

HYPOCHONDRICKÁ PORUCHA A JEJÍ LÉČBA

MUDr. Ján Praško, CSc., MUDr. Beata Pašková, MUDr. Jiří Horáček

Psychiatrické centrum Praha, III. lékařská fakulta Univerzity Karlovy,

Centrum neuropsychiatrických studií

Základním rysem hypochondrické poruchy je strach či přesvědčení, že jedinec trpí závažnou chorobou, který je založen na misinterpretaci tělesných příznaků; tento strach či přesvědčení trvají přesto, že pacient byl opakovaně vyšetřován a lékaři ujištěni o normálních výsledcích. Zpravidla naléhá na další a další vyšetření a specializovanou péči. I když zatím nejsou známy přesné mechanismy, jak fungují různé typy léčby u hypochondrické poruchy, ani zatím nevíme, který druh léčby je pro určitého pacienta optimální, je zřejmé, že serotonergní farmakoterapie a kognitivně behaviorální terapie přináší těmto pacientům úlevu.

Klíčová slova: hypochondrická porucha, diagnóza, etiopatogeneze, průběh, léčba, psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, farmakoterapie.

HYPOCHONDRIASIS AND ITS TREATMENT

Hypochondriasis refers to a disorder in which there is an excessive fear or belief that one has a serious illness based on a misinterpretation of somatic symptoms; this fear or belief persists despite a physician's thorough examination and reassurance that a general medical disease is not present that could fully account for the patient's somatic concerns. Although researchers have not yet identified the exact mechanism and efficacy of the various treatments, it is clear, that many patients with hypochondriasis can benefit from serotonergic pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy.

Key words: hypochondric disorder, diagnosis, etiopathogenesis, course, treatment, psychoterapy, cognitive behavioral therapy, pharmacotherapy.

Hypochondrická porucha je charakterizována úzkostným sebepozorováním a strachem z nemoci. Postižený se obává, že má jednu nebo více závažných a progredujících tělesných nemocí (MKN-10 1992). To se projevuje častými stesky 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.

Obvykle postižení 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 úzkostné 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 sebepozorování nápadně liší od reakce citlivého člověka. Při strachu ze zohyzdnění (dysmorphofobie), který sem také patří, jde naopak o viditelná nebo potenciálně viditelná místa, jako je nos, brada, nadra, penis apod., která postižený pokládá za odlišná od normy a je přesvědčen, že ho zohyzdují.

Paní Eva je 60letá žena v domácnosti. Již léta žije ve formálním manželství, manžel má dlouhodobý mimomanželský

poměr. V posledních letech se doma vyskytuje sporadicky, jen několikrát do měsíce. Rozvést se nechce ani jeden z nich, manžel kvůli finančním ztrátám, které by z toho plynuly, paní Eva se bojí definitivní samoty. Má jednu dospělou dceru, která má nyní vlastní rodinu. Dcera byla v průběhu dospívání problematická, často utíkala z domova a žila dosti lehkavým životem. Před 3 lety měla dcera vleklé zdravotní potíže a byla v rámci komplexního vyšetření provedena i zkouška na HIV. Vyšetření bylo negativní. Paní Eva, velice konsternována pouhým pomyslením na tuto možnost, začala se zajímat o AIDS, četla dostupnou literaturu, sledovala pořady v televizi. Už ani neví, kdy jí prvně napadlo, že dcera u nich žila v celém průběhu svých „problematických“ let a že užívali společná hygienická zařízení, ručníky apod. Dostala strach, vždyť v laboratoři se mohli splést... a ona může být nakažena rovněž. Začala se pozorovat, několikrát byla vyšetřena, ale ani opakované negativní výsledky ji nemohly uklidnit. Začala pocítovat svědění a pálení na jazyku, na kůži, bývalo jí nevolno. Stále se zabývala myšlenkou, že může zemřít, že trpí nevyléčitelnou nemocí. V současné době je o tom silně přesvědčena a myslí si, že jí lékaři neříkají pravdu jen ze soucitu. Navštívila už i lékaře v jiném městě, ale po potvrzení negativního výsledku opět přišla pochybnost, ...mohli se rovněž splést... Hodiny denně se zabývá tím, jak by bylo možné stoprocentně potvrdit anebo vyvrátit obávanou nemoc, ale je vlastně přesvědčena o tom, že takový způsob neexistuje. Manžel se k jejím úvahám staví lhostejně a skoro s výsměchem, dcera zatížená výtčkami ji už téměř nenavštěvuje. V posledním roce omezila veškeré aktivity, protože i dávné kamarádky už nemají pochopení pro její stesky a dávají jí to najevo. Cítí se opuštěná, zničená a nemocná. Zabývá se stále více tím, jestli je vůbec takový život k něčemu. Je smutná, nevykonná, bezradná. K vyšetření přišla na doporučení obvodního lékaře, s diagnózou suspektní depresivní poruchy.

Paní Vlastě je 55 let. Potíže se objevily asi po 4 týdnech po operaci žlučníku. Nemohla močit, začalo ji pálit všechno v močové trubici. Taký zjistila tlak v zádech. Je přesvědčena, že její ledviny nedostatečně pracují. Rovněž žaludek jí nepracuje dobře. Občas se začalo objevovat drobné gynekologické špinění, i když již rok byla bez menstruace. Je přesvědčená, že má rakovinu. Lékaři jí to však nechťejí říci, určitě to zjistili, když jí operovali žlučník. Nechťejí to prozradit, aby ji šetrili, ale takhle je to ještě horší. Má asi metastázy v břiše, to by vysvětlovalo všechny tyto potíže. Také jí přestalo chutnat. Při další exploraci a pokusu objasnit pozadí potíží je lékaři zjevné, že pacientka je neschopná mluvit o čemkoliv jiném než o své domnělé rakovině a potížích, které s ní souvisí. Až při rodinné anamnéze se dozvídá, že její otec zemřel na rakovinu žaludku před 10 lety a měl metastázy v břiše. Už tehdy se asi rok a půl trápila obavami, že má sama rakovinu jako on. Potíže přišly v průběhu roku, kdy zjistila, že manžel má milenkou. O Vlastu ztratil sexuální zájem. Nechtěl se sice rozvádět, ale prosadil si, že s milenkou bude občas trávit čas. Tvrdil, že je to jen kvůli sexu, jinak že chce žít s Vlastou, „protože si s ní lépe rozumí“.

Studie prevalence v populaci zatím chybí. Odhadem se celoživotní prevalence odhaduje na 3–14 %, šestiměsíční na 1–6 %. Porucha postihuje stejně často muže i ženy. Podobnými potížemi trpí kolem 9 % pacientů primární péče, nedosahují však závažnosti plně rozvinuté hypochondrické poruchy. Mezi 10–20 % zdravé populace má občasně obavy o zdraví, u neurotických pacientů se to týká až 45 % (Kellner 1985). Mnozí pacienti, obzvláště s mírnějšími variantami poruchy, zůstávají v primární péči nebo v péči u somatických specialistů. 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 (tabulka 1.).

Etiologie a patogeneze

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. Například 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 (Kaplan a Sadock 1996). 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 dávaná 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 libidinózně obsazené v časném dětství (Brautigam 1985). Bývá diskutována i otázka, zda fixaci na určité orgány může způsobit rozmazlování v časném dětství, když se tělu dítěte věnuje mimořádná pozornost.

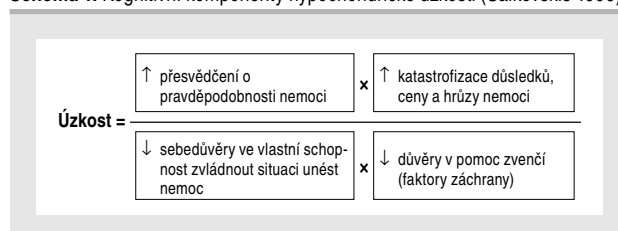
Z hlediska teorie učení je uvažováno o vzniku potíží klasickým podmiňováním (příznaky, které se objeví a vedou k úzkosti, jsou pak vyvolávány podněty vyvolávajícími úzkost) a o jejich udržování operantním podmiňováním (vyhýbavé chování a ujišťování vede k negativnímu posílení) a kognitivním zpracováním (obavy, 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:

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. Mezi typické kognitivní komponenty hypochondrické úzkosti patří, že pacient:

- tělesné příznaky považuje za nebezpečnější, než ve skutečnosti jsou
- důsledky nemoci za hrozivější
- svoji schopnost bránit se nemoci za nižší
- způsoby léčby či schopnost lékařů podceňuje (schéma 1).

Zvýšené sledování tělesných problémů: Pocit ohrožení vede ke zvýšenému vnímání pocitů vyvolaných vegetativním nervovým systémem. Pacient si například všimne, že cítí sevření žaludku. Napadne jej, že to může být rakovina. Pocit sevření se zesílí. To mu „potvrdí“ původní interpreta-

Schéma 1. Kognitivní komponenty hypochondrické úzkosti (Salkovskis 1996)



Tabulka 1. Diagnostická kritéria MKN-10 pro hypochondrickou poruchu (1996)

A. Musí být přítomen některý z těchto znaků:

- (1) pacient je přesvědčen, a to po dobu alespoň 6 měsíců, že má maximálně dvě vážné somatické choroby (z nichž alespoň jednu musí přesně pojmenovat)
- (2) pacient se neustále zabývá myšlenkou, že je deformován nebo zohyzděn (dysmorfofobická porucha).

B. 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).

C. 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 bezprostředně po vyšetření, tuto diagnózu nevylučuje.).

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

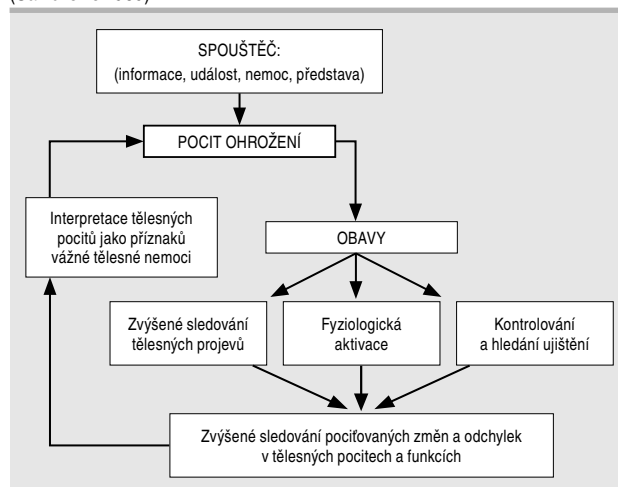
ci. Zaměření pozornosti vede také k tomu, že běžné pocity, kterých si dříve člověk nevšiml, začne monitorovat jako přinejmenším „podivné“. Například si může povšimnout dechové arytmie, „mušek“ v zorném poli, bledých nehtových lůžek, apod. Tato pozorování učiní poprvé a věří, že nic takového předtím neměl. 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 například všimne, že má potíže při polykání suchých soust a považuje to za příznak rakoviny hltanu. Zaměří se na polykání, což vede k tomu, že polyká se zvýšeným úsilím a její nepříjemný pocit se ještě zvyšuje (Salkovskis 1989).

Zvýšená fyziologická aktivace: Pocit ohrožení vede rovněž ke zvýšené fyziologické aktivaci vegetativního nervového systému. Objevují se nejrůznější tělesné příznaky, které souvisejí s touto aktivací. Objevují se další příznaky jako je 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 „beztak pravdu neříkají, 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 pod dojmem, 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, „skanování svého těla“ (měření tlaku, pulzu, teploty, kontrolování stolice, proudu moči, barvy sklér a kůže apod.), opakované sebezhlížení, prohmátávání si domnělých postižených míst, ujišťování se u lékařů, návštěva různých léčitelů, naléhání na další vyšetření apod. Ve skutečnosti veškeré toto chování zaměřuje dále pacientovu pozornost 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

Schéma 2. Udržovací mechanismus u hypochondrické poruchy (Salkovskis 1989)



a během několika měsíců dalšímu snížení výkonnosti a nárůstu únavy i po sebemenší námaze (schéma 2).

Průběh

Počátek bývá většinou v pozdní adolescenci a na počátku dospělosti (Fallon a spol. 1993). 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 atrofii 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 s vyšším socioekonomickým statutem, s přidruženou depresí nebo úzkostnou poruchou, která reaguje na léčbu a bez přítomné poruchy osobnosti.

Diferenciální diagnóza a komorbidita

Prvním krokem při diagnostice 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 (Salkovskis 1989). Pokud se týká somatických onemocnění, má diferenciálně diagnostické uvažování velmi široké hranice. Zejména potřebujeme vyloučit systémová onemocnění, jako je sclerosis multiplex, lupus erythematosus, sklerodermie, sarkoidóza, endokrinopatie, myastenien gravis, nádorové onemocnění, ischemická choroba srdeční (ICHS), převodní poruchy a poruchy rytmu srdeční

ního. 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 a obsestantně kompulzivní poruchy, schizofrenie s hypochondrickými bludy, poruchy s bludy a schizoafektivní poruchy, které ovšem mají jinak velmi typickou skladbu příznaků. Obtížnější někdy bývá odlišení od trvalé poruchy s bludy. V tomto případě musíme hodnotit intenzitu přesvědčení a především přítomnost typických charakteristik bludu (nepravdivost, naprostá nevývratnost, vliv na chování člověka a psychotickou etiologii), v případě bludné hypochondrie je současně symptomatologie stabilnější a dlouhodobější. I přesto je někdy diferenciální diagnóza mezi hypochondrickou poruchou a poruchou s bludy velmi obtížná.

Někdy je obtížné odlišit hypochondrickou poruchu od tzv. larvované deprese, u které v klinickém obraze nedomnuje smutek, ale tělesné příznaky. V rozlišení nám může pomoci anamnéza denního kolísání intenzity potíží a fázický, často sezónní průběh u deprese.

Zejména starší pacienti trpící depresivní poruchou se mohou prezentovat především mnohými somatickými příznaky. U rekurentní depresivní poruchy s hypochondrickými příznaky se tyto obavy opakují a v intervalech bez deprese mizí. Někdy se může projevit hypochondrickými obavami patologický smutek po ztrátě blízké osoby. Depresivní a úzkostné poruchy se mohou také vyskytovat společně s hypochondrickou poruchou. Komorbidita s depresí je relativně častá a někdy v průběhu stonání se objevuje asi u 40 % pacientů. U pacientů s panickou poruchou je rozlišení snadné – potíže se objevují v ohraničených epizodách plných hrůzy. Ovšem u pacientů, kde se panické záchvaty dlouho neléčí, dochází často k sekundární hypochondrizaci.

Obtížnější je diferenciální diagnostika mezi somatoformními poruchami. U somatizační poruchy je typická proměnlivost a polymorfnost příznaků, zatímco u hypochondrické poruchy bývá spíše zaměření pouze na jeden či dva tělesné systémy, navíc pacienti spíše než léčbu vyžadují potvrzení diagnózy. U somatoformní vegetativní dysfunkce se postižený zabývá téměř výhradně vegetativními příznaky týkajícími se jednoho orgánu nebo systému. U hypochondrických poruch dominuje strach z toho, že mají určitou nemoc a příznaků udávají méně, zatímco pacienti se somatizační poruchou mluví dramaticky o svých četných příznacích.

Někdy se somatickými potížemi přicházejí pacienti trpící dissociativní (konverzní) poruchou. Na rozdíl od dissociativních poruch, které manifestují la belle indifference (indifferentní postoj s emočním odstupem či nepřiměřeností), typický pacient s hypochondrickou poruchou je výrazně znepokojen svými somatickými těžkostmi. Dissociativní poruchy probíhají akutně a jsou vesměs přechodné, obvykle se projevují příznakem a nikoliv obavami z určité nemoci.

Přetrvávající bolestivá porucha je rovněž chronická, ale příznaky jsou redukovány na stížnosti na bolest. Dále je nutno vyloučit simulaci a předstíranou (fiktivní) poruchu.

Léčba hypochondrické poruchy

Terapie hypochondrické poruchy je často svízelná. Pacienti navíc zpočátku odmítají psychiatrickou léčbu a trvají na přítomnosti tělesné poruchy. Psychiatrickou léčbu akceptují snadněji na počátku nemoci, pokud je prezentována jako pomoc při zvládání stresu, který jim škodí. Moderním celosvětovým trendem je, aby se tito pacienti léčili spíše u praktických lékařů, než u psychiatrů. Zdravotníky jsou většinou nemocní s hypochondrickou poruchou vnímáni jako obtížní a nepříjemní. Opakovanými steskami a žádostmi o vyšetření dokáží svého lékaře důkladně vyčerpat.

V terapii bychom se měli snažit o dodržování několika základních pravidel:

1. Žádat od pacienta, aby docházel na kontroly pravidelně podle objednání a nikoliv na základě svých „momentálních potřeb“ a potíží.
2. Měli bychom být vlídní, ale důslední v interpretaci negativních výsledků vyšetření.
3. Po provedení základních vyšetření je již neopakovat a vyhýbat se hospitalizacím. Tím neposkytujeme pacientům druhotný zisk z nemoci, kterým by se posilovala.
4. Vizity a kontroly v ambulanci zahájit stručným dotazem na tělesný stav a krátkým fyzikálním vyšetřením. Následně již směřujeme vyšetření k sociálním a interpersonálním problémům pacientova života.
5. Je nutné se důsledně vyhýbat preskripci léků, které mohou vést k návyku (analgetika, benzodiazepiny).

Farmakoterapie

Z léků užíváme *antidepresiva* ze skupiny tricyklických antidepresiv (TCA) (Imipramin, clomipramin) selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, sertralin a paroxetin), inhibitorů monoaminoxidázy (IMAO) (tranylcypromin), SNRI – serotonin-noradrenalin reuptake inhibitor (venlafaxin, mirtazapin) a noradrenergní a specifická serotonergní antidepresiva (NaSSA) (milnacipram) (Falon a Feinstein 2001). Ty se osvědčují v případě přidružené úzkosti nebo deprese, ale i při čisté hypochondrické poruše. Dokonce byl popsán pozitivní vliv SSRI i v případě hypochondrie psychotické v rámci poruchy s bludy. Výhodou je, že mají minimum nežádoucích účinků, které by u těchto nemocných mohly jinak zhoršovat symptomatologii. Antidepresiva mohou stabilizovat některé osobnostní rysy, zvláště alexithymii. Antidepresiva rovněž zvyšují práh bolestivosti, což se může podílet na zlepšení symptomatologie. Terapii antidepresivy však musíme považovat za spíše podpůrnou k psychoterapeutickým intervencím, které jsou stěžejní.

Anxiolytika dáváme jen zcela vzácně a krátkodobě, vždy myslíme na možnost návyku. *Analgetika* jsou zcela neúčinná.

Neuroleptika jsou indikována především u hypochondrie s psychotickou hloubkou (v klasifikaci spíše porucha s bludy), ale i tam nejsou vždy efektivní. Při čisté hypochondrické poruše mohou malé dávky neuroleptik výrazně snížit intenzitu symptomatologie. Musíme však myslet na

častý výskyt nežádoucích účinků, které jsou hypochondrickými pacienty výrazně negativně vnímány. Proto je nutné na ně upozornit a velmi opatrným dávkováním se jim snažit vyhnout. Osvědčeným lékem je například pimizid v jedné ranní dávce 0,5–1,5 mg. Jindy využíváme hypnotického a zklidňujícího efektu sedativních neuroleptik. Je možné použít např. 25 mg chlorprothixenu na noc. V současnosti se užívá v indikaci hypochondrie také tiapridal a sulpirid v několika rozdělených dávkách. Opatrně užívaná neuroleptika jsou dobrou alternativou benzodiazepinů a hypnotik.

Psychoterapie

Psychoterapie se snaží pacientovi zprostředkovat náhled na původ příznaků a pomoci mu řešit životní problémy, které s poruchou souvisejí. Velmi užitečná se zdá být podpora fyzického cvičení. U dobře spolupracujících pacientů přistupujeme potom k systematické psychoterapii. V této využíváme nejčastěji psychodynamický či kognitivně behaviorální přístup.

Psychodynamická terapie může být individuální nebo skupinová. Skupinová bývá výhodná, zejména pokud se skládá s pacientů trpících stejnou poruchou. Vzájemná podpora a konfrontace podporují u této poruchy náhled lépe než individuální práce. Individuální psychodynamicky orientovaná terapie může občas pomoci, zpravidla však nebývá příliš úspěšná a často není vůbec možná (Brautigam 1985, Thoma a Kachele 1996). Pacient nejen že vytěšňuje svoje konflikty, ale je natolik zaujatý svými hypochondrickými úzkostmi, že se nedá přivést k hlubší psychoanalytické reflexi.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

KBT hypochondrické poruchy je svízelná a zdoluhavá, přesto však často úspěšná (Salkovskis a Warwick 1986, Warwick a Marks 1988, Warwick a spol. 1996, Bouman a Viser 1998). V kognitivně behaviorální terapii jsou vypracovány účinné kognitivní postupy k léčbě hypochondrických obav (Warwick a spol. 1988). S pacienty obvykle pracujeme jednou týdně, v celkem 16 až 32 sezeních. Cílem terapie je, aby si pacient přestal dělat starosti o své zdraví a byl schopen zvládat své běžné denní povinnosti a věnovat se svým zálibám. Výsledky kontrolovaných studií (Clark a spol. 1998, Fava a spol. 2000) prokázaly, že tohoto cíle lze během 16 sezení dosáhnout u 60–70 % pacientů a že dosažené výsledky přetrvávají nejméně 6 a 12 měsíců po ukončení terapie (tabulka 2).

Hlavním cílem **první části léčby** je zmírnit obavy o zdraví a somatické příznaky. K tomu slouží především edukace, kognitivní rekonstrukce a relaxace, interoceptivní expozice a dechový trénink, expozice in vivo, expozice v imaginaci. Prvním předpokladem pro takovou práci je dobrý **terapeutický vztah**. Terapeutický přístup je veden v duchu pochopení pro člověka, který prožívá silnou úzkost, protože je přesvědčen, že trpí vážnou nerozpoznanou nemocí. Jeho obavy a úzkost vyplývají z reálně prožívaných tělesných příznaků, které si katastroficky interpretuje. Přitom ho lé-

kaři opakovaně ujišťují, že je zcela zdravý. Vzhledem k tomu, že příznaky opravdu prožívá a nevymýšlí si je, má potíže lékaři uvěřit. Proto terapeut musí na počátku terapie věnovat dostatek času tomu, aby pacienta vyslechl. Je potřebné dát mu najevo, že věříme jeho utrpení a rozumíme jeho obavám. KBT terapeut nejdříve musí získat podrobný popis potíží pacienta a jeho osobní historii, poté zjistit, jak si své příznaky pacient vykládá a pak mu nabídnout alternativní, méně ohrožující vysvětlení. Toto alternativní vysvětlení vychází z KBT modelu „strachu o zdraví“, jehož jádrem je, že postižený systematicky zkresleně interpretuje řadu běžných tělesných příznaků jako známky vážné choroby. Tato interpretace je udržována několika bludnými kruhy: příznaky – úzkost, sebepozorování – negativní myšlenky, vyhýbavé a zabezpečovací chování – negativní myšlenky. Je důležité, aby toto alternativní vysvětlení odpovídalo pacientovým minulým zkušenostem a pomohlo mu pochopit i jeho budoucí prožitky. Empatickým nasloucháním, vyvarováním se znehodnocování či sporům o etiologii potíží, vyjádřením pochopení pro trápení pacienta postupně dosahujeme toho, že nám začíná důvěřovat. Jako alternativní hypotézu k tomu, že potíže jsou způsobeny vážnou tělesnou nemocí, postupně poskytujeme **edukaci** o tom, jak stres, emoce, nedostatek pohybu a omezování se v jídle vedou k objevování se tělesných příznaků a jak jejich negativní interpretace vede k vytvoření **bludného kruhu strachu o zdraví** (schema 3).

Alternativní vysvětlení nejsou předkládána jako jediná „pravda“, ale jako možnost, nad kterou se může zamyslet a ověřit si její platnost v rámci experimentů. V rámci terapie pak terapeut spolu s pacientem systematicky zkoumají negativní interpretace určitých tělesných příznaků a hledají méně ohrožující vysvětlení (např. bolest hlavy – původní interpretace: „*Mám nádor mozku!*“ Terapeut: „*Co všechno může způsobovat bolest hlavy? Kolik lidí trpí bolestmi hlavy a kolik z nich má skutečně nádor mozku?*“). Paralelně probíhá edukace o příznacích reakce „boj nebo útěk“ a tělesných důsledcích zvýšeného napětí a nadměrného sebemonitorování. Cílem edukace je, aby pacient dobře rozuměl fyziolo-

Tabulka 2. KBT hypochondrické poruchy – používané strategie

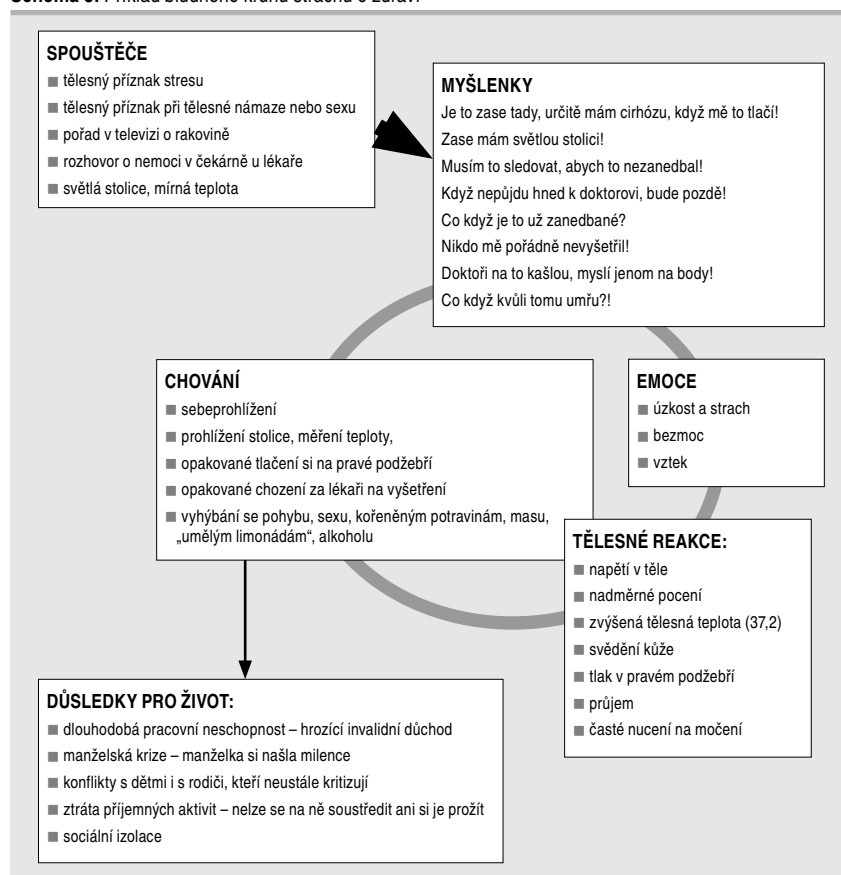
behaviorální analýza, stanovení problémů a cílů
příznaky akceptujeme, stejně problémy, pacientova interpretace jejich původu je jednou z možných hypotéz
stanovení problémů a cílů
edukace
zamezení dalších vyšetření v rámci testování hypotézy, že opakovaná vyšetření vedou k nárůstu obav
zkoumání pro a proti jednotlivým hypotézám – Sokratický dialog
identifikace a testování negativních myšlenek a postojů
behaviorální experimenty (interoceptivní expozice, expozice in vivo, zábrana zabezpečovacího chování, potraviny apod.)
tělesné cvičení a otužování se systematickým zvyšováním tělesné zátěže
opakovaná expozice v imaginaci – „nejhorší katastrofický scénář“
testování kognitivních schémat
nácvik relaxace
plánování času a zvýšení příjemných aktivit
řešení problémů v životě

logickému vysvětlení všech svých příznaků. Protože pacienti s hypochondrickou poruchou mají tendenci se opakovaně ujišťovat a chtít další a další vysvětlení, je důležité, aby za domácí cvičení sami písemně zpracovali racionální vysvětlení svých příznaků. Signály bezpečí spojené s terapeutem, strukturou sezení, skupinou či léčebným zařízením je nutno postupně omezovat přesunem zodpovědnosti na pacienta samotného, hlavně pomocí domácích úkolů. Jde o to aplikovat kroky dosažené během terapeutického sezení do přirozených podmínek. Dalším krokem je identifikace obavných myšlenek a představa a jejich postupná reatribuce – **kognitivní rekonstrukce**.

Dalším krokem je pak společné plánování **behaviorálních experimentů**, pomocí nichž si pacient ověřuje, zda určité vyhýbavé či zabezpečovací chování intenzitu jeho příznaků zmírňuje nebo spíše zhoršuje (např. má za úkol nekontrolovat svoji stolicí, teplotu, proud moče, přestat nosit patery ponožky, nadměrně se oblékat a pak sledovat, zda se jeho příznaky objevují ve vyšší míře, jak předpokládal, nebo zda je tomu naopak).

Důležitou součástí terapie je **expozice a expozice se zábranou ujišťovacích reakcí**. Pacient je vystavován podnětům, ze kterých má obavy. Jde jak o tělesné příznaky, tak o katastrofické myšlenky a představy. Snad nejjednodušší expozici je tělesné cvičení. Proto pacienta vedeme k tomu, aby pravidelně cvičil (běh, rotoped, posilovna) a začal se otužovat. Expozice úzkost provokujícím stimulům je prováděna postupně a hierarchicky, od podnětů vyvolávajících mírný stres až po podněty nejvíce stresující. Hierarchie se vytváří ze situací, činností, nebo představ, kterých se pacient obává, vyhýbá se jim nebo se před nimi zabezpečuje. Expoziční léčba kombinuje **expozice in vivo** a **expozice v imaginaci**. Do expozic v imaginaci je zařazovaná četba nebo filmy o nemocech, nebo si pacient představuje a popisuje, jak opravdu onemocněl, jak vypadají postižené orgány, jaké důsledky má vážná nemoc pro něho i jeho nejbližší, případně v katastrofickém scénáři opakovaně s terapeutem prochází okolnosti svého umírání na obávanou nemoc i to, co se bude dít po smrti s ním i s jeho blízkými. U hypochondrické poruchy jde zejména o kognitivní problém – obavu z vážné nemoci. Pacient se nemoci silně obává, nicméně zároveň se snaží nejhorším představám kognitivně vyhnout (vytěsnit je). Napadne ho: „Co když mám nádor hlavy?“, což vede k silné úzkosti, načež se snaží myšlenky na to potlačit „Musím myslet na něco jiného!“ nebo rovnou myslí na to, jak se zabezpečit: „Musím na komputervou tomografii!“. Co by se dále dělo, kdyby měl nádor hla-

Schéma 3. Příklad bludného kruhu strachu o zdraví



vy, se bojí promyslet. Katastrofické představy tudíž nemožno habituovat a přes snahu o potlačení se dostávají stále častěji. Jedním z neúčinnějších prostředků léčby je expozice **katastrofickému scénáři v imaginaci**. Pacient místo toho, aby se nejhoršímu scénáři ve svých myšlenkách a představách vyhnul, rozvíjí ho do nejhorších alternativ. Při opakovaném probírání nejhoršího scénáře dochází postupně k získání odstupu a habituaci úzkosti. Při opakovaných sezeních je také důležité probrat, jak by pacient nebo jeho okolí co nejlépe zvládli nejhorší důsledky (tabulka 3).

Mezi pomocné strategie patří **nácvik kontrolovaného dechu, relaxace, plánování času a příjemných aktivit**.

V druhé části léčby se zaměřujeme na změnu životních postojů, které souvisí s prožíváním nadměrného stresu v ži-

Tabulka 3. Důležité elementy „nejhoršího scénáře“

Postupný vývoj obávané nemoci a její vliv na:
– tělesné funkce a vzhled (včetně vzhledu postižených orgánů)
– psychické funkce
– reakce okolí (příbuzných, přátel, lékařů, spolupacientů).
Jak to může nejhůře dopadnout:
– tělesně (smrt, handicap)
– psychicky (ztráta kontroly, eventuálně alternativy představ o tom, co bude po smrti).
Je zde ještě něco, čeho se hodně bojíte.
Jak by pacient nebo okolí zvládli co nejlépe nejhorší důsledky:
– co může udělat pacient nebo druzí, až nejhorší situace nastane
– co kontrolovat nelze a není v jeho nebo v jejich moci.

votě – **kognitivní restrukturační**. Typická *kognitivní schémata* se týkají kontroly a bezpečí:

- musím vše ve svém životě kontrolovat
- každý tělesný pocit může znamenat vážnou nemoc
- svět je nebezpečný, kdykoliv se cokoli strašného může stát
- lidé (lékaři) jsou nezodpovědní
- nikomu se nedá věřit, všechno musím kontrolovat

- všechno musím dělat perfektně
- za chyby se platí tragédií
- všichni mi musí stále pomáhat – sám to nezvládnou.

Dále pak učíme pacienty, jak přistupovat k **řešení problémů v životě**. Bývají to nejčastěji problémy partnerské, sexuální, pracovní nebo jiné sociální. Jde tedy o podobné kroky, jaké děláme u jiných psychických poruch.

Literatura

1. Bouman, T.K. a Viser, S.: Cognitive and behavioral treatment of hypochondriasis. *Psychothera. Psychosom.* 1998; 67: 214–221.
2. Brautigam, W.: *Reaktionen, Neurosen, Abnorme Persönlichkeiten*. Thieme Verlag, Stuttgart 1985, překlad Jozef Hašto 1993, Vnitřní materiál PO NsP Trenčín, 262 s.
3. Clark, D.M., Salkovskis, P.M. & Hackmann, A.: Two psychological treatments for hypochondriasis. A randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 1998; 173: 218–225.
4. Fallon, B.A. a Feinstein, S.: Hypochondriasis. In: Phillips, K.A. (ed.): *Somatoform and factitious disorders*. American Psychiatric Publishing, Inc. Review of *Psychiatry* vol.20, 2001: 27–65.
5. Fallon, B.A., Liebowitz, M.R., Salzman, E. a spol.: Fluoxetine for hypochondriacal patients without major depression. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1993; 13: 438–441.
6. Fava, G.A., Grandi, S. & Rafanelli, C.: Explanatory therapy in hypochondriasis. *J. Clin. Psychiatry* 2000; 61: 317–322.
7. Kaplan, H.I. a Sadock, B.J.: *Concise textbook of clinical psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996.
8. Kellner, R.: Functional somatic symptoms and hypochondriasis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1985; 42: 69–79.
9. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1992, Zprávy č. 102, 282s.
10. Salkovskis, P.M.: Somatic problems. In: Hawton et al. (eds.): *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford, Oxford Medical Publications 1989, 211–245.
11. Salkovskis, P.M.: *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York, Guilford, 1996.
12. Salkovskis, P.M. a Bass, C.: Hypochondriasis. In: Clark, D.M. & Fairburn, C.G. (eds.): *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford, Oxford University Press 1997, 313–340.
13. Salkovskis, P.M. a Warwick, H.M.C.: Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy* 1986; 24, 597–602
14. Thoma, H., Kachele, H.: *Psychoanalytická praxe*. Pallata Praha 1996, 509 s.
15. Warwick, H.M.C., Clark, D.M., a Cobb, A.: A controlled trial of cognitive behaviour therapy for hypochondriasis. 1995 citováno In: Gelder, M. (ed.): *Oxford textbook of Psychiatry*. 3rd edition, Oxford University Press, 1996
16. Warwick, H.M.C. a Marks, I.M.: Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *Br. J. Psychiatry* 1988; 152: 239–241.
17. Warwick, H.M., Clark, D.M., Cobb, A.M., a spol.: A controlled trial of cognitive behavioral treatment of hypochondriasis. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169: 189–195.