

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

HIPOCONDRIA

(aspecte clinice, terapeutice și diagnostic diferențial)

Recomandări metodice

Chișinău 2000



Aprob"

-ministru Sănătății

O.RUSU

G. Rusu
2000

Istoria medicală prezintă termenul de „**hipocondrie**” adesea în detaliu și pe larg. „*Doctor – shopping*” (umblatul din doctor în doctor) și deteriorarea relațiilor „medic – pacient”, cu frustrare și mânie frecvente din ambele părți. Oamenii cu această tulburare cred adesea, că ei nu au primit îngrijirea corespunzătoare. Anxietatea, dispoziția depresivă și trăsăturile de personalitate obsesivo–compulsivă sunt observate frecvent.

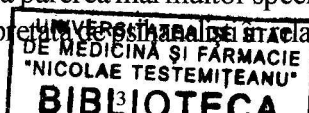
În DSM-III-R elementul esențial al hipocondriei este numit preocuparea în legătură cu frica de a avea, sau convingerea că are o maladie serioasă, bazată pe interpretarea de către persoană a semnelor sau senzațiilor somatice ca probă de maladie somatică. O examinare somatică detaliată nu confirmă diagnosticul nici unei tulburări somatice, care să poată explica semnele sau senzațiile somatice, sau interpretările nemotivate ale acestora de către persoană, deși o tulburare somatică coexistentă poate fi prezentă. Teama sau convingerea nejustificată, că ar avea o maladie persistă cu toată asigurarea medicală de contrariu, dar nu este de intensitate delirantă, prin aceea că persoana poate recunoaște posibilitatea, că ea să fi exagerat dimensiunea maladii temute, sau că poate nu există nici o maladie. Durata perturbării este de cel puțin 6 luni.

În hipocondrie bolnavul este convins, că suferă de o leziune, modificare corporală sau psihică, boala având caracter de incurabilitate. Leziunile organice pot exista, însă, în formă minoră și în orice caz nu au semnificația pe care le-o acordă bolnavul.

Se susține, că tulburările organice pot condiționa nevroze și psihoze hipocondriace. În acest caz nu trebuie confundată condiționarea tulburărilor cu semnificația simptomelor.

Hipocondria se prezintă ca o preocupare morbidă legată de funcționarea organismului, cu exagerarea oricărui simptom, subiecții crezând, adesea, că sunt afectați de boli variate. Acest context generează o stare depresivă, în care indivizii sunt centrați pe ei înșiși. Subiecții consultă frecvent medicii și de cele mai multe ori vor să cunoască părerea mai multor specialiști.

Hipocondria este interpretată în versiunea actuală ca teama de castrare,



ca o dorință de ispășire rezultată din sentimentele de vinovăție, prin devierea tendințelor ostile și sadice asupra propriei persoane. Își poate avea origine în copilărie, în imitarea unui comportament al adultului, în dorința de menținere a beneficiilor obținute printr-o boală reală, care s-a vindecat, în suprasolicitare, singurătate, insecuritate sau supraprotejare din partea părinților. Pentru Freud, hipocondria este o nevroză actuală, în care libidoul este canalizat dinspre obiectele exterioare spre organul devenit centrul preocupărilor. În concepția psihanalitică angoasa hipocondriacă este considerată o difuziune a excitației sclerotice la regiunile extragenitale ale corpului în urma refulării spre interiorul corporal al unui autoerotism intens sau a unei regresii masive spre o sexualitate infantilă, realizând o erotizare corporală anxioasă.

În concepția psihanalitică în angoasa hipocondriacă se găsesc mecanisme ce deplasează pe plan somatic conflicte inconștiente. După Freud, hipocondria este o experiență delirantă, ce trece prin corp, aceasta fiind suportul existenței, având, prin aceasta, și sarcina de a suporta, hipocondria apărând în momentele de criză existențiale (adolescență, involuție, mai ales în menopauză și andropauză). Explorările psihologice indică rolul factorilor psihici în hipocondrie. Hipocondria este o afecțiune în același timp de temut și de dorit a fi vindecată, boala fiind un refugiu, o compensare, un mod de a fi al cuiva. Boala este limbaj al corpului, dar și al sexualității interzisă social, boala dând frâu liber acesteia. Hipocondria s-ar juca cu boala și cu corpul, în speranța de a dejuca propriile conflicte și mai ales angoasa proprie a morții.

În concepția organodinamistă, hipocondria este efectul unei boli, care alterează ființa, însă care se exprimă prin imaginar.

Tulburarea hipocondriacă se prezintă ca o teamă morbidă sau ca o convingere a pacienților în faptul, că ei au o boală serioasă, cu toate că de fapt ea nu-i.

Drept cauză a apariției simptomelor poate servi orice organ sau sistemă funcțională. Cel mai des se observă simptomele bolilor gastrointestinale sau cardiovasculare.

Pacientul este încrezut că este bolnav.

Rezultatele negative ale examinărilor clinice sau paraclinice îi fac să-și schimbe părerea pentru un timp scurt, ca mai apoi ei să prezinte acuzele din nou (în cazul delirului hipocondriac pacienții în general nu pot fi convinși).

Hipocondria este la baza multor sindroame nevrotice. Se izolează *sensohipocondria*, în geneza căreia un rol fundamental îl joacă senzațiile corporale patologice, sau senzațiile (hipocondria astenică și isterică), și

ideohipocondria (hipocondria obsesivă și paranoică).

Tulburările psihice ce se prezintă cu simptome fizice sunt heterogene și dificile de clasificat. Cuvântul *hipocondrie* a fost folosit în general pentru toate tulburările psihice cu simptome somatice evidente și specific pentru o categorie diagnostică îngustă.

Pot fi distinse următoarele variante ale hipocondriei:

1. reacții hipocondriace psihogene;
2. stări obsesive cu caracter hipocondriac în nevroze;
3. stări hipocondriace în boli interne;
4. stări hipocondriace în toxicoinfecții;
5. sindrom hipocondriac în psihoze cronice.

Morbiditatea – 10% din toți bolnavii.

Vârful – după 30 ani la bărbați și după 40 ani la femei, dar se poate manifesta brusc după moartea unei ființe apropiate.

Această tulburare are o proveniență psihogenă, în acest caz la pacienți se poate observa o hipersensibilitate înăscută către funcțiile organismului, un prag scăzut al sensibilității dureroase și o toleranță joasă la disconfortul fizic.

Agresiunea față de cei din jur se întoarce asupra sa, în particular asupra unei oarecare părți ale corpului.

Se observă reprimarea urii față de anturaj și înlocuirea ei cu acuze la starea somatică; durerea și suferința ca o pedeapsă pentru dorințe neacceptabile; anularea.

Particularitățile situațiilor psihotraumatizante, durata lor și caracterul dificil al rezolvării lor prezintă o mare importanță în apariția formelor persistente de hipocondrie. Prezența unor situații complexe, greu de rezolvat, imposibilitatea pentru bolnav de a ieși din ele, favorizează existența simptomatologiei nevrotice hipocondriace și complexificarea dinamicii ei. Cu cât este mai înalt gradul de implicare a personalității în complexul psihologic și mai plin de semnificație caracterul situațiilor psihotraumatizante, cu atât este crescută probabilitatea trecerii hipocondriei într-o evoluție prelungită.

În geneza dinamicii nefavorabile a simptomatologiei se acordă o mare importanță mecanismelor sensibilizării psihicului față de diferite influențe neprielnice din mediul extern, survenite ca rezultat al unor traumatizări psihice de lungă durată și adeseori cu caracter repetat.

Dezvoltarea hipocondriacă ca un deznodământ nefavorabil include următoarele criterii:

- cronicizarea tulburărilor emoționale,
- dispariția legăturii manifestărilor nevrotice cu situația psihotraumatizantă,
- complicarea sindromului principal,
- apariția unei modificări a sindromului fundamental de nivel nevrotic către nivel patocaracterologic,
- grad ridicat de rezistență la intervențiile terapeutice,
- apariția unei modificări în sindromul nevrotic de bază în sensul complexității sale, fenomen, care se întetește de apariția unor tulburări afective și astenice cu caracter persistent.

Etapa inițială a dezvoltării hipocondriace se manifestă în formă de reacții hipocondriace, diferite simptome nevrotice (irascibilitate crescută, insomnii, fatigabilitate, tulburări vegetative). Bolnavii deseori consultă medicii, dorind să clarifice cauza „suferinței” sale, solicită ajutor, prezentând tendințe către reacții depresive sau istero-depresive.

Dacă aceste reacții nu dispăreau, devenind stabile și de lungă durată, în lipsa altei simptomatologii psihopatologice se contura o dezvoltare hipocondriacă patologică. În această etapă se depistau unele legități, care caracterizau transformarea acestor simptome. De exemplu, în cazul reacțiilor hipocondriace, care evaluau cu o coloratură depresivă, în agravarea stării morbide se contura varianta asteno-depresivă a dezvoltării hipocondriace.

Etapa a doua se caracterizează prin trecerea simptomatologiei monohipocondriace la cea polihipocondriacă. Pacienții tot mai frecvent consultau diferiți specialiști, solicitând numeroase investigații. Senzațiile neplăcute în corp ei le percepeau ca semne ale dezvoltării unei patologii somatice. În această etapă are loc complicarea simptomatologiei clinice. La o parte din bolnavi se observă unele modificări ale trăsăturilor caracterologice, se amplifică manifestările psihopatiforme, apare suspiciozitate. Unii din ei devin tot mai egoiști, instabili la lucru și acasă, deseori schimbă locul de muncă, întră în conflicte cu instituțiile medicale.

Etapa a treia a dezvoltării hipocondriace – etapa estompării și îndepărtării simptomatologiei psihopatologice. Aici au fost observate unele legități de recuperare a funcțiilor psihice. În varianta asteno-depresivă ieșirea din starea morbidă este de lungă durată, reconvalescența trece faza de astenie. Cu toate că simptomele hipocondriace principale dispar, fenomenele astenice mai pot fi

observate.

Așadar, dezvoltarea hipocondriacă a personalității aparține, de obicei, sub acțiunea psihogenilor cronice sau în rezultatul acumulării unui șir de reacții nevrotice și se caracterizează printr-o reactivitate modificată calitativ a organismului. În stadiul inițial predomină tulburări somato-vegetative și simptomatologie nevrotică persistentă. Ulterior, apar trăsături patocaracterologice polimorfe varietate, asociate cu simptome nevrotice concomitente.

Elementele premonitorii ale etapei de început de trecere la dezvoltare nevrotică s-au dovedit a fi asemenea manifestării precum apariția unui fond scăzut al dispoziției, scăderea apetitului, ajungând chiar până la anorexie, senzație de greutate în cap, palpitații cu caracter stereotip, dureri sub formă de accese în abdomen, senzații neplăcute în articulații, transpirații. Spre deosebire de stările nevrotice propriu-zise aici s-a constatat caracterul monoton al tulburărilor vegetative, dispariția crizelor, uniformismul acompaniamentului afectiv.

Ulterior, la subiecți au apărut noi trăsături calitative de caracter sub formă de preocupări hipocondriace, afecție exagerată. Acestea s-au impus tot mai mult pe primul plan al bolii, determinând structura tabloului său clinic. Pe măsura amplificării dezvoltării nevrotice subiecții au reacționat în mod similar la apariția de diverși factori psihotraumatizanti. Se semnalează o apreciere a situației psihotraumatizante deja existente văzute prin prisma unor atitudini foarte subiective față de dificultățile vieții. Concomitent subliniem prezența unor căutări de anumite „beneficii” pe seama prezenței stării morbide, cât și concentrarea atenției asupra unor suferințe somatice cu caracter nesemnificativ.

Se izolează următoarele **variante clinice** în dezvoltarea hipocondriacă: *fobică, asteno-depresivă și obsesivă.*

Varianta fobică se caracterizează prin prezența unor fobii hipocondriace stabile și de lungă durată. Ele apar acut sau subacut, subiecții manifestând anxietate, teamă de moarte și de o maladie gravă.

Aceste fobii apar la bolnavi cu o deficiență organică cerebrală, după infecții, intoxicații, de asemenea cu boli somatice concomitente și acțiuni psihogene de lungă durată în perioada premorbidă. Acestea erau personalități cu trăsături de caracter predominant tip astenic și psihastenic. La acești bolnavi, fobiile se prezentau periodic, având un caracter persistent. Ulterior subiecții manifestau nu atât senzații reale din corp, cât imaginațiile despre „gravitatea” bolii sale.

După ieșire din spital, temerile hipocondriace persistau, subiecții fiind axați pe ele, le hiperbolizau, nu ieșeau la serviciu, dar iarăși se adresau în instituțiile

medicale, de această dată la alți medici.

Varianta asteno-depresivă se caracterizează prin faptul, că la bolnavi alături de o simptomatologie hipocondriacă manifestă, se observă un fond de dispoziție depresiv și o astenie stabilă cu fatigabilitate crescută, imposibilitate de concentrare, instabilitate în privința intereselor și dorințelor. Bolnavii sunt astenizați, puțin comunicativi, deprimați, periodic anxioși. Proiecțiile trăirilor lor sunt în propriul corp, fiind obsedați de boala sa, pierzând interesul față de viață, atingând autism hipocondriac. Subiecții se considerau grav bolnavi, deseori adresându-se în diferite instituții medicale. Puterea și insistența lor copleșeau medicul, intenționând permanent de a-l convinge asupra trăirilor penibile și anxiogene. Ei prezentau o mulțime de acuze hipocondriace: nu funcționează stomacul, intestinele, ulcerul s-a transformat în cancer, etc.

Varianta obsesivă a dezvoltării hipocondriace apare sub acțiunea psihotraumelor, iatrogeniilor, infecțiilor, intoxicațiilor la personalități psihastenice. La acești pacienți se reliefează idei și acțiuni obsesive. Bolnavii conștientizau boala sa, având o atitudine critică față de aceste idei, înțelegând absurditatea lor, dar nu reușeau să le depășească. Obsesia are drept conținut ideea de boală organică, prezentând teamă față de anumite evenimente, acțiuni, situații, teamă nejustificată, ce nu poate fi alungată. Frica obsedantă de boală, nosofobia, îmbracă o gamă variată de tematici (frică de cancer, SIDA, sifilis). Deseori însoțește această stare – anxietatea. Au fost observate, de asemenea, cazuri de combinare a diferitor fobii. De regulă, hipocondria obsedantă are o evoluție de lungă durată.

Acuzele au fost vagi, amorfe, insolite. La ei apar o multitudine de senzații neplăcute în diferite părți ale corpului.

Alături de excitabilitate afectivă și explozibilitate se observă capriciozitate, comportament demonstrativ, tendință la amplificare, îndeosebi legat de propriile suferințe.

TRATAMENTUL

Tratamentul trebuie orientat înainte de toate la anxietatea și depresia asociată.

Obiectul de bază este de a face, ca viața pacientului să devină mai completă, iar situația în familie – mai puțin tensionată.

În convorbire cu bolnavii de hipocondrie trebuie să știm, că pacienții simt momentan atunci când nu sunt tratați serios. Unora le ajută discuțiile despre structura organismului și asigurarea în faptul, că majoritatea simptomelor vor trece de sine stătător și că ele nu atestă o boală gravă. Dacă sunt indicate careva investigații, atunci rezultatele trebuie anunțate imediat – altfel la pacienți se va încetățeni ideea, că suferă de o boală incurabilă.

Trebuie să ținem subiecții la curent cu fiecare etapă de cercetare, întreprinse pentru lămurirea acuzelor. Sunt folositoare de asemenea, și însemnările zilnice, în care se semnalează noile acuze – aceasta ajută atât medicul, cât și pacienții să-și vadă legătura între plângerile sale și factorii declanșatori (de ex.: moartea celui apropiat). La colectarea anamnezei este important de a afla, dacă cineva din rude sau apropiați au prezentat acuze asemănătoare.

Tratamentul bolnavilor cu hipocondrie este îndelungat, și aceasta trebuie înțeles foarte bine. Numai comunicarea, încurajarea, sprijinirea, înțelegerea, explicația permanentă pot ajuta pacienții să depășească sentimentul pierii inevitabile și inferiorității.

Tot timpul trebuie să ținem minte, că la bolnavii cu hipocondrie se poate declanșa o boală somatică adevărată, la fel ca și la orișicare altul.

Bolnavii cu hipocondrie suportă mai rău antidepresivele decât cei cu depresie, dar totuși, se prescrie Sol. Amitriptylini până la 150 mg/zi, Sol. Melipramini până la 100 mg/zi, Ludiomil 200 mg/zi, Triptizol 50 mg/zi, Miansan 50 mg/zi.

În cazul anxietății asociate se prescrie Sol. Seduxeni până la 20 mg/zi, Phenazepami 3 mg/zi, Nozepami 30 mg/zi, Sonapaxi până la 100 mg/zi.

Folosirea preparatelor medicamentoase poate declanșa catharsisul și, posibil, reducerea simptomelor; ușurarea apare numai pentru un timp scurt.

În astenia asociată se folosește tinctură de Valerianae, Convallariae, Panax ginseng, Schizandra chinensis, Eleutherococcae senticosi.

Terapia tonică generală include Phytinum 0,25 × 3 ori, Sol. Glucosi 10% - 20,0 i.v. cu Vitamina „C” 5,0 i.v., Sol. Vitamini B₁, B₆ 3,0 i.m.

Cu succes este utilizat Finlepsina $0,2 \times 3$ ori.

Efectul psihoterapiei este legat de orientarea ei asupra formării autoaprecierii adecvate, înțelegerea dinamicii intrapsihice, evaluarea semnificației simbolice a simptomelor. Se încearcă restabilirea statutului anterior al subiectului. Deosebit de eficace s-a demonstrat a fi psihoterapia de grup în multitudinea sa de forme, dirijarea către reconstrucția interrelațiilor subiecților.

Nu trebuie de intrat în confruntare cu pacienții, declarându-i că el „toate aceste lucruri le-a inventat”.

O comunicare de lungă durată cu medicul trebuie să-l convingă pe pacient în lipsa reală la el a afecțiunii somatice.

Hipnoterapia și terapia comportamentală sunt eficace, deoarece provoacă relaxare.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Problema hipocondriei este (Weitbrecht) „*un focar în care se concentrează problemele nesoluționate ale medicinei și psihiatriei*”. Sub eticheta de hipocondrie înțelegem, pe de o parte :

- a) starea de supraevaluare (cu anxietate și îngrijorare) a unor tulburări existente, somatice sau psihice, însă obiectiv lipsite de importanță – dar și:
- b) un tip al comportării sufletești: bolnavul care se plânge medicului fără o întemeiere obiectivă („*malade imaginaire*”, Molière).

Acest tip nu este net despărțit de sfera normalității și are relații certe cu sindroamele psihopatologice de natură depresivă sau compulsiv – anancastă, cu psihopatia celor nesiguri de sine, dar și cu nevroza demonstrativ – anxioasă (de categorie isterică) sau cu cea „tendențioasă”. Hipocondria umple spațiul larg între simulacru și delirul paranoic – hipocondriac. F. Bleuler credea, că hipocondriacii sunt schizofreni latenți. Diagnosticul se pune relativ ușor când se pot evidenția simptome ale unei depresii ciclotime sau ale unei dezintegrări involutive. Diagnosticul curent oscilează între neurastenii, psihopatie, nevroză, simulare etc. Esențial este să se stabilească dacă este vorba de o „fugă în boală”, realmente de o psihoză severă, sau de un caracter „reflexiv”, care este sinonim cu hipocondriacul înăscut. Dar un astfel de caracter se poate dobândi și în urma unor experiențe de viață: corpul devine atunci nu numai conținut al vieții, ci și al anxietății și al fricii.

Tulburările delirante

Acest grup de tulburări se caracterizează prin dezvoltarea fie a unui singur delir, fie a unui set de deliruri corelate, care sunt, de obicei, persistente și uneori pe toată durata vieții. Debutul este de obicei la vârsta mijlocie, dar uneori, mai ales în cazul convingerilor de a avea un corp diform, el apare la vârsta adultă timpurie. Separat de acțiunile și atitudinile direct corelate cu delirul sau cu sistemul delirant, afectivitatea, vorbirea și comportamentul sunt normale, însă convingerile din dezvoltarea hipocondriacă nu au aceeași fixitate la deliruri somatice ca în tulburări delirante.

Tulburările depresive

În aceste tulburări subiecții suferă de obicei de o dispoziție depresivă, pierd interesele și bucuriile, se reduce energia, ducând la o fatigabilitate crescândă și la o activitate diminuată. Este obișnuită o oboseală accentuată după un efort mic.

Se reduc capacitățile de concentrare și a atenției; se reduce stima și încrederea în sine; apar idei de vinovăție și lipsa de valoare; viitorul pare trist și pesimist; idei sau acte de auto-vătămare sau suicid; somn perturbat; apetit diminuat cu pierderi în greutate (5% și mai mult); pierderea interesului sau a plăcerii în activități în mod normal plăcute; lipsa reacției emoționale la circumstanțe și evenimente externe plăcute; trezirea matinală cu 2 ore mai devreme decât de obicei; agravarea matinală; scăderea marcată a libidoului.

Dar în aceste manifestări depresive pot exista preocupări hipocondriace, dar rar va exista o preocupare de lungă durată pentru simptomele hipocondriace.

Tulburarea de somatizare

Elementele esențiale ale acestei tulburări sunt acuzele somatice multiple și recurente, cu o durată de mai mulți ani, pentru care a fost cerută atenție medicală, dar care după cât se pare nu se datorează nici unei tulburări somatice. Tulburarea începe înainte de etatea de 30 de ani și are o evoluție cronică, dar fluctuantă. Mulți pacienți au o istorie de lungi peregrinări prin serviciile medicale primare și de specialitate, în timpul cărora au fost efectuate multe investigații cu rezultate negative sau operații infructuoase.

Acuzele sunt prezentate adesea de o manieră dramatică, vagă sau exagerată, sau sunt parte a unei complicate istorii medicale, în care au fost luate în considerație multe diagnostice somatice. Cei afectați primesc frecvent îngrijire medicală din partea mai multor medici, uneori în același timp. Simptomele se pot referi la orice parte a corpului, dar senzațiile gastro-intestinale (durere, eructații, regurgitații, grețuri, vome) și senzații cutanate anormale (prurit, arsuri, furnicături, amorțeli, dureri) sunt printre cele mai comune. Acuzele sexuale (de ex. indiferența sexuală), dificultățile de reproducere feminine (de ex. menstruație dureroasă), simptome de conversie sau pseudoneurologice (de ex. paralizie) sunt de asemenea comune.

Anxietatea și dispoziția depresivă sunt extrem de frecvente.

Tulburarea este cu mult mai obișnuită la femei.

Din cauza consultării constante a doctorilor, numeroase examinări medicale se suprapun, atât în spital cât și-n afara lui; frecvent, există supunere involuntară la intervenții chirurgicale inutile. Acești oameni își asumă riscul tulburărilor produse

de uzul de substanță psihoactivă, implicând diversele medicamente prescrise. Din cauza simptomelor depresive, ei pot experienta lungi perioade de incapacitate și frecvente amenințări sau tentative de suicid. Oamenii cu această tulburare duc o viață la fel de haotică și de complicată ca și istoriile lor medicale.

Dar în vreme ce în tulburarea hipocondriacă atenția este direcționată mai mult pe prezența unui serios proces morbid progresiv în tulburarea de somatizare accentul este pus pe simptome și efectele lor proprii. În hipocondrie pacientul tinde să solicite investigații pentru a determina sau confirma boala de bază, în vreme ce pacienții cu tulburări de somatizare cer tratament pentru înlăturarea simptomelor. În vreme ce pacienții cu tulburări hipocondriace se tem de medicamente și de efectele lor secundare, cerând asigurări prin frecvente vizite la diferiți medici, în tulburările de somatizare există de obicei un consum excesiv de medicamente.

În hipocondrie există preocuparea pentru numai una sau două tulburări somatice posibile, care vor fi menționate permanent, spre deosebire de tulburarea de somatizare, în care pacientul pune accentul pe simptome și pe posibilitatea existenței unor tulburări somatice multiple și adesea schimbătoare.

Hipocondria este convingerea pacienților în prezența la ei a unei boli somatice grave, având caracter de incurabilitate. Senzații aparent banale sunt interpretate adesea ca fiind supărătoare, iar atenția este de obicei centrată pe unul sau două organe sau sisteme ale corpului.

Rareori, apare pentru prima dată după vârsta de 50 de ani.

Hipocondria se poate manifesta printr-o teamă neîntemeiată, sau printr-o convingere falsă. Teama cel mai des se asociază cu anxietatea, iar convingerea falsă – cu deprimarea; în depresie severă ea poate atinge nivelul delirului.

Dispoziția hipocondriacă, de regulă, este permanentă, spre deosebire de teama de boală, care se acutizează periodic în depresie. Se consideră, că temerea în hipocondrie este mai gravă, decât în depresie.

Pacienții se ocupă numai de sine și de boala sa imaginată. Ei permanent exagerează cele mai mici senzații, care servesc, după cum cred ei, manifestarea bolii, încearcă să convingă medicul în seriozitatea stării sale. La ei, de obicei, autoaprecierea este joasă, ei se simt depreciați și cred, că ei nu sunt înțeleși de nimeni.

Evoluția este cronică, cu remisiuni. Cel mai neînsemnat stres poate provoca acutizare. Pronosticul favorabil este legat de tulburări premorbide mintale ale personalității, iar cel nefavorabil – de tulburări somatice precedente sau existente paralele.

RECOMANDĂRI

Omul poate să fie „hipocondriac”, deoarece este o ființă „îngrijorată”.

Hipocondria este o stare de frică de boli – dar hipocondriacul nu este cu necesitate fricos și laș în toate împrejurările vieții. Anxietatea hipocondrilor nu trebuie considerată ca semnul umilitor al lipsei de varietate. Desigur, hipocondriacul este incomod pentru medic. Întâlnim hipocondriacul capabil să sâsâie pe medic, dar și pe cel la care frica de boală se proiectează și asupra medicilor, examenelor, remediilor etc., astfel încât ei le evită pe cât se poate – și, uneori, exagerat. Din punct de vedere spiritual, Günther consideră că angoasa în fața bolii și a morții este corelată pozitiv cu sentimentele de compasiune și de omenie.angoasa hipocondriacă poate fi, așadar, și un catalizator sau un stimulent.

- Dacă există o convingere persistentă privind prezența uneia sau a mai multor boli somatice serioase, chiar dacă investigațiile și examinările repetate nu au identificat o cauză somatică adecvată;
- dacă subiecții manifestă o preocupare persistentă privind o presupusă desfigurare sau deformare;
- dacă se notează un refuz persistent de a accepta sfatul și asigurările mai multor medici diferiți că nu există nici o boală somatică;
- dacă subiecții domină sau manipulează familia sau rețeaua socială ca rezultat al simptomelor lor – **pacienții trebuie trimiși la psihiatru pentru asistență specializată.**

BIBLIOGRAFIE :

1. ICD – 10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic. Editura ALL. București 1998.
2. Oprea N. ș. a. Etape clinice în dezvoltarea hipocondriacă a personalității. Conferința Internațională de Psihiatrie, Chișinău. Pag. 24. 13 - 14 noiembrie 1997.
3. Nacu A., Nacu A. Psihiatrie judiciară. Chișinău , 1997.
4. Cărăușu Gh. Variante clinice în dezvoltarea hipocondriacă a personalității. Materialele conferinței practice științifice dedicate jub. De 180 ani de la înf. SCR. Pag. 98 - 99. Chișinău 1997.
5. Rândașu S. Psihiatrie . Cluj-Napoca , 1997.
6. Iamandescu J.B. Manual de psihologie medicală . București : Infomedica , 1995.
7. Jeican R. Psihiatrie :Semne, simptome, sindroame .Ed. a 2 rev.F.I. Casa cărții de știință., 1995.
8. Oprea N. ș a Psihologie generală și medicală. Conspecte și note de curs pentru studenții Universității de Medicină. III părți. Chișinău Știința 1993.
9. Laplanche J., Pontalis J.-B. Vocabularul psihanalizei. Humanitas. București 1994.
10. Tratat de psihiatrie Oxford . Ediția II-a. Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România și Geneva Initiative on Psychiatry. București 1994.
11. Manual pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mentale. Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România. București 1993.
12. Клиническая психиатрия .Руководство для врачей и студентов. Пер.с англ. / Гл.ред. Т.В.Дмитриева .М.ГЭОТАР,1998.
13. Психиатрия. Под ред. Р.Шейдера 2 изд. Практика. 1998.
14. Коркина М.В. и др. Психиатрия. М. Медицина., 1995.