

Czego się boimy bojąc się o swoje zdrowie? Kontekst objawowy skarg hipochondrycznych

What are we afraid of when we fear for our health? The symptom context of hypochondriacal complaints

Katarzyna Klasa, Jerzy A. Sobański, Magdalena Konop,
Edyta Dembińska, Michał Mielimąka, Anna Citkowska-Kisielewska,
Patrycja Jęda, Magdalena Pelc, Krzysztof Rutkowski

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychoterapii

Summary

Aim. To identify the set of symptoms most frequently co-occurring with hypochondriacal complaints in patients with neurotic or personality disorders.

Method. Nonparametric Spearman rank correlations between the variables of symptom checklist “O” describing hypochondriacal symptoms and other symptoms were analyzed. To increase the reliability of the results, the analyses were performed independently in two groups: 3,929 patients before admission to a day hospital in the years 1980–2002 (group A) and 3,190 patients before admission in the years 2004–2015 (group B).

Results. For selected groups of patients, lists of correlation coefficients were obtained showing the most important (strongest) and statistically significant associations between five hypochondriacal symptoms and somatization symptoms coming from the muscular system, breathlessness, symptoms coming from the cardiovascular system, anxiety symptoms, and compulsive thoughts without specific content.

Conclusions. The multidimensional nature of hypochondriacal complaints and their association with somatization symptoms similar to infection or inflammation were confirmed. Apart from the fears about patient’s own health, fears about close relatives are also an important symptom, to which clinical attention should be paid.

Słowa kluczowe: hipochondria, lęk o zdrowie, zaburzenia pod postacią somatyczną

Key words: hypochondriasis, health anxiety, somatoform disorders

Wprowadzenie

Lęki dotyczące stanu zdrowia, zagrożenia zachorowaniem, niepewności odnośnie do kompetencji personelu diagnozującego i leczącego, koncentracja na funkcjach ciała to objawy powodujące zarówno znaczny dystres u osób, które ich doświadczają, jak i potencjalnie zwiększone korzystanie z usług opieki zdrowotnej. Podaje się, że lęk o zdrowie o nasileniu klinicznym dotyka nawet do 13% ogólnej populacji osób dorosłych [1]. Dodatkowo przewidywać można wzrost częstości zaburzeń związanych z lękiem o zdrowie ze względu na zjawisko tzw. cyberchondrii (poszukiwania informacji o rozpoznaniach medycznych w internecie) [2, 3].

Jednocześnie w klasyfikacji DSM-5, a także w ICD-11 zmieniono sposób rozumienia zaburzeń tradycyjnie nazwanych somatyzacyjnymi w kierunku podkreślenia znaczenia dystresu pacjentów związanego z występującymi objawami cielesnymi (niezależnie od ich podłoża), przeżywania lęku i poświęcania im nadmiernej uwagi. Klasyfikacja DSM-5 wprowadziła kategorię „Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane” (*Somatic symptom and related disorders*). Obejmuje ona między innymi zaburzenia: pod postacią somatyczną (*Somatic symptom disorder – SSD*), konwersyjne (zaburzenie z czynnościowymi objawami typu neurologicznego) i zaburzenie z lękiem o stan zdrowia (hipochondryczne).

Do rozpoznania „Zaburzenia pod postacią somatyczną” wymagana jest obecność co najmniej jednego wywołującego cierpienie lub zakłócającego codzienne funkcjonowanie objawu somatycznego (może być nim ból), z towarzyszącymi uporczywymi myślami o jego ciężkości lub niepokojem odnoszącym się do tego objawu (objawów) albo stanu zdrowia lub poświęcanie objawom albo obawom o stan zdrowia nadmiernej ilości czasu i energii. Objawy nie muszą być obecne stale, jednak pozostaje przekonanie o ich utrzymywaniu się przez minimum pół roku. Jeśli ten czas jest krótszy, klasyfikacja proponuje rozpoznanie „Inne określone zaburzenie z objawami somatycznymi i inne z nim związane”.

Rozpoznanie „Zaburzeń konwersyjnych” odnosi się do co najmniej jednego objawu z obszaru ruchów dowolnych lub czucia (np. osłabienie, porażenia, zaburzenia połykania, napady i drgawki, znieczulenie, częściowa anestezja, zakłócenia funkcjonowania zmysłów), którego nie można lepiej wyjaśnić, odnosząc się do innego stanu ogólnomedycznego czy zaburzenia psychicznego, jednocześnie objaw i rozpoznanie neurologiczne lub ogólnomedyczne nie są spójne. Zakres czasowy występowania objawów to poniżej lub powyżej pół roku (odpowiednio: epizod ostry i stan uporczywy).

Kryteria „Zaburzenia z lękiem o stan zdrowia (hipochondrycznego)” zakładają, że objawy somatyczne nie występują lub mają niewielkie nasilenie. Jeśli u pacjenta są obecne czynniki związane ze stanem ogólnomedycznym lub ryzyko ich wstąpienia, to koncentracja na myślach o chorobie jest wyraźnie nieadekwatnie duża. Występują stałe (m.in. pół roku) zaniepokojenie stanem zdrowia i czujność w tym zakresie, nadmierne zachowania związane ze zdrowiem lub przeciwnie – unikanie badań lekarskich i hospitalizacji. Jeśli objawy obecne są krócej niż pół roku lub jeśli nie występują przesadne zachowania związane ze zdrowiem, stany takie klasyfikować należy jako „Inne określone zaburzenie z objawami somatycznymi i inne z nim związane”. Warto

zwrócić tu uwagę na założenie twórców DSM-5, że objawów zaburzenia hipochondrycznego nie można lepiej wyjaśnić innym zaburzeniem psychicznym, wśród których wymienione zostało m.in. „Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne” [4] – jest to założenie wskazujące na odmienne rozumienie podstawowej natury tych dwóch zaburzeń, inne niż punkt widzenia zaproponowany w klasyfikacji ICD-11.

Najnowsza wersja klasyfikacji WHO w odniesieniu do stanów, w których na pierwszym planie występują objawy somatyczne, wymienia w rozdziale *Zaburzenia związane z cierpieniem cielesnym lub cielesnym doświadczeniem (Disorders of bodily distress or bodily experience)* m.in. „Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym” (*bodily distress disorders* – BDD) [5]. Kryteria rozpoznania są podobne do proponowanych przez klasyfikację APA: obecność objawów somatycznych związanych z subiektywnym cierpieniem, poświęcanie im nadmiernej uwagi – ocenianej jako nadmierna, nawet gdy objawy związane są z innymi występującymi problemami zdrowotnymi, przy czym badania kliniczne i zapewnienia o braku zagrożenia nie zmniejszają koncentracji chorego na objawach. Objawy występują przez kilka miesięcy, przez większość dni, zazwyczaj są liczne i mogą się zmieniać, może też występować jeden objaw – najczęściej ból lub zmęczenie [6].

Jak wspomniano, klasyfikacja ICD-11 proponuje odmienne spojrzenie na zaburzenie hipochondryczne, umieszczając je w nowym rozdziale *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia z nimi związane (Obsessive-compulsive or related disorders* – OCRD). Twórcy ICD-11 uzasadniają tę zmianę obecnością (wspólną dla umieszczonych w tym rozdziale zaburzeń) niechcianych myśli i powiązanych z nimi powtarzanych zachowań, jak również danymi o ich częstszym niż oczekiwane rodzinnym występowaniu, genetycznych czynnikach ryzyka, powiązanych anomaliach neurochemicznych (*neurochemical abnormalities*) i w przepływie impulsów w obwodach neuronalnych (*underlying neurocircuitry anomalies*), współwystępowaniu i w wypadku niektórych podobieństwach odpowiedzi na analogiczne leczenie farmakologiczne lub psychologiczne [np. 7].

Obok znanych kwestii katastroficznych interpretacji jednego lub kilku odczuć czy objawów cielesnych, także tych fizjologicznych i powszechnych, zarówno DSM-5, jak i ICD-11 podkreślają znaczenie angażowania się w powtarzalne i nadmierne zachowania związane z kontrolą stanu zdrowia lub – przeciwnie – w zachowania unikowe [7–9].

Uzasadnienia i konsekwencje zmian w kryteriach rozpoznań wprowadzonych w DSM-5 i ICD-11 są przedmiotem licznych dyskusji wskazujących na zalety proponowanych rozwiązań, obszary wymagające dalszych badań oraz implikacje kliniczne [por. 10–14]. Ich szczegółowy opis przekracza ramy niniejszej pracy, jednak wydaje się, że od strony praktyki klinicznej warto zwrócić uwagę na kilka kwestii. W związku z potencjalną trudnością diagnostyki różnicowej wiedza na temat charakteru objawów somatycznych najczęściej współwystępujących z lękami o zdrowie mogłaby uwrażliwić na nie diagnostów (i terapeutów). Ważnym zagadnieniem staje się także obraz zaburzeń hipochondrycznych w perspektywie włączenia ich w obszar zaburzeń o charakterze obsesyjno-kompulsywnym (według ICD-11). Pojawia się zatem pytanie o to, jakie objawy z kręgu obsesji i kompulsji należy brać pod uwagę – czy wyłącznie te związane ze zdrowiem, czy również inne, uwzględniając także ich symboliczne znaczenie?

Wreszcie, czy z objawami lęku o zdrowie, somatycznymi i obsesyjno-kompulsyjnymi mogą się wiązać także inne objawy lękowe?

Cel

Celem niniejszej pracy była analiza obrazu powiązań między skargami o charakterze hipochondrycznym i pozostałymi objawami ujętymi w kwestionariuszu objawów nerwicowych KO „O” sprawozdawanymi przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych lub osobowości (F4–F6 według IDC-10) zakwalifikowanych do leczenia psychoterapią w oddziale dziennym. Postanowiono zweryfikować następujące wstępne założenia:

1. Objawy o treści odnoszącej się do lęku o zdrowie, lęku przed zachorowaniem oraz koncentracji na funkcjach ciała będą ze sobą powiązane.
2. Z objawami hipochondrycznymi łączyć się będą objawy somatyczne, mające charakter skarg na objawy „typowych”, powszechnie uważanych za wymagające konsultacji lekarskiej dolegliwości somatycznych, takich jak bóle o charakterze kardiologicznym, dolegliwości gastroenterologiczne lub mające charakter zaburzeń o podłożu neurologicznym (np. bóle głowy, zaburzenia czucia).
3. Z objawami hipochondrycznymi wiązać się będą objawy somatyczne o rozlanym, mniej jasnym charakterze, potencjalnie łatwiej podlegające interpretacji katastroficznej.
4. Z objawami hipochondrycznymi powiązane będą objawy o charakterze myśli i czynności natrętnych.

Material i metoda

Badanie prowadzono na podstawie analiz dokumentacji medycznej. Analizy przeprowadzono niezależnie w dwóch grupach w celu zwiększenia rzetelności uzyskanych wyników. Analizowano dane pochodzące od dwóch grup pacjentów zakwalifikowanych przez lekarza psychiatrę do leczenia w oddziale dziennym, którzy wypełnili kwestionariusz objawów nerwicowych KO „O”, liczących 3929 osób (grupa A, z lat 1980–2002) oraz 3190 osób (grupa B, z lat 2004–2015). Dane demograficzne i informacje o ogólnym nasileniu objawów nerwicowych pacjentów z obu analizowanych grup przedstawiono w tabeli 1.

Uzyskane dane dotyczą pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną (F4 według ICD-10), zaburzeń behawioralnych (F5 według ICD-10) i zaburzeń osobowości (F6 według ICD-10). Ze względu na upływ czasu wstępne rozpoznania pacjentów, szczególnie w odniesieniu do lat dawniejszych, wymagały przybliżenia w kategoriach aktualnie obowiązującej klasyfikacji ICD-10. Rozpoznania te przyporządkowano części pacjentów hospitalizowanych przed wprowadzeniem klasyfikacji ICD-10 na podstawie analizy równoważności opisanych zespołów objawów, a w niektórych wypadkach także na podstawie archiwalnych historii choroby. Umożliwiło to użycie diagnoz mniej szczegółowych

(np. F42) lub ich połączonych grup (np. F40 i F41) (tab. 2). Postawione w ten sposób rozpoznania w niniejszym badaniu służą ogólnemu opisowi badanych grup, przedmiotem analiz jest natomiast współwystępowanie sprawozdawanych przez pacjentów objawów – niezależnie od szczegółowej diagnozy.

Kwalifikacja do leczenia obejmowała w każdym przypadku przynajmniej dwa badania psychiatryczne, wywiad i badanie psychologiczne, w tym baterię badań testowych. Umożliwiło to wyłączenie innych zaburzeń psychicznych (m.in. afektywnych, uzależnień, zaburzeń psychotycznych). Zgłaszane przez pacjentów dolegliwości fizyczne były poddawane przez lekarzy psychiatrów analizie różnicowej – oceniano, czy dany objaw ma charakter somatyzacji, czy może być efektem schorzeń somatycznych. W razie wątpliwości diagnostycznych możliwe było wykonanie dodatkowej konsultacji specjalistycznej (np. badanie EEG lub endokrynologiczne) [15].

Tabela 1. Dane demograficzne i globalne nasilenie objawów nerwicowych w badanych podgrupach

Wyszczególnienie	GRUPA A (n = 3929)		GRUPA B (n = 3190)	
	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)	Kobiety (n = 2218)	Mężczyźni (n = 972)
Wiek (lata) średnia ± odchylenie standardowe (mediana)	33 ± 9 (33)	32 ± 9 (28)	30 ± 9 (28)	30 ± 8 (28)
Wykształcenie wyższe	34%	32%	40%	41%
Pracuje	59%	70%	70%	74%
Małżeństwo/ związek	69%	68%	52%	48%
Globalne nasilenie objawów (OWK)# średnia ± odchylenie standardowe (mediana)	394 ± 152 (387)	349 ± 151 (336)	366 ± 153 (360)	333 ± 151 (320)

Punkt odcięcia dla kobiet wynosi 200 punktów, dla mężczyzn 165 punktów.

Tabela 2. Rozpoznania według ICD-10

Wyszczególnienie	GRUPAA (n = 3929)		GRUPA B (n = 3190)	
	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)	Kobiety (n = 2218)	Mężczyźni (n = 972)
F44/45 Zaburzenia dysocjacyjne lub somaizacyjne	29%	25%	10%	13%
F60 Zaburzenia osobowości	23%	29%	31%	34%
F40/F41 Zaburzenia lękowe	17%	16%	37%	32%
F48 Neurastenia	7%	14%	1%	3%
F34 Dystymia	7%	5%	2%	2%
F50 Zaburzenia odżywiania	5%	0%	5%	0%
F42 Zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne	2%	2%	3%	7%
F43 Reakcja na stres i zaburzenie adaptacyjne	1%	2%	9%	7%
Inne/dane niepełne	9%	7%	2%	2%

Kwestionariusz objawowy KO „O” jest narzędziem samoopisowym, pozwalającym na uzyskanie informacji o występowaniu i uciążliwości (na skali od „0” – „objaw nie występował” do „c” – „objaw występował, bardzo uciążliwy”) 135 objawów nerwicowych w czasie ostatnich 7 dni. Jest to jedno z niewielu oryginalnych polskich narzędzi diagnostycznych utworzonych w oparciu o podejście kryterialne, z wykorzystaniem języka potocznego; narzędzie cechuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi [16].

Do porównania rozkładów zastosowano nieparametryczne testy *U* Manna–Whitneya. Istotność różnicy między odsetkami oszacowano za pomocą testu dla dwóch wskaźników struktury (odsetków). Korelacje nieparametryczne rangowe (współczynnik Spearmana) obliczono za pomocą licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL 13 (StatSoft).

Informacje uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przy czym wszystkie dane przechowywano i opracowywano w postaci anonimowej. Analizy przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetycznej.

Do analiz wybrano pięć zmiennych kwestionariusza KO „O” (brzmienie oryginalne):

- „Odnajdywanie u siebie oznak różnych poważnych chorób”;
- „Absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby”;
- „Ciągłe zwracanie uwagi na czynności ciała – np. na akcję serca, tętno, trawienie itp.”;
- „Obawa o swój stan zdrowia, uczucie lęku przed zachorowaniem na jakąś poważną chorobę”;
- „Odczucie, że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą twojemu życiu chorobę”.

Zmienne te odnoszą się do wymiaru: (a) afektywnego („obawa, uczucie lęku”), (b) poznawczego („przekonanie”), (c) behawioralnego („czynności i zabiegi”, „zwracanie uwagi”) lęku o zdrowie.

Wyniki

W pierwszym etapie analiz obliczono odsetki: (1) sprawozdawania (niezależnie od nasilenia) wybranych objawów oraz (2) sprawozdawania ich jako bardzo uciążliwych. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Występowanie i nasilenie dolegliwości hipochondrycznych w badanych grupach

ZMIENNA		GRUPA A				GRUPA B			
		Kobiety	%	Mężczyźni	%	Kobiety	%	Mężczyźni	%
		2582	66%	1347	34%	2218	70%	972	30%
Odnajdywanie u siebie oznak różnych poważnych chorób	Występowanie	1550	60%*	866	64%*	1217	55%	554	57%
	Znaczna uciążliwość	506	20%	247	18%	330	15%	169	17%
Absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby	Występowanie	1245	48%	674	50%	929	42%*	457	47%*
	Znaczna uciążliwość	307	12%	130	10%	209	9%	97	10%
Ciągłe zwracanie uwagi na czynności ciała – np. na akcję serca, tętno, trawienie itp.	Występowanie	1323	51%***	768	57%***	1008	45%	456	47%
	Znaczna uciążliwość	461	18%	250	19%	325	15%	145	15%
Obawa o swój stan zdrowia, uczucie lęku przed zachorowaniem na jakąś poważną chorobę	Występowanie	1652	64%	898	67%	1316	59%	588	60%
	Znaczna uciążliwość	692	27%*	322	24%*	471	21%	220	23%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Odczucie, że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą twojemu życiu chorobę	Występowanie	1181	46%***	740	55%***	873	39%*	420	43%*
	Znaczna uciążliwość	443	17%	217	16%	286	13%	145	15%

* $p < 0,05$; *** $p < 0,005$

W obu grupach najczęściej występującym (niezależnie od nasilenia) objawem był lęk przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę – zgłosiło go aż 64% kobiet i 67% mężczyzn z grupy A oraz 59% kobiet i 60% mężczyzn z grupy B. Najrzadziej pacjenci sprawozdawali występowanie objawu przekonania o ciężkiej chorobie (46% kobiet z grupy A, 39% kobiet i 43% mężczyzn z grupy B, ale 55% mężczyzn z grupy A, przy 50% sprawozdających występowanie przesady w celu uniknięcia choroby).

Stwierdzono istotne statystycznie różnice w zakresie występowania czterech z wybranych pięciu objawów, w każdym wypadku wyższe odsetki odnotowano w grupie mężczyzn. W grupie A mężczyźni częściej niż kobiety sprawozdawali w kwestionariuszu objawowym występowanie (niezależnie od nasilenia) objawu odnajdywania u siebie oznak różnych chorób, ciągłego obserwowania funkcji ciała oraz przekonania o ciężkiej chorobie. W grupie B w grupie mężczyzn częściej występowały objaw absorbujących czynności w celu uniknięcia choroby i przekonanie o ciężkiej chorobie. W obu grupach nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między płciami w zakresie występowania lęku przed zapadnięciem na jakąś ciężką chorobę, jak również w zakresie oceny wybranych objawów jako skrajnie uciążliwych.

Ze względu na eksploracyjny charakter badania i dużą liczbę danych kolejne analizy zdecydowano się przeprowadzić bez podziału pacjentów według płci i w odniesieniu wyłącznie do występowania wybranych objawów i ich korelacji z pozostałymi objawami kwestionariusza KO „O”.

W tabelach 4–8 przedstawiono dziesięć najwyższych korelacji wybranych objawów hipochondrycznych z pozostałymi objawami z kwestionariusza KO „O” (brzmienie zmiennych skrócono). Jeśli występowało więcej niż 10 objawów o tej samej wartości współczynnika korelacji, wszystkie one zostały zamieszczone w tabelach. Obok wartości współczynników korelacji w nawiasach {} zamieszczono kolejność według wartości współczynnika korelacji, poczynając od najwyższej. Wytluszczeniem oznaczono wartości korelacji $\geq 0,4$. Wszystkie korelacje były istotne na poziomie $p < 0,05$.

Tabela 4. **Obawa o swój stan zdrowia, uczucie lęku przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę**

Zmienna kwestionariusza KO „O”	Grupa A n = 3929	Grupa B n = 3190
Przekonanie o ciężkiej chorobie	{1} 0,68	{1} 0,73
Odnajdywanie u siebie oznak różnych chorób	{2} 0,62	{2} 0,70
Ciągła obserwacja funkcji ciała (tętno, trawienie itp.)	{3} 0,54	{3} 0,52

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Przesada w celu uniknięcia choroby	{4} 0,38	{4} 0,41
Nieokreślone, wędrujące bóle	{5} 0,37	{5} 0,40
Bóle mięśniowe, np. bóle w krzyżach itp.	{6} 0,33	-
Brak tchu, duszność	{7} 0,32	{8} 0,35
Poczucie nieokreślonego zagrożenia	{8} 0,32	{7} 0,35
Lęk o najbliższych	{9} 0,32	{6} 0,39
Drżenie mięśniowe	{10} 0,29	-
Lęk w samotności, np. w pustym mieszkaniu	{10} 0,29	{9} 0,33
Lęk w pojazdach – pociągach, autobusach itp.	-	{10} 0,33

W wypadku obaw o swój stan zdrowia i uczucia lęku przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę w obu grupach (A i B) uwagę zwraca zestaw pierwszych pięciu najwyższej korelujących z nimi zmiennych, do których należą pozostałe zmienne odnoszące się do objawów hipochondrycznych oraz objaw z grupy somatyzacyjnych – nieokreślone, wędrujące bóle. Wśród pozostałych sześciu objawów w grupie A znalazły się trzy objawy somatyzacyjne: dwa odnoszące się do dolegliwości mięśniowych i duszność oraz trzy lękowe, w tym lęk o najbliższych. W grupie B nie stwierdzono wśród dziesięciu najsilniej skorelowanych z obawami o swój stan zdrowia objawów dwóch objawów somatyzacyjnych odnoszących się do dolegliwości mięśniowych, pojawił się natomiast objaw z kręgu agorafobicznego – lęk w pojazdach.

Tabela 5. Odnajdywanie u siebie oznak różnych chorób

Zmienna kwestionariusza KO „O”	Grupa A n = 3929	Grupa B n = 3190
Przekonanie o ciężkiej chorobie	{1} 0,63	{2} 0,7
Lęk przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę	{2} 0,62	{1} 0,7
Ciągła obserwacja funkcji ciała (tętno, trawienie itp.)	{3} 0,52	{3} 0,54
Nieokreślone, wędrujące bóle	{4} 0,42	{4} 0,43
Przesada w celu uniknięcia choroby	{5} 0,37	{5} 0,41
Bóle mięśniowe, np. bóle w krzyżach itp.	{6} 0,35	-
Brak tchu, duszność	{7} 0,33	{8} 0,36
Stale utrzymujące się uczucie lęku	{8} 0,31	{9} 0,35
Natrętne myśli, słowa, wyobrażenia	{9} 0,31	-
Tachykardia	{10} 0,31	{6} 0,37
Lęk w samotności np. w pustym mieszkaniu	{10} 0,31	-
Ataki paniki	-	{10} 0,35
Poczucie nieokreślonego zagrożenia	-	{7} 0,36

Podobną prawidłowość zaobserwowano w wypadku objawu odnajdywania u siebie oznak różnych poważnych chorób. Zarówno w grupie A, jak i B, wśród pierwszych pięciu najwyższej korelujących z nim zmiennych znalazły się pozostałe zmienne odnoszące się do objawów hipochondrycznych i nieokreślone, wędrujące bóle. W obu grupach wśród dziesięciu najsilniej skorelowanych z omawianym objawem symptomów znalazły się również dwa objawy somatyzacyjne – duszność i tachykardia oraz objaw stale utrzymującego się uczucia lęku. Objaw o zbliżonej treści, tj. stałe poczucie nieokreślonego zagrożenia, wystąpił wyłącznie w grupie B, podobnie jak ataki paniki. Tylko w grupie A stwierdzono obecność korelacji objawu „odnajdywanie u siebie oznak różnych chorób” z objawem z kręgu obsesyjno-kompulsyjnego, tj. obecność natrętnych myśli, słów, wyobrażeń oraz uczucia lęku w samotności.

Tabela 6. Absorbujące czynności i zabiegi mające na celu uniknięcie choroby

Zmienna kwestionariusza KO „O”	Grupa A n = 3929	Grupa B n = 3190
Ciągła obserwacja funkcji ciała (tętno, trawienie itp.)	{1} 0,41	{1} 0,42
Przekonanie o ciężkiej chorobie	{2} 0,38	{4} 0,39
Lęk przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę	{3} 0,38	{2} 0,41
Odnajdywanie u siebie oznak różnych chorób	{4} 0,37	{3} 0,41
Ataki paniki	{5} 0,29	{5} 0,32
Nieokreślone, wędrujące bóle	{6} 0,28	{8} 0,29
Napięcie mięśniowe	{7} 0,27	-
Natrętne myśli, słowa, wyobrażenia	{8} 0,26	{10} 0,28
Brak tchu, duszność	{9} 0,26	-
Poczucie nieokreślonego zagrożenia	{10} 0,26	{6} 0,31
Lęk w samotności, np. w pustym mieszkaniu	{10} 0,26	-
Silny, uporczywy, uogólniony lęk	-	{7} 0,29
Stale utrzymujące się uczucie lęku	-	{10} 0,28
Lęk w pojazdach – pociągach, autobusach itp.	-	{9} 0,29

Z objawem podejmowania przesadnych działań w celu uniknięcia choroby ponownie najwyższej korelowały pozostałe zmienne opisujące objawy hipochondryczne; na piątym miejscu w obu analizowanych grupach znalazł się objaw ataków paniki.

W obu grupach z objawem absorbujących czynności i zabiegów w celu uniknięcia choroby skorelowane były także: objaw o charakterze obsesyjnym (natrętne myśli, słowa, wyobrażenia), nieokreślone, wędrujące bóle i poczucie nieokreślonego zagrożenia.

Tabela 7. Ciągłe zwracanie uwagi na czynności ciała – np. na akcję serca, tętno, trawienie itp.

Zmienna kwestionariusza KO „O”	Grupa A n = 3929	Grupa B n = 3190
Przekonanie o ciężkiej chorobie	{1} 0,54	{1} 0,54
Lęk przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę	{2} 0,54	{3} 0,52
Odnajdywanie u siebie oznak różnych chorób	{3} 0,52	{2} 0,54
Nieokreślone, wędrujące bóle	{4} 0,42	{7} 0,40
Przesada w celu uniknięcia choroby	{5} 0,41	{6} 0,42
Tachykardia	{6} 0,38	{4} 0,45
Bóle w okolicy serca	{7} 0,36	{9} 0,38
Brak tchu, duszność	{8} 0,36	{5} 0,43
Bóle mięśniowe, np. bóle w krzyżach itp.	{9} 0,34	-
Uderzenia gorąca, „zimne dreszcze”	{10} 0,34	-
Lęk w pojazdach – pociągach, autobusach itp.	-	{8} 0,40
Drżenie mięśniowe	-	{10} 0,36

W obu grupach z objawem ciągłego zwracania uwagi na czynności ciała najwyżej korelowały trzy zmienne odnoszące się do objawów hipochondrycznych, czwarta – przesada w celu uniknięcia choroby – w grupie A była piątą, za nieokreślonymi, wędrującymi bólami, natomiast w grupie B szóstym pod względem wielkości współczynnika korelacji objawem, za objawem tachykardii i duszności.

W obu grupach stwierdzono również korelacje omawianej zmiennej hipochondrycznej z trzema objawami somatyzacyjnymi: tachykardią, bólami w okolicy serca oraz brakiem tchu, dusznością.

Tabela 8. Odczucie, że jesteś chory na jakąś ciężką, zagrażającą twojemu życiu chorobę

Zmienna kwestionariusza KO „O”	Grupa A n = 3929	Grupa B n = 3190
Lęk przed zachorowaniem na jakąś ciężką chorobę	{1} 0,68	{1} 0,73
Odnajdywanie u siebie oznak różnych chorób	{2} 0,63	{2} 0,70
Ciągła obserwacja funkcji ciała (tętno, trawienie itp.)	{3} 0,54	{3} 0,54
Nieokreślone, wędrujące bóle	{4} 0,41	{4} 0,44
Przesada w celu uniknięcia choroby	{5} 0,38	{5} 0,39
Bóle mięśniowe, np. bóle w krzyżach itp.	{6} 0,33	{10} 0,34
Brak tchu, duszność	{7} 0,31	{6} 0,38
Bóle w okolicy serca	{8} 0,29	-
Lęk o najbliższych	{9} 0,29	{8} 0,35
Lęk w pojazdach – pociągach, autobusach itp.	{10} 0,29	{9} 0,34
Poczucie nieokreślonego zagrożenia	-	{7} 0,36

W wypadku odczucia, że jest się chorym na jakąś ciężką, zagrażającą życiu chorobę, ponownie stwierdzono, że w obu grupach wśród pierwszych pięciu pod względem wielkości współczynnika korelacji zmiennych obok objawów hipochondrycznych znalazł się objaw nieokreślonych, wędrujących bólów. W obu grupach stwierdzono obecność korelacji odczucia, że jest się chorym na jakąś ciężką, zagrażającą życiu chorobę, z objawami somatyzacyjnymi: bólami mięśniowymi (np. bóle w krzyżach) i brakiem tchu, dusznością, a także z lękiem o najbliższych i lękiem w pojazdach.

Dyskusja

Celem niniejszego badania było określenie kontekstu występowania objawów o charakterze lęków związanych ze zdrowiem sprawozdawanych przez pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych lub osobowości. Uzyskane wyniki wskazują, że wybrane objawy o charakterze hipochondrycznym korelowały w sposób istotny statystycznie w pierwszym rzędzie ze sobą nawzajem, na poziomie od słabego do, częściej, umiarkowanego i dość silnego (od $r = 0,37$ do $r = 0,73$ w obu grupach łącznie), co potwierdza ich powiązanie, ale nie tożsamość (sformułowania zmiennych). Wynik ten potwierdza także założenie o wielowymiarowości zjawiska lęku o zdrowie. Obraz uzyskany na podstawie danych empirycznych jest zatem zgodny z pierwszym założeniem niniejszego badania.

Spośród objawów o charakterze somatycznym w zakresie najsilniejszych dziesięciu korelacji stwierdzono w badanych grupach występowanie następujących objawów: nieokreślonych, wędrujących bólów, bólów mięśniowych, drżenia mięśni, napięcia mięśni, duszności, tachykardii, bólów w okolicy serca. Wyłącznie w powiązaniu z objawem ciągłej obserwacji funkcji ciała (tętno, trawienie itp.) skorelowany okazał się objaw uderzeń gorąca, „zimnych dreszczy”. Objawami, na które warto zwrócić szczególną uwagę, są nieokreślone, wędrujące bóle, często występujące w badanych grupach w pierwszej piątce najsilniejszych korelacji, oraz pokrewne im objawy, tj. drżenia i napięcia mięśni. Objawem często skorelowanym z dolegliwościami hipochondrycznymi okazało się w badanych grupach również uczucie duszności.

Uzyskane wyniki wskazują, że objawy lęku o zdrowie w badanych grupach w mniejszym stopniu wiązały się z dolegliwościami z określonych układów ciała (krążenia, pokarmowy) niż z „rozlanymi”, mniej jasnymi objawami bólu i dyskomfortu ze strony mięśni i układu oddechowego, które mogą się kojarzyć z objawami o charakterze stanów zapalnych.

Rief i wsp. [17], badając obecność objawów somatyzacyjnych i hipochondrycznych w populacji ogólnej w Niemczech (2050 osób w wieku 14–92 lat), wykazali, że najczęstszymi objawami sprawozdawanymi przez respondentów były bóle: pleców, stawów, kończyn, głowy, do tego wzdęcia, nietolerancje pokarmowe, ból brzucha, żołądka, palpacje, obniżone pożądanie seksualne (wybrano dziesięć kolejnych najczęstszych spośród 53 mierzonych kwestionariuszem SOMS – *Screening for Soma-toform Symptoms*). Autorzy wykazali, że 10% osób wypełniających kwestionariusz SOMS sprawozdało również lęk o zdrowie i u osób tych stwierdzono dłuższy czas utrzymywania się objawów somatycznych. W badaniu tym nie weryfikowano powiązań

między objawami somatycznymi i hipochondrycznymi (mierzonymi również kwestionariuszem *Whiteley Index*). Wyniki te wskazują jednak – podobnie do uzyskanych w opisywanym badaniu własnym – na znaczenie objawów bólowych.

Warto odnieść się tu również do pracy Eliassen i wsp. [18], którzy na podstawie badania za pomocą kwestionariusza internetowego wykazali w dużej grupie 36 163 osób z duńskiej populacji ogólnej w wieku 25–79 lat możliwość wyodrębnienia 10 profili objawów somatycznych, w tym profilu charakteryzującego się występowaniem objawów związanych z: (a) mięśniami (ból pleców, nogi/biodra/kolana, ból szyi, ramion), (b) mięśniami i objawami gastrycznymi (ból brzucha, niestrawność, nudności) oraz (c) mięśniami, objawami gastrycznymi i ogólnymi (ból głowy, zmęczenie, senność). W badaniu tym uczestnicy oceniali także swój stan zdrowia, przy czym znacząca liczba osób zakwalifikowanych do wspomnianych profili oceniła je jako zły (*poor*): odpowiednio 47%, 87% i 73%. Jakkolwiek wspomniane badanie miało inny cel i nie zajmowano się w nim objawami hipochondrycznymi, również ono wydaje się wskazywać na znaczenie objawów „mięśniowych” dla samooceny zdrowia.

Zastanawiające jest, że w naszym badaniu wśród najwyższej skorelowanych z objawami hipochondrycznymi zmiennych nie stwierdzono obecności żadnej zmiennej odnoszącej się do objawów ze strony układu pokarmowego (np. biegunki, zaparcia), mimo powszechnie uznanego związku dysfunkcji ze strony układu pokarmowego i objawów lęku i depresji [19–21]. Być może wynika to z postrzegania przez pacjentów już zakwalifikowanych do leczenia psychoterapią części objawów ze strony układu pokarmowego jako efektu napięcia/lęku czy zdenerwowania (np. biegunki, bóle brzucha), skutkującego większym ich „rozumieniem”, a przez to mniejszą tendencją do wiązania ich obecności z niepokojem o stan zdrowia somatycznego. Uzyskane wyniki nie ujawniły również znaczących korelacji badanych zmiennych z objawami o charakterze neurologicznym, takich jak np. zaburzenia równowagi czy ból głowy. Przepuszczalnie znaczenie także w tym wypadku ma charakterystyka badanych grup pacjentów, czyli osób zakwalifikowanych do leczenia, i fakt, że niepokojące skargi o charakterze wskazującym na przypuszczalne tło neurologiczne są weryfikowane na wstępnych etapach kwalifikacji lub nawet wcześniej – przez samych pacjentów szukających pomocy u innych specjalistów. Jakkolwiek weryfikacja taka, powiązana z udzieleniem pacjentom informacji o stanie zdrowia, nie wyklucza oczywiście w pełni możliwości utrzymywania się lęków o zdrowie.

Stwierdzono, że spośród objawów o charakterze natręctw z objawami odnajdywania u siebie oznak różnych chorób oraz podejmowania absorbujących czynności w celu uniknięcia choroby skorelowany był objaw natrętnych myśli, słów i wyobrażeń. Korelacje te były jednak słabe ($r = 0,26-0,31$), co – jak się wydaje – wskazuje na mniejsze znaczenie natręctw niż wymienionych wyżej objawów somatyzacyjnych w obrazie powiązań objawów hipochondrycznych. Należy podkreślić, że zmienna „podejmowanie absorbujących czynności i zabiegów w celu uniknięcia choroby” sama w sobie odnosi się do zachowań zbliżonych do kompulsji. Ponadto wnioskowanie w tym miejscu wyłącznie na podstawie stwierdzonej zmiennej z samoopisowego kwestionariusza objawowego jest ograniczone ze względu na brak informacji o treści „myśli i wyobrażeń obsesyjnych”. W badaniu Reuman i wsp. [22] stwierdzono m.in.,

że objawy lęku o zdrowie powiązane były z myślami obsesyjnymi odnoszącymi się do zranienia/bycia pokrzywdzonym (*harm obsessions*).

Wśród innych objawów najwyżej skorelowanych z wybranymi objawami o charakterze hipochondrycznym w badanych grupach znalazły się objawy lękowe: poczucie nieokreślonego zagrożenia, lęk w pojazdach, lęk o najbliższych, lęk w samotności, ataki paniki, silny, uporczywy, uogólniony lęk oraz stale utrzymujące się uczucie lęku. Jest to zgodne z wcześniejszymi spostrzeżeniami o wysokim współwystępowaniu i nakładaniu się objawów martwienia się o zdrowie w hipochondrii i zaburzeniu lękowym uogólnionym czy nadinterpretacji doznań somatycznych jako zagrażających w hipochondrii i lęku panicznym, wiążącymi się z argumentami za zaliczaniem hipochondrii do zaburzeń lękowych [np. 23].

Jak się wydaje, istotnym, a przy tym niespodziewanym odkryciem jest w niniejszym badaniu obecność lęku o najbliższych, wskazującego zdaniem autorów na szerszy wpływ i znaczenie lęku o własne zdrowie.

Interesujące, ale przekraczające zakres niniejszego badania, są różnice zaobserwowane w analizowanych grupach, m.in. wyższe odsetki rozpoznań „somatyzacyjnych/konwersyjnych” w grupie A i częściowe różnice między grupami w zakresie objawów najwyżej korelujących ze zmiennymi hipochondrycznymi, a także różnice w grupach kobiet i mężczyzn.

Uzyskane wyniki wskazują na implikacje kliniczne. Po pierwsze, należy podkreślić znaczenie objawów somatyzacyjnych związanych z rozlanymi dolegliwościami mięśniowymi, bardziej wiążących się z objawami hipochondrycznymi niż objawy „typowo chorobowe” w potocznym rozumieniu, takie jak np. ból serca kojarzący się z zawałem. Po drugie, kolejnym objawem „cielesnym”, na który warto zwrócić uwagę w trakcie diagnostyki i podczas terapii, okazała się duszność. W psychiatrii objaw ten najczęściej kojarzony jest jako współwystępujący z lękiem napadowym, podczas gdy może on mieć znaczenie także jako element innych zaburzeń, w tym wypadku hipochondrycznych. Po trzecie, istotne jest zwrócenie uwagi na możliwe współwystępowanie u pacjentów zgłaszających lęk o zdrowie objawów obsesyjno-kompulsyjnych. Podczas diagnozy, a zwłaszcza planowania leczenia osób zgłaszających skargi hipochondryczne, warto również uwzględnić czynnik lęku o najbliższych, który może na zasadzie sprzężenia zwrotnego wzmacniać i podtrzymywać lęki o własne zdrowie.

Do ograniczeń niniejszego badania trzeba zaliczyć pochodzenie badanych pacjentów z jednego ośrodka, odległy czas diagnostyki w wypadku grupy z lat 1980–2002, pozwalający na określenie diagnoz niekiedy w sposób tylko przybliżony – choć należy zaznaczyć, że nie badano powiązań wybranych objawów w zależności od szczegółowej diagnozy klinicznej. Mocną stroną badania jest duża liczebność analizowanych grup.

Wnioski

1. Dolegliwościom hipochondrycznym towarzyszyły najczęściej inne skargi hipochondryczne, objawy występujące pod postacią somatyczną, sporadycznie objawy z kręgu natręctw oraz objawy lękowe z kręgu fobii, lęku uogólnionego i napadowego.

2. Spośród objawów o charakterze somatyzacyjnym objawom hipochondrycznym w badanych grupach najczęściej towarzyszyły dolegliwości ze strony układu mięśniowego oraz duszność.
3. Istotnym zjawiskiem, które warto uwzględnić w ramach diagnostyki i planowania leczenia, jest współwystępowanie z objawami hipochondrycznymi lęku pacjentów o bliskie osoby.
4. Zestawy najczęściej współwystępujących i najsilniej skorelowanych objawów były wysoce podobne w wielkich grupach pacjentów z różnych lat, co potwierdza wiarygodność zaobserwowanych prawidłowości.

Piśmiennictwo

1. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. *Illness anxiety disorder: Psychopathology, epidemiology, clinical characteristics, and treatment*. Psychosom. Med. 2019; 81(5): 398–407. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000691.
2. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. *Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: Possible cyberchondria*. Int. J. Soc. Psychiatry. 2019; 65(7–8): 566–569. <https://doi.org/10.1177/0020764019866231>.
3. Stone J, Sharpe M. *Internet resources for psychiatry and neuropsychiatry*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2003; 74(1): 10–12.
4. *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. Edra Urban & Partner; 2015.
5. Krawczyk P, Świącicki Ł. *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(1): 7–20. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/103876>.
6. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/767044268> (dostęp: 17.07.2020).
7. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE i wsp. *The classification of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in the ICD-11*. J. Affective Disorders. 2016; 190(15): 663–674.
8. WHO. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/675329566> (dostęp: 17.07.2020).
9. Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ, Keeley JW, Chan KJ, Fineberg NA i wsp. *Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs. ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders*. J. Affect. Disord. 2020; 273: 328–340.
10. Cosci F, Fava GA. *The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model*. CNS Spectr. 2016; 21(4): 310–317. Doi:10.1017/s1092852915000760.
11. Rief W, Martin A. *How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2014; 10(1): 339–367.
12. Claassen-van Dessel N, Wouden van der JC, Dekker J, Horst van der HE. *Clinical value of DSM IV and DSM 5 criteria for diagnosing the most prevalent somatoform disorders in patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS)*. J. Psychosom. Res. 2016; 82: 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.01.004>.

13. Pandey S, Parikh M, Brahmabhatt M, Vankar GK. *Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients*. Arch. Psychiatry Psychother. 2017; 19(4): 32–41. Doi: 10.12740/APP/76932.
14. Husing P, Löwe B, Toussaint A. *Comparing the diagnostic concepts of the ICD-10 somatoform disorders and DSM – 5 somatic symptom disorder in patients from a psychosomatic outpatient clinic*. J. Psych. Res. 2018; (113): 74–80.
15. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatria i Psychoterapia. 2011; 7(4): 20–34.
16. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Symptom check-lists in the diagnosis and epidemiology of neurotic disorders*. Psychiatr. Pol. 1995; 29(3, Suppl): 57–64.
17. Rief W, Hessel A, Braehler E. *Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population*. Psychosom. Med. 2001; 63(4): 595–602.
18. Eliassen M, Jørgensen T, Schröder A, Dantoft TM, Fink P, Poulsen CH i wsp. *Somatic symptom profiles in the general population: A latent class analysis in a Danish population-based health survey*. Clin. Epidemiol. 2017; 9: 421–433.
19. Ballou S, Katon J, Singh P, Rangan V, Lee HN, McMahon C i wsp. *Chronic diarrhea and constipation are more common in depressed individuals*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2019; 17(13): 2696–2703.
20. Mikocka-Walus A, Pittet V, Rossel J-B, Känel von R; Swiss IBD Cohort Study Group. *Symptoms of depression and anxiety are independently associated with clinical recurrence of inflammatory bowel disease*. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2016; 14(6): 829–835.
21. Swart N, Wellsted D, Lithgo K, Price T, Johnson MW. *Unearthing the true prevalence of anxiety within a typical district general cohort of inflammatory bowel disease patients: is it time we considered routinely screening for anxiety?* Gut. 2013; 62(Suppl 1): A244.
22. Reuman L, Jacoby RJ, Blakey SM, Riemann BC, Leonard RC, Abramowitz JS. *Predictors of illness anxiety symptoms in patients with obsessive compulsive disorder*. Psychiatry Res. 2017; 256: 417–422.
23. Bailer J, Kerstner T, Withthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. *Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5*. Anxiety Stress Coping. 2016; 29(2): 219–239. Doi: 10.1080/10615806.2015.1036243.

Adres: Katarzyna Klasa
Katedra Psychoterapii UJ CM
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
e-mail: katarzyna.klasa@uj.edu.pl

Otrzymano: 21.02.2021
Zrecenzowano: 24.03.2021
Przyjęto do druku: 29.03.2021