

Zdzisław Michał Zawilski^{1–3}

Somatyzacja jako przejaw zaburzeń emocjonalnych u dzieci

Somatisation as a manifestation of emotional disorders in children

¹ Oddział Dzieciąt, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, Leżajsk, Polska

² Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Medycyna Rodzinna” w Giedlarowej, Giedlarowa, Polska

³ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Jutrzenka” w Sarzynie, Sarzyna, Polska

Adres do korespondencji: Zdzisław Michał Zawilski, Oddział Dzieciąt SP ZOZ w Leżajsku, ul. Leśna 22, 37–300 Leżajsk, tel.: +48 17 240 48 88, e-mail: michalz4@op.pl

ORCID iD

Zdzisław Michał Zawilski <https://orcid.org/0000-0002-5565-8294>

Streszczenie

Somatyzacja jest to zjawisko polegające na sygnalizowaniu dolegliwości pochodzących „z ciała” (ból, dyskomfort, zaburzenia czynności fizjologicznych), których przyczyna nie zostaje wyjaśniona na podstawie badania przedmiotowego oraz badań dodatkowych, u ich podłoża tkwi zaś najczęściej nieświadomiony czynnik emocjonalny. Do najpowszechniej spotykanych somatycznych przejawów negatywnych emocji należą: ból brzucha, ból głowy, uczucie kołatania serca lub klucia w klatce piersiowej, zawroty głowy, duszność, kaszel, wrażenie ściskania w gardle, drętwienia kończyn, jak też biegunka, wymioty czy omdlenia. Choć opisywany rodzaj zaburzenia występuje szczególnie często u osób obciążonych innymi problemami natury psychicznej, takimi jak stany lękowe, depresja czy zaburzenia osobowości, to w obecnym czasie obserwuje się go coraz częściej u dzieci dotychczas niewykazujących żadnych nieprawidłowości psychogennych. Znaczący wpływ na rozwój tego rodzaju objawów ma środowisko wychowania, z którego rozwijający się człowiek czerpie wzorce behawioralne. Ponadto istotny jest cały ogólny kontekst społeczny ze wszystkimi swoimi uwarunkowaniami, zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi. W przypadku dzieci, z racji braku możliwości regularnej i konstruktywnej autoobserwacji, rozwiniętego myślenia abstrakcyjnego oraz świadomej, konsekwentnej werbalizacji przeżyć wewnętrznych przez pacjenta, proces diagnostyki i terapii takich zaburzeń często wymaga hospitalizacji diagnostycznej, konsultacji wielospecjalistycznych, długotrwałego leczenia w trybie ambulatoryjnym, jak również przynajmniej częściowej modyfikacji relacji środowiskowych, w tym procesu wychowawczego. Fundamentalną kwestią pozostaje ochrona zdrowia psychicznego w formie działań profilaktycznych, ukierunkowanych na tworzenie warunków egzystencjalnych pozytywnie wpływających na rozwój psychiczny dzieci, co w szczególności dotyczy relacji międzypokoleniowych.

Słowa kluczowe: somatyzacja, stres emocjonalny, diagnostyka różnicowa, psychoterapia, psychoprophylaktyka

Abstract

Somatisation is a phenomenon consisting in signalling complaints originating “from the body” (pain, discomfort, disturbances of physiological functions), whose cause is not explained on the basis of physical examination and additional examinations, and whose basis is usually an unconscious emotional factor. The most common somatic manifestations of negative emotions include abdominal pain, headache, palpitations or stabbing sensation in the chest, dizziness, shortness of breath, cough, squeezing sensation in the throat, numbness of limbs, as well as diarrhoea, vomiting or fainting. Although the described type of disorder occurs particularly often in people burdened with other mental problems, such as anxiety, depression or personality disorders, nowadays it is observed more and more often in children not showing any psychogenic abnormalities so far. A significant influence on the development of such symptoms has the environment of upbringing, from which the developing person draws behavioural patterns. In addition, the entire general social context with all its conditions, both positive and negative, is important. In the case of children, due to the lack of possibility of regular and constructive self-observation, developed abstract thinking and conscious, consistent verbalisation of inner experiences by the patient, the process of diagnosis and therapy of such disorders often requires diagnostic hospitalisation, multi-specialist consultations, long-term treatment in the outpatient mode, as well as at least partial modification of environmental relations, including the educational process. The fundamental issue remains the protection of mental health in the form of preventive measures aimed at creating existential conditions that have a positive impact on the mental development of children, which is particularly true of relations between generations.

Keywords: somatisation, emotional stress, differential diagnosis, psychotherapy, psychoprophylaxis

WSTĘP

Pojęcia somatyzacji użył prawdopodobnie po raz pierwszy w 1920 roku niemiecki psychoanalityk Wilhelm Stekel. Autor opisywał opisywane zjawisko jako „zaburzenie fizyczne na podłożu głębokiej neurozy” i uważał, że jego leczenie powinno się opierać na „terapii konfliktów wewnętrznych”⁽¹⁾. Pokrewne poglądy wyraził amerykański psychiatra i psycholog Peter Sifneos, który uważał, że objawy fizyczne stanowią o niezdolności jednostki do definiowania własnych uczuć, i wprowadził do medycyny oraz psychologii pojęcie aleksytymii, czyli braku umiejętności identyfikowania lub rozumienia oraz nazywania i wyrażania własnych emocji, skutkującego nierozróżnianiem pobudzenia emocjonalnego od fizjologicznego, a tym samym trudnościami w rozładowywaniu wewnętrznych napięć i koncentrowaniu się na towarzyszących im doznaniach fizycznych^(2,3).

W praktyce pediatrii oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) często zdarzają się przypadki zgłaszania przez dzieci i nastolatków objawów sugerujących zaburzenie lub chorobę somatyczną, jednocześnie nieznaną diagnozy przyczynowej na podstawie badania przedmiotowego i badań dodatkowych. Choć opisywane objawy najczęściej mają niewielkie nasilenie i przemijający, krótkotrwały charakter, to dla pacjentów i ich opiekunów mogą stanowić istotny dyskomfort oraz źródło dodatkowego niepokoju. Jeśli tego rodzaju dolegliwości powodują pogorszenie jakości życia codziennego i utrudnienie funkcjonowania społecznego, trwając lub nawracając przez dłuższy czas, można ustalić rozpoznanie zaburzenia somatyzacyjnego^(1,3,4). Dolegliwości, na jakie skarżą się somatyzujący pacjenci, należą do grupy zaburzeń określanej angielskim skrótem MUPS (*medically unexplained physical symptoms*)⁽¹⁾. Dziesiąta Rewizja Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, ICD-10) wyróżnia zaburzenia somatoformiczne, do których oprócz zaburzeń somatyzacyjnych należą również zaburzenia hipochondryczne, zaburzenia autonomiczne występujące pod postacią somatyczną oraz uporczywe bóle psychogenne, spotykane głównie u osób dorosłych^(1,3). Z kolei ogólny podział zaburzeń występujących pod postacią somatyczną można przedstawić według kryterium wzorców: zaburzenia o dominującym wzorcu somatycznym lub czuciowym (zaburzenia somatyzacyjne i zespoły bólowe), zaburzenia o wzorcu dysocjacyjnym (zaburzenia konwersyjne) i zaburzenia o dominującym wzorcu obsesyjnym lub poznawczym (zaburzenie dysmorfofobiczne i hipochondria)⁽³⁾. Osobnym zjawiskiem są objawy i choroby kształtowane przez czynniki psychologiczne jako ich skutki wtórne⁽³⁾, nie zaś forma manifestacji (np. nadciśnienie tętnicze powodowane przez stres⁽⁵⁾). Objawy w przebiegu somatyzacji, w odróżnieniu od zaburzeń pozorowanych i symulacji, nie są wytwarzane celowo⁽¹⁾.

Przypadki pacjentów z somatyzacją stanowią obecnie coraz większy odsetek hospitalizacji na oddziałach ogólnopediatrycznych. W analizie znaczenia populacyjnego takich zaburzeń nie można pominąć faktu generowania ogromnych kosztów, które wynikają przede wszystkim z rozbudowanej i złożonej diagnostyki przyczynowej jako jednego z warunków ich rozpoznania.

Celem niniejszej pracy jest ogólna analiza problemu somatyzacji u dzieci i młodzieży, z podkreśleniem znaczenia diagnostyki różnicowej w jej rozpoznawaniu oraz roli psychoterapii i psychoprofilaktyki jako elementów postępowania mającego na celu leczenie zaburzeń psychogennych objawiających się somatycznie i zapobieganie im.

EPIDEMIOLOGIA

Szacuje się, że około 15% dzieci i młodzieży szkolnej doświadcza nasilonych objawów somatycznych o podłożu psychologicznym⁽⁴⁾. Statystycznie częściej objawy takie występują u osób płci żeńskiej⁽¹⁻³⁾. Obserwuje się ich znaczące zróżnicowanie w różnych grupach wiekowych.

Młodsze dzieci zwykle demonstrują pojedynczy objaw, którego charakter w dużej mierze zależy od wieku. Dzieci w okresie przedszkolnym i wczesnoszkolnym zazwyczaj zgłaszają ból brzucha⁽⁶⁾. Uczniowie wyższych klas szkoły podstawowej dodatkowo podają ból głowy. Im dziecko jest młodsze, tym trudniej jest mu opisać charakter i umiejscowienie dolegliwości. Często nie potrafi ono dobrać odpowiednich słów, stąd treść jego skarg staje się mało dokładna, niejasna, a nawet wewnętrznie sprzeczna. Pomocne okazują się wówczas obserwacje rodzicielskie, które powinny dotyczyć nie tyle samych dolegliwości, co sytuacji, w których się one pojawiają i ustępują, oraz spostrzeżenia odnoszące się do zachowania dziecka towarzyszącego ich występowaniu. Wśród młodzieży nastoletniej zauważalne jest większe zróżnicowanie zgłaszanych dolegliwości niż u dzieci młodszych⁽⁴⁾. Nastolatki nie tylko odczuwają objawy dotyczące różnych narządów i układów, ale także potrafią je opisywać bardziej szczegółowo niż małe dzieci. Ponadto w tej grupie pacjentów objawy mogą dotyczyć jednocześnie kilku układów, zmieniać lokalizację i charakter oraz występować nie tylko pod postacią bólu, ale również w formie rozregulowania procesów fizjologicznych. Charakterystyczny jest znacznie większy odsetek przypadków somatyzacji wśród nastolatków niż u dzieci przed- i wczesnoszkolnych, co ma związek z problemami, jakie towarzyszą dojrzewaniu płciowemu, emocjonalnemu i społecznemu.

Zaburzenia somatyzacyjne mogą współistnieć z innymi zaburzeniami psychicznymi, w tym zwłaszcza z zespołami lękowymi lub depresją^(1,3,7,8). Do tzw. masek depresji mogą należeć: spadek energii, zaburzenia snu, dolegliwości bólowe, objawy ze strony układów sercowo-naczyniowego, pokarmowego czy moczowo-płciowego (np. zatrzymanie miesiączki u nastolatek)⁽⁹⁾. Ponadto zaburzenia somatyzacyjne statystycznie częściej występują u młodych ludzi z rozwijającymi się patologiami osobowości (zwłaszcza paranoiczną,

obsesyjno-kompulsyjną i histrioniczną⁽¹⁰⁾ niż u nastolatków bez takich nieprawidłowości⁽¹⁾. Istotny jest również związek somatyzacji z zespołem stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD), którego doświadczenie w okresie dzieciństwa powoduje nawracanie tego rodzaju objawów także w życiu dorosłym^(1,3).

Przeżywanie negatywnych emocji w formie zaburzeń somatyzacyjnych przyczynia się do upośledzenia funkcjonowania społecznego (szkoła, relacje rówieśnicze), z drugiej zaś strony pogorszenie relacji społecznych sprzyja nasilaniu się somatyzacji⁽¹¹⁾.

FIZJOLOGIA STRESU EMOCJONALNEGO

Organizm pozostający pod wpływem bodźców stresogennych odbiera je i reaguje na nie za pośrednictwem układu nerwowego⁽¹²⁾. Właściwa reakcja przystosowawcza, będąca istotą stanu stresu emocjonalnego, rozwija się na skutek pobudzenia struktur limbicznych⁽¹³⁾. Informacje o bodźcach docierających do układu nerwowego, zanim dotrą do kory mózgowej, trafiają do pól czuciowych wzgórza^(14,15). Stamtąd przekazywane są do ciał migdałowych na dwa sposoby: pośredni (wzgórze – kora mózgowa – ciała migdałowe) lub bezpośredni (wzgórze – ciała migdałowe). Drugi sposób przekazywania sygnału stanowi drogę pierwotną, w której bodziec – nie przechodząc przez korę mózgową – nie jest uświadamiany. Droga bezpośrednia (*explicite*), pozostawiająca bodziec poza świadomością, jest krótsza, impuls zaś przechodzi przez nią szybciej. Działając jednocześnie ze stymulacją adrenergiczną pochodzącą z jądra sinawego, ma ona zasadnicze znaczenie w uruchomieniu pierwotnej reakcji na stres. Z kolei bardziej złożona analiza bodźców stresogennych, integrująca całość informacji i osadzająca je w odpowiednim kontekście, odbywa się za pośrednictwem hipokampa, gdzie docierają sygnały z ośrodków pamięci bodźców i zdarzeń awersyjnych^(13,15). Dzięki tej konstrukcji dróg nerwowych hipokamp bierze udział w inicjowaniu reakcji stresowej w odpowiedzi na wspomnienie sytuacji zagrożenia. Sygnały w procesie aktywacji stresu przekazywane są z hipokampa, podobnie jak w przypadku dwóch wcześniej wymienionych dróg nerwowych, do ciał migdałowych. Wyjścia neuronalne z ciał migdałowych mogą aktywować odmienne reakcje autonomiczne, neurohormonalne i behawioralne. Projekcje sygnałów do bocznego podwzgórza pośredniczą w aktywowaniu układu współczulno-nadnerczowego (*sympathetic-adrenomedullary*, SAM), sygnały kierowane do części pnia mózgu odpowiadają za pojawienie się odpowiednich reakcji behawioralnych, drogi projekcyjne bezpośrednie (do jądra przykomorowego – *paraventricular nucleus*, PVN) i pośrednie (do jąder podstawy) uczestniczą zaś w stymulowaniu reakcji neurohormonalnych z udziałem hormonów steroidowych⁽¹⁴⁾. Pobudzenie dwóch spośród wyżej wymienionych dróg ma zasadnicze znaczenie w powstawaniu stresowej reakcji przystosowawczej⁽¹⁶⁾. Układ współczulno-nadnerczowy odpowiada za uwalnianie

do krwiobiegu amin katecholowych przez rdzeń nadnerczy. Z kolei pobudzenie układu podwzgórze–przysadka–nadnercza (*hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis*, HPA), którego sekwencja działania rozpoczyna się od sekrecji kortykoliberyny przez komórki PVN, prowadzi do wydzielania glikokortykosteroidów przez korę nadnerczy.

W stanie stresu wywołanego czynnikami natury psychicznej nadmierna aktywacja obu tych układów neurohormonalnych, powodując wzrost stężenia hormonów stresowych (adrenalina, kortyzol), przyczynia się do zmian biochemicznych w obrębie poszczególnych narządów. Znajduje to odzwierciedlenie w stanie ukrwienia tkanek oraz wzroście lub spadku napięcia określonych włókien mięśniowych. W tej sytuacji narządy gorzej ukrwione są słabiej zaopatrywane w tlen i związki odżywcze, ponadto zwiększają się w ich obrębie stężenia dwutlenku węgla i innych produktów przemiany materii oraz spada pH. Nasilony, nawracający lub trwający przewlekłe stan wzmożonej aktywacji stresowej staje się pośrednią przyczyną tego rodzaju zmian równowagi biochemicznej organów, takich jak żołądek czy jelita. Dodatkowo, w związku ze wzmożonym napięciem emocjonalnym, dochodzi do wzrostu ciśnienia tętniczego i centralizacji krążenia, w efekcie czego zwiększa się przepływ krwi w takich narządach jak mózg czy płuca oraz spada jej dystrybucja, np. do dystalnych części kończyn. Jednocześnie następuje adrenergiczna aktywacja tkanek grup mięśniowych odpowiadających za wykonywanie gwałtownych i rozległych ruchów (tułów, obręcze i bliższe części kończyn). W reakcji przystosowawczej komórki układu nerwowego wykazują tendencję do zmniejszenia progu pobudliwości, co dotyczy nie tylko sfery odbiorczej narządów zmysłów, ale również receptorów dla bodźców bólowych. Poza tym pobudzenie neuronalnych ośrodków współczulnych skutkuje ilościową i jakościową zmianą wydzielin produkowanych przez gruczoły (ślina, pot), co objawia się np. uczuciem prowokującym do kaszlu suchości w jamie ustnej i gardle, jak też potliwością dłoni.

Część autorów wyróżnia dodatkowo perspektywę psychoneuroimmunologiczną (ośrodkowy układ nerwowy, OUN – układ immunologiczny), według której w potęgowaniu wrażliwości na bodźce bólowe w stanie stresu emocjonalnego udział biorą także cytokiny prozapalne, odgrywające rolę w wywoływaniu stanów i zmian zachowania wskazujących na chorobę i dolegliwości, takich jak: ból, zmęczenie, anhedonia czy obniżony nastrój⁽³⁾. Przewlekłe pobudzenie układu immunologicznego lub reaktywacja układu cytokin po wcześniejszym uwrażliwieniu mogą więc być czynnikami indukującymi występowanie nieswoistych dolegliwości somatycznych w przebiegu somatyzacji⁽³⁾.

Obraz charakterystycznych dla stanu wzmożonego stresu zmian biochemicznych i fizjologicznych, na który składają się: wzrost ciśnienia tętniczego, spadek ukrwienia, lokalne niedotlenienie i zakwaszenie części narządów, zmiany napięcia mięśni, zaburzenie równowagi dystrybucyjnej płynów ustrojowych i zwiększenie wrażliwości na bodźce bólowe, tłumaczy – przynajmniej częściowo – występowanie

dyskomfortu fizycznego u dzieci poddanych negatywnym czynnikom psychogennym⁽¹⁷⁾.

O ile doznania bólowe i rozregulowanie czynnościowe procesów fizjologicznych mogą być postrzegane jako pośredni skutek zwiększonego napięcia emocjonalnego, o tyle – z racji konstrukcji neurobiologicznej poszczególnych szlaków nerwowych odpowiedzialnych za powstawanie reakcji przystosowawczej – nie zawsze towarzyszy im świadomość przeżywania stanu stresu emocjonalnego. To przyczynia się do braku świadomego kojarzenia dolegliwości ze stresem psychicznym oraz nieadekwatnego i nieproporcjonalnego interpretowania ich przez pacjentów. W związku z tym może dochodzić do nadmiernego koncentrowania się na samych doznaniach fizycznych z jednoczesnym odwróceniem uwagi od ich rzeczywistej przyczyny pierwotnej^(1,3,7,8).

PATOGENEZA

Przyczyny zaburzeń natury psychologicznej objawiających się somatycznie można podzielić na kilka grup, przy czym zwykle są one złożone, a w powstawaniu określonej dolegliwości bierze udział nie jeden, lecz kilka nakładających się na siebie czynników^(1,3). W zasadniczym podziale źródeł tego rodzaju zaburzeń można wyróżnić:

- **indywidualny fenotyp** jako efekt konstrukcji genetycznej warunkującej wrażliwość układu nerwowego na bodźce zewnętrzne oraz jego strukturę dającą możliwość efektywnego rozładowywania napięcia emocjonalnego;
- **rozwój ontogenetyczny**, pod pojęciem którego należy rozumieć nie tylko tok zmian fizjologicznych zachodzących w wieku rozwojowym, ale również jakość życia wewnątrzmacicznego (długość i przebieg ciąży oraz charakter i przebieg porodu), a także mające na nie wpływ wady i choroby;
- **środowisko życia i wychowania**, czyli przestrzeń kształtowania relacji, reakcji i zachowań dziecka przez wzory postaw rodzicielskich, rodzinnych, wychowawczych (przedszkole, szkoła, społeczeństwo) i rówieśniczych.

Czynniki oddziałujące negatywnie w wyżej wymienionych sferach mogą stanowić przyczynę zaburzeń psychogennych, które przyjmują formę somatyzacji.

Koncentrując się na warunkach środowiskowych jako przestrzeni potencjalnie najbardziej podatnej na modyfikacje w kontekście tego rodzaju zaburzeń, należy zwrócić uwagę przede wszystkim na fakt, że dziecko uczy się rozpoznawać i wyrażać własne emocje i radzić sobie z nimi głównie od osób najbliższych (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie itp.). Postawy rodziców zmierzające do minimalizowania przejawów emocji u dzieci często sprowadzają się do nadmiernego skupiania się na zachowaniach dzieci, z pominięciem uczuć, których są one skutkiem. Tym samym dziecko nie ma wglądu w naturę i przyczynę emocji – koncentruje się na ich oznakach zewnętrznych, same emocje pozostają zaś nierozpoznane. Wówczas pojawia się tendencja do skupiania się na towarzyszących emocjom przejawach, w tym doznaniach cielesnych, które kojarzą się z dyskomfortem, a w następstwie mogą być interpretowane jako niepożądane

i „chorobowe”. Rodzice i wychowawcy niejednokrotnie (częściej nie do końca świadomie) stosują praktykę swego rodzaju penalizowania złych emocji u dzieci. Może ono przybierać formę niekoniecznie fizyczną. Powszechne są próby przysłowiowego uspokajania dziecka czy nastolatka za pomocą komunikatów, które mogą być odbierane jako groźby (np.: „Jeśli się nie uspokoisz, to mama będzie smutna”, „Jeśli chcesz, żebym był zdrowy, to przestań marudzić!”, „Użalasz się nad sobą, a ja mam tego dosyć i w końcu rozchoruję się przez ciebie!” itp.). W społeczeństwie ciągle istotne znaczenie ma stereotypowy odbiór osoby mającej trudności emocjonalne jako słabej, „gorszej”, mniej wartościowej, dziwnej, infantylnej lub nieporadnej. Dzieci, zwłaszcza te będące w wieku nastoletnim, nie radząc sobie z trudnościami, są narażone na napiętnowanie i izolowanie ze strony rówieśników. Zetknięcie się dziecka z takimi postawami i praktykami, jak karanie czy wyśmiewanie w podobnych sytuacjach, może częściowo zredukować zewnętrzne oznaki behawioralne jego negatywnych emocji, jednak faktycznie przyczynia się do ich uwewnętrznienia, a zarazem wzmocnienia, co przynosi efekt w postaci braku jego świadomego kontaktu z własnymi przeżyciami wewnętrznymi oraz nasilenia dyskomfortu psychicznego. Przeżywanie go pod postacią negatywnych doznań cielesnych staje się pozornie nowym problemem, w rzeczywistości jednak jest objawem nierozpoznanych i stłumionych emocji – istotą somatyzacji^(4,7,8,18).

Ważną kwestię stanowi także sposób postrzegania samych chorób i dolegliwości somatycznych w ogóle przez członków najbliższego otoczenia dziecka. Jeśli w danym środowisku domowym istnieje tendencja do poświęcania nadmiernej uwagi dolegliwościom cielesnym oraz stereotypowo wiąże się ich przyczyny z potencjalnymi chorobami somatycznymi, wówczas podobny model postrzegania swoich doznań stopniowo przyjmuje również dziecko, co staje się powodem nawykowego pomijania przez nie czynnika emocjonalnego jako ich możliwej przyczyny^(1,3,8). Istotnie, w przestrzeni społecznej dają się zauważyć powszechna charakterystyczna maniera koncentrowania się przede wszystkim na fizycznych przyczynach różnych objawów oraz przywiązywanie dużo większej wagi do chorób somatycznych niż do zaburzeń psychologicznych, które traktowane są przez część populacji jako pozornie mniej znaczące.

Część autorów za zasadniczy czynnik w rozwoju somatyzacji uważa funkcję obronną objawów somatycznych przed przeżywaniem zbyt trudnych emocji⁽¹⁾. Podejście psychodynamiczne postrzega je jako mechanizm obronny, polegający na przekształcaniu dyskomfortu emocjonalnego w objawy fizyczne^(1,19). Przenoszenie ciężaru trudności emocjonalnych na objawy somatyczne przez nieświadome dziecko może być jedyną manifestacją istniejącego, choć niedostrzegalnego dla otoczenia problemu natury psychicznej. W tej sytuacji dziecko skupia na sobie uwagę otoczenia, której dotychczas mogło mu brakować, obawa przed jej utratą może zaś dodatkowo nasilać negatywne emocje, a tym samym utrzymywać i nasilać objawy somatyczne^(1,4).

Czynniki ryzyka somatyzacji u dzieci i młodzieży		
Niemodyfikowalne	Względnie modyfikowalne	Modyfikowalne
• Płeć żeńska • Wiek nastoletni • Podatność genetyczna	• Traumatyczne zdarzenia • Współwystępowanie chorób fizycznych • Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych • Nadmierna wrażliwość na ból • Niski status ekonomiczny	• Zaniedbania wychowawcze • Problemy społeczne • Zaniedbania edukacyjne • Odczuwanie wtórnych korzyści z choroby

Tab. 1. Czynniki ryzyka somatyzacji u dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie^(1,3))

Według jednej z teorii przyczyny somatyzacji związane są też z niedojrzałą adaptacją społeczną, fakt zgłaszania dolegliwości może bowiem w pewnym sensie ułatwiać realizację potrzeb, dla których dziecko nie wypracowało „dojrzałych” sposobów zaspokajania^(1,20).

W tab. 1 podsumowano najistotniejsze czynniki ryzyka somatyzacji u dzieci i młodzieży, z podziałem na podlegające i niepodlegające potencjalnej modyfikacji.

DIAGNOSTYKA

Rozpoznanie psychogennej podłoża objawów somatycznych z zasady wymaga wykluczenia przyczyn pozapsychologicznych, w tym przede wszystkim ostrych stanów chirurgicznych, chorób nowotworowych oraz organicznych i czynnościowych patologii dotyczących życiowo ważnych narządów i układów^(1,3). Postępowanie mające doprowadzić do ostatecznej diagnozy jest zatem złożone, często żmudne i wymagające wzmożonej czujności. W tab. 2 przedstawiono istotne z punktu widzenia procesu diagnostycznego stany i jednostki chorobowe, które powinny być brane pod uwagę w różnicowaniu przyczyn poszczególnych objawów, oraz wybrane propozycje badań dodatkowych i konsultacji specjalistycznych pomocnych w ustaleniu rozpoznania⁽¹⁷⁾. Należy podkreślić, że charakter i nasilenie poszczególnych objawów mogą być zróżnicowane. Dlatego dobór określonych szczegółowych badań diagnostycznych trzeba zawsze uzależniać od konkretnego przypadku pacjenta, w tym dotyczącego go wywiadu, wyników badań wstępnych, ewentualnych chorób współistniejących i innych obciążeń.

Ustalenie rozpoznania zaburzenia emocjonalnego z somatyzacją nie musi być poprzedzone przeprowadzeniem wszystkich możliwych badań w kierunku potencjalnej somatycznej przyczyny dolegliwości. Decyzja o zleceniu danego badania powinna być poparta przede wszystkim uwzględnieniem istotnych danych z wywiadu, analizą potencjalnej przydatności, opcjonalnością i użytecznością, a tym samym realną potrzebą przeprowadzenia badania w konkretnym przypadku. Lekarz diagnozujący problem danego pacjenta powinien mieć na uwadze i na bieżąco oceniać możliwość oraz prawdopodobieństwo udziału czynnika psychogennej w generowaniu obserwowanych objawów⁽³⁾. Przeciwwskazane jest natomiast sugerowanie czy też imputowanie pacjentowi lub jego opiekunowi takiej możliwości etiologicznej przed zakończeniem procesu diagnostycznego, gdyż może to skomplikować relację pacjent–lekarz⁽¹⁾, przyczyniając się do powstania dodatkowych wątpliwości

i spadku wzajemnego zaufania, reakcji paradoksalnych ze strony pacjenta, a tym samym utrudnienia i wydłużenia drogi prowadzącej do ostatecznego rozpoznania.

Uzupełnieniem, a zarazem fundamentalnym elementem procesu diagnostycznego u pacjenta poddanego obserwacji z powodu dolegliwości somatycznych, co do których podejrzewa się związek z problemami psychologicznymi, jest ocena dokonana przez psychologa klinicznego lub psychiatrę dzieci i młodzieży^(4,18). Stąd w rutynowej praktyce oddziałów pediatrycznych cennym i niezbędnym uczestnikiem zespołu diagnostyczno-terapeutycznego okazuje się specjalista zajmujący się zaburzeniami psychicznymi wieku rozwojowego. Optymalnym rozwiązaniem jest współpraca oddziału dziecięcego z poradnią zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, dokąd można kierować pacjentów, u których wykluczono ewidentnie somatyczne przyczyny dolegliwości w ramach hospitalizacji diagnostycznej. Proces diagnostyczno-terapeutyczny może być kontynuowany w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej prowadzonej przez taką poradnię. Z drugiej strony jeżeli u pacjenta, który pierwotnie trafił na konsultację do poradni zdrowia psychicznego, podejrzewa się obecność zaburzenia organicznego, czynnościowego bądź innej somatycznej jednostki chorobowej, wówczas może on zostać skierowany z poradni na oddział pediatryczny w celu wykonania potrzebnych badań.

CHARAKTERYSTYKA OBJAWÓW O PODŁOŻU PSYCHOGENNYM

Somatyczna manifestacja problemów psychicznych może mieć bardzo zróżnicowany i złożony charakter oraz różnorodną lokalizację. Choć do jej definitywnego rozpoznania potrzebne jest wykluczenie realnie somatycznego podłoża, to podejrzenie psychogennej natury objawów mogą nasuwać pewne swoiste dla nich cechy. Najistotniejszy okazuje się związek czasowy występowania określonych objawów z bodźcem stresogennym⁽¹⁸⁾. Zależność przyczynowo-skutkowa pojawiania się i ustępowania objawów oraz oddziaływania określonych bodźców bywa zauważana przez rodziców lub opiekunów dziecka. Często jednak, zwłaszcza w przypadku dzieci starszych, jest ona trudna do uchwycenia. Jej ujawnienie wymaga umiejętnego przeprowadzenia rozmowy z dzieckiem, w czasie której może się okazać, że przeżywa ono sytuację z przeszłości lub po prostu stan wyobrażony, u którego podłoża tkwi silna negatywna emocja, będąca efektem traumatyzującego przeżycia i obawy przed jego powtórny wystąpieniem^(1,3).

Objaw	Diagnostyka różnicowa	Propozycje badań dodatkowych (do rozważenia)
Ból brzucha	- Przyczyny chirurgiczne (ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, wglóbiecie, perforacja, przepuklina, uraz, krwawienie itp.) - Ostre infekcje układu pokarmowego (<i>Salmonella</i> sp., <i>Campylobacter</i> sp., rotawirus, adenowirus itp.) - Nieswoiste zapalenia jelit - Choroby nowotworowe - Alergie i nietolerancje pokarmowe - Zaburzenia czynnościowe - Parazytozy - Przyczyny ginekologiczne (skręt przydatków, ciąża pozamaciczna, ból menstruacyjny itp.) - Infekcje układu moczowego - Kamica nerkowa - Choroby wirusowe (WZW, mononukleozę zakaźną itp.) - Cukrzyca i inne endokrynopatie - Stany patologiczne poza jamą brzuszną (angina, zapalenie płuc dolnopłatowe, zapalenie stawów itp.) - Działania niepożądane leków	- Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym - Parametry stanu zapalnego - Analiza moczu z osadem - Transaminazy - Kreatynina - Glukoza - Jonogram - Bilirubina - Amylaza - GGT - LDH - Parametry układu krzepnięcia - TSH - IgE całkowite - Badanie kału (bakteriologia, wirusy, pasożyty) - Posiew moczu - Badania wirusologiczne (WZW, EBV) - USG jamy brzusznej i miednicy mniejszej - RTG przeglądowe jamy brzusznej - CT/MRI jamy brzusznej - Alergiczny panel pokarmowy - Testy tolerancji pokarmowej - Kalprotektyna w kale - Krew utajona w kale - Badania endoskopowe z ewentualną oceną histopatologiczną jelita - Konsultacja chirurgiczna - Konsultacja ginekologiczna
Ból głowy	- Choroby nowotworowe - Urazy - Neuroinfekcje (w tym ZOMR i neuroborelioza) - Nadciśnienie tętnicze - Zapalenie zatok przynosowych - Choroby okulistyczne - Migrena - Niedokrwistość - Zapalenie nerwów czaszkowych - Zapalenie naczyń - Malformacje naczyniowe OUN - Wady rozwojowe OUN - Zaburzenia krzepnięcia krwi - Organiczne zaburzenia snu - Stany niedoborowe (np. nieprawidłowa dieta) - Używanie środków psychoaktywnych i/lub leków - Wpływ innych toksyn	- Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i retikulocytami - Parametry stanu zapalnego - Glukoza - Jonogram - Ferrytyna - LDH - Parametry układu krzepnięcia - Gazometria - Testy w kierunku boreliozy - Badanie ogólne i serologiczne płynu m-r - Posiew płynu m-r - Posiew krwi - Pomiar RR/Holter RR - Test narkotykowy - RTG zatok przynosowych - CT/MRI głowy (z opcją angio) - EEG - Polisomnografia - Konsultacja neurologiczna - Konsultacja okulistyczna - Konsultacja otolaryngologiczna

Tab. 2. Różnicowanie i propozycje badań dodatkowych w diagnostyce przyczynowej potencjalnie psychogennych objawów somatycznych u dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie⁽¹⁷⁾, w modyfikacji własnej)

Poza wnioskami, jakie można wyciągnąć na podstawie zachowania się dziecka w określonym kontekście sytuacyjnym, w ukierunkowaniu myśli diagnostycznej pomocne mogą być pewne charakterystyczne cechy poszczególnych objawów.

Ból brzucha – to najczęściej zgłaszany i często jedyny objaw w przebiegu somatyzacji u dzieci przedszkolnych oraz uczniów klas nauczania początkowego, choć może występować w każdym wieku. Psychogenne bóle brzucha zwykle ma charakter skurczu lub ucisku zlokalizowanego przede wszystkim w linii pośrodkowej, głównie w śródbzruszu (okolica pępka), albo jest rozlany i nie ma jednego określonego umiejscowienia⁽⁶⁾. Starsze dzieci mogą lokalizować dolegliwości w środkowym nadbrzuszu, jak również w podbrzuszu,

często skarżąc się na towarzyszące bólowi parcie na stolec, wzdęcia, zaparcie i/lub biegunkę oraz brak apetytu.

Ból głowy – dotyczy głównie nastolatków, choć obserwuje się go coraz częściej u młodszych dzieci. Obejmuje okolicę czołową, skronie, ewentualnie okolicę potyliczną lub też całą głowę, mając zwykle symetryczne nasilenie, charakter uciskowy i tępy. Może nie ustępować pomimo podania leków przeciwbólowych. Charakteryzuje się ponadto nawracaniem z tendencją do lokalizowania się w tych samych okolicach głowy. Często towarzyszy mu wyczuwalne napięcie mięśni czoła, karku i obręczy barkowej⁽²¹⁾. Może się pojawiać w regularnych odstępach czasu (np. codziennie) bądź o określonych porach doby i bardzo często towarzyszy stresowi długotrwałemu.

Objaw	Diagnostyka różnicowa	Propozycje badań dodatkowych (do rozważenia)
Ból/kłucie w klatce piersiowej, uczucie kołatania serca	• Wady serca (wrodzone, kardiomiopatie itp.) • Zaburzenia rytmu serca • Zapalenie mięśnia sercowego • Infekcje (w tym <i>S. viridans</i>, wirusy kardiotropowe) • Wady naczyniowe • Urazy • Choroby zapalne układu oddechowego • Odma opłucnowa • Niedokrwistość • Zaburzenia krzepnięcia krwi • Bóle nerwowo-mięśniowe • Zespół Tietzego • Patologie w obrębie jamy brzusznej • Używanie środków psychoaktywnych	• Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i retikulocytami • Parametry stanu zapalnego • Glukoza • Jonogram • Transaminazy • Troponina • CPK • NT-proBNP • TSH, FT3, FT4 • Parametry układu krzepnięcia • Ferrytyna • Lipidogram • ASO • Test narkotykowy • Posiew krwi • EKG/Holter EKG • Próba wysiłkowa • Echokardiografia • Pomiar RR i tętna na kończynach • RTG klatki piersiowej • CT/MRI klatki piersiowej • USG jamy brzusznej • Gastroskopia • pH-metria przełyku • Konsultacja kardiologiczna
Omdlenie	• Choroby kardiologiczne (jw.) • Choroby neurologiczne (jw.), w tym padaczka, choroby demielinizacyjne itp. • Niedokrwistość • Cukrzyca • Choroby tarczycy • Wady naczyniowe • Choroby układu oddechowego • Stany niedoborowe (np. nieprawidłowa dieta) • Infekcje • Zaburzenia snu • Zaburzenia metaboliczne • Używanie środków psychoaktywnych i/lub leków • Zatrucie (np. czad)	• Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i retikulocytami • Parametry stanu zapalnego • Glukoza/OGTT • Transaminazy • Jonogram • Ferrytyna • Troponina • TSH, FT3, FT4 • Analiza moczu • Gazometria • Testy w kierunku boreliozy • Badanie ogólne płynu m-r • Badania bakteriologiczne (w tym posiew krwi i posiew płynu m-r) • Test narkotykowy • EKG/Holter EKG • Pomiar RR/Holter RR • Próba ortostatyczna • Próba wysiłkowa • Echokardiografia • EEG • USG naczyń szyjnych • USG jamy brzusznej • RTG klatki piersiowej • CT/MRI głowy • Polisomnografia • Konsultacja kardiologiczna • Konsultacja neurologiczna

Tab. 2. Różnicowanie i propozycje badań dodatkowych w diagnostyce przyczynowej potencjalnie psychogennych objawów somatycznych u dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie⁽¹⁷⁾, w modyfikacji własnej) (cd.)

Kaszel – w przypadkach psychogennych ma charakter suchy, płytki i męczący, z tendencją do nasilania się w ciągu dnia i ustępowania w godzinach nocnych (co odróżnia ten rodzaj suchego kaszlu od kaszlu związanego z alergią i występującego w przebiegu zakażeń o atypowej etiologii) oraz podczas mówienia⁽²²⁾. W czasie infekcji układu oddechowego może mu towarzyszyć odkrztuszanie wydzieliny, jednak po ustąpieniu ostrego stanu zapalnego ponownie staje się nieproduktywny. Zasadniczo nie przechodzi pomimo leczenia przeciwniektynowego i stosowania środków przeciwkaszlowych. Typowy jest brak jednoczesnego występowania

innych objawów, jakie występują w przebiegu infekcji układu oddechowego (nieżyt nosa, gorączka), niemniej jednak infekcje układu oddechowego mogą prowokować pojawianie się kaszlu psychogennego⁽²²⁾.

Biegunka – pojawia się zwykle w stosunkowo krótkim czasie poprzedzającym stresujące wydarzenie (charakterystyczny jest związek z sytuacjami szkolnymi, takimi jak sprawdziany czy egzaminy) i stanowi dość częsty objaw silnych przeżyć emocjonalnych, który występuje u określonych osób w sposób powtarzalny. Zazwyczaj towarzyszą jej ból w podbrzuszu oraz uczucie przelewania w brzuchu⁽²³⁾.

Objaw	Diagnostyka różnicowa	Propozycje badań dodatkowych (do rozważenia)
Duszność	- Ostre infekcje układu oddechowego - Astma oskrzelowa - Choroby układu krążenia (jw.) - Urazy klatki piersiowej - Odma opłucnowa - Choroby tarczycy - Nieprawidłowości w obrębie jamy nosowo-gardłowej - Choroby wrodzone (np. mukowiscydoza) - Zaburzenia metaboliczne - Wady układu kostnego - Nowotwory - Zaburzenia krzepnięcia krwi - Ciało obce - Zatrucie (np. czad)	- Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym - Parametry stanu zapalnego - Jonogram - Gazometria - Transaminazy - Troponina - TSH, FT3, FT4 - Parametry układu krzepnięcia - Fosfataza alkaliczna - IgE całkowite - Testy alergiczne - Badania bakteriologiczne (w tym posiew krwi, badanie płwociny) - Badania wirusologiczne (w tym grypa, COVID-19) - Badania swoiste w kierunku określonych chorób (np. mukowiscydoza) - Pomiar saturacji - RTG klatki piersiowej - EKG/Holter EKG - Echokardiografia - Spirometria - Bronchoskopia - CT/MRI klatki piersiowej - USG tarczycy - Konsultacja pulmonologiczna - Konsultacja otolaryngologiczna - Konsultacja kardiologiczna
Biegunka	- Ostre infekcje układu pokarmowego (<i>Salmonella</i> sp., <i>Campylobacter</i> sp., rotawirus, adenowirus itp.) - Nieswoiste zapalenia jelit - Alergie i nietolerancje pokarmowe - Parazytozy - Zaburzenia czynnościowe - Nadczynność tarczycy - Działania niepożądane leków - Dysproporcje dietetyczne (np. spożycie nadmiernej ilości słodkich soków)	- Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym - Parametry stanu zapalnego - Jonogram - Glukoza - Gazometria - Analiza moczu z osadem - Transaminazy - Amylaza - Kreatynina - Mocznik - TSH, FT3, FT4 - IgE całkowite - Badanie kału (bakterie, wirusy, pasożyty) - USG jamy brzusznej i miednicy mniejszej - Alergiczny panel pokarmowy - Testy tolerancji pokarmowej - Kalprotektyna w kale - Krew utajona w kale - Kolonoskopia z badaniem histopatologicznym jelita

Tab. 2. Różnicowanie i propozycje badań dodatkowych w diagnostyce przyczynowej potencjalnie psychogennych objawów somatycznych u dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie⁽¹⁷⁾, w modyfikacji własnej) (cd.)

Objętość stolca z reguły nie jest duża, konsystencja – luźna, z domieszką śluzu, bez innych cech charakterystycznych dla infekcyjnych nieżytów jelitowych. W odróżnieniu od biegunki towarzyszącej zatruciom pokarmowym biegunka na tle psychogennej (zwłaszcza jeśli jest związana z konkretnym wydarzeniem) zwykle trwa krócej (najczęściej ustępuje w ciągu jednej doby) i na ogół nie powoduje odwodnienia. **Wymioty** – mogą się pojawiać w sytuacjach stresu o znacznym nasileniu⁽²⁴⁾. Z racji częstego prowokowania wymiotów przez dzieci w trakcie silnych przeżyć i braku ewidentnie infekcyjnej przyczyny ich wystąpienia treść wymiotna może nie zawierać resztek pokarmowych, a jedynie śluz i ślinę. Ma to miejsce zwłaszcza wtedy, gdy dziecko w sytuacjach stresowych nie chce jeść. Czasem występują jedynie odruchy wymiotne, które nie powodują wydalania na zewnątrz treści żołądkowej. Istotnym czynnikiem sprzyjającym prowokowaniu

wymiotów w stanach wzmożonego napięcia emocjonalnego może być następująca w związku z odruchem wymiotnym stymulacja nerwu błędnego, która poprzez drogi nerwowe układu przywspółczulnego przyczynia się do chwilowego spadku napięcia wegetatywnego i uspokojenia się dziecka.

Kłucie w klatce piersiowej, podobnie jak uczucie **kołatania serca**, epizody **duszności** oraz **drętwienie kończyn** – objawy te w wielu przypadkach występują równocześnie i jako takie mogą być elementami składowymi zespołów chorobowych, takich jak np. zespół lęku napadowego, który – jako że ma charakter zdecydowanie psychogennej – objawia się złożonymi, silnymi doznaniem somatycznymi⁽²⁵⁾. Wymienione symptomy mogą także stanowić przejaw uogólnionego pobudzenia psychoruchowego jako efektu użycia środków psychoaktywnych. Dyskomfort w klatce piersiowej, duszności i **uczucie ucisku w gardle** jako

Objaw	Diagnostyka różnicowa	Propozycje badań dodatkowych (do rozważenia)
Wymioty	• Przyczyny chirurgiczne (ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, wgłobienie, perforacja, uraz, krwawienie itp.) • Choroby nowotworowe (w tym nowotwory OUN i jamy brzusznej) • Ostre infekcje żołądkowo-jelitowe • Neuroinfekcje • Wstrząs mózgu • Choroba wrzodowa • Choroba refluksowa • Alergie i nietolerancje pokarmowe • Ostre zapalenie ucha środkowego • Zaburzenia czynnościowe • Zaburzenia metaboliczne • Choroby błędnika • Migrena • Parazytozy • Cięża • Zatrucie alkoholem • Działania niepożądane leków • Dysproporcje dietetyczne	• Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym • Parametry stanu zapalnego • Glukoza • Jonogram • Gazometria • Transaminazy • Kreatynina • Mocznik • Bilirubina • Amylaza • LDH • Alergiczny panel pokarmowy • Testy tolerancji pokarmowej • Stężenie alkoholu etylowego • Testy toksykologiczne • Badanie ogólne i serologiczne płynu m-r • Badania wirusologiczne • Badania bakteriologiczne (posiew płynu m-r, posiew wymazu z odbytu, posiew krwi) • Badania parazytologiczne • USG jamy brzusznej i miednicy mniejszej • RTG przeglądowe jamy brzusznej • Gastroskopia z testem ureazowym • CT/MRI głowy • CT/MRI jamy brzusznej • Konsultacja chirurgiczna • Konsultacja neurologiczna • Konsultacja otolaryngologiczna • Konsultacja ginekologiczna
Kaszel	• Ostre stany zapalne układu oddechowego • Zapalenie zatok • Alergia • Astma oskrzelowa • Stosowanie używek • Narażenie na toksyny wziewne • Choroba refluksowa • Malformacje naczyniowe • Zmiany strukturalne układu oddechowego (np. włóknienie, rozstrzenie) • Choroby wrodzone (np. mukowiscydoza) • Nowotwory • Ciało obce • Choroby kardiologiczne • Podrażnienie nerwów obwodowych	• Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym • Parametry stanu zapalnego • Gazometria • IgE całkowite • LDH • Pomiar saturacji • RTG klatki piersiowej • RTG zatok • Testy alergiczne • Badania bakteriologiczne (w tym testy w kierunku patogenów atypowych) • Badania wirusologiczne (w tym grypa, COVID-19) • Badania swoiste w kierunku określonych chorób (np. mukowiscydoza) • Spirometria • Bronchoskopia • Badanie płwociny • Test narkotykowy • Gastroskopia • pH-metria przełyku • CT/MRI klatki piersiowej • EKG • Konsultacja pulmonologiczna • Konsultacja otolaryngologiczna

Tab. 2. Różnicowanie i propozycje badań dodatkowych w diagnostyce przyczynowej potencjalnie psychogennych objawów somatycznych u dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie⁽¹⁷⁾, w modyfikacji własnej) (cd.)

objawy izolowane występują przeważnie u nastoletnich dziewcząt. Podobnie charakterystyczne zwłaszcza dla nastolatka (szczególnie szczupłych i wysokich) są **omdlenia**, których psychologiczne tło może współwystępować z również psychologicznie uwarunkowanym nieprawidłowym odżywianiem (restrykcyjna dieta, anoreksja)^(18,25).

Należy pamiętać, że dolegliwości somatyczne stanowiące manifestację problemów emocjonalnych mogą się również nakładać u dzieci na współistniejące objawy rzeczywistych chorób somatycznych, zarówno ostrych, jak i przewlekłych.

Mogą one też stanowić efekt emocjonalnego przeżywania przez dziecko określonej choroby somatycznej, przyczyniając się do spotęgowania jego dyskomfortu, a tym samym komplikowania obrazu choroby i pojawienia się dodatkowych trudności diagnostycznych^(1,3).

POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

Zadaniem lekarza pediatry i/lub lekarza POZ, który ma do czynienia z małym pacjentem, u którego podejrzewa

Objaw	Diagnostyka różnicowa	Propozycje badań dodatkowych (do rozważenia)
Zawroty głowy	• Choroby nowotworowe • Urazy • Neuroinfekcje • Nadciśnienie tętnicze • Niedokrwistość • Cukrzyca • Stany niedoborowe (np. nieprawidłowa dieta) • Zaburzenia otolaryngologiczne (np. choroby błędnika, uszkodzenie błony bębenkowej) • Uszkodzenie nerwu VIII • Choroby układu sercowo-naczyniowego • Używanie środków psychoaktywnych i/lub leków • Organiczne zaburzenia snu • Zatrucia (np. czad)	• Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i retikulocytami • Parametry stanu zapalnego • Glukoza • Jonogram • Gazometria • Ferrytyna • Transaminazy • Troponina • LDH • Testy w kierunku boreliozy • Test narkotykowy • Pomiar RR/Holter RR • EKG • USG naczyń szyjnych • CT/MRI głowy (z opcją angio) • Polisomnografia • Konsultacja neurologiczna • Konsultacja otolaryngologiczna • Konsultacja okulistyka
Ból kończyn	• Choroby nowotworowe • Urazy • Choroby reumatologiczne • Wady anatomiczne układu ruchu • Poinfekcyjne zapalenia mięśni • Borelioza • Ostre infekcje • Zaburzenia krzepnięcia krwi • Choroby naczyń • Niedobór witaminy D • Bóle wzrostowe • Bóle przeciążeniowe	• Morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym • Parametry stanu zapalnego • Jonogram (w tym Ca, Ca zjon. i P) • Parametry układu krzepnięcia • Analiza moczu z osadem • Transaminazy • Kreatynina • Kwas moczowy • CPK • LDH • Fosfataza alkaliczna • Czynniki reumatoidalne • Markery immunologiczne • ASO • Witamina D • Testy w kierunku boreliozy • Badania wirusologiczne (w tym grypa, COVID-19) • Badania bakteriologiczne (w tym posiew krwi) • RTG celowane • USG stawów • USG naczyń • EMG • Konsultacja reumatologiczna • Konsultacja ortopedyczna

sp. – *species*; **WZW** – wirusowe zapalenie wątroby; **GGTP** – gamma-glutamylotranspeptydaza; **LDH** – *lactate dehydrogenase*, dehydrogenaza mleczanowa; **TSH** – *thyroid stimulating hormone*, hormon tyreotropowy; **IgE** – immunoglobuliny typu E; **EBV** – *Epstein-Barr virus*, wirus Epsteina-Barr; **USG** – badanie ultrasonograficzne; **RTG** – zdjęcie rentgenowskie; **CT** – *computed tomography*, tomografia komputerowa; **MRI** – *magnetic resonance imaging*, obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego; **ZOMR** – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych; **OUN** – ośrodkowy układ nerwowy; **plyn m-r** – plyn mózgowo-rdzeniowy; **RR** – ciśnienie tętnicze; **angio** – badanie naczyń; **EEG** – elektroencefalografia; **S. viridans** – *Streptococcus viridans*; **CPK** – *creatine phosphokinase*, kinaza fosfokreatynowa; **NT-proBNP** – *N-terminal pro B-type natriuretic peptide*, N-końcowy propeptyd natriuretyczny typu B; **FT3** – *free triiodothyronine*, wolna trijodotyronina; **FT4** – *free thyroxine*, wolna tyroksyna; **ASO** – *antistreptolysin O*, odczyn antystreptolizynowy; **EKG** – elektrokardiografia; **OGTT** – *oral glucose tolerance test*, test doustnego obciążenia glukozą; **COVID-19** – *coronavirus disease 2019*, choroba koronawirusowa 2019; **Ca** – wapń; **zjon.** – zjonizowany; **P** – fosfor; **EMG** – elektromiografia.

Tab. 2. Różnicowanie i propozycje badań dodatkowych w diagnostyce przyczynowej potencjalnie psychogennych objawów somatycznych u dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie⁽¹⁷⁾, w modyfikacji własnej) (cd.)

psychogenne podłoże obserwowanych objawów somatycznych, jest – jak zaznaczono już wcześniej – przede wszystkim podjęcie próby wykluczenia ich realnie somatycznych przyczyn. Dlatego pacjentów takich, po przeprowadzeniu wstępnej diagnostyki w warunkach POZ, niejednokrotnie kieruje się do szpitala w celu wykonania stosownych badań diagnostycznych, zanim ewentualnie przekaże się ich pod kontrolę odpowiedniej poradni specjalistycznej.

Jeśli u danego dziecka wykluczy się możliwe pozapsychologiczne przyczyny dolegliwości, zaś konsultujący psycholog lub psychiatra dzieci i młodzieży potwierdzi ich ewidentny

związek z czynnikami negatywnie oddziałującymi na sferę psychiczną dziecka, wówczas taki pacjent powinien trafić pod opiekę poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Zespół specjalistów zajmujących się zaburzeniami psychicznymi wieku rozwojowego ustali i dobierze odpowiedni w takiej sytuacji rodzaj terapii, która zasadniczo może mieć dwa elementy składowe, jakimi są psychoterapia i farmakoterapia^(1,3,18).

Psychoterapia może się odbywać w formie indywidualnej, jednak z racji potrzeby modyfikacji relacji domowych, które stoją za złym stanem psychosomatycznym dziecka, często

Rodzaje psychoterapii dzieci i młodzieży
Terapia poznawczo-behawioralna
Terapia psychoanalityczna
Terapia psychodynamiczna
Terapia humanistyczno-egzystencjalna
Terapia systemowa
Terapia eklektyczna

Tab. 3. Rodzaje psychoterapii dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie^(18,19))

przybiera też postać terapii grupowej jako psychoterapia rodzinna. Do najczęściej stosowanych form psychoterapii dzieci i młodzieży należą terapia poznawczo-behawioralna oraz terapia psychodynamiczna. Za najskuteczniejszą w leczeniu zaburzeń somatyzacyjnych uznaje się psychoterapię poznawczo-behawioralną, której zasadą i celem jest wspieranie pacjenta w przystosowywaniu się do środowiska poprzez kształtowanie korzystnych i eliminację niekorzystnych zachowań^(1,3,18). W tab. 3 wyróżniono wybrane rodzaje psychoterapii dzieci i młodzieży.

W leczeniu zaburzeń emocjonalnych u dzieci stosunkowo rzadziej niż w przypadku osób dorosłych stosuje się środki farmakologiczne. W takich sytuacjach do terapii najczęściej włącza się łagodnie uspokajające preparaty ziołowe⁽¹⁾ (wyciągi z korzenia kozłka lekarskiego, liści melisy, szyszek chmielu), leki antyhistaminowe I generacji (hydroksyzyna) oraz leki przeciwdepresyjne z grupy trócyklicznych leków przeciwdepresyjnych (TLPD) i selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI), które przy odpowiednio długim stosowaniu wykazują działanie przeciwlękowe^(1,3,18). Stosowanie i dawkowanie leków przeciwdepresyjnych powinno podlegać regularnej kontroli psychiatry.

W leczeniu dzieci z problemami somatyzacyjnymi nie można ponadto zapominać o uniwersalnych i ponadczasowych zaleceniach zdrowotnych, takich jak: ruch na świeżym powietrzu, prawidłowo zbilansowana dieta, zapewnienie komfortu w zakresie realizacji potrzeb fizjologicznych (w tym właściwych warunków snu), higiena odpoczynku i izolowanie od szkodliwych czynników otoczenia^(8,18).

Leczenie objawowe w przypadkach określonych dolegliwości somatycznych o podłożu psychogenym sprowadza się do ewentualnego doraźnego podawania leków przeciwbólowych czy łagodnie działających preparatów o działaniu rozkurczowym. W przypadku nasilonej biegunki lub wymiotów powinno się przede wszystkim przeciwdziałać zaburzeniom równowagi wodno-elektrolitowej. Pewne znaczenie w redukcji natężenia objawów mają też fizyczne metody relaksacyjne⁽⁸⁾.

PROFILAKTYKA

O ile fenotyp i przebieg rozwoju osobniczego stanowią czynniki, których ewentualne kształtowanie sprowadza się do zapewniania organizmowi przede wszystkim optymalnych fizycznych uwarunkowań rozwojowych (dbałość o odpowiednie fizyczne warunki otoczenia, prawidłowo

Elementy relacji pomiędzy osobami dorosłymi i dziećmi istotne z punktu widzenia właściwej higieny zdrowia psychicznego
Uczenie i zachęcanie dziecka do rozpoznawania i opisywania swoich emocji (zwłaszcza negatywnych), połączone z akceptacją treści, które dziecko wyraża
Uczenie dziecka przyjmowania i akceptowania niepowodzeń
Stawianie dziecku wymagań adekwatnych do jego wieku oraz możliwości intelektualnych i fizycznych
Okazywanie dziecku zrozumienia i unikanie bagatelizowania jego problemów nawet wówczas, gdy wydają się banalne lub mało istotne
Poświęcanie odpowiedniej ilości czasu i zainteresowania dziecku nie tylko wtedy, gdy ma problem lub zgłasza dolegliwości, ale również w zwykłych sytuacjach codziennych

Tab. 4. Elementy relacji istotne dla zachowania właściwej higieny zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (opracowanie autorskie, na podstawie⁽⁴⁾)

zbilansowana dieta, zapewnienie możliwości efektywnej realizacji potrzeb fizjologicznych, utrzymywanie należytej jakości higieny, promowanie kultury fizycznej, przeciwdziałanie chorobom itp.) – choć nie bez znaczenia są tu również czynniki natury psychospołecznej – o tyle wpływające na dziecko poprzez charakterystyczne przykłady zachowań i reakcji, których dostarcza mu społeczność, w jakiej dorasta, jest kwestią, która w kontekście psychologicznym z zasady może podlegać najbardziej znaczącym modyfikacjom. W swoim bliskim otoczeniu dziecko znajduje przykłady reakcji emocjonalnych, postaw nimi powodowanych oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami i skutkami stresu. Rola rodziców i opiekunów polega na dozwoleniu jakościowym i ilościowym bodźców zewnętrznych, tak by ich nasilenie nie wpływało niekorzystnie na rozwój psychiczny dziecka. Optymalną formą postępowania wychowawczego jest organizowanie otoczenia młodych ludzi w sposób stymulujący rozwój i utrwalający pozytywne wzorce zachowań⁽⁴⁾.

Lekarz, który sprawuje opiekę nad małoletnimi pacjentami, powinien uświadamiać ich rodzicom i opiekunom istotę i wagę problemów zdrowotnych związanych z negatywnym oddziaływaniem na psychikę dzieci i młodzieży. Optymalną praktyką jest holistyczna analiza problemów zdrowotnych pacjentów. Koniec końców, jeśli u dzieci pojawiają się niepokojące objawy, to bez względu na to, czy stoi za nimi przyczyna somatyczna czy też psychogenowa, ich rodzice najpewniej zgłoszą się z nimi w pierwszej kolejności do lekarza pediatry lub lekarza rodzinnego, zanim ktokolwiek potraktuje obserwowane dolegliwości jako przejawy zaburzeń emocjonalnych. Dlatego tak istotne w psychoprophylaktyce oraz profilaktyce zdrowotnej w ogóle jest promowanie przez lekarzy relacji rodzinnych, domowych i wychowawczych, które w maksymalny możliwy sposób przyczynią się do ochrony zdrowia psychicznego młodych ludzi. W tab. 4 przedstawiono wybrane elementy komunikacji i oddziaływania między rodzicami, opiekunami i wychowawcami a dziećmi i młodzieżą, które w istotny sposób mogą się przyczynić do optymalizacji higieny ich rozwoju i stanu psychicznego, a pośrednio również somatycznego⁽⁴⁾.

PODSUMOWANIE

Występujące u dzieci i młodzieży objawy somatyczne mogą mieć i coraz częściej mają tło psychogenne. U ich podłoża leżą wówczas zazwyczaj nieuświadomione negatywne emocje. Rozpoznanie zaburzeń emocjonalnych objawiających się somatycznie wymaga w pierwszej kolejności wykluczenia najistotniejszych przyczyn organicznych i czynnościowych, a następnie oceny pacjenta dokonanej przez psychologa klinicznego lub psychiatrę dzieci i młodzieży. W leczeniu somatyzacji zasadniczą rolę odgrywają psychoterapia oraz rzetelna i konsekwentna współpraca rodziców lub opiekunów dziecka z terapeutą. Rola lekarza pediatry i lekarza rodzinnego polega na obserwacji nieletnich pacjentów pod kątem zaburzeń somatyzacyjnych, uświadamianiu pacjentom i ich rodzinom znaczenia czynników psychogennych w ich rozwoju oraz działaniach profilaktycznych stanowiących wczesny etap ochrony zdrowia populacji, rozumianego jako psychosomatyczny dobrostan jej członków.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Nitsch K, Jabłoński M, Samochowiec J et al.: Zaburzenia pod postacią somatyczną: problematyczne zjawisko – problematyczna diagnoza. *Psychiatria* 2015; 12: 77–84.
- Gori A, Giannini M, Palmieri G et al.: Assessment of alexithymia: psychometric properties of the Psychological Treatment Inventory-Alexithymia Scale (PTI-AS). *Psychology* 2012; 3: 231–236.
- Williams DT, Harding KJ, Fallon BA: Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (somatoformiczne). In: Rowland LP, Pedley TA: *Neurologia Merritta*. 3rd ed., vol. 3, Edra Urban & Partner, Wrocław 2012: chap. 175, 1178–1184.
- Miernik M: Zaburzenia somatyzacyjne u dzieci i młodzieży. *Medycyna Praktyczna dla pacjentów* 23.11.2016. Available from: <https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/142159,zaburzenia-somatyzacyjne-u-dzieci-i-mlodziezy>.
- Jodłowska E, Juszcak M: Wpływ stresu przewlekłego na rozwój nadciśnienia tętniczego. *Folia Med Lodz* 2013; 40: 53–77.
- Ryżko J: Przewlekłe bóle brzucha u dzieci. *Gastroenterol Prakt* 2011; 1: 20–28.
- Borowiecka-Kluz J: Zaburzenia nerwicowe (lękowe) związane ze stresem i pod postacią somatyczną. *Medycyna Praktyczna dla pacjentów* 10.10.2016. Available from: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/choroby/77401,zaburzenia-nerwicowe-lekowe-zwiazane-ze-stresem-i-pod-postacia-somatyczna>.
- Wiśniewska B: Zaburzenia psychosomatyczne – objawy, przyczyny, leczenie. *Medicover.pl* 13.09.2017. Available from: <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/zaburzenia-psychosomatyczne-objawy-przyczyny-leczenie,159,n,192>.
- Tylee A, Gandhi P: The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7: 167–176.
- Garcia-Campayo J, Alda M, Sobradie N et al.: Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *J Psychosom Res* 2007; 62: 675–680.
- Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G et al.: Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 847–855.
- Seta KA, Jansen HT, Kreitel KD et al.: Cold water swim stress increases the expression of neurotensin mRNA in the lateral hypothalamus and medial preoptic regions of the rat brain. *Brain Res Mol Brain Res* 2001; 86: 145–152.
- Herman JP, Ostrander MM, Mueller NK et al.: Limbic system mechanisms of stress regulation: hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005; 29: 1201–1213.
- Golyszny MJ: „Stare” i „nowe” neuropeptydy jako modulatory czynności osi stresu (podwzgórze–przysadka–nadnercza). *Psychiatria* 2018; 15: 135–147.
- LeDoux JE: Brain mechanisms of emotion and emotional learning. *Curr Opin Neurobiol* 1992; 2: 191–197.
- Gunnar M, Quevedo K: The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol* 2007; 58: 145–173.
- Michalk D, Schönau E: Diagnostyka różnicowa w pediatrii. Edra Urban & Partner, Wrocław 2013.
- Namysłowska I (ed.): *Psychiatria dzieci i młodzieży*. 2nd ed., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: chaps.: 2, 3, 7, 10, 12, 29, 31, 32, 33, 35, 36.
- Gabbard GO: *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
- Mai F: Somatization disorder: a practical review. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 652–662.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M et al.: EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1318–1325.
- Włoszko M: Kaszel psychogeny. *Farmacja Praktyczna* 23.03.2017. Available from: <http://www.farmacjapraktyczna.pl/2017/03/kaszel-psychogeny/>.
- Zych W: Gdy biegunka z epizodu przechodzi w stan przewlekły. *Podyplomie.pl; Gastroenterologia; Medical Tribune* 2015; 07–08. Available from: <https://podyplomie.pl/medical-tribune/18880,gdy-biegunka-z-epizodu-przechodzi-w-stan-przewlekly>.
- Kopiński P: Nudności i wymioty. *Medycyna Praktyczna dla pacjentów* 29.03.2017. Available from: <https://www.mp.pl/pacjent/objawy/134362,nudnosci-i-wymioty>.
- Kim Y, Soffler M, Paradise S et al.: Depression is associated with recurrent chest pain with or without coronary artery disease: a prospective cohort study in the emergency department. *Am Heart J* 2017; 191: 47–54.