ještě zvyšovat úzkost.

je lze řešit. Nepodsouvá však nemocnému svá řešení, ale trpělivě ho vede ke hledání vlastních cest.

Kognitivně-behaviorální postupy začínají edukací pacienta o příznacích stresové reakce a ujasněním si, jak vypadá bludný kruh jeho potíží, jaké má obavy, tělesné příznaky, jak se chová, co díky příznakům dělá a co naopak nedělá. Léčba se pak v prvních krocích soustředí na expozici vyhýbavému chování (zejména tělesný pohyb, sport, příjemné aktivity) a zpochybnění obavných myšlenek.

Pokud rozvoji poruchy předcházela nebo ji provází zjevná stresující událost, konfliktní situace nebo náhlá životní změna, událost je důkladně opakovaně explorována, včetně emocí a obav, které vyvolala. Pak jsou také propracovány myšlenky a postoje (např. pocity méněcennosti nebo viny), které se této minulé situaci týkají a dosud přetrvávají. Posledním krokem je strukturované řešení problémů v životě, které pacient má.

Psychofarmakoterapie. Psychofarmaka podobě jako u ostatních somatoformních poruch mají spíše druhotnou funkci. Žádné kontrolované studie nebyly provedeny. Vzhledem k tomu, že dominujícími příznaky jsou obavy a vegetativní příznaky, bývají účinná antidepresiva blokující zpětné vychytávání serotoninu, jako jsou klomipramin a SSRI. Jinou možností u rezistentních pacientů jsou inhibitory monoaminoxidázy jako je tranlycypromin či moklobemid. Většina těchto antidepresiv může mít první týden až deset dnů dezinhibiční účinek, kdy se některé potíže přechodně zvýší a objeví se vedlejší příznaky, jako jsou vnitřní napětí nebo naopak útlum, nauzea, bolesti žaludku, nespavost apod. Proto doporučujeme u pacientů se somatoformní vegetativní dysfunkcí, kteří jsou na vedlejší účinky precitlivělí, začít s dávkami polovičními, než jsou běžná doporučení, a zvýšit dávku na iniciační terapeutickou úroveň až po týdnu podávání. Jinak hrozí, že pacienti léky nebudou snášet a ihned je vysadí. Na vedlejší příznaky je předem připraveno s tím, že je důležité je statečně vydržet, protože jsou přechodné, a v druhé vlně v době, kdy odeznějí, pak může nastoupit pozitivní vliv léků.

V případech dráždivého tračnicku se někdy osvědčují malé dávky neuroleptik, např. sulpiridu (100–400 mg pro die) nebo tiapridu.

■ Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha (F45.4)

Postižení si stěžují na stálou, těžkou a sklíčující bolest na jednom nebo více místech, která se nedá plně vysvětlit žádným fyziologickým procesem nebo tělesnou poruchou. Tento příznak je spojen se značným emočním stresem a zhoršuje fungování v osobních, sociálních a pracovních rolích. Na pozadí bývají emoční konflikty nebo psychosociální problémy, které zvencí imponují jako pravděpodobně vyvolávající vlivy. Mohou porušit předcházet nebo souviset s jejím udržováním. Výsledkem je obvykle zvýšená podpora a pozornost ze strany lékaře nebo jiných osob. Takto může poskytovat sekundární zisk. Bolest, kterou lze přičíst známým nebo odvozeným psychofyziologickým mechanismům (např. bolest ze svalového napětí nebo migréna), nezařazujeme pod přetrvávající somatoformní bolestivou poruchu, ale do kategorie „psychické nebo behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde“ (MKN-10, 1992).

Jde o poměrně častou poruchu. Údaje o prevalenci v populaci však zatím chybí. Somatoformní bolestivou poruchou trpí kolem 1 % nemocných přicházejících k lékaři první linie. V mírnější formě (nebo trvající kratší dobu) se však může vyskytovat mnohonásobně častěji (odhad je kolem 15 %). Může se objevit v kterémkoliv věku, ale vrchol je ve 4. a 5. dekádě, snad proto, že tolerance pro bolest s věkem klesá. Nejčastěji se objevuje u lidí v dělnických povoláních.

Etiopatogeneze ⇨ Specifické psychologické mechanismy bolesti nejsou známy. Příbuzní prvního stupně mívají častěji stejnou poruchu. To by mohlo svědčit jak pro genetickou predispozici, tak pro možnost, že příznaky se v rodinách učí. Mezi příbuznými je však také více postižených depresivní poruchou, úzkostnými poruchami a abúzem návykových látek. Z **biologických faktorů** hrají zřejmě důležitou roli neurotransmitery serotonin, noradrenalin a endorfiny. Serotonin a noradrenalin jsou pravděpodobně hlavními neurotransmitery sestupných inhibičních drah pro vnímání bolesti a také endorfiny se podílejí na modulaci bolesti v CNS. Nedostatek serotoninu, noradrenalinu i endorfinu souvisí se zesílením sensorických stimulů. Léky posilující zpětné vychytávání serotoninu a noradrenalinu (antidepresiva) snižují vnímání bolesti.

Psychoanalytický pohled říká, že pacienti s bolestmi bez somatické příčiny mohou symbolicky vyjadřovat intrapsychický konflikt. Ten je pomocí potlačení, přenosu a substituce proměněn na bolest. Část postižených trpí alexitýmií, což znamená neschopnost porozumět svým emocím, odečíst je a vyjádřit své emoční hnutí pomocí slov, a tak jsou tyto emoce vyjadřovány pomocí těla. U jiných pacientů analytický pohled předpokládá závislost na druhých a potřebu péče. Příznaky bolesti zdůrazňují legitimitu těchto potřeb. Další interpretace říkají, že se může jednat také o transformovaný pocit viny, vyjádření agrese k druhým apod. Bolest může tedy vyvolat jako metoda získávání blízkosti, péče, lásky a prostřede, kterým lze druhé zraňovat tím, že jim postižený dává najevo, že jejich péče je stále nedostatečná a nepomáhá v úlevě.

Podle **teorie učení** je psychogenní bolest naučené chování. Může jít o imitaci důležité osoby (zejména rodiče nebo jiné autority) nebo postupně zesilování původně fyziologické reakce na stres, či o udržování původně organického příznaku pomocí psychogenních mechanismů. Bolest a s ní související „bolestivé chování“ je pozitivně posilováno tím, že je okolí odměňuje pozorností

Box 15.17

Kazuistika přetrvávající somatoformní bolestivé poruchy

Paní Růžena je 43 let, pracuje jako skladnice. Před 7 lety se objevily úporné bolesti v oblasti malé pánve. Chvillemi bývají křečovitě, takže má pocit, že to nevydrží. Většinou jde o kolísavě silné sevření v podbřišku. Když je bolest křečovitá, nutí ji krčit se. Léčila se na gynekologii i chirurgii, absolvovala 2 operace, ale stav přetrvává. V posledním roce se nárůst bolesti na podzim navíc komplikoval bolestmi hlavy, nespavostí, depresivní náladou a ztrátou chuti k životu.

Růžena je vdaná, má dospělého syna. Manžel je obětavý, ale celé manželství bylo plné skrytého boje o dominanci. Popírá, že by s bolestmi souvisel jakýkoliv stres. Při diskuzi o období, kdy bolesti začaly, si však uvědomuje, že poprvé se objevily v době, kdy se rodina přestěhovala ke tchyni. Denní spory s matkou manžela, ve kterých se jí údajně proti tchyni nezastal, se vyřešily, když se přestěhovali do svého bytu, nicméně bolesti v pánvi zůstaly. Potíže ji přiměly nakonec vyhledat psychiatra.