

Psychoterapia pacjentów z zaburzeniami psychosomatycznymi.

Co oznacza dziś „psychosomatyczny”?

- 1939r. zespół z Chicago
 - (Dunbar, Alexander i in.)
 - wzajemne zależności między psychologicznymi i fizjologicznymi aspektami prawidłowych i nieprawidłowych (chorobowych) funkcji organizmu
 - zjawiska psychiczne i somatyczne pojawiają się w obrębie tego samego systemu biologicznego i są prawdopodobnie dwoma aspektami tego samego procesu

Choroby psychosomatyczne

◉ Definicja

- choroby, w których powstawaniu, przebiegu i zejściu istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne

Co oznacza dziś „psychosomatyczny”?

- ◎ Pejoratywna konotacja w medycynie
 - = **objaw** nieważny, wymyślony, symulowany
 - = **pacjent** trudny, często lub nadmiernie korzystający z opieki zdrowotnej,

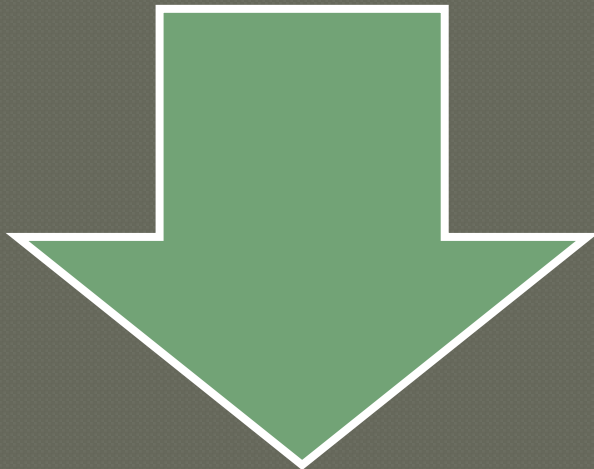
Co oznacza dziś „psychosomatyczny”?

- W medycynie synonimy:
 - biopsychospołeczny
 - biobehawioralny

Co oznacza dziś „psychosomatyczny”?



„poważne” choroby
(choroba wieńcowa itp.)

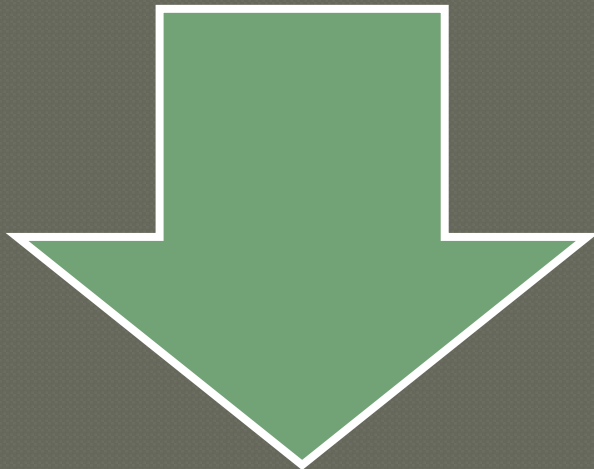


„łagodne” zaburzenia
(zespół jelita drażliwego,
objawy konwersyjne,
objawy niewyjaśnione
medycznie)

Co oznacza dziś „psychosomatyczny”?



obserwowalne,
mieralne czynniki
(wrogość, napięcie,
depresja)



niemierzalne, ukryte
(konflikt intrapsychiczny,
oralna zależność,
nadmiernie surowe
sumienie itp.)

„Psychosomatyczny” w szerokim sensie

- Ja cielesne
- neuropsychoanaliza
- wpływ wczesnych doświadczeń na mózg
- wpływ psychoterapii na mózg
- integracja: psychoterapia i farmakoterapia

JĄ cielesne

- Ja (self) cielesne
 - Część self odnosząca się do doświadczenia cielesnego na powierzchni ciała, w jego wnętrzu, a także doświadczania jego funkcji
- Wymiary Ja cielesnego (Lichtenberg)
 1. Psychiczne doświadczanie wrażeń cielesnych
 2. Doświadczanie funkcji ciała
 3. Obraz ciała (świadomość ciała, granice ciała, stosunek do ciała)



JĄ cielesne rozwój

- I. wczesne doświadczanie własnego ciała
 - rozwijanie się propriocepcji – czucia głębokiego
 - dominacja wrażeń dotykowych nad wzrokowymi słuchowymi
 - rozwijanie się poprzez kontakt dotykowy z opiekunem załączków rozróżnienia między środowiskiem wewnętrznym i zewnętrznym, powstaje **Ja skórne**, „worek dla psychiki” (Anzieu)
 - fantazja posiadania jednego ciała z matka (one body fantasy) – potwierdzenie pierwotnej onnipotencji dziecka dzięki odpowiedniemu dostrojeniu matki

JĄ cielesne rozwój

- II. wczesna świadomość obrazu ciała oraz integracja doświadczenia zewnętrznego i wewnętrznego
 - od pierwszych miesięcy do początków 2 rż
 - rozwój świadomości granic ciała i różnicowania pomiędzy tym co zewnętrzne a tym, co wewnętrzne
 - frustrowanie wczesnej onnipotencji przez matkę skutkuje rozwojem tolerancji na frustrację dzięki obiektom przejściowym (4mż) oraz rozwojem symbolizacji

JĄ cielesne rozwój

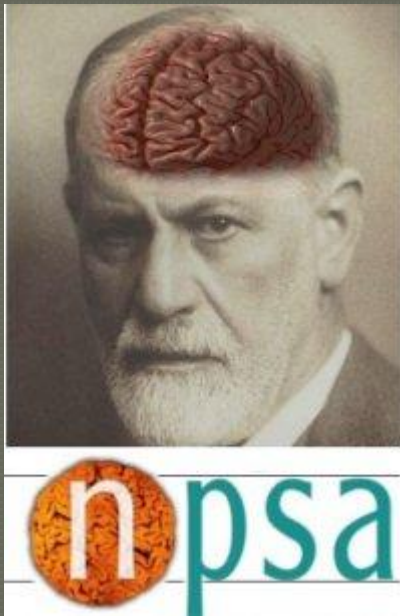
- III. Integracja Ja cielesnego jako kontenera dla Ja psychicznego, aż do uzyskania spójnego poczucia tożsamości
 - Rozpoczyna się w 15-18 mż
 - Kontrola zwieraczy zwiększa świadomość różnych stanów cielesnych oraz potrzeb
 - Dziecko zaczyna mówić „nie” i rozpoznawać siebie w lustrze – uczucie własnej odrębności
 - Integracja różnych fragmentów Ja

Ja cielesne



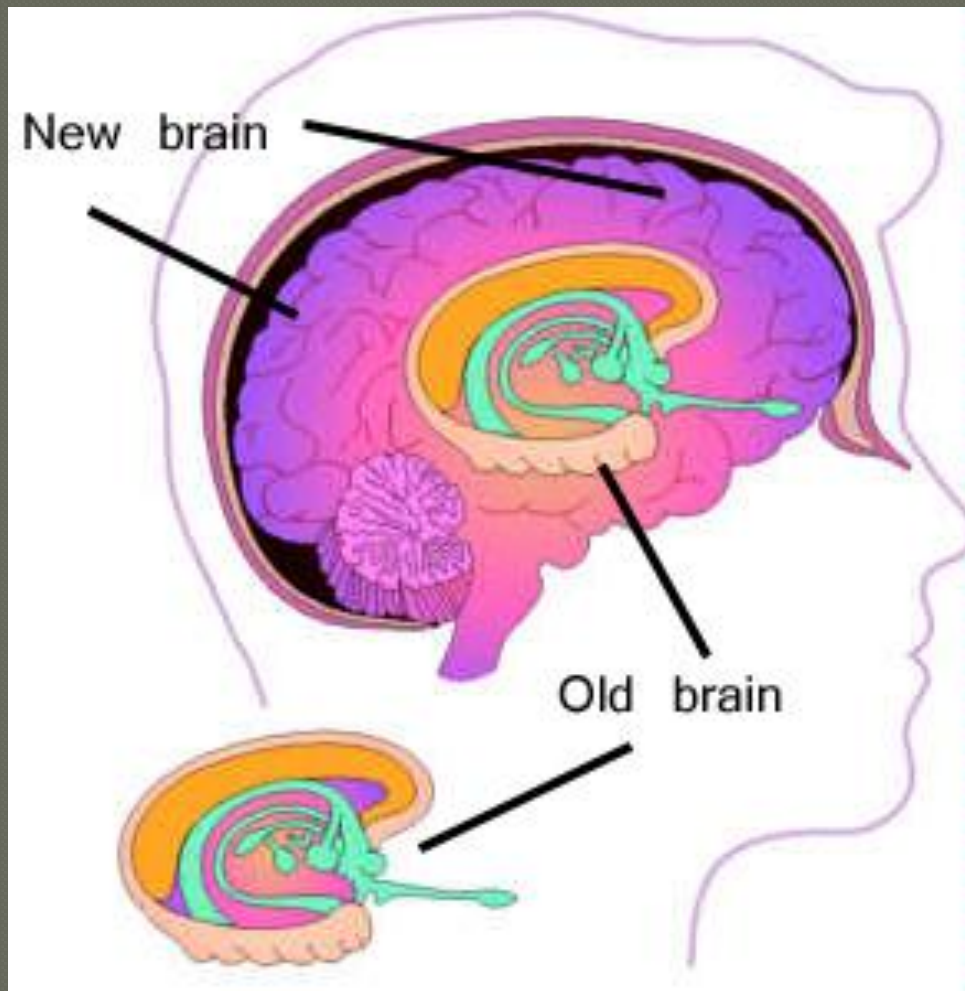
- Odpowiednie dostosowanie matki do zachowań dziecka (wynikających z różnych stanów fizjologicznych i emocjonalnych) stanowi **pierwsze doświadczenie efektywnego powiązania ciała i umysłu.**
- Brak stałego i adekwatnego dostosowania matki stanowi podłoże braku / niewłaściwej integracji ciała i umysłu.
- „Dialog z ciałem ma swoje źródło w dialogu z pierwotnymi obiektami,„ (Plassman 1998)

Neuropsychoanaliza

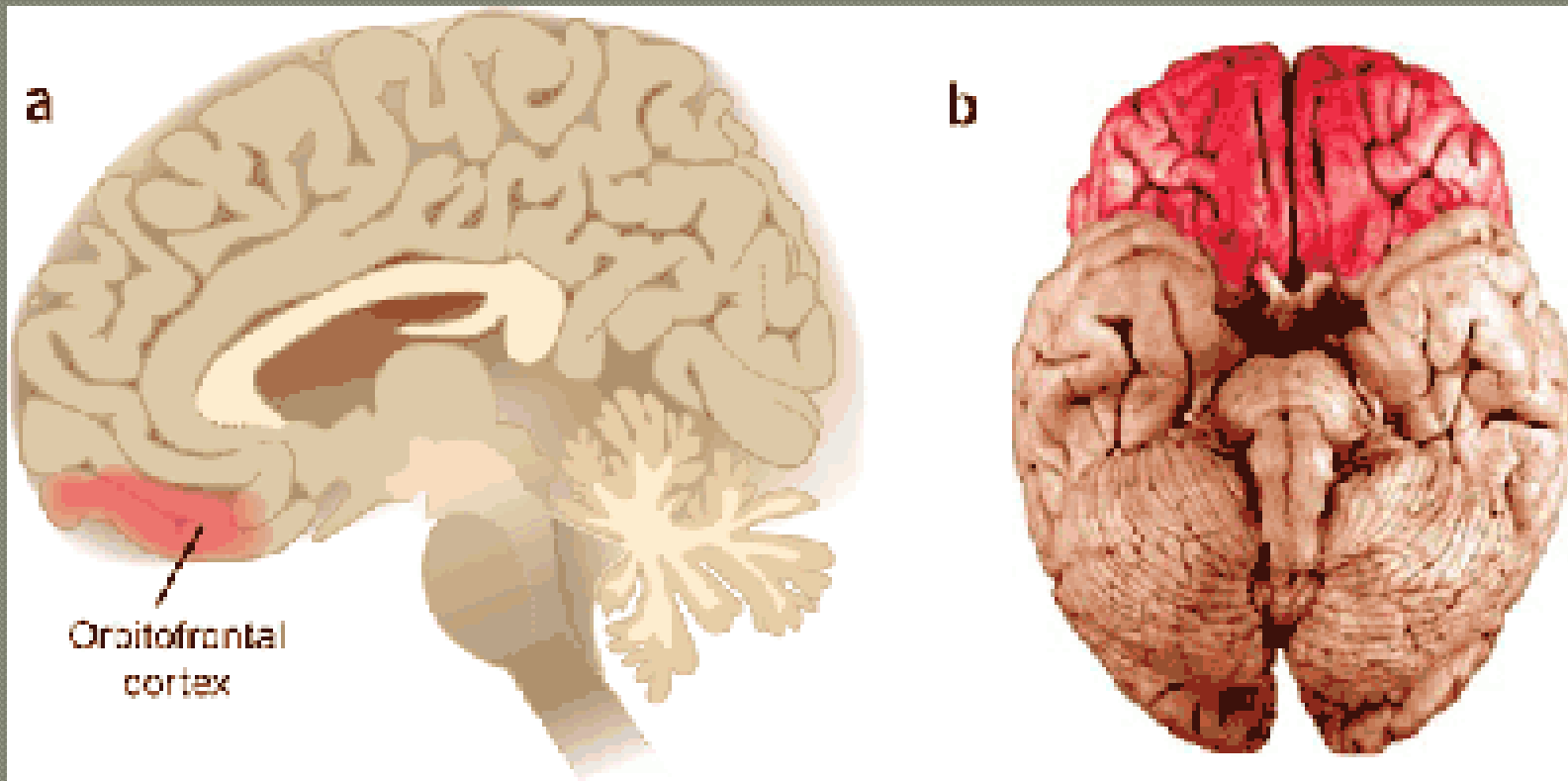


- obszar wiedzy łączący psychoanalizę ze współczesną neurobiologią (neuroscience).
 - Nie jest szkołą w obrębie psychoanalizy (tak jak szkoła freudowska czy relacji z obiektem). Jej celem jest wspólne dla obu tych gałęzi pole badań oraz obserwacji, ich weryfikacja, ujednoczenie języka, pojęć, udostępnianie sobie konkretnych wyników badań i wzajemna inspiracja

- S. Murawiec **Neuropsychoanaliza – omówienie podstawowych założeń oraz wybranych aspektów teoretycznych**. Psychoterapia 3 (150) 2009: 22-29



- „Stary mózg” – podstawowe funkcje życiowe + systemy reakcji emocjonalnych
- „Nowy mózg” – modyfikowanie reakcji emocjonalnych, przetwarzanie za pomocą myśli i decyzje o reakcjach



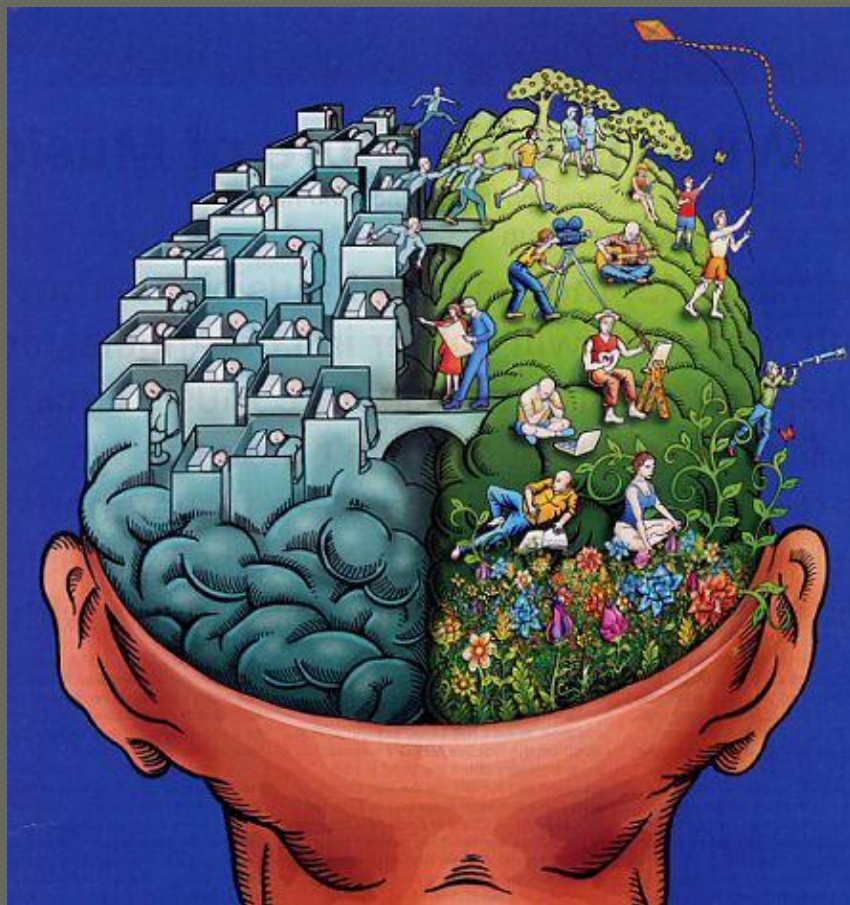
Kora czołowo-oczodołowa

Odpowiedzialna za „inteligencję emocjonalną”: empatię i funkcjonowanie w relacjach z ludźmi

Jej rozwój zależny jest od doświadczenia

- początek dojrzewania 9mż
- w pełni funkcjonuje 18 mż
- koniec rozwoju w 3rż

Integracja międzypółkulowa



- W dzieciństwie: dominacja prawej półkuli
- postępująca integracja w związku z rozwojem MOWY
- Rozwój ten następuje jedynie w relacji z opiekunem odnoszącym się do doświadczenia emocjonalnego

Wpływ traumy na mózg

- Struktury anatomiczne zaangażowane w przetwarzanie informacji związanych z emocjami w ich aspekcie afektywnym oraz poznawczym uzyskują pełną sprawność funkcjonalną na przestrzeni lat rozwoju. Spośród tych struktur najwcześniej dojrzewają ciała migdałowe i spoidło przednie, natomiast PFC i ciało modzelowe dojrzewają czynnościowo pod koniec adolescencji.
- Ponieważ wykazano, że traumatyczne doświadczenia mają wpływ na rozwijanie się mózgu, można założyć, że im wcześniej występuje doświadczenie urazowe, tym mniejsze są możliwości przetwarzania przeżyć związanych z nim i tym większy wpływ tego doświadczenia na dalszy rozwój. Hipoteza ta, poparta wynikami niektórych badań, podkreśla znaczenie wczesnych doświadczeń, szczególnie doświadczeń traumatycznych

Wpływ psychoterapii na mózg

- Znane jest neurobiologiczne podłoże interwencji psychoterapeutycznych (głównie IPT, CBT) w:
 - depresji
 - zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych
 - zespole lęku napadowego
 - fobii społecznej
 - fobii specyficznej
 - PTSD
 - zaburzeniach osobowości borderline

Wpływ psychoterapii na mózg

- Znane jest neurobiologiczne podłoże takich zjawisk jak:
 - procesy nieświadome
 - przeniesienie
 - mechanizmy obronne
 - mentalizacja
 - typ przywiązania
 - wgląd

Wpływ psychoterapii na mózg

- Uzyskanie wglądu charakteryzuje się zwiększeniem aktywności przedniej części zakrętu skroniowego górnego prawej półkuli oraz aktywnością neuronalną o wysokiej częstotliwości (gamma) w tym obszarze [Gabbard 2009]
- Metabolizm serotoniny po okresie rocznej terapii u pacjenta z rozpoznaniem depresji i osobowości z pogranicza uległ normalizacji w porównaniu do pacjenta nie korzystającego z terapii. [Gabbard 2009]
- Sojusz terapeutyczny koreluje ze zmianami czynności elektrycznej mózgu (okolica potyliczna „zasypia”, zwiększa się aktywność okolicy ciemieniowej) [Stratford et al. Neurophysiology of therapeutic alliance, 2009]

Farmakoterapia i psychoterapia

- Równoczesne stosowanie psychoterapii i farmakoterapii.
 - Tak, ponieważ...
 - Nie, ponieważ ...
 - Czasem tak (w jakich okolicznościach?), czasem nie (kiedy?)

Farmakoterapia i psychoterapia

- ◉ Jak terapeuci przeżywają zażywanie leków przez pacjentów w terapii?
 - kiedy pacjent zgłasza się do terapii już zażywając leki
 - kiedy z powodu pogorszenia konieczne jest rozpoczęcie zażywania leków w trakcie terapii
 - jak podchodzą do tych kwestii osoby o wykształceniu terapeutycznym ORAZ medycznym, a jak osoby nie będące lekarzami?

Farmakoterapia i psychoterapia

- Mortimer Ostow (1962) koncepcja wpływu leków na poziom energii psychicznej i libido;
 - „Tranquilizers” – zmniejszają libidinalną zawartość ego, zmniejszają objawy manii, schizofrenii, a nasilają depresję, neuroleptyki fenotiazynowe
 - „Energizers” – poprawiają funkcje witalne; inhibitory MAO, imipramina, amitryptylina
 - Trucizny ego – zaburzają funkcje ego; leki sedatywne, narkotyki, halucynogeny

Farmakoterapia i psychoterapia

- Gerald Sarwer-Foner podkreśla wagę indywidualnego znaczenia leku dla pacjenta
 - poczucie kontroli nad chorobą
 - zmniejszenie efektywności obron ego
 - specyficzne aspekty funkcjonowania
 - mężczyźni wymagający potwierdzenia poczucia męskości poprzez aktywność
 - zależność i konfliktowe do niej podejście
 - lek jako obiekt przejściowy
 - umożliwienie dostępu do stanów ego, jakie wcześniej nie były dostępne
 - miejsce leku w teorii pacjentów nt przyczyn choroby (organiczne – psychogenne)

„Psychosomatyczny” w pośrednim sensie

- ⊙ Pomędzy objawem psychicznym a somatycznym
- ⊙ Jak wyodrębniła się pojęcie somatyzacji?
- ⊙ Różnice między konwersją i somatyzacją
- ⊙ Miejsce somatyzacji w klasyfikacji psychiatrycznej i dlaczego tak nie jest dobrze – nowe propozycje

Objawy somatyczne

- Objawy czuciowe:
 - niedoczulice / znieczulenia różnych regionów ciała
 - utrata wzroku, słuchu, węchu, smaku i in.
- Objawy ruchowe:
 - niedowłady / porażenia
 - drgawki
 - afonia / mutyzm
- Objawy wegetatywne:
 - związane z pobudzeniem układu wegetatywnego: tachykardia, duszności, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, nerwica żołądka, czkawka, niestrawność o char. psychogennym, wymioty, odbijania
- Objawy bólowe:
 - głowy, brzucha, krzyża, stawów, kończyn, klatki piersiowej, odbytu, podczas miesiączki, w czasie stosunku lub w czasie oddawania mocz
- Objawy płciowe:
 - obojętność płciowa, dysfunkcja wzwodu lub wytrysku, nieregularne miesiączkowanie, nadmierne krwawienia miesiączkowe, wymioty przez cały okres ciąży

histeria

```
graph LR; A[histeria] --> B[objaw konwersyjny]; A --> C[objaw somatyzacyjny]; B --> D[znaczenie symboliczne]; C --> E[nie posiada znaczenia symbolicznego];
```

objaw
konwersyjny

znaczenie
symboliczne

objaw
somatyzacyjny

nie posiada
znaczenia
symbolicznego

somatyzacja

- ⦿ Mechanizm obronny ego?
- ⦿ Deficyt przetwarzania emocji?
- ⦿ Związek z chorobami psychosomatycznymi?

Objaw somatyzacyjny

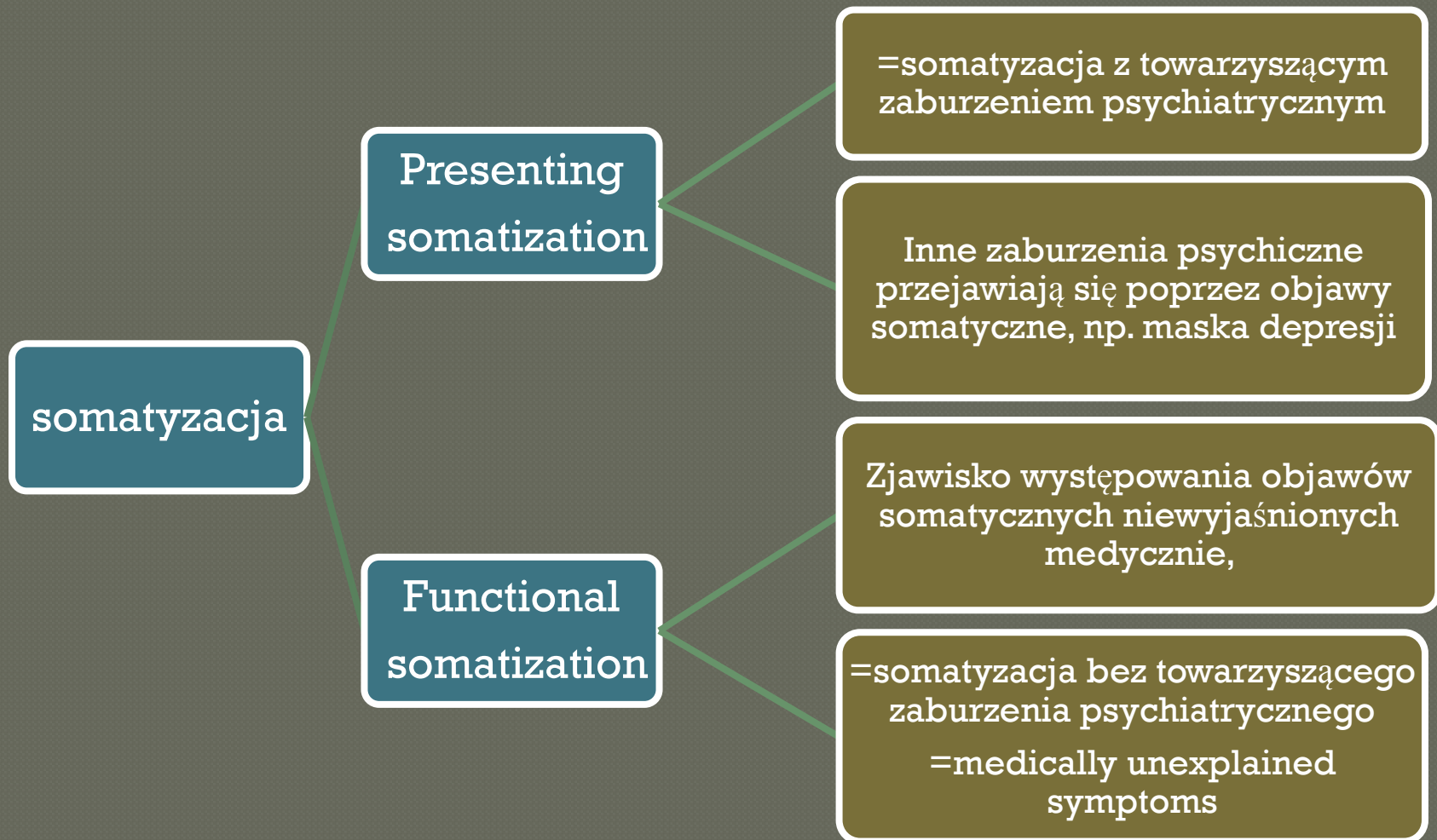
somatyzacja

```
graph LR; A[somatyzacja] --- B[czynnościowa]; A --- C[ze zmianami organicznymi = choroby psychosomatyczne]
```

czynnościowa

ze zmianami
organicznymi
= choroby
psychosomatyczne

Objaw somatyzacyjny



Objawy somatyczne w klasyfikacji psychiatrycznej

- ◎ Objawy konwersyjne
 - w ICD10
- ◎ Objawy somatyzacyjne
 - w ICD10
 - w DSM-IV
 - nowe propozycje

Objawy konwersyjne

- Objawy konwersyjne w klasyfikacji ICD10:
 - F44.4 Dysocjacyjne zaburzenia ruchu
 - F44.5 Drgawki dysocjacyjne
 - F44.6 Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego
 - F44.7 Mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)

Objawy somatyzacyjne w ICD10

Zaburzenia pod postacią somatyczną (somatoform disorders)

Zaburzenia
somatyzacyjne

Zaburzenia
wegetatywne pod
postacią
somatyczną

Zaburzenia
hipochondryczne

Zaburzenia somatyzacyjne F45.0

◉ Definicja

- wielorakie, nawracające i często zmieniające się skargi somatyczne utrzymujące się zwykle kilka lat, zanim pacjent zostanie skierowany do psychiatry
- co najmniej 2-letni okres utrzymywania się objawów przy braku adekwatnych przyczyn somatycznych
- uporczywa odmowa akceptowania porad i zapewnień lekarzy w sprawie nieobecności schorzeń somatycznych warunkujących objawy
- upośledzenie funkcjonowania społecznego i rodzinnego
- częściej u kobiet

Zaburzenia somatyzacyjne F45.0

◉ Objawy:

- układ trawienny: ból, wzdęcia, odbijania, wymioty, nudności
- nieprzyjemne doznania (swędzenie, pieczenie, cierpięcie, drętwienie, bolesność)
- wykwity skórne (wysypki)
- skargi dotyczące sfery seksualnej, zaburzenia miesiączkowania

Zaburzenia wegetatywne pod postacią somatyczną F45.3

◉ Definicja

- objawy pobudzenia układu autonomicznego, które są uporczywe i przykre
- dodatkowe objawy subiektywne związane z określonym układem i narządem
- brak potwierdzonych, istotnych zaburzeń struktury lub funkcji określonego układu lub narządu

Zaburzenia wegetatywne pod postacią somatyczną F45.3

- F45.30 serce i układ krążenia
 - nerwica serca
- F45.31 górny odcinek p.pokarmowego
 - nerwica żołądka
 - czkawka, niestrawność o char. psychogennym
- F45.32 dolny odcinek p.pokarmowego
 - zespół jelita drażliwego, biegunka i wzdęcia psychogenne
- układ oddechowy
- układ moczowo-płciowy
- inne

Zaburzenia somatyzacyjne DSM IV

- **Cztery objawy bólowe** (głowy, brzucha, krzyża, stawów, kończyn, klatki piersiowej, odbytu, podczas miesiączki, w czasie stosunku lub w czasie oddawania moczu)
- **Dwa objawy żołądkowo-jelitowe** inne niż ból (nudności, odbijania, wymioty niezwiązane z ciążą, biegunka, nietolerancja kilku rodzajów pożywienia)
- **Jeden objaw płciowy** inny niż ból: obojętność płciowa, dysfunkcja wzwodu lub wytrysku, nieregularne miesiączkowanie, nadmierne krwawienia miesiączkowe, wymioty przez cały okres ciąży)
- **Jeden objaw rzekomoneurologiczny** (objawy konwersyjne: zab. równowagi, porażenie/niedowład, trudności w połykaniu, uczucie obcego ciała w gardle, afonia, zatrzymanie moczu, brak czucia dotyku, podwójne widzenie, ślepotą, głuchota, napady drgawek; objawy dysocjacyjne)

Zaburzenia pod postacią somatyczną dalsze kierunki rozwoju

- ◉ PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual)
- ◉ **P108. Somatyczne Zaburzenia Osobowości**
- ◉ Stan ten jest nie tyle zespołem z osi I, co zaburzeniem osobowości, trwającym przez całe życie doświadczeniem fizycznego cierpienia, wskazującego na charakterologiczną obronę somatyzacji. Inaczej mówiąc, jedna osoba zareaguje na stres wyparciem, projekcją bądź intelektualizacją, zaś inna zachoruje.
- ◉ Ten rodzaj psychiki znajduje się zazwyczaj w zakresie borderline skali; zaangażowanie osoby somatyzującej w sprawy cielesne może znajdować się na granicy urojeń somatycznych. Pacjenci somatyzujący mogą ukazywać mylącą mieszankę:
 - hipochondrycznych zainteresowań,
 - dających się zdiagnozować chorób cielesnych powiązanych ze stresem i
 - objawów cielesnych mających wyrażać idee oraz afekty zbyt bolesne by wyrazić je słowami (reakcja konwersyjna)

Zaburzenia pod postacią somatyczną

dalsze kierunki rozwoju

- Często zjawiska przeciwprzeniesieniowe w kontaktach z somatykami obejmują poczucie nieskuteczności, niecierpliwości i irytacji. Typowe wśród terapeutów jest także poczucie znudzenia i wewnętrznej martwoty.
- Znaczące wzorce ustrojowo-rozwojowe: możliwa fizyczna wrażliwość, wczesna chorobowość, pewne sygnały kliniczne informujące o nadużyciach fizycznych i/lub seksualnych
- Główne napięcie/zaabsorbowanie: integralność/fragmentacja własnego ciała
- Główne afekty: ogólna rozpacz, założenie istnienia gniewu, aleksytymia uniemożliwiająca potwierdzenie istnienia emocji
- Charakterystyczne chorobotwórcze przekonanie na własny temat: jestem delikatny, bezbronny, zagrożony śmiercią
- Charakterystyczne chorobotwórcze przekonanie na temat innych: inni są potężni, zdrowi i obojętni
- Główne sposoby obrony: somatyzacja, regresja
- Charakterystyczny sposób wypowiedzania skarg wynika z cech osobowości, czy przewlekłej choroby?