

Małgorzata A. Basińska<sup>1</sup>, Agnieszka Woźniewicz<sup>2</sup>

## Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych – wersja zrewidowana (DCPR-R) Giovanniego Favy z zespołem

Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research – revised version

by Giovanni A. Fava and his research team

<sup>1</sup>Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Bydgoszcz, Polska

<sup>2</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, Polska

Adres do korespondencji: Małgorzata A. Basińska, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: basinska@ukw.edu.pl

Wkład pracy autora pierwszego i drugiego jest równoważny.

### Streszczenie

System klasyfikacyjny zaburzeń psychosomatycznych przygotowany przez włosko-amerykański zespół naukowców pod koniec XX wieku – Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*, DCPR) – został opracowany, a następnie poprawiony na podstawie obserwacji i badań prowadzonych przez klinicystów. W niniejszej pracy przedstawiono jego aktualną wersję – DCPR-R. Prezentowana klasyfikacja odbiega od dychotomii między zaburzeniami uwarunkowanymi organicznie a uwarunkowanymi funkcjonalnie. Nowe kryteria umożliwiają ocenę znaczenia licznych wymiarów i reakcji emocjonalno-behawioralnych dla funkcjonowania osoby chorej. Wyodrębnione zespoły podzielono w wersji zrewidowanej na cztery kategorie: związane ze stresem, zachowania chorobowe, manifestacje psychologiczne i właściwości osobowościowe. Autorzy dodali czynnik opisujący doświadczenia życiowe przyczyniające się do wystąpienia stresu (przeciążenie allostyczne). Do zachowań chorobowych zaliczono lęk o zdrowie, morbofobię, hipochondrię, tanatofobię, zaprzeczanie choroby, upór przy somatyzacji, objawy konwersji i reakcję rocznicową. Manifestacje psychologiczne to stan drażliwości (irytacji), objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego i demoralizacja/utrata morale. Jako czynniki związane z osobowością ujęto wzór zachowania A i aleksytymię. Autorzy DCPR-R określili liczbę kryteriów koniecznych do rozpoznania każdego z syndromów. System pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy dany zespół występuje, czy nie, lecz nie pozwala na ustalenie stopnia nasilenia zaburzeń. Syndromy psychosomatyczne odgrywają istotną rolę w rozwoju i/lub przebiegu chorób somatycznych. Dzięki włączeniu tych syndromów do diagnostyki klinicznej można poszerzyć spektrum informacji o funkcjonowaniu pacjenta, a dzięki ich zdiagnozowaniu – zaproponować trafną pomoc psychologiczną, która przełoży się na poprawę jakości życia.

**Słowa kluczowe:** kryteria diagnostyczne, syndromy psychosomatyczne, DCPR

### Abstract

Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR), developed by a team of Italian and American researchers at the end of the 20<sup>th</sup> century, was elaborated and then revised based on observations and studies conducted by clinicians. In this paper, we present their current version known as DCPR-R. This classification system departs from the functional/organic dichotomy of disorders. The new criteria allow for the assessment of the role of multiple emotional/behavioural dimensions and responses in the functioning of an affected person. The revised version has four diagnostic modules, i.e., stress, illness behaviour, psychological manifestation, and personality. The authors introduced an additional factor to describe life experiences that contribute to stress (allostatic overload). Illness behaviours include health anxiety, disease phobia, hypochondriasis, thanatophobia, illness denial, persistent somatisation, conversion, and anniversary reaction. Irritable mood, somatic symptoms secondary to a psychiatric disorder and demoralisation are psychological manifestations. Type A behaviour pattern and alexithymia are considered personality-related factors. The authors of DCPR-R proposed a certain number of criteria to be met in order to diagnose each of these syndromes. The system makes it possible to clearly determine the presence of a given syndrome, but it does not allow to assess its severity. Psychosomatic syndromes play an important role in the development and/or course of somatic diseases. Inclusion of these syndromes in clinical diagnosis has made it possible to expand the spectrum of information about patient's functioning, and, once they are diagnosed, offer appropriate psychological assistance, which will translate into an improvement in the quality of life.

**Keywords:** diagnostic criteria, psychosomatic syndromes, DCPR

## WPROWADZENIE

Obserwacje kliniczne pokazują, że poza zaburzeniami psychicznymi, które są diagnozowane za pomocą systemów klasyfikacyjnych DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), istnieją inne znaczące trudności psychiczne, które mają istotny wpływ na przebieg choroby i ocenę jakości życia pacjenta. Przedmiotem niniejszej pracy są Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*, DCPR), dotyczące właśnie mniej typowych problemów (Fava *et al.*, 2017). W systemie DSM-5 występują dwie kategorie umożliwiające diagnozę zaburzeń psychosomatycznych: objawy medycznie niewyjaśnione (*medically unexplained symptoms*) i czynniki psychiczne oddziałujące na inne schorzenia (*psychological factors affecting other medical condition*). Z kolei w ICD-11 uwzględniono kategorię zaburzeń związanych z cierpieniem cielesnym (*bodily distress disorder*), proponowaną wcześniej jako zespół fizycznej reakcji wobec stresu (*bodily distress syndrome*) (Fink *et al.*, 2007; Krawczyk i Świącicki, 2020; World Health Organization, 2021; Woźniewicz, 2018).

System DCPR, opracowany przez włosko-amerykański zespół naukowców pod koniec XX wieku (Fava *et al.*, 1995), umożliwia ocenę znaczenia licznych wymiarów i reakcji emocjonalno-behawioralnych dla funkcjonowania osoby chorej, a stale rosnąca ilość wyników badań przemawia za słusnością takiego podejścia (Basińska i Woźniewicz, 2016, 2014; Battaglia *et al.*, 2018; Fava *et al.*, 2007, 2012; Grassi *et al.*, 2013, 2007; Guidi *et al.*, 2011; Mangelli *et al.*, 2005, 2006; Picardi *et al.*, 2005, 2006; Porcelli *et al.*, 2012, 2013; Rafanelli *et al.*, 2003; Sonino *et al.*, 2004; Wise *et al.*, 2012). Zespoły wyodrębnione w DCPR pełnią istotną funkcję w rozwoju i/lub przebiegu chorób somatycznych (Cosci i Fava, 2019; Fava *et al.*, 2017, 2007; Galeazzi *et al.*, 2004; Mangelli *et al.*, 2006; Porcelli i Rafanelli, 2010). Pozwalają m.in. oszacować znaczenie wymiarów i reakcji emocjonalnych dla poznawczej reprezentacji choroby oraz przekonań na temat zażywania leków (Grassi *et al.*, 2017).

Niektóre ze wspomnianych zespołów – przykładowo wzór zachowania A i aleksytymia (Heszen i Sęk, 2012) – zostały już szeroko opisane w literaturze, ale inne – syndrom demoralizacji czy reakcja rocznicowa – są mniej znane. Jak wynika z badań, występowanie u pacjenta choćby jednego z zespołów ujętych w DCPR wiąże się ze znacznie wyższym poziomem stresu, cierpieniem psychicznym i generalnie obniżoną jakością życia w porównaniu z osobami, u których nie zdiagnozowano żadnego zespołu (Basińska i Woźniewicz, 2014). Pacjenci z zespołami DCPR zgłaszali wyższy poziom smutku, więcej objawów somatycznych, gorsze samopoczucie, niższą aktywność rekreacyjną i mniejsze wsparcie społeczne. Cechowali się także wyższymi wynikami w ocenie zaabsorbowania i zmartwień związanych z doświadczaną chorobą (mowa tu o postrzeganiu samej choroby i skutków leczenia, poczuciu odmienności

od innych, wpływie stanu zdrowia na życie seksualne czy przyszłość) (Grassi *et al.*, 2004).

Zaletą klasyfikacji DCPR jest to, że odbiega ona od dychotomii między zaburzeniami uwarunkowanymi organicznie a uwarunkowanymi funkcjonalnie oraz od wprowadzającego w błąd i niebezpiecznego założenia, iż jeśli nie można zidentyfikować czynników organicznych, to muszą istnieć powody psychologiczne, które w pełni wyjaśniają symptomatologię somatyczną. Literatura z zakresu psychosomatyki dostarcza przykładów, w których czynniki psychologiczne mogą tylko częściowo opisać niewyjaśnione zaburzenie medyczne (Cosci i Fava, 2019). Z kolei obecność ustalonej organicznej przyczyny zaburzenia somatycznego nie wyklucza stresu psychicznego, a wręcz zwiększa prawdopodobieństwo jego wystąpienia (Fava i Sonino, 2010). Włączenie zespołów wyodrębnionych w DCPR do procesu rozpoznawania klinicznego może poszerzyć spektrum informacji o funkcjonowaniu pacjenta, a w rezultacie – zwiększyć dokładność na etapie stawiania diagnozy i podejmowania decyzji o sposobie leczenia (Fava i Wise, 2007; Sirri i Fava, 2013).

## PORÓWNANIE SYSTEMU DCPR Z DCPR ZREWIDOWANYM

W pierwotnej wersji DCPR opracowano 12 zespołów, poddanych szerokim badaniom (Porcelli i Todarello, 2012): lęk o zdrowie, hipochondrię, fobię przed chorobą, zaprzeczanie chorobie, trwałe somatyzacje, symptomy konwersji, demoralizację, tanatofobię, funkcjonalne objawy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych, nastrój irytacji, aleksytymię i wzór zachowania A (Basińska, 2012; Basińska i Woźniewicz, 2014; Fava *et al.*, 2007; Mangelli *et al.*, 2009, 2006; Sirri i Fava, 2013; Woźniewicz, 2018). Badania i analizy doprowadziły do korekty listy dotychczas wydzielonych zespołów (Cosci i Fava, 2019; Fava *et al.*, 2017). W zrewidowanej wersji DCPR dodano zespół związany ze stresem – przeciążenie allostatyczne, ponieważ klinicyści zaobserwowali, iż choroba często pojawiała się po stresujących wydarzeniach życiowych. Wydarzenia takie mogą na różne sposoby wpływać na mechanizmy regulacyjne funkcji neuroendokrynnych układu immunologicznego (Fava *et al.*, 2017). Po zmianach opisano 14 zespołów psychosomatycznych, zgrupowanych według czterech kategorii diagnostycznych: związane ze stresem, zachowania chorobowe, manifestacje psychologiczne i właściwości osobowościowe. Można diagnozować wszystkie zespoły łącznie albo każdy z osobna, adekwatnie do celów badawczych i klinicznych. Porównanie wersji pierwotnej i zrewidowanej przedstawiono w tab. 1, a kryteria diagnostyczne poszczególnych zespołów omówiono niżej (Cosci i Fava, 2019; Fava *et al.*, 2017).

## KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE DLA ZESPOŁÓW UJĘTYCH W DCPR-R

Zespół **związany ze stresem**, czyli przeciążenie allostatyczne, rozpoznaje się na podstawie dwóch kryteriów diagnostycznych:

Wersja pierwotna DCPR	Wersja zrewidowana DCPR	
Lęk o zdrowie Fobia choroby Tanatofobia Zaprzeczanie chorobie Uporczywe somatyzacje Objawy konwersji Reakcja roznicowa Funkcjonalne objawy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych Postawa rezygnacji/demoralizacja Nastroj irytacji Wzór zachowania A Aleksytymia	Stres	Przeciążenie allostatyczne
	Zachowania chorobowe	Lęk o zdrowie Morbofobia Hipochondria Tanatofobia Zaprzeczanie chorobie Uporczywe somatyzacje Objawy konwersji Reakcja roznicowa Objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego
	Manifestacje psychologiczne	Demoralizacja (utrata morale) Stan drażliwości (irytacji) Wzór zachowania A
	Osobowość	Aleksytymia

Tab. 1. Podział syndromów psychosomatycznych w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Występowanie co najmniej jednego aktualnego, możliwego do zidentyfikowania źródła dystresu w postaci ostatnich wydarzeń życiowych i/lub przewlekłego stresu; stresor jest oceniany jako obciążający lub przekraczający możliwości radzenia sobie danej osoby, gdy jego charakter i okoliczności są w pełni znane
Kryterium B: Stresor jest związany z jedną lub więcej z 3 następujących cech, które wystąpiły w okresie 6 miesięcy od pojawienia się stresora: (1) Co najmniej 2 z następujących symptomów: trudności z zasypianiem, niespokojny sen, wczesne wybudzanie się, brak energii, zawroty głowy, uogólniony lęk, smutek, demoralizacja (utrata morale) (2) Znaczne pogorszenie funkcjonowania zawodowego lub społecznego (3) Znaczne trudności w panowaniu nad otoczeniem (poczucie przytłoczenia wymaganiami codziennego życia)

Tab. 2. Przeciążenie allostatyczne – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Ogólne martwienie się z powodu choroby czy bólu i zaabsorbowanie ciałem (rozumiane jako tendencja do wzmacniania doznań somatycznych) trwające krócej niż 6 miesięcy
Kryterium B: Zmartwienia i obawy łatwo poddają się właściwemu oddziaływaniu medycznemu, chociaż po jakimś czasie mogą pojawić się nowe

Tab. 3. Lęk o zdrowie – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Trwałe nieuzasadnione obawy przed cierpieniem na konkretną chorobę (raka, AIDS etc.). Obawy utrzymują się mimo odpowiedniego badania oraz rozwiania wątpliwości i uspokojenia przez lekarza
Kryterium B: Obawy przejawiają się raczej w postaci ataków niż jako ciągłe, przewlekłe zmartwienia, jak ma to miejsce w hipochondrii; ataki paniki mogą mieć wspólne cechy
Kryterium C: Powód obaw nie zmienia się w czasie, a symptomy trwają dłużej niż 6 miesięcy

Tab. 4. Morbofobia – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Obawy lub przekonanie, że cierpi się na poważną chorobę, oparte na błędnej interpretacji doznań z ciała
Kryterium B: Obawy utrzymują się mimo odpowiedniej diagnozy medycznej oraz rozwiania wątpliwości i uspokojenia przez lekarza; pacjent miał możliwość dyskusji i klaryfikacji
Kryterium C: Czas trwania obaw wynosi co najmniej 6 miesięcy
Kryterium D: Obawy powodują znaczny dystres i/lub negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne i zawodowe

Tab. 5. Hipochondria – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: W ostatnich 6 miesiącach wystąpiły co najmniej 2 ataki fobii dotyczące zbliżającej się śmierci lub przekonania, że wkrótce się umrze. Nie wystąpiły ani zagrażająca sytuacja, ani realne niebezpieczeństwo. Lekarz dokonał odpowiedniej oceny sytuacji i podał zalecenia, których należy przestrzegać (jeśli istnieją), zapewnił możliwość dyskusji i wyjaśnienia
Kryterium B: Wyraźny i trwały lęk oraz unikanie bodźców przypominających o śmierci (pogrzebów, nekrologów). Ekspozycja na te bodźce prawie zawsze wywołuje natychmiastową odpowiedź lękową
Kryterium C: Unikanie, oczekiwany niepokój i dystres znacząco pogarszają poziom funkcjonowania

Tab. 6. Tanatofobia – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Utrzymujące się zaprzeczanie zaburzeniom somatycznym i konieczności leczenia (np. nieprzestrzeganie zaleceń, zwlekanie z poszukiwaniem opieki medycznej w przypadku poważnych i utrzymujących się objawów, zachowania przeciwfobowe jako reakcja na symptomy, oznaki, diagnozę lub leczenie choroby fizycznej)
Kryterium B: Pacjent został adekwatnie poinformowany o swojej sytuacji medycznej, dostał zalecenia, których powinien przestrzegać (jeśli była potrzeba), oraz miał możliwość dyskusji i wyjaśnienia

Tab. 7. Zaprzeczanie chorobie – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Funkcjonalne zespoły medyczne (fibromialgia, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia motoryki przełyku, niestrawność czynnościowa, zespół jelita drażliwego, atypowy ból w klatce piersiowej, nadreaktywny pęcherz moczowy), których czas trwania przekracza 6 miesięcy i które skutkują dystresem i/lub poszukiwaniem opieki medycznej, i/lub pogorszeniem jakości życia
Kryterium B: Objawy pobudzenia autonomicznego z udziałem innych organów i narządów (np. kołatanie serca, drgawki, uderzenia gorąca, pocenie się) i/lub wyolbrzymione skutki uboczne leczenia, wskazujące na niską tolerancję bólu i/lub wysoką podatność na sugestie

Tab. 8. Uporczywe somatyzacje – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Jeden lub więcej symptomów lub deficytów wpływających na dowolne ruchy i funkcje sensoryczne, charakteryzujących się brakiem anatomicznego czy fizjologicznego uzasadnienia i/lub brakiem oczekiwanych objawów fizycznych albo wyników badań laboratoryjnych, i/lub niespójnymi objawami klinicznymi. Jeśli obecne są pobudzenie autonomiczne lub uporczywe objawy płynące z ciała, to objawy konwersji powinny być widoczne i skutkować dystresem i/lub poszukiwaniem opieki medycznej, i/lub obniżoną jakością życia
Kryterium B: Właściwa diagnoza medyczna nie ujawniła zmian organicznych odpowiedzialnych za dolegliwości fizyczne
Kryterium C: Obecne powinny być co najmniej 2 z wymienionych cech: (1) Ambiwalencja w relacjonowaniu objawów (np. pacjent wydaje się zrelaksowany lub beztroski, gdy opisuje stresujące symptomy) (2) Cechy osobowości histrionicznej (np. barwne i dramatyczne: ekspresja, język i wygląd; tendencja do zależności, wysoka podatność na sugestie, szybkie zmiany nastrojów) (3) Gwałtowność objawów wynika ze stresu psychologicznego (pacjent nie jest świadomy tego związku) (4) Historia podobnych objawów fizycznych doświadczanych przez pacjenta lub zaobserwowanych u kogoś innego albo życzenie takich objawów komuś innemu

Tab. 9. Objawy konwersji – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Objawy pobudzenia autonomicznego (np. kołatanie serca, drgawki, uderzenia gorąca, pocenie się) lub funkcjonalne zespoły medyczne (np. zespół jelita drażliwego, fibromialgia, ból w klatce piersiowej), lub objawy konwersji – powodujące dystres i/lub poszukiwanie opieki medycznej, i/lub obniżoną jakość życia
Kryterium B: Właściwa diagnoza medyczna nie ujawniła zmian organicznych odpowiedzialnych za dolegliwości fizyczne
Kryterium C: Objawy wystąpiły, kiedy pacjent osiągnął określony wiek, albo przy okazji rocznicy dnia, gdy u rodzica lub bardzo bliskiego członka rodziny wykryto zagrażającą życiu chorobę i/lub ktoś bliski zmarł. Pacjent jest nieświadomy powyższych zależności

Tab. 10. Reakcja rocznicowa – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Objawy somatyczne powodujące dystres i/lub poszukiwanie pomocy medycznej, i/lub obniżenie jakości życia
Kryterium B: Właściwa diagnoza medyczna nie ujawniła zmian organicznych odpowiedzialnych za dolegliwości fizyczne
Kryterium C: Zaburzenie psychiczne (do którego symptomów należą objawy somatyczne) wystąpiło przed pojawieniem się objawów somatycznych (np. zespół lęku napadowego poprzedzający objawy kardiologiczne)

Tab. 11. Objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Stan uczuciowy charakteryzujący się postrzeganiem siebie jako jednostki niezdolnej do poradzenia sobie z niektórymi nagłymi problemami i/lub brakiem odpowiedniego wsparcia ze strony innych (bezzadność). Osoba zachowuje zdolność do reagowania
Kryterium B: Opisany stan uczuciowy jest długotrwały i uogólniony (trwa co najmniej miesiąc)
<b>Demoralizacja (utrata morale) z beznadziejnością:</b> Kryterium C: Stan uczuciowy charakteryzujący się świadomością poniesienia porażki i niespełnienia oczekiwań oraz związany z przekonaniem, że aktualne trudności i problemy nie mogą zostać rozwiązane (beznadziejność)

Tab. 12. Demoralizacja (utrata morale) – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Stan uczuciowy charakteryzujący się drażliwością, doświadczany jako krótkie epizody (w określonych okolicznościach) lub przedłużający się, uogólniony. Wymaga on od osoby wzmoczonego wysiłku, by zapanować nad własnym nastrojem, albo skutkuje gniewnymi wybuchami słownymi lub behawioralnymi
Kryterium B: Doświadczenie drażliwości zawsze jest nieprzyjemne, a jawne jej okazanie nie przynosi efektu oczyszczenia (katharsis), uzasadniającego wybuchy gniewu

Tab. 13. Stan drażliwości (irytacji) (wcześniej: nastrój irytacji) – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Obecne powinno być co najmniej 5 z 9 wymienionych cech:

- (1) Nadmierne zaangażowanie w pracę i inne działania podlegające terminom
- (2) Stałe i wszechobecne poczucie presji czasu
- (3) Ekspresja motoryczna wskazująca na poczucie presji czasu (szybka, wybuchowa mowa, nagłe ruchy ciała, napinanie mięśni twarzy, gestykulacja)
- (4) Wrogość i cynizm
- (5) Irytacja/drażliwość
- (6) Tendencja do przyspieszonej aktywności fizycznej
- (7) Tendencja do przyspieszonej aktywności umysłowej
- (8) Silna potrzeba osiągnięć i uznania
- (9) Wyrazna postawa rywalizacji

Tab. 14. Wzór zachowania A – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

Kryterium A: Obecne powinny być co najmniej 3 z 6 wymienionych cech:

- (1) Niezdolność do użycia odpowiednich słów, aby opisać emocje
- (2) Tendencja do opisywania szczegółów zamiast uczuć (np. okoliczności towarzyszące wydarzeniu, a nie uczucia)
- (3) Brak bujnej fantazji
- (4) Treść myśli związana raczej ze światem zewnętrznym niż z fantazjami lub emocjami
- (5) Nieświadomość typowych reakcji somatycznych, które towarzyszą doświadczaniu różnych uczuć
- (6) Okazjonalne, ale gwałtowne i często nieodpowiednie wybuchy zachowań afektywnych

Tab. 15. Aleksytymia – kryteria diagnostyczne zawarte w wersji zrewidowanej DCPR

A i B (tab. 2). Aby zdiagnozować przeciążenie allostacyjne, muszą być spełnione oba kryteria.

Do **zachowań chorobowych** zaliczono lęk o zdrowie, morbofobię, hipochondrię, tanatofobię, zaprzeczanie choroby, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji oraz reakcję rocznicową (tab. 3–10).

Rozpoznanie lęku o zdrowie wymaga spełnienia kryteriów A i B (tab. 3).

W polskim tłumaczeniu wersji zrewidowanej DCPR terminem „morbofobia” zastąpiono uprzednio używaną nazwę „fobia choroby”. Uznano, iż „morbofobia” jest terminem bardziej trafnym, pochodzącym z języka łacińskiego, jak wiele określeń fobii w języku polskim. By zdiagnozować morbofobię, należy potwierdzić spełnienie kryteriów A, B i C (tab. 4).

Diagnoza hipochondrii stawiana jest wtedy, gdy spełnione są kryteria A, B, C i D (tab. 5), a diagnoza tanatofobii – gdy pacjent spełnia kryteria A, B i C (tab. 6).

Zaprzeczanie chorobie jest rozpoznawane przy spełnieniu kryteriów A i B (tab. 7), podobnie jak uporczywe somatyzacje (tab. 8).

W przypadku diagnozy objawów konwersji trzeba potwierdzić kryteria A, B i C (tab. 9), a w przypadku reakcji rocznicowej – kryteria A, B i C (tab. 10).

Do kategorii **manifestacji psychologicznych** autorzy (Cocci i Fava, 2019) zaliczyli trzy syndromy: objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego, demoralizację (utrata morale) i stan drażliwości (irytacji) (tab. 11–13). Diagnoza objawów somatycznych wtórnych do zaburzenia psychicznego wymaga spełnienia kryteriów A, B i C (tab. 11). Syndrom demoralizacji został zaproponowany w 1961 roku przez Jerome’a Franka (1961/1973, 1974). Warto podkreślić, że chociaż w języku polskim słowo „demoralizacja” jest stosowane w wąskim znaczeniu, uwzględnienie jego genyzy rozszerza obszar znaczeniowy. Omawiany termin wywodzi się bowiem od wyrazu „morale”, którego znaczenia tak przedstawiono w słowniku PWN: „1. «gotowość do

wypełniania obowiązków, znoszenia trudów i niebezpieczeństw oraz poczucie odpowiedzialności i wiara w sukces» 2. «czyjaś postawa moralna»” (<https://sjp.pwn.pl/slowniki/morale.html>, dostępny online: 18.06.2021). Demoralizację możemy zatem rozumieć także jako stan psychiczny osoby, która utraciła wiarę w sukces, siłę do znoszenia trudów związanych z realizacją swoich zadań życiowych i poczucie odpowiedzialności za ich wykonanie. Terminu „demoralizacja” użyto w podręczniku Jerome’a Franka i Julii Frank *Perswazja i uzdrawianie*, wydanym w 2005 roku przez Instytut Psychologii Zdrowia (Frank i Frank, 2005). Ponadto w najnowszym podręczniku do Minnesockiego Wielowymiarowego Inwentarza Osobowości-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, MMPI) jedną ze zrestrukturyzowanych skal klinicznych nazwano właśnie skalą demoralizacji (RCdem) (Graham, 2015, s. 187). W związku z powyższym autorki proponują utrzymanie na gruncie naukowym jednolitej terminologii i używanie określeń „stan demoralizacji” lub „syndrom/zespół demoralizacji”, które podkreślają kontekst psychosomatyczny\*.

Do diagnozy syndromu demoralizacji wymagane są kryteria A i B; kryterium C odnosi się do poczucia beznadziejności. Gdy spełnione są wszystkie trzy kryteria, mówimy o demoralizacji z beznadziejnością (tab. 12).

Stan drażliwości (irytacji) można rozpoznać przy spełnieniu kryteriów A i B (tab. 13).

Za syndromy, które wskazują na **aspekty osobowościowe** mogące wpływać na zachowania chorobowe, uznano w DCPR-R zespoły powszechnie znane: wzór zachowania A i aleksytymię (tab. 14, 15).

Do diagnozy wzoru zachowania A wymagane jest spełnienie kryterium A (tab. 14), analogicznie jest w przypadku aleksytymii (tab. 15).

\* Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN uznała za poprawne stosowanie terminu „demoralizacja” w kontekście naukowym (pismo z 1 lutego 2021 roku, RJP-21/W/2021; RJP.4065.3.2021, dostępne w Redakcji).

## ZAKOŃCZENIE

Badacze włoscy i amerykańscy starają się o włączenie systemu DCPR do obecnie funkcjonujących klasyfikacji lub ich kolejnych wersji, dlatego też prowadzą wiele badań mających na celu wykazanie przydatności kryteriów DCPR w procesie diagnozy. Udowodnili, że w porównaniu z zespołami z objawami somatycznymi ujętymi w DSM-5 wywiad DCPR pozwala trafniej określać czynniki psychologiczne związane z procesem chorobowym i precyzyjniej te czynniki charakteryzować (Cosci i Fava, 2016; Guidi *et al.*, 2013).

Pierwsza polska wersja wywiadu DCPR została opublikowana w 2014 roku (Basińska i Woźniewicz, 2014). Obecnie trwa weryfikacja kliniczna wersji zrewidowanej.

Polskie tłumaczenie części terminów używanych w DCPR może budzić pewne kontrowersje, priorytetem jest jednak zgodność nazewnictwa polskojęzycznego z nazewnictwem stosowanym w literaturze światowej; w niektórych przypadkach trudno byłoby znaleźć lepiej brzmiący odpowiednik nieodbiegający znaczeniowo od oryginału.

Podsumowując: ujęcie kryteriów diagnozy syndromów psychosomatycznych w klasyfikacji zaburzeń psychicznych pomogłoby sformalizować proces ich stosowania, a w rezultacie przyczyniłoby się do bardziej adekwatnego leczenia i poprawy jakości życia pacjentów (Robinson *et al.*, 2016).

### Konflikt interesów

*Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

## Piśmiennictwo

- Basińska MA: Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego. *Przegl Lek* 2012; 69: 260–264.
- Basińska MA, Woźniewicz A: Occurrence of diagnostic criteria for psychosomatic research syndromes in Polish patients with chronic illness. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 386–387.
- Basińska MA, Woźniewicz A: Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – metoda pomiaru. *Przegl Lek* 2014; 71: 328–333.
- Battaglia Y, Martino E, Piazza G *et al.*: Abnormal illness behavior, alexithymia, demoralization, and other clinically relevant psychosocial syndromes in kidney transplant recipients: a comparative study of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research system versus ICD-10 psychiatric nosology. *Psychother Psychosom* 2018; 87: 375–376.
- Cosci F, Fava GA: Clinimetric assessment in psychosomatic medicine. In: Grassi L, Riba MB, Wise T (eds.): *Person Centered Approach to Recovery in Medicine: Insights from Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry*. Springer International Publishing AG, 2019: 79–94.
- Cosci F, Fava GA: The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative transdiagnostic model. *CNS Spectr* 2016; 21: 310–317.
- Fava GA, Sonino N: Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract* 2010; 64: 1155–1161.
- Fava GA, Wise TN: Issues for DSM-V: psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: a solution for somatoform disorders. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1002–1003.
- Fava GA, Cosci F, Sonino N: Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 13–30.
- Fava GA, Fabbri S, Sirri L *et al.*: Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics* 2007; 48: 103–111.
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P *et al.*: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 1–8.
- Fava GA, Sonino M, Wise TN: Principles of psychosomatic assessment. *Adv Psychosom Med* 2012; 32: 1–18.
- Fink P, Toft T, Hansen MS *et al.*: Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med* 2007; 69: 30–39.
- Frank JD: *Persuasion and Healing*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1961/1973.
- Frank JD: Psychotherapy: the restoration of morale. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 271–274.
- Frank JD, Frank JB: *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*. Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2005.
- Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A *et al.*: Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in consultation-liaison psychiatry patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 386–393.
- Graham JR: *MMPI-2. Ocena osobowości i psychopatologii*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2015.
- Grassi L, Caruso R, Nanni MG: Somatization and somatic symptom presentation in cancer: a neglected area. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25: 41–51.
- Grassi L, Mangelli L, Fava GA *et al.*: Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestions for DSM-V. *J Affect Disord* 2007; 101: 251–254.
- Grassi L, Meggiolaro E, Berardi MA *et al.*: Beliefs about medicines, doctor-patient relationship, and coping among European patients with cancer. *Psychooncology* 2017; 26: 282–285.
- Grassi L, Rossi E, Sabato S *et al.*: Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 483–491.
- Guidi J, Fava GA, Picardi A *et al.*: Subtyping depression in the medically ill by cluster analysis. *J Affect Disord* 2011; 132: 383–388.
- Guidi J, Rafanelli C, Roncuzzi R *et al.*: Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 141–146.

- Heszen I, Sęk H: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Krawczyk P, Święcicki Ł: ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatr Pol* 2020; 54: 7–20.
- Mangelli L, Bravi A, Fava GA et al.: Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2009; 50: 38–41.
- Mangelli L, Fava GA, Grandi S et al.: Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 391–394.
- Mangelli L, Semprini F, Sirri L et al.: Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample. *Psychosomatics* 2006; 47: 143–146.
- Picardi A, Pasquini P, Abeni D et al.: Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 315–322.
- Picardi A, Porcelli P, Pasquini P et al.: Integration of multiple criteria for psychosomatic assessment of dermatological patients. *Psychosomatics* 2006; 47: 122–128.
- Porcelli P, Rafanelli C: Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 246–254.
- Porcelli P, Todarello O: Psychological factors in medical disorders assessed with the diagnostic criteria for psychosomatic research. *Adv Psychosom Med* 2012; 32: 108–117.
- Porcelli P, Fava GA, Rafanelli C et al.: Anniversary reactions in medical patients. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 603–606.
- Porcelli P, Guidi J, Sirri L et al.: Alexithymia in the medically ill. Analysis of 1190 patients in gastroenterology, cardiology, oncology and dermatology. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35: 521–527.
- Rafanelli C, Roncuzzi R, Finos L et al.: Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 343–349.
- Robinson S, Kissane DW, Brooker J et al.: A review of the construct of demoralization: history, definitions, and future directions for palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2016; 33: 93–101.
- Sirri L, Fava GA: Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25: 19–30.
- Sonino N, Navarrini C, Ruini C et al.: Persistent psychological distress in patients treated for endocrine disease. *Psychother Psychosom* 2004; 73: 78–83.
- Wise TN, Dellemonache PM, Bachawati MM: The psychosomatic interview. *Adv Psychosom Med* 2012; 32: 19–34.
- World Health Organization: 6C20 Bodily distress disorder. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/767044268> [cited: 11 February 2021].
- Woźniewicz A: Sposoby klasyfikowania zaburzeń psychosomatycznych. *Psychiatr Psychol Klin* 2018; 18: 283–289.