

## OPIS PRZYPADKU

**Sławomir Murawiec**

Centrum Terapii Dialog w Warszawie

# Pacjentka domagająca się wizyt i diagnostyki kardiologicznej z powodu lęku przed poważną chorobą serca – opis przypadku

## A patient demanding cardiologist's visits and diagnostic tests because of illness anxiety disorder – a case report

**Streszczenie**

Praca przedstawia opis przypadku pacjentki, u której po nagłej śmierci z przyczyn kardiologicznych osoby z rodziny, rozwinęły się objawy lęku przed poważną, zagrażającą życiu chorobą serca. Pacjentka zdołała wytworzyć w swoim życiu sytuację kompromisu dotyczącego aktywności zawodowej w miejscu pracy, który pozwalał jej na utrzymanie zatrudnienia. Zmiany dotyczące firmy, w której pracowała, spowodowały załamanie się tego kompromisu i ponowne nasilenie lęku przed chorobą serca. W rezultacie kobieta zaczęła domagać się częstych kontaktów z kardiologiem i badań diagnostycznych. Omówiono typowe problemy dotyczące rozpoznania, postępowania i leczenia pacjentów ujawniających objawy lęku przed chorobą (hipochondryczne).

**Słowa kluczowe**

hipochondria, lęk, trauma psychiczna, leczenie, farmakoterapia

**Abstract**

The paper presents a case report of a patient who, after sudden death of a close family member from cardiac causes, developed symptoms of fear of a serious, life-threatening heart disease. The patient managed to create in her life a situation of compromise regarding professional activity in the workplace, which allowed her to maintain employment. The changes of the economic situation of the company in which she worked caused a breakdown of this compromise of the level of her professional activity and induced intensification of fear of heart disease. As a result, she began to demand frequent contact with a cardiologist and diagnostic tests. Typical problems regarding diagnosis, management, and treatment of patients with symptoms of illness anxiety disorder (hypochondriac) are discussed.

**Key words**

illness anxiety disorder, anxiety, psychological trauma, treatment, pharmacotherapy

## Wstęp

Praca przedstawia opis przypadku pacjentki skierowanej przez kardiologa na konsultację psychiatryczną. Jej celem jest ułatwienie lekarzom innych specjalności niż psychiatria, w tym lekarzom POZ, zrozumienia specyfiki problemów lęku przed chorobą i śmiercią, klasyfikowanego według aktualnych kryteriów jako hipochondria (F45.2) [1]. Pacjenci należący do tej grupy bardzo często wracają z usilnymi prośbami o konsultację i badania diagnostyczne (tak było w opisywanym przypadku), a ich skargi mogą wydawać się niezrozumiałe, nieuzasadnione, czasami wręcz absurdalne, choć możliwe jest dostrzeżenie pewnej specyficznej logiki w zgłaszanych przez nich symptomach. Lęk, którego doświadczają te osoby, stanowi oś organizującą ich przeżywanie, decydującą o podejmowanych działaniach i codziennym funkcjonowaniu. Jest on podłożem ponawianych kontaktów z wieloma lekarzami, pracownikami diagnostycznymi i innymi jednostkami ochrony zdrowia.

## Opis przypadku

Pacjentka, lat 43, została skierowana na konsultację psychiatryczną przez lekarza kardiologa (prywatna praktyka), który zgłosił, że nie potrafi poradzić sobie z jej praktycznie codziennymi prośbami o kontakt. Kobieta zgłaszała lęk przed zawałem, wadą serca, arytmia serca, nadciśnieniem tętniczym. Uważała, że może cierpieć na te choroby i że zagrażają one śmiercią. Pacjentka była od wielu lat pod opieką kardiologiczną, nie postawiono diagnozy żadnej choroby układu sercowo-naczyniowego, nie przyjmowała leków. Aktualnie po powtórzeniu diagnostyki także nie stwierdzono choroby kardiologicznej, niemniej pacjentka usiłowała kontaktować się z lekarzem praktycznie codziennie. Jej funkcjonowanie było znacznie zakłócone, wychodziła do pracy, ale nie była w stanie pracować, tylko siedziała na ławce przed miejscem zatrudnienia (co zostanie wyjaśnione poniżej), w domu skarżyła się na stałe uczucie zagrożenia obejmujące ją, męża i dzieci. Wystąpiły zaburzenia snu, silny lęk, ciągle nawracające myśli dotyczące swojego stanu zdrowia, obawy o przyszłość, wahania nastroju z okresami przygnębienia, wielokrotne mierzenie ciśnienia tętniczego w ciągu dnia i w nocy, znaczne pogorszenie funkcjonowania w zakresie życia osobistego, rodzinnego i zawodowego. W efekcie pacjentka nie mogła funkcjonować prawidłowo w żadnej domenie, była pochłonięta lękiem przed zagrożeniem, które starała się zdiagnozować, aby mu zapobiec.

Wywiad w trakcie konsultacji psychiatrycznej wskazywał na bardzo dobry przebieg edukacji, życia zawodowego, rodzinnego i społecznego pacjentki do okresu przed 4–5 laty. Kobieta zdobyła bez trudności wyższe wykształcenie, zyskała pracę w sferze biznesowej, którą kontynuowała z powodzeniem i w której awansowała. Założyła rodzinę, miała dzieci. Opisywała siebie jako osobę „zawsze silną, zorganizowaną, zawsze dającą sobie radę z każdym problemem, kontrolującą wszystko, pomagającą innym”. Po nieoczekiwanej śmierci osoby bliskiej z powodów kardiologicznych funkcjonowanie pacjentki bardzo się pogorszyło. Zgłosiła się do kardiologa z obawą, że może mieć tę samą chorobę serca, która była przyczyną śmierci członka rodziny. Wskazywała na podobny wiek i wspólne „geny” ze zmarłym. Argumentowała, że w takim razie i jej coś zagraża: „skoro on umarł, to i ja mogę umrzeć, przecież miał prawie tyle lat co ja, a geny mamy wspólne”. Od tego czasu pozostawała w kontakcie z kardiologiem, który przeprowadził diagnostykę i zdołał zapewnić bezpieczeństwo emocjonalne pacjentki w zakresie obniżenia poziomu jej lęków. W wywiadzie pacjentka ujawniła, że jej matka „ciągle chodziła z encyklopedią medyczną w ręce, w tym czasie jeszcze nie było Internetu, więc miała tę encyklopedię i cały czas bała się, czy ja na coś nie zachoruję”. Jak wynikało z relacji, pacjentka dorastała w atmosferze lęku przed chorobami, jednak potrafiła się emocjonalnie od niego oddzielić, traktując go w warstwie świadomej bardziej jako obawy matki niż swoje własne. Niemniej ten element mógł stwarzać pewne podłoże lękowe, jeśli chodzi o obawy co do własnego zdrowia. Pacjentka zrelacjonowała także, że we wczesnym wieku dorosłym udała się do „osoby przepowiadającej przyszłość”, która poinformowała ją, że umrze młodo – w wieku 35 lat. Pomimo przekroczenia tego wieku o 8 lat pacjentka zadała w trakcie konsultacji pytanie, czy to możliwe.

### Przyczyna bieżącego pogorszenia stanu psychicznego pacjentki

Pacjentka pracowała w firmie na dość wysokim stanowisku. W związku z tym czuła się komfortowo, ponieważ miała poczucie, że gdyby „coś złego działo się ze zdrowiem”, może w każdej chwili skorzystać z pomocy i udać się do lekarza, nie powodując negatywnych konsekwencji dla siebie w miejscu pracy. Czasami także wychodziła przed budynek, w chwili większego stresu, co dawało jej analogiczne poczucie bezpieczeństwa, że nie musi cały czas siedzieć przy biurku i „jakby coś się działo”, może

opuścić miejsce pracy i zyskać pomoc medyczną. Z przyczyn od niej niezależnych (a także od firmy, w której była zatrudniona) sytuacja rynkowa się pogorszyła, a firma znalazła się w stanie likwidacji. U pacjentki narósł lęk, że będzie musiała poszukać nowej pracy, w której nie będzie miała już tak komfortowej sytuacji, jeśli chodzi o zabezpieczenie swojego zdrowia. W takim kontekście aktualna praca mogła być widzialna jako stan pewnego kompromisu pomiędzy lękiem o zdrowie (stale obecnym) i przekonaniem pacjentki, że w każdej chwili może poszukać pomocy lekarza. Konieczność zmiany pracy wiązała się zdaniem pacjentki z załamaniem się tego kompromisu. Wyobrażała sobie, że w kolejnej pracy nie będzie możliwe to, co było jej praktyką w obecnej, więc gdyby „coś się stało”, nie będzie mogła wyjść i w związku z tym umrze.

Problemem zgłaszanym przez pacjentkę była także niemożność cieszenia się rodziną i wykonywania takich obowiązków, jak zawożenie dzieci do szkoły i na zajęcia pozalekcyjne. Te kwestie wydawały się kobiecie kompletnie absurdalne, ponieważ relacjonowała napady lęku na przykład w sytuacji spaceru z dziećmi i mężem w parku, kiedy – jak zapewniała – „było cudownie i byłam szczęśliwa”. W usunięciu tego poczucia absurdalności objawów pomogła rozmowa z pacjentką, która skojarzyła, że w sytuacji w parku miała poczucie, że „jest super, przyjemne pobudzenie, w końcu się żyje”. Okazało się, że słowo „żyje” w jej myślach przywołuje sformułowanie „nie żyje”. Myśl o tym, że „w końcu się żyje” wywołała w jej umyśle kolejne skojarzenie: „aha, jak się żyje, to można to stracić bardzo szybko, pewnie mam wadę serca, szybko mogę utracić to, co mam, a inni są zdrowi”. W efekcie pacjentka w silnym lęku przerwała spacer i udała się do domu, aby zmierzyć ciśnienie krwi i oczekiwać na nieuchronne zagrożenie jej życia. Jeśli chodzi o obowiązki rodzinne związane z wożeniem dzieci, pacjentka przedstawiła następujący ciąg skojarzeń: „Jeśli będę jeździła, nie będę miała wytchnienia, sił, na pewno gdzieś zasłabnę, nie dam rady, coś mi się stanie. Jak mi się stanie, to stanie się też z dziećmi, stwarzam zagrożenie. Jak mam gdzieś jechać, to myślę, czy mogę to odwołać, zawsze szukam zabezpieczenia”. Kiedy powyższe treści stały się dla pacjentki zrozumiałe, jej poziom napięcia się zmniejszył i ustąpiły myśli „straciłam rozum”.

## Dyskusja

W obowiązującej w naszym kraju międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych pacjentka

opisana powyżej mogłaby uzyskać diagnozę hipochondrii (F45.2), a w amerykańskiej DSM-5 – zaburzenie z lękiem przed chorobą (300.7) [1, 2]. Jak widać na podstawie opisu, oprócz samego lęku przed chorobą wyraźne są objawy lęku panicznego czy przewlekłego leku (przewidywania konieczności zmiany pracy). W związku z tym moim zdaniem istnieje potrzeba rozszerzenia spojrzenia na zaburzenia hipochondryczne o następujące kluczowe elementy:

- zasadniczym jest lęk przed tym, że osoba cierpi na poważną, przewlekłą chorobę lub nieprzewidywalny stan zdrowotny (arytmia, wada serca, nadciśnienie tętnicze), które bezpośrednio zagrażają życiu (udar, zawał),
- drugim jest całe w zasadzie spektrum zaburzeń lękowych – objawy sugerujące uogólnione zaburzenie lękowe, napady lęku panicznego, agorafobia (strach przed wyjściem na ulicę, bo może mi się coś stać i nikt mi nie pomoże), objawy natrętnie nawracających obaw o stan zdrowia oraz objawy somatyczne lęku w trakcie jego trwania, co niestety czasami jest prawie ciągle.

Najczęściej osoba z lękiem przed chorobą ma w wywiadzie długi, czasami wieloletni okres bezskutecznego poszukiwania pomocy u wielu lekarzy i wykonywania badań diagnostycznych. Ponieważ katastroficznie interpretuje drobne sygnały płynące z ciała lub objawy niegroźnych chorób – jako świadczące o zagrożeniu życia lub co najmniej poważnej chorobie, wysiłki lekarzy mogą się koncentrować na tym elemencie obrazu chorobowego – diagnostyce chorób somatycznych (co jest oczywiście pierwszoplanowe i niezbędne). Ponawiane są wielokrotnie badania diagnostyczne, a osoba z lękiem domaga się kolejnych, „drażąc” w kierunku uzyskania samodzielnie ustalonego rozpoznania. Aktywnie poszukuje informacji dotyczących różnych zagrażających zdrowiu i życiu stanów lub co najmniej jest na nie wyczulona. Jeśli taka osoba ma rodzinę, to częsty jest także lęk o osoby bliskie („dzieciom może się coś stać”). Zdarzają się poważne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, nawiązywaniu relacji i stawianiu sobie celów życiowych. Na przykład osoba taka może nie wchodzić w związek – „skoro ja umrę albo partner umrze, to po co w ogóle się wiązać”.

Ważnym elementem wywiadu jest traumatyczne wydarzenie – choroba lub śmierć – dotyczące osoby pacjenta (poczucie umierania) albo kogoś z bliskich,

może to być też informacja o nagłej śmierci lub zachorowaniu (najczęściej osoby w zbliżonym wieku), którą pacjent zinterpretował: „skoro jemu to się przydarzyło, to i ja mogę umrzeć, zachorować” (na przykład: „wtedy przyszła mi do głowy w sumie banalna myśl, że to życie jest kruche, teraz najmniejszy impuls wystarczy do wywołania poczucia, że jestem śmiertelny, że w każdej chwili mogę zejść”).

Dla lekarzy taka sytuacja może być bardzo trudna i frustrująca. W moim odczuciu w zrozumieniu tego rodzaju pacjentów może niekiedy pomóc dostrzeżenie, że są to osoby, które przeżyły (często wyłącznie subiektywnie, ale jednak) poczucie umierania, przeżyły śmierć, chorobę swoją lub kogoś w otoczeniu. Tak jak ofiary wypadków lub wojny. Nie tak ważne jest to, czy zagrożenie było w pełni realne. Ważna jest myśl, którą miał potem przyszedł pacjent: „umieram, umieram w samotności, mogę umrzeć, coś mi zagraża, mogę umrzeć tak jak ten członek rodziny/znajomy”. Można zauważyć, że opisywana tu sytuacja nosi cechy „ukrytego” lęku pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD), na jaki cierpią osoby po zdarzeniach traumatycznych, ale o innych od klasycznego PTSD objawach. Widoczne są w niej mechanizmy dysocjacyjne (na przykład oddzielenie pamięci o zdarzeniu od świadomości jego następstw – osoba pamięta zdarzenie traumatyczne, ale nie kojarzy go z lękiem o własne życie) oraz cały szereg objawów lękowych, które mogą układać się w różne konstelacje znanych zespołów psychopatologicznych. Zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi może więc pomóc powiązanie pomiędzy zdarzeniem traumatycznym a późniejszymi objawami i zachowaniami. Dla pacjentów bywa to źródłem ulgi, bo objawy i zachowania stają się dla nich zdroworozsądkowo zrozumiałe i uzasadnione. Lekarzowi świadomość, że pacjent jest osobą, która subiektywnie przeżyła doświadczenie umierania albo przestraszyła się, że może zachorować lub umrzeć, może pozwolić zrozumieć sterroryzowanie lękiem, które stoi za tym problemem. Chodzi tu o zrozumienie wzajemnego związku trzech elementów:

- zdarzenia traumatycznego,
- stale obecnego lęku o życie i zdrowie (lęk jest cały czas, nawet jeśli chwilowo nie jest manifestowany),
- kojarzenia tego lęku ze zdarzeniami życia codziennego lub własnymi myślami.

W książce z opisami klinicznymi DSM-5 [3] pacjent z tym zaburzeniem przedstawiony jest następująco

(w opisie tym widać wyraźnie wszystkie wspomniane elementy):

„Ojej! Ta kartoteka musi mieć chyba z 5 cm grubości – Julian Fenster był po raz trzeci w tym miesiącu przyjmowany na oddział ratunkowy.

– To jest tylko tom trzeci – powiedziała mu pielęgniarka.

W wieku 24 lat Julian mieszkał z matką i nastoletnią siostrą. Wiele lat temu zaczął uczęszczać do college’u oddalonego o kilkaset kilometrów od domu. Po zaledwie jednym semestrze wrócił.

– Nie chciałem być tak daleko od moich lekarzy – zauważył. – Kiedy starasz się zapobiec chorobie serca, nigdy dość ostrożności [...].

Kiedy Julian miał kilkanaście lat, umarł jego ojciec.

– Sam do tego doprowadził – zauważył Julian. – W dzieciństwie cierpiało na gorączkę reumatyczną, co spowodowało u niego powiększenie serca. A jedynym ćwiczeniem, jakie wykonywał, było wkładanie sobie do ust wszelkich smażonych przekąsek, [...] poza tym palił [...]. Widzi pan jak to się dla niego skończyło”.

Ten opis pokazuje dokładnie, dlaczego pacjent bał się o własne zdrowie, ograniczał swoje aspiracje życiowe, był stale sterroryzowany lękiem przed śmiercią – jego ojciec umarł, a wtedy on sam poczuł (pomyślał): „ja też mogę umrzeć, mnie też to może spotkać”.

Uświadomienie tej zależności pacjentowi z lękiem przed chorobą nie jest łatwe. W konsultacji tych pacjentów ważne są liczne elementy psychologiczne, które wymagają uwzględnienia dla skutecznego leczenia. Należą do nich:

- rozróżnienie pomiędzy faktem, rzeczywistym zdarzeniem z jednej strony a myślą, obawą z drugiej (miedzy „mam zawał” a „myślę, że mam zawał”) – uświadomienie psychologicznej wartości tego, co przeżywa pacjent (zagrożenie nie zostało stwierdzone, natomiast pacjent myśli na ten temat),
- powiązanie przez pacjenta swojego stanu, lęków i zachowań z doświadczeniami i wydarzeniami życiowymi – zrozumienie, że jeśli pacjent boi się śmierci i/lub choroby, to taki lęk nie pojawia się bez przyczyny, lecz jest związany z zetknięciem się z jakąś konkretną lub symboliczną sytuacją zagrożenia,
- przewyciężenie mechanizmów zaprzeczenia, negowania związków między zdarzeniem z przeszłości a aktualnymi przeżyciami. W wielu sytuacjach po ujawnieniu zdarzenia o charakterze traumatycznym natychmiast pojawiają

się zaprzeczenia pacjenta: „to niemożliwe, żeby to było z tego powodu, przecież to było tak dawno”, „przecież to zdarzenie nie może mieć takich skutków”.

### Leczenie

Zrozumienie tych mechanizmów i powiązań może być pierwszym krokiem do podjęcia skutecznego leczenia. Skojarzenie dawnej traumy z obecnymi obawami ma zasadnicze znaczenie dla możliwości skierowania pacjenta na leczenie psychiatryczne i podjęcia skutecznej psychoterapii. W odniesieniu do farmakoterapii kluczową sprawą jest omówienie z pacjentem przed podjęciem leczenia wysokiego prawdopodobieństwa tego, że przyjęcie leku zintensyfikuje te same lęki, których pacjent doświadcza na co dzień (o życie i zdrowie), co może prowadzić do silnej negatywnej reakcji lękowej. Osoby należące do omawianej grupy przerywają przedwcześnie leczenie farmakologiczne, niekiedy po przyjęciu pierwszej dawki leku lub po kilku dawkach, z powodu nasilonych „działań niepożądanych” będących w wielu wypadkach przejawem stale obecnego lęku przed zagrożeniem zdrowia i życia. Jest on w takich sytuacjach aktywowany przez przyjęcie leku („lek może mi zaszkodzić, lek może być niebezpieczny, mogę się zatruć, może mi się po nim coś stać”). Omówienie z pacjentem

wysokiego prawdopodobieństwa takiej reakcji emocjonalnej z odwołaniem się do jego ewentualnych wcześniejszych doświadczeń może sprawić, że pacjent przyjmie więcej niż kilka pierwszych dawek, będzie dłużej kontynuował farmakoterapię i okaże się ona skuteczna. W wielu sytuacjach w omawianej grupie pacjentów pomocne okazują się leki z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI) – escitalopram (niekiedy skuteczne jest 5 mg escitalopramu, ale zasadniczo dawka 10 mg może być traktowana jako podstawowa), citalopram (20 mg), sertralina (50–150 mg).

### Piśmiennictwo

1. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków-Warszawa 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders DSM-5. Washington DC, 2013.
3. Morrison J. DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.

### Adres do korespondencji:

dr n. med. Sławomir Murawiec  
Centrum Terapii Dialog  
ul. Stryjeńskich 19 lok. 18U  
02-791 Warszawa  
e-mail: smurawiec@gmail.com