

Katarzyna Nitsch¹, Marcin Jabłoński², Jerzy Samochowiec², Jacek Kurpisz³

¹Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

²Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko — problematyczna diagnoza

*Disorders occurring in a somatic form: troubling
phenomenon — troubling diagnosis*

Abstract

Disorders occurring in a somatic form (i.e. somatic symptoms which cannot be explained by an organic disorder) are an intriguing phenomenon of human nature. They are also a conceptual, diagnostic and therapeutic challenge for contemporary medicine. Before the work on the most recent edition of the American Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 was finished, somatoform disorders, which are one of the most ambiguous and troubling diagnostic categories, had been discussed. In psychiatry this diagnosis is used with reference to the disorders involving the rechanneling of psychological problems into the sphere of a body, i.e. showing somatic symptoms arising out of neurosis. The discussion has become an opportunity to look into the nature of this group of disorders and specify the way modern psychiatry conceptualizes it. The aim of this article is to illustrate what are somatic symptoms and mention controversial aspects of this diagnosis. It includes the latest information from the scope of epidemiology, comorbidity, therapy as well as individual and social consequences of the discussed phenomenon. Moreover, descriptions of "new" diagnostic criteria according to DSM-5 are provided.

Psychiatry 2015; 12, 2: 77–84

key words: *somatoform disorders, DSM-5, functional disorders*

Wstęp

Objawy somatyczne, dla których nie udaje się zidentyfikować medycznej przyczyny (MUPS, *medically unexplained physical symptoms*), to innymi słowy skargi na dolegliwości, takie jak: bóle głowy, bóle mięśni i stawów, dolegliwości gastryczne, które skłaniają pacjenta do szukania pomocy medycznej, ale nie udaje się w procesie diagnostycznym, przy obecnym stanie wiedzy, odnaleźć dla nich organicznej przyczyny. Wyróżnia się trzy aspekty tych objawów: percepcyjny

(doświadczanie objawów), poznawczy (uznanie objawów jako nienormalnych) i behawioralny (poszukiwanie pomocy medycznej w związku z objawami) [1]. To, w jaki sposób pojmujemy skargi somatyczne, których nie da się wyjaśnić stanem medycznym, odzwierciedla nasz dualistyczny sposób pojmowania ludzkiej natury, wyraźnie obecny w kulturze zachodniej. W myśl tej filozofii doświadczane objawy mogą mieć albo pochodzenie psychogenne, albo organiczne. Dolegliwości somatyczne bez widocznego podłoża organicznego stanowią zatem wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. Pacjenci z tej grupy systematycznie odwiedzają gabinety przedstawicieli najróżniejszych usług medycznych. Nierzadko jeden za drugim, generując pokaźne koszty i stanowiąc próbę dla umiejętności interpersonalnych specjalistów [2, 3].

Adres do korespondencji:

Katarzyna Nitsch
Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Katedra i Klinika
Psychiatrii PUM, ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin
tel. 91 454 15 07, faks: 91 454 07 33
e-mail: nitsch.katarzyna@gmail.com

Pacjenci z objawami somatycznymi jako stali odbiorcy świadczeń zdrowotnych

W populacji ogólnej objawy somatyczne stanowią powszechne zjawisko. W *Epidemiologic Catchment Area Study* (amerykańskie badanie populacyjne, oceniające rozpowszechnienia symptomów somatycznych w przeciągu życia) 36,7% respondentów zgłaszało bóle stawów, 31,5% bóle pleców, 24,9% bóle głowy, 24,6% ból w klatce piersiowej, 24,3% ból kończyn, 23,6% ból brzucha, 23,6% zmęczenie, 23,2% zawroty głowy. Prawie jedną trzecią tych objawów zakwalifikowano jako zaburzenia psychiatryczne, lub nie można ich było wyjaśnić w sposób medyczny [4]. Wśród pacjentów opieki zdrowotnej objawy somatyczne niewyjaśnione medycznie stanowią istotny problem i przyczynę częstych wizyt w specjalistycznych gabinetach lekarskich oraz na oddziałach szpitalnych. W badaniu Reid i wsp. [5] objawy somatyczne bez dającego się zidentyfikować podłoża organicznego odnotowano u jednego na pięciu pacjentów regularnie odwiedzających gabinety specjalistyczne. Bass i wsp. [6] oszacowali, że wśród pacjentów kliniki gastroenterologii problem objawów somatycznych dotyczył 21%. W badaniu Carson i wsp. [7] prawie jedna trzecia pacjentów kierowanych na oddział neurologii miała takie objawy. Fink i wsp. [8] zidentyfikował w grupie „stałych bywalców” duńskich szpitali 19% „chronicznie somatyzujących”. Największe koszty opieki generują hospitalizacje, w trakcie których prowadzone jest postępowanie diagnostyczne [9]. I choć jednorazowa hospitalizacja pacjenta ze zdiagnozowaną chorobą będzie droższa od hospitalizacji pacjenta o niewyjaśnionych objawach somatycznych, a liczba procedur podobna [10], to w drugim przypadku można się spodziewać dużo częstszych wizyt i hospitalizacji mających ustalić podłoże objawów i umożliwić diagnozę. Jak wynika z badań Reid i wsp. w obrębie konkretnych procedur diagnostycznych koszty związane z pacjentami o niewyjaśnionych objawach mogą dwukrotnie przekraczać koszty procedur pozostałych pacjentów systematycznie korzystających z pomocy medycznej [5].

MUPS — objawy somatyczne niewyjaśnione medycznie jako zbiorcza kategoria

W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne nazwy na określenie zaburzeń, które manifestują się poprzez objawy somatyczne — bardziej potoczne lub naukowe, takie jak: somatyzacje, medycznie niewyjaśnione objawy somatyczne, mnogie objawy niewyjaśnione somatycznie, syndrom przetrwałych objawów, zaburzenia funkcjonalne. Na kartach historii MUPS kategoryzowane było w dwojaki sposób: jako zaburzenie psychiatryczne (przy wykluczeniu podłoża somatycznego) lub w kategoriach

choroby somatycznej — hipotetycznego syndromu objawów o nieznanym patomechanizmie [1]. Niektórzy znawcy przedmiotu (Simon Wessley, Javier I. Escobar) skłaniają się ku pogładowi, że należałoby mówić o jednym syndromie, bez potrzeby rozbijania go na kategorie. Łączą je bowiem zasadnicze właściwości, między innymi: brak jednorodnego standardu umożliwiającego potwierdzenie lub odrzucenie diagnozy, obecność licznych niewyjaśnionych somatycznych objawów związanych z pracą wielu organów, nieokreślony patomechanizm, porównywalna skuteczność psychoterapii (poznawczo-behavioralnej) i farmakoterapii w leczeniu [11, 12].

Zaburzenia funkcjonalne

Zdaniem Escobara istnieje trend do wylaniania i nazywania nowych zjawisk na podstawie obserwowanych grup objawów somatycznych — zjawisk tak naprawdę tożsamy, ale zyskujących odrębne etykiety w zależności od dziedziny medycyny, w ramach której są identyfikowane. Prowadzi to do powstania licznych pojęć sugerujących nowe jednostki chorobowe, które zbiorczo określa się mianem zaburzeń/syndromów funkcjonalnych. Są to między innymi funkcjonalne zespoły bólowe (fibromialgia, idiopatyczny ból twarzy, idiopatyczny ból klatki piersiowej), zespół jelita drażliwego, globus, dzwonienie w uszach, zespół chronicznego zmęczenia, zespół cieśni nadgarstka, hiperwentylacja, duszność, chroniczny kaszel, zespół poboreliozowy [11]. Nazwa „funkcjonalne” została zastosowana w celu odróżnienia zaburzeń z licznymi niewyjaśnionymi objawami somatycznymi od chorób wynikających z patologii tkanki. Bez względu na stosowane nazewnictwo to, o czym powinni pamiętać specjaliści współpracujący z omawianą grupą pacjentów, to niepewność co do przedmiotu interwencji. Richardson i wsp. [1] sugerują, że przy całej tej niepewności i niejednoznaczności celowym jest, aby lekarz planując interwencje brał pod uwagę również perspektywę pacjenta — w jego własnym pojmowaniu swojego stanu mogą bowiem tkwić cenne wskazówki terapeutyczne.

Z perspektywy psychiatrii

W psychiatrii jednostkę diagnostyczną „zaburzenia somatoformiczne” stosuje się dla zaburzeń charakteryzujących się występowaniem „powtarzających się skarg pacjenta na objawy somatyczne i uporczywe domaganie się kolejnych badań pomimo ich negatywnych wyników oraz ciągłe oczekiwanie na zapewnienia lekarza, że nie ma podstaw do występowania objawów [...]. Jeżeli współistnieją jakiegokolwiek zaburzenia somatyczne, to zwykle nie wyjaśniają one ani natury i nasilenia objawów, ani związanego z nimi cierpienia i zaabsorbowania pacjenta” [13, s. 242]. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją

Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w skład tej grupy zaburzeń wchodzi: zaburzenia somatyzacyjne, zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia autonomiczne występujące pod postacią somatyczną, uporczywe bóle psychogenne [14]. Rozpoznanie „zaburzeń somatyzacyjnych” stawia się wówczas, gdy wielorakie, nawracające i często zmieniające się skargi somatyczne utrzymują się co najmniej dwa lata. Pacjent stale nie akceptuje zapewnień o nieobecności choroby, pogorszeniu ulega jego funkcjonowanie społeczne i rodzinne [13, 14]. Do najczęstszych dolegliwości należą: bóle brzucha, klatki piersiowej, głowy i pleców [5]. Zaburzenia somatyzacyjne często współwystępują z depresją i określa się je maskami depresji. Należą do nich: spadek energii, zaburzenia snu, dolegliwości bólowe (napięciowe bóle głowy, mięśni, stawów), objawy ze strony układu sercowo-naczyniowego (kołatania serca, ból w klatce piersiowej), układu pokarmowego (zaburzenia żołądkowo-jelitowe, spadek łaknienia), układu płciowego (zaburzenia potencji i cyklu menstruacyjnego) [15]. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w 69% przypadków depresji dolegliwości fizyczne stanowią powód zgłoszenia do lekarza pierwszego kontaktu [16]. Rozpoznanie „zaburzeń hipochondrycznych” stawia się wówczas, gdy pacjent jest przekonany o posiadaniu co najmniej jednej poważnej choroby somatycznej, jest nadmiernie skupiony na normalnych lub nieznacznie nasilonych doznaniach z ciała albo domniemanym zniekształceniu czy zmianie budowy ciała. Mimo że nie stwierdza się odpowiednich przyczyn dla relacjonowanych objawów, pacjent nie akceptuje zapewnień o braku choroby [13]. Tę koncentrację na własnym ciele i nadmierne uczuciowe z nim związanie, w literaturze przedmiotu tłumaczy się jako przejaw narcyzmu [17]. Hipochondria jest uważana za odporne na leczenia zaburzenie, bardziej przewlekłe, gdy towarzyszą jej zaburzenia somatyzacyjne [18]. „Zaburzenia autonomiczne występujące pod postacią somatyczną” charakteryzują się zgłaszaniem skarg przypominających zaburzenia funkcji układu lub narządu (np. przyspieszona akcja serca, drżenie, zaczerwienienie), który jest głównie lub wyłącznie unerwiony lub kontrolowany przez autonomiczny układ nerwowy (układ sercowo-naczyniowy, żołądkowo-jelitowy, oddechowy, moczowo-płciowy). „Uporczywy ból psychogeny” jest diagnozowany wówczas, gdy pacjent odczuwa uporczywy, silny ból, którego nie można w pełni wyjaśnić procesami fizjologicznymi ani obecnością zaburzeń somatycznych. Dolegliwości nie są symulowane, nie stanowią też następstw wyraźnych zaburzeń nastroju, lękowych, psychotycznych czy dyspaureonii. Powodują natomiast zwiększenie zainteresowania pacjentem. W przypadku „innych zaburzeń wy-

stępujących pod postacią somatyczną” w powstawaniu dolegliwości nie pośredniczy AUN, a skargi ograniczają się do określonych układów czy części ciała. Jako przykładowe zaburzenia ICD-10 podaje: *globus hystericus* (uczucie gałki w gardle) i inne formy zaburzeń połykania, psychogeny kręcz karku i inne kurczowe zaburzenia ruchowe, świąd psychogeny, psychogenne zaburzenia miesiączkowania, zgrzytanie zębami [13, 14].

Warto wspomnieć, że klasyfikacja zaburzeń somatoformicznych według ICD-10 nie jest tożsama z klasyfikacją Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Różni je między innymi fakt, że według DSM-5 (wcześniej również DSM-IV) zaburzenia konwersyjne klasyfikowane są jako jedno z zaburzeń somatoformicznych, zaś według ICD-10 należą do odrębnej kategorii zaburzeń dysocjacyjnych.

Współwystępowanie zaburzeń pod postacią somatyczną z innymi zaburzeniami psychicznymi

Wyniki badań pokazują, że zaburzenia pod postacią somatyczną współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi. Wielokrotnie potwierdzono ich związek z lękiem i depresją [1]. Wynik badania Huag i wsp. w grupie około 50 000 mieszkańców Norwegii ujawnił istotny statystycznie związek między objawami lęku, depresją i zaburzeniami funkcjonalnymi. Najwięcej zaburzeń funkcjonalnych odnotowano u osób cierpiących na zaburzenia lękowe i depresję jednocześnie [19]. Ponadto, osobom z zaburzeniami somatyzacyjnymi częściej niż osobom bez tego zaburzenia towarzyszy patologia osobowości. W jednym z badań porównywano pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi z osobami cierpiącymi na zaburzenia lękowe i depresyjne. W grupie z zaburzeniami somatyzacyjnymi u 72% rozpoznano zaburzenia osobowości, zaś w grupie porównawczej u 36%. Wśród pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi osobowości typu bierno-zależnego, histrionicznego i drażliwo-agresywnego pojawiały się istotnie częściej niż w porównywanej grupie [20]. W innej analizie, w podobnych grupach porównawczych, współwystępowanie zaburzeń osobowości z zaburzeniami somatyzacyjnymi wykazano u 62,9%, w grupie kontrolnej 28,2%. Najczęstsze wśród somatyzujących okazały się osobowości paranoiczna, obsesyjno-kompulsyjna i histrioniczna [21].

Adaptacyjna rola somatyzacji — koncepcje psychologiczne

Według Larsson pojęcie „somatyzacja” zostało po raz pierwszy użyte w tłumaczeniu tekstu niemieckiego psychoanalityka Wilhelma Steckela w 1920 roku. Steckel miał definiować to zjawisko jako zaburzenia fizyczne na podłożu głębokiej neurozy, a uśmierzeniu objawów

miałaby służyć terapia konfliktów wewnętrznych. Ta sama autorka przytacza pogląd C.G. Junga jakoby objawy fizyczne czy choroba odzwierciedlały brak pełnej integracji w obrębie self i poglądy Sifneosa, że objawy fizyczne stanowią o niezdolności jednostki do nazywania swoich uczuć. Za Blaustein i Tuber sugeruje, że aleksytymia może spełniać funkcję obrony przed przeżywaniem zbyt trudnych emocji [22]. W literaturze psychodynamicznej używa się pojęcia „somatyzacja” na określenie mechanizmu obronnego, rozumianego jako: „Przekształcenie emocjonalnego bólu lub innych stanów nastroju w objawy fizyczne. Skupianie uwagi na problemach somatycznych, a nie wewnątrzpsychicznych. To odwrócenie uwagi od własnych treści psychicznych na rzecz zjawisk fizjologicznych może sprzyjać tworzeniu się oczekiwań względem otoczenia, by wyeliminowało ono objawy” [23, s. 45]. Tak też powstaje błędne koło relacji jednostka-otoczenie, lub innymi słowy pacjent – specjalista. Taki układ wzmacnia zależną rolę somatyzującego i podtrzymuje go w poszukiwaniu opieki. Nie trudno tutaj o jatrogenny wpływ specjalisty, który „mnożąc” procedury diagnostyczne może nieświadomie wzmacniać u pacjenta mechanizmy zaburzenia [23]. Istnieją przesłanki na temat związku zaburzeń pod postacią somatyczną z doświadczeniami traumatycznymi. W badaniu Van der Kolk i wsp., osoby po niedawno przebytej traumie (spełniające kryteria zespołu stresu pourazowego [PTSD, *posttraumatic stress disorder*]) częściej zmagaly się z somatyzacją i zaburzeniami dysocjacyjnymi niż osoby, które przeżyły ją w dalszej przeszłości. Jednocześnie, osoby, u których doszło do rozwoju PTSD w dorosłym życiu, rzadziej cierpiały na te zaburzenia niż ci, którzy doświadczyli PTSD w dzieciństwie. Oprócz sugerowanej funkcji mechanizmu radzenia sobie z urazem psychicznym [24], zaburzenia somatyzacyjne mogą także pełnić funkcję adaptacji społecznej. Skargi na objawy somatyczne mogą bowiem pomagać realizować potrzeby, dla których jednostka nie wykształciła dojrzałych sposobów zaspakajania. Istnienie w świecie „za pośrednictwem” objawów somatycznych umożliwia ograniczone, ale bezpieczniejsze funkcjonowanie w określonej roli — roli chorego, która w swojej naturze zwalnia z wielu oczekiwań i przysparza korzyści społecznych [25].

Funkcjonowanie pacjentów z zaburzeniami pod postacią somatyczną

Zmaganie się z dolegliwościami fizycznymi (bez względu na ich podłoże, psychogenne czy organiczne) wiąże się z myśleniem o sobie w kategoriach „chorego” i podejmowaniem całego szeregu zachowań związanych z tą rolą. Wyniki badań wskazują na wysoki stopień upośledzenia

funkcjonowania wśród pacjentów z zaburzeniami pod postacią somatyczną. Badania dotyczą głównie grup z zaburzeniami somatyzacyjnymi. W badaniu Goldinga i wsp. wśród przebadanych pacjentów 83% mężczyzn i 46% kobiet okazało się być okresowo niezdolnymi do pracy z powodu doznawanych objawów somatycznych (relatywnie 8,6 i 6,5 dni w miesiącu). Ci sami pacjenci oceniali swój stan zdrowia gorzej niż osoby zmagające się z przewlekłą chorobą somatyczną [26]. Hiller i wsp. ujawnili, że pacjenci cierpiący na zaburzenia somatoformiczne (somatyzacje, zaburzenia bólowe i niepełnoobjawowe somatyzacje) zmagają się z podobnymi ograniczeniami co pacjenci z innymi zaburzeniami psychicznymi. Współwystępowanie zaburzeń nastroju oraz zaburzeń nastroju i lękowych wiązało się z większą niesprawnością niż w przypadku pacjentów bez towarzyszących zaburzeń psychicznych. Autorzy sugerują, że współwystępowanie zaburzeń afektywnych i zaburzeń somatoformicznych stanowi czynnik ryzyka obniżenia funkcjonowania psychospołecznego [27]. Na podstawie przeprowadzonych analiz nie sposób wyciągnąć wniosku o tym czy gorsze funkcjonowanie mogło stanowić podłoże, czy konsekwencję rozwijających się zaburzeń. Sugeruje się natomiast, że pogorszenie funkcjonowania może sprzyjać chronicznemu przebiegowi zaburzeń somatoformicznych [28].

Zastrzeżenia co do sposobu ujmowania zaburzeń somatoformicznych w dotychczasowych klasyfikacjach

W 2013 roku opublikowano Diagnostyczny i Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5. Przy okazji trwania prac nad kształtem jednostek i kryteriów diagnostycznych, wskazano na wiele niedociągnięć i wątpliwości związanych z samą kategorią zaburzeń somatoformicznych. Po pierwsze, jak sugeruje Mayou i wsp., kategoria ta pozostaje w „zawieszeniu” między psychiatrią a medycyną (diagnoza „zaburzeń somatoformicznych” dla psychiatrii i „zaburzeń/syndromów funkcjonalnych” dla innych specjalizacji). Ponadto, w myśl dualistycznego poglądu na ludzką naturę, „dzieli” objawy somatyczne na te wynikające z choroby i te odzwierciedlające problemy psychologiczne. Już sama nazwa „zaburzeń somatoformicznych” może mieć stygmatyzujący wydźwięk. Sugeruje bowiem, że odczuwane przez pacjenta objawy fizyczne są wytworem jego umysłu, co podważa związane z nimi cierpienie. Kolejną niejasną kwestię stanowi problem chorób i zaburzeń internistycznych, mogących leżeć u podłoża objawów. Pojawia się pytanie, czy „syndromy funkcjonalne” wliczają się w tę kategorię? Mayou w swoich rozważaniach podaje przykład

zespołu jelita drażliwego, którego objawy mogą zostać zdiagnozowane jako dwa różne zaburzenia: zespół jelita drażliwego i niespecyficzne zaburzenie somatoformiczne lub zaburzenie bólowe. Diagnoza psychiatryczna może służyć jako (wątpliwe) uzasadnienie skarg, ale też sugerować że dolegliwości fizyczne stanowią iście psychiatryczny problem i przyczynić się do przeoczenia poważnej choroby [28].

Nowa kategoria diagnostyczna w DSM-5

W DSM-5 zaburzenia somatoformiczne zostały zastąpione przez „somatic symptom and related disorders” (w wolnym tłumaczeniu na j. pol. „zaburzenia pod postacią somatyczną i im podobne”). Wśród przeformułowanych na rzecz DSM-5 kategorii znalazły się: SSD — ‘somatic symptom disorder’ (w wolnym tłumaczeniu „zaburzenie pod postacią somatyczną”), ‘illness anxiety disorder’ (w wolnym tłumaczeniu „zaburzenie lęku przed chorobą”), ‘conversion disorder — functional neurological symptom disorder’ (w wolnym tłumaczeniu „konwersja — zaburzenie pod postacią funkcjonalnych objawów neurologicznych”), ‘psychological factors affecting other medical conditions’ (w wolnym tłumaczeniu „czynniki psychologiczne oddziałujące na stan somatyczny”), ‘factitious disorder’ (zaburzenie pozorowane — tak jak w DSM-IV), oraz ‘other specified somatic symptom and related disorder’ (w wolnym tłumaczeniu „inne określone zaburzenia pod postacią somatyczną i im podobne”) — w tym na przykład przemijające zaburzenia pod postacią somatyczną, cięża rzekoma, ‘unspecified somatic symptom and related disorder’ (w wolnym tłumaczeniu „niespecyficzne zaburzenia pod postacią somatyczną i im podobne”) [29]. Wprowadzone zmiany wiążą się z redukcją podkategorii diagnostycznych i tym samym usunięciem takich jednostek, jak: zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, zaburzenia bólowe, zaburzenia somatyczne niezróżnicowane. Za sprawą kryteriów DSM-5 dokonywana ewaluacja wydaje się bardziej holistyczna i praktyczna, jako że jej głównym celem pozostaje dostarczenie jak najtrafniejszej pomocy. Dlatego pacjenci cierpiący na poważne schorzenia somatyczne, w oczywisty sposób doświadczający intensywnych myśli i przeżyć związanych ze swoim stanem, również powinni być w taki sposób diagnozowani, aby mieć możliwość uzyskania pomocy psychiatrycznej [29–31].

Opis najważniejszych kategorii diagnostycznych ‘somatic symptom and related disorders’

W DSM-5 SSD opisane zostało jako zespół objawów somatycznych, ale ich obecność nie jest wystarczająca do postawienia diagnozy. Muszą towarzyszyć im także nadmierne myśli, uczucia i zachowania z nimi związane,

które są źródłem silnego stresu lub poważnie utrudniają funkcjonowanie. Mowa tutaj o oznakach nadmiernego skupiania uwagi na symptomach, utożsamianiu naturalnych funkcji ciała z objawami choroby, obawach przed podejmowaniem aktywności fizycznej, sprawdzaniu ciała w poszukiwaniu oznak zaburzeń, szukaniu pomocy i zapewnień lekarzy. Objawy powinny trwać nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy. Czynniki ryzyka dla chronicznego przebiegu zaburzenia mają stanowić: płeć żeńska, starszy wiek, krótkotrwała edukacja, niski status ekonomiczny, bezrobocie, historia dziecięcych zdarzeń traumatycznych (jak nadużycia), współwystępowanie choroby fizycznej lub innego zaburzenia psychicznego (depresja, zaburzenia lękowe, dystymia, napady paniki), stres, korzyści wtórne z choroby, ale także nadmierna wrażliwość na ból, podwyższona wrażliwość na sygnały z ciała, interpretowanie sygnałów z ciała w kategoriach objawów choroby. ‘Illness anxiety disorder’ polega na zaabsorbowaniu myślami o byciu chorym lub możliwości zachorowania. Stan ten ma związek z przeżywaniem silnego lęku i poszukiwaniem albo lękowym unikaniem kontaktu z lekarzem. Objawy pod postacią somatyczną są nieobecne albo mają bardzo łagodne nasilenie. Nie tyle doświadczanie objawów, co myśl o leżącym u ich podłoża stanie jest dla pacjenta źródłem stresu. Jeśli pacjent zmaga się z jakąś chorobą organiczną, jego obawy są nadmierne i nieproporcjonalne. W DSM-5 podkreśla się, że obawy stają się ważną częścią tożsamości, tematem rozmów i sposobem radzenia sobie ze stresem, prowokują do stałego samodiagnozowania, poszukiwania informacji na temat choroby i pozyskiwania potwierdzenia zasadności swoich obaw w otoczeniu. Ponadto, powodują izolację i zahamowanie w podejmowaniu czynności niosących za sobą jakiegokolwiek ryzyko zaszkodzenia organizmowi (jak np. sama aktywność fizyczna). W przebiegu ‘conversion disorder — functional neurological symptom disorder’ obserwuje się zaburzenia lub utratę funkcji motoryczno-sensorycznych. Jeden lub kilka objawów różnego rodzaju. Symptomatologia sugeruje tło somatyczne lub neurologiczne, jednak badania nie dają podstaw do stwierdzenia takiej etiologii. W DSM-5 podkreślona została waga różnicowej diagnostyki neurologicznej [29–31]. Podobnie w polskiej literaturze wskazuje się na istotność badań obrazowych oraz dokładnej diagnostyki somatycznej i neurologicznej, które nie tylko mają podnieść trafność diagnozy ale również uchronić przed konsekwencjami późnego wykrycia organicznego tła objawów [32]. Do często spotykanych objawów w przebiegu zaburzeń konwersyjnych należą: niedowład, paraliż, niepadaczkowe napady drgawkowe, zaburzenia chodu, zaburzenia czucia, widzenia i słuchu, stany przypominające omdlenie lub śpiączkę,

utrata głosu (afonia), zaburzenia artykulacji (dysartria), globus, podwójne widzenie (diplopia). 'Psychological factors affecting other medical conditions' są diagnozowane u osób, których stan medyczny (inny niż psychiatryczny) ulega pogorszeniu za sprawą towarzyszących mu czynników psychologicznych lub zachowań, jak: stres i style radzenia sobie, sposób interpretowania swojego stanu, nieprzystosowawcze zachowania zdrowotne (zaprzeczenie objawom, niestosowanie się do zaleceń lekarskich — np. manipulowanie dawkami insuliny w celu utraty wagi u osób chorych na cukrzycę). Czynniki te mogą zwiększać ryzyko pogorszenia stanu zdrowotnego, potęgować siłę symptomów oraz konieczność interwencji lekarskich. Zaburzenia te mogą pojawiać się na przestrzeni całego życia, towarzyszy im różnorodna motywacja. „Zaburzenia pozorowane” cechują się świadomym wywoływaniem lub udawaniem chorobowych objawów psychicznych lub fizycznych, w celu przyjęcia roli chorego. Jedną z postaci zaburzenia jest wytwarzanie przez (najczęściej) bliską osobę objawów zaburzeń somatycznych, w celu umotywowania poddania tej osoby zabiegom diagnostycznym lub leczniczym. Pacjent nie czyni tego dla wtórnych korzyści natury ekonomicznej. Nawet jeśli u osoby pozorującej (lub będącej obiektem tych oddziaływań) istnieje jakiś stan chorobowy, jego objawy są wzmacniane, prowadząc do podejmowania względem pacjentów poważniejszych interwencji medycznych, niż wskazywałby na to faktyczny stan zdrowia. Przykłady zaburzeń pozorowanych, to: dodawanie krwi do próbki moczu, przyjmowanie insuliny w celu uzyskania patologicznych wyników analiz laboratoryjnych, wstrzykiwanie kału w celu wywołania zakażenia [29–31].

Terapia zaburzeń somatoformicznych

Ze względu na konsekwencje dla samej jednostki oraz społeczne koszty, zaburzenia pod postacią somatyczną stały się przedmiotem badań i refleksji nad skutecznością różnych oddziaływań. Omawiana kategoria diagnostyczna stanowi niejednorodną grupę zaburzeń z różnymi i często zmiennymi objawami, co nastręcza wiele trudności jeżeli chodzi o zastosowanie określonych oddziaływań leczniczych. Pod uwagę bierze się tak oddziaływania psychoterapeutyczne, jak i farmakologiczne — zarówno poprzez kontakt z lekarzem POZ, lekarzem innej specjalności czy psychiatrą [33].

Jako wiodącą metodę leczniczą brane są pod uwagę przede wszystkim oddziaływania psychoterapeutyczne. Za najskuteczniejszą spośród podejść psychoterapeutycznych w leczeniu zaburzeń somatycznych, uznaje się psychoterapię poznawczo-behawioralną. Jej celem jest wspieranie pacjenta w przystosowaniu się do środowiska kształtując korzystne i eliminując niekorzystne zachowa-

nia. Dowodów na jej skuteczność dostarczyło między innymi badanie Speckens i wsp. Po sześciu miesiącach po zastosowanej psychoterapii, w grupie pacjentów z zaburzeniami somatycznymi istotnie więcej osób niż w grupie kontrolnej ujawniło poprawę w zakresie objawów. Po dwunastu miesiącach różnice te w szerokim zakresie utrzymywały się [34]. W badaniu Lidbeck, skupiono się na ocenie skuteczności krótkoterminowych oddziaływań poznawczo-behawioralnych w grupie pacjentów podstawowej opieki lekarskiej. U tych pacjentów oddziaływania opierające się na psychoedukacji i relaksacji doprowadziły do istotnej poprawy w zakresie zaabsorbowania objawami somatycznymi, hipochondrii i ilości stosowanych leków [35]. Wydaje się, że korzystanie z przynajmniej niektórych elementów podejścia poznawczo-behawioralnego w codziennej praktyce klinicznej może przynieść korzystne efekty w pracy z pacjentami. Są to między innymi wystrzeganie się wzmacniania objawów przez poświęcanie im nadmiernej uwagi oraz nieuzasadnioną diagnostyką i leczeniem, regularność spotkań, trzymanie się czytelnej i ustalonej struktury wizyt, wyznaczanie celów pracy pacjenta, spotkanie z jego rodziną, zniechęcanie do korzystania z nagłych (doraźnych wizyt), unikanie zbędnych badań i leków, unikanie pochopnych i bagatelizujących stwierdzeń oraz krytycznych ocen na temat pacjenta, budowanie wspierającej i nieautorytarnej atmosfery [25].

Zastosowanie określonego postępowania farmakologicznego pozostaje uwarunkowane przede wszystkim wiodącymi objawami psychopatologicznymi, nasileniem objawów chorobowych, ich czasem trwania, wpływem na codzienne funkcjonowanie pacjenta ale również koncepcją leczniczą, preferowaną przez osobę prowadzącą leczenie. Ponadto wydaje się, że omawiana grupa pacjentów może być podatna na subiektywne odczucie nasilonych objawów ubocznych związanych z okresem wprowadzania farmakoterapii, a przez to — odmówić współpracy w procesie leczenia. Zasadne wydaje się zatem powolne zwiększanie dawek leków, stosowanie preparatów obarczonych najmniejszym ryzykiem działań niepożądanych, stosowanie terapii jednolekowej oraz jak najmniejszych skutecznych dawek leków. Wprowadzanie leczenia lekami mającymi potencjał uzależniający powinno przebiegać z dużą ostrożnością [25].

Nieodłącznym aspektem towarzyszącym omawianym zaburzeniom jest ich współwystępowanie z objawami depresyjnymi, lękowymi, ale również bólowymi. W sytuacji niewielkiego nasilenia tych objawów podstawową rolę powinny odgrywać oddziaływania psychoterapeutyczne. Do rozważenia pozostają łagodnie działające preparaty dostępne bez recepty, które będą wpływały na redukcję napięcia, lęku, zmniejszenie nasilenia do-

legliwości z układu autonomicznego. W sytuacji gdy współtowarzyszące objawy i ich nasilenie wpływają na funkcjonowanie pacjenta, zaburzają proces psycho-terapeutyczny, zasadne jest jednak włączenie leczenia łagodzącego wymienione dolegliwości. W przypadku znacznego nasilenia objawów w krótkim okresie czasu, zgodnie z wytycznymi dotyczącymi czasu przyjmowania leków z grupy BZD (benzodiazepin), można rozważyć ich krótkotrwałe stosowanie. Nieocenioną grupę leków stanowią nowoczesne leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI (selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny) [36–38], które wywierają wpływ na objawy lęku i depresji, a przez to redukują objawy, z którymi boryka się pacjent.

W zespołach chorobowych przebiegających z nasileniem dolegliwości bólowych stosuje się leki należące do grupy SNRI (inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny): wenlafaksynę, duloksetynę, milnacipran, które poza działaniem przeciwdepresyjnym mają udowodnioną skuteczność w terapii zespołów bólowych [39]. Na-

leży pamiętać, że w sytuacji uporczywości objawów, które w swoim wydźwięku mogą zbliżać się do treści wytwórczych, pozostają do zastosowania leki z grupy neuroleptyków.

Podsumowując, objawy somatyczne stanowią powszechny problem wśród pacjentów różnorodnych gabinetów i placówek medycznych. Z uwagi na swoją naturę — zmienność, niejednoznaczność, enigmatyczność pod względem etiologii i patomechanizmu, interdyscyplinarność oraz związek ze stanem psychicznym i właściwościami psychologicznymi pacjenta, stanowią wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne. W procesie leczenia, poza odpowiednią diagnozą różnicową i przyjęciem określonego paradygmatu nadającego ramy procesowi terapeutycznemu, istotne wydaje się uwzględnienie specyfiki relacji z tego typu pacjentem. Bez względu na to, do jakiej kategorii „zaburzeń” objawy somatyczne zostaną zakwalifikowane, świadomość udziału czynników nefarmakologicznych w procesie leczenia może skutecznie wzmocnić efektywność terapii i ułatwić współpracę.

Streszczenie

Zaburzenia pod postacią somatyczną (czyli objawy natury somatycznej, których nie udaje się wyjaśnić organicznym schorzeniem) stanowią intrygujący fenomen ludzkiej natury, ale także konceptualne, diagnostyczne i terapeutyczne wyzwanie dla współczesnej psychiatrii. Przed zakończeniem prac nad najnowszym wydaniem amerykańskiego Podręcznika Statystycznego i Diagnostycznego DSM-5, dyskusji poddano jedną z najbardziej niejednoznacznych i kłopotliwych jednostek diagnostycznych — zaburzenia somatoformiczne. W psychiatrii stosuje się ją w odniesieniu do zaburzeń, polegających na kanalizowaniu problemów psychologicznych w sferę ciała, innymi słowy ujawnianiu objawów natury somatycznej na tle nerwicowym. Podjęta debata stała się okazją do dokładniejszego przyjrzenia się naturze tej grupy zaburzeń i określenia sposobu ich pojmowania przez współczesną psychiatrię. Niniejszy artykuł ma na celu przybliżyć czym są zaburzenia pod postacią somatyczną oraz przywołać kontrowersyjne aspekty tej diagnozy. Artykuł zawiera doniesienia z obszaru epidemiologii, chorób i zaburzeń współistniejących z zaburzeniami somatoformicznymi, terapii oraz jednostkowych i społecznych konsekwencji omawianego zjawiska. Przytoczone zostają opisy „nowych” kategorii diagnostycznych dla tej grupy zaburzeń według DSM-5.

Psychiatria 2015; 12, 2: 77–84

słowa kluczowe: zaburzenia somatoformiczne, DSM-5, zaburzenia funkcyjne

Piśmiennictwo

- Richardson R., Engel C. Evaluation and Management of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Evaluation and Management of Medically Unexplained Physical Symptoms*. The Neurologist. 2004; 10: 18–30.
- Boutin-Foster C., Charlson M.E. Problematic resident-patient relationships: the patient's perspective. *J. Gen. Intern. Med.* 2001; 16: 750–754.
- Lin E.H., Katon W., Von Korff M. i wsp. Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high users of medical services. *J. Gen. Intern. Med.* 1991; 6: 241–246.
- Kroenke K., Price R.K. Symptoms in the community. Prevalence, classification, and psychiatric comorbidity [abstrakt]. *Arch. Intern. Med.* 1993; 153: 2474–2480.
- Reid S., Wessely S., Crayford T., Hotopf M. Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *Br. J. Psychiatry.* 2002; 180: 248–253.
- Bass C., Hyde G., Bond A., Sharpe M. A survey of frequent attenders at a gastroenterology clinic. *J. Psychosom. Res.* 2001; 50: 107–109.
- Carson A.J., Ringbauer B., Stone J., McKenzie L., Warlow C., Sharpe M. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2000; 68: 207–210.
- Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients [abstrakt]. *Psychol. Med.* 1992; 22: 173–180.
- Shaw J., Creed F. The cost of somatization. *J. Psychosom. Res.* 1991; 35: 307–312.
- Hamilton J., Campos R., Creed F. Anxiety, depression and management of medically unexplained symptoms in medical clinics. *J. R. Coll. Physicians. Lond.* 1996; 30: 18–20.
- Escobar J.I., Hoyos-Nervi C., Gara M. Medically Unexplained Physical Symptoms in Medical Practice: A Psychiatric Perspective. *Environ. Health. Perspect.* 2002; 110 (supl. 4): 631–636.

12. Wessley S., Peter D.W. There is only one functional somatic syndrome. *Br. J. Psychiatry* 2004; 185: 95–96.
13. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne). W: Jarema M., Rabe-Jabłońska J. (red). *Psychiatria Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 242–246.
14. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Klasyfikacja Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Uniwersyteckie wydawnictwo medyczne „Vesalius”, Kraków-Warszawa 2000.
15. Tylee A., Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim. Care Comp. J. Clin. Psych.* 2005; 7: 167–176.
16. Simon G.E., VonKorff M., Piccinelli M., Fullerton C., Ormel J. An international study of relation between somatic symptoms and depression. *N. Engl. J. Med.* 1999; 341: 1329–1335.
17. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic*. Wydawnictwo literackie, Kraków 2002.
18. Barsky A.J., Bailey E.D., Fama J.M., Ahern D.K. Predictors of remission in DSM hypochondriasis. *Compr. Psychiatry* 2000; 41: 179–183.
19. Haug T.T., Mykletun A., Dahl A.A. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosom. Med.* 2004; 66: 845–851.
20. Stern J., Murphy M., Bass C. Personality disorders in patients with somatization disorder: a controlled study [abstrakt]. *Br. J. Psychiatry* 1993; 163: 787–789.
21. Garcia-Campayo J.I., Alda M., Sobradieles N., Olivan B., Pascual A. Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain [abstrakt]. *J. Psychosom. Res.* 2007; 62: 675–680.
22. Larsson K.M. Understanding the lived experience of patients who suffer from medically unexplained physical symptoms using a Rogerian perspective. *ProQuest Information and Learning Company, Ann Arbor MI* 2008 [cytowana 13.08.2014]. Dostępna z: <http://books.google.pl/books?isbn=0549472436>.
23. Gabbard G.O. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
24. Van der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F.S., McFarlane A., Herman J.L. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 83–93.
25. Mai F. Somatization disorder: a practical review. *Can. J. Psychiatry* 2004; 49: 652–662.
26. Golding J.M., Smith G.R., Kashner T.M. Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with multiple unexplained somatic symptoms. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: 231–235.
27. Hiller W., Rief W., Fichter M.M. How disabled are patients with somatoform disorders? *Gen. Hosp. Psychiatry* 1997; 19: 432–438.
28. Mayou R., Kirmayer L.J., Simon G., Kroenke K., Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 847–855.
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing, Arlington VA 2013: 311–324.
30. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5 [online]. American Psychiatric Association. [przeładowany: 13.04.2014]. Dostępny: <http://dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
31. Somatic symptom disorder fact sheet [online]. American Psychiatric Association. [przeładowany: 13.04.2014]. Dostępny: dsm5.org/Documents/somatic%20symptom%20disorder%20fact%20sheet.pdf
32. Pawełczyk T., Pawełczyk A., Rabe-Jabłońska J. Zanim rozpoznasz u pacjenta zaburzenie konwersyjne, dokładnie zbadaj jego stan somatyczny i neurologiczny. Opis przypadku. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46: 483–492.
33. Siwiak-Kobayashi M. Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne). W: Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). *Psychiatria, t. 2*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 503–509.
34. Speckens A.E., van Hemert A.M., Spinhoven P., Hawton K.E., Bolk J.H., Rooijmans H.G. Cognitive behavior therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial. *B.M.J.* 1995; 311: 1328–1332.
35. Lidbeck J. Group therapy for somatization disorders in general practice: effectiveness of a short cognitive-behavioral treatment model. *Acta. Psychiatr. Scand.* 1997; 96: 14–24.
36. Fallon B.A. Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J. Psychosom. Res.* 2004; 56: 455–460.
37. Okugawa G., Yagi A., Kusaka H., Kinoshita T. Paroxetine for treatment of somatization disorder. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2002; 14: 464–465.
38. Phillips K., Albertini R., Rasmussen S. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2002; 59: 381–388.
39. Briley M. Clinical experience with dual action antidepressants in different chronic pain syndromes. *Hum. Psychopharmacol.* 2004; 19: 21–25.