

# PSYCHOSOMATYKA

WSPÓŁZALEŻNOŚĆ CIAŁA  
I PSYCHIKI W KONTEKŚCIE LECZENIA  
PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO



## Spis treści

Studium przypadku osoby deklarującej ogólne złe samopoczucie nieznanokowane chorobą somatyczną – kluczowe elementy diagnozy psychologicznej	5
Leczenie somatyzowanych objawów lęku	24
Wporczywe zaburzenia bólowe pod postacią somatyczną	36
Długotrwała choroba przewlekła a zaburzenia psychiczne – wskazania do diagnozy depresji u pacjentów onkologicznych	43
Zaburzenia emocjonalne towarzyszące przy chorobach endokrynologicznych Hashimoto oraz Gravesa-Basedowa – studium przypadku oraz wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne do pracy z klientem	64
Karty pracy	73

## Studium przypadku osoby deklarującej ogólne złe samopoczucie nieuwarunkowane chorobą somatyczną – kluczowe elementy diagnozy psychologicznej

dr n. med. Marta Pawełczak-Szostek

Ból jest naturalną reakcją organizmu na szeroko rozumiane zmiany chorobowe. Każdy ból ma swoje komponenty: organiczną oraz psychiczną, pomiędzy którymi występują liczne związki. Stan psychiczny człowieka wpływa na tolerancję bólu, a ekspresja bólu jest zależna od uwarunkowań kulturowych i osobowościowych – głównie od poziomu ekstrawersji i neurotyzmu. Z drugiej strony długotrwałe odczuwanie bólu, nawet u pacjentów o prawidłowym funkcjonowaniu psychicznym, powoduje wzrost lęku i/ lub depresję reaktywną. Ta zależność psychiki i objawów bólowych może powodować liczne trudności diagnostyczne – zarówno dla lekarza, jak i psychologa. Pacjent szukający pomocy z powodu objawów bólowych powinien być wnikliwie zdiagnozowany pod kątem chorób somatycznych (rozpoznanie bólu nocyceptorowego). Dopiero ich wykluczenie pozwala na postawienie hipotezy o psychologicznej genezie prezentowanych przez pacjenta objawów.

Komponenta organiczna i psychiczna bólu

### KOMPONENTA PSYCHOLOGICZNA W DOZNIANIACH BÓLOWYCH

Czynniki psychologiczne będą miały znaczenie w następujących rodzajach bólu, z którymi należy różnicować rozpoznanie bólu psychogennego:

Diagnoza różnicowa

- **Ból neuropatyczny** – „parzy, piecze, swędzi, mrowi” – tzw. neuralgie, związane z uszkodzeniem dróg czuciowych. W wywiadzie informacje o możliwym neuroanatomicznym uszkodzeniu, nieprawidłowe EMG. Nawet neutralny bodziec (np. zimno, podmuch wiatru, zwykłe czynności, takie jak mówienie) może wywoływać nieprzyjemne doznania. Do tej kategorii należą też bóle fantomowe (odczucia bólowe w amputowanej kończynie).

- **Ból przewlekły** – „to cierpienie nigdy się nie skończy” – ból przewlekły rozwija się na bazie bólu nocycceptorowego, gdy dochodzi do tzw. tkankowego uczenia się bólu. Ból traci swoją pierwotną funkcję ostrzegawczą, utrzymuje się także, gdy zmiany chorobowe zostały wyleczone. Często towarzyszą mu objawy depresji. Udział czynników psychologicznych w etiologii i terapii bólu przewlekłego jest bardzo istotny, choć ból ten musi być leczony także farmakologicznie.
- **Ból związany z nieprawidłowo dobraną dawką leku przeciwbólowego** – zdarza się, że pacjenci z bólem nocycceptorowym, pomimo leczenia farmakologicznego, nadal zgłaszają objawy bólowe i dlatego mogą zostać skierowani na konsultację psychologiczną celem poszukiwania przyczyny w funkcjonowaniu psychoemocjonalnym pacjenta. Jest to postępowanie uprawnione, o ile wykluczone zostały zjawiska bólu:
  - przebijającego – „biorę leki, ale i tak mnie boli, a czekanie na ból jest gorsze niż sam ból” – jest to silny, gwałtowny ból występujący bez objawów prodromalnych (aury) przy opisanym bólu podstawowym; ból ten ma bardzo poważne konsekwencje dla psychicznego funkcjonowania pacjenta (zaburzenia snu, zaburzenia lękowe, strach przed poruszeniem się, obniżenie nastroju, utrata wiary w pomoc medyczną). Szacuje się, że aż 60% pacjentów w stanie terminalnym doświadcza bólu przebijającego. W postępowaniu leczniczym należy oprócz modyfikacji farmakoterapii (wzrostanie leku o szybkim początku działania) zastosować interwencje psychologiczne zmniejszające napięcie emocjonalne pacjenta;
  - końca dawki – „tylko czekam, aż znów zacznę boleć” – ból ten pojawia się wraz z ustępowaniem działania leku przeciwbólowego. Jeśli pojawia się regularnie, wymaga zmiany schematu leczenia.

## BÓL PSYCHOGENNY

Po wykluczeniu etiologii organicznej zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości, rozpoznania należy poszukiwać w kategoriach diagnostycznych odwołujących się do etiologii psychicznej. W klasyfikacji ICD-10 są to:

- F.4c: Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną – zaburzenia dysocjacyjne, konwersyjne, w których dochodzi do utraty integracji między świadomością a kontrolą ruchów dowolnych, a ból – jeśli się pojawia – nie jest elementem dominującym w przeżyciu pacjenta. Pacjenci ci często nadmiernie koncentrują się na tematyce zdrowia i choroby.

Etiologia  
psychiczna  
bólu – kategoria  
diagnostyczna