

ODCZUCIE WSTRĘTU MOŻE WYZWOLIĆ REAKCJĘ NEUROKARDIOGENNĄ – OPIS PRZYPADKU

Disgust may elicit neurocardiogenic reaction – case report

Agnieszka Sławuta¹, Dorota Zyśko²

¹ Indywidualna Praktyka Lekarska we Wrocławiu

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: dzysko@wp.pl

STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono opis przypadku 63-letniej kobiety z licznymi incydentami zasłabnięć w przebiegu reakcji neurokardiogennej wywołanych odczuciem wstrętu, jaki został wywołany różnymi bodźcami. Widok zmasakrowanych zwłok ludzkich doprowadził do ciężkiego stanu przedomdleniowego, który przejawiał się bardzo silnym osłabieniem, zaburzeniami widzenia, wymiotami. W pracy omówiono znaczenie wstrętu jako czynnika prowokującego reakcję neurokardiogenną.

Słowa kluczowe: odczucie wstrętu, reakcja neurokardiogenna.

SUMMARY

63-year-old woman presented with numerous presyncopal events caused by neurocardiogenic reaction provoked by disgust evoked by different stimulus. The sight of mutilated human body elicited strong presyncopal event with faintness, visual disturbances, vomitus. The importance of disgust as a factor provoking the neurocardiogenic reaction was discussed.

Key words: disgust, neurocardiogenic reaction.

OPIS PRZYPADKU

63-letnia kobieta bez istotnej przeszłości chorobowej podająca w wywiadzie bardzo liczne zasłabnięcia, która nigdy nie miała omdlenia, zgłosiła się do poradni kardiologicznej z powodu częstego występowania incydentów zasłabnięć.

Zdarzenia te występowały od młodości pacjentki. Wszystkie incydenty zasłabnięć miały związek z widokiem krwi, niektórych zwierząt, wydzielin i wydaliny, czy ogólnie widoku określanego jako wstrętny (obrzydliwy). W młodości wystarczyła wizualizacja opowieści o tego typu sytuacjach, by wywołać reakcję, natomiast w późniejszym wieku konieczny był widok lub zapach. Opisane bodźce powodowały występowanie nudności, uczucie słabnięcia, odczuwanie słodkawego smaku oraz niekiedy zaburzenia widzenia i przymus przyjęcia pozycji siedzącej. Nigdy nie doszło do wyzwolenia tego typu reakcji podczas długotrwałego przebywania w pozycji stojącej mimo astenicznej budowy ciała. Najsilniejsza miała miejsce w 36. roku życia, kiedy to kobieta będąc świadkiem zbiegowiska na jezdni uniemożliwiającego kontynuowanie podróży samochodem postanowiła zobaczyć z bliska miejsce wypadku komunikacyjnego. Ofiara wypadku ze skutkiem śmiertelnym miała bardzo poważne obrażenia, łącznie z oddzieleniem głowy od tułowia. Widok zdefragmentowanego ciała wywołał bardzo nasiloną reakcję z wymiotami, zaburzeniami widzenia, ale bez pełnej utraty przytomności. U pacjentki w 12-odprowadzeniowym elektrokardiogramie nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości, a badanie podmiotowe i przedmiotowe pozwoliło na wykluczenie istotnych schorzeń somatycznych. U pacjentki w wypełnionym kwestionariuszu Spilbergera stwierdzono prawidłowy poziom lęku jako cechy.

Za przyczynę licznych incydentów zasłabnięć uznano reakcję neurokardiogenną wywołaną bodźcami emocjonalnymi. Pacjentkę utwierdzono w jej przekonaniu o łagodnym charakterze zaburzeń i braku zagrożenia życia.

OMÓWIENIE

Reakcja neurokardiogenna przejawia się dwiema składowymi: wegetatywną i hemodynamiczną. Pierwsza z nich polega na pobudzeniu układu autonomicznego i w jej przebiegu występuje uczucie gorąca, nudności, a nawet wymioty, kołatanie serca. Spadek oporu obwodowego i zwolnienie czynności serca pro-

wadzą natomiast do objawów spowodowanych zaburzeniami hemodynamicznymi, takimi jak: zaburzenia widzenia, szum w uszach, poty [1, 2]. Reakcja neurokardiogenna może zostać wyzwolona przez pionizację i spowodowany nią spadek powrotu żylnego. Inny mechanizm wyzwalania reakcji neurokardiogennej jest związany z emocjami [3]. Do dwóch głównych przyczyn zalicza się: lęk i wstręt. W opisanym przypadku pacjentka mimo astenicznej budowy ciała dobrze tolerowała przedłużoną pionizację. Również poziom lęku jako cechy jest niezaburzony, za czym przemawia zachowanie się pacjentki polegające na udaniu się na miejsce wypadku oraz obejrzenie zdarzenia, jak również wynik badania kwestionariuszem Spilbergera. Czynnikiem, który wyzwał reakcję, był natomiast wstręt. Wrażliwość na bodźce wyzwalające uczucie wstrętu jest genetycznie uwarunkowaną, niezmienną w czasie cechą osobowości. Substancje, jakie mogą wywołać uczucie wstrętu, zostały pogrupowane w pięciu kategoriach [4]. Pierwszą z nich jest uczucie wstrętu wywołane niedobrym smakiem (distaste). Ma ono za zadanie uchronić organizm przed truciznami. Core disgust może zostać wywołany przez wydzieliny ciała i ekskrementy, gryzonie, robaki w celu ochrony ciała przed infekcją lub chorobą. Animal nature/Reminder disgust jest wyzwalany przez zdarzenia związane ze zgonem, złą higieną, naruszeniem ciągłości powłok ciała i ma za zadanie ochronę przed śmiercią. Interpersonal contamination disgust chroni ciało przez ograniczanie kontaktów z obcymi. Moral disgust chroni porządek społeczny [4].

Opisany przypadek jest istotny, ponieważ pokazuje, że uczucie wstrętu działa przez mechanizm wyzwalania reakcji neurokardiogennej i prowadzi do typowych objawów prodromalnych omdleń wazowagalnych.

Powiązania między wstrętem, lękiem i omdleniami nie zostały do tej pory wyjaśnione. Zarówno lęk, jak i wstręt uważane są za czynniki mogące wyzwać reakcje neurokardiogenne i omdlenia. Olatunji i wsp. opublikowali badanie na dużej grupie studentów, które pozwoliło na stwierdzenie, że zarówno wstręt, jak i lęk wywołany widokiem krwi, iniekcjami i instrumentacjami może prowadzić do zdarzeń określanych jako „omdlewanie”, a których definicja przedstawiona w pracy obejmuje zarówno zdarzenia prowadzące do pełnej utraty świadomości, jak i nasilone objawy stanu przedomdleniowego [5]. W przeprowadzo-

nej analizie wieloczynnikowej autorzy wykazali, że wstręt po uwzględnieniu występowania reakcji na widok krwi, iniekcje, instrumentacje nie jest niezależnym czynnikiem wywołującym omdlenia i stany przedomdleniowe. Również Vossbeck-Elsebusch i wsp. nie wykazali większej wrażliwości na wstręt u pacjentów z fobią na widok krwi, iniekcje i instrumentacje niż u pozostałych pacjentów [6]. Natomiast Gerlach i wsp. stwierdzili, że pacjenci z fobią na widok krwi, iniekcje i instrumentacje mają wyższy poziom wrażliwości na uczucie wstrętu, jeśli nie mają omdleń w wywiadzie, niż grupa, która ma omdlenia [7]. Exter Kent i Page również opisali większą skłonność do występowania zasłabnięć u osób z wyższym poziomem wstrętu i lęku [8].

Opisany przez nas przypadek wskazuje jednak na trudności zróżnicowania wstrętu wywołanego widokiem uszkodzonego ludzkiego ciała oraz widokiem krwi od reakcji lękowych spowodowanych widokiem krwi. O ile zdarzenia wywołane widokiem małych zwierząt, wymiocin łatwo można zakwalifikować do reakcji spowodowanych uczuciem wstrętu, to kwalifikacja zdarzeń związanych z widokiem rozkawałkowanego ludzkiego ciała już nie jest tak prosta i oczywista. Opisany przez nas przypadek wskazuje na konieczność prowadzenia dalszych prac mających na celu zróżnicowanie uczucia lęku i wstrętu wywołanego widokiem krwi, iniekcjami, instrumentacją w celu lepszego zrozumienia interakcji, jakie zachodzą między emocjonalnymi mechanizmami biorącymi udział w reakcji neurokardiogennej u pacjentów z fobią na widok krwi, iniekcje, instrumentacje.

BIBLIOGRAFIA

1. Fazelifar AF, Basiri HA, Toloie A, et al. Can prodromal symptoms predict recurrence of vasovagal syncope? *Cardiol J* 2008; 15(5): 446–450.
2. Guida P, Iacoviello M, Forleo C, et al. Prevalence, timing, and haemodynamic correlates of prodromes in patients with vasovagal syncope induced by head-up tilt test. *Europace* 2009; 11: 1221–1226.
3. Mosqueda-Garcia R, Furlan R, Tank J, et al. The elusive pathophysiology of neurally mediated syncope. *Circulation* 2000; 102: 2898–2906.
4. Petrowski K, Paul S, Schmutzer G, et al. Domains of disgust sensitivity: revisited factor structure of the questionnaire for the assessment of disgust sensitivity (QADS) in a cross-sectional, representative German survey. *BMC Med Res Methodol* 2010 Oct. 20; 10: 95.
5. Olatunji BO, Williams NL, Sawchuk CN, et al. Disgust, anxiety and fainting symptoms associated with blood-injection-injury fears: a structural model. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 23–41.
6. Vossbeck-Elsebusch AN, Steinigeweg K, Vögele C, et al. Does disgust increase parasympathetic activation in individuals with a history of fainting? A psychophysiological analysis of disgust stimuli with and without blood-injection-injury association. *J Anxiety Disord* 2012; 26: 849–858.
7. Gerlach AL, Spellmeyer G, Vögele C, et al. Blood-injury phobia with and without a history of fainting: disgust sensitivity does not explain the fainting response. *Psychosom Med* 2006; 68: 331–339.
8. Exeter-Kent HA, Page AC. The role of cognitions, trait anxiety and disgust sensitivity in generating faintness around blood-injury phobic stimuli. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37: 41–52.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Dorota Zyśko
Zakład Ratownictwa Medycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel./fax: 71 345-93-24, 600 125-283

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.09.2012 r.
Po recenzji: 29.09.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 10.10.2012 r.