

# Zaburzenia psychiczne a choroby somatyczne

## Mental disorders and somatic illnesses

Anna Grzywa<sup>1</sup>, Marta Makara-Studzińska<sup>2</sup>, Anna Grzywa-Celińska<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

<sup>2</sup>Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytet Medyczny w Lublin

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

---

### Streszczenie

W związku z coraz powszechniejszym wśród przedstawicieli nauk biologicznych, holistycznym podejściem do człowieka, także w medycynie zwraca się uwagę na różne wymiary i wieloprzyczynowość chorób somatycznych.

Zależność zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych może być dwojaka: w przypadku, gdy czynniki somatyczne odgrywają najważniejszą rolę w etiologii zaburzeń psychicznych, mówi się o tak zwanych zaburzeniach psychicznych somatogennych, z kolei chorobę somatyczną, w patogenezie której istotne znaczenie przypisuje się czynnikom psychicznym, określa się jako chorobę psychosomatyczną.

Wiele zaburzeń somatycznych może wpłynąć na stan psychiczny. Mogą być to choroby ośrodkowego układu nerwowego na przykład: stany zapalne, guzy mózgu, urazy, choroby zwyrodnieniowe lub choroby ogólnoustrojowe toczące się w innych narządach a wpływające pośrednio na ośrodkowy układ nerwowy jak: infekcje, endokrynopatie, zaburzenia metaboliczne, niedobory witamin, zatrucia. Ponadto, niemal zawsze, może wystąpić reakcja psychologiczna związana z samym faktem wystąpienia choroby.

Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych mogą mieć postać ilościowych i jakościowych zaburzeń świadomości, zaburzeń nastroju, zespołów urojeniowych oraz zaburzeń nerwicowych.

*Słowa kluczowe:* zaburzenie somatyczne, somatyzacja, choroba psychosomatyczna

### Abstract

With regard to the growing in popularity concept of holistic approach to man among the representatives of biological science, the tendency to pay attention to various dimensions and multi-causality of somatic diseases has been also present in medicine.

The relationship between mental diseases and somatic illnesses can be twofold: in case when somatic factors are crucial in the etiology of mental diseases the term somatogenic mental disease is used, whereas the somatic illness in pathogenesis, where the important meaning is attributed to psychical factors is called the psychosomatic disease.

Numerous somatic diseases may influence mental condition of a patient. They include the central nervous system diseases for instance: infections, brain tumors, injuries, degenerative diseases, systemic diseases of other organs directly influencing the central nervous system, such as: tumors, endocrinopathies, metabolic disorders, vitamins deficiencies and poisonings. Moreover, nearly always there is a possibility of psychological reaction connected with the very fact of illness development.

Mental disorders in somatic illnesses may occur in various forms such as quantitative and qualitative consciousness disorders, mood disorders, delusional syndromes and anxiety syndromes.

*Keywords:* somatogenic disorders, somatization, psychosomatic illness

---

### Wstęp

Zależność zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych może być dwojaka: w przypadku, gdy czynniki somatyczne odgrywają najważniejszą rolę w etiologii zaburzeń psychicznych mówi się o tak zwanych zaburzeniach psychicznych somatogennych, z kolei chorobę somatyczną, w patogenezie której istotne znaczenie przypisuje się czynnikom psychicznym określa się jako chorobę psychosomatyczną.

Wiele zaburzeń somatycznych może wpłynąć na stan psychiczny. Mogą być to choroby ośrodkowego układu nerwowego na przykład: stany zapalne, guzy mózgu, urazy, choroby zwyrodnieniowe lub choroby ogólnoustrojowe toczące się w innych narządach a wpływające pośrednio na ośrodkowy układ nerwowy jak: infekcje, endokrynopatie, zaburzenia metaboliczne, niedobory witamin, zatrucia. Ponadto, niemal zawsze może wystąpić reakcja psychologiczna związana z samym faktem choroby.

Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych mogą mieć postać ilościowych i jakościowych zaburzeń świadomości, zaburzeń nastroju, zespołów urojeniowych oraz zaburzeń nerwicowych.

Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych mogą mieć postać ilościowych i jakościowych zaburzeń świadomości, zaburzeń nastroju, zespołów urojeniowych oraz zaburzeń nerwicowych.

### Zaburzenia świadomości

Świadomość - to w medycynie stan fizjologiczny ośrodkowego układu nerwowego, uwarunkowany prawi-

dłową czynnością kory mózgowej i układu siatkowatego, charakteryzujący się zachowaniem orientacji co do miejsca, czasu, sytuacji. Czasem jako świadomość określa się najwyższy stopień przytomności.

Za aktywator świadomości uważany jest układ siatkowaty. Decyduje on o ogólnym stanie pobudliwości systemu nerwowego, co oznacza większą lub mniejszą jego zdolność do prawidłowego działania. Wprawdzie nie ukierunkowuje on aktywności na konkretne cele, ale wprowadza pewną selektywność: wysokie poziomy aktywacji skłaniają do dużej aktywności motorycznej, umiarkowane natomiast sprzyjają myśleniu.

Zaburzenia świadomości mogą być ilościowe lub jakościowe. Ilościowe nie są psychozami, należy do nich senność, sopor i śpiączka.

Senność może być stanem fizjologicznym, kiedy człowiek przez dłuższy czas jest pozbawiony snu, w stanach chorób somatycznych lub przed zaśnięciem.

Głębszym zaburzeniem świadomości jest tzw. sopor, czyli patologiczny sen głęboki, kiedy pacjent reaguje jedynie na bardzo silne bodźce. Śpiączka, czyli coma jest to stan wyłączenia świadomości i brak reakcji na wszelkie bodźce zewnętrzne. Taki stan jest niebezpieczny dla życia pacjenta, wymaga kontrolowania i podtrzymywania funkcji życiowych jego organizmu. Ilościowe zaburzenia świadomości występują najczęściej u osób chorych somatycznie lub w stanach zatruc substancjami chemicznymi, dostającymi się do organizmu przypadkowo lub wprowadzanymi celowo.

W psychiatrii częściej spotykamy się z jakościowymi zaburzeniami świadomości, które najczęściej przejawiają się w postaci przymglenia prostego, majaczenia, zamroczenia i splątania. Przymglenie proste może występować w stanach uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. Polega na zaburzeniu spostrzegawczości, trudnościach w pojmowaniu wydarzeń zachodzących w świecie zewnętrznym, obniżeniu ruchliwości, zubożeniu. Człowiek w takim stanie może nie sygnalizować potrzeb fizjologicznych, jest niewrażliwy na ból, zimno, czy głód. Może być także zaburzona orientacja w przestrzeni. Chory ma wówczas trudności w trafianiu do pokoju czy toalety, nie dba o higienę, ani zaspokojenie swoich codziennych potrzeb.

Przymgleniu może towarzyszyć zaburzenie poczucia czasu o różnym nasileniu, od zmiany tempa przeżywania aktualnego czasu, przez niezdolność osadzenia wydarzeń w czasie, aż do całkowitej dezorientacji w czasie. Zaburzenie poczucia przestrzeni towarzyszące przymgleniu, w łagodnej postaci polega na trudności wzrokowego umiejscawiania przedmiotów, trudności w odnajdywaniu drogi, natomiast w ciężkiej postaci uniemożliwia orientację w przestrzeni, nawet we własnym pokoju.

Majaczenie jest zespołem ostrych organicznych zaburzeń czynności mózgu [1]. Stan taki często jest powikłaniem choroby somatycznej u osób starszych, szczególnie wtedy, gdy

występują u nich cechy otępienia. Zaburzeniu ulegają czynności poznawcze, szczególnie koncentracja uwagi. W DSM-IV rozpoznanie majaczenia uprawnione jest w przypadku „jakościowego zaburzenia świadomości, postrzegania lub zachowania, uogólnionego upośledzenia czynności poznawczych, zmienności nasilenia objawów” z zaznaczeniem, że zaburzenia te są związane ze stanem somatycznym chorego, zatruciem różnymi substancjami lub zaprzestaniem ich stosowania. Zaburzenie to nasila się zazwyczaj w godzinach nocnych.

Tomb [2] za istotne cechy majaczenia związanego z zaburzeniami somatycznymi uważa ich krótki czas trwania oraz ustępowanie po przeminięciu choroby somatycznej. Takie majaczenie charakteryzuje ostry początek, odwracalność uwagi, iluzyjne spostrzeganie, omamy wzrokowe, zaburzenia snu w postaci albo bezsenności albo nadmiernej senności, dezorientacja co do czasu i miejsca, mowa inkohrentna, pobudzenie ruchowe, nadmierne reagowanie na światło lub dźwięk. Nasilenie objawów zmienia się w zależności od pory dnia, pogorszenie zazwyczaj ma miejsce wieczorem. W przypadku stwierdzenia takiego stanu majaczenia należy poszukiwać przyczyny somatycznej, która może leżeć poza OUN, ale wywierać wpływ na jego funkcjonowanie. Czasem trudno postawić rozpoznanie różnicowe, ponieważ podobne objawy mogą towarzyszyć otępieniu lub innym zaburzeniom psychotycznym.

Zamroczenie polega na zaburzeniu orientacji nie tylko co do czasu, miejsca i sytuacji, ale też co do własnej osoby. Chory nie potrafi podać swojego nazwiska, może uważać się za kogoś innego. Kontakt słowny z pacjentem jest trudny, lub niemożliwy do nawiązania z powodu stereotypii myślenia i porozrywania spójności mowy. W takim stanie może występować znaczne pobudzenie o charakterze gwałtownych wyładowań ruchowych. Zespół zamroczeniowy może trwać różnie długo od kilku minut do kilku tygodni. Okres takiego zaburzenia po jego przeminięciu pokryty jest całkowitą niepamięcią, lub pozostają tzw. wysepki pamięci. Stany pomroczne występują po intoksykacji ośrodkowego układu nerwowego, po jego urazach oraz po atakach padaczkowych. Stany majaczeniowy i zamroczeniowy przebiegają „faliście” to znaczy, że świadomość nie jest przez cały czas zaburzona w tym samym stopniu. Chory może pamiętać zdarzenia, które miały miejsce w momencie, kiedy jego świadomość była mniej zaburzona.

Splątanie to najgłębszy stan zaburzenia świadomości, kiedy chory traci kontakt z otoczeniem, jego wątki myślowe są porozrywane, wypowiada jedynie pojedyncze, nie powiązane ze sobą słowa. Beładne ruchy ograniczone są do małej przestrzeni, co jest zrozumiałe, bowiem takie zaburzenie występuje w stanach ciężkich chorób somatycznych. Taki stan często ma miejsce przed zgonem.

### **Psychozy egzogenne**

Już pod koniec XIX wieku Moebius podzielił psychozy na egzogenne i endogenne. Etiologia psychoz egzogennych

wiąże się z działaniem na ośrodkowy układ nerwowy czynników zewnętrznych. Niemiecki uczony Bonhoeffer (1868-1948) sklasyfikował takie zaburzenia jako „egzogenny typ reakcji psychotycznych”. W tej grupie mieszczą się psychozy infekcyjne, psychozy związane z zaburzeniami hormonalnymi i przemiany materii, nowotworami, a także psychozy związane z urazami mózgu i zatruciami środkami toksycznymi użytymi w celach samobójczych, lub w czasie wykonywania pracy w warunkach szkodliwych.

Do psychoz egzogennych zaliczono psychozy alkoholowe oraz po użyciu narkotyków. Reakcje egzogenne mogą przebiegać jako ostre i wtedy najczęściej przyjmują postać zaburzeń świadomości, lub jako przewlekłe z depresją, lękiem, z towarzyszącymi objawami psychopatologicznymi takimi jak urojenia, omamy, zaburzenia zachowania.

W 1912 roku Bohoeffer opisał tzw. psychozy infekcyjne, czyli takie zaburzenia psychiczne, które występują na skutek działania w organizmie bakterii lub wirusów. Obraz kliniczny tych zaburzeń występujących w takich chorobach jak dur brzuszny, malaria, grypa jest niecharakterystyczny. Objawy zaburzenia psychicznego pojawiają się wtedy, kiedy infekcja dotyczy ośrodkowego układu nerwowego. Przyczyną ich wystąpienia może być bezpośrednie działanie czynnika infekcyjnego, albo kiedy na skutek jego działania na organizm dochodzi do znacznego podwyższenia ciepłoty, odwodnienia, a co za tym idzie do zaburzeń elektrolitowych. Pewne znaczenie może też mieć stosowana terapia mająca na celu zniszczenie bakterii czy wirusów. Istotny jest przedchorobowy stan organizmu, odżywienie, wiek, przebyte wcześniej choroby. Psychozy infekcyjne mogą być też wyrazem stanu zapalnego opon lub mózgu. Rozwinięcie się pełnego obrazu choroby infekcyjnej mogą poprzedzać zaburzenia psychiczne w postaci złego samopoczucia, bólów głowy, osłabienia, zaburzeń snu, depresji. W pełni rozwinięte psychozy infekcyjne polegają głównie na stanach zaburzeń świadomości takich jak majaczenie, splątanie, śpiączka. Psychozy takie nie trwają długo, zazwyczaj kilka dni, ustępują po wyleczeniu infekcji. Czasem po ich przeminięciu utrzymuje się stan astenii, czyli osłabienia.

### **Zaburzenia psychiczne występujące w niektórych chorobach somatycznych**

**Niedoczynność tarczycy** wiąże się z niedoborem jodu, stanami zapalnymi tarczycy, przebytymi operacjami usunięcia fragmentu lub całego mięszu tego gruczołu (bez stosowania odpowiedniej substytucji hormonalnej) lub przyjmowaniem leków, np. soli litu jako środka stabilizującego nastroj w zaburzeniach afektywnych. Najczęstszym objawem psychopatologicznym, towarzyszącym niedoczynności tarczycy jest depresja o różnym stopniu nasilenia. U około 5% osób z niedoczynnością tarczycy może wystąpić psychoza, w której obrazie klinicznym dominują urojenia prześladowcze i omamy głównie słuchowe, ale także wzrokowe, wę-

chove lub smakowe. Towarzyszy im nieufność, dziwaczność zachowania, lęk, drażliwość, czasem agresywność.

**Nadczynność tarczycy** może w stanach tzw. przełomów hormonalnych powodować występowanie stanów psychotycznych, podobnych do obrazu schizofrenii paranoidalnej lub katatonicznej. Jednak częściej w tym zaburzeniu może wystąpić lęk.

**Choroba Addisona**, opisana po raz pierwszy w 1855r. przez Thomasa Addisona, rozwija się wskutek zahamowania sekrecji hormonów kory nadnerczy na skutek całkowitego lub prawie całkowitego zniszczenia obu nadnerczy najczęściej z powodu reakcji autoimmunologicznej. Wśród głównych objawów wymienia się: apatię, męczliwość, drażliwość oraz zaburzenia poznawcze, ale zdarzają się również psychozy z podnieceniem oraz zaburzenia świadomości.

**Zespół Cushinga** swoją nazwę wziął od neurochirurga Harveya Cushinga, który w 1932r. powiązał wzrost nadnerczy i hiperkortyzolemię z gruczolakiem przysadki. Do somatycznych objawów zwiększonego stężenia kortyzolu zalicza się: skłonność do siniaczenia, otyłość brzuszna, zanik mięśni, osteoporozę i upośledzoną odporność. Objawy psychiczne przypominają depresję endogenną: drażliwość, obniżony nastrój, bezsenność oraz zaburzenia pamięci/koncentracji uwagi.

Wykazano, że z wielu względów wysokie stężenia glikokortykosteroidów powodują pogorszenie pamięci deklaratywnej, jak również zanik hipokampa. Badania przeprowadzone u pacjentów z zespołem Cushinga, którzy przebyli resekcją neurochirurgiczną, pokazało zależność między spadkiem stężenia kortyzolu w moczu, a wzrostem objętości hipokampa. W dalszych analizach uwidoczniono związek poprawy pamięci (lista słów do zapamiętania) ze wzrostem objętości hipokampa. Istnieją dowody na wpływ glikokortykosteroidów na zanik neuronów związany z wiekiem i spadek funkcji poznawczych. Ważnym aspektem zdrowej adaptacyjnej odpowiedzi na stres jest zdolność do wyłączenia systemu, gdy zagrożenie mija. Badania na szczurach pokazują, że szybkość zamykania się osi HPA zmniejsza się w miarę starzenia. W miarę upływu lat zwierzę jest więc narażone na coraz dłuższe wysokie stężenia glikokortykosteroidów. U ludzi zdolność do wyłączania osi HPA i układu współczulnego wykazuje zróżnicowanie. U niektórych osób mechanizm ten działa bardziej skutecznie niż u innych. W chorobach kory nadnerczy takich jak zespół Cushinga i choroba Addisona dominującymi objawami dotyczącymi sfery psychiki są stany depresyjne z apatią, spowolnieniem lub pobudzeniem ruchowym. Mogą sporadycznie występować urojenia prześladowcze, hipochondryczne i dziwaczne zachowanie. Przy przewlekłym stosowaniu terapii hormonalnej steroidami kory nadnerczy, kortyzolu, deksametazonu, prednizonu lub przyjmowaniu steroidów anabolicznych dość często występuje zespół maniakalny.

Josephs i wsp. [3] opisali chorych, u których psychoza paranoidalna występowała w przebiegu **choroby Niemanna-Picka**. Choroba ta jest zaburzeniem neurometabolicznym, dziedzicznym autosomalnie w sposób recesywny. W opisanych przypadkach, chorzy początkowo na podstawie obecności omamów słuchowych i urojeń prześladowczych otrzymywali rozpoznanie schizofrenii lub zaburzenia schizoafektywnego. Byli leczeni neuroleptykami i środkami przeciwdrożdżycowymi. W dalszym przebiegu choroby występowały u nich zaburzenia neurologiczne w postaci dysartrii, zaburzeń ruchowych i drgawek, co skłoniło lekarzy do dokładnych badań, w czasie których udało się stwierdzić chorobę Niemanna-Picka. Badaniami neuroobrazowymi stwierdzano u tych chorych zmiany zanikowe w okolicy jąder podstawy i w istocie białej przykomorowo. Warto wspomnieć o tych przypadkach, ponieważ stanowią trudności diagnostyczne.

W przebiegu **kolagenoz**, szczególnie tocznia rumieniowatego czasem występują zaburzenia myślenia o charakterze urojeń, podobne do tych, które występują u chorych na schizofrenię. W ostrej porfirii u 15% chorych obserwuje się zaburzenia psychiczne takie, jak urojenia prześladowcze, stany stuporu, zaburzenia zachowania.

**Choroba Wilsona**, czyli zwyrodnienie soczewkowo-wątrobowe, może się rozpoczynać wystąpieniem objawów schizofrenopodobnych w postaci urojeń prześladowczych i zaburzeń zachowania.

W **toksoplazmozie** na pierwszy plan, szczególnie na początku choroby, mogą się wysuwać objawy psychopatologiczne takie, jak zaburzenie koncentracji uwagi, wycofanie z aktywności, unikanie kontaktów z ludźmi. U pacjentów z organicznymi zmianami w OUN obserwowano przekonania, że ludzie zapożyczają swój zewnętrzny wygląd od innych, ale również występują one w przebiegu schizofrenii i psychoz afektywnych. Taki objaw nazywany jest intermetamorfopsjami. Zarówno zespół Capgrasa jak i Fregoliego mogą występować przy obecności u pacjentów guza przysadki, AIDS, cukrzyca, niedoczynności tarczycy i zatruciach np. disulfiramem [4]. Zaburzenia urojeniowe obserwowane są u osób zarażonych wirusem HIV lub kiłą. W późnym stadium kiły, kiedy dochodzi do zmian organicznych w mózgu mogą występować urojenia absurdalne, fantastyczne, którym często towarzyszy nastrój euforyczny.

### Choroby psychosomatyczne

W związku z coraz powszechniejszym wśród przedstawicieli nauk biologicznych, holistycznym podejściem do człowieka, także w medycynie zwraca się uwagę na różne wymiary i wieloprzyczynowość chorób somatycznych. Konkretnym wyrazem tej tendencji jest wyodrębnienie podgrupy chorób, w których wzajemne powiązanie somy i psyche nie budzi już żadnych wątpliwości, są to właśnie choroby psychosomatyczne. Wiele jest koncepcji próbujących wyjaśnić strukturę tego wzajemnego uwa-

runkowania. Większość z nich przyjmuje, że zaburzenia psychosomatyczne często wynikają z nieprawidłowości czy też nieumiejętności w wyrażaniu emocji. Posługując się odpowiednimi narzędziami badawczymi można je do pewnego stopnia wyodrębnić i zmierzyć ich nasilenie. Stany emocjonalne, które szczególnie często występują w chorobach psychosomatycznych to lęk i depresja.

Istnieją sprzeczne zdania co do istnienia odrębnej klasy chorób, tzw. psychosomatycznych.

Somatyzacja oznacza przeżywanie psychologicznego cierpienia w postaci objawów somatycznych. Zaburzenia te są poważnym problemem medycznym bo około 30% pacjentów zgłasza się do lekarzy różnych specjalności z dolegliwościami somatycznymi, które nie mają podłoża organicznego. Zespoły psychosomatyczne są zazwyczaj opisywane jako odrębne zespoły kliniczne, chociaż niektóre ich składniki są wspólne dla wszystkich. Pacjent prezentuje objawy, które sugerują somatyczne podłoże choroby; objawy te powodują poczucie zagrożenia. Brak jest choroby organicznej, która byłaby wystarczającym wytłumaczeniem tych objawów, zaś ich przyczyn upatruje się w czynnikach psychologicznych, które mogą być mniej lub bardziej widoczne. Istnieje wiele objawów spotykanych zarówno na gruncie medycyny ogólnej jak i chirurgicznej:

Gastrologia – zespół jelita drażliwego

Ginekologia – przewlekły ból w podbrzuszu

Reumatologia – fibromialgia

Kardiologia – nietypowy ból w klatce piersiowej

Laryngologia – gałka histeryczna

Neurologia – napięciowe bóle głowy, pseudonapady padaczkowe.

Mechanizmy sprawcze obecnie nie są znane, mogą jednak odgrywać pewną rolę: czynniki psychologiczne pacjenta, przekonania pacjenta co do własnego zdrowia, stan emocjonalny, osobowość, stopień pobudliwości autonomicznej, zwiększone napięcie mięśniowe, skutki hiperwentylacji, skutki zaburzonego snu, skutki przewlekłego braku aktywności, upośledzona zdolność do filtracji bodźców aferentnych. Jest wiele teorii wywołujących takie zaburzenia. Teorie psychologiczne: jedną z pierwszych była teoria Alexandra [5], który uważał, że przyczyną wyróżnianych przez niego chorób psychosomatycznych (nadcisnienie samoistne, GPP, zapalenie wrzodziejące jelit, świerzbicząca, choroba wrzodowa, nadczynność tarczycy, dychawica oskrzelowa) są 3 czynniki: 1/ psychodynamiczna konstelacja ukształtowana we wczesnych okresach życia, 2/ sytuacje stresowe, 3/ konstytucjonalnie uwarunkowany w organizmie locus minoris resistentie.

Dunbar [6] przypisywała znaczenie cechom osobowości mającym znaczenie patogenetyczne dla rozwoju takich zaburzeń. Była też teoria tzw. osobowości A, czyli z cechami przywódczymi, potrzebą współzawodnictwa, ciągłym napięciem, wrogością, co miało sprzyjać występowaniu zawałów lub choroby wieńcowej.

Wydaje się, że ma znaczenie to, jaki rodzaj mechanizmów obronnych człowiek stosuje. Mechanizmy wyparcia mogą prowadzić do regresji somatycznej, co może prowadzić albo do zaburzeń psychosomatycznych albo do chorób organicznych. Mechanizmy przemieszczenia, czyli projekcji, prowadzą raczej do wystąpienia nerwicy albo choroby psychicznej. Zatem ważne jest jakie mechanizmy psychologiczne radzenia sobie ze stresem są właściwe dla człowieka. Według Leviego [7] każdy człowiek ma pewien „program psychobiologiczny”, wynikający z predyspozycji genetycznych i doświadczeń życiowych. Program ten umożliwia przystosowywanie się do bodźców działających na organizm, które powodują stresy. Jeżeli ten program zawodzi z jakichś powodów, albo stresy przekraczają jego możliwości, to uruchamiane są mechanizmy pośredniczące, które przybierają postać reakcji fizjologicznych, emocjonalnych i behawioralnych. Reakcje fizjologiczne polegają na zakłóceniu funkcjonowania narządów i rozwoju chorób somatycznych.

Reiser [8] w koncepcji etiopatogenezy choroby psychosomatycznej uwzględnił czynniki biologiczne, psychospołeczne i osobowość chorego. Wyróżnił w przebiegu takiej choroby: 1/ fazę zwiastunów zależną głównie od cech genetycznych, 2/ rozwój choroby zależny od doświadczeń życiowych i osobowości, 3/ wystąpienie objawów chorobowych w sytuacji stresowej, 4/ etap przedchorobowy, kiedy organizm próbuje się mobilizować, 5/ pełny rozwój choroby somatycznej, 6/ zmiana zachowania i stanu emocjonalnego. Nemiah [za: 9] wyróżnił cechy charakteryzujące pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, a mianowicie: zubożenie życia emocjonalnego, brak zdolności do fantazjowania, mało elastyczny, sztywny sposób zachowania.

### Objawy czynnościowe

*Lęk somatyczny* to uczucie kołatania serca, pocenie się, duszności, błądź oraz poczucie dyskomfortu w jamie brzusznej. Uczucie lęku jest związane z pobudzeniem systemu autonomicznego oraz poznawczą oceną zagrożenia, które były prymitywnymi reakcjami adaptacyjnymi, od których zależało przetrwanie.

*Somatyzacja*: doświadczanie objawów somatycznych, przy braku lub niewystarczającej przyczynie somatycznej, z domniemaną przyczyną psychologiczną.

*Hipochondria*: przekonanie o posiadaniu choroby pomimo dowodów na jej brak.

*Konwersja*: Proces w którym myśli lub wspomnienia przykre dla świadomego umysłu zostają wyparte i „przekształcone” w objawy somatyczne, czasami o symbolicznym znaczeniu dla pacjenta.

*Dysocjacja*: oddzielenie nieprzyjemnych odczuć i wspomnień od świadomości, z następującym zakłóceniem normalnie scalonych funkcji świadomości.

*Dysmorfofobia*: przekonanie posiadania istotnej deformacji ciała – idea nadwartościowa.

*Ból*: nieprzyjemne wrażenie czuciowe lub emocjonalne związane z rzeczywistym lub możliwym uszkodzeniem tkanek.

*„Nakładanie czynnościowe”*: objawy poważniejsze niż te usprawiedliwione rozległością (niewątpliwiej) choroby organicznej.

W pełni rozwinięte zaburzenie somatyzacyjne lub zespół Briqueta prawdopodobnie obrazuje końcowy okres ciągłego nieprawidłowego zachowania chorobowego. Pacjenci z tym zaburzeniem mają długą, skomplikowaną dokumentację medyczną (pacjenci z „grubymi teczkami”), chociaż w czasie zbierania wywiadu będą minimalizować znaczenie wszystkich z wyjątkiem zupełnie świeżych objawów. Objawy mogą występować ze strony każdego z układów i są w pewnym sensie podatne na sugestię. Najczęściej występują objawy niespecyficzne i nietypowe. Może występować znaczna rozbieżność pomiędzy obiektywnym stwierdzeniem objawu, a jego subiektywnym odczuwaniem. (np. skargi na nieznośny ból u pacjenta, którego personel pielęgniarski obserwuje później w trakcie żartobliwej rozmowy z krewnymi). Objawy zazwyczaj są skupione w obrębie jednego układu narządowego ale mogą zostać przeniesione na inny układ po wyczerpaniu możliwości diagnostycznych. Życie pacjenta i jego rodziny jest skoncentrowane na jego chorobie. Rozpoznanie jest zazwyczaj jedynie podejrzeniem po uzyskaniu negatywnych wyników możliwych badań, zaś zaczyna niepokoić kiedy normalna praktyka medyczna przyjmuje skargi za wartość nominalną. Kluczem do diagnostyki są wielorakie, nietypowe i niespójne medycznie niewyjaśnione objawy u pacjenta poniżej 40. roku życia. Obserwuje się częste korzystanie ze służby zdrowia i metod alternatywnych. W przypadkach przewlekłych można obserwować znaczną ilość wykonanych procedur diagnostycznych, chirurgicznych i internistycznych. Istnieje wysokie ryzyko wpływu jatrogennego i jatrogennej zależności lekowej. We wzajemnych relacjach pomiędzy lekarzem i pacjentem może pojawić się wrogie nastawienie i frustracja. Psychologiczne podejście do leczenia utrudnia trwająca diagnostyka obejmująca nawet rzadko wykonywane procedury oraz przypisywanie objawów nieprawdziwych lecz „nazwanych” jednostek chorobowych.

Obserwuje się kliniczne powiązanie z chorobami w dzieciństwie pacjenta oraz postawie rodziców obawiających się chorób. Zwiększona częstość somatyzacji występuje u krewnych pierwszego stopnia. Możliwe jest neuropsychiatryczne podłoże problemu przy błędnej ocenie normalnego dopływu bodźców zmysłowych. Istnieje związek z faktem wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie.

Rozpoznanie stawia się w oparciu o badanie innej psychopatologii, chociaż ponad połowa pacjentów z zaburzeniami somatyzacyjnymi przejawia współchorobowość psychiatryczną.

#### Piśmiennictwo

1. Moraga A.V., Rodriguez-Pascual C. Accurate diagnosis of delirium in elderly patients, *Curr. Opin. Psychiatry*, 2007, 20, 262-267.
2. Tomb D.A. *Psychiatry*. Wolter Kluwer/Lippicott Williams &Wilkins, Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Sydney-Tokio, 2008.
3. Josephs K.A., VanGerpen M.W., VanGerpen J.A.: Adult onset Niemann-Pick Disease type C presenting with psychosis. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 2003, 74, 528-529.
4. Oyebo F., Sargeant R. Delusional Misidentification Syndromes: A Descriptive Study. *Psychopathology*, 1996, 29, 209-214.
5. Alexander F. *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York; Norton Co. Inc: 1950.
6. Dunbar F. *Emotions and bodily changes*. New York; Columbia University Press: 1954.
7. Levi L. *Psychosocial stress and disease: A conceptual model*, W: Spielberger, Saranson red., *Stress and anxiety*. New York; John Wiley & Sons: 1978.
8. Reiser L.W. The write stuff. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2000; 48(2): 351-354.
9. Grzywa A. *Pogranicza Psychiatrii. Drogi i Bezdroża Umysłu*. Lublin; Wyd. Czelej; 2009.

#### Correspondence address

Anna Grzywa  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Lublin, ul. Głuska 1, 20-439 Lublin