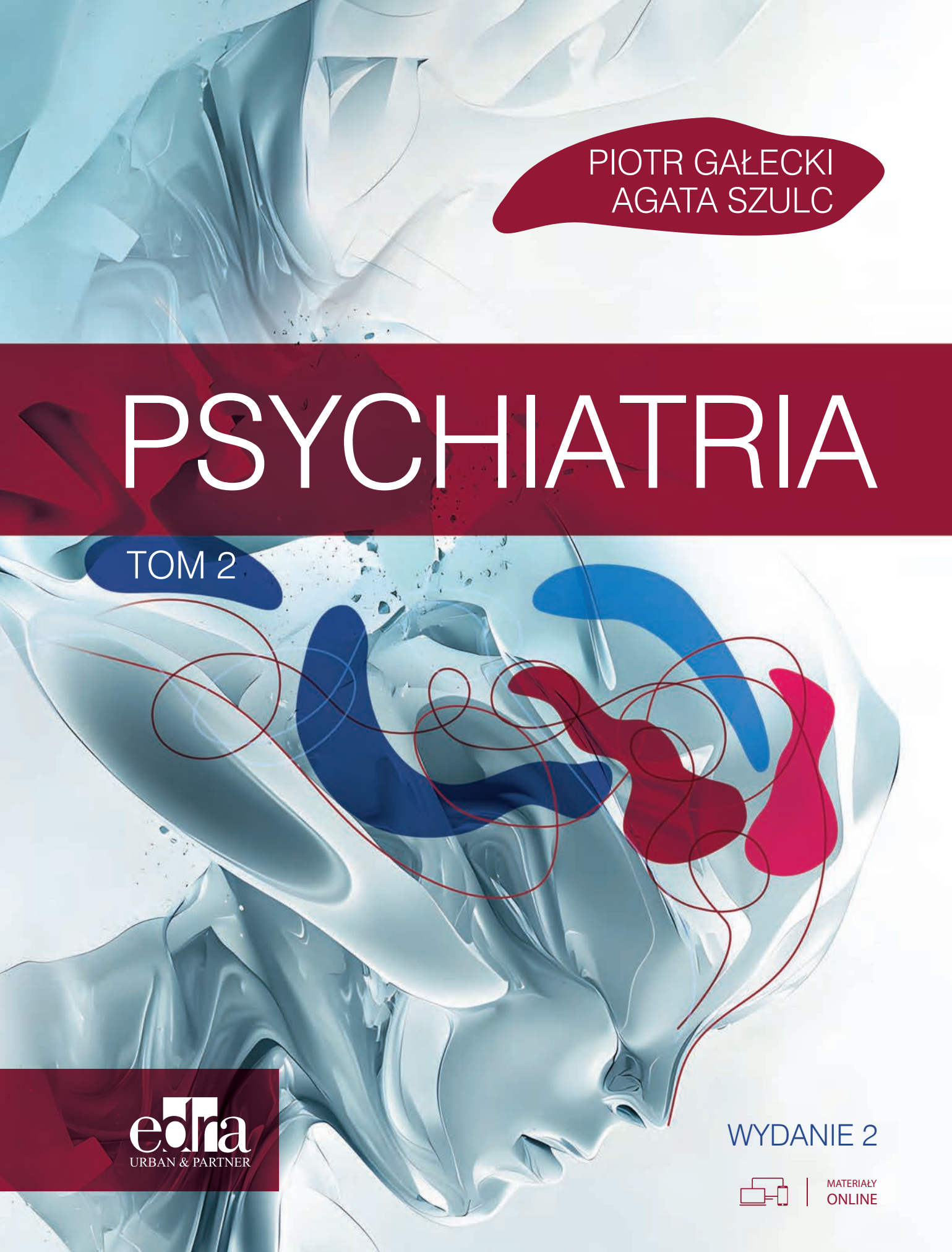
PIOTR GAŁECKI
AGATA SZULC

PSYCHIATRIA

TOM 2



edra
URBAN & PARTNER

WYDANIE 2

MATERIAŁY
ONLINE

Piotr Gałecki
Agata Szulc

Psychiatria

Wydanie 2

Naszą pracę dedykujemy
Antoniemu, Joannie,
Marii, Marysi, Marysi,
Poli oraz Zofii

edra
URBAN & PARTNER

Wszelkie prawa zastrzeżone, szczególnie prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiejkolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat diagnozowania i leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje, zwłaszcza dotyczące podawania leków nowych lub rzadko stosowanych.

© Copyright by Edra Urban & Partner, Wrocław 2026.

Autorzy
prof. dr hab. n. med. Piotr Gałecki
prof. dr hab. n. med. Agata Szulc

Recenzenci
prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek, specjalista psychiatrii,
Kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii CM UJ, Prezes-elekt
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

prof. dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz, Klinika Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti
Dyrektor wydawniczy: lek. Edyta Błażejewska
Koordynacja redakcyjna: Dorota Lis-Olszewska, Karolina Piszczałka
Redaktor tekstu: Stanisława Trela
Projekt okładki: Beata Poźniak
Opracowanie skorowidza: Justyna Szamrowicz

ISBN 978-83-69015-12-5

Edra Urban & Partner
ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław
tel.: +48 71 726 38 35
biuro@edraurban.pl
www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

Spis treści

16 Zaburzenia wydalania (blok L1-6C0) 1

17 Zaburzenia związane z cierpieniem fizycznym lub doświadczaniem ciała (blok L1-6C2) 9

18 Zaburzenia spowodowane używaniem substancji lub zachowaniami nałogowymi 19

18A Zaburzenia spowodowane używaniem substancji (blok L1-6C4) 21

18B Zaburzenia spowodowane zachowaniami nałogowymi (blok L1-6C5) 75

19 Zaburzenia kontroli impulsów (blok L1-6C7) 89

20 Zachowania destrukcyjne lub zaburzenia dyssocjalne (L1-6C9) 109

21 Zaburzenia osobowości i cechy pokrewne (blok L1-6D1) 119

22 Zaburzenia parafiliczne (blok L1-6D3) 165

23 Zaburzenia pozorowane (blok L1-6D5) 183

24 Zaburzenia neuropoznawcze (blok L1-6D7) 191

25 Zaburzenia psychiczne lub behawioralne związane z ciążą, porodem i połogiem (blok L1-6E2) 259

26 Czynniki psychologiczne lub behawioralne wpływające na zaburzenia lub choroby sklasyfikowane gdzie indziej (6E40) 281

27 Wtórne zespoły psychiczne lub behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej (6E6) 287

28 Stany związane ze zdrowiem seksualnym (rozdz. 17 ICD-11) 291

28A Stany związane ze zdrowiem seksualnym w klasyfikacji ICD-11 – rozwojowe, fizjologiczne i kliniczne aspekty seksualności człowieka 293

28B Dysfunkcje seksualne (HA00–HA0Z). Zaburzenia związane z bólem podczas aktywności seksualnej (HA20–HA2Z). Czynniki etiologiczne dysfunkcji seksualnych i zaburzeń związanych z bólem podczas aktywności seksualnej (HA40). Niezgodność płciowa (HA60–HA6Z) 307

29 Diagnostyka różnicowa wybranych zaburzeń psychicznych według DSM-5® 341

30 Jak możemy pomagać osobom z zaburzeniami psychicznymi? Metody leczenia w psychiatrii 435

31 Prawo a psychiatria: opiniowanie sądowo-psychiatryczne, zgoda, przymus bezpośredni i tajemnica zawodowa 457

32 Stygmatyzacja w psychiatrii 479

33 Zestawienie odpowiedników kodów diagnostycznych ICD-11 i ICD-10 w polskiej terminologii . . 485

Ważna informacja dla Czytelnika 553

Skorowidz 555

Noty o Autorach 565

Pytania testowe

Piśmiennictwo

Przedmowa

Szanowni Państwo,
Drogie Koleżanki i Koledzy,

oddajemy w Państwa ręce nowy podręcznik, przygotowany zarówno z myślą o studentach kierunków medycznych, jak i o lekarzach specjalizujących się w psychiatrii. Jego powstanie jest naturalną kontynuacją naszych dotychczasowych doświadczeń dydaktycznych i klinicznych, a zarazem odpowiedzią na dynamiczny rozwój tej dziedziny w ostatnich latach.

Z wielką satysfakcją i wdzięcznością obserwowaliśmy, jak dużym zainteresowaniem cieszyły się nasze wcześniejsze podręczniki i jak życzliwie zostały przyjęte: *Psychiatria* z 2018 r. oraz dwutomowa *Psychiatria. Rozpoznania według ICD-11* z 2023 r. (tomy 1 i 2). Państwa zaangażowanie, pozytywne opinie i konstruktywne uwagi stały się dla nas inspiracją do opracowania nowego, zaktualizowanego wydania, które uwzględnia najnowsze zmiany w diagnostyce i terapii zaburzeń psychicznych.

Podstawą niniejszego opracowania są aktualne klasyfikacje zaburzeń psychicznych: **Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11** w jej oficjalnym polskim tłumaczeniu oraz **Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5®/DSM-5-TR®**. Systemy te wprowadzają istotne zmiany w sposobie rozumienia, definiowania i klasyfikowania zaburzeń psychicznych, a także w zasadach kodowania i diagnostyki, co ma bezpośredni wpływ na praktykę kliniczną, badania naukowe i proces kształcenia lekarzy.

W podręczniku przedstawiamy opis kryteriów diagnostycznych ICD-11, omawiamy ich praktyczne zastosowanie oraz porównujemy je z klasyfikacją DSM-5®/DSM-5-TR®. Ich zestawienie umożliwia Czytelnikowi poznanie sposobu myślenia ekspertów, którzy je współtworzyli, oraz zrozumienie współczesnego kierunku rozwoju psychiatrii opartej na dowodach naukowych.

Wiedza psychiatryczna jest rozległa, wielowymiarowa i nieustannie się rozwija. W codziennej pracy dydaktycznej często spotykamy się z pytaniami dotyczącymi różnicowania objawów, zasad postępowania diagnostycznego czy leczenia pacjenta bez jego zgody. Dlatego w niniejszym podręczniku położyliśmy szczególny nacisk na uporządkowanie i klarowne przedstawienie obowiązujących standardów postępowania, a także na możliwie przystępne i systematyczne przedstawienie treści.

Zadbaliśmy o to, by przedstawione treści były nie tylko rzetelne, lecz także praktyczne i łatwe do przyswojenia. Zawarte w książce tabele, podsumowania, graficzne wyróżnienia oraz opisy przypadków klinicznych mają ułatwić zrozumienie złożonych zagadnień, a pytania kontrolne – umożliwić samodzielne utrwalenie wiedzy. Dodatkowo rozszerzyliśmy treść o istotne zagadnienia z zakresu neuroanatomii i fizjologii mózgu, które stanowią podstawę do zrozumienia funkcjonowania ludzkiej psychiki.

Mamy nadzieję, że niniejszy podręcznik będzie dla Państwa nie tylko źródłem wiedzy zgodnej z najnowszymi standardami, lecz także inspiracją do dalszego zgłębiania psychiatrii – dziedziny łączącej naukę, empatię i refleksję nad ludzkim doświadczeniem. Życzymy, by nauka psychiatrii była dla Państwa fascynującą przygodą intelektualną, a zdobyte dzięki niej kompetencje przyczyniły się do skuteczniejszego i bardziej kompleksowego leczenia pacjentów.

Autorzy

16

Zaburzenia wydalania (blok L1-6C0)

Nie ma dzieci – są ludzie; ale o innej skali pojęć, innym zasobie doświadczenia, innych popędach, innej grze uczuć. Pamiętaj, że my ich nie znamy.

Janusz Korczak

Zaburzenia wydalania obejmują nieprawidłowe oddawanie moczu albo kału. Na ogół rozpoznaje się je w okresie dzieciństwa lub dojrzewania. Do tej grupy należą **moczenie się (enureza)** oraz **zanieczyszczanie się kałem (enkopreza)**. Moczenie się polega na powtarzającym się oddawaniu moczu w nieodpowiednich miejscach, a zanieczyszczanie się kałem na powtarzającym się oddawaniu kału w nieodpowiednich miejscach. Moczenie się może być wyłącznie nocne, wyłącznie dzienne (tj. w godzinach czuwania) oraz nocne i dzienne. Wyróżnia się dwie postacie zanieczyszczania się kałem: z zaparciem i nietrzymaniem z przepełnienia oraz bez zaparcia i nietrzymania z przepełnienia. Chociaż wymagana jest dolna granica wieku, od którego można rozpoznać te zaburzenia, to jednak należy uwzględniać nie tylko wiek kalendarzowy, lecz także rozwojowy. Zaburzenia mogą być mimowolne lub zamierzone. Zwykle zaburzenia te występują osobno, ale zdarza się także ich współwystępowanie.

Zaburzenia wydalania (blok L1-6C0) w ICD-11

6C00	Moczenie mimowolne (enureza)
6C01	Zanieczyszczanie się kałem
6C0Z	Zaburzenia wydalania, nieokreślone

Zaburzenia wydalania

Zaburzenia wydalania obejmują powtarzające się oddawanie moczu w ubranie lub na łóżko (enureza) oraz powtarzające się oddawanie kału w nieodpowiednich miejscach (enkopreza). Zaburzenia wydalania powinny być diagnozowane dopiero po osiągnięciu przez jednostkę wieku rozwojowego, w którym zwykle oczekuje się trzymania moczu i kału (5 lat w przypadku enurezy i 4 lata w przypadku enkoprezy). Nietrzymanie moczu lub stolca mogło występować od urodzenia (tj. nietypowe przedłużenie fizjologicznego niemowlęcego nietrzymania moczu) lub mogło pojawić się po okresie nabytej kontroli nad pęcherzem czy jelitami. Zaburzenia wydalania nie powinny być diagnozowane, jeśli zachowanie można w pełni przypisać innemu schorzeniu, które powoduje nietrzymanie moczu, wrodzonym lub nabytym nieprawidłowościom dróg moczowych czy jelit albo nadmiernemu stosowaniu środków przeczyszczających lub moczopędnych.

W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia te były umieszczone w rozdziale: Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym (F90-F98).

6C00 Moczenie mimowolne (enureza) – co to jest?

Enureza jest powtarzającym się oddawaniem moczu w ubranie lub na łóżko, które może wystąpić w ciągu dnia lub nocy u osoby w wieku rozwojowym, w którym zwykle oczekuje się trzymania moczu (5 lat). Nietrzymanie moczu mogło występować od urodzenia (tj. nietypowe rozszerzenie normalnego niemowlęcego nietrzymania moczu) lub mogło pojawić się po okresie nabytej kontroli nad pęcherzem. **W większości przypadków zachowanie to jest mimowolne, ale w niektórych wypadkach wydaje się zamierzone.** Enureza nie powinna być diagnozowana, jeżeli mimowolne oddawanie moczu jest spowodowane stanem zdrowia, który zaburza trzymanie moczu (np. choroby układu nerwowego, mięśniowo-szkieletowego) czy wrodzonymi albo nabytymi nieprawidłowościami dróg moczowych.

Wyróżnia się:

Moczenie nocne

Nocna enureza odnosi się do powtarzającego się oddawania moczu na ubranie lub łóżko, które występuje tylko podczas snu (tj. w nocy) u osoby w wieku rozwojowym, w którym zwykle oczekuje się trzymania moczu (5 lat). Nietrzymanie moczu może występować od urodzenia (tj. nietypowe rozszerzenie normalnego niemowlęcego nietrzymania moczu) lub pojawić się po okresie nabytej kontroli nad pęcherzem. W większości przypadków zachowanie to jest mimowolne, ale w niektórych wypadkach wydaje się celowe.

Moczenie dzienne

Moczenie dzienne odnosi się do powtarzającego się oddawania moczu na ubranie, które występuje tylko podczas godzin czuwania u osoby w wieku rozwojowym, w którym zwykle oczekuje się trzymania moczu (5 lat).

Moczenie nocne i dzienne

Zaburzenie polegające na nieplanowanym oddawaniu moczu, zarówno podczas dnia, jak i w nocy, o charakterze patologicznym w odniesieniu do rozwoju psychicznego i niezwiązane z organicznymi zaburzeniami kontroli pęcherza moczowego lub zaburzeniami neurologicznymi, napadami padaczki lub wadami anatomicznymi układu moczowego. Zaburzenie to może występować od urodzenia lub pojawiać się po nabyciu kontroli nad funkcją pęcherza. Może również, choć nie musi, być związane z szerszymi zaburzeniami emocjonalnymi lub zachowania. Tym terminem określa się mimowolne oddawanie moczu u dziecka w wieku, w którym ta czynność fizjologiczna jest już dojrzała, czyli u dziewczynek po 5. r.ż., a u chłopców po 6. r.ż.

6C00	Enureza (moczenie)
6C00.0	Moczenie nocne
6C00.1	Moczenie dzienne
6C00.2	Moczenie nocne i dzienne
6C00.Z	Moczenie, nieokreślone

Zapamiętaj!

Termin **moczenie** dotyczy zaburzeń czynnościowych bez towarzyszących zaburzeń anatomicznych układu moczowego lub układu nerwowego.

Przyczyną moczenia mogą być różne nieprawidłowości, a głównie:

- zbyt duża produkcja moczu,
- zmniejszona pojemność pęcherza moczowego,
- zaburzenia czynnościowe dolnych dróg moczowych, a także zaburzenia emocjonalne.

Moczenie nocne to zjawisko polegające na **niekontrolowanym oddawaniu moczu podczas snu po 3. r.ż.** Jest to problem popularny w wieku dziecięcym i w większości przypadków znika do 5. r.ż. – w przeciwnym razie najlepszym okresem do podjęcia leczenia jest wiek 5–6 lat. Może towarzyszyć wadom rozwojowym dróg moczowych, rozszczepowi rdzenia kręgowego, czasem przewlekłej niewydolności nerek, niekiedy ma też tło psychogenne.

Moczenie nocne jest częstym problemem u dzieci, chociaż skala nie jest do końca poznana. Zazwyczaj jest łączone z **zaburzeniami emocjonalnymi dziecka** i **problemami w szkole** lub **rodzinie**. Uważa się, że problemy emocjonalne zdecydowanie częściej są skutkiem moczenia nocnego niż jego przyczyną. Ocenia się, że w grupie 4-latków moczy się w nocy co trzecie dziecko, natomiast w wieku 5–6 lat – co piąte. U 7-latków problem dotyczy co dziesiątego dziecka. Wskaźniki samoistnych remisji po 5. r.ż. wynoszą 5–10% rocznie. Wśród 12–15-latków moczenie nocne występuje u **mniej więcej 3%** dzieci, a u dorosłych ten problem stanowi **ok. 1%**.

Przyczyny moczenia nocnego

1. Zbyt duża ilość moczu oddawanego w godzinach nocnych – przyczyną jest brak prawidłowego dobowego rytmu produkcji wazopresyny – hormonu regulującego m.in. ilość moczu produkowanego przez nerki.
2. Zbyt mała pojemność pęcherza moczowego.
3. Czynnościowe/emocjonalne zaburzenia dolnych dróg moczowych.

Poza tym środowiskowym czynnikiem ryzyka są opóźnione lub niekonsekwentne uczenie korzystania z nocnika i toalety oraz stresory psychospołeczne. **Natomiast ze względu na czynniki genetyczne i fizjopatologiczne** moczenie łączy się z opóźnieniem rozwoju prawidłowego dobowego rytmu produkcji moczu. Prowadzi to do wielomoczu nocnego lub nadwrażliwości ośrodkowych receptorów wazopresyny (zespół nadreaktywnego pęcherza). **U mężczyzn częstsze jest moczenie nocne, u kobiet dzienne.**

Badania rodzin dowodzą dziedziczenia tego zaburzenia, czyli ryzyko moczenia nocnego u dzieci jest 3,6 razy wyższe, gdy matka miała to zaburzenie, oraz 10 razy wyższe, gdy występowało u ojca.

Leczenie

Leczenie moczenia mimowolnego obejmuje przede wszystkim działania behawioralne, psychoedukację dziecka i rodziny oraz kształtowanie prawidłowych nawyków mikcyjnych. W uzasadnionych przypadkach stosuje się farmakoterapię, w tym analog wazopresyny oraz leki cholinolityczne. Jeżeli moczeniu towarzyszą wyraźne zaburzenia

emocjonalne, wskazana może być psychoterapia indywidualna i/lub rodzinna.

Eksperci DSM-5® zwracają uwagę, że w moczeniu nocnym epizod oddania moczu może niekiedy występować podczas fazy snu REM, a dziecko może pamiętać sen, którego treść była związana z mikcją. W moczeniu dziennym dziecko może odwlekać skorzystanie z toalety aż do momentu nietrzymania moczu. Może to wynikać m.in. z lęku społecznego, zaabsorbowania nauką lub zabawą albo trudności w rozpoznawaniu i adekwatnym reagowaniu na sygnały z pęcherza. Zaburzeniom wydalania mogą towarzyszyć zaburzenia zachowania. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić zakażenia układu moczowego, jednak ustąpienie infekcji nie zawsze oznacza ustąpienie moczenia, zwłaszcza gdy utrwalony jest czynnościowy mechanizm zaburzenia.

Prawidłowa higiena mikcji u dzieci

Regularność – dziecko powinno oddawać mocz co 2–3 godz. w ciągu dnia oraz zawsze przed snem.

Odpowiednia pozycja
- u dziewczynek: siadanie na toalecie z nogami opartymi (np. na podnóżku), tułów lekko pochylony do przodu;
- u chłopców: w początkowym okresie zaleca się również mikcję w pozycji siedzącej, aby zapewnić pełne opróżnienie pęcherza.

Relaksacja mięśni – dziecko powinno być rozluźnione, nie spieszyć się, nie wstrzymywać strumienia moczu.

Podwójna mikcja (*double voiding*) – po zakończeniu mikcji dziecko czeka chwilę i próbuje oddać mocz ponownie, co pomaga przy niepełnym opróżnianiu pęcherza.

Unikanie wstrzymywania – dziecko powinno iść do toalety przy pierwszym uczuciu parcia.

Higiena okolic intymnych – u dziewczynek podcieranie zawsze od przodu do tyłu, aby zapobiec zakażeniom dróg moczowych.

Prawidłowa higiena defekacji u dzieci

Regularność – dziecko powinno próbować wypróżniać się codziennie, najlepiej o stałej porze (często po posiłkach, dzięki odruchowi żołądkowo-okrężniczemu).

Pozycja fizjologiczna – siadanie na toalecie z podparciem stóp (np. na podnóżku), kolana lekko uniesione powyżej bioder – pozycja ułatwia rozluźnienie mięśni dna miednicy i wypróżnienie.

Czas – dziecko powinno mieć spokój i prywatność, aby mogło korzystać z toalety bez pośpiechu i stresu.

Unikanie retencji – dziecko nie powinno wstrzymywać stolca; trzeba reagować na pierwsze sygnały parcia.

Dieta i nawodnienie – odpowiednia podaż płynów i błonnika wspiera prawidłową perystaltykę.

Higiena po wypróżnieniu – dokładne podcieranie (papier, ewentualnie wilgotne chusteczki), w razie potrzeby mycie wodą.

Podsumowanie

Prawidłowa higiena mikcji i defekacji u dzieci to regularność, prawidłowa pozycja, relaksacja, unikanie retencji i właściwa higiena okolic intymnych. Kształtowanie tych nawyków od najmłodszych lat jest bardzo ważne w profilaktyce enurezy, enkoprezy, zakażeń dróg moczowych i przewlekłych zaparć.

Zapamiętaj!

Ze względu na przebieg rozróżnia się dwie postacie moczenia się:
- **pierwotną** – nigdy nie doszło do kontroli nad pęcherzem i trzymaniem moczu,
- **wtórną** – zaburzenie pojawia się po okresie kontroli nad pęcherzem i trzymaniem moczu.

Ramka 16.1 Kryteria diagnostyczne moczenia się według DSM-5®

A. Powtarzające się oddawanie moczu do łóżka lub w ubranie, mimowolne lub zamierzone.

B. Zachowanie jest istotne klinicznie, jeśli występuje co najmniej dwa razy w tygodniu przez trzy kolejne miesiące lub powoduje istotne klinicznie cierpienie bądź upośledzenie funkcjonowania społecznego, szkolnego (zawodowego) czy w innym ważnym obszarze.

C. Wiek chronologiczny wynosi co najmniej 5 lat (lub równoważny poziom rozwojowy).

D. Zachowanie nie jest spowodowane wyłącznie fizjologicznym działaniem substancji (np. diuretyków, leków przeciwpsychotycznych) lub innym stanem ogólnomedycznym (np. cukrzycą, rozszczepem kręgosłupa, napadami drgawek).

Należy *określić* postać:
- wyłącznie w nocy: moczenie się wyłącznie podczas snu nocnego;

mogą zmniejszać towarzyszące cierpienie, ale zwykle nie wpływają bezpośrednio na samo pragnienie amputacji lub uzyskania niepełnosprawności.

W ostatnich latach opisywano również metody eksperymentalne, takie jak wykorzystanie rzeczywistości wirtualnej lub rozszerzonej, w której pacjent może czasowo doświadczać zgodności ciała z wewnętrznym obrazem siebie. U części osób może to przynosić przejściową ulgę. Podejmowano także próby neuromodulacji, w tym przezczaszkowej stymulacji magnetycznej, ukierunkowanej na obszary mózgu związane z reprezentacją ciała. Są to jednak metody wstępne i nie stanowią standardowego postępowania.

Najbardziej kontrowersyjnym zagadnieniem pozostaje chirurgiczna amputacja zdrowej kończyny. W opisach przypadków wskazywano, że niektórzy pacjenci po takim zabiegu zgłaszali poprawę jakości życia i zmniejszenie cierpienia psychicznego. Jednocześnie jest to interwencja nieodwracalna, obciążona poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, etycznymi i prawnymi. Z tego powodu nie jest uznawana za standardowe leczenie i pozostaje przedmiotem istotnych sporów w środowisku medycznym.

W praktyce klinicznej najważniejsze jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa, regularnego kontaktu terapeutycznego i długofalowego wsparcia. Szczególną uwagę należy zwracać na ryzyko samouszkodzeń, prób samodzielnego wywołania niepełnosprawności oraz współistniejące objawy depresyjne lub lękowe. Leczenie powinno koncentrować się na redukcji cierpienia, poprawie funkcjonowania i zapobieganiu drastycznym zachowaniom.

Ciekawostka

Badania fMRI sugerują, że u osób z dysforią związaną z integralnością ciała mogą występować zaburzenia reprezentacji schematu ciała, szczególnie w obrębie prawego płata ciemieniowego. Pacjent doświadcza trwałego pragnienia utraty lub funkcjonalnego wyłączenia zdrowej części ciała, najczęściej kończyny. Zjawisko to bywa porównywane do somatoparafrenii, w której po uszkodzeniu mózgu pacjent zaprzecza przynależności kończyny do własnego ciała. W dysforii związanej z integralnością ciała problem ma jednak zwykle charakter rozwojowy i nie wynika z uchwytnego uszkodzenia mózgu.

Ciekawostka

Dysforia związana z integralnością ciała – krótka historia

Pierwsze opisy osób zgłaszających pragnienie amputacji zdrowej kończyny pochodzą z lat 70. XX w. W 1977 r. opisano przypadki dwóch osób, które odczuwały silne i uporczywe pragnienie usunięcia zdrowej kończyny. Początkowo zjawisko to określano mianem apotemnofilii i interpretowano przede wszystkim w kontekście motywacji seksualnej.

W późniejszych latach zwrócono jednak uwagę, że pragnienie amputacji nie zawsze ma charakter seksualny. U wielu pacjentów wiąże się raczej z trwałym poczuciem niezgodności między własnym ciałem a wewnętrznym obrazem siebie. Obecnie w ICD-11 zaburzenie to klasyfikowane jest jako dysforia związana z integralnością ciała, czyli stan, w którym osoba doświadcza uporczywego pragnienia posiadania określonej niepełnosprawności fizycznej oraz dyskomfortu związanego z aktualnym stanem ciała bez niepełnosprawności.

Robert Smith był pierwszym chirurgiem na świecie, który przeprowadzał amputacje u zdrowych osób. Wykonał amputacje elektywne u skądinąd zdrowych pacjentów, jedną w 1997 r. i jedną w 1999 r. Nazwał ten stan **zaburzeniem tożsamości ciała** i poinformował, że pacjenci desperacko pragnęli amputacji i byli szczęśliwi po swojej transformacji.

Zaburzenia pod postacią somatyczną w DSM-5®

W DSM-5® została wyróżniona kategoria zaburzeń pod postacią somatyczną, grupująca jednostki chorobowe cechujące się występowaniem objawów somatycznych związanych z towarzyszącym silnym poczuciem lęku u pacjenta i wyraźnie negatywnym wpływem na jego funkcjonowanie. Z tej grupy zaburzenia analogiczne do wymienionych w ICD-11 zaburzeń czucia ciała to zaburzenia występujące pod postacią somatyczną. W DSM-5® nie wyróżnia się natomiast dysforii związanej z integralnością ciała.

Ramka 17.3 Zaburzenia występujące pod postacią somatyczną według DSM-5®

A. Co najmniej jeden objaw somatyczny, który wywołuje cierpienie lub powoduje znaczące zaburzenie codziennego funkcjonowania.

B. Nadmiernie nasilone myśli, uczucia lub zachowania związane z występującymi objawami somatycznymi lub dotyczące obaw o stan zdrowia wyrażane przez co najmniej jedno z poniższych:
1. Nieproporcjonalne i uporczywe myśli dotyczące ciężkości występujących objawów.
2. Przewlekle utrzymujący się niepokój dotyczący zdrowia lub opisywanych objawów.
3. Nadmierna ilość czasu i energii poświęcana objawom lub obawom o stan zdrowia.

Tabela 17.2 Różnice między zaburzeniem związanym z cierpieniem cielesnym (6C20) a dysforią związaną z integralnością ciała (6C21) według ICD-11

Cecha	6C20 Zaburzenie związane z cierpieniem cielesnym	6C21 Dysforia związana z integralnością ciała
Główny problem	Uporczywe i uciążliwe objawy somatyczne, którym pacjent poświęca nadmierną uwagę.	Silne i uporczywe pragnienie amputacji zdrowej części ciała albo uzyskania znacznej niepełnosprawności fizycznej.
Emocje dominujące	Lęk, cierpienie związane z objawami, frustracja oraz koncentracja na dolegliwościach.	Dysforia, poczucie nieadekwatności ciała oraz wyobrażana ulga po amputacji lub uzyskaniu niepełnosprawności.
Obszar uwagi	Objawy somatyczne oraz ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.	Rozbieżność między aktualnym stanem ciała a wewnętrznym obrazem siebie.
Zachowania typowe	Liczne konsultacje lekarskie, badania diagnostyczne oraz poszukiwanie przyczyn objawów.	Fantazje dotyczące amputacji lub niepełnosprawności, poszukiwanie możliwości wykonania zabiegu, a niekiedy także próby samouszkodzeń.
Początek	Początek zwykle w młodej lub średniej dorosłości.	Początek najczęściej w dzieciństwie lub adolescencji.
Częstość	Stosunkowo częste; szacunkowo dotyczą 5–7% populacji, częściej występują w podstawowej opiece zdrowotnej.	Bardzo rzadkie występowanie.
Przebieg	Przewlekły, falujący przebieg, często zależny od stresu.	Przewlekły, zwykle stabilny przebieg, utrzymujący się przez wiele lat.
Współchorobowość	Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, zaburzeń osobowości oraz przewlekłego bólu.	Zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe oraz cechy zbliżone do zaburzeń dysmorficznych.

C. Choć żaden z objawów nie musi być stale obecny, to pozostaje przekonanie o utrzymywaniu się objawów (zwykle przez co najmniej 6 mies.).

Należy *określić*, czy:
Z dominacją bólu (uprzednio zaburzenie bólowe); Uszczegółowienie to dotyczy osób, u których wśród objawów somatycznych dominuje ból.

Należy *określić*, czy:
Przewlekłe: przewlekły przebieg charakteryzuje się ciężkimi objawami, wyraźnym upośledzeniem funkcjonowania oraz długim czasem trwania (powyżej 6 mies.).

Należy uwzględnić aktualne *uszczegółowienie* ciężkości:
Łagodne: obecny jest tylko jeden objaw wymieniony w kryterium B.
Umiarkowane: obecne są co najmniej dwa objawy wymienione w kryterium B.
Ciężkie: obecne są co najmniej dwa objawy wymienione w kryterium B, a dodatkowo pacjent zgłasza wiele skarg somatycznych (lub jeden bardzo ciężki objaw somatyczny).

Historia terminu

Termin *bodily distress* został rozpowszechniony w pierwszej dekadzie XXI w. w badaniach nad czynnościowymi zespołami somatycznymi i opisywanymi dawniej zaburzeniami somatoformicznymi. Koncepcja ta obejmowała różne wzorce uporczywych objawów cielesnych, które wiązano m.in. z reakcjami organizmu na stres oraz nadmierną koncentracją na sygnałach płynących z ciała.

W ICD-11 przyjęto szersze i mniej stygmatyzujące ujęcie tej grupy zaburzeń. Odeszło ono od wymogu, aby objawy były medycznie niewyjaśnione, oraz od prostego przeciwstawienia „psychiczne" – „somatyczne". Kluczowe znaczenie ma obecnie cierpienie pacjenta, nadmierne zaabsorbowanie objawami cielesnymi, towarzyszący im niepokój oraz wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Zmiany w ICD-11 i potencjalne implikacje

W ICD-11 dawne kategorie zaburzeń występujących pod postacią somatyczną zostały częściowo zastąpione pojęciem zaburzeń związanych z cierpieniem cielesnym lub doświadczeniem cielesnym. W DSM-5® podobny kierunek

Podręcznik *Psychiatria* pod redakcją Piotra Gałeckiego i Agaty Szulc to nowoczesne i kompleksowe kompendium wiedzy, które może towarzyszyć lekarzowi na kolejnych etapach rozwoju zawodowego – od rozpoczęcia specjalizacji, przez przygotowanie do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego, aż po samodzielną praktykę psychiatryczną.

Prezentowana wiedza odpowiada współczesnym standardom rozpoznawania i klasyfikowania zaburzeń psychicznych. Przemyślana struktura publikacji, uzupełniona materiałami dostępnymi online, prowadzi Czytelnika od podstaw – pojęcia normy zdrowia psychicznego, definicji zaburzenia psychicznego, neurobiologii i psychopatologii – przez zasady przeprowadzania prawidłowego badania psychiatrycznego, aż po szczegółowe omówienie poszczególnych grup zaburzeń.

prof. dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz
Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

PSYCHIATRIA

TOM 2

Psychiatria nie jest dziedziną, którą łatwo zamknąć między dwiema okładkami – nawet jeśli w tym przypadku są właściwie cztery, bo podręcznik ma dwa tomy. Wymaga połączenia wiedzy biologicznej i psychologicznej, znajomości klasyfikacji diagnostycznych, farmakoterapii i psychoterapii, a przede wszystkim umiejętności przełożenia tej wiedzy na spotkanie z konkretnym człowiekiem. Autorzy *Psychiatrii* podjęli ambitną próbę uporządkowania tego rozległego obszaru i stworzenia przewodnika odpowiadającego potrzebom współczesnego lekarza.

Szczególną zaletą książki jest jej konsekwentnie dydaktyczny charakter. Przejrzysta szata graficzna, liczne tabele i zestawienia, ramki „Zapamiętaj!", przypadki kliniczne oraz pytania sprawdzające sprawiają, że obszerny materiał staje się znacznie łatwiejszy do uporządkowania.

Bardzo przydatne jest także równoległe przedstawianie ICD-11 i DSM-5®/DSM-5-TR®, zwłaszcza tam, gdzie oba systemy różnią się sposobem rozumienia lub klasyfikowania zaburzeń. Dzięki temu Czytelnik poznaje nie tylko kryteria diagnostyczne, lecz także sposób myślenia o współczesnej diagnozie psychiatrycznej.

Nie jest to książka do przeczytania w jeden weekend przed egzaminem – i może to dobrze. To raczej mapa rozległego terytorium, do której można wielokrotnie wracać: podczas specjalizacji i przygotowań do egzaminu, a także później, gdy trzeba szybko uporządkować wiedzę lub przypomnieć sobie rzadziej spotykane problemy kliniczne.

prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek
Specjalista psychiatrii, Kierownik Katedry Psychiatrii i Psychoterapii CM UJ,
Prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

edra
URBAN & PARTNER

ISBN 978-83-69015-12-5

www.edraurban.pl