



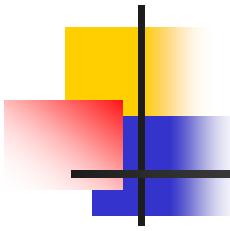
Objawy somatyczne a somatyzacyjne

Dr n. med. Katarzyna Wojaczyńska-Stanek
specjalista chorób dzieci i neurologii
dziecięcej



Objawy somatyczne i somatyzacyjne - stereotyp myślenia współczesnego lekarza

- **Objawy somatyczne** – wynikają z istnienia przyczyny organicznej, są objawem choroby ciała
- **Somatyzacja** - dolegliwości sugerujące obecność choroby somatycznej (pozapsychiatrycznej) przy równoczesnym braku innych przesłanek chorobowych w badaniach laboratoryjnych, obrazowych i badaniu fizykalnym.



ICD-10 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoform disorders)

- F45.0 zaburzenia somatyzacyjne[z somatyzacją]
- F45.1 zaburzenia występujące pod postacią somatyczną niezróżnicowane
- F45.2 Zaburzenia hipochondryczne
- F45.3 Zaburzenia wegetatywne występujące pod postacią somatyczną
- F45.4 Uporczywe bóle psychogenne



Zaburzenia somatyzacyjne (z somatyzacją) (F45.0)

- częściej u **kobiet**
- zaczynają się w dzieciństwie lub w okresie adolescencji
- **rodzinne** występowanie
- chory prosi o leczenie celem usunięcia **dolegliwości**, chociaż często nie przestrzega zaleceń lekarskich **nadużywając leków**



Zaburzenia hipochondryczne (F45.2)

- zaabsorbowanie pacjenta możliwością występowania u niego jednej lub liczniejszych, poważnych i postępujących **chorób somatycznych**.
- pacjent zwraca uwagę na obecność poważnej choroby leżącej u podłoża objawów, a domagając się **kolejnych badań**, oczekuje określenia lub potwierdzenia charakteru choroby.
- duża **zmiennosc skarg**, oraz przewlekły i zmienny stopień niesprawności
- dużo wiadomości medycznych i zainteresowanie publikacjami medycznymi



Zaburzenia hipochondryczne (F45.2)

- jednakowa częstość u mężczyzn i kobiet,
- bez cech rodzinnego występowania
- objawy utrzymują się co najmniej 6 miesięcy
- pacjenci **obawiają się** przyjmowania leków i związanych z nimi objawów ubocznych



Uporczywe bóle psychogenne (F45.4)

- przeżywanie bólu mimo braku wyraźnego bodźca
- lokalizacja bólu **nie odpowiada** zwykle neuroanatomii
- często trudny do lokalizacji, lub „wędrujący”
- najczęściej niezwykły (niepodobny do bólu somatycznego).
- stwierdza się związek między stresem czy konfliktem, a wystąpieniem lub nasileniem bólu



Objawy somatyczne i somatyzacyjne- opinie mędrców

- „Niemożliwe jest oddzielenie zdrowia ciała od zdrowia umysłu”

Księga Hioba

- „Leczyć trzeba nie tylko ciało ale i duszę chorego”

Hipokrates



Lęk

Lęk, trwoga, nieokreślony niepokój, odróżnia się od strachu, będącego zawsze „baniem się czegoś”.

Lęk nie odnosi się do żadnego konkretnego przedmiotu, co powoduje, że jest wszechogarniający i głębiej przenikający. Absorbuje całą psychikę człowieka. To niepokój metafizyczny.

Hegel



Neurobiologia lęku

kora czuciowa → wyspa → kora przedczołowa →
jądra centralne ciała migdałowatego (długa pętla)

wzgórze → jądra boczne ciała migdałowatego →
jądra centralne ciała migdałowatego (krótka pętla)



Neurobiologia lęku

długa pętla



krótka pętla



hipokamp



pień mózgu



podwzgórze



Neurobiologia lęku

Podwzgórze



**reakcje
autonomiczne**



**manifestacja
behavioralna**



Wzbudzenie emocjonalne

- wzrost stężenia:
 - katecholamin,
 - ACTH
 - kortykosterydów,
 - wolnych kwasów tłuszczowych,
 - trójglicerydów,
- przyspieszenie OB,
- obniżenie poziomu żelaza w surowicy



Objawy somatyczne (reakcje autonomiczne)

- ✓ bóle i zawroty głowy
- ✓ suchość w jamie ustnej
- ✓ krztuszenie się
- ✓ jadłowstręt
- ✓ duszności
- ✓ tachykardia i kołatanie serca
- ✓ ból w klatce piersiowej
- ✓ potliwość
- ✓ osłabienie fizyczne



Objawy somatyczne (reakcje autonomiczne)

- ✓ nudności i bóle brzucha
- ✓ zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego
- ✓ omdlenia/ utraty przytomności
- ✓ objawy dysuryczne
- ✓ zaburzenia widzenia
- ✓ zaburzenia termoregulacji
- ✓ hipersekrecja śliny, łez, wydzieliny z nosa



Choroby psychosomatyczne organiczne

- **Psychosomatozy** - na skutek dłużej utrzymujących się zmian czynnościowych dochodzi do **wtórnych uszkodzeń morfologicznych** narządów.
- Czynniki psychospołeczne są **jednym z wielu czynników etiopatogenetycznych**
- psychoterapia i psychofarmakoterapia są ważnym uzupełnieniem odpowiedniego leczenia „somatycznego”.



Choroby psychosomatyczne organiczne

- nadciśnienie samoistne
- dychawica oskrzelową
- wrzodziejące zapalenie jelit
- atopowe zapalenie skóry
- choroba wrzodowa
- nadczynność tarczycy
- gościec przewlekły postępujący



MUS—(medically unexplained symptoms)

- MUS to niepełnosprawność, dyskomfort, brak satysfakcji, „ruina”- głównie finansowa wynikająca z kosztów diagnozowania i leczenia somatyzacji
- MUS **nie może** być synonimem medycznej ignorancji



MUS- skala problemu

- Częstość występowania MUS u pacjentów ambulatoryjnych- 25% do 75% (najczęściej jest to ból)
- Połowa lub więcej z nich nie ma w ogóle, lub niewielką przyczynę somatyczną, wyjaśniającą objawy
- 16 % ma podłoże organiczne
- Psychoterapeutyczne leczenie ambulatoryjne jest skuteczne, ale pacjenci z MUS rzadko go otrzymują

Dlaczego?



MUS- skala problemu

- najpierw muszą być zdiagnozowani somatycznie
- zleca się nieistotne badania laboratoryjne
- włącza się leczenie objawowe

skutki

- powikłania jatrogenne
- wzrost kosztów
- opóźnione właściwe leczenie



MUS- różnicowanie

- rzadkie choroby organiczne (choroba Wilsona, galaktozemia),
- choroby z niezwykłymi objawami (stwardnienie rozsiane, borelioza, porfiria)
- choroby z objawami psychicznymi (rak trzustki, przewlekły krwihak podtwardówkowy, colitis ulcerosa)



MUS-różnicowanie

- zaburzenia depresyjne
- zespół Munchausen
- psychozy
- symulacja
- zaburzenia osobowości
- nadużywanie leków, używek, narkotyków
- przewlekłe zatrucia



MUS a diagnoza

MUS klasyfikujemy w/g:

- **ciężkości** : łagodny → średni → ciężki
- **sposobu występowania**: ostry, podostry, przewlekły
- **towarzyszacych chorób**- psychiatrycznych i/lub fizycznych

Analiza historii choroby, badanie fizykalne i obserwacja pozwalają postawić trafną diagnozę u 80% z MUS.

Pozostałych 20% to pacjenci trudni z koniecznością wykonywania badań dodatkowych.



Jak postępować z pacjentem z MUS?

- zaufanie do lekarza
- reakcja pacjenta na wyjaśnienia lekarza: odrzucenie, porozumienie, wzmocnienie (przekonanie chorego, że ma wpływ na swoje objawy)
- „przełamywanie złych wiadomości”- lekarz musi ustalić co dla chorego jest złą wiadomością.
- problem etykietowania- dla kogo ważny- dla doktora, czy pacjenta



Jak postępować z pacjentem z MUS?

- rozpoznajemy u nich: zespół przewlekłego zmęczenia, zespół drażliwego jelita, czy fibromyalię - **nadal są MUS ,ale mają diagnozę!**
- pacjenci z przewlekłym zespołem MUS – to trudni pacjenci

Jak najszybciej skorzystajmy z pomocy psychiatry i psychoterapeuty!



Skutki zaburzeń somatoformicznych

- nadużywanie systemu medycznego
- zbędna diagnostyka
- generowanie niepotrzebnych kosztów
- zbędne uzależniające „leczenie”
- spadek aktywności i wydolności
- izolacja społeczna
- nadużywanie alkoholu i leków
- samobójstwa



Piśmiennictwo

- Didier Julia: Słownik filozofii, Książnica 1984
- Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M (1989). "Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples". J. Nerv. Ment. Dis. 177 (3): 140–6. PMID2918297
- Jeffrey L Jackson, Kurt Kroenke: Managing Somatization Medically Unexplained Should Not Mean Medically Ignored. J Gen Intern Med. 2007 May; 22(5): 685–691. PMC1852906
- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, et al. (1997). "Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care". Arch. Gen. Psychiatry 54 (4): 352–8. PMID 9107152.
- Jerzy Landowski: Neurobiologia reakcji stresowe Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2007; 2, 1: 26–36
- Lynch DJ, McGrady A, Nagel R, Zsembik C (1999). Somatization in Family Practice: Comparing 5 Methods of Classification. 1. pp. 85–89. PMID 15014690.
- Rosa Magallón, Margalida Gili, Sergio Moreno, Natalia Bauzá, Javier García-Campayo, Miquel Roca, Yolanda Ruiz, and Eva Andrés. Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI 4,6) in primary care: a randomized, controlled study. BMC Psychiatry. 2008; 8: 47. PMC2443798
- L A Page, and S Wessely: Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor–patient encounter J Gen Intern Med. 2006 July; 21(7): 797–799. PMC1924713.
- Robert C. Smith, Joseph C. Gardiner, Judith S. Lyles, Corina Sirbu, Francesca C. Dwamena, Annemarie Hodges, Clare Collins, Catherine Lein, C. William Given, Barbara Given, and John Goddeeris; Exploration of DSM-IV Criteria in Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. Psychosom Med. 2005;67(1):123-129.PMC1894627
- Robert C. Smith, Francesca C. Dwamena: Classification and Diagnosis of Patients with Medically Unexplained Symptoms. J Soc Med. 2003 May; 96(5): 223–227. PMC539474