Polish Psychological Forum/Polskie Forum Psychologiczne
2025, vol./tom 30, no./nr 4, p./s. 11–37
DOI: 10.34767/PFP.2025.04.01

Biopsychospołeczne podejścia w medycynie – pomiar zespołów psychosomatycznych według Kryteriów Diagnostycznych dla Badań Psychosomatycznych DCPR-R-SSI Giovanniego Favy z zespołem

Agnieszka Woźniewicz-Grzymała[1], Małgorzata Basińska[2]

Streszczenie: Model biopsychospołeczny, szczególnie ważny w dziedzinie medycyny psychosomatycznej, klarowny i dobrze opisany w literaturze przedmiotu nie jest jednak rozpowszechniony pod kątem praktycznego zastosowania w badaniach i opiece nad pacjentami. Brak bowiem znajomości odpowiednich narzędzi pośród pracujących z osobami chorymi psychosomatycznie. Niniejszy artykuł przedstawia zrewidowaną autoryzowaną polską wersję Kryteriów Diagnostycznych dla Badań Psychosomatycznych (DCPR) wraz z instrukcją jego użycia autorstwa Giovanniego Favy z zespołem. DCPR obejmuje 14 zespołów psychosomatycznych (przeciążenie allostatyczne, lęk o zdrowie, morbofobia, hipochondria, tanatofobia, zaprzeczanie chorobie, uporczywe somatyzacje, objawy konwersji, reakcja rocznicowa, objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego, demoralizacja, stan drażliwości) z precyzyjnie opisanymi kryteriami, ma formę wywiadu klinicznego, gdzie istotna jest interakcja badacz-badany oraz odpowiednie przygotowanie do zastosowania tego wywiadu, aby postawić trafną diagnozę i usprawnić proces leczenia osób z zespołami psychosomatycznymi. Zalecana jest równoległa diagnoza psychiatryczna (DSM/ICD). Prezentowany artykuł odwołuje się do źródeł wiedzy nt. DCPR i jest bazą przygotowawczą do prowadzenia wywiadu, który w całości zaprezentowany jest w załączniku.

Słowa kluczowe: zespół psychosomatyczny, DCPR, wywiad

[1] Agnieszka Woźniewicz-Grzymała, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Wydział Nauk o Zdrowiu, ORCID: 0000-0002-1678-2014

[2] Małgorzata Basińska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii, ORCID: 0000-0002-6763-8012, e-mail: basinska@ukw.edu.pl

Biopsychosocial approaches in medicine – measurement of psychosomatic syndromes according to the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research DCPR-R-SSI Giovanni Fava with the team

Summary: The biopsychosocial model, particularly important in the field of psychosomatic medicine, clear and well described in the literature, is not widespread in terms of practical application in research and patient care. This is because there is a lack of knowledge of appropriate tools among physicians working with people with psychosomatic illnesses. This article presents a revised authorized Polish version of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) together with instrucions for its use by Giovani Fava et al. The DCPR includes 14 psychosomatic syndromes (allostatic overload, health anxiety, disease phobia, hypochondriasis, thanatophobia, illness denial, persistent somatization, conversion symptoms, anniversary reaction, somatic symptoms secondary to a psychiatric disorder, demoralization, irritable mood) with precisely described criteria, takes the form of a clinical interview, where the interaction of the researcher and the examined person is important, as well as appropriate preparation for the use of this interview in order to make an accurate diagnosis and improve the treatment process of people with psychosomatic syndromes. A parallel psychiatric diagnosis (DSM/ICD) is recommended. The presented article refers to sources of knowledge on DCPR and is a preparatory basis for conducting an interview, which is presented in its entirety in the attachment.

Keywords: psychosomatic syndrome, DCPR, interview

Wprowadzenie

Model biopsychospołeczny, scharakteryzowany przez George'a Engela (1977), w którym autor zwraca uwagę na wymiar społeczny, psychologiczny i behawioralny choroby, stanowi dobrą podstawę do planowania badań, ram nauczania i projektowania działań na gruncie opieki zdrowotnej. Jest on szczególnie ważny w dziedzinie medycyny psychosomatycznej. Pojawia się jednak trudne pytanie, jak właściwie zastosować ten model do rzeczywistych badań i opieki nad pacjentami. Prof. Giovanni Fava wraz z zespołem (1995) opracował kryteria diagnostyczne możliwe do zastosowania w psychosomatyce. Około 30 lat temu odwołując się do modelu opisanego przez Engela, opublikował koncepcję zaburzeń psychosomatycznych, gdyż chciał udoskonalić metody diagnozowania psychospołecznych aspektów chorób somatycznych. Krytycznie oceniał ówczesny, a także i obecny sposób ich diagnozowania przez systemy klasyfikacyjne zaburzeń psychicznych. Koncepcja tzw. „nienormalnego zachowania chorobowego", tj. utrzymywania się nieprzystosowawczego sposobu postrzegania, doświadczania, oceniania i reagowania na swój stan zdrowia, była głównym przedmiotem jego uwagi (Fava i in., 1995). W 1995 roku opublikował wraz z międzynarodową grupą współautorów Kryteria diagnostyczne dla badań psychosomatycznych (DCPR). Jest to forma wywiadu klinicznego, który jak podkreślał Fava, jest niezbędną, lecz niedocenianą

i zagrożoną współcześnie metodą, często porzucaną na rzecz innych form diagnozy, takich jak drogie badania, procedury czy technologie, które jednak nie zastąpią interakcji z drugim człowiekiem. Jakość wywiadu determinuje zarówno proces zbierania danych, jak i efekty leczenia (Fava i in., 2024). Dlatego autorzy DCPR pragnąc wspomóc proces diagnozy oraz ułatwić edukację zaproponowali poszerzoną oraz ulepszoną jego wersję.

Prezentowany w tej publikacji wywiad DCPR obejmuje 14 zespołów psychosomatycznych z 3–4 precyzyjnie opisanymi kryteriami. Kryteria te oceniane w częściowo ustrukturalizowanym wywiadzie przekształcają czynniki psychospołeczne w narzędzia operacyjne, pozwalające na ich zastosowanie w badaniach i opiece klinicznej nad chorym. To podejście opracowywania miar ocen w badaniach i praktyce klinicznej nazwano klinimetrią. Nauka o pomiarach klinicznych, klinimetria, pozwala na testowanie wymiarów nie ujętych w tradycyjnym modelu badań (Carrozzino i in., 2021; Fava i in., 2018; Fava, 2022; Feinstein,1970). Jako pierwszy, termin klinimetria wprowadził lekarz i epidemiolog kliniczny Alvan Feinstein (1970). Jego zdaniem typowe podejście psychometryczne nie nadaje się do badań i praktyki klinicznej. Wykazał, że prowadzi ono do wyników, które nieodpowiednio odzwierciedlają zjawiska kliniczne i są niewystarczająco wrażliwe na zmiany w stanie klinicznym.

Feinstein w 1970 roku wprowadził pojęcie współzachorowalności, odniósł je do wszelkich „dodatkowych współistniejących dolegliwości" niezależnych od choroby podstawowej, nawet w przypadku, gdy to wtórne zjawisko nie kwalifikuje się jako choroba sama w sobie. Ta definicja współzachorowalności odnosiła się również do wcześniejszych zdarzeń patologicznych, które uznano za mające wpływ na obecny proces chorobowy. Zdaniem Favy i Rafanelli (2019) przekrojowy charakter istniejących systemów klasyfikacyjnych w psychiatrii ograniczył użycie terminu „współchorobowość" do obecnie doświadczanych trudności.

Podobne pojęcie – współwystępowanie jatrogenne – odnosi się do niekorzystnych zmian w przebiegu, charakterystyce i odpowiedzi na leczenie doświadczanej głównej choroby (Sauer-Zavala i in., 2017). Mogą one ujawnić się w trakcie leczenia i/lub po jego zakończeniu. Niestety, stosowana ocena diagnostyczna ograniczała się głównie do identyfikacji zaburzeń wg systemów klasyfikacyjnych DSM lub ICD, pomijając dużą część dystresu pacjenta, obszarów problemowych i wydarzeń z przeszłości mających znaczenie dla obecnie doświadczanej choroby.

Klinicyści dysponują bardzo ograniczonymi narzędziami do zajmowania się chorobami współistniejącymi u większości swoich pacjentów, którzy nie kwalifikują się do jednego, lecz do kilku zaburzeń. Dlatego w ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się podejściu transdiagnostycznemu. Termin ten może odnosić się do konstruktów psychologicznych, takich jak niska samoocena czy ruminacje, które obserwuje się w różnych zaburzeniach choroby (Sauer-Zavala i in., 2017). Transdiagnostyczne modele zachęcają klinicystę do zauważenia podobieństw między diagnozami, gdyż zostały zaprojektowane tak, aby można je było

zastosować u pacjentów doświadczających szerokiego zakresu zaburzeń oraz skuteczniej zająć się zaburzeniami i chorobami współistniejącymi. Warto też podkreślić, że te transdiagnostyczne inicjatywy próbują przezwyciężyć niedociągnięcia obecnych systemów klasyfikacji choroby (Fava, Rafanelli, 2019; Sauer-Zavala, i in., 2017). Przykładem takiego transdiagnostycznego podejścia jest system DCPR, którego syndromy mogą towarzyszyć wielu zaburzeniom psychicznym i somatycznym, ułatwiać ich wystąpienie lub być ich konsekwencjami.

Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych DCPR-SI

Pierwsza polska wersja wywiadu została opublikowana w 2014 roku (Basińska, Woźniewicz, 2014). Opracowane zweryfikowane syndromy – ich znaczenie, rozumienie i kryteria diagnostyczne – zostały omówione w literaturze polskiej w artykule z 2021 (Basińska, Woźniewicz, 2021). Do tych nowych syndromów autorzy opracowali wywiad kliniczny i za zgodą prof. Favy jest on udostępniany polskiemu czytelnikowi.

Pierwszym etapem adaptacji wywiadu DCPR-R-SSI było przetłumaczenie go z języka angielskiego na język polski niezależnie przez trzy osoby posługujące się biegle językiem angielskim. Wersje zostały porównane, wszelkie różnice w tłumaczeniu zostały przedyskutowane w zespole zajmującym się adaptacją, a w efekcie powstała pierwsza wersja wywiadu DCPR-R-SSI w języku polskim. Następnie poproszono psychologa biegle znającego język angielski o przetłumaczenie wersji polskiej na język angielski. Otrzymaną formę porównano z oryginałem, oba tłumaczenia były ze sobą zbieżne, lecz dokonano jeszcze drobnych korekt. W ten sposób powstała wstępna wersja, którą zastosowano do zbadania 102 pacjentów leczonych na oddziale okulistycznym. To badanie pozwoliło sprawdzić występowanie ewentualnych niejasności w treści pytań, a jego rezultaty były zadawalające.

Kryteria diagnostyczne są poprzedzone szczegółową instrukcją, której celem jest zadbanie o obiektywizm podczas badania. Autorzy uważają, że tylko osoba odpowiednio przeszkolona może posługiwać się tym narzędziem badawczym. Zwracają także uwagę, że badacz prowadzący wywiad musi być zaznajomiony z literaturą na temat DCPR oraz DCPR-R. By profesjonalnie go przeprowadzić wymagana jest także wiedza nt. diagnozy medycznej oraz kolejności występowania objawów choroby u pacjenta. Sugeruje się, aby wspólnie z wywiadem przeprowadzić diagnozę psychiatryczną.

DCPR-R SSI ma formę częściowo ustrukturalizowanego wywiadu. Zawiera punktację do ocenienia objawów w określonej kolejności, co ułatwia jego prowadzenie. Pytania powinny być zadawane zgodnie z instrukcją, ale mogą być modyfikowane i przeredagowane, jeśli wymagają tego okoliczności. Należy jednak zachować szczególną dbałość o kliniczne znaczenie każdego twierdzenia. Ponieważ wywiad ma strukturę modułową i składa się z 14 kategorii diagnostycznych, może być stosowany jako pełny wywiad kliniczny lub może służyć do diagnozy każdego

z syndromów z osobna, adekwatnie do celów badawczych i klinicznych. Ważnym jest, by każdy syndrom definiować zgodnie z określonymi kryteriami diagnostycznymi (DCPR-R), które podano w kolumnie „Kryteria". Należy podkreślić, że wersja DCPR nie różni się znacząco od poprzedniej wersji, doszedł jeden nowy syndrom i pojawiły się uściślenia co do sposobu prowadzenia wywiadu.

Uzyskuje się dwie grupy informacji: pierwszą stanowią odpowiedzi osoby badanej, które są kodowane w formie TAK/NIE dla każdego z pytań i zaznaczane w kolumnach oznaczonych słowem „Odpowiedź"; drugie natomiast otrzymuje się w oparciu o obserwację badacza. Te instrukcje zostały napisane drukowanymi literami (por. Załącznik).

Dla każdego pacjenta, osoba prowadząca wywiad musi jasno określić jakiego przedziału czasu on dotyczy. Najczęściej dotyczy ostatnich 12 miesięcy, o ile nie wskazano inaczej. Pogłębione badanie może być wymagane, gdy u pacjenta występuje dany syndrom (szczegółowe informacje znajdują się w sugestiach dla badacza). Dla większości twierdzeń, nawet jeśli nie jest to wyraźnie określone w wywiadzie, zdecydowanie zaleca się, aby poprosić pacjenta o podanie przykładów dla zgłaszanych objawów (np. wzorzec typowej sytuacji, okoliczności, za dnia czy w nocy). Niektóre pytania nie muszą być zadane, należy pominąć instrukcję, jeśli wcześniejsze odpowiedzi wskazują, że są one nieistotne.

Autorzy wywiadu opracowali także sugestie dla badacza, które ułatwią komunikację podczas prowadzenia wywiadu dla poszczególnych kategorii pytań i zebrali je w cztery kategorie:

1. Dalsze szczegóły:
   - Proszę mi o tym opowiedzieć.
   - Czy może Pan/i podać przykład?
   - Czy może Pan/i powiedzieć mi więcej?
2. Częstotliwość i intensywność objawów somatycznych lub stanów afektywnych:
   - Jak to było?
   - Jakby Pan/i to opisał/a?
   - Jak często? Jak bardzo?
   - Czy to się dzieje przez cały czas?
   - Czy to pojawia się i znika?
   - A może raczej się przedłuża? Jak długo to trwa?
3. Konsultacja lekarska, badanie, rozwianie wątpliwości i uspokojenie:
   - Dlaczego poprosił/a Pan/i o konsultację lekarską?
   - Czy poddał/a się Pan/i dalszym badaniom lekarskim
   - Co powiedział lekarz?
   - Czy zrozumiał/a Pan/i co powiedział lekarz?
   - Dlaczego było Panu/i trudno zaufać lekarzowi?
   - Co zrobił/a Pan/i następnie?
4. Niekorzystny wpływ na jakość życia:
   - Jak bardzo niepokoił/a się Pan/i z powodu...?

– Jak bardzo złe samopoczucie wpłynęło na Pana/i pracę i / lub inną ważną sferę życia?
– Jak obecnie radzi sobie Pan/i w pracy, z obowiązkami domowymi, w kontaktach społecznych oraz z realizowaniem zainteresowań?
– Czy to była dla Pana/i duża zmiana? (Fava, Cosci, Sonino, 2017)

Poniżej zostaną przedstawione poszczególne syndromy, kryteria ich diagnozowania oraz pytania, jakie powinny być zadane zdaniem autorów narzędzia. Wskazane zostały także momenty, w których można przerwać sprawdzanie występowania danego syndromu, gdyż dotychczasowe odpowiedzi już są wystarczające do oszacowania jego obecności. Natomiast w załączniku do artykułu znajduje się cały wywiad w formie graficznej opracowanej przez wg zaleceń autorów.

1. Przeciążenie allostatyczne.
   Kluczowe tutaj jest kryterium A1, gdy zostanie ocenione negatywnie, przechodzimy do kolejnego syndromu. Jednak by w pełni ocenić obecność przeciążenia allostatycznego, to muszą być spełnione kryteria A1 i A2, natomiast kryteria B są fakultatywne (Załącznik, tab. 1).
   Przeciążenie allostatyczne jest związane z nadmiernym doświadczeniem stresu. Szczegółowe analizy doniesień z badań na temat tego syndromu można znaleźć w publikacjach autorów kryteriów z ostatnich lat (Basińska, 2021; Fava i in., 2019; Guidi i in., 2021).
2. Lęk o zdrowie
   By zdiagnozować wystąpienie lęku o zdrowie chory musi odpowiedzieć twierdząco na wszystkie pytania. Jeżeli na którekolwiek z pytań A1 odpowie negatywnie, nie kontynuujemy wywiadu w tym module i rozpoznajemy brak syndromu lęk o zdrowie (Załącznik, tab. 2).
3. Morbofobia
   Jak wcześniej wspomniano (Basińska, Woźniewicz, 2021) terminem „morbofobia" zastąpiono uprzednio stosowaną nazwę „fobia choroby". Aby zdiagnozować występowanie tego syndromu, muszą być spełnione wszystkie kryteria A, B i C. Nie kontynuujemy wywiadu po negatywnej odpowiedzi na pytanie A (Załącznik, tab. 3).
4. Hipochondria
   Kluczowe w rozpoznaniu hipochondrii jest kryterium A1, gdy zostanie ocenione negatywnie, przechodzimy do kolejnego syndromu. Jednak by w pełni ocenić obecność hipochondrii, to muszą być spełnione wszystkie kryteria (Załącznik, tab. 4).
5. Tanatofobia
   By zdiagnozować występowanie syndromu tanatofobii konieczna jest odpowiedź twierdząca na wszystkie pytania, dlatego po pierwszej negatywnej odpowiedzi przerywamy sprawdzanie jego obecności (Załącznik, tab. 5).
6. Zaprzeczanie chorobie

By zdiagnozować występowanie syndromu zaprzeczanie chorobie konieczna jest odpowiedź twierdząca na pytanie A1 i negatywna na pytanie A2. Gdy badany odpowiedział odwrotnie, nie pytamy dalej. By zdiagnozować ten syndrom odpowiedź na pytanei B1 musi być pozytywna (Załącznik, tab. 6).

7. Uporczywe somatyzacje
   W celu zdiagnozowania syndromu uporczywe somatyzacje konieczna jest odpowiedź twierdząca na pytanie A1 i przecząca na pytanie A2. Jeżeli na A1 osoba dała odpowiedź przeczącą przechodzimy do kolejnego syndromu. Odpowiedzi na pytania z grupy B mają charakter fakultatywny (Załącznik, tab. 7).
8. Objawy konwersji
   By ocenić występowanie tego syndromu konieczna jest odpowiedź twierdząca na pytanie A1 (jeżeli jest przecząca przechodzimy do kolejnego syndromu). Odpowiedzi na pytania A2, A3 i A4 mogą, lecz nie muszą być twierdzące. Natomiast konieczna jest odpowiedź przecząca na pytanie B1 i twierdząca na co najmniej dwie cechy zawarte w pytaniach od C1 do C5 (Załącznik, tab. 8). Warto zwrócić uwagę, że poraz pierwszy pojawiają się pytania napisane drukowanymi literami C1 i C2, na które odpowiedź jest udzielona przez klinicystę w oparciu o obserwację osoby badanej.
9. Reakcja rocznicowa
   Ocenę syndromu reakcja rocznicowa rozpoczynamy od obserwacji (pytanie A1), konieczna jest odpowiedź twierdząca. Nie jest wymagane udzielenie przez badanego odpowiedzi twierdzącej na pozostałe pytania z grupy A. By stwierdzić występowanei syndromu reakcja rocznicowa konieczna jest odpowiedź negatywna na pytanie B1 i pozytywna na pytanie C1 (Załącznik, tab. 9).
10. Objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego
    Ocenę tego zespołu także rozpoczynamy od obserwacji (A1), która musi potwierdzać występowanie somatycznych objawów powodujących stres. Jeżeli jest ona negatywna nie pytamy dalej. Nie jest konieczna odpowiedź pozytywna na pytania A2, A3 i A4. Warunkiem rozpoznania występowania tego syndromu jest odpowiedź negatywna na pytanie B1 i pozytywna na pytanie C1 i C2 (Załącznik, tab. 10).
11. Demoralizacja / utrata morale
    Kolejny syndrom może budzić pewne wątpliwości co do jego nazwy ze względu na znaczenie słowa w mowie potocznej. Dlaczego pozostajemy przy tym określeniu szczegółowo zostało wyjaśnione we wcześniejszych publikacjach (Basińska, 2021; Basińska, Woźniewicz, 2021). Dodajemy jednak drugie określenie, ukazujące istotę syndromu. By ocenić jego występowanie konieczna jest

pozytywna odpowiedź na pytanie A1 i/lub A2, pozytywny wynik obserwacji (A3) oraz pozytywna odpowiedź na pytanie B1[3] (Załącznik, tab. 11).
Syndrom demoralizacji objawia się także w poczuciu bezradności i beznadziejności [20], by ocenić jego nasilenie autorzy wywiadu dodali kryterium C (Załącznik, tab. 12). By potwierdzić jego współwystępowanie konieczna jest odpowiedź twierdząca na oba pytania – C1 i C2. Potwierdzono ważność diagnozowania syndromu demoralizacji w procesie klinicznym (de Figueiredo, 2013; Fava, Guidi, 2023; Woźniewicz, Cosci, 2023).

12. Stan drażliwości (irytacji)
By zdiagnozować ten zespół badany musi odpowiedzieć twierdząco przynajmniej na jedno z pytań A i na pytanie B1. Jeżeli nie odpowie na żadne pytanie A to przerywamy badanie i przechodzimy do następnego syndromu (Załącznik, tab. 13).
13. Wzór Zachowania A
By ocenić występowanie Wzoru Zachowania A konieczna jest odpowiedź twierdząca na przynajmniej pięć pytań w podanych dziewięciu. Warto zwrócić uwagę, że pytanie A3 jest oceniane przez badacza na podstawie obserwacji (Załącznik, tab. 14).
14. Aleksytymia
Na ocenę syndromu aleksytymii składa się sześć pytań. By stwierdzić jego występowanie badany musi odpowiedzić zgodnie z kluczem przynajmniej na trzy z nich, tzn. negatywnie na pytania od A1 do A3 i na A5 i pozytywnie na A4 i A6 (Załącznik, tab. 15).

Zakończenie

Prezentowany wywiad do oceny występowania 14 syndromów psychosomatycznych wpisuje się we współczesne rozumienie syndromu psychosomatycznego, który niekoniecznie jest odrębną jednostką chorobową, lecz także towarzyszy innym schorzeniem. Omówione syndromy to złożone stany emocjonalno-poznawczo-behawioralne, które są obecne w funkcjonowaniu osoby chorej, a nieuwzględnienie ich może prowadzić do wielu trudnych do przewidzenia problemów. Mogą wpływać negatywnie na przebieg głównej choroby i utrudniać powrót do zdrowia. Ignorowanie ich występowania niepotrzebnie przedłuża czas leczenia, zwiększa także jego koszty a pacjentom przysparza cierpienia. Pomijanie syndromów psychosomatycznych w procesie diagnozy może także skutkować nie tylko nietrafnym rozpoznaniem, ale co za tym idzie – nieskutecznym leczeniem. Włączenie

[3] Warto wspomnieć, że nie wszyscy badacze tego konstruktu zgadzają się z terminem jednego miesiąca. Zdania w tym obszarze są podzielone. Szersze omówienie znajduje się w monografii Małgorzaty Basińskiej, 2021.

tego wyjaśnienia w perspektywę myślenia o przyczynach obserwowanych objawów przekłada się więc na zwiększenie precyzji w diagnozie i większą skuteczność stosowanych oddziaływań terapeutycznych.

Rozpoznanie syndromu psychosomatycznego w obrazie choroby wymaga jednak od klinicysty wnikliwości i gotowości do zadania sobie trudu, by z uważnością pochylić się nad chorym. Badania przy użyciu DCPR są coraz szerzej stosowane, ostatnio także pośród osób w starszym wieku (Romaniello, Romanzzo, Cosci, 2023). Każda badana grupa jest inna, jak i każdy pacjent, umiejętne stosowanie kryteriów diagnostycznych ułatwia diagnozę oraz pełne szacunku i zindywiaualizowanego podejścia postępowanie kliniczne. Konieczne jest, aby zrozumieć nie tylko symptomy składające się na chorobę pacjenta, ale również jego sytuację życiową, która może mieć duże znaczenie dla rozwoju omówionych syndromów. Takiej postawy do chorego i leczenia należałoby uczyć w procesie kształcenia, ukazując jej wartość dla skutecznego leczenia.

Podziękowania

W pracach adaptacyjnych uczestniczyła dr Michalina Sołtys. Autorki składają podziękowanie za udzieloną pomoc.

Literatura cytowana

Basińska, M. A. (2021). *Syndrom demoralizacji w zmaganiu się z chorobą: rozumienie, kształtowanie się i pomiar*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Basińska, M. A., Woźniewicz, A. (2014). Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – metoda pomiaru. *Przegląd Lekarski*, *71*(6), 328–333.

Basińska, M. A., Woźniewicz, A. (2021). Kryteria Diagnostyczne dla Badań Psychosomatycznych – wersja zrewidowana (DCPR-R) Giovanniego Favy z zespołem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *21*(2), 121–127.

Carrozzino, D., Patierno, C., Guidi, J., Berrocal Montiel, C., Cao, J., Charlson, M. E., Christensen, K. S., Concato, J., De Las Cuevas, C., de Leon, J., Eöry, A., Fleck, M. P., Furukawa, T. A., Horwitz, R. I., Nierenberg, A. A., Rafanelli, C., Wang, H., Wise, T. N., Sonino, N., & Fava, G. A. (2021). Clinimetric Criteria for Patient-Reported Outcome Measures. *Psychotherapy and psychosomatics*, *90*(4), 222–232. https://doi.org/10.1159/000516599

de Figueiredo, J. M. (2013). Distress, demoralization and psychopathology: Diagnostic boundaries. *The European Journal of Psychiatry*, *27*(1), 61–73. https://doi:10.4321/s0213-61632013000100008

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Fava, G. A. (2022). Clinimetric Integration of Diagnostic Criteria for a Personalized Psychiatry. *Psychotherapy and psychosomatics*, *91*(6), 373–381. https://doi.org/10.1159/000527493

Fava, G. A., & Guidi, J. (2023). Clinical Characterization of Demoralization. *Psychotherapy and psychosomatics*, *92*(3), 139–147. https://doi.org/10.1159/000530760

Fava, G. A., & Rafanelli, C. (2019). Iatrogenic Factors in Psychopathology. *Psychotherapy and psychosomatics*, *88*(3), 129–140. https://doi.org/10.1159/000500151

Fava, G. A., Carrozzino, D., Lindberg, L., & Tomba, E. (2018). The Clinimetric Approach to Psychological Assessment: A Tribute to Per Bech, MD (1942-2018). *Psychotherapy and psychosomatics*, *87*(6), 321–326. https://doi.org/10.1159/000493746

Fava, G. A., Cosci, F., & Sonino, N. (2017). Current Psychosomatic Practice. *Psychotherapy and psychosomatics*, *86*(1), 13–30. https://doi.org/10.1159/000448856

Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and psychosomatics*, *63*(1), 1–8. https://doi.org/10.1159/000288931

Fava, G. A., McEwen, B. S., Guidi, J., Gostoli, S., Offidani, E., & Sonino, N. (2019). Clinical characterization of allostatic overload. *Psychoneuroendocrinology*, *108*, 94–101. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.05.028

Fava, G. A., Sonino, N., Aron, D. C., Balon, R., Berrocal Montiel, C., Cao, J., Concato, J., Eory, A., Horwitz, R. I., Rafanelli, C., Schnyder, U., Wang, H., Wise, T. N., Wright, J. H., Zipfel, S., & Patierno, C. (2024). Clinical Interviewing: An Essential but Neglected Method of Medicine. *Psychotherapy and psychosomatics*, *93*(2), 94–99. https://doi.org/10.1159/000536490

Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of chronic diseases*, *23*(7), 455–468. https://doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8

Guidi, J., & Fava, G. A. (2022). The Clinical Science of Euthymia: A Conceptual Map. *Psychotherapy and psychosomatics*, *91*(3), 156–167. https://doi.org/10.1159/000524279

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2021). Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychotherapy and psychosomatics*, *90*(1), 11–27. https://doi.org/10.1159/000510696

Romaniello, C., Romanazzo, S., & Cosci, F. (2023). Clinimetric properties of the diagnostic criteria for psychosomatic research among the elderly. *Clinical psychology & psychotherapy*, *30*(3), 611–619. https://doi.org/10.1002/cpp.2822

Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of „Transdiagnostic" in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior therapy*, *48*(1), 128–138. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004

Woźniewicz, A., & Cosci, F. (2023). Clinical utility of demoralization: A systematic review of the literature. *Clinical psychology review*, *99*, 102227. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102227

Załącznik

Wywiad DCPR-R

Tabela 1 *Sposób oceny syndromu Przeciążenie allostatyczne – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

PRZECIĄŻENIE ALLOSTATYCZNE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Obecność conajmniej jednego aktualnego, możliwego do zidentyfikowania źródła dystresu w postaci ostatnich wydarzeń życiowych i/lub przewlekłego stresu; stresor jest oceniany jako obciążający lub przekraczający indywidualne możliwości radzenia sobie osoby, gdy jego charakter i okoliczności są w pełni znane	A1. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, □ Czy członek Pana/i rodziny lub ktoś Panu/i bliski zmarł? □ Czy Pan/i rozwiódł/a lub rozstał/a się z partnerem? □ Czy zmienił/a Pan/i pracę? □ Czy przeprowadził/a się Pan/i? □ Czy miał/a Pan/i poważne trudności finansowe? □ Czy miał/a Pan/i problemy z prawem? □ Czy rozpoczął/a Pan/i nowy związek? □ Czy odczuwał/a Pan/i presję w pracy? □ Czy nie dogadywał/a się Pan/i ze współpracownikami? □ Czy był/a Pan/i ofiarą zastraszania, nękania lub ostrych nacisków ze strony innych osób? □ Czy nie dogadywał/a Pan/i się z współmałżonkiem / partnerem bądź innym członkiem rodziny? □ Czy odczuwał/a Pan/i napięcie w domu? □ Czy przynajmniej jeden członek Pana/i rodziny był poważnie chory? □ INNE – ---------- – ---------- – ----------	TAK	NIE
		JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO LĘKU O ZDROWIE	
	A2. Czy miał/a Pan/i poczucie, że życie oczekuje od Pana/i zbyt wiele?	TAK	NIE

tabela 1 (cd.)

PRZECIĄŻENIE ALLOSTATYCZNE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium B: Stresor jest związany z jedną lub więcej z 3 następujących cech, które wystąpiły w okresie 6 miesięcy od pojawienia się stresora: (1) Co najmniej 2 z następujących symptomów: trudności z zasypianiem, niespokojny sen, wczesne wybudzanie się, brak energii, zawroty głowy, uogólniony lęk, drażliwość, smutek, utrata morale (demoralizacja) (2) Znaczne pogorszenie funkcjonowania zadowowego lub społecznego (3) Znaczne trudności w panowaniu nad otoczeniem (poczucie przytłoczenia wymaganiami codziennego życia)	B1. W ciągu 6 miesięcy od pojawienia się (NAZWA STRESORA), □ Czy zasypianie zajmowało Panu/i dużo czasu? □ Czy budził/a się Pan/i wiele razy w ciągu nocy? □ Czy budził/a się Pan/i zbyt wcześnie i nie mógł/a ponownie zasnąć? □ Czy czuł/a się Pan/i zmęczony/a, bez energii? □ Czy miał/a Panu/i zachwiania równowagi, zawroty głowy? □ Czy był/a Pan/i zdenerwowany/a lub doświadczał/a lęku? □ Czy czuł/a się Pan/i rozdrażniony/a? □ Czy czuł/a się Pan/i smutny/a lub przygnębiony/a? □ Czy doświadczył/a Pan/i utraty sił do życia (demoralizacji)?	TAK	NIE
	B2. Czy miał Pan/i problemy i/lub trudności w pracy, w domu lub w relacjach z innymi ludźmi?	TAK	NIE
	B3. Czy czuł/a się Pan/i przytłoczony wymaganiami codziennego życia?	TAK	NIE

Diagnoza PRZECIĄŻENIE ALLOSTATYCZNE

A1 = TAK

+

A2 = TAK

+

B1 i/lub B2 i/lub B3 = TAK

TAK NIE

Tabela 2 *Sposób oceny syndromu lęk o zdrowie – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

LĘK O ZDROWIE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Ogólne martwienie się z powodu choroby, bólu i zaabsorbowanie ciałem (rozumiane jako tendencja do wzmacniania doznań somatycznych) trwające krócej niż 6 miesięcy	A1. Czy martwi się Pan/i o swoje zdrowie? TAK NIE Jeśli cierpi Pan/i z powodu typowych dolegliwości (np. przeziębienie, ból głowy) czy obawia się Pan/i, że mogą one rozwinąć się w poważną chorobę? TAK NIE	TAK na oba pytania	NIE
		JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO MORBOFOBII	
	A2. Czy martwił/a się Pan/i z tego powodu w ciągu ostatnich 6 miesięcy?	TAK	NIE
Kryterium B: Zmartwienia i obawy ładwo poddają się właściwemu medycznemu oddziaływaniu/uspojojeniu, chociaż nowe mogą pojawić się po jakimś czasie.	B1. Jeśli lekarz podaje Panu/i medyczne wyjaśnienie, że nie cierpi Pan/i na żadną chorobę i jest zdrowy/a, to czy ufa mu Pan/i?	TAK	NIE

Diagnoza LĘK O ZDROWIE

A1 = TAK

+

A2 = TAK

+

B1 = TAK

TAK NIE

Tabela 3 *Sposób oceny syndromu morbofobia – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

MORBOFOBIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Trwałe, nieuzasadnione obawy przed cierpieniem na konkretną chorobę (np. AIDS, rak). Obawy utrzymują się pomimo odpowieniego badania medycznego oraz rozwiania wątpliwości i uspokojenia przez lekarza	A1. Czy obawia się Pan/i, że cierpi z powodu określonej choroby, pomimo iż Pański lekarz i wyniki badań laboratoryjnych wykluczyły u Pana/i występowanie jakiejkolwiek specyficznej choroby?	TAK	NIE
		JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO HIPOCHONDRII	

tabela 3 (cd.)

MORBOFOBIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium B: Obawy przejawiają się raczej w postaci ataków niż jako ciągłe, przewlekłe zmartwienia jak ma to miejsce w hipochondrii, a obawy te mogą powodować ataki paniki	B1. Czy kiedykolwiek doświadczył/a Pan/i ostrego, silnego lęku lub ataku paniki, ponieważ był/a Pan/i przerażony/a z powodu możliwości wystąpienia poważnej choroby?	TAK	NIE
Kryterium C: Powód obaw nie zmienia się w czasie, a czas trwania symptomów przekracza 6 miesięcy	C1. Czy doświadcza Pan/i tego lęku dłużej niż 6 miesięcy?	TAK	NIE

Diagnoza MORBOFOBIA

A1 = TAK

+

B1 = TAK

+

C1 = TAK

TAK NIE

Tabela 4 *Sposób oceny syndromu hipochondrii – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

HIPOCHONDRIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Obawy lub przekonanie, że cierpi się na poważną chorobę oparte na podstawie błędnej interpretacji doznań z ciała	A1. Czy często martwi się Pan/i, że może mieć poważną chorobę, której Pana/i lekarz nie był w stanie zdiagnozować?	TAK	NIE
		JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO TANATOFOBII	
Kryterium B: Obawy utrzymują się pomimo odpowiedniej diagnozy medycznej oraz rozwiania wątpliwości i uspokojenia przez lekarza, pacjent miał możliwość dyskusji i klaryfikacji	B1. Czy wierzy Pan/i lekarzowi, gdy po badaniu mówi, że nie cierpi Pan/i na chorobę somatyczną?	TAK	NIE
Kryterium C: Czas trwania tych obaw wynosi conajmniej 6 miesięcy	C1. Czy doświadczył/a Pan/i tych obaw przez conajmniej 6 miesięcy?	TAK	NIE
Kryterium D: Te obawy powodują znaczny dystres i/lub negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne i zawodowe	D1. Czy te obawy powodują znaczny dystres i/lub negatywnie wpływają na funkcjonowanie społeczne lub wydajność w pracy?	TAK	NIE

Diagnoza HIPOCHONDRIA

A1 = TAK

+

B1 = TAK

+

C1 = TAK

+

D1 = TAK

TAK NIE

Tabela 5 *Sposób oceny syndromu tanatofobia – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

TANATOFOBIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: W ciągu ostatnich 6 miesięcy, wystąpiły co najmniej 2 ataki dotyczące zbliżającej się śmierci lub przekonania, że wkrótce się umrze. Nie wystąpiły ani zagrażająca sytuacja, ani realne niebezpieczeństwo. Lekarz dokonał odpowiedniej oceny sytuacji i podał zalecenia, których należy przestrzegać (jeśli istnieją), zapewnił możliwość dyskusji i wyjaśnienia	A1. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy doświadczył/a Pan/i co najmniej 2 ataków poczucia zbliżającej się śmierci lub przekonania, że niedługo Pan/i umrze, mimo że nie był/a Pan/i w zagrażającej sytuacji lub realnym niebezpieczeństwie?	TAK	NIE
JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO ZAPRZECZANIA CHOROBIE			
	A2. Czy rozmawiał/a Pan/i o tym ze swoim lekarzem?	TAK	NIE
	A3. Czy lekarz jasno wytłumaczył sytuację medyczną, i w razie potrzeby, podał zalecenia, które należy przestrzegać?	TAK	NIE
Kryterium B: Wyraźny i trwały lęk oraz unikanie wiadomości przypominających o śmierci (np. pogrzeby, nekrologi). Ekspozycja na te bodźce prawie zawsze wywołuje natychmiastową odpowiedź lękową.	B1. Czy obawia się Pan/i informacji, które przypominają Panu/i o śmierci (np. pogrzeby, nekrologi)?	TAK	NIE
	B2. Czy unika Pan/i jakichkolwiek sytuacji, które przypominają Panu/i o śmierci (zmiana kanału telewizyjnego, przerywanie rozmowy jeśli dotyczy zmarłych, katastrof lub wypadków)?	TAK	NIE

tabela 5 (cd.)

TANATOFOBIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	B3. Czy odczuwa Pan/i niepokój, gdy ma do czynienia z sytuacjami przypominającymi o śmierci?	TAK	NIE
Kryterium C: Unikanie, oczekiwany niepokój i dystres znacząco pogarszają poziom funkcjonowania	C1. Czy Pana/i unikanie, lęk i stres znacząco pogarszają funkcjonowanie społeczne lub wydajność w pracy?	TAK	NIE

Diagnoza TANATOFOBIA

A1 = TAK

+

A2 = TAK

+

A3 = TAK

+

B1 = TAK

+

B2 = TAK

+

B3 = TAK

+

C1 = TAK

TAK NIE

Tabela 6 *Sposób oceny syndromu zaprzeczanie chorobie – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

ZAPRZECZANIE CHOROBIE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Utrzymujące się zaprzeczanie somatycznym zaburzeniom i konieczności leczenia (np. nieprzestrzeganie zaleceń, zwlekanie z poszukiwaniem opieki medycznej w przypadku poważnych i utrzymujących się objawów, zachowania przeciwfobowe[4]) jako reakcja na symptomy, oznaki, diagnozę lub leczenie choroby somatycznej.	A1. Czy kiedykolwiek zaniedbał/a Pan/i poważne objawy choroby, o których powinien/powinna Pan/i powiedzieć lekarzowi, lub zignorował/a diagnozę i zalecenia lekarskie?	TAK	NIE

[4] Zachowania przeciwfobowe.

tabela 6 (cd.)

ZAPRZECZANIE CHOROBIE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	A2. Gdy lekarz mówi, że jest Pan/i chory/a i przepisuje leki, zaleca odpowiednią dietę lub określoną aktywność fizyczną, czy stosuje się Pan/i do tych zaleceń lekarskich?	TAK	NIE
JEŚLI A1=NIE i A2=TAK, PRZEJDŹ DO UPORCZYWYCH SOMATYZACJI			
Kryterium B: Pacjent został adekwatnie poinformowany o swojej sytuacji medycznej i dostał zalecenia, których powiniem przestrzegać (jeśli była potrzeba), miał możliwość dyskusji i wyjaśnienia	B1. Czy lekarz powiedział Panu/i, że cierpi Pan/i na chorobę somatyczną oraz jasno wytłumaczył sytuację medyczną i podał zalecenia, których należy przestrzegać?	TAK	NIE

Diagnoza ZAPRZECZANIE CHOROBIE

A1 = TAK

+

A2 = NIE

+

B1 = TAK

TAK NIE

Tabela 7 *Sposób oceny syndromu uporczywe somatyzacje – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

UPORCZYWE SOMATYZACJE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Funkcjonalne zespoły medyczne (fibromialgia, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia motoryki przełyku, niestrawność czynnościowa, zespół jelita drażliwego, atypowy ból w klatce piersiowej, nadreaktywny pęcherz moczowy) których czas trwania przekracza 6 miesięcy, powodując dystres, i/lub poszukiwanie opieki medycznej, i/lub powodując pogorszenie jakości życia	A1. Czy kiedykolwiek cierpiał/a Pan/i, przez dłużej niż 6 miesięcy z powodu przynajmniej jednego z zaburzeń, które wymienię? □ Ból mięśni i mrowienie? □ Przewlekłe zmęczenie? □ Choroba refluksowa przełyku, odbijanie, trudności z połykaniem? □ Bóle żołądka z pieczeniem, wzdęciem lub spowolnione trawienie? □ Zaparcie lub biegunka, bóle brzuszne, gazy? □ Ból w klatce piersiowej? □ Trudności z oddychaniem? □ Częste oddawanie moczu, naglące parcie na mocz?	TAK	NIE

tabela 7 (cd.)

UPORCZYWE SOMATYZACJE			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO OBJAWY KONWERSJI		
	A2. Czy lekarz znalazł określoną przyczynę medyczną lub konkretny czynnik wyjaśniający te zaburzenia?	TAK	NIE
	A3. Czy te problemy wywołały u Pana/i stres?	TAK	NIE
	A4. Czy szukał/a Pan/i opieki medycznej?	TAK	NIE
	A5. Czy te zaburzenia wpłynęły na pogorszenie jakości Pana/i życia?	TAK	NIE
Kryterium B: Objawy pobudzenia autonomicznego z udziałem innych organów i narządów (np. kołatanie serca, drgawki, uderzenia gorąca, pocenie się) i/lub wyolbrzymione skutki uboczne leczenia, wskazujące na niską tolerancję bólu i/lub wysoką podatność na sugestię	B1. Czy kiedykolwiek cierpiał/a Pan/i, przez dłużej niż 6 miesięcy z powodu przynajmniej jednego z objawów, które wymienię? □ Palpitacja, kołatanie serca, przyspieszone tętno? □ Drgawki lub drżenia □ Uderzenia gorąca □ Pocenie się □ Suchość w ustach □ Hiperwentylacja □ Zawroty głowy □ Mdłości □ Inne	TAK	NIE
	B2. Jeśli zażył/a Pan/i leki na te dolegliwości, czy spowodowały one kłopotliwe skutki uboczne? TAK NIE Lub czy czuł/a Pan/i się gorzej? TAK NIE	TAK	NIE

Diagnoza UPORCZYWE SOMATYZACJE

A1 = TAK

+

A2 = NIE

+

A3 i/lub A4 i/lub A5 = TAK

+

B1 i/lub B2 = TAK

TAK NIE

Tabela 8 *Sposób oceny syndromu objawy konwersji – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

OBJAWY KONWERSJI			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Jeden lub więcej sympom lub deficyt wpływający na dowolne ruchy i funkcje sensoryczne, charakteryzujące się: brakiem anatomicznego lub fizjologicznego uzasadnienia, i/lub brakiem oczekiwanych objawów fizycznych lub wyników badań labolatoryjnych, i/lub niespójnymi objawami klinicznymi. Jeśli autonomiczne pobudzenie lub uporczywe objawy płynące z ciała są obecne, to objawy konwersji powinny być widoczne i powodować dystres i/lub poszukiwanie opieki medycznej i/lub obniżoną jakość życia.	A1. Czy kiedykolwiek występowały u Pana/i któreś z wymienionych poniżej dolegliwości? □ Zaburzenia równowagi? □ Miejscowy paraliż lub osłabienie? □ Utrata głosu? □ Trudności z połykaniem lub spożywaniem pokarmów? □ Podwójne widzenie? □ Utrata wzroku?	TAK	NIE
	JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO REAKCJI ROCZNICOWEJ		
	A2. Czy te trudności wywołały u Pana/i stres?	TAK	NIE
	A3. Czy szukał/a Pan/i pomocy medycznej?	TAK	NIE
	A4. Czy te zaburzenia wpłynęły na pogorszenie jakości Pana/i życia?	TAK	NIE
Kryterium B: Odpowiednia diagnoza medyczna nie ujawniła zmian organicznych odpowiedzialnych za uskarżanie się na dolegliwości fizyczne.	B1. Czy po odpowiednim badaniu medycznym, lekarz znalazł konkretną medyczną przyczynę lub określony czynnik wyjaśniający Pana/i objawy?	TAK	NIE
Kryterium C: Co najmniej 2 z wymienionych cech powinny być obecne: (1) Ambiwalencja w relacjonowaniu objawów (np. Pacjent wydaje się zrelaksowany lub beztroski, podczas gdy opisuje stresujące symptomy) (2) Cechy osobowości histrionicznej (np. barwne i dramatyczne: ekspresja, język i wygląd; tendencja do zależności, wysoka podatność na sugestie, szybkie zmiany nastrojów (3) gwałtowność objawów powodowana jest przez stres psychologiczny (pacjent nie jest świadomy tego związku) (4) Historia podobnych fizycznych objawów doświadczanych przez pacjenta lub zaobserwowanych u kogoś innego, lub życzona komuś innemu	C1. CZY PACJENT PRZEJAWIA AMBIWALENTNY STOSUNEK CO DO OBJAWÓW?	TAK	NIE

tabela 8 (cd.)

OBJAWY KONWERSJI			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	C2. CZY PACJENT PRZEJAWIA CECHY OSOBOWOŚCI HISTRIONICZNEJ?	TAK	NIE
	C3. Czy jakiekolwiek konkretne wydarzenie miało miejsce przed pojawieniem się tych objawów?	TAK	NIE
	C4. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i takie same objawy w przeszłości?	TAK	NIE
	C5. Czy obserwował/a Pan/i takie same objawy u bliskich osób?	TAK	NIE

Diagnoza OBJAWY KONWERSJI

A1 = TAK

+

A2 i/lub A3 i/lub A4 = TAK

+

B1 = NIE

+

co najmniej 2 cechy

C1 = TAK

C2 = TAK

C3 = TAK

C4 = TAK

C5 = TAK

TAK NIE

Tabela 9 *Sposób oceny syndromu reakcja rocznicowa – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

REAKCJA ROCZNICOWA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Objawy pobudzenia autonomicznego (np. kołatanie serca, drgawki, uderzenia gorąca, pocenie się) lub funkcjonalne zespoły medyczne (np. zespół jelita drażliwego, fibromialgia, ból w klatce piersiowej) lub objawy konwersji powodujące dystres, i/lub poszukiwanie opieki medycznej, i/lub obniżoną jakość życia.	A1. OBJAWY POBUDZENIA AUTONOMICZNEGO LUB FUNKCJONALNE ZESPOŁY MEDYCZNE, LUB OBJAWY KONWERSJI SĄ OBECNE (ZAPYTAJ O TE OBJAWY JEŚLI NIE ZOSTAŁY WCZEŚNIEJ ZDIAGNOZOWANE)	TAK	NIE
	A2. Czy te trudności wywołały u Pana/i stres?	TAK	NIE

tabela 9 (cd.)

REAKCJA ROCZNICOWA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	A3. Czy szukał/a Pan/i pomocy medycznej?	TAK	NIE
	A4. Czy te zaburzenia wpłynęły na pogorszenie jakości Pana/i życia?	TAK	NIE
JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO OBJAWÓW SOMATYCZNYCH WTÓRNYCH DO ZABURZENIA PSYCHICZNEGO			
Kryterium B: Odpowiednia diagnoza medyczna nie ujawniła zmian organicznych odpowiedzialnych za objawy fizyczne.	B1. Czy po odpowiednim badaniu medycznym, lekarz znalazł konkretną medyczną przyczynę lub określony czynnik wyjaśniający Pana/i objawy?	TAK	NIE
Kryterium C: Objawy wystąpiły, kiedy pacjent osiągnął wiek, lub z okazji rocznicy, kiedy u rodzica lub bardzo bliskiego członka rodziny wykryto zagrażającą życiu chorobę i/lub któraś z tych osób zmarła. Pacjent jest nieświadomy tych zależności.	C1. Czy pamięta Pan/i, by te objawy wystąpiły w czasie ważnej dla Pana/i daty, lub w tym samym wieku, w którym u Pana/i rodzica lub bardzo bliskiego członka rodziny wykryto zagrażającą życiu chorobę lub któraś z tych osób zmarła?	TAK	NIE

Diagnoza REAKCJA ROCZNICOWA

A1 = TAK

+

A2 i/lub A3 = TAK i/lub A4 = TAK

+

B1 = NIE

+

C1 = TAK

TAK NIE

Tabela 10 *Sposób oceny syndromu objawy somatyczne wtórne do zaburzenia psychicznego – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

OBJAWY SOMATYCZNE WTÓRNE DO ZABURZENIA PSYCHICZNEGO			
Kryteria		Odpowiedź	
Kryterium A: Somatyczne objawy powodujące dystres i/lub poszukiwanie pomocy medycznej i/lub obniżenie jakości życia.	A1. OBJAWY POBUDZENIA AUTONOMICZNEGO LUB FUNKCJONALNE ZESPOŁY MEDYCZNE, LUB OBJAWY KONWERSJI SĄ OBECNE (ZAPYTAJ O TE OBJAWY JEŚLI NIE ZOSTAŁY WCZEŚNIEJ ZDIAGNOZOWANE)	TAK	NIE
	A2. Czy te trudności wywołały u Pana/i stres?	TAK	NIE

tabela 10 (cd.)

OBJAWY SOMATYCZNE WTÓRNE DO ZABURZENIA PSYCHICZNEGO			
Kryteria		Odpowiedź	
	A3. Czy szukał/a Pana/i pomocy medycznej?	TAK	NIE
	A4. Czy te zaburzenia wpłynęły na pogorszenie jakości Pana/i życia?	TAK	NIE
JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO UTRATY MORALE (z ang. DEMORALIZACJI)			
Kryterium B: Odpowiednia diagnoza medyczna nie ujawniła zmian organicznych odpowiedzialnych za skargi na dolegliwości fizyczne.	B1. Czy po odpowiednim badaniu medycznym lekarz znalazł konkretną medyczną przyczynę lub określony czynnik wyjaśniający Pana/i objawy?	TAK	NIE
Kryterium C: Zaburzenie psychiczne (które w swoich przejawach zawiera objawy somatyczne) poprzedziło wystąpienie objawów somatycznych (np. zesół lęku napadowego poprzedzający objawy kardiologiczne)	C1. ZABURZENIE PSYCHICZNE ZOSTAŁO LUB MOŻE ZOSTAĆ ZDIAGNOZOWANE U PACJENTA	TAK	NIE
	C2. ZABURZENIE PSYCHICZNE POPRZEDZIŁO WYSTĄPIENIE FUNKCJONALNYCH OBJAWÓW SOMATYCZNYCH	TAK	NIE

Diagnoza OBJAWY SOMATYCZNE WTÓRNE DO ZABURZENIA PSYCHICZNEGO

A1 = TAK

+

A2 i/lub A3 i/lub A4 = TAK

+

B1 = NIE

+

C1 = TAK

+

C2 = TAK

TAK NIE

Tabela 11 *Sposób oceny syndromu demoralizacja / utrata morale – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

DEMORALIZACJA / UTRATA MORALE			
Kryteria		Odpowiedź	
Kryterium A: stan uczuciowy charakteryzujący się spostrzeniem siebie, jako niezdolnego do poradzenia sobie z niektórymi naglącymi problemami i/lub brakiem odpowiedniego wsparcia ze strony innych (bezradność). Osoba zachowuje zdolność do reagowania.	A1. Czy czuje Pan/i spadek sił do życia (demoralizacja) lub zniechęcenie, z powodu naglącego problemu, z którym nie jest Pan/i w stanie sobie poradzić?	TAK	NIE
	A2. Czy to poczucie spadku sił lub zniechęcenia występują, ponieważ nie otrzymuje Pan/i odpowidniego wsparcia od przyjaciół i/lub rodziny?	TAK	NIE
JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO STANU DRAŻLIWOŚCI (IRYTACJI)			
	A3. CZY PACJENT ZACHOWUJE ZDOLNOŚĆ DO REAGOWANIA (NP. WCIĄŻ PRZEJAWIA INICJATYWĘ, JEST W STANIE WYKONYWAĆ CONAJMNIEJ CZĘŚĆ CODZIENNYCH OBOWIĄZKÓW NA ZADOWALAJĄCYM POZIOMIE)	TAK	NIE
Kryterium B: Ten stan uczuciowy przedłuża się i jest uogólniony (trwa co najmniej 1 miesiąc)	B1. Czy czuje się Pan/i tak przez dłużej niż 1 miesiąc?	TAK	NIE

Diagnoza DEMORALIZACJA / UTRATA MORALE

A1 i/lub A2 = TAK

+

A3 = TAK

+

B1 = TAK

TAK NIE

Tabela 12 *Sposób oceny syndromu wymiaru bezsilność /beznadziejność, składowej syndromu demoralizacji – autoryzowane polskie tłumaczenie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

BEZSILNOŚĆ / BEZNADZIEJNOŚĆ			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium C: Stan uczuciowy charakteryzujący się świadomością odniesienia porażki w niespełnianiu oczekiwań, oraz związany z przekonaniem, że nie ma rozwiązań dla aktualnych problemów i trudności (beznadziejność)	C1. Czy czuje Pan/i, że odniósł/a porażkę w spełnieniu swoich oczekiwań bądź oczekiwań innych osób (dotyczących pracy, rodziny, społecznego i/lub ekonomicznego statusu)?	TAK	NIE
	C2. Czy uważa Pan/i, że nie ma rozwiązań dla aktualnych problemów i trudności?	TAK	NIE

Diagnoza DEMORALIZACJA / UTRATA MORALE Z BEZNADZIEJNOŚCIĄ

C1 = TAK

+

C2 = TAK

oprócz spełnienia kryteriów diagnozy syndromu demoralizacji / utraty morale

TAK NIE

Tabela 13 *Sposób oceny syndromu drażliwość (irytacja) – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

STAN DRAŻLIWOŚCI (IRYTACJI)			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Stan uczuciowy charakteryzujący się drażliwością, który może być doświadczany jako krótkie epizody (w określonych okolicznościach) lub może się przedłużać i być uogólniony. Wymaga on wzmożonego wysiłku, aby zapanować nad swoim nastrojem lub skutkuje gniewnymi, porywczymi słownymi lub behawioralnymi wybuchami	A1. Kiedy czuje się Pan/i poirytowany/a (krótkie bądź długie epizody, od czasu do czasu bądź trwale), czy musi Pan/i zwiększyć wysiłek by się kontrolować?	TAK	NIE
	A2. Czy często miewa Pan/i niekontrolowane wybuchowe wypowiedzi lub zachowania (krzyczenie, trzaskanie drzwiami, uderzanie pięściami w stół)?	TAK	NIE
JEŚLI NIE, PRZEJDŹ DO WZORU ZACHOWANIA A			

tabela 13 (cd.)

STAN DRAŻLIWOŚCI (IRYTACJI)			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium B: Doświadczenie drażliwości zawsze jest nieprzyjemne, a jawne jej okazanie nie daje efektu oczyszczenia (katharsis), uzasadniającego wybuchy gniewu	B1. Czy po takim wybuchowym zachowaniu nadal czuje się Pan/i źle?	TAK	NIE

Diagnoza STAN DRAŻLIWOŚCI (IRYTACJI)

A1 i/lub A2 = TAK

+

B1 = TAK

TAK NIE

Tabela 14 *Sposób oceny syndromu Wzoru Zachowania A – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

WZÓR ZACHOWANIA A			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Co najmniej 5 z 9 wymienionych cech powinny być obecne: 1. nadmierne zaangażowanie w pracę i inne działania podlegające terminom 2. stałe i wszechobecne poczucie presji czasu 3. okazywanie cech ekspresji motorycznej (szybka, wybuchowa mowa, nagłe ruchy ciała, napinanie mięśni twarzy, gestykulacja) wskazujące na poczucie bycia pod presją czasu 4. wrogość i cynizm 5. irytacja/drażliwość 6. tendencja do przyspieszonej aktywności fizycznej 7. tendencja do przyspieszonej aktywności umysłowej 8. silna potrzeba osiągnięć i uznania 9. znaczna postawa rywalizacji	A1. Czy często zostaje Pan/i w pracy po godzinach, żeby skończyć dane zadania w terminie, za które czuje się Pan/i szczególnie odpowiedzialny/a?	TAK	NIE
	A2. Czy często ma Pan/i silne poczucie presji czasu, by zakończyć rozpoczęte działania (zarówno w pracy jak i w domu)?	TAK	NIE
	A3. CZY PACJENT MÓWI SZYBKO, WYBUCHOWO, WYKONUJE NAGŁE RUCHY CIAŁA, NAPINA MIĘŚNIE TWARZY I GESTYKULUJE?	TAK	NIE

tabela 14 (cd.)

WZÓR ZACHOWANIA A			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	A4. Czy gdy odczuwa Pan/i presję czasu, czy staje się Pan/i agresywna/y wobec otaczających osób?	TAK	NIE
	A5. Czy często czuje się Pan/i poirytowany/a?	TAK	NIE
	A6. Czy ma Pan/i tendencje do dość szybkiego chodzenia, poruszania się, działania i gestykulowania?	TAK	NIE
	A7. Czy czuje Pan/i, że ma wiele pomysłów i myśli w tym samym czasie?	TAK	NIE
	A8. Czy czuje Pan/i, że jest bardzo ambitny/a w pracy, pragnie sukcesów i większego uznania niż inni?	TAK	NIE
	A9. Czy czuje Pan/i, że rywalizuje z kolegami/koleżankami?	TAK	NIE

Diagnoza WZÓR ZACHOWANIA A
Co najmniej 5 cech od A1 do A9 = TAK
TAK NIE

Tabela 15 *Sposób oceny syndromu aleksytymii – autoryzowane polskie tłumacznie oryginału autorstwa Fava i in. (Fava et al., 2017; Guidi, Fava, 2022)*

ALEKSYTYMIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
Kryterium A: Co najmniej 3 z 6 wymienionych cech powinny być obecne: 1. niezdolność do użycia odpowiednich słów, aby opisać emocje 2. tendencja do opisywania szczegółów zamiast uczuć (np. okoliczności towarzyszące wydarzeniu a nie uczucia) 3. brak bujnej fantazji 4. treść myśli związana raczej ze światem zewnętrznym niż z fantazjami lub emocjami 5. nieświadomość typowych reakcji somatycznych, które towarzyszą doświadczeniu różnych uczuć 6. okazjonalne, ale gwałtowne i często nieodpowiednie wybuchy zachowań afektywnych	A1. Gdy doświadcza Pan/i czegoś złego lub dobrego, czy potrafi Pan/i opisać swoje emocje (zniesmaczenie, radość, smutek, zmartwienie, złość)?	TAK	NIE

tabela 15 (cd.)

ALEKSYTYMIA			
Kryteria	Pytania	Odpowiedź	
	A2. Gdy przeżywa Pan/i złe lub dobre zdarzenia, czy jest Pan/i w stanie rozmawiać o swoich uczuciach?	TAK	NIE
	A3. Czy często Pan/i marzy i pozwala sobie na fantazjowanie?	TAK	NIE
	A4. Czy Pana/i myśli częściej koncentrują się na tym, co dzieje się wokół Pana/i niż na stanach wewnętrznych (fantazjach i emocjach)?	TAK	NIE
	A5. Kiedy doświadcza Pan/i silnych emocji czy jest Pan/i świadomy/a powiązanych z nimi reakcji fizycznych (np. bóle brzucha)?	TAK	NIE
	A6. Czy kiedykolwiek doznał/a Pan/i sporadycznych, ale gwałtownych wybuchów gniewu, płaczu lub radości, które były nieadekwatne do sytuacji, odmienne od Pana/i typowego zachowania?	TAK	NIE

Diagnoza ALEKSYTYMIA

Co najmniej 3 cechy

A1 = NIE

A2 = NIE

A3 = NIE

A4 = TAK

A5 = NIE

A6 = TAK

TAK NIE

Data wpłynięcia: 2 września 2025
Data wpłynięcia po poprawkach: 14 listopada 2025
Data zatwierdzenia tekstu do druku: 2 grudnia 2025