

## Sposoby klasyfikowania zaburzeń psychosomatycznych

### Classification of psychosomatic disorders

Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Bydgoszcz, Polska  
Adres do korespondencji: Agnieszka Woźniewicz, ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz, tel.: +48 52 585 58 23, e-mail: awozniewicz@cm.umk.pl, awozniewicz@gmail.com

#### Streszczenie

Klasyfikowanie zaburzeń psychosomatycznych, mimo istnienia i powszechnego stosowania systemów klasyfikacyjnych, nie jest ujednoczone i niejednokrotnie przysparza trudności diagnostycznych. Zaburzenia psychosomatyczne mogą być trojakiemu rodzaju: zaburzenie typu hipochondrii – występujące przy braku schorzeń somatycznych, zaburzenie somatyzacyjne – bez przeżywania psychicznego, a także czynniki psychiczne i somatyczne występujące jednocześnie. W niniejszej pracy przedstawiono sposoby diagnozowania zaburzeń psychosomatycznych według obowiązujących systemów klasyfikacyjnych, takich jak Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) oraz Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Porównano wersje: DSM-IV, w której wyróżniono zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, zwane inaczej zaburzeniami somatoformicznymi, somatopodobnymi lub somatoksztalnymi (*somatoform disorders/somatic symptom disorder*), i DSM-5, w której opisano zespoły z objawami somatycznymi i pokrewnymi (*somatic symptom and related disorders*). Omówiono też inne stosowane w Europie i Stanach Zjednoczonych sposoby klasyfikacji zaburzeń psychosomatycznych: objawy medycznie niewyjaśnione (*medically unexplained symptoms*), zespół fizycznej reakcji wobec stresu (*bodily distress syndrome*), czynniki psychiczne oddziałujące na stan somatyczny (*psychological factors affecting medical condition*). Ponadto zaprezentowano Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*), obejmujące: lęk o zdrowie, fobię choroby, tanatofobię, zaprzeczanie choroby, funkcjonalne objawy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, reakcję rocznicową, nastrój irytacji, wzór zachowania A, postawę rezygnacji/demoralizację i aleksytymię.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychosomatyczne, klasyfikacja, niewyjaśnione objawy medyczne, Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych

#### Abstract

Even though classification systems for psychosomatic disorders are commonly used, the classification is far from being uniform and is frequently associated with diagnostic difficulties. In general, three different types of psychosomatic disorders are distinguished, i.e. hypochondriasis, where no somatic disease is found, somatisation disorders, where the patient does not present with symptoms of psychological distress, and, finally, disorders with both psychological and somatic manifestations. This study discusses the different ways of diagnosing psychosomatic disorders according to the currently available classification systems, such as the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) by the American Psychiatric Association. Two versions of the latter, namely DSM-IV, which lists somatoform disorders/somatic symptom disorder, and DSM-5, which names the somatic symptom and related disorders instead, have been compared. Other classifications currently in use in Europe and the USA have also been discussed, accounting for entities such as medically unexplained symptoms, bodily distress syndrome and psychological factors affecting other medical conditions. Also, the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research have been presented, encompassing health anxiety, disease phobia, thanatophobia, illness denial, functional somatic symptoms secondary to a psychiatric disorder, persistent somatisation, conversion symptoms, anniversary reaction, irritable mood, type A behaviour, demoralisation and alexithymia.

**Keywords:** psychosomatic disorders, classification, medically unexplained symptoms, Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research

Liczne badania potwierdzają związki między czynnikami psychicznymi a stanem zdrowia. Aby usprawnić pracę z pacjentami, badacze starali się stworzyć odpowiednie kryteria diagnostyczne. Klasyfikowanie zaburzeń psychosomatycznych pomimo istnienia systemów klasyfikacyjnych nie jest ujednoczone i niejednokrotnie przysparza trudności diagnostycznych. Zaburzenia psychosomatyczne mogą być trojakiemu rodzaju: zaburzenie typu hipochondrii – występujące przy braku schorzeń somatycznych, zaburzenie somatyzacyjne – bez przeżywania psychicznego, a także czynniki psychiczne i somatyczne występujące jednocześnie. W niniejszej pracy przedstawiono sposoby diagnozowania zaburzeń psychosomatycznych według różnych systemów klasyfikacyjnych.

Podstawowym obowiązującym w Polsce systemem klasyfikacyjnym jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), przygotowana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO). W systemie tym wyodrębniono wiele jednostek chorobowych powiązanych ze schorzeniami psychosomatycznymi. Ich krótka charakterystyka została zaprezentowana w tab. 1 (ICD-10). Obok systemu ICD na świecie stosowany jest system DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), przygotowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA), obecnie w wersji DSM-5. Warto odnotować różnice dotyczące zaburzeń psychosomatycznych między wersją DSM-5 a wersją poprzednią, czyli DSM-IV.

Według kryteriów DSM-IV czynnik psychiczny ma wpływ na ogólny stan zdrowia, gdy istnieje zaburzenie o znanej fizycznej patologii, poprzedzając je pewne znaczące wydarzenia psychiczne i ocenia się, że to one przyczyniają się do jego wystąpienia i pogłębienia. Gdy czynniki psychiczne warunkują chorobę fizyczną, jednostka często zaprzecza, że jest chora, odmawia przyjęcia leków oraz ignoruje istnienie czynników ryzyka, które mogą pogłębić stan chorobowy (American Psychiatric Association, 2000; Wciórka, 2008). Wersja DSM-IV zawierała kategorię „zaburzenia występujące pod postacią somatyczną”, zwane też „zaburzeniami somatoformicznymi” (*somatoform disorders/somatic symptom disorder*) i wyróżniała: „zaburzenia somatyzacyjne” (*somatization disorder*), „niezróżnicowane zaburzenia występujące pod postacią somatyczną” (*undifferentiated somatic symptom disorder*), „zaburzenia konwersyjne” (*conversion disorder*), „zaburzenia bólowe” (*pain disorder*), „hipochondrię” (*hypochondriasis*), „dysmorficzne zaburzenia ciała” (*body dysmorphic disorder*) oraz „zaburzenia pod postacią somatyczną nieokreślone gdzie indziej” (*somatoform disorder not otherwise specified, NOS*) (American Psychiatric Association, 2000; Wciórka, 2008).

Podstawowe zmiany wprowadzone w DSM-5 to zastąpienie „zaburzeń występujących pod postacią somatyczną (somatoformicznych)” kategorią „zespoły z objawami somatycznymi i pokrewne” (*somatic symptom and related disorders*). W DSM-IV treść subkategorii zaburzeń pod postacią somatyczną nakładała się na siebie, brakowało jasności co do ich granic, a w konsekwencji diagnozowanie było problematyczne i nieprecyzyjne. Klasyfikacja DSM-5 redukuje

Symbol	Nazwa jednostki chorobowej	Opis
F44	Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)	Cechują się częściową lub całkowitą utratą prawidłowej integracji między wspomnieniami, poczuciem własnej tożsamości, bezpośrednimi wrażeniami i kontrolą dowolnych ruchów ciała
F45	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną ( <i>somatoform disorders</i> )	Najczęstszymi przejawami są powtarzające się skargi na objawy somatyczne (fizyczne) oraz uporczywe domaganie się kolejnych badań (pomimo negatywnych wyników badań wcześniejszych i zapewnień lekarzy o braku fizycznych podstaw do występowania objawów, związanego z nimi cierpienia czy też zaabsorbowania pacjenta)
F45.0	Zaburzenie z somatyzacją	Opisywane jest jako wielorakie, nawracające i często zmieniające się skargi somatyczne, zazwyczaj utrzymujące się kilka lat, zanim pacjent zostanie skierowany do psychiatry
F45.1	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, niezróżnicowane	Skargi somatyczne są wielorakie, zmienne i uporczywe, ale brakuje pełnego, typowego obrazu somatyzacji
F45.2	Zaburzenie hipochondryczne	Cechuje się trwałym zaabsorbowaniem pacjenta możliwością występowania u niego jednej lub kilku poważnych i postępujących chorób somatycznych
F45.3	Zaburzenie wegetatywne występujące pod postacią somatyczną	Charakteryzują je zgłaszane przez pacjenta objawy przypominające zaburzenia funkcji układu czy narządu, połączone z niespecyficznymi skargami subiektywnymi oraz trwałym odnoszeniem objawów do określonego narządu lub układu jako przyczyny dolegliwości
F45.4	Uporczywe bóle psychogenne	Występuje uporczywy, silny i przykry ból, którego geniza nie może zostać w pełni wyjaśniona procesami fizjologicznymi ani obecnością zaburzeń somatycznych
F45.8	Inne zaburzenia występujące pod postacią somatyczną	Są ograniczone do określonych układów albo części ciała, nie pośredniczy w nich układ nerwowy, nie występuje uszkodzenie tkanek
F45.9	Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, nieokreślone	Obejmują nieokreślone zaburzenia psychofizjologiczne lub psychosomatyczne

Tab. 1. Jednostki chorobowe według systemu ICD-10 powiązane z zespołami psychosomatycznymi (opracowanie własne na podstawie: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10, 1997)

liczbę zaburzeń i podkategorii, aby uniknąć problemów diagnostycznych. Usunięte zostały „zaburzenia somatyzacyjne”, „zaburzenia bólowe”, „hipochondria” i „niezróżnicowane zaburzenia somatoformiczne”. Pacjenci cierpiący na chroniczny ból są według DSM-5 klasyfikowani w kategoriach: „zespoły z objawami somatycznymi” lub „czynniki psychiczne oddziałujące na stan somatyczny”, lub „zaburzenia adaptacyjne”. „Zaburzenia somatyzacyjne i niezróżnicowane zaburzenia somatoformiczne” przekształcone zostały w „zespoły z objawami somatycznymi”, wyeliminowano warunek w postaci liczby objawów koniecznej do postawienia diagnozy. „Zespoły z objawami somatycznymi i pokrewne” definiowane są poprzez występujące objawy. Ograniczono stosowanie diagnozy „objawy medycznie niewyjaśnione” (*medically unexplained symptoms*, MUS), z wyjątkiem przypadków konwersji i ciąży urojonej. Wprowadzono nową kategorię: „czynniki psychiczne oddziałujące na stan somatyczny”, w DSM-IV występującą jako „inne stany, które mogą być przedmiotem klinicznej uwagi” (*other conditions that may be a focus of clinical attention*). Ponadto zmieniono kryteria dla zaburzeń konwersyjnych (American Psychiatric Association, 2013b; Rodriguez-Testal *et al.*, 2014). DSM-5 opisuje „zespoły z objawami somatycznymi oraz pokrewne” (*somatic symptom and related disorders*) i wyodrębnia jednostki diagnostyczne, które przedstawiono w tab. 2.

Nowe kategorie w DSM-5, które zastąpiły „zaburzenia pod postacią somatyczną (somatoformiczne)” z poprzedniej klasyfikacji DSM-IV, powinny także ograniczyć stawianie diagnozy „objawów medycznie niewyjaśnionych” (*medically unexplained symptoms*, MUS) (Creed *et al.*, 2011;

Haller *et al.*, 2015). Jednak zanim wprowadzono DSM-5, w związku z brakiem dostatecznej diagnozy psychosomatycznej w ramach DSM-IV badacze zaproponowali alternatywne systemy klasyfikacyjne, takie jak „zespół fizycznej reakcji wobec stresu” (*bodily distress syndrome*) (Czachowski i Buczkowski, 2015; Fink *et al.*, 2007) i „czynniki psychiczne oddziałujące na schorzenie” (*psychological factors affecting medical condition*, PFAMC), wraz z rozwojem prac przekształcone w „czynniki psychiczne oddziałujące na schorzenie somatyczne, które zostało zidentyfikowane lub którego pacjent się obawia” (*psychological factors affecting either identified or feared medical conditions*) (Fava i Wise, 2007), oraz Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research*, DCPR) (Basińska, 2012; Basińska i Woźniewicz, 2016, 2014; Fava *et al.*, 2007, 1995; Wise, 2009). W angielskiej literaturze Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych opisywane są za pomocą skrótu DCPR, stosowanego również w niniejszym artykule. Choć nazwa mówi o kryteriach, autorzy tego ujęcia używają skrótu DCPR na oznaczenie zbioru zespołów psychosomatycznych, które są przy użyciu owych kryteriów diagnozowane. W tym artykule skrót DCPR został zastosowany zgodnie z rozumieniem autorów. Termin „objawy medycznie niewyjaśnione” (*medically unexplained symptoms*, MUS) jest szeroko stosowany (Creed *et al.*, 2011). Określone nim zjawisko nie stanowi specyficznego zaburzenia, lecz odnosi się do trudnych do sprecyzowania aspektów społecznych i klinicznych. Nie jest także jednostką, która ma zastąpić zaburzenia somatoformiczne. Diagnozę MUS stawia się wtedy, gdy objawy pacjenta nie spełniają innych kryteriów diagnostycznych i mają

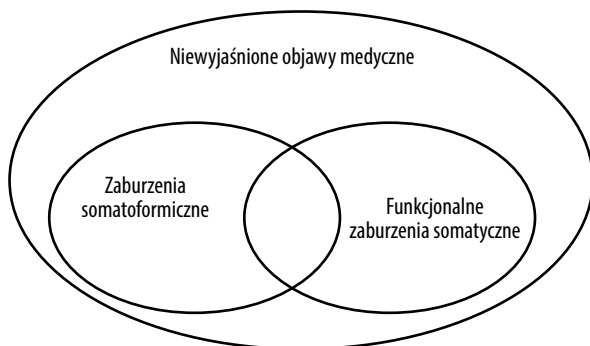
Nazwa jednostki chorobowej	Opis
Zespoły z objawami somatycznymi ( <i>somatic symptom disorder</i> , SSD)	Ta nowa kategoria diagnostyczna obejmuje poprzednie kategorie zaburzeń pod postacią somatyczną i hipochondrię. Nacisk położony jest na obecność symptomów somatycznych, bez względu na to, czy mają one medyczne wyjaśnienie, czy też nie. Problemy zdrowotne ujmowane są jako kluczowe w życiu jednostki. Diagnozę stawia się na podstawie jednego lub kilku symptomów. Istotną rolę odgrywa koncentracja myśli, uczuć i zachowań pacjenta wokół stanu zdrowia. Objawy występują trwałe, zwykle powyżej 6 miesięcy
Zaburzenia chorobowo-lękowe ( <i>illness anxiety disorder</i> , IAD)	Występują, gdy pacjent nadmiernie martwi się o swoje zdrowie. Jest to zaabsorbowanie byciem chorym albo możliwością poważnego zachorowania przy występowaniu łagodnych objawów lub wtedy, gdy objawy nie występują. Wyróżnia się dwa typy zaburzeń chorobowo-lękowych: poszukujący i unikający opieki
Zaburzenia konwersyjne/funkcjonalne zaburzenia neurologiczne ( <i>conversion disorder/functional neurological symptom disorder</i> )	Różnią się minimalnie od postaci zawartej w DSM-IV. W tym zaburzeniu na podstawie wyników badań klinicznych stwierdza się niezgodność między prezentowanymi objawami a postawioną diagnozą medyczną. Występują drgawki, osłabienie, paraliż, drżenie czy utrata czucia
Czynniki psychiczne oddziałujące na stan somatyczny ( <i>psychological factors affecting other medical condition</i> )	To czynniki mające wpływ na przebieg procesu chorobowego. Istotny jest związek między zaistniałymi w niewielkim odstępie czasu czynnikami psychologicznymi a rozwojem choroby, zaostreniem objawów lub opóźnieniem zdrowienia. Są to także czynniki zakłócające przebieg leczenia, takie jak niedokładne stosowanie się do zaleceń lekarskich. Stanowią one dodatkowe, utrwalone czynniki ryzyka dla zdrowia jednostki
Zaburzenia pozorowane ( <i>factitious disorder</i> )	Zostały włączone do zespołów z objawami somatycznymi i pokrewnych, podczas gdy w DSM-IV stanowiły odrębną kategorię. Diagnoza jest stawiana, gdy jednostka prezentuje się innym jako chora, niepełnosprawna lub zraniona, niezależnie od motywacji. Udawanie jest oczywiste, nawet przy braku jednoznacznych korzyści zewnętrznych uzyskiwanych dzięki temu zachowaniu
Inne określone zespoły z objawami somatycznymi i pokrewne ( <i>other specified somatic symptom and related disorder</i> )	Są to objawy, które powodują kliniczny dystres bądź ograniczenia w życiu społecznym, zawodowym czy w innych ważnych obszarach funkcjonowania, ale nie spełniają kryteriów którejkolwiek z jednostek zawartych w zespołach z objawami somatycznymi i pokrewnych
Nieokreślone zespoły z objawami somatycznymi i pokrewne ( <i>unspecified somatic symptom and related disorder</i> )	Kategoria ta obejmuje stany chorobowe, w których objawy somatyczne i związane z nimi zaburzenia powodują kliniczny dystres albo ograniczają funkcjonowanie, lecz nie spełniają kryteriów zespołu z objawami somatycznymi

Tab. 2. Jednostki chorobowe według systemu DSM-5 (opracowanie własne na podstawie: American Psychiatric Association, 2013a, 2013b; Ibeziako i DeMaso, 2016)

niejasną etiologię (Kirmayer *et al.*, 2004). W zależności od warunków kulturowych jedne społeczeństwa cechują się większym, a inne – mniejszym przyzwoleniem na powiązanie warunków społecznych z objawami płynącymi z ciała i chorobami. W większości przypadków holistyczne spojrzenie na chorego pozwala zrozumieć występowanie objawów, jednak to rozumienie może być trudne do ujęcia w terminach medycznych. Gdy związek między stanem zdrowia a warunkami kulturowymi zostanie potwierdzony, większość pacjentów, u których zdiagnozowano MUS, przyjmuje, że doświadczane emocje i stres wpływają na ich kondycję fizyczną. Dzięki temu możliwe jest zastosowanie technik medycyny behawioralnej w celu poprawy zdrowia (Kirmayer *et al.*, 2004). Creed i wsp. (2011) podkreślają, że MUS jest kategorią bardzo szeroką, obejmującą zarówno zaburzenia somatoformiczne, jak i funkcjonalne zaburzenia somatyczne (ryc. 1).

„Objawy medycznie niewyjaśnione” występują u 6% populacji ogólnej, 16% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej oraz 33% osób korzystających ze specjalistycznej opieki medycznej (Creed *et al.*, 2011). Wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej porównano częstość diagnozowania według kryteriów MUS, ICD i DSM. Występowanie co najmniej jednego MUS stwierdzono u 40,2–49% osób, podczas gdy zaburzenia somatoformiczne, określone według ICD lub DSM, przejawiało 26,2–34,8% badanej grupy (Haller *et al.*, 2015), co dowodzi obejmowania przez MUS szerszego spektrum dolegliwości.

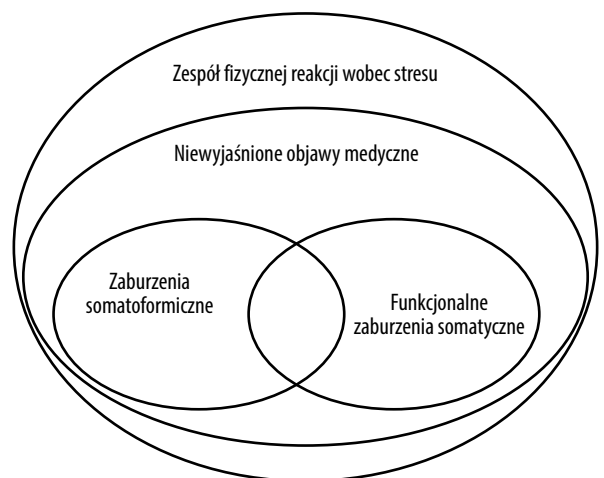
„Zespół fizycznej reakcji wobec stresu” (*bodily distress syndrome*, BDS) został przedstawiony jako jedna z możliwych form diagnozy (Czachowski i Buczkowski, 2015; Fink *et al.*, 2007). Cechą BDS jest cierpienie pacjenta z powodu objawów somatycznych, które występują na skutek doświadczonego stresu, odczuwanego w ciele (Henningsen *et al.*, 2011). W diagnozie BDS wyróżnia się grupy symptomów: krążeniowe/pobudzenia autonomicznego, pobudzenia układu pokarmowego, napięcia mięśniowo-szkieletowego oraz objawy ogólne (Fink *et al.*, 2007). Biorąc pod uwagę liczbę i rodzaj objawów, określa się typy BDS: umiarkowany lub ciężki i jednoorganowy lub wieloorganowy. Autorzy koncepcji BDS proponują stosowanie tej diagnozy jako



Ryc. 1. Niewyjaśnione objawy medyczne a inne kategorie diagnostyczne (opracowanie własne na podstawie: Creed *et al.*, 2011)

kategorii nadrzędnej, określanej metaforycznie jako „parasol” dla „objawów medycznie niewyjaśnionych”, „zaburzeń somatoformicznych” i „funkcjonalnych zaburzeń somatycznych” (Henningsen *et al.*, 2011). Taki sposób ujęcia „zespołu somatycznego dystresu” przedstawiono na ryc. 2.

Kolejną proponowaną alternatywą dla „zaburzeń somatoformicznych” (*somatoform disorders*) z DSM-IV są „czynniki psychiczne oddziałujące na stan somatyczny” (*psychological factors affecting medical condition*, PFAMC) (Fava i Wise, 2007; Fava *et al.*, 2007). Obejmują one hipochondrię z klasyfikacji DSM-IV i sześć zespołów z DCPR: fobię choroby, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, zaprzeczanie chorobie, postawę rezygnacji/demoralizację i nastrój irytacji. Aby uwzględnić rolę czynników psychicznych prezentowanych przez pacjenta podczas badania lekarskiego, autorzy zaproponowali, aby termin „czynniki psychiczne oddziałujące na stan somatyczny” przekształcić w „czynniki psychiczne oddziałujące na zdiagnozowane schorzenie somatyczne bądź takie, którego pacjent się obawia” (*psychological factors affecting either identified or feared medical conditions*). Pozwala to na postawienie diagnozy niezależnie od organicznego wyjaśnienia symptomów somatycznych i eliminuje potrzebę stosowania kategorii „zaburzenia somatoformiczne” (*somatoform disorders*). W literaturze przedmiotu badacze sugerują, iż czynniki psychiczne mogą być wyłącznie częściowym wyjaśnieniem „objawów medycznie niewyjaśnionych” (*medically unexplained symptoms*). Jeśli zatem medyczna przyczyna nie jest określona, niekoniecznie muszą występować przyczyny psychologiczne. Natomiast wystąpienie schorzenia somatycznego nie wyklucza pojawienia się „nieprawidłowych zachowań związanych z chorobą” (*abnormal illness behavior*) czy też „somatyzacji” (*somatization*) – przeciwnie, zwiększa prawdopodobieństwo ich rozwoju (Härter *et al.*, 2007; Sirri *et al.*, 2011). Istotne jest, aby zgodnie z ideą zmian dokonanych w DSM-5 względem DSM-IV definiować zaburzenie na podstawie obaw i zaabsorbowania pacjenta, niezależnie od przyczyn somatycznych.



Ryc. 2. Zespół fizycznej reakcji wobec stresu a inne kategorie diagnostyczne (opracowanie własne na podstawie: Henningsen *et al.*, 2011)

Nazwa	Elementy składowe
Lęk o zdrowie	Lęk przed zachorowaniem Obawy związane z chorobą Obawy pomimo medycznego wyjaśnienia
Fobia choroby	Lęk przed wystąpieniem ciężkiej choroby Lęk przed rozwijającą się chorobą
Tanatofobia	Przekonanie o zbliżającej się śmierci Lęk wywołany informacjami kojarzącymi się ze śmiercią Unikanie informacji kojarzących się ze śmiercią
Zaprzeczanie chorobie	Niezgłaszanie symptomów chorobowych Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich Potwierdzona diagnoza choroby
Funkcjonalne objawy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych	Częste objawy somatyczne Brak medycznego wyjaśnienia Współwystępujące zaburzenie psychiczne Psychoopatologia poprzedzająca objawy somatyczne
Uporczywe somatyzacje	Występowanie objawów somatycznych Brak medycznego wyjaśnienia Efekty uboczne związane z zazywaniem leków Nasilenie objawów po ingerencji medycznej Obecność dodatkowych problemów somatycznych
Objawy konwersji	Objawy sensomotoryczne Brak medycznego wyjaśnienia Poprzedzające wydarzenia stresujące Występowanie tych samych objawów w przeszłości Ambiwalencja w zgłaszaniu objawów Cechy osobowości histrionicznej
Reakcja rocznicowa	Charakterystyczne wydarzenia poprzedzające symptomy Współwystępowanie ze znaczącymi datami i wydarzeniami Podobne objawy u członków rodziny
Wzór zachowania A	Przymus pracowania Poczucie presji czasu Szybkość w mówieniu i poruszaniu się Wrogość Drażliwość Tendencja do szybkiego działania Natłok myśli Potrzeba osiągnięć Rywalizacja Objawy somatyczne
Nastroj irytacji	Wzmocniony wysiłek, aby nie stracić kontroli Niekontrolowane wypowiedzi lub zachowania Uczucie niepokoju Objawy somatyczne
Postawa rezygnacji/demoralizacja	Poczucie porażki Poczucie braku kompetencji Bezradność i brak nadziei Współwystępowanie z objawami zaburzenia somatycznego
Aleksytymia	Trudność w opisywaniu uczuć Trudność w wyrażaniu uczuć Brak fantazjowania Koncentracja na stanach zewnętrznych, a nie doznaniach wewnętrznych Objawy somatyczne towarzyszące przeżywaniu silnych emocji Okazjonalne wybuchy emocjonalne

Tab. 3. Zespoły psychosomatyczne według systemu DCPR (opracowanie własne na podstawie: Fava et al., 2012)

Zespoły psychosomatyczne według DCPR	Diagnoza według ICD-10 w %	
	Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną	Zaburzenia nastroju
Postawa rezygnacji/demoralizacja (n = 39)	38,5	17,9
Aleksytymia (n = 30)	46,7	16,7
Zaprzeczanie chorobie (n = 30)	70	10
Wzór zachowania A (n = 25)	64	4

Tab. 4. Współwystępowanie najczęściej diagnozowanych zespołów psychosomatycznych według DCPR i zaburzeń psychicznych z ICD-10 (opracowanie własne na podstawie: Galeazzi et al., 2004)

DCPR to zbiór definicji 12 zespołów psychosomatycznych wprowadzonych przez międzynarodową grupę klinicystów wskutek niezadowolenia z istniejącego sposobu klasyfikacji zaburzeń psychicznych związanych z chorobami somatycznymi. Wyróżniono następujące zespoły\*: lęk o zdrowie, fobię choroby, tanatofobię, zaprzeczanie chorobie, funkcjonalne objawy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, reakcję rocznicową, nastrój irytacji, wzór zachowania A, postawę rezygnacji/demoralizację oraz aleksytymię (Fava i Sonino, 2009; Fava et al., 1995). Tab. 3 zawiera krótki opis elementów składających się na każdy z zespołów psychosomatycznych.

W ujęciu Favy i wsp. zespoły psychosomatyczne obejmują szeroki zakres trudności psychologicznych prezentowanych przez pacjentów. Użyteczność tego podejścia potwierdzają wyniki badań, w których porównano częstość stawiania diagnozy według kryteriów DCPR w stosunku do ICD-10 oraz DSM-IV i DSM-5. W pierwszym badaniu porównano występowanie zespołów psychosomatycznych DCPR z diagnozą psychiatryczną według ICD-10. Wykazano, iż u 87% pacjentów zdiagnozowano jeden lub kilka zespołów DCPR, podczas gdy diagnozę według ICD-10 otrzymało 75% grupy kolejnych 101 pacjentów skierowanych na konsultację psychiatryczną (Galeazzi et al., 2004). Określono również współwystępowanie najczęściej diagnozowanych zespołów psychosomatycznych według DCPR i zaburzeń psychicznych z ICD-10 – wyniki zostały przedstawione w tab. 4.

Duży odsetek osób, u których występują zespoły DCPR, miało rozpoznane także zaburzenia z ICD-10 (Galeazzi et al., 2004).

W kolejnych badaniach porównano częstość diagnoz stawianych według kryteriów DCPR oraz DSM-5 i DSM-IV. Według DCPR zdiagnozowane zostało 41,4% badanych osób, podczas gdy diagnozę według DSM-5 uzyskało 18,5% grupy; 61,5% pacjentów z rozpoznaniem „zespoły z objawami somatycznymi” przejawiało cechy zespołów psychosomatycznych DCPR. Najczęściej występującymi zespołami

\* Obecnie trwają prace nad nową wersją DCPR, w związku z czym należy oczekiwać nieznacznych korekt w nazwach zespołów psychosomatycznych.

Pacjenci	Diagnoza w % według:			
	DCPR	DCPR – brak DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV – brak DCPR
Kardiologiczni	51–69	43	37	3
Onkologiczni	71	38	47	3
Gastroenterologiczni	91	17	74	4
Dermatologiczni	48	23	30	13
Endokrynologiczni	66	18	61	12

Tab. 5. Występowanie zespołów psychosomatycznych według DCPR i zaburzeń psychicznych z DSM-IV (opracowanie własne na podstawie: Porcelli i Rafanelli, 2010)

DCPR okazały się: zaprzeczanie choroby, postawa rezygnacji/demoralizacja i nastrój irytacji (Guidi *et al.*, 2013). W porównaniu z zespołami z objawami somatycznymi z DSM-5 wywiad DCPR okazał się bardziej trafny w określaniu czynników psychologicznych mających związek z procesem chorobowym, co wskazuje na bardziej precyzyjną charakterystykę owych czynników (Guidi *et al.*, 2013). Porcelli i Rafanelli (2010) analizowali diagnozy stawiane według DSM-IV i DCPR w różnych grupach klinicznych – wyniki prezentuje tab. 5.

Występowanie którejkolwiek z zespołów zdiagnozowanych według kryteriów DCPR (druga kolumna w tab. 5) było częstsze od diagnozy stawianej według DSM-IV (czwarta kolumna w tab. 5) we wszystkich grupach chorych. Większość badanych zdiagnozowanych według DSM-IV spełniała zarazem kryteria zespołów psychosomatycznych według DCPR (ostatnia kolumna w tab. 5), za to spora część osób przejawiających zespoły psychosomatyczne według DCPR nie otrzymała diagnozy zgodnie z kryteriami DSM-IV (trzecia kolumna w tab. 5). Większy odsetek rozpoznań według kryteriów DCPR może być spowodowany faktem, iż cztery zespoły DCPR dotyczą zaburzeń emocjonalnych, które nie są związane ze stanem somatycznym i nie występują w klasyfikacjach DSM oraz ICD.

Porównano też częstość diagnozowania konwersji oraz funkcjonalnych objawów somatycznych wtórnych do zaburzeń psychicznych według kryteriów DCPR i DSM-IV. Diagnoza objawów konwersji – zespołu DCPR dotyczyła 4,5% badanych i stawiana była częściej niż przy użyciu klasyfikacji DSM-IV (0,4% badanych) (Porcelli *et al.*, 2012).

U 75–90% pacjentów cierpiących na funkcjonalne objawy somatyczne wtórne do zaburzeń psychicznych według DCPR ustalono rozpoznanie zgodnie z kryteriami DSM-IV (Porcelli i Rafanelli, 2010), lecz jedynie co trzecia spośród osób zdiagnozowanych jako cierpiące na zaburzenia nastroju i lękowe według DSM-IV miała również postawioną diagnozę funkcjonalnych objawów somatycznych wtórnych do zaburzeń psychicznych (Porcelli i Sonino, 2007).

Ponadto wykazano, iż 82% pacjentów, u których rozpoznano uporczywą somatyzację według DCPR, nie

miało żadnej diagnozy ustalonej na podstawie DSM-IV (Mangelli *et al.*, 2009).

Otrzymane rezultaty podkreślają użyteczność kryteriów DCPR i potwierdzają, że DCPR to szersze ujęcie diagnostyczne od powszechnie obowiązujących systemów klasyfikacyjnych: stosowanego uprzednio DSM-IV oraz używanych obecnie DSM-5 i ICD-10 (Grassi i Nanni, 2013). Kryteria DCPR umożliwiają klinicytom zdiagnozowanie większej grupy osób cierpiących z powodu różnych dolegliwości psychosomatycznych. Niemniej jednak każdy z zaprezentowanych sposobów diagnozowania zaburzeń psychosomatycznych jest wartościowy.

Wyniki badań potwierdziły, iż osoby, u których rozpoznano zespół psychosomatyczny, cechują się wyższym poziomem stresu i niższym poziomem dobrostanu w porównaniu z osobami, u których zespołu nie zdiagnozowano (Mangelli *et al.*, 2006). Jak wynika z przytoczonych danych, istotne jest, aby podczas diagnozowania pacjenta uwzględnić czynniki psychiczne – niezależnie od użytego systemu klasyfikacyjnego. Zgodnie z zasadami medycyny holistycznej należy, jeśli istnieje taka potrzeba, oprócz *somy* leczyć także *psyche* pacjenta, prowadzi to bowiem do skutoczniejszego przystosowania i lepszego funkcjonowania w chorobie.

#### Konflikt interesów

*Autorka nie zgłasza 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

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013a.
- American Psychiatric Association: Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Publishing, 2013b. Available from: [https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA\\_DSM\\_Changes\\_from\\_DSM-IV-TR\\_to\\_DSM-5.pdf](https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf) [cited: 21 May 2018].
- Basińska MA: Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego. *Przeegl 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. *Przeegl Lek* 2014; 71: 328–333.
- Creed F, Barsky A, Leiknes KA: Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (eds.): *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services*. Cambridge University Press, Cambridge 2011: 1–42.
- Czachowski S, Buczkowski K: Pacjenci z zespołem MUS w podstawowej opiece zdrowotnej. Wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. *Forum Med Rodz* 2015; 9: 38–44.

- Fava GA, Sonino N: Psychosomatic assessment. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 333–341.
- 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, 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.
- 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.
- Grassi L, Nanni MG: Beyond psychiatric classification in oncology: psychosocial dimensions in cancer and implications for care. *Psycho-Oncologie* 2013; 7: 235–242.
- 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.
- Haller H, Cramer H, Lauche R et al.: Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 279–287.
- Härter M, Baumeister H, Reuter K et al.: Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom* 2007; 76: 354–360.
- Henningsen P, Fink P, Hausteiner-Wiehle C et al.: Terminology, classification and concepts. In: Creed F, Henningsen P, Fink P (eds.): *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress: Developing Better Clinical Services*. Cambridge University Press, Cambridge 2011: 43–68.
- Ibeziako PI, DeMaso DR: Somatic symptom and related disorders. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW et al. (eds.): *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20<sup>th</sup> ed., Elsevier, Philadelphia 2016: 135–138. e1. Available from: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9781455775668000223> [cited: 27 July 2017].
- Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ et al.: Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 663–672.
- Mangelli L, Bravi A, Fava GA et al.: Assessing somatization with various diagnostic criteria. *Psychosomatics* 2009; 50: 38–41.
- 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.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych: Rewizja dziesiąta ICD-10: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997.
- Porcelli P, Rafanelli C: Criteria for psychosomatic research (DCPR) in the medical setting. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 246–254.
- Porcelli P, Sonino N (eds.): *Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New Classification for DSM-V*. *Advances in Psychosomatic Medicine*, vol. 28. Karger, Basel 2007.
- Porcelli P, Fava GA, Rafanelli C et al.: Anniversary reactions in medical patients. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 603–606.
- Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón C, Perona-Garcelán S: From DSM-IV-TR to DSM-5: analysis of some changes. *Int J Clin Health Psychol* 2014; 14: 221–231.
- Sirri L, Fava GA, Wise TN: Psychiatric classification in the setting of medical disease: Comparing the clinical value of different proposals. *J Psychosom Res* 2011; 70: 493–495.
- Wciórka J (ed.): *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Elsevier, Wrocław 2008.
- Wise TN: Diagnostic criteria for psychosomatic research are necessary for DSM V. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 330–332.