



## 2 Zaburzenie somatoformy

Usterka formy somatycznej (ICD-10 V F45)

Zaburzenia somatoformalne można podzielić na trzy grupy:

- 1 - Zaburzenia somatyzacji (zaburzenia bólu) (ICD-10 F45.0)
  - 2 - Zaburzenia hipochondrialne (ICD-10 F45.2)
  - 3 - Zaburzenia autonomicznej dysfunkcji somoformy / dysfunkcji wegetatywnej (ICD-10 F45.3)
- (Ograniczę się do tych trzech zakłóceń).

### Informacje ogólne

Zaburzenia somatyzacyjne są zaburzeniami wielopostaciowymi i najczęściej występującymi. Jak już opisano w Tölle i Windgassen, są one diagnozowane pod różnymi nazwami. Zgodnie z ICD-10 F45 zaburzenia somatoformy są klasyfikowane jako termin ogólny. Dolegliwości fizyczne istnieją bez dowodów medycznych, ale należy je rozpatrywać w kontekście psychologiczno-sytuacyjnym. "Somatoform" oznacza zatem "występowanie w formie fizycznej". (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Główne cechy zaburzeń somatoformy są opisywane przez pacjentów jako fizyczne dolegliwości, których nie można przypisać chorobie narządowej podczas badania lekarskiego. W tym zaburzeniu, jak wskazuje Deister, każdy narząd może być dotknięty chorobą. Konsekwencje mogą być poważne, ponieważ istnieje wiele różnych objawów. W związku z tym konieczne jest przeprowadzenie wielu badań, być może również w konsekwencji z działalnością operacyjną. Często potrzeba kilku lat, aby pacjent odwiedził psychiatrę. Często jednak osoby, których to dotyczy, nie widzą psychiatrę. Prowadzi to do ostrych i przewlekłych

schorzeń. Zaburzenie somatoformy, zwane również zaburzeniem psychogennym, wymaga szczególnej strategii diagnostycznej i terapeutycznej (Deister A, 2005).

### **diagnostyka różnicowa**

Jak już opisał Dilling i wsp., odróżnienie od złudzenia hipochondrialnego jest trudne ze względu na różnorodność objawów. Dlatego pomocne jest, jeśli lekarz dobrze zna pacjenta, a pacjent ma dobry stopień samoświadomości. Nie ulega wątpliwości, że wiedza na temat objawów jest postrzegana przez pacjenta jako nieprzyjemna.

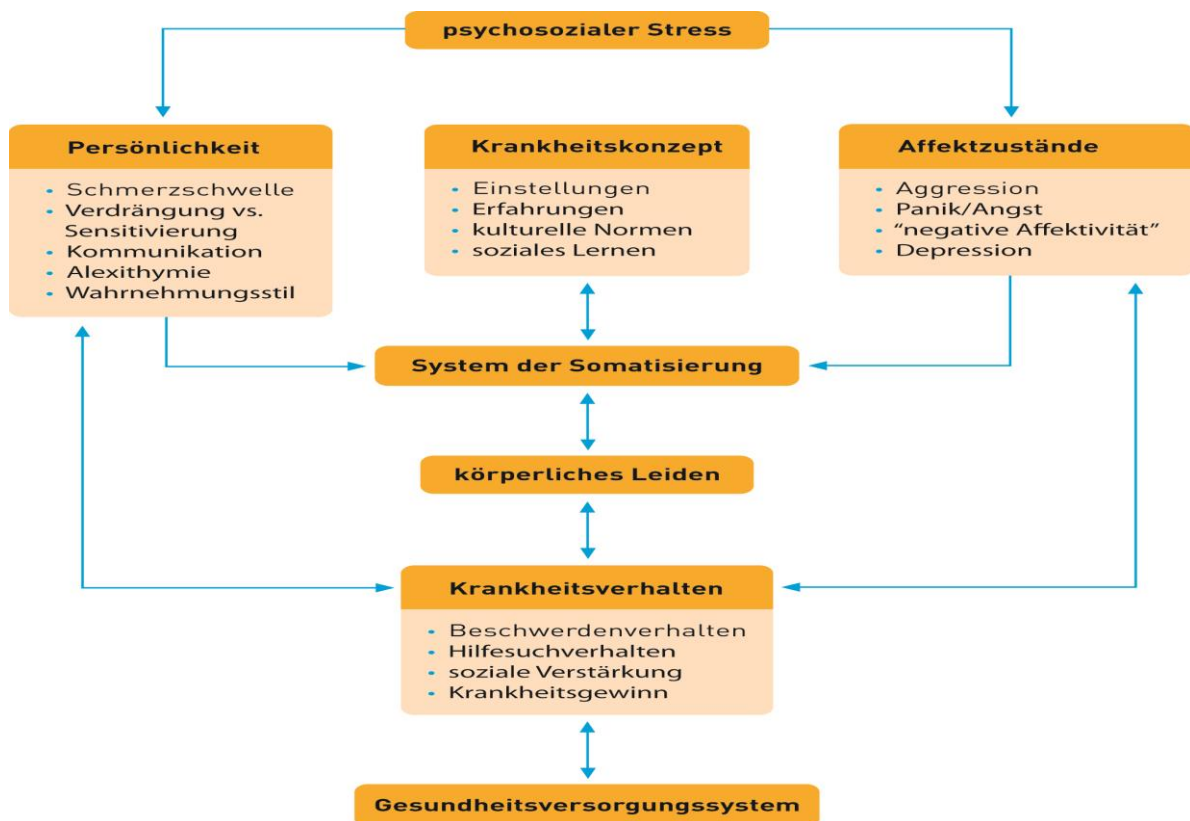
(Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

### **prezencja**

Jak już opisuje Deister, istnieje wiele objawów: wyczerpanie, objawy bólu, problemy sercowo-naczyniowe, objawy seksualne i pseudoneurologiczne, zaburzenia trawienne (dolegliwości żołądkowo-jelitowe), nudności i dyskomfort brzucha, dolegliwości jelitowe, objawy układu krążenia (kołatanie serca lub bóle w klatce piersiowej) i inne rozproszone bóle.

Często potrzeba kilku lat, aby osoba dotknięta chorobą znalazła drogę do psychiatrii, ponieważ jej organiczne dolegliwości nie uległy poprawie w wyniku licznych wcześniejszych badań i operacji. (Deister A, 2005)

### 9.3.1 Współzależność stresu psychospołecznego, osobowości, skuteczności i pojęcia choroby



Rys. 14: Związek stresu psychospołecznego, osobowości, afektywności i koncepcji choroby

Zmodyfikowano na podstawie danych pochodzących z badania: Möller H J, Laux G, Deister A, 2005, str. 255

W szerszym sensie jest to trudny dialog pomiędzy pacjentem a terapeutą. Pacjent jest przekonany o swoich organicznych dolegliwościach. On i jego środowisko społeczne zazwyczaj nie znają przyczyn. Jak już opisał Dilling i wsp. Osoby dotknięte chorobą reagują czule, jeśli nie są w stanie przekonać lekarza o chorobie w jej kształcie (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

## Historyczny

W starszych koncepcjach diagnostycznych i systemach nosologicznych zaburzenia somatoformalne mają różne nazwy. Tzw. "histeria" była już znana w starożytnej Grecji. Termin hipochondria był używany do opisu zaburzeń, które były podejrzewane "pod żebrami". W XVII wieku Sydenham powiązał te dwa pojęcia. Paul Briquet widział histerię

jako chorobę polisymptomatyczną w połowie XIX wieku. W ostatnich dekadach, najbardziej zróżnicowane terminy, takie jak "zespół dolegliwości psychosomatycznych", "zespół psychovegetatywny" i "dystonia wegetatywna" były używane w różnych znaczeniach.

(Deister A, 2005, str. 254)

## **Epidemiologia**

Liczba nowych spraw w ciągu jednego roku wynosi 13%. Kobiety są 2:1 bardziej narażone na skutki tej choroby niż mężczyźni. Spośród pacjentów Szpitala Ogólnego, 17-30% cierpi na te zaburzenia, z czego około jedna trzecia pochodzi z oddziału neurologicznego. Jak już wyjaśnili Frauenknecht i Brunnhuber, bóle pleców i głowy są najczęstszą formą zaburzeń somatycznych. W dwóch trzecich osób dotkniętych chorobą występuje jako współlistnienie choroby podstawowej, w szczególności zespołów depresyjnych. Należy tu wyraźnie rozróżnić zaburzenia afektywne i objawy somatyczne, ale może również wystąpić epizod depresyjny z objawami fizycznymi ("depresja larwalna"). Jednocześnie często diagnozuje się nadużywanie substancji / uzależnienie, zaburzenia osobowości, fobię lub panikę.

Zaburzenie somatoformy często występuje w okresie dojrzewania i przejawia się w trzeciej dekadzie życia, ale może również wystąpić w każdym innym wieku. Nieco później, zaburzenia somatoformalne bólu prawie zawsze pojawiają się między 40 a 50 rokiem życia. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

## **Etjopatogeneza**

Zakłada się, że różne czynniki patogenetyczne współdziałają ze sobą, np. nieświadome konflikty w mowie ciała wychodzą na jaw w procedurach psychoanalitycznych. W modelu neurobiologicznym zaburzenia somatoformalne są częstsze u krewnych pierwszego stopnia.

### **Przyczyny rozwoju zaburzeń somatoformy:**

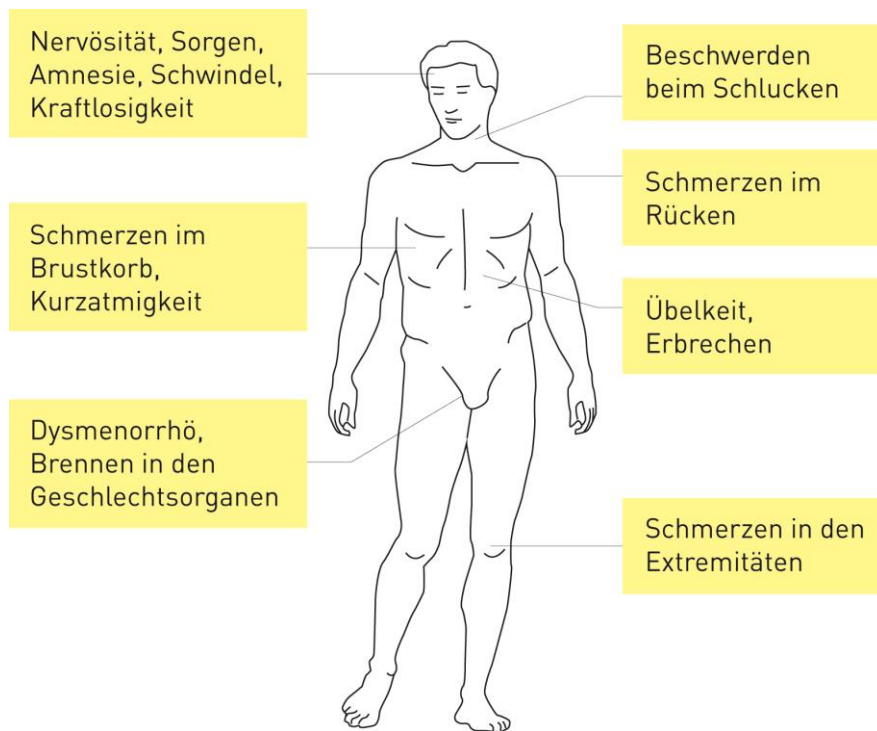
- Identyfikacja z zainteresowanymi stronami powiązanymi
- Samoistnie niepewne struktury osobowości osób dotkniętych chorobą
- Indywidualna podatność niektórych narządów

- W przypadku nadmiernego obciążenia spowodowanego stresem, obciążeniem fizycznym i psychicznym przez dłuższy okres czasu
- Jak już Frauenknecht i Brunnhuber opisują, krytyczne fazy życia, choroby fizyczne lub separacja są często przyczyną zaburzeń somatoformalnych. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

## **Symptomatologia**

Zmęczenie jest postrzegane przez zdrowych ludzi jako przyjemne. Jak opisują to Tölle i Windgassen, ludzie wyczerpani są gorączkowo i napięci, co znajduje odzwierciedlenie w irytacji, gorączce, braku koncentracji, słabej wydajności, depresji, wahaniach nastroju, bezsłuchu i nastroju morozu. Ponadto, istnieje zawroty głowy, niesystematyczne zawroty głowy, bóle głowy, zaburzenia snu, przede wszystkim trudności w zasypianiu, niespokojny sen, migotanie przed oczami, drobne drżenie palców, nieprzyjemne uczucie przyspieszonego impulsu/ekstrostoli, inne dolegliwości serca bez organicznych odkryć, impotencja, biegunka lub zaparcia i dolegliwości żołądkowe. (Tölle R, Windgassen K, 2009)

## Różne objawy zaburzeń somatoformy



Rys. 15: Różne objawy zaburzeń somatoformy

Zmodyfikowano na podstawie danych pochodzących z badania: Möller H J, Laux G, Deister A, 2005, str. 256

## Zaburzenia i objawy somatyzacji

Zaburzenia i objawy somatyzacji (ICD-10 F45.0)

diagnostyka różnicowa

### Zaburzenia depresyjne niespokojne i afektywne:

Lęk i depresja w różnym stopniu nasilenia są, jak już opisuje Deister (Deister A, 2005), związane z zaburzeniami somatyzacji. Nie musisz tutaj stawiać dodatkowych diagnoz. Dodatkowa diagnoza (lęk/depresja) musi być postawiona tylko w przypadku stanu stałego, który znajduje się na pierwszym planie. Po 40. roku życia liczne objawy fizyczne wskazują na wystąpienie depresji.

## **Zaburzenia fizyczne:**

Jak już wspomniał Deister, w przewlekłym zaburzeniu somatyzacji można założyć, że z biegiem lat rozwija się choroba fizyczna (np. nadkwaśność/gastrytyczność żołądka prowadzi później do wrzodów żołądka).

- Odmowa przyjęcia przez pacjenta porady i ubezpieczenia lekarza, aby być zdrowym. Istniejące objawy nie są oparte na żadnych chorobach fizycznych.
- Przekonanie o obecności jednej lub więcej chorób, pomimo licznych niejednoznacznych badań. Badanie założeń dotyczących rozwoju tej choroby.
- Czas trwania zakłócenia wynosi co najmniej sześć miesięcy.
- Pomimo organicznej niepozorności istnieje wiele objawów fizycznych.
- Zachowania wynikające z tego zaburzenia mają wpływ na środowisko społeczne i rodzinne.
- Pojawienie się objawów może odnosić się do każdej części ciała, jak również do każdego układu organizmu. (Deister A, 2005)

## **Zaburzenia somatyzacji i objawy po DSM-IV**

Dolegliwości fizyczne występują przed ukończeniem 30 roku życia, trwają przez lata i mają wpływ na środowisko zawodowe i społeczne.

Jak już podkreśla Deister (Deister A, 2005), muszą być spełnione następujące kryteria

musi być obecny. Ważne jest, aby w trakcie trwania zaburzenia wystąpiły indywidualne objawy:

- Objawy pseudoneurologiczne, cztery objawy bólowe dotyczące czterech różnych części ciała.
- Poza bólem, dwa objawy żołądkowo-jelitowe
- Oprócz bólu, objaw seksualny.

Objawy żołądkowo-jelitowe:

nietolerancja pokarmowa, nudności, wymioty, biegunka, uczucie pełni.

## **Objawy bólu**

Ból głowy, ból podczas oddawania moczu, ból podczas stosunku płciowego i menstruacji, ból stawów, ból w klatce piersiowej lub odbycie oraz ból kończyn, ból pleców i brzucha.

## **Objawy seksualne i ginekologiczne**

Obojętność seksualna, nieregularna miesiączka, często ze zwiększonym krwawieniem, częstsze wymioty w ciąży, zaburzenia ejakulacji, zaburzenia erekcji.

## **Objawy pseudoneurologiczne**

Napady, zaburzenia równowagi lub koordynacji, afonia, pieróg w gardle, miejscowe osłabienie mięśni lub paraliż, trudności w połykaniu, zatrzymanie moczu, ślepotą, drętwienie, widzenie podwójnych obrazów, halucynacje, uczucie bólu lub utrata wrażenia dotykowego.

## **Zaburzenie somatyzacji**

Zaburzenia somatyzacji (ICD-10 F45.0)

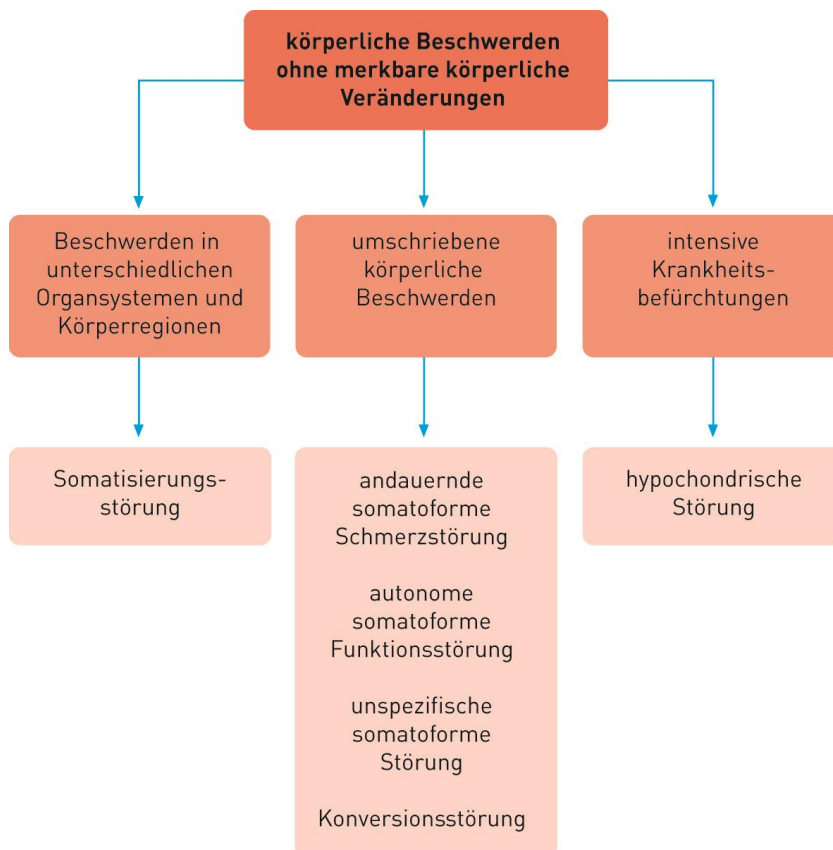
Przez lata powtarzały się i zmieniały objawy, czego wynikiem było skomplikowane lub często negatywne badanie w różnych placówkach medycznych. Nie powiodły się również operacje. Jak już opisał Dilling et al., najczęściej dolegliwości żołądkowo-jelitowe to nudności, bicie, wymioty, przeżuwanie i ból. Wyjątkowe odczucia skórne można zaobserwować w paleniu, mrowieniu, swędzeniu, bolesności, drętwieniu i wysypce. Często są również dolegliwości menstruacyjne i seksualne, podobnie jak lęk i depresja. Przebieg objawów jest przewlekły i wpływa również na środowisko społeczne. Pacjenci stają się niezdolni do pracy. Wymienione objawy są częstsze u kobiet niż u mężczyzn i zazwyczaj zaczynają się we wczesnym okresie dojrzewania. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)



## Rozpoznanie

- Jeśli wiele organicznych dolegliwości występują przez co najmniej dwa lata bez wyników badań lekarskich,
- istnieje upośledzenie w kontaktach ze społeczeństwem i rodziną w wyniku cierpienia i wynikającego z niego zachowania,
- pacjent jest przekonany, że jest fizycznie chory, odmawia uznania przyczyn psychicznych, częste są wizyty u różnych lekarzy i badania.

## Model diagnozy zaburzeń somatoformy



Rys. 16: Model diagnozy zaburzeń somatoformy.

Zmodyfikowano na podstawie danych pochodzących z badania: Möller H J, Laux G, Deister A, 2005, str. 263

## **Zaburzenia hipochondrialne**

Zaburzenia hipochondrialne (ICD-10 F 45.2)

### **Diagnoza różnicowa:**

Jak już podkreśla Dilling et al. podkreślają, indywidualność objawów i rozpoznawanie skutków są ważne w tym zaburzeniu. Należy zwrócić uwagę na obecność poważnej psychodynamiki i jej wpływ na chorobę. Pacjent przywiązuje dużą wagę do szeroko zakrojonych badań (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

Wyniki powinny potwierdzić założenia pacjenta. Tutaj wyrażana jest chęć leczenia w celu wyeliminowania objawów. Można również zaobserwować nadmierne spożycie leków. Brak zgodności podczas terapii. Pacjent myli się z przepisany lekiem i obawia się możliwych skutków ubocznych. Niemniej jednak, szuka upewnienia podczas częstych wizyt u lekarza (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008).

### **Wygląd z subiektywnego punktu widzenia**

Jak już opisał Deister, pacjenci dotknięci chorobą są uporczywie zaniepokojeni możliwością wystąpienia chorób organicznych. Subiektywnie skargi są interpretowane jako wyjątkowo stresujące. Osoby dotknięte chorobą nadmiernie boją się cierpieć na inne choroby. Na wydajność zawodową i relacje społeczne ma wpływ stała troska o skargi. "Doctor-shopping jest częścią wzorca zachowań osób, których to dotyczy. Ciągła zmiana lekarza jest częścią codziennego życia. Wreszcie, skierowanie do psychiatry jest postrzegane jako nieprzyjemne i niepokojące. (Deister A, 2005)

### **Punkt widzenia pacjenta**

Pacjent jest w stanie dokładniej nazwać swoją rzekomą chorobę (np. nowotwór złośliwy, rak żołądka, AIDS), a każdy dyskomfort fizyczny potwierdza jego opinię. Po szczegółowych badaniach objawy te, opisane przez pacjenta, nie znajdują potwierdzenia w wynikach badań.

Jak wyjaśniają już Frauenknecht i Brunnhuber, zjawisko "choroby studenta medycyny" występuje u studentów kierunków medycznych, szczególnie w fazie klinicznej. Podejrzewa

się występowanie chorób organicznych, zwłaszcza tych, które są obecnie przedmiotem badań. Nowa wiedza medyczna niesie ze sobą zwiększoną uwagę na własne ciało. (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

## **Diagnoza zaburzeń hipochondrialnych**

Diagnoza zaburzeń hipochondrialnych (ICD-10 F 45.2)

Zaburzenia hipochondrialne charakteryzują się ekstremalną troską o własne ciało i tentalizowaniem obrazów fantazy. W tym przypadku nie jest to hipochondria jako choroba, ale pojawienie się zespołu.

## **Subiektywne odczucia**

Niepokojąca postawa dotyczy trosk o narządy moczowe i seksualne, przewód pokarmowy, serce, mózg i rdzeń kręgowy. Jak już wyjaśnili Tölle i Windgassen, strach i wynikające z niego hormony stresu powodują zaburzenia wegetatywnego układu nerwowego. Prowadzi to również do nasilenia objawów hipochondrialnych (Cirulus vitiosus). Wyjątkowa troska pacjenta może być powiązana z rzeczywistymi objawami fizycznymi narządów. Ta hipochondriakowa złośliwość (przeszacowanie) podważa skłonność pacjenta do fobii. Należy zauważyć, że każdy człowiek ma cechy hipochondrialne. Jednakże hipochondriaki mogą również cierpieć na poważną chorobę. (Tölle R, Windgassen K, 2009)

Powiązane terminy:

- nosofobia
- dysmorfobia
- zaburzenia dysmorficzne organizmu
- hipochondria
- nerwica podczerwieni

(Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

### **Diagnoza zaburzeń hipochondrialnych według DSM-IV**

- Poważnie traktuje się zawód pacjenta z jego chorobą i przeprowadza się odpowiednie badania lekarskie. Wyniki są niepozorne i potwierdzone przez lekarza, aby uspokoić pacjenta.
- Błędna interpretacja objawów fizycznych osób dotkniętych chorobą prowadzi do nadmiernego zainteresowania ideą cierpienia na poważną chorobę.

### **Epidemiologia**

Większość lekarzy ogólnych i internistów (Deister A, 2005) znajduje zaburzenia w swoich diagnozach, jak opisuje Deister.

Zaburzenia somatyzacji: Ta dysfunkcja wegetatywna dotyczy kobiet częściej niż mężczyzn. W szpitalach ogólnodostępnych odsetek chorych waha się między 20 a 40 %, w gabinetach lekarzy ogólnych około 10 %, a w populacji ogólnej około 4 %. Najczęstszym zaburzeniem somatoformy jest dysfunkcja wegetatywna.

Zaburzenia bólowe w postaci somatoformy: występują często w rodzinach i dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet.

Zaburzenia hipochondrialne: dotyczą 4-6% populacji ogólnej, dotyczą w równym stopniu mężczyzn i kobiety.

### **Zaburzenia autonomicznej dysfunkcji somoformy**

Zaburzenia autonomicznej formy jamy ustrojowej (zaburzenia wegetatywne) (ICD-10 F45.3)

Pacjenci opisują swoje objawy jako czysto fizyczne przejawy. Faktem jest jednak, że, jak już opisał Dilling et al., objawy fizyczne wywodzą się z wegetatywnie (autonomicznie) kontrolowanego układu nerwowego, sercowo-naczyniowego, pokarmowego i oddechowego. Dotyczy to również układu moczowo-płciowego. Najczęstszymi formami dolegliwości są

zaburzenia układu krążenia (nerwica serca), układu oddechowego (psychogenna hiperwentylacja) oraz układu pokarmowego (biegunka i nerwica żołądka).

W diagnostyce pomocne jest poznanie dwóch grup objawowych, które nie są typowe dla objawów narządowych.

Pierwsza grupa obejmuje idiosynkratyczne, subiektywne i niespecyficzne objawy, takie jak pieczenie, szczelność, dotkliwość, uczucie płynącego bólu lub rozerwanie. Druga grupa wykazuje objawy wywołane pobudzeniem autonomicznego układu nerwowego, takie jak wstrząsy, zaczerwienienia, pocenie się, kołatanie serca.

Zaburzenia te opierają się na zaburzeniach wegetatywnych. Z punktu widzenia pacjenta, za jego skargi należy winić chorobę narządu. Pacjentom dotkniętym chorobą można często przypisać stres psychologiczny, problemy i trudności. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

## **Rozpoznanie**

Aby postawić dokładną diagnozę, wszystkie te kryteria muszą być spełnione, jak podkreśla Dilling et al:

- Brak wskazania dysfunkcji narządu lub narządu.
- Subiektywne poczucie choroby związane tylko z jednym określonym narządem.
- Patologiczne przywiązanie pacjenta do idei choroby narządowej, by być zdrowym pomimo ubezpieczenia lekarza.
- Stałe efekty stymulacji wegetatywnej, takie jak zaczerwienienia, pocenie się, palpacje i wstrząsy. (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2008)

## **Terapia**

Psychoterapia, zwłaszcza leczenie poznawczo-behawioralne, jest szczególnie skuteczna w leczeniu zaburzeń dysmorficznych i hipochondrialnych organizmu. W przypadku

innych schorzeń ta forma leczenia jest mniej skuteczna. Pozytywne efekty można zaobserwować w zaburzeniach bólowych żołądkowo-jelitowych i somatoformalnych.

Elementy psychoterapii poznawczo-behawioralnej / specyficznego programu terapii:

### **Budowanie relacji:**

Jak już podkreślają Frauenknecht i Brunnhuber, ważne jest, aby pacjent opisywał swoje dolegliwości, a terapeuta uważnie słuchał, wyrażał swoje uznanie i wykazywał zdecydowaną postawę.

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

### **Motywacja do terapii**

Podejścia psychoterapeutyczne wyjaśniają pacjentowi efekty (np. rozluźnienie mięśni według Jacobsona w celu złagodzenia bólu, ważna również redukcja stresu). Wspólne uzgadnianie celów.

### **Zarządzanie objawami**

Nauka technik relaksacyjnych (np. progresywne rozluźnienie mięśni), rozproszenie uwagi poprzez te ćwiczenia, prowadzenie dziennika objawów do samoobserwacji objawów.

### **Opracowanie ogólnego modelu choroby**

Akceptacja cierpienia osoby dotkniętej chorobą poprzez interwencję (np. metody biofeedback, eksperymenty behawioralne, wyjaśnianie związków między psychiką a ciałem poprzez metody naukowe).

### **Analiza i zmiana myśli dysfunkcyjnych**

prowadzenie rejestru przekonań dysfunkcyjnych dotyczących choroby.

Ograniczenie wycofywania się ze społeczeństwa i szkodliwych zachowań:

Pacjenta należy zachęcać do znajdowania dla niego sensownych zajęć i do podtrzymywania relacji społecznych, do uprawiania sportu oraz do stopniowego przejmowania odpowiedzialności w domu i w pracy.

Redukcja stresu i motywacja do radości życia:

Uczenie się strategii rozwiązywania problemów, budowanie zainteresowań, strategię zarządzania stresem.

### **Interwencje organiczno-medyczne i ograniczenie interakcji związanych z chorobą**

poinstruować pacjenta, aby omówił częstotliwość i rodzaj interwencji somatycznych. Celem tego środka jest całkowite pominięcie reasekuracji.

### **Zmniejszyć nadużywanie narkotyków**

Należy uświadomić pacjentowi skutki uboczne stosowania leków i zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo uzależnienia (np. długotrwałe stosowanie paracetamolu w przypadku bólu głowy prowadzi do paradoksalnego efektu).

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

### **Praktyczne wskazówki dotyczące zabiegów psychosomatycznych**

- Obserwowanie zaburzeń funkcjonalnych
- Unikanie zbędnych dochodzeń
- Przyjmowanie skarg pacjenta
- Precyzyjne cele terapeutyczne z określeniem celów cząstkowych
- Unikać zbyt wczesnego konfrontacji pacjenta z modelami zaburzeń psychicznych
- Współpraca i wymiana informacji z lekarzem rodzinnym i terapeutami innych specjalności

- Ważne: motywacja do terapii

## **Farmakologia**

Kłamię, jak to już opisują Frauenknecht i Brunnhuber,

tylko kilka potwierdzonych wyników jest dostępnych w leczeniu farmakologicznym zaburzeń somatoformalnych.

- Inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny w zaburzeniach dysmorficznych i hipochondrialnych organizmu z efektywnym działaniem.
- Opipramol (trójcykliczna pochodna piperazyny, anxiolytic) w leczeniu zaburzeń autonomicznych somatoformy i zaburzeń somatyzacji.
- Niskodawkowe trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (amitryptylina 10-75 mg) w leczeniu bólu somatoformalnego. Należy unikać stosowania leków neuroleptycznych i preparatów benzodiazepiny ze względu na ich działania niepożądane (pozapiramidowe objawy motoryczne, rozwój uzależnienia) (Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)

## **Prognozowanie**

Przebieg zaburzeń somatoformy jest zazwyczaj przewlekły. Rzadko zdarzają się samorzutne remisje. Obraz zaburzeń społecznych/zawodowych i fizycznych jest bardzo zróżnicowany w zależności od przypadku.

### **Niekorzystna prognoza:**

Negatywne skutki mają następujące czynniki: wysoki przyrost chorób wtórnych, przywiązanie do przekonania o organicznej regeneracji, objawy nie występują w związku ze stresującymi lub przerażającymi doświadczeniami.

(Frauenknecht S, Brunnhuber S, 2008)



## **Korzystna prognoza**

Z punktu widzenia terapii psychoanalitycznej i behawioralnej, jak opisuje Ermann, 65% pacjentów ma szansę na trwałą poprawę.

## **Wyniki zależą od wyników:**

- pojawienie się wtórnego przetwarzania
- im wcześniej rozpocznie się terapia, tym większe szanse na wyzdrowienie (Ermann M, 2004).

## **Z punktu widzenia psychoanalitycznego**

Procedury analityczne obejmują różne formy:

- Konflikty są rozwiązywane, szczepy wyzwalające są eliminowane, leki psychotropowe są czasami stosowane w połączeniu z pomysłowymi procedurami.
- Analityczna terapia grupowa może przynieść dobre rezultaty, ponieważ konflikty społeczne i cechy narcystyczne w grupie mogą być dobrze opanowane.
- Zaleca się pobyt w szpitalu w celu wzmocnienia motywacji do leczenia.
- Motywacja pacjenta do analizy jest niezbędna, aby dotrzeć do nieświadomości, ponieważ wszystkie przyczyny zaburzenia są tłumione, jak tylko się pojawiają. W trakcie tego procesu pacjent rozpoznaje swoje nieświadome części i akceptuje swój problem i cierpienie.
- Pacjent powinien otrzymać nie tylko uwagę i opiekę od swoich krewnych. Pamperingowe zachowanie i współczucie dla osoby dotkniętej chorobą, jak również zaspokojenie potrzeb nerwicowych wspierają ich zespoły i wzmacniają je.
- Terapia rodzinna powinna być rozważana przed rozpoczęciem leczenia. (Ermann M, 2004)
- Osobiście jestem pewien, że rozpoznawanie i przyjmowanie cierpienia jest drogą do uzdrowienia.

## **Z punktu widzenia terapii behawioralnej**

Na poziomie fizjologicznym istnieje wiele zastosowań, jak już wspomniał Ermann (Ermann M, 2004):

- Biofeedback i przeciążenie bodźców, ćwiczenia relaksacyjne, systematyczne odczulanie i restrukturyzacja poznawcza itp.

## **Procesy percepcji dotykowej w zaburzeniach somatoformy**

Katzer A, Oberfeld D, Hiller W, Gerlach A i Witthöft M, z Uniwersytetu Johannesesa Gutenberga w Moguncji i Uniwersytetu w Kolonii, we wspólnych badaniach (2011 r.) pokazują związek między procesami percepcji dotykowej z zaburzeniami somatoformalnymi.

Zbadano 32 zdrowych i 33 uczestników z zaburzeniami somatoformalnymi. Celem pracy było określenie, czy próg percepcji jest niższy u osób z zaburzeniami somatoformalnymi niż w grupie kontrolnej. W centrum zainteresowania badania był zmysł dotyku badanych osób, czyli czas reakcji na bodziec na opuszkach palców. W grupie kontrolnej podano dodatkowy bodziec wizualny.

Poprzez bodźce świetlne osiągnięto poprawę wyczucia dotykowego obu grup. Wynik ten został osiągnięty w drugiej połowie okresu testowego. W grupie chorych wskazywano na efekty percepcji dotykowej, a w szczególności na objawy pseudoneurologiczne. W pomiarach grupy z zaburzeniami somatoformalnymi znaczenie jest mniejsze przy  $r = 0,86$ . W porównaniu z grupą zdrową, percepcja została pozytywnie potwierdzona. W grupie z zaburzeniami somatoformalnymi na rozkład objawów mają wpływ modele poznawcze (Katzer A, Oberfeld D, Hiller W, Gerlach A L, Witthöft M, 2012).

Prof. Dr. Andrawis