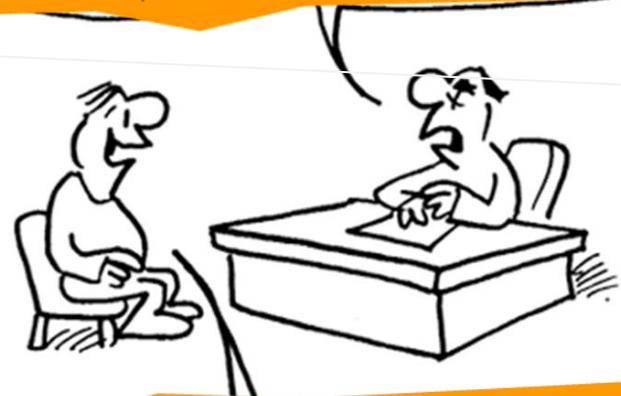


Poremećaji sa somatskim tegobama

SOMATOFORMNI
POREMEĆAJI
u ranijim klasifikacijama

Ako vam se ne sviđa moja dijagnoza
možete potražiti drugo mišljenje



već jesam! Vi ste negde
deseti.

Zašto novi naziv?

- Somatoformni poremećaji naglašavali odsustvo medicinske bolesti (medicaly unexplained symptoms)
- Sada nije više naglasak na odsustvu medicinskih dokaza za bolest, već na prisustvu maladaptivnih misli osećanja i ponašanja
- Odsustvo medicinske bolesti ili stanja (bar one koja ima veze sa simptomima) još uvek se naglašava samo kod konverzije i umišljene trudnoće

Najvažniji somatoformni poremećaji u ranijim klasifikacijama

- Hipohondrija (okupiranost mogućnošću da je u pitanju opasna bolest, postoji ideja šta bi to moglo biti)
- Somatizacioni poremećaj (preokupiranost jednom ili više tegoba bez medicinskog potkrepljenja, bez hipoteze o tome o čemu se radi)
- Bolni poremećaj (postojanje bola u jednom ili više delova tela)
- Umišljeni poremećaj
- Konverzija (sa ili bez disocijativnih poremećaja) neurološki simptomi koji ne odgovaraju medicinskoj bolesti na koju podsećaju

DSM- 5

Poremećaji sa somatskim simptomima i sa njima povezani

- Poremećaj sa somatskim simptomima (somatizacioni, bolni i dobar deo hipohondrijaze)
- Poremećaj anksioznosti u vezi sa bolešću (hipohondrijaza manji deo)
- Konverzivni poremećaj (Poremećaj sa funkcionalnim neurološkim simptomima)
- Umišljeni poremećaj

Disocijativni poremećaji

- Disocijativna amnezija
- Poremećaj višestrukog identiteta (DID)
- Depresonalizaciono/der ealizacioni poremećaj
- Drugi specifični disocijativni poremećaji
- Disocijativna fuga

ICD-XI

- Nekadašnji somatoformni poremećaji se nalaze u nekoliko kategorija:
- Opsesivni spektar i anksiozni poremećaji - hipohondrija
- Poremećaji telesnog distresa i doživljavanja – somatizacioni poremećaj (novi naziv poremećaji - telesnog distresa)
- Disocijativni poremećaji – konverzija (novi naziv - disocijativni poremećaji neuroloških simptoma)
- Umišljeni poremećaji

Poremećaj sa somatskim simptomima – DSM-5

Poremećaj telesnog distresa
- ICD-XI;

Somatizacioni poremećaj (u
ranijim klasifikacijama)

Kriterijumi prema DSM-5 i ICD-11

- **Jedan ili više uznemiravajućih somatskih simptoma**
- Prenaglašena pažnja, misli, osećanja ili ponašanja u vezi sa somatskim simptomima ili u vezi sa zdravstvenim brigama koji se manifestuju bar jednim od sledećeg:
 - 1. Disproporcionalne ili trajne **misli** o ozbiljnosti simptoma
 - 2. Trajno povišena **anksioznost** vezano za zdravlje ili simptome.
 - 3. Prekomerno **vreme i energija** su posvećeni ovim simptomima ili zdravstvenim temama.
- C. Mada somatski simptom ne mora biti stalno prisutan, prisustvo nekog simptoma je većinu dana prisutno (tipično više od 6 meseci)
- *Može biti sa bolom*
- *Ne dijagnostikuje se ako se javi u okviru depresije*

Anksiozni poremećaj u vezi sa bolešću – DSM-5

Hipohondrija u ICD-11 i
ranijim klasifikacijama

Kriterijumi prema ICD-11

Trajna preokupiranost ili strah u vezi sa mogućnošću da je osoba bolesna ili bi mogla oboleti od jedne ili više teških, progresivnih ili životno ugrožavajućih bolesti koja je praćena jednim od sledećeg:

1. Repetitivnim ili prenatrženim ponašanjem u vezi sa zdravljem npr. traganje za signalima bolesti proverama tela, dugotrajno traganje za informacijama u vezi sa bolešću, stalno traženje razuveravanja (npr. stalnim posetama lekarima)
2. Maladaptivnim izbegavajućim ponašanjem u vezi sa zdravljem (npr. izbegavanje pregleda kod lekara)

Izaziva klinički značajan distres ili podbacivanje u važnim oblastima funkcionisanja.

Podvrste: sa priličnim ili potpunim uvidom
sa slabim ili odsutnim uvidom

Kriterijumi prema DSM-5

- A. Preokupiranost osobe mišlju da ima neku ozbiljnu telesnu bolest ili bi mogla oboleti od nje.
- B. **Nema somatskih simptoma, ili ako ih ima blagi su.** Ako postoji neka telesna bolest ili je osoba pod rizikom da je dobije (npr. zbog herediteta) preokupiranost je neproporcionalna ili preterana.
- C. Postoji **visok nivo anksioznosti u vezi zdravlja** i osoba se lako uznemiri oko svog zdravstvenog statusa.
- D. Osoba izvodi prenaplašena ponašanja u vezi sa zdravljem (stalno proverava svoje telo tražeći znake bolesti) ili pribegava maladaptivnom izbegavanju (doktora, bolnica itd.)
- E. Preokupiranost bolešću traje duže od 6 meseci, mada se sama bolest u vezi sa kojom se strahuje može menjati tokom ovog perioda
- F. Ne može se bolje objasniti drugim poremećajem
- *Specifikatori: podvrsta sa traženjem pomoći*
 - *Podvrsta sa izbegavanjem*

Diferencijalna dijagnoza

- Telesne bolesti (prvo i najvažnije proveriti!!!)
- Normalna okupiranost bolešću (zbog osnovane sumnje da je oboleo ili zbog saznanja da je stvarno oboleo)
- Poremećaj prilagođavanja (na tešku bolest)

Opsesivno kompulsivni

- Kod Hh proveravanja i odlasci lekaru redukuju anksioznost, ali nisu ritualizovani
- Kod Hh misli o bolesti više su ruminacije nego opsesije
- Kod Hh misli su egosintone

Panični poremećaj

- PP vezan za senzacije koje su posledica pojačanog rada ANS, Hh za bilo koju senzaciju
- PP vezan za ograničen broj senzacija (oko 15), Hh za neograničen
- PP strah od neposredne smrti/nesvesti/ludila; HH strah od dugotrajne onesposobljavajuće ili progresivne bolesti
- Kod PP obavezni napadi; kod Hh mogući ako je preokupiranost u vezi sa kardiološkim bolestima

Diferencijalna dijagnoza

Poremećaj sa somatskim tegobama - somatizacioni

- Kod Hh simptomi su odsutni ili blagi i nisu po sebi uzrok disfunkcionalnosti i patnje, već je sumnja u bolest uzrok.
- Hh idu kod lekara radi razuveravanja, a PSS traže dijagnozu i pomoć
- Tretman Hh sličniji onom kod OCD i anksioznim poremećajima

Ostali poremećaji

- Psihoze (sumanute hipohondrijske ideje)
- Depresija
- Generalizovani anksiozni poremećaj
- Specifična fobija od bolesti

Epidemiologija

- Redak poremećaj – prevalencija u populaciji manja od 1%, mada u ranijoj literaturi ide do 3-4%
- Nisu nađene polne razlike
- U nekim istraživanjima u vezi je sa nižim obrazovanjem
- Komorbidnost najčešće sa depresijom i anksioznim poremećajima (2/3 ima komorbidni poremećaj)
- Genetski doprinos u etiologiji visok, ali i značaj nedeljene sredine. Deljena sredina neznačajna

Razvoj hipohondrijaze prema kognitivno-biheviorističkim autorima



Umišljeni poremećaj



Kriterijumi prema DSM-5

- A. **Lažiranje** fizičkih ili psiholoških znakova ili simptoma bolesti, ili izazivanje povrede ili bolesti u sklopu prevare kod sebe ili drugih (bližnjih).
- B. Osoba sebe ili bližnje **prikazuje** drugima kao bolesne, osakaćene ili povređene.
- C. Obmanjujuće ponašanje je u odsustvu očigledne i jasne spoljašnje nagrade (za razliku od simulacije).
- D. Ponašanje se ne može bolje objasniti drugim mentalnim poremećajem kao što je sumanuti poremećaj ili druga psihoza.

Umišljeni poremećaj preko posrednika (by proxy)

- najčešće dete, roditelj, bliska, zavisna osoba
- poremećaj dijagnostikujemo kod osobe koja lažira bolest kod drugog, a ne kod osobe koja je posrednik

Karakteristike umišljenog poremećaja

- Metode falsifikovanja bolesti:
 - Preuveličavanje postojećih simptoma
 - Simuliranje
 - Lažiranje lekarske dokumentacije
 - Modifikovanje svog fiziološkog stanja
 - Indukcija bolesti
- Falsifikovanje bolesti može dovesti do značajne patnje
- U slučaju umišljenog poremećaja **preko posrednika** može biti reč o krivičnom delu
- Može postojati stvarna telesna bolest – tada se simptomi preuveličavaju ili falsifikuju i stvaraju dodatni simptomi.
- Osoba traži pomoć u zdravstvu, ali može koristiti i druge načine prezentovanja svoje zdravstvene situacije

Epidemiologija

- Prevalencija u populaciji nepoznata, na klinikama oko 1 %.
- Odnos polova – žene češće, mada ima i suprotnih izveštaja
- Početak u mladosti, prosek u ranim tridesetim
- Najčešće su zdravstveni radnici po profesiji, sestre ili laboranti
- Najčešće lažiraju endokrine, kardiološke i dermatološke bolesti
- Najčešći komorbiditet sa depresijom, poremećajima ličnosti, zloupotrebom supstanci.
- Najčešće su dijagnostikovani na osnovu nedosledne, neadekvatne i atipične prezentacije bolesti, ogromne dokumentacije, retko na osnovu priznanja pacijenta.

Etiologija i terminologija

- Etiologija nepoznata;
- Rizik faktori: zlostavljanje u detinjstvu, dugo bolničko lečenje zbog stvarne bolesti – hospitalizam
- Alternativni nazivi i srodni poremećaji:
 - Minhauzenov sindrom
 - Ganzerov sindrom (sindrom približnog odgovaranja na testovima)
 - Pseudologija fantastika



Razlika u odnosu na simulaciju

- Kod simulacije postoji:
 - Svest o motivaciji
 - Materijalna dobit
 - Prestanak simptoma kad postanu nepotrebni
 - Ne postoje niti se izazivaju kod sebe telesne tegobe



Etiologija



- Zlostavljanje u detinjstvu koje se završilo bolničkim tretmanom
- Mazohističke crte
- Repetitivno ponovno proživljavanje traumatske bolesti/medicinskog zahvata radi prevladavanja traume



Figure 1: The nail scratch injury over the left breast (A) and on the left forearm (B). Deep cut on lateral surface of right leg (Just after the cut) (C) and after stitching (D)

Konverzivni poremećaj

Termini koji su u upotrebi kao sinonimi za konverziju

- **Poremećaj sa funkcionalnim neurološkim simptomima**
- **Histerija**
- Disocijativni neurološki simptomi
- Funkcionalni poremećaj (simptomi)
- Psihogeni neurološki poremećaj (simptomi)
- Neorganski neurološki simptomi
- **Medicinski neobjašnjeni simptomi**

Zapamtiti
samo
crvene



Istorija konstrukta

U starijim psihijatrijskim tekstovima histerična neuroza se manifestuje kao:

- **Konverzivna neuroza** - somatski simptomi nastali konverzijom (pretvaranjem) psihičkog problema i anksioznosti u telesni simptom
- **Disocijativni poremećaji** – nastali disocijacijom (odvajanjem) psihičkih funkcija i sadržaja od svesti, npr. odvajanjem sećanja na manji ili veći deo života (amnezija), svesti o akcijama koje se preduzimaju (fuga), identiteta (višestruka ličnost)
- Zajedničko za obe vrste je to da osoba koja veruje i ponaša se kao da je bolesna najčešće od neke neurološke bolesti (oduzetosti, napadi, amnezije, fuge itd.), ali i psihičke (konverzivne depresije, konverzivne psihoze), što je u raskoraku sa anatomijom i fiziološkim funkcionisanjem osobe

Kriterijumi za konverziju prema DSM-5

Obrati pažnju!! Nije važno da rezultati pretraga ne ukazuju na bolest, već da tegobe ne odgovaraju fiziologiji ili anatomiji tog dela organizma.

A. Jedan ili više simptoma voljne motorne ili senzorne disfunkcije

B. Klinički nalazi ukazuju na **raskorak** između simptoma i neurološkog ili medicinskog stanja na koje liče

C. Simptom ili deficit se ne može bolje objasniti drugim mentalnim poremećajem

D. Simptom ili deficit izaziva klinički značajan distres ili deficit u socijalnoj, profesionalnoj ili drugoj važnoj oblasti funkcionisanja ili zahteva medicinsku procenu.

A. Akutna epizoda – do 6 meseci

B. Perzistenti – preko 6 meseci

Simptomi i defцити

Ψ

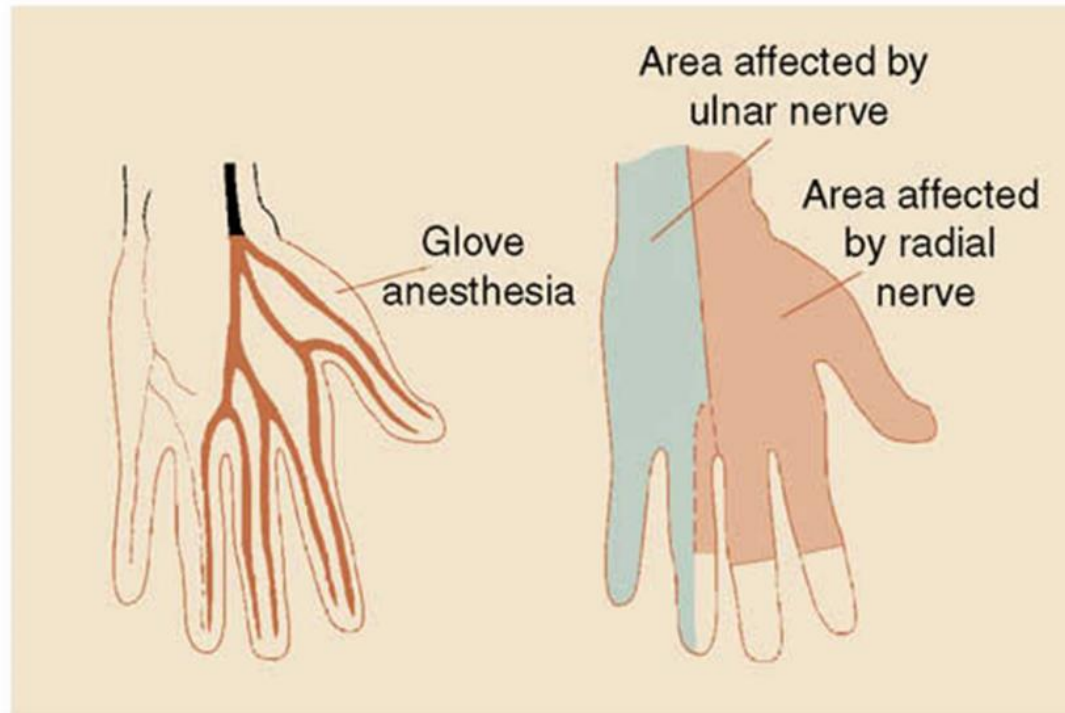


Simptomi i defцити se javljaju u senzornoj i motornoj oblasti u vidu pojačanog ili oslabljenog (ugašenog) funkcionisanja organa Oblast

	Motorna	Senzorna
Hiper-Funkcija	Konvulzije (pseudo-napadi) Drhtanje, neobičan hod i sl.	Hiperestezije Halucinacije
Hipo-funkcija	Stupor Mutizam (afonija) - gubitak govora Paraliza (pareza-slabost, paraplegija-gubitak motorne funkcije nekog dela tela)	Anestezije Otežan vid sluh, miris Slepilo, gluvoća

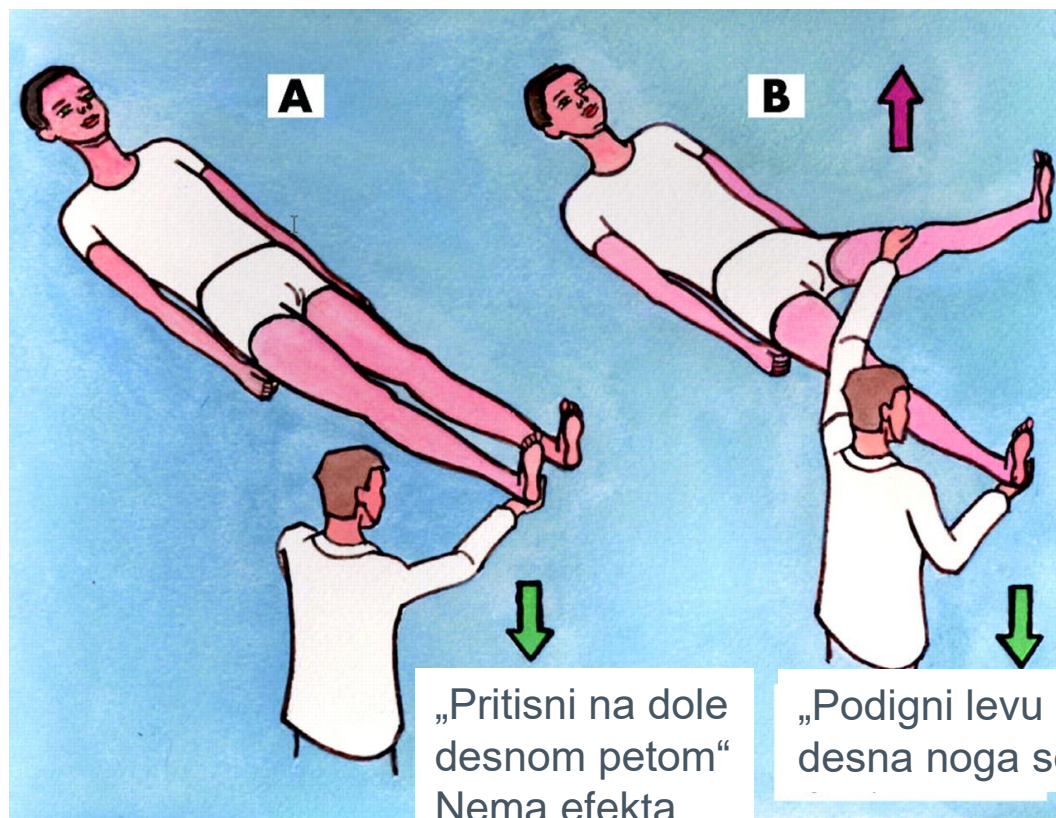
Znaci raspoznavanja konverzije

- Simptomi podražavaju naivnu - laičku predstavu telesne bolesti (npr. trnjenje i gubitak osećaja u svim prstima ruke odjednom – anestezijska u vidu rukavice)



Znaci raspoznavanja konverzije

› Hoover-ov znak



Provera (ne)organske slabosti desne noge

Znaci raspoznavanja konverzije

- Nekonzistentni su (kad se zaboravi, deo tela profunkcioniše)
- La belle indifference – ravnodušan prema bolesti
- Konvulzije bez ugriza jezika, pene, umokravanja, povređivanja, sa stisnutim očima koje se protive otvaranju
<https://www.youtube.com/watch?v=5n4ahF6nzh0>
- Tunelsko viđenje
- Početak često nakon stresa, sekundarna dobit
- Česti su disocijativni simptomi (amnezija, depersonalizacija, derealizacija)
- Nema znakova svesne simulacije

Diferencijalna dijagnoza

- Telesne bolesti, najčešće neurološke (multipla skleroza, lupus, epilepsija...)
- Drugi somatoformni poremećaji: hipohondrija, dismorfofobija
- Simulacija i umišljeni bolesnici
- Disocijativni poremećaji
- Panični poremećaj
- Depresija
- Početna sch psihoza

Statistički podaci

- Prevalencija povremenih simptoma češća, a trajnog poremećaja 2-5/100 000 godišnje
- Češće se javljaju i šalju u nepsihijatrijske ustanove (npr. na neurologiju)
- Polovi 2:1 do 5:1 za žene
- Javlja se na svakom uzrastu, od dece do starih, najčešće kasno detinjstvo do ranog odraslog doba



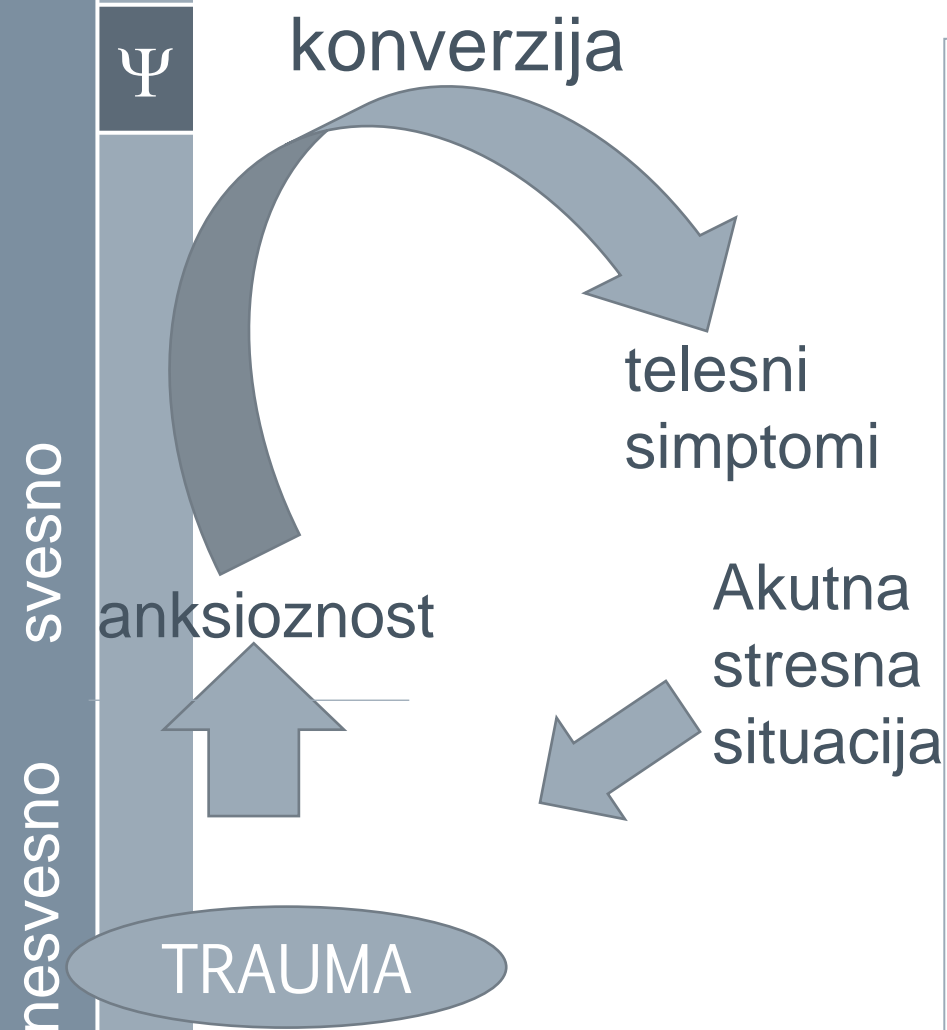
Etiologija

- Temperament: histrionični, granični
- Rane traume: zlostavljanje u detinjstvu
- Medijatori
 - Sugestibilnost
 - Životni događaji u odraslom dobu
 - Disfunkcionalni partnerski i porodični odnosi
- Akutni stres i životni događaji –
 - najčešće interpersonalni i
 - profesionalni (radni)
- Uslovljavanje (sekundarna dobit=potkrepljenje)
- Biološki činioci - telesne bolesti sa sličnim simptomima su rizik faktor: npr. epilepsija je rizik za pojavu konverzivnih napada
- Strieto-talamo-kortikalni putevi blokirani stresom (emocijama).

Češća među:

- seoskim stanovništvom,
- manje obrazovanim,
- manje inteligentnim,
- neintrospektivnim i naivnim,
- mentalno nedovoljno razvijenim,
- nepoznavaocima medicine/ psihologije
- osobama sa nižim SES
- nerazvijenim zemljama
- vojnim i milicijskim zanimanjima

Psihoanalitička teorija konverzije



Rane traume, nerazrešeni konflikti i neprihvatljivi sadržaji potisnuti u nesvesno

Aktuelna stresna situacija prethodi osvešćenjem potisnutih sadržaja → naglašena anksioznost

Anksioznost se pretvara (konvertuje) u telesni simptom

Tako simptom osobu oslobađa od anksioznosti i vraća neprihvatljive sadržaje u nesvesno



Psihoanalitička teorija konverzije

Dobit od konverzije

Konverzija omogućava:

- Primarnu dobit – oslobađanje od anksioznosti i vraćanje rane traume u nesvesno
- Sekundarnu dobit – razrešavanje aktuelne konfliktne situacije

Pošto konverzija “rešava” aktuelni problem pacijenta, javlja se “lepa ravnodušnost” (la belle indifference) – pacijent deluje ravnodušno uprkos teškim simptomima o kojima izveštava

Disocijativni poremećaji



Disocijacija

- Disocijacija - pojava pri kojoj dolazi do odvajanja (disociranja) određenih sećanja ili mentalnih sadržaja i funkcija od normalne svesti. Ovi odvojeni sadržaji nisu izbrisani već se mogu spontano ili na neke podražaje vratiti u svest, mada ne i voljno.
- Blaži oblici disocijacije se javljaju u traumatičnim situacijama, ali traju nekoliko minuta ili dana.

Disocijativni poremećaji u DSM-5

- Disoc. Amnezija
- Poremećaj višestrukog identiteta (DID)
- Depresonalizaciono/derealizacioni poremećaj
- Drugi specifični disocijativni poremećaji
 - Mešoviti disocijativni simptomi
 - Persuazivni poremećaj identiteta
 - Akutna dis. reakcija na stres
 - Disocijativni trans
- Disoc. Fuga



Disocijativna amnezija

- Najčešće se javlja nakon traumatičnih događaja.
- Predstavlja nemogućnost prisećanja ličnih doživljaja, obično traumatične ili stresne prirode, koja prevazilazi običnu zaboravnost.
- Za razliku od amnezije sa organskom osnovom (npr. usled povrede glave), disocijativna amnezija je najčešće:
 - anterogradna,
 - reverzibilna

Disocijativna amnezija

- Može biti
 - generalizovana, kada se odnosi na ceo identitet i životnu istoriju – najređa (u ratu, silovanja, ekstremni stres)
 - lokalizovana, kada se odnosi na neki period života, npr. traumatski događaj
 - selektivna - zaboravljaju se neki aspekti situacija ili delovi događaja – najčešća
 - sistematična – gube se informacije određene kategorije (npr. U vezi porodice, neke osobe i sl.)
 - Kontinuirana – gube se nove informacije kako dolaze



Disocijativna fuga

- Osobe sa ovim poremećajem gube privremeno osećaj identiteta i putuju ili lutaju nekad i na vrlo udaljena mesta.
- Takođe se najčešće javlja nakon traume.
- Osoba je neupadljiva za okolinu jer je predmetna svest očuvana – osoba vrši niz automatskih radnji
- Svest o sopstvenom identitetu ne postoji te je putovanje nemotivisano, neplanirano i nerukovođeno svesnim psihičkim procesima.
- Nakon izlaska iz fuge, osoba ima amneziju za taj period.
- Češće su u ratna vremena i u vreme prirodnih katastrofa.

Disocijativni poremećaj identiteta

Ψ

- Najozbiljniji disocijativni poremećaj - uključuje sve ostale disocijativne poremećaje.
- Osoba doživljava prekide identiteta sa naglim izmenama u
 - doživljaju sebe (oseća se drugačije)
 - doživljaju mogućnosti uticanja (ispoljava ponašanja nad kojima nema osećaj da su njena i da može da utiče na njih)
- sa pridruženim promenama u afektivitetu, ponašanju, memoriji, percepciji, kogniciji i senzomotornom funkcionisanju.
- Na taj način ispoljava dva ili više različitih identiteta (u nekim kulturama zaposednutost)
- Stresor često vodi promeni identiteta.
- Amnezija za disocijativna stanja, za duže ili kraće periode života ili rupe u sećanju tokom dana, fuge, iznenadno zaboravljanje veština
- Moguća su različita imena, temperament, gestovi i mimika, rečnik, ponašanje na psihološkim testovima, različit rukopis, ponekad su polne i rasne identifikacije drugačije u stanjima izmenjenog identiteta.



Disocijativni poremećaj identiteta

- Poremećaj se najčešće povezuje sa teškim fizičkim/seksualnim zlostavljanjem, uglavnom tokom detinjstva.
- Poremećaj se retko dijagnostikuje u Evropi, ali se u Americi 90-tih nešto češće identifikovao i više proučavao. Čak i tamo, mišljenja su podeljena da li poremećaj uopšte postoji.

Etiologija DID-a igranje uloga ili reakcija na traumu?



SOCIOKOGNITIVNE TE.-
SOCIOKULTURNA ULOGA +
SPECIFIČNA KOGNITIVNA OBRADA
SITUACIJE

- Neki kliničari dijagnostikuju DID češće od drugih
- Razlika SAD - Evropa
- Tipični simptomi se javljaju tek pošto je tretman otpočeo
- u laboratorijskim uslovima uz pomoć nekih socijalnih putokaza uspešno odglumljeni bazični fenomeni DID-a.
- DID je jatrogeno stanje koje proizvode stručnjaci kroz ispitivanje pacijenta

TRAUMATSKE TE. –
DISOCIJACIJA – BIOLOŠKA
REAKCIJA NA TRAUMU

- Razlike između pacijenata i glumaca:
 - Kognitivni deficiti
 - Izveštavanje simptoma
 - Razlike u identitetima po pitanju sećanja na traumu
 - Razlike u stanju vida kod identita
 - => DID ≠ socijalna kreacija već traumom izazvanji poremećaj

Disocijativni poremećaji

Poremećaj Ψ	Prevalenca	Definicija	Osnovne odlike	Etiologija za sve disoc. Por.
Disoc. amnezija	Oko 2%	Nemogućnost osobe da se priseti važnih ličnih informacija koje su obično vezane za stresnu ili traumatsku situaciju	Gubitak mogućnosti prisećanja ne može se objasniti neurološkim uzrokom, efektima PAS ili drugim disocijativnim p.	Uloga izloženosti stresnim i traumatskim iskustvima
Disoc. poremećaj identiteta	1.5% ?	Osoba ispoljava 2 ili više različitih identiteta koji se povremeno smenjuju u preuzimanju kontrole nad ponašanjem	Osoba ne može da se seti važnih ličnih informacija. Prosečan broj identiteta kod osoba sa ovim poremećajem je oko 13.	Fizičko i seksualno zlostavljanje tokom detinjstva – faktor rizika
Depersonalizacija	0.8%	Utisak otuđenosti od ličnog identiteta (poput življenja u snu, odvojenosti od sopstvenih mentalnih procesa ili tela)	Simptomi izazivaju značajnu uznemirenost, osobe često misle da "počinju da lude". Simptomi ne mogu biti objašnjeni drugim poremećajem (sch, panični napad...)	