

ZABURZENIE HIPOCHONDRYCZNE – METODOLOGIA PRACY W PARADYGMACIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM

Magdalena Lange-Rachwał

Pacjenci z lękiem o zdrowie bardzo często są kierowani do gabinetów psychiatrów lub psychoterapeutów z gabinetów innych specjalistów – lekarzy rodzinnych, kardiologów, neurologów etc. Pacjenci ci mogą zyskać opinię „trudnych” ze względu na wielokrotne wizyty w krótkich odstępach czasu, skargi na dolegliwości, domaganie się zlecenia powtórnych badań lub skierowań do kolejnych specjalistów – mimo zapewnień o braku dostrzeganego przez lekarza zagrożenia. Pozytywne informacje przekazane przez specjalistę – uspokajają pacjenta tylko na krótki czas, po czym powraca on znowu – przekonany o nadciągającej katastrofie. Podobne przekonania żywią pacjenci przeżywający napady panik – jednak różni ich odstępstwo czasowe – o ile osoby w napadzie paniki uważają, że katastrofa nastąpi bezpośrednio, teraz, kiedy przeżywają napad, pacjenci z lękiem o zdrowie zakładają, że wydarzy się ona w bardziej odległej przyszłości. Zaburzenie to może występować z napadami paniki lub bez nich. W pracy terapeutycznej lub leczeniu psychiatrycznym istotnym wyzwaniem może okazać się fakt, że pacjenci szukają źródła swoich problemów i ich rozwiązania w obszarach nie związanych ze zdrowiem psychicznym. Stąd też możliwa trudność w przyjęciu diagnozy dotyczącej lęku o zdrowie. Może to budzić na początku nieufność i dystans pacjenta zarówno odnośnie rozpoznania, jak i modelu pracy.

Wg ICD-10 do rozpoznania tego zaburzenia pacjent musi spełnić następujące kryteria:

F45.2 zaburzenie hipochondryczne

A. Występuje którekolwiek z następujących:

1. Utrwalone, utrzymujące się co najmniej 6 miesięcy, przekonanie o występowaniu maksimum dwóch poważnych chorób somatycznych, z których co najmniej jedną pacjent wyraźnie określa
2. Utrwalone koncentrowanie się na domniemanej zmianie postaci lub kształtu ciała

B. Koncentrowanie się na tym przekonaniu i objawach powoduje utrwalone cierpienie i zakłóca jednostkowe funkcjonowanie w codziennym życiu, a także skłania pacjenta do poszukiwania leczenia lub badań medycznych

C. Uporczywe odrzucanie zapewnień lekarskich o braku adekwatnej, fizycznej przyczyny tych somatycznych objawów (krótkotrwała aprobaata takiego zapewnienia, tj. utrzymująca się do kilku tygodni, a czasie badań lub bezpośrednio po nich, nie wyklucza tego rozpoznania)

- D. Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia. Objawy te występują wyłącznie podczas którejs z postaci zaburzeń schizofrenicznych lub pokrewnych (F20-F29, szczególnie F22) lub podczas któregośkolwiek z zaburzeń nastroju (F30-F39)

Natomiast wg DSM-V rozpoznanie może nastąpić, gdy:

DSM-5 (300.7) – zaburzenia z lękiem przed chorobą

- 1) lęk przed tym, że osoba cierpi na poważną, przewlekłą albo bezpośrednio zagrażającą życiu chorobę (arytmię, zagrożenie udarem, zawałem);
- 2) szerokie spektrum zaburzeń lękowych: uogólnione zaburzenie lękowe, napady lęku panicznego, agorafobia (strach przed wyjściem na ulicę, „bo może mi się coś stać i nikt mi nie pomoże”), natrętne nawracające obawy co do stanu zdrowia oraz objawy somatyczne lęku w trakcie jego trwania (niekiedy występujące prawie ciągle, a niekiedy ograniczone w czasie i powiązane z sytuacjami budzącymi lękowe skojarzenia pacjenta);
- 3) istnienie traumatycznego wydarzenia w kontekście choroby/śmierci, dotyczącego osoby pacjenta (poczucie umierania) albo kogoś z osób bliskich. Bywa to informacja o nagłej śmierci lub zachorowaniu (najczęściej osoby w zbliżonym wieku), którą pacjent zinterpretował: „wtedy przyszła mi do głowy w sumie banalna myśl, że to życie jest kruche, i teraz najmniejszy impuls wystarczy do wywołania poczucia, że jestem śmiertelny, że w każdej chwili mogę zejść”.

Warto zwrócić uwagę, że w klasyfikacji DSM-IV hipochondria została zaliczona do zaburzeń pod postacią somatyczną (somatomorficzne). W DSM-5 dokonano natomiast zmiany nazewnictwa zaburzenia, ze względu na jego wcześniejszy – pejoratywny charakter (obecnie istnieje wymieniona wyżej jednostka – 300.7 – zaburzenia z lękiem przed chorobą).

Zaburzenie hipochondryczne może występować u różnego rodzaju pacjentów, często w wywiadzie pojawiają się doświadczenia związane z nagłą śmiercią lub przewlekłą chorobą kogoś z otoczenia, które mogą aktywować przekonania o nieprzewidywalności świata.

OPIS PACJENTKI Z ZABURZENIEM HIPOCHONDRYCZNYM Z ATAKAMI PANIKI

Pani Katarzyna, lat 34, była wychowywana przez matkę, która po rozstaniu z ojcem pacjentki cierpiała na ataki paniki. Matka, będąca bardzo znaczącą osobą w życiu pacjentki, miała silnie lękowy rys. Mimo, iż starała się chronić córkę, aby ta nie widziała tych napadów – kilka razy była ich świadkiem. Odejście ojca oraz ataki paniki matki, które z perspektywy dziecka wyglądały bardzo groźnie zrodziły w pani Katarzynie przekonanie, że świat jest niebezpieczny (nieprzewidywalny) – mogą się w nim

wydarzać rzeczy złe i niebezpieczne. W opozycji do tego pacjentka ma jednak bardzo pozytywne przekonania na temat ludzi.

Pani Katarzyna będąc wychowywaną w lękowym środowisku domowym dodatkowo posiadała także biologiczną podatność na lęk. W VIII klasie w związku z presją egzaminów do liceum odczuwała objaw somatyczny tzw. gulę w gardle.

Ataki paniki pojawiły się u pacjentki po splocie wielu trudnych życiowych wydarzeń: nagłej śmierci dziadka na zawał, śmierci ojca (która jednak ze względu na brak więzi nie była dla pani Katarzyny bardzo traumatycznym wydarzeniem), opieką nad babcią chorą na demencję a potem jej śmiercią. W ostatnim stadium choroby babci pani Katarzyna była w ciąży, która była zagrożona i pacjentka musiała leżeć. Ostatnim trudnym dla niej przeżyciem była śmierć ukochanego labradora na raka trzustki. Wszystkie te wydarzenia wzmocniły w pacjentce przekonania dotyczące nieprzewidywalnego/niebezpiecznego świata.

Pani Katarzyna została skierowana na konsultację w PZP przez lekarza kardiologa – pacjentka obawiała się udaru lub zawału w związku ze śmiercią dziadka na tę chorobę. Wielokrotne wizyty, duże zaniepokojenie pacjentki, bardzo szczegółowe drażnienie tematu zdrowia, poszukiwanie ciągłej otuchy u lekarza, kilkakrotne badania, utrzymywanie, przez pacjentkę, że jej stan zdrowia systematycznie się pogarsza, kilkakrotne wizyty na SOR w związku z przekonaniem, że ma zawał sprawiły, że otrzymała skierowanie do Poradni Zdrowia Psychicznego. Również ze strony rodziny i przyjaciół otrzymywała ona negatywne informacje na temat codziennego funkcjonowania – rozmowy z nią najczęściej prowadziły do tematu troski o zdrowie, potencjalnych chorób i złego stanu zdrowia. Dużo czasu zabierało jej także poszukiwanie informacji na forach internetowych na temat zapobiegania oraz symptomów – zawału oraz udaru. Czasami zdarzało jej się podejmować działania ukierunkowane na „polepszenie” zdrowia (np. akupunktura, joga).

Obawa pani Katarzyny przed zawałem lub udarem doprowadziła do rezygnacji z wychodzenia w miejsca, które kiedyś bardzo lubiła – rozwoju agorafobii (lęk przed znalezieniem się w miejscu lub sytuacji, z których ucieczka może być trudna lub kłopotliwa, albo w których może nie być dostępna pomoc).

OPIS PACJENTKI Z ZABURZENIEM HIPOCHONDRYCZNYM BEZ ATAKÓW PANIKI

Pani Kinga pochodzi z rodziny wielodzietnej, kiedy miała 7 lat – jej rodzice się rozwiedli. Matka z córkami zamieszkała u babci – w dwupokojowym mieszkaniu. Pani Kinga przedstawia mamę jako osobę uległą i podporządkowaną babci, która rządziła w domu. Pacjentka postrzega matkę jako osobę słabą, niepewną, mającą trudności z podejmowaniem decyzji. Tak jest do tej pory – matka radzi się córek w wielu kwestiach życia codziennego. Po rozwodzie straciła kontakt z ojcem, który wyjechał do odległego miasta i założył nową rodzinę. Jego wizyty u córek były epizodyczne i bardzo krótkie

– dwa/trzy razy do roku. Te doświadczenie u pani Kingi zbudowały przekonanie o nieprzewidywalności i zmienności świata, w którym wszystko może się wydarzyć.

Lęk o zdrowie uwidocznił się u pacjentki w życiu dorosłym – istotne znaczenie dla jego kształtowania miały następujące wydarzenia. Po pierwsze śmierć babci, hospitalizowanej z powodu zapalenia płuc. Pacjentką wstrząsnęło to, że zmarła w dniu, w którym miała być wypisana do domu, kiedy nie miała już obaw o jej bezpieczeństwo. Zdaniem pacjentki babcia zmarła z powodu błędu lekarskiego. Wydarzenie to uaktywniło u pani Kingi przekonanie, że nie można ufać lekarzom, trzeba ich kontrolować i samemu dbać o własne zdrowie. Konsultować się z kilkoma specjalistami w przypadku poważnych chorób. Po drugie – urodzenie dziecka, zdrowej dziewczynki, która otrzymała 10 punktów w skali Apgar. Jednak w nieco późniejszym czasie pacjentka trafiła w córką dwa razy do szpitala. Pierwszy raz był związany z błędną diagnozą pediatry, który nie rozpoznał kryzy płciowej. Jednak sama jazda do szpitala była dla pani Kingi bardzo stresująca i uaktywniła obawy o zdrowie córki. Po raz drugi dziewczynka zachorowała na zapalenie płuc oraz zarażenie rotawirusem.

Od tej pory pacjentka nieustannie martwi się o zdrowie córki, stosuje czynności mające uchronić ją przed potencjalnym zachorowaniem. Zaczęła także bardzo intensywnie się badać od czasu, kiedy uświadomiła sobie, że siostra jej matki zmarła na nowotwór piersi, gdy była w wieku zbliżonym do pacjentki. W związku z brakiem zaufania do lekarzy odbywała ona wielokrotne konsultacje – czasami wybierając się do innych lekarzy z większych miast. Wyniki badań i konsultacje – pozwalały na krótkotrwałą ulgę, jednak potem obawy wracały. Jakakolwiek myśl lub obawa pacjentki dotycząca zdrowia – kierowała ją w stronę poszukiwania informacji w internecie. Prowadziła także długie rozmowy z siostrą, która pozwalała jej dać ujście obawom na temat zdrowia oraz pocieszała, po tych rozmowach pani Kinga – przez niedługi czas czuła się trochę lepiej.

U pacjentki oprócz zaburzenia hipochondrycznego zdiagnozowano także GAD (ze względu na tematykę tekstu – wątek diagnostyki GAD nie został szczegółowo rozwinięty).

Neligh wspomina o dwóch typach zespołu hipochondrycznego. Pierwszy pojawia się tylko w konsekwencji działania stresora, a drugi – występuje w przebiegu innych chorób psychicznych. Przebieg choroby może być zmienny od dużego nasilenia objawów do momentów względnego uspokojenia (najczęściej po badaniach i konsultacjach lekarskich – dzięki, którym pacjent nabiera na stosunkowo krótki czas otuchy). Otucha jest pojęciem kluczowym – istotnym patomechanizmem zaburzenia – w toku terapii dochodzi się do rezygnacji z jej poszukiwania u innych osób. Wspomniano już, że zaburzenie to może występować z napadami paniki lub bez nich. Istotna jest także towarzysząca hipochondrii współchorobowość.

W modelu teoretycznym opracowanym przez Salkovsisa i Warwicka (Salkovskis, 1989, Warwick i Salkovskis 1990) jako przyczynę zaburzenia oraz czynnik podtrzymujący uznaje się błędną interpretację

znak i objawów somatycznych, które prowadzą pacjenta do przekonania, że cierpi na ciężką lub śmiertelną chorobę i jego życie jest zagrożone. To przekonanie w odróżnieniu od przekonań występujących w napadzie paniki zakłada katastrofę odroczoną w czasie.

Czynnikiem istotnym do rozwoju lęku o zdrowie są tzw. krytyczne wydarzenia w życiu pacjenta (np. nagła śmierć bliskiej osoby, niespodziewana choroba kogoś kto był zdrowy, zauważenie niedostrzeganych wcześniej objawów somatycznych etc.), aktywują one dysfunkcyjne przekonania dotyczące zdrowia. Błędna interpretacja prowadzi do negatywnych, automatycznych myśli, czasami także obrazów. Dotyczą one najczęściej złego funkcjonowania narządu lub narządów pacjenta. Równolegle u pacjenta pojawiają się błędy poznawcze (tj. lekceważenie alternatywnych wyjaśnień występujących objawów, selektywna abstrakcja, katastrofizacja), reakcje behawioralne (np. skanowanie ciała, unikanie, poszukiwanie otuchy) oraz reakcje fizjologiczne/afektywne (np. badanie ciała, unikanie, zachowania zabezpieczające, poszukiwanie otuchy) – wszystkie one stanowią mechanizmy podtrzymujące zaburzenie.

W pracy z pacjentem w modalności CBT bardzo ważna jest konceptualizacja wyjaśniająca model zaburzenia oraz czynniki podtrzymujące. Finalnie pacjent powinien zrozumieć, że problem dotyczy martwienia się o chorobę, a nie rzeczywistej choroby bądź możliwości zachorowania. Ważne, aby terapeuta zwrócił uwagę na patomechanizm poszukiwania otuchy i nie powiełał go w relacji terapeutycznej z pacjentem. Nie można doprowadzić do sytuacji, kiedy główną motywacją do przychodzenia na terapię – będzie poszukiwanie otuchy. Będzie to jeden z ważnych elementów pracy z lękiem o zdrowie – pacjent musi zauważyć związek pomiędzy słowami otuchy, a pojawiającym się u niego lepszym samopoczuciem i obniżeniem lęku.

A. Wells uważa, że „powodzenie terapii w dużej mierze zależy od tego czy pacjenci zaakceptują psychologiczne wyjaśnienia zaburzenia”. Stanowi to największy problem w przypadku silnego przeświadczenia pacjenta o istnieniu choroby somatycznej. U pacjentów, u których w zaburzeniu występują ataki paniki, warto rozpocząć pracę od konceptualizacji ataków paniki i pracy nad nimi. Uporanie się z atakami paniki – podnosi jakość życia chorego, równocześnie może być także czynnikiem wzmacniającym i uwiarygadniającym psychologiczne podłoże zaburzenia.

W przypadku hipochondrii bez ataków paniki szczególnie istotnymi elementami pracy terapeutycznej będzie konceptualizacja, psychoedukacja oraz eksperymenty behawioralne. Stosowanie tych ostatnich na wczesnym etapie terapii, na początkowych sesjach – pozwala na wybitcie pacjenta z dotychczasowych błędnych przekonań poprzez uzyskanie danych płynących z doświadczenia.

Strategią odwrotną do badania wpływu otuchy na pacjenta jest strategia badania, kiedy występuje zaostrzenie objawów (np. dostrzeżenie tego, że czytanie o chorobie zaostrza jej objawy może uwiarygodnić, że podłoże odczuć pacjenta jest związane z psychiką, a nie somatyką). Elementem podejmowanym w terapii są także ruminacje oraz zamartwianie się. Problem ten występuje także

u chorych bez diagnozy współwystępującej – GAD-u, jednak jeżeli występuje także taka podwójna diagnoza – moduł ten powinien zostać znacznie poszerzony.

W terapii hipochondrii stosuje się także techniki oparte o wyobrażenia, ponieważ obrazy stanowią tutaj formę błędnych interpretacji. Modyfikację wyobrażeń można przeprowadzać na różnych poziomach w zależności od zapotrzebowania po pierwsze na poziomie negatywnych automatycznych myśli, po drugie można modyfikować znaczenie wyobrażenia, po trzecie do wydobywania i modyfikacji przekonań. Na przykład czasami wydobywanie wyobrażeń uruchamia reakcje somatyczne pacjenta co pozwala na analizę tego mechanizmu z chorym. W innym przypadku wyobrażenie może być elementem strategii unikania stosowanej przez pacjenta i należy doprowadzić do uruchomienia w wyobraźni najgorszego scenariusza i jego reatrybucji poznawczej lub w przypadku wyobrażeń katastroficznych modyfikacji zakończyć.

Przykładowy plan terapii (Wells, 2010)

Sesja 1

Przegląd ostatnich epizodów lęku o zdrowie i opracowanie konceptualizacji

Omówienie roli zachowania w podtrzymywaniu zaburzenia

Eksperymenty psychoedukacyjne np. wybiórcza uwaga, redukcja badania ciała

Praca osobista: obserwowanie objawów i odnotowywanie ich w planie zajęć

Sesja 2

Przejrzenie modelu i przedstawienie go pacjentowi

Sprawdzenie pracy osobistej – poszukiwanie wzorców, objawów (identyfikacja czynników wyzwalających)

Wprowadzenie eksperymentów behawioralnych w celu psychoedukacji/rozpoczęcie podważania błędnych interpretacji np.

- zaniechanie konkretnych zachowań zabezpieczających
- intensyfikacja objawów

Praca osobista

- a) Obserwowanie czynników wyzwalających myśli oraz odnotowywanie ich w zapisie myśli
- b) Wykorzystanie okresów kontrolowanego zamartwiania się do ograniczania ruminacji
- c) Zakazanie badania ciała

Sesja 3

1. Sprawdzenie pracy osobistej – omówienie wyników pod kątem modelu
2. Analiza roli poszukiwania otuchy i zakazanie tego zachowania
3. Reatrybucja werbalna i kontynuowanie eksperymentów behawioralnych
4. Praca osobista:
 - a) Wprowadzenie racjonalnych reakcji do zapisu myśli
 - b) Przedłużenie zakazu badania ciała
 - c) Zakazanie poszukiwania otuchy

Sesja 4–8

1. Dalsze konstruowanie modelu alternatywnego
2. Przeformułowanie argumentów na rzecz błędnych interpretacji (strategia podwójnego modelu)
3. Konstruowanie reatrybucji werbalnej np. wykresy kołowe, odwrócona piramida, nazywanie błędów w myśleniu
4. Eksperymenty behawioralne – odwrócenie unikania, zaniechanie zachowań zabezpieczających, intensyfikacja objawów
5. Praca osobista

Sesja 9–14

1. Dalsze konstruowanie modelu alternatywnego
2. Analiza założeń i przekonań
3. Modyfikacja dysfunkcyjnych przekonań
4. Praca osobista

Sesja 15–16

1. Sprawdzenie występowania szczątkowych przekonań i zachowań i ewentualna ich modyfikacja
2. Profilaktyka nawrotów: opracowanie dokumentacji terapii
3. Zaplanowanie sesji podtrzymujących
4. Upředzanie problemów i powtarzanie strategii radzenia sobie

Rzeczownictwo zaburzeń hipochondrycznych mieści się w przedziale 0,8–10,3%, ale większość badań szacuje ich występowanie na około 3%.

Lęk o zdrowie wydaje się jednostką stosunkowo łatwo rozpoznawalną, kojarzoną także w pojęciu potocznym z pejoratywnym określeniem – hipochondryk. W rzeczywistości jednak lęk o zdrowie jest skomplikowanym zaburzeniem w wielu przypadkach nie występującym jako jedna diagnoza. Badania pokazują jego najczęstsze współwystępowanie z zaburzeniami nastroju (przeważnie z depresją), lękowymi (lęk napadowy i uogólniony, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne) i zaburzeniami osobowości. Wymaga to czujności diagnosty i wzbogacenia protokołu o kolejne moduły odpowiadające pracy z innymi zaburzeniami lub jak w przypadku współwystępujących ataków paniki – rozpoczęcia od pracy z innym zaburzeniem. Trzeba więc założyć, że praca z zaburzeniem hipochondrycznym ze współwystępującą inną jednostką chorobową – nie będzie oparta o odtworzenie protokołu, ale dostosowania go do indywidualnych potrzeb pacjenta oraz jego istotnych problemów. Czasami w plan pracy konieczne jest wpisanie modułu dotyczącego zachowań stanowiących zagrożenie dla zdrowia (np. spożywania alkoholu).

Trzeba mieć świadomość, że osoby z diagnozą lęku o zdrowie nie zawsze posiadają nierealistyczne przekonania – zdarzają się także pacjenci z realnymi znaczącymi problemami zdrowotnymi. Wells zwraca uwagę, że czasami pacjent może wyrażać przekonania o chorobie jako szeroko rozumianej karze, wynikającej z jego dotychczasowego modelu życia. Może to stanowić kolejny aspekt, który powinien być uwzględniony i dostrzeżony jako temat do pracy terapeutycznej – inaczej może stanowić istotny czynnik podtrzymujący.

Bibliografia

1. Czabała J.C. Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: Strelau J: Psychologia. Tom 3. GWP, Gdańsk 2002: 585.
2. Morrison J. DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. WUJ. Kraków 2016: 288–291
3. Cierpiałkowska L. Psychopatologia. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR. Warszawa 2007: 416–417.
4. ICD-10, Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, UWM „Versalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1997.
5. Wells A. Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii. WUJ, Kraków 2010: 156–194.
6. Clark D.M., Fairburn Ch.G. Terapia poznawczo-behawioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna. Alliance Press, Gdynia 2006: 295–319.