



4 Medycyna psychosomatyczna SM

Medycyna psychosomatyczna (PSM) jest badaniem interakcji pomiędzy psychiką a całym ciałem, jak również rozwoju zaburzeń psychosomatycznych. Podporządkowany system neuroprzekaźników ma istotny wpływ na rozwój różnych chorób, zwłaszcza chorób psychosomatycznych, które są bardzo trudne do wykrycia. Może upłynąć kilka lat, zanim rozpozna się zaburzenia psychiczne jako takie i nie znajdzie spustu w samym organie (Andrawis A, 2018).

Wymiana myśli i działania w społeczeństwie komunikacyjnym odbywa się w systemie sieciowym. Wcześniej stosowana biomedycyna zostanie zastąpiona koncepcją biopsychospołeczną. Obecnie medycyna postrzega zaburzenia psychosomatyczne nie tylko jako zaburzenie tkanki łącznej (wegetatywny układ nerwowy, przewód pokarmowy), ale również identyfikuje stres środowiskowy jako czynnik wyzwalający. Indywidualność i kultura, geny i społeczeństwo oddziałują na siebie nawzajem. Zdarzenia lecznicze i lecznicze mają wpływ na ludzkie zachowanie. Nie tylko leki mogą pomóc w bólu, ale także nowe cele i związane z nimi nadzieje. Jak już zauważył Andrawis, stres w życiu zawodowym lub samotność mogą prowadzić do osłabienia układu odpornościowego (tamże).

6.1 Choroby psychosomatyczne

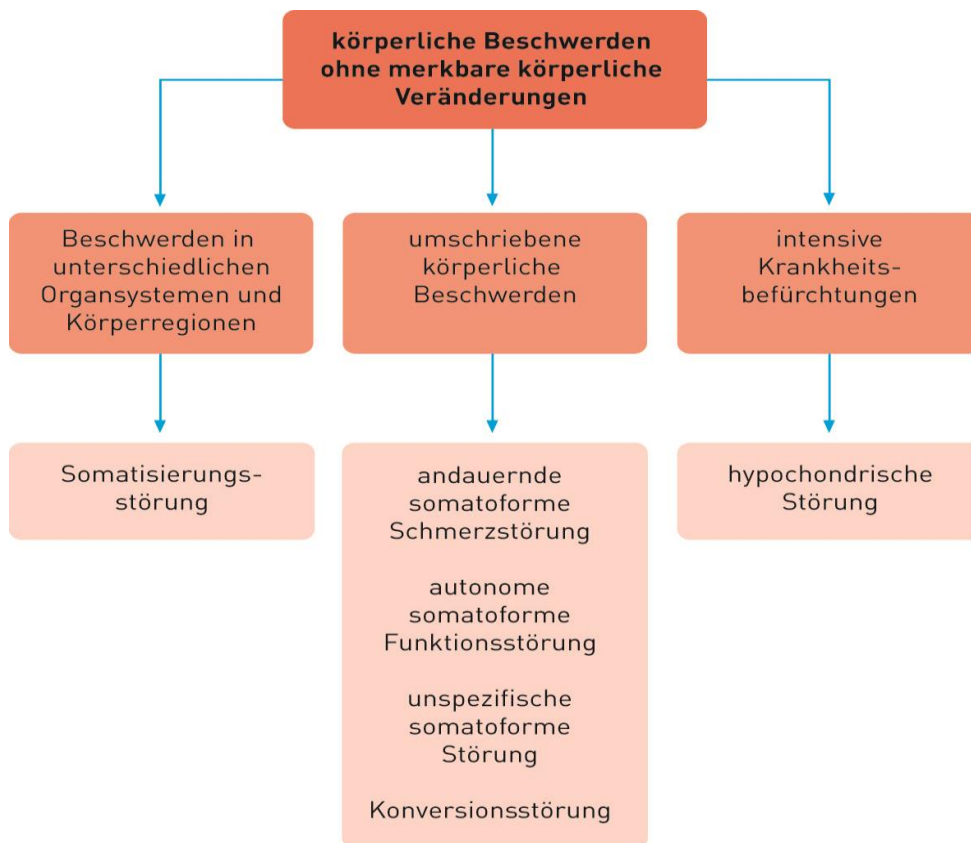
Autor Zadał pytanie, w jaki sposób doświadczenie psychiczne i wydarzenia fizyczne są ze sobą powiązane (...), było powracającym tematem. Wraz z ruchem medycyny psychosomatycznej stał się on w XIX wieku wyzwaniem naukowym i zadaniem terapeutycznym w praktyce (Andrawis A, 2018).

Rozwój chorób psychosomatycznych wykazuje korelację z przeciążeniem, utratą masy ciała, zmianami bodźców emocjonalno-fizycznych, a także równowagą psychiczną i wreszcie

przeciążeniem: Z fizjologicznego punktu widzenia ciała, umysłu i reakcji organizmu na przeciążenie dotyczą one zarówno autonomiczno-wegetatywnego układu nerwowego, jak i endokrynologicznego, przy czym głównym czynnikiem jest zawartość humoru. Wzrost procesów biochemicznych, takich jak oś przysadki mózgowej, ACTH, glikokortykoidy i kortyzol, a także triglicerydy i cholesterol w surowicy mogą wskazywać na reakcje stresu. Zmiany odporności w odniesieniu do wpływu środowiska (tamże).

6.2 Zmęczenie osób zdrowych i dolegliwości fizyczne.

Jak już opisali Tölle & Windgassen (2009), zmęczenie u zdrowych ludzi jest postrzegane jako przyjemne. Przeciwnie jest w przypadku osób dotkniętych zaburzeniami psychosomatycznymi, które są pod presją wewnętrzną i gdzie objawy zmęczenia są często postrzegane jako wyczerpanie.

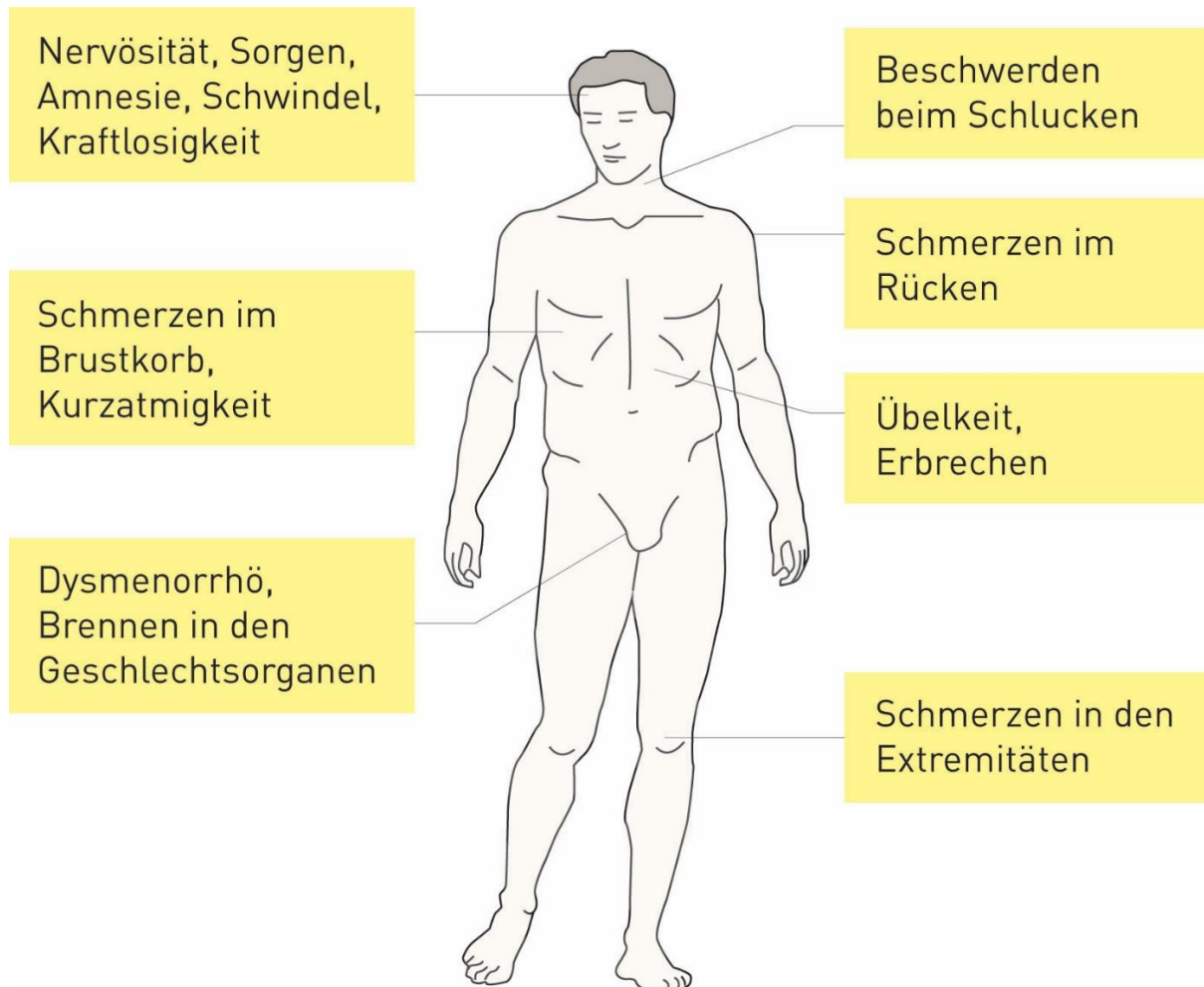


Rys. 1 Dolegliwości fizyczne bez zmian fizycznych

Źródło: (Möller et al. 2005:253)

Przejawia się to w napięciu, niepokoju, rozdrażnieniu, braku koncentracji, niezdolności do działania, depresji, bezsenności, wahaniach nastroju, niespokojnym śnie,

migotaniu przed oczami, delikatnym drzeniu palców, stukaniu w bóle głowy, nieprzyjemnym odczuciu przyspieszonego pulsu/ekstrosystoli, innych dolegliwościach serca bez organicznych odkryć, dolegliwościach żołądkowych, bieguncie, impotencji lub zaparciach (Tölle & Windgassen 2009).



Rys. 2 Objawy zaburzeń somatoformu

Źródło: (Möller et al. 2005:256)

6.3 Zaburzenia somatyzacji

Diagnostyka wg ICD-10 F i DSM-5 Code 300.82

Pacjenci najczęściej skarżą się na dolegliwości organiczne, które często nie odnoszą się do chorób organicznych i zaburzeń psychicznych w tle. Jak wspomniano w Andrawis, istnieje

interakcja pomiędzy zaburzeniem psychicznym a organami ciała. Istnieją następujące znane formy tego zaburzenia

- zaburzenie hipochondrialne
- zaburzenia bólu somatoformalnego
- Zaburzenie somatyzacji (Andrawis A 2018).

W przypadku Andrawisa (2018) osoby z zaburzeniami somatyzacyjnymi są znacznie bardziej narażone na depresję i lęki. Większość z tych chorób psychicznych o różnym stopniu nasilenia nie musi być diagnozowana oddzielnie. Jeśli jednak objawy utrzymują się przez długi czas, konieczne jest postawienie diagnozy.

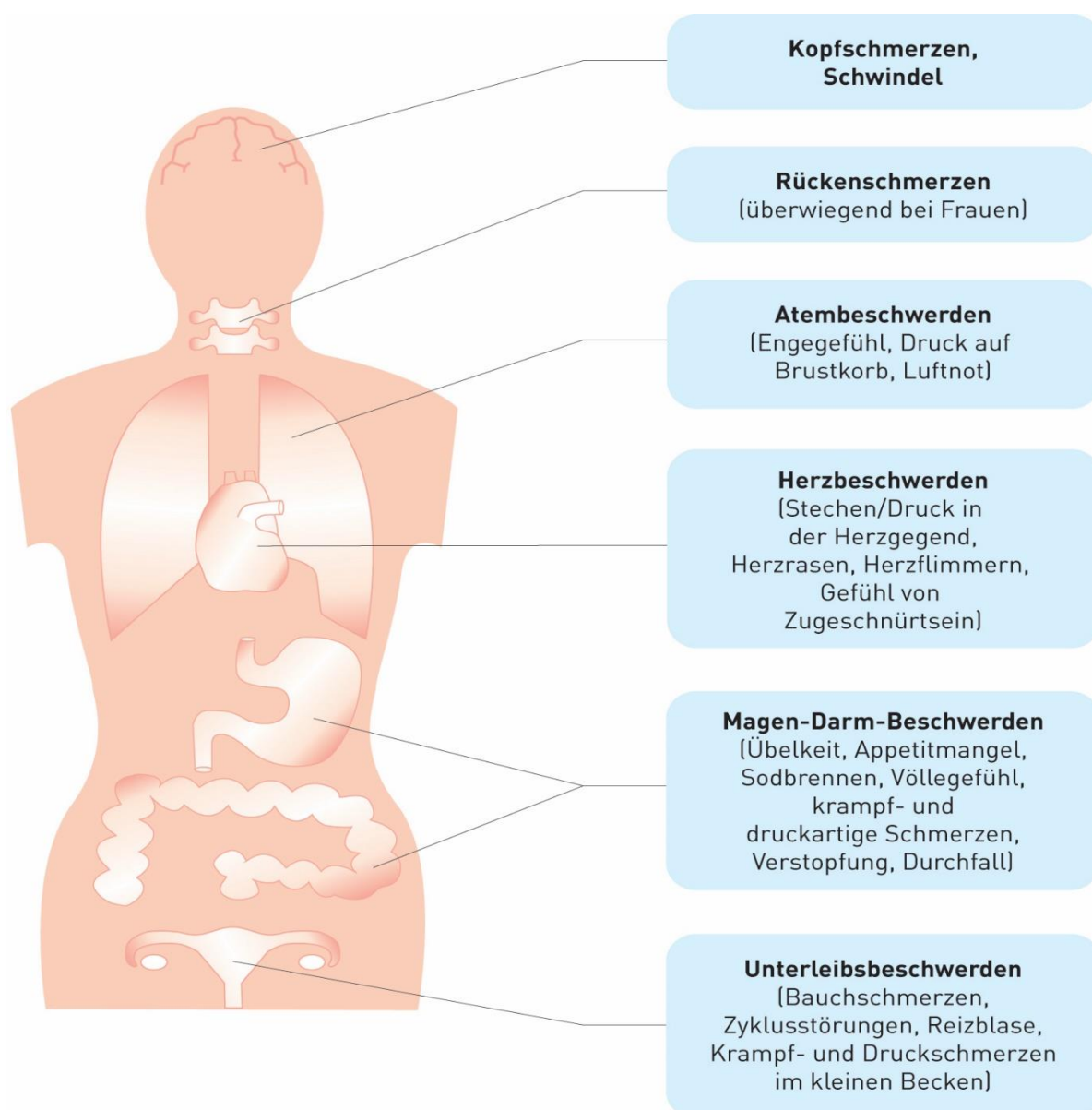
6.4 Zaburzenia hipochondrialne

Zaburzeniu temu towarzyszy nadmierny niepokój i obawa, że może być obecny ciężki wysiłek fizyczny, nawet jeśli nie ma przyczyn organicznych. W rzeczywistości około 14% pacjentów lekarzy rodzinnych cierpi na chorobę hipochondrialną, której ofiarami są zarówno mężczyźni, jak i kobiety (Möller i in. 1996).

Pacjenci wielokrotnie proszą o potwierdzenie objawów przez lekarza i są podatni na nadmierne nadużywanie narkotyków (ibid.).

W przypadku zaburzenia somatoformalnego bólu osoby dotknięte chorobą odczuwają stale bolesny ból, którego nie da się wytłumaczyć fizjologicznie. Ból ten jest wywoływany przez składniki emocjonalne i psychospołeczne. Nawet w przypadku zaburzeń psychologicznych, takich jak zaburzenia lękowe, objawy takie jak migrena i napięcie mięśniowe mogą być przyczyną zwiększonego bólu u osób dotkniętych chorobą.

W przypadku tzw. zaburzeń somatoformy cierpią wszystkie narządy funkcjonalne organizmu. Zaburzenia konwersji można postrzegać jako część zaburzeń somatoformy. Duża liczba objawów fizycznych występuje od kilku lat i została udowodniona również bez wyników badań organicznych. Dotyczą one do 10% pacjentów u lekarzy ogólnych, przy czym prawie wyłącznie kobiety spełniają te kryteria zaburzenia. Relacja między mężczyznami i kobietami wynosi od jednego do dwóch (ibid.).



Rys. 3 Objawy psychosomatyczne depresji somatycznej

Źródło: (Möller et al. 2005:85)

6.5 Depresja somatyzowana

Według Laux, depresja somatyzowana jest epizodem depresyjnym, który występuje głównie z dolegliwościami fizycznymi jako depresja zamaskowana. Oznacza to, że nie jest to obraz kliniczny sam w sobie. Diagnozę można postawić po ustąpieniu tych objawów. Ponadto zwraca się uwagę, że należy wziąć pod uwagę wyniki badań medycznych, na przykład badań zdrowotnych, a także badań fizycznych i laboratoryjnych (Andrawis 2018).

6.6 Diagnoza i diagnostyka różnicowa

Objawy wegetatywne mogą również tymczasowo dotknąć zdrowych ludzi. Są to napięcia, nerwowość, zaburzenia snu, zmęczenie i zaburzenia koncentracji. Nie wyklucza to jednak możliwości, że istnieje diagnoza chorób somatoformalnych. Cechą charakterystyczną diagnozy zaburzenia somatoformy jest rozwój wielu objawów fizycznych, w których nie występują żadne odkrycia organiczne. Na pierwszym planie znajdują się objawy psychologiczne, takie jak depresyjny nastrój i lęk (tamże).

Ryzyko rozwoju prawdziwej choroby fizycznej podczas diagnostyki różnicowej zaburzeń organicznych jest równie wysokie u pacjentów cierpiących na przewlekłe zaburzenia somatyzacji, jak u wszystkich innych osób w ich wieku. Następnie lekarz podejmuje decyzję o przeprowadzeniu dodatkowych konsultacji lub badań, jeżeli pacjenci narzekają na ciągłe zmiany w swoich dolegliwościach i dlatego należy obawiać się prawdziwej choroby fizycznej. Zaburzenia lękowe oraz dolegliwości afektywne i depresyjne mogą występować jako skutki uboczne zaburzeń somatyzacyjnych (tamże).

6.7 Diagnostyka wg ICD-10 F

Poniższe ustalenia można sklasyfikować według ICD-10F:

- 1) bezwarunkowe odrzucenie ekspertyzy lekarzy, że objawy pacjentów nie były fizyczne
- 2) przez co najmniej dwa lata musi wystąpić duża liczba objawów fizycznych, które nie zostały potwierdzone w badaniu narządowym
- 3.) Zakłócenie stosunków rodzinnych i społecznych z powodu choroby

Pacjenci dotknięci chorobą mogą również w każdej chwili rozwinąć choroby organiczne (ibid.). Należy zauważyć, że nie tylko wielorakie objawy, ale przede wszystkim człowiek jako całość fizyczna i psychiczna złożoność do rozważenia.

6.8 Cele terapeutyczne

Ważne jest, aby pomóc pacjentom w ustaleniu, skąd wywołują się objawy, a także w zaakceptowaniu i zrozumieniu przyczyny objawów oraz zminimalizowaniu wpływu kontaktów rodzinnych i społecznych. Ponadto należy zadbać o to, aby dawka przepisanych leków pozostawała na niskim poziomie i aby nie dochodziło do niewłaściwego stosowania

leków. Odpowiednim celem terapii jest ograniczenie środków medycznych i uniknięcie operacji. W metodach zorientowanych dogłębnie psychologicznie, takich jak psychoanaliza, jest to odkrywanie przyczyny zaburzeń psychicznych i ich leczenia. Nacisk zostanie położony na nadużywanie narkotyków. Pacjenci muszą być świadomi, że działania niepożądane leków należy rozpatrywać z wyczuciem. Leczenie psychoterapeutyczne powinno być zaplanowane na jak najdłuższy czas i jak najbardziej nieprzerwane, aby zaoferować możliwość zaufania i trwałej relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem (Andrawis A, 2018). W procedurach psychoanalitycznych, neurobiologii pierwszej połowy XX wieku, jak w przypadku Bräutigam et al. Do choroby może prowadzić nie tylko sam stres, ale także zanieczyszczenie środowiska i składniki psychospołeczne, ponieważ osoby dotknięte chorobą często reagują tak wrażliwie na stres, że są przytłoczone. W tym przypadku psychoterapia odgrywa istotną rolę w procesie zdrowienia (tamże).

6.9 Inne aspekty psychoterapii dla krewnych

Dla krewnych, informacje i edukacja na temat chorób oraz możliwe wsparcie poprzez techniki relaksacyjne, ulga w zmartwieniach i lękach poprzez przechwycone afekty stanowią najbardziej możliwą pomoc w znalezieniu precyzyjnego rozwiązania. Wiele pozytywnych rezultatów można osiągnąć poprzez zmniejszenie lęku u chorych z hipochondrium. Jak opisuje Ermann, zmiana w życiu może być przyczyną strachu, takiego jak strach przed pozostawieniem w spokoju, strach przed szpitalami lub życiem codziennym, jak również zachorowalność i stres, które wpływają na wegetatywną kontrolę objawów ciała. W ostrych stanach psychicznych należy rozważyć podanie leków psychotropowych (ibid.).

Prof. Dr. Andrawis