

Umijeće razlučivanja preklapanja psihičkih i somatskih simptoma u okviru anksioznog poremećaja

Distinguishing the overlapping between mental and somatic symptoms in the context of anxiety disorder

Mia Poturica¹, Filip Mustač², Miroslav Hanževački^{1,3}

Sažetak

Anksiozni poremećaji često su prisutni u obiteljskoj medicini. Anksioznost odnosno strah, napetost normalna je reakcija u novonastalim i opasnim situacijama. Smatramo je patološkom ukoliko nam uobičajene životne situacije uzrokuju strah te nam ujedno i otežavaju normalno funkcioniranje. Manifestira se psihičkim i tjelesnim simptomima. U sklopu anksioznosti moguća je i pojava hipohondrije. Prikazan je slučaj pedesetjednogodišnjeg muškarca lošijeg socioekonomskog položaja koji se žalio na brojne tjelesne simptome svojoj liječnici obiteljske medicine te je podvrgnut brojnim dijagnostičkim pretragama. Čak i kada su nalazi bili uredni, pacijent se i dalje žalio na brojne tjelesne tegobe. Konačno, postavljena je dijagnoza generaliziranog anksioznog poremećaja. Kod anksioznih poremećaja ključna je temeljita anamneza kojoj

je cilj diferencirati radi li se o simptomatičnom anksioznog spektra ili novonastalom somatskom poremećaju. Poželjan je i kontinuitet odnosa u kojemu liječnik obiteljske medicine dugo poznaje svoje pacijente te može prepoznati promjenu ponašanja u slučaju pojave akutno ugrožavajućeg (hitnog) stanja. U liječenju anksioznih pacijenata vrlo je važan odnos liječnik-bolesnik gdje liječnik (vrlo često liječnik obiteljske medicine) preuzima važnu suportivnu ulogu. Ovisno o procjeni težine kliničke slike treba razmotriti potrebu za uvođenjem psihofarmakoterapije ili pacijenta uputiti specijalistu psihijatrije u svrhu selekcije i titracije adekvatne psihofarmakoterapije, odnosno eventualnog provođenja psihoterapije.

Ključne riječi: anksioznost, opća/obiteljska medicina, hipohondrija, somatizacija, generalizirani anksiozni poremećaj

¹ Dom zdravlja Zagreb -Zapad

² Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, Klinički bolnički centar Zagreb /

³ Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Adresa za kontakt: Mia Poturica, dr.med, e-mail: mia.poturica@gmail.com

Summary

Anxiety disorders are often present in family medicine. Anxiety - fear or tension - is a normal reaction in new and dangerous situations. We consider it pathological if normal life situations cause fear and at the same time make it difficult for us to function normally. It is manifested by mental and physical symptoms. Hypochondria is also possible as part of anxiety. A case of 51-year-old man of inferior socioeconomic status, who complained of numerous physical symptoms and underwent many diagnostic tests is presented. Although the findings were normal, the patient still reported a number of physical ailments. Finally, a diagnosis of anxiety disorder was made. In such cases a thorough medical history is crucial in differentiating whether it is a symptom of the anxiety spectrum or a newly developed somatic disorder. It is also desirable to have a continuous relationship in which family physician has known his patient for a long time and can recognize a change in behavior in the event of an acute, threatening (emergency) condition. In the treatment of anxiety the doctor-patient relationship is very important, in which the physician (very often the family medicine doctor) takes on an important supportive role. Depending on the assessment of the severity of the symptoms, the need for psychopharmacotherapy should be considered or the patient should be referred to a psychiatrist for selection and titration of adequate drugs and/or psychotherapy.

Key words: anxiety, general/family medicine, hypochondria, somatization, generalized anxiety disorder

Uvod

Anksiozni poremećaji često se javljaju u praksi liječnika obiteljske medicine (LOM). Anksioznost (strah, tjeskoba) normalna je reakcija kada se susrećemo s nekim situacijama koje doživljavamo kao opasne. Kada nam uobičajene životne situacije

uzrokuju pretjeran strah, zabrinutost te nam otežavaju normalno funkcioniranje u društvu tada govorimo o anksioznom poremećaju. Kada je prisutna konstantna napetost, odnosno konstantna stimulacija simpatikusa, moguća je pojava somatskih tegoba. U isto vrijeme, obiteljskom liječniku dolazi prema nekim procjenama i do 25% pacijenata čije simptome nije moguće objasniti poznatim uzrokom. Uzrok se ne pronalazi niti nakon brojnih dijagnostičkih postupaka. U nekim studijama prikazano je da oko 25% medicinski neobjašnjivih simptoma povezano s depresijom i anksioznim poremećajima dok se u većine drugih ne pronade uzrok^{1,2}. Kao posljedica toga često upućujemo pacijenta na brojne dijagnostičke pretrage, česte su hospitalizacije odnosno ukupno su veći troškovi zdravstvene skrbi.

Prikaz slučaja

Pedesetjednogodišnji muškarac iz Zagreba, koji živi sa suprugom, ima dva sina koji žive i rade u inozemstvu. Često se žali kako ga rijetko posjećuju. Zaposlen je u tiskari gdje radi teški fizički posao te se žali na loš socioekonomski položaj u društvu i na loše međuljudske odnose na poslu. Ujedno mu je i supruga zaposlena u tiskari, ali često je na bolovanju zbog liječenja karcinoma dojke koji joj je dijagnosticiran prije dvije godine. Sudjelovao je u Domovinskom ratu. Žali se na niska primanja, na tešku životnu situaciju jer ima dva kredita koja otplaćuje. Ne konzumira alkohol unazad dvije godine, navodi kako je pušio deset godina oko trideset cigareta dnevno, ali ne puši od 1995. godine. U obiteljskoj anamnezi saznaje se kako mu je otac umro od karcinoma želuca u 65. godini, a majka ima 78 godina i boluje od hipertenzije.

Dinamika dolazaka liječniku obiteljske medicine opisana je po postojećoj dokumentaciji:

- 2008. godine žalio se na respiratorne simptome (prema MKB-u J01) te se radi toga javio LOM-u triput. Primjećena je tada pojačana napetost.

- 2009. godine ambulantu LOM-a posjetio je četiri puta prije svega radi arterijske hipertenzije (I10), a iste godine imao je simptome dorzalgije (M54), akutne respiratorne infekcije (J11) i dermatitisa (L30).
- Kod svakog posjeta pacijent je bio uznemiren te zabrinut za svoje zdravlje.
- 2010. godine zabilježeno je pet posjeta, u dva navrata javio se s dizuričnim tegobama (N41.0) te u tri navrata zbog glavobolje praćene rinorejom (J01). Tužio se da mu curi nos zbog prašine u kojoj radi, iskazivao je nezadovoljstvo radnim mjestom.
- 2011. godine dva je puta bio kod LOM-a, zbog bolova u uhu (H92.0) te respiratornih simptoma (J06).
- 2012. godine nije bilo ni jedne posjete LOM-u.
- 2013. godine javio se zbog akutne upale sinusa (J01) i bolova u leđima (M54) te je provedena fizikalna terapija. Ujedno se žalio i na pojačani umor te je primijećeno pojačano znojenje.
- U siječnju 2014. godine požalio se LOM-u na brojne simptome. Prevladavajući su bili problemi uspavlivanja zbog zabrinutosti glede budućnosti, neprestanog nemira, čestog osjećaj gušenja, pokatkad praćena mučninom. U suportivnom razgovoru s LOM-om otkriva kako umor pripisuje otežanom funkcioniranju na poslu poradi narušenih međuljudskih odnosa. Navodi kako ti simptomi traju unatrag 5 mjeseci te da su svakim danom sve intenzivniji. U razgovoru primjećuje se kako je pacijent dobro upoznat s medicinskom terminologijom te otkriva kako često kod pojave zdravstvenih tegoba rabi internetske tražilice. LOM postavlja radnu dijagnozu F41, pruža psihološku podršku i ordinira diazepam 5 mg dnevno. Na kontrolnom pregledu nakon mjesec dana, navodi kako mu terapija ne pomaže, iako je redovno provodi. Tvrdi i kako se simptomi nisu smanjili već su izraženiji te se svakim danim osjeća sve umornije, bespomoćnije, a nemir je sve jače izražen. LOM se odlučuje za alprazolam u ukupnoj dozi 1,5 mg dnevno. Na iduću pregled, dolazi u ambulantu sav oznojen, uplašen te govori da mu ni alprazolam ne pomaže te kako ima osjećaj da će poludjeti. LOM se odlučuje povisiti dnevnu dozu alprazolama na ukupno 3 mg dnevno.
- U travnju 2014. godine javlja se LOM-u radi palpitacija i zaduhe. Navodi kako se pridržavao propisane terapije od stane LOM-a, uzimao je alprazolam ukupne doze 3 mg. LOM ga upućuje na objedinjeni hitni bolnički prijem u svrhu somatske obrade navedenih simptoma. Hospitaliziran je na odjelu kardiologije radi sumnje na WPW sindrom. Ehokardiografski nalaz odgovarao je početnoj hipertenzivnoj bolesti srca s dijastoličkom disfunkcijom prvog stupnja. U sklopu obrade, u lipnju 2014. godine radio je ergometriju te je u postignutom opterećenju bila prisutna denivelacija ST spojnice za 2 mm inferiorno, za 2,5-3 mm lateralno te je zbog postavljene sumnje urađena koronarografija koja je bila uredna. U srpnju 2014. godine u sklopu daljnje obrade po preporuci kardiologa ponovno je hospitaliziran zbog elektrofiziološkog ispitivanja. Zaključeno je da se ne radi o WPW sindromu, već o neznčajnoj promjeni u EKG-u koja ne zahtijeva terapiju te nema utjecaja na ograničenje aktivnosti.
- U kolovozu i rujnu 2014. godine u 6 se navrata javio LOM-a žaleći se kako se svakim danom sve lošije osjeća, a pritom mu alprazolam i dalje ne pomaže, te konstantno osjeća tjeskobu, oscilira mu raspoloženje, često ima osjećaj nedostatka zraka, palpitacije, bolove u želudcu i glavobolju.
- U listopadu 2014. godine dolazi LOM-u vidno uplašen, tjeskoban, napet, navodi kako mu „glava puca“ te iznosi strah kako će poludjeti.

LOM se odlučuje uputiti ga psihijatru. Od strane psihijatra postavljene su mu dijagnoze F41.1 (generalizirani anksiozni poremećaj), F45 (somatoformni poremećaji) te F51 (neorganski poremećaji spavanja), pružena mu je psihoterapijska podrška te mu je propisan kvetiapin 50 mg. Psihijatar u statusu eksplorira okupaciju mislima o svom somatskom stanju, do razine disfunkcionalnosti, napose radne. Raspoloženje oscilira kao i razina anksioznosti.

Od 2014. godine pacijent se redovito kontrolira kod psihijatra i uzima redovito terapiju, ali unazad 5 godina okupiran je mislima o svom somatskom stanju i psihofarmakoterapiji te se javlja LOM-u barem dvaput mjesečno sa simptomima kao što su glavobolja, lupanje u prsima, osjećaj gušenja, pečenje u grlu, teškoće gutanja, drhtanje tijela, mučnina i nelagoda u abdomenu, napetost te je konstantno prisutan nemir i sumoran pogled na budućnost. Dolazi vidno opterećen dijagnozama koje je pronašao pretraživanjem interneta, što ga čini još napetijim. U nekoliko navrata opisuje cijeli niz frustrativnih okolnosti na radnom mjestu koje traju godinama te opisuje kako je najmirniji (koliko to uopće može biti) kada je doma i taj dan ne radi. Često se tuži na smetnje koncentracije i usmjerenja pozornosti, smetnje spavanja te na pojačani umor.

U travnju 2019. godine javlja se u ambulantu LOM-a zbog otežanog disanja praćenog iskašljavanjem krvi (R06.0, R04.2). Upućen je na objedinjeni hitni bolnički prijem te je hospitaliziran zbog sumnje na plućnu emboliju, koja je kasnije dokazana. Učinjenom dijagnostičkom obradom isključena je tromboza dubokih vena nogu i zdjelice. Učinjen je i ultrazvuk abdomena koji je uredan, a tumorski markeri bili su unutar referentnih vrijednosti.

U svibnju 2019. godine požalio se na jaku, probadajuću glavobolju (R51) bez mučnine. Bio je vidno uznemiren, uplašen i napet. LOM prepoznaje kompleksnost problema pa mu pruža psihološku podršku te ciljano vodi razgovor.

Pacijent navodi kako ga brinu financijski problemi. Iznosi kako nema sredstava za otplatu rate kredita. Nakon suportivnog razgovora navodi kako osjeća olakšanje, negira glavobolju i druge tjelesne smetnje.

U lipnju 2019. godine žalio se na tremor ruku (R25.1) dominantno u aktivnostima i u stanjima stresa. Razgovorom gospodin otkriva poteškoće unutar obitelji te i sam spoznaje kako je tremor izraženiji otkada su prisutne poteškoće unutar obitelji.

Redovito se kontrolira kod psihijatra te prema preporuci psihijatra redovito uzima pregabalin 150 mg dnevno, escitalopram 20 mg te bromazepam 18 mg. Osim navedene terapije po psihijatru, radi drugih tegoba i bolesti uzima ramipril 5 mg, propranolol 40 mg, atorvastatin 20 mg, varfarin prema INR shemi i pantoprazol 40 mg.

U rujnu i listopadu 2019. godine žalio se na oštru bol tipa žarenja u području lumbosakralne kralježnice (M54). Navodi kako za tu bol krivi svoga šefa koji mu zadaje zadatke u kojima podiže teški teret te se žali na loše i teške uvjete na poslu.

U listopadu 2019. godine javlja se u hitnu ambulantu zbog bolova u abdomenu (R10) te se žali na gubitak na tjelesnoj masi. Navodi kako je izgubio oko 8 kg u 2 mjeseca. Bio je izrazito reduciranog raspoloženja te napet. Povremeno ima bolove u abdomenu (R10, K29) te mučninu, no bez povraćanja. Uz pantoprazol osjeća poboljšanje. U studenom 2019. opet se žalio na oštru, probadajuću bol lijeve polovice glave (G50.0) koja se javljala u epizodama i širila se od uha do čeljusti, te parestezije u rukama i nogama. Obavio je neurološki pregled koji je bio uredan, kao i MSCT mozga. Preporučena mu je terapija akupunkturuom.

U studenom 2019. radi sindroma apneje u spavanju bio je nakontroli CPAP uređaja. Očitavanje kartice pokazuje učinkovitu kontrolu apneje. Žali se na bolove lokomotornog sustava i parastezije šaka, preporučena mu je tjelovježba. Unatrag

godine dana 5 puta se žalio na proljevaste stolice i bolove u području želuca koji spontano nestanu. Unatrag godinu dana najmanje dva puta mjesečno javlja se u ambulantu izrazito sniženog raspoloženja praćenog intenzivnim strahom što će biti u budućnosti, zaokupljen somatskim stanjem, otežanog funkcioniranja, tjeskoban. Razgovorom pacijent otkriva svoje strahove te mu je pružena psihološka podrška i savjet. U nekoliko navrata pacijent ukazuje kako su mu se razgovorom smanjili tjelesni simptomi. Ni u jednome posjetu nisu bile prisutne suicidalne, niti heteroagresivne ideje, pulzije i nakane. U siječnju 2020. bio je na kontroli psihijatra. Psihijatar navodi kako pacijent redovito uzima propisanu terapiju, ali su i dalje prisutne teškoće iz okvira anksiozne i depresivne simptomatologije, odaje dojam psihofizičke iscrpljenosti, objektivno je napet, negira suicidalne ideje i obmane osjetila, pati od nesаницe, prisutan je tremor glave i ruku te predlaže bolničko liječenje na što pacijent pristaje.

Rasprava

Prikazan je slučaj anksioznog pacijenta u kojeg je došlo do preklapanja psihičkih i somatskih simptoma te je s vremenom došlo do razvoja generaliziranog anksioznog poremećaja (GAP). Podvrgnut je raznovrsnim dijagnostičkim pretragama zbog brojnih tjelesnih simptoma. Insistirao je na dodatnim pretragama jer je uporno tražio da se nađe uzrok njegovih tegoba. Mnogo puta su mu izdane uputnice za stanovite pretrage, iako se smatralo da nisu potrebne, samo kako bi ga se smirilo, da mu se smanji napetost i zabrinutost zbog svojih simptoma. U radu s pacijentima koji imaju ovakve ili slične simptome potrebno je uzeti detaljnu anamnezu, obaviti fizikalni pregled te učiniti odgovarajuće laboratorijske pretrage koje isključuju somatski uzrok bolesti. Anksioznost se manifestira psihičkim i tjelesnim simptomima. U pacijenta je prisutan bezrazložni strah te simptomi podražaja vegetativnog živčanog sustava kao što

su lupanje srca, znojenje, tremor, fizički nemir, nemogućnost opuštanja, strah od povraćanja, nemogućnost usnivanja. Temeljita anamneza ključna je u dijagnosticiranju poremećaja jer će nas uputiti radi li se o anksioznom poremećaju ili novonastalom somatskom poremećaju. Ukoliko se radi o anksioznom poremećaju potrebno je razmotriti farmakološke, kao i psihoterapijske metode liječenja koje su usmjerene na restrukturiranje negativnih i iracionalnih obrazaca mišljenja kako bi se pacijent adaptirao na stvarne životne situacije^{3,4}. Prikazani pacijent zadovoljava dijagnostičke kriterije i prema MKB-10 (tbl. 1) i DSM-5 (tbl. 2) klasifikaciji za anksiozne poremećaje.

Kod dijagnosticiranja psihijatrijskih poremećaja možemo koristiti MKB-10 klasifikaciju (10. revizija Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema) koju izdaje Svjetska zdravstvena organizacija ili DSM-V (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje peto izdanje) koje je izdala Američka psihijatrijska udruga. Navedene klasifikacije imaju mnoga preklapanja, ali postoje i neke razlike u dijagnostičkim kriterijima. Pacijent prikazan u slučaju zadovoljava dijagnostičke kriterije i prema MKB-10 (Tablica 1) i DSM-5 (Tablica 2) klasifikaciji za anksiozne poremećaje.

Razlika između DSM i MKB klasifikacija nije drastična, no svakako je značajna. MKB je temeljen više na prototipovima mentalnih poremećaja koji se stapaju s kliničkom slikom aktualne prezentacije pacijenta. S druge strane, DSM se pretežito oslanja na operacionalizirane kriterije te se iz toga crpi sama dijagnoza⁵.

Anksioznost se može manifestirati brojnim tegobama, budući da je anksioznost povezana sa snažnim emocijama te dolazi do stimulacije simpatičkog živčanog sustava zabilježeni su slučajevi gdje su prisutni fizički⁶. U sklopu anksioznosti moguća je i pojava hipohondrije, straha od dobivanja teške bolesti, odnosno dolazi do krivog tumačenja tjelesnih simptoma

i normalnih tjelesnih funkcija. Novija literatura sugerira i naziv anksioznost karakterizirana preokupacijom na bolest (eng. illness anxiety disorder)⁷. Simptomi hipohondrije prisutni su i u pacijenta prikazanog u slučaju. U suvremeno doba, sve se češće spominje kiberohondrija koju obilježava ekscesivno pretraživanje zdravstvenih informacija na internetu potaknuto uznemirenošću

i anksioznošću radi zdravlja, te pacijent ulazi u začarani krug uznemirenosti i pretraživanja⁸.

Budući da se internetom služi velik dio populacije, 70% korisnika prvo će ga pretraživati kad imaju neko pitanje o zdravstvenoj temi. Prikazani pacijent pretraživao je svoje simptome internetom te se opterećivao pročitanim. Prema istraživanjima, internet češće pretražuju žene, mlađe osobe, osobe

Tablica 1. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja (MKB-10; prema³)

Table 1. Diagnosis of anxiety disorders (ICD-10; according to³)

Nazočnost barem 4 simptoma (bar jedan iz skupine podražaja vegetativnog sustava):

I.	Simptomi podražaja vegetativnog sustava 1. Lupanje srca, „težina“ oko srca ili ubrzanje pulsa 2. Znojenje 3. Tremor ili drhtanje tijela 4. Suha usta (nije povezano s lijekovima ili dehidracijom)
II.	„Fizički“ simptomi (uglavnom se odnose na prsni koš i abdomen): 1. Teškoće pri disanju 2. Osjećaj gušenja, davljenja/stiskanja 3. Bol ili nelagoda u prsnom košu 4. Mučnina ili nelagoda u abdomenu
III.	Simptomi povezani sa psihičkim stanjem: 1. Osjećaj omamljenosti, nestabilnosti, nesvjestice, slabosti ili smušenosti 2. Osjećaj da objekti nisu stvarni – derealizacija ili distanciranost osobe od sebe same – depersonalizacija 3. Strah da će izgubiti kontrolu, poludjeti ili nestati 4. Strah od smrti
IV.	Opći simptomi 1. Navala topline ili hladnoće 2. Osjećaj obamrlosti ili senzacije šumljenja, zvonjave
V.	Simptomi tenzije 1. Mišićna napetost i bolovi 2. Fizički nemir i nemogućnost opuštanja 3. Osjećaj napetosti, „kao na rubu“, psihička napetost 4. Doživljaj knedle u grlu ili teškoće gutanja
VI.	Drugi nespecifični simpotomi 1. Pretjerani odgovor na minimalna iznenađenja ili osjećaj da će svaki čas doživjeti neugodno iznenađenje 2. Teškoće koncentracije, „prazna glava“, poteškoće u mišljenju zbog brige i anksioznosti 3. Stalno prisutna razdražljivost 4. Teškoće pri usnivanju zbog zabrinutosti
VII.	1. Crvenjenje i drhtanje 2. Strah od povraćanja 3. Nagon za mokrenjem ili strah od mogućnost mokrenja ili defekacije

Tablica 2. Dijagnostički kriteriji prema DSM- 5 za GAP**Table 2.** DSM-5 diagnostic criteria for GAD

A.	Pretjerana anksioznost i zabrinutost (prisutna većinu dana tijekom barem 6 mjeseci) u brojnim svakodnevnim događajima/problemima
B.	Osoba teško kontrolira zabrinutost
C.	Anksioznost i zabrinutost je povezana s tri ili više od sljedećih simptoma (s barem nekim simptomima koji su bili prisutni više dana nego ne zadnjih 6 mjeseci): 1. Nemir i osjećaj da je osoba "na rubu živaca" 2. Postaje lako umorna 3. Teškoće koncentracije ili osjećaj "prazne glave" 4. Razdražljivost 5. Napetost mišića 6. Poremećaji spavanja (teškoće usnivanja i prosnivanja ili nemiran, nezadovoljavajući san)
D.	Anksioznost, zabrinutost ili fizički simptomi uzrokuju klinički značajan distress ili poremećaj u socijalnom, radnom/profesionalnom ili u drugom bitnom području funkcioniranja
E.	Poremećaj se ne može pripisati djelovanju neke tvari (npr. Konzumaciji droge ili lijeka) ili nekom drugom medicinskom stanju (npr. hipertireozi)
F.	Poremećaj se ne može bolje objasniti nekim drugim mentalnim poremećajem (npr. Anksioznost ili zabrinutost oko paničnih napadaja u paničnom poremećaju, negativna evaluacija u socijalnom anksioznom poremećaju (socijalnoj fobiji), onečišćenje ili druge opsesije u opsesivno-kompulzivnom poremećaju, separacija od figura privrženosti u separacijskom anksioznom poremećaju, sjećanje na traumatski događaj u postraumatskom stresnom poremećaju, dobitak na težini u anoreksiji nervozi, fizičke tegobe u poremećaju tjelesnih simptoma, uočeni nedostaci u izgledu u dizmorfofobiji, ozbiljna bolest u anksioznosti karakteriziranoj preokupacijom na bolest ili sumanutosti u shizofreniji ili sumanutom poremećaju.
VII.	1. Crvenjenje i drhtanje 2. Strah od povraćanja 3. Nagon za mokrenjem ili strah od mogućnost mokrenja ili defekacije

višeg financijskog i obrazovnog statusa te lošijeg zdravlja^{8,9}. Pretraživanje internetskih tražilica o zdravstvenoj temi ima prednosti i nedostatke. Prednost je što su zdravstvene informacije dostupnije pacijentima te su oni i informiraniji o bolestima, bolje su upoznati s mogućnostima liječenja, ali nedostaci su što ima mnogo netočnih i nepotpunih informacija te je osoba bez medicinske naobrazbe izložena kompleksnoj medicinskoj terminologiji te često dolazi do samodijagnoze, odnosno razvija se pretjerana zabrinutost za svoje zdravlje, odnosno kiberhondrije¹⁰.

Psihodinamsko tumačenje hipohondrije nalaže kako u početku postoji konflikt koji je rezultat infantilne traume. Akumulacijom tenzije koja ne može biti adekvatno ispražnjena konflikt i dalje raste, a tenzija se povećava. Zbog nemogućnosti

pražnjenja agresije na zreliji način, na nesvjesnoj razini dolazi do konverzije konflikta kroz somatizaciju, pa i primitivnije, gotovo paranoidne mehanizme obrane te pojave simptoma koje svrstavamo u hipohondriju, a hipohondrija sama često predstavlja mušku histeriju. Tako neki analitičari dolaze do zaključka kako je u ophođenju s pacijentom sklonom hipohondriji daleko važniji odnos koji ostvaruju s liječnikom od samog nestanka simptoma¹¹⁻¹³. Zanimljiva je i konstatacija kako razni tjelesni podražaji mogu pridonijeti početku liječenja poput masaže i akupunkture^{11,14}. Pacijent prikazan u slučaju često se žalio na glavobolju te je po preporuci neurologa upućen na akupunkturu.

Kada se odnos liječnik-pacijent promatra iz psihodinamske perspektive neizostavni su fenomeni transfera i kontratransfera. Oni se

prvenstveno temelje na osjećajima i nesvjesnim željama, kao i odigravanju situacija iz prošlosti (najčešće djetinjstva). Po definiciji osjećaji pacijenta prema liječniku čine transfer, a osjećaji liječnika kontratransfer. Ono što čini dinamiku tog odnosa uključuje: prisilno ponavljanje, objekt na koji se prenose osjećaji, projekcija, transferna situacija i regresija. Sve se odigrava na nesvjesnoj razini. Međutim, uloga liječnika jest prepoznati neki od navedenih fenomena te pravodobnom interpretacijom pacijentovog ponašanja i postupnim otvaranjem nesvjesnog konflikta osvijestiti simboličko značenje tjelesnih simptoma. Kroz dobar savez koji ostvaruju i osvješćivanje obrazaca funkcioniranja trebalo bi doći do smanjenja neugodnih simptoma koji tište pacijenta¹⁵.

Prema smjernicama Američkog društva za anksioznost i depresiju (ADAA) u terapiji GAP-a kao prvu liniju navode psihoterapiju (kognitivno-bihevioralnu terapiju), psihofarmakoterapiju ili njihovu kombinaciju. Od psihoterapijskih tehnika prvu liniju čine kognitivno bihevioralna terapija, kognitivna terapija ili tehnike primijenjene relaksacije. Prvu liniju farmakološke terapije čine SSRI i SNRI. Također, kao prvu liniju preporučuju i kombinaciju psihoterapije i farmakoterapije. Drugu liniju terapije po ADAA-i čine terapija prihvatanja i predanosti (ACT) uz "mindfulness", benzodiazepini, buspiron, a potom i ostali lijekovi (imipramin, trazodon, mirtazapin, pregabalin, kvetiapin, vortiooksetin)¹⁶.

Psihofarmakoterapija i suportivni razgovori služit će premoštenju perioda napetosti i uznemirenosti, a nakon stabilizacije i umirenja anksioznog pacijenta cilj će biti pacijenta psihoterapijski tretirati u svrhu rješavanja unutarnjih konflikata koji će dovesti do rjeđe pojavnosti uznemirujućih simptoma te postizanja bolje opće funkcionalnosti.

Svaki liječnik obiteljske medicine, a osobito specijalist obiteljske medicine mora unutar ovih preporuka prepoznati vlastite kompetencije i aktivno se uključiti u terapijski pristup pacijentu.

Zaključak

U ovome slučaju prikazali smo kompleksog anksioznog pacijenta s brojnim somatskim tegobama u kojeg je došlo do razvoja generaliziranog anksioznog poremećaja. Diferencirati somatske bolesti od somatizacija u sklopu anksioznog poremećaja, izazov je s kojim se svakodnevno susreće liječnik obiteljske medicine. Liječnik obiteljske medicine dobro poznaje svoje pacijente, s njima je u kontinuiranom odnosu te gradeći povjerenje olakšava patnju pacijenta. Navedeno, svakako ističe važnu ulogu liječnika obiteljske medicine. Problem je kada i liječnik obiteljske medicine prepozna da se u pacijenta radi o somatizaciji, a ne o somatskoj bolesti kako priopćiti pacijentu da su prisutni simptomi posljedica psihičke bolesti, a da pri tome ne izgubi povjerenje pacijenta. Liječnik obiteljske medicine susreće se dnevno s velikim brojem pacijenata. Dobar dio posla posvećen je i procjeni o potrebi za daljnjom dijagnostikom i upućivanju na specijalističko-konzilijarnu razinu zdravstvene zaštite. Uz temeljnu dijagnostiku kojom raspolaže LOM, kojom donosi objektivne odluke na temelju propisanih algoritama, procjena liječnika vrlo često i velikim dijelom ovisi i o brojnim drugim, odnosnim čimbenicima. Otvara se i pitanje uputiti li pacijenta na neku od dijagnostičkih pretraga iako smatramo da nije potrebna, ali tom pretragom umanjili bi napetost odnosno anksioznost u pacijenta. Ovdje bi posebno trebalo istaknuti odnos liječnik-pacijent – trajanje odnosa, kvalitetu odnosa, transfer i kontratransfer koji ostvaruju i mnogi drugi.

Literatura

1. Ivetić V, Pašić K, Selić P. The effect of an educational intervention in family physicians on self-rated quality of life in patients with medically unexplained symptoms. *Zdr Var.* 2017;56:91–8.
2. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract.* 2003;53:231–9.

3. Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix*. 2007;13(71):56–8.
4. Trtica Majnarić L, Bekić S, Bosnić Z, Volarić M. Poremećaji raspoloženja u starijoj životnoj dobi i izazovi skrbi u općoj/obiteljskoj medicini. *Med Fam Croat*. 2018;26:39–55.
5. Volpe U. Razvoj poglavlja o mentalnim poremećajima međunarodne klasifikacije bolesti: aktualne informacije za članstvo svjetske psihijatrijske organizacije. *Soc psihijat*. 2014;42:135-7.
6. Zyško D, Szewczuk-Bogusławska M, Kaczmarek M, Agrawal AK, Rudnicki J, Gajek J, i sur. Reflex syncope, anxiety level, and family history of cardiovascular disease in young women: case-control study. *Europace*. 2015;17:309-13.
7. Higgins-Chen AT, Abdallah SB, Dwyer JB, Kaye AP, Angarita GA, Bloch MH. Severe illness anxiety treated by integrating inpatient psychotherapy with medical care and minimizing reassurance. *Front Psychiatry*. 2019;10:150.
8. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria : towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother*. 2013;13:205-13.
9. Bagarić B, Jokić-Begić N. Kiberohondrija – zdravstvena anksioznost uvjetovana pretraživanjem interneta. *Soc psihijat*. 2019;47:28–50.
10. Poturica M, Mustač F, Hanževački M. Kiberohondrija – uloga obiteljskog liječnika i pristup suvremenom problemu. U: Bergman Marković B, Bralić Lang V, Kranjčević K, Stojanović Šprehar S, urednici. XI. kongres DNOOM-a. Intervencije i vještine u obiteljskoj medicini. Zagreb: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine; 2020. Str. 123.
11. Albarracin D. Narcissism and objectrelations in hypochondria. *Psychoanal Rev*. 2015;102:483-502.
12. Marčinko D. Mjesto histerije u psihijatriji 21. stoljeća: osvrt na recentna klinička istraživanja i psihijatrijsku klasifikaciju. U: Marčinko D, Rudan V i sur. Histerija. Zagreb: Medicinska naklada; 2017.
13. Mustač F, Poturica M, Hanževački M. Anksiozan pacijent u ordinaciji liječnika obiteljske medicine – odnos koji liječi. U: Bergman Marković B, Bralić Lang V, Kranjčević K, Stojanović Šprehar S, urednici. XI. kongres DNOOM-a. Intervencije i vještine u obiteljskoj medicini. Zagreb: Društvo nastavnika opće/obiteljske medicine; 2020. Str. 120.
14. Amorim D, Amado J, Brito I, Fiuza SM, Amorim N, Costeira C, i sur. Complementary therapies in clinical practice acupuncture and electroacupuncture for anxiety disorders: a systematic review of the clinical research. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;31:31-7.
15. Gregurek R. Odnos bolesnik-liječnik. U: Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
16. Powers M, Becker E, Gorman J, Kissen D, Smits J. Generalized Anxiety Disorder (GAD). GAD Clinical Practice Review Task Force. July 2, 2015 (revised). Dostupno na: <https://adaa.org/resources-professionals/practice-guidelines-gad> (11. siječanj 2021.)