

Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych

Anna Otlewska¹

¹ Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Polska

Otlewska A. Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych. Med Og Nauk Zdr. 2018; 24(1): 54–58. doi: 10.26444/monz/86587

Streszczenie

Niniejsza praca ma na celu omówienie wzajemnych zależności między chorobami somatycznymi i psychicznymi. Badania wskazują, że u 20–35% pacjentów obciążonych przewlekłym schorzeniem somatycznym występuje także przynajmniej jedno rozpoznanie psychiatryczne. Przewlekłymi chorobami somatycznymi, które wiążą się z rozwojem zaburzeń psychicznych, są przede wszystkim choroby nowotworowe, ale także przewlekłe choroby tkanki łącznej, choroby, z którymi wiąże się przewlekły ból. Powyższe schorzenia prowadzą głównie do depresji. Z drugiej strony, obecność choroby psychicznej może wpływać na przebieg choroby somatycznej. Stanowi to efekt nieprawidłowego stylu życia, obejmującego palenie papierosów, nadużywanie środków psychoaktywnych, niską aktywność fizyczną oraz stosowanie niektórych leków. Należy pamiętać o istnieniu tych zależności, ponieważ często – ze względu na utrudniony kontakt i brak współpracy z pacjentami obciążonymi chorobami psychicznymi – zdarza się, że towarzyszące podstawowej chorobie drugie schorzenie pozostaje nierozpoznane. Dlatego w przypadku tej grupy chorych szczególnie ważny jest obiektywny wywiad, zebrany od bliskich pacjenta oraz dokładne badanie przedmiotowe i planowanie koniecznych badań dodatkowych. Także u pacjentów z chorobą somatyczną ich dodatkowe rozpoznanie psychiatryczne może pozostać niezdiagnozowane. Trzeba pamiętać o tym, by zwracać szczególną uwagę na stan psychiczny pacjentów, zwłaszcza przewlekłe chorych.

Słowa kluczowe

zaburzenia lękowe, depresja, choroby serca, zespół metaboliczny, schizofrenia

WSTĘP

Choroby psychiczne i somatyczne wzajemnie wpływają na siebie. Choroby psychiczne mogą indukować pojawienie się zaburzeń somatycznych i odwrotnie – obecność przewlekłego schorzenia może doprowadzić do rozwoju zaburzeń psychicznych. Uważa się, że ryzyko rozwoju choroby somatycznej jest zwiększone u pacjentów obciążonych rozpoznaniem psychiatrycznym. Często występują u nich choroby sercowo-naczyniowe, choroby płuc, cukrzyca [1]. Z drugiej strony, dane wskazują, że 20–35% pacjentów z przewlekłą chorobą somatyczną obciążonych jest również dodatkowym rozpoznaniem psychiatrycznym [2]. Chorobami psychicznymi, w przypadku których występuje szczególne ryzyko rozwoju chorób somatycznych, są: schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa i depresja [3]. Pacjenci obciążeni chorobami psychicznymi często nie współpracują z lekarzami w zakresie leczenia schorzeń somatycznych [4]. Choroby somatyczne w tej grupie pacjentów często pozostają niezdiagnozowane [1].

DEPRESJA

Dane wskazują, że depresję rozpoznaje się u 3% populacji, częściej u kobiet niż u mężczyzn. W większym odsetku dotyczy kobiet po 50. r.ż. niż młodszych [5]. Według klasyfikacji DSM-V zaburzenia depresyjne to zaburzenia przebiegające z uczuciem smutku z towarzyszącymi zmianami somatycznymi i poznawczymi. Według tej klasyfikacji epizod depresyjny musi utrzymywać się przynajmniej 2 tygodnie, by móc postawić takie rozpoznanie [6]. Poza objawami dotyczącymi

sfer psychicznej z obniżeniem nastroju na czele, charakterystyczne dla depresji jest również występowanie jej objawów somatycznych. Należą do nich: zmęczenie, zaburzenia snu oraz apetytu [7], a także nudności, niestrawność, bóle i zawroty głowy, uczucie kołatania serca oraz częste dolegliwości bólowe dotyczące mięśni, stawów oraz klatki piersiowej i jamy brzusznej [8, 9]. Pacjentom chorującym na depresję doskwierają również: uczucie braku energii [10], zaburzenia koncentracji, utrata zainteresowania seksem [11]. Ponadto uważa się, że depresja może wpływać na rozwój chorób serca, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, na wystąpienie udaru, a także choroby Alzheimera [12]. U pacjentów z depresją dochodzi do zmian w układzie immunologicznym i wzrostu stężenia markerów stanu zapalnego. One z kolei wpływają na zwiększone ryzyko wystąpienia choroby wieńcowej [13]. Dodatkowym aspektem jest niekorzystny wpływ stylu życia na zdrowie, wynikającego z częściej występujących u pacjentów chorujących na depresję negatywnych nawyków: palenia papierosów, nadużywania alkoholu, niskiej aktywności fizycznej czy nieprawidłowego odżywiania [12]. Uważa się, że nasilenie objawów somatycznych u pacjentów chorujących na depresję koreluje ujemnie z odpowiedzią na leczenie oraz odsetkiem uzyskiwania remisji depresji [14]. Często występujące w przebiegu depresji objawy somatyczne prowadzą do poszukiwania pomocy u specjalistów innych dziedzin niż psychiatria [8]. Także leki stosowane w leczeniu depresji mogą wpływać na stan somatyczny pacjentów z depresją, np. trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne mogą powodować zwiększenie masy ciała [15].

Należy również zwrócić uwagę na odwrotną zależność: częstsze występowanie depresji wśród pacjentów z chorobami somatycznymi. Według American Psychiatric Association przewlekła choroba somatyczna stanowi czynnik ryzyka nawrotu depresji [16]. Warto tutaj zwrócić uwagę na pacjentów z chorobą nowotworową, którzy często zmagają się z dodatkowymi zaburzeniami psychiatrycznymi.

Adres do korespondencji: Anna Otlewska, Katedra i Zakład Fizjologii, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, al. Władysława 7/1, 53-127 Wrocław, Polska
E-mail: a.otlewska@gmail.com

Nadesłano: 6 listopada 2017; zaakceptowano do druku: 12 marca 2018

Depresja bywa u tych pacjentów nierozpoznana, ponieważ naturalną rzeczą jest smutek towarzyszący chorobie, a objawy somatyczne depresji mogą być przypisywane chorobie nowotworowej [17].

Jednostkami chorobowymi najczęściej współistniejącymi z depresją są: astma [13], choroba niedokrwienna serca, udar mózgu, choroba Parkinsona, zespoły bólowe, nowotwory złośliwe [17] oraz cukrzyca [4].

ZABURZENIA LĘKOWE

Napady paniki dotyczą 6,2% populacji, a zaburzenia lękowe uogólnione – 1,1% populacji. Zaburzenia lękowe częściej występują u kobiet [5]. Charakterystyczne dla zaburzeń lękowych z napadami lęku jest to, że przebiegają wraz z objawami somatycznymi – uczuciem kołatania serca, poceniem, drżeniem, dusznością, bólem w klatce piersiowej [18], pojawianiem się nagłego parcia na mocz [19]. Objawy somatyczne mogą być tak nasilone, że pacjenci z zaburzeniami lękowymi często poszukują pomocy u lekarzy innych specjalności.

Ponadto należy pamiętać, że niektóre schorzenia somatyczne mogą przebiegać z napadami lęku; są to przede wszystkim choroby kardiologiczne, np. choroba niedokrwienna serca, zawał, wypadanie płatków zastawki mitralnej [18]. Zaburzenia lękowe mogą również występować u pacjentów z guzem chromochłonnym [20, 21] oraz pojawiać się u osób z zespołem abstynencyjnym [22].

Zaburzenia lękowe częściej występują u pacjentów z atopowym zapaleniem skóry [13], z chorobami nowotworowymi [17], a także u pacjentów operowanych, z chorobą niedokrwienną serca, przewlekłą niewydolnością serca [4].

SCHIZOFRENIA

Dane wskazują, że schizofrenia występuje u 1% populacji [23]. Pacjenci chorujący na schizofrenię są obciążeni zwiększonym ryzykiem wystąpienia zespołu metabolicznego, chorób sercowo-naczyniowych, obturacyjnej choroby płuc [24], wirusowego zapalenia wątroby typu C, uzależnienia od alkoholu, nikotyny i środków psychoaktywnych [25]. Często stwierdza się u nich także występowanie poszczególnych składowych zespołu metabolicznego – nadciśnienia tętniczego, otyłości, zaburzeń lipidowych [26]. Dodatkowym problemem jest niehigieniczny styl życia pacjentów z tym rozpoznaniem – nieprawidłowa dieta, częste palenie papierosów [24], niedostateczna aktywność fizyczna [3]. Należy także zwrócić uwagę na wpływ stosowanych leków przeciwpsychotycznych na organizm [24]. Wpływają one głównie na zwiększenie łaknienia [27]. Najistotniejszy wpływ na wzrost masy ciała mają neuroleptyki atypowe – klozapina i olanzapina [28]. Pacjenci ze schizofrenią żyją o 10–15 lat krócej w porównaniu z populacją ogólną [3]. Problemem jest również to, że często nie zgłaszają się do lekarzy w celu leczenia towarzyszących schorzeń [29]. Z uwagi na zaburzenia psychiczne często nie potrafią interpretować pojawiających się objawów chorobowych [3], na skutek czego towarzyszące schizofrenii choroby somatyczne często pozostają nierozpoznane i nieleczone [30]. Zdarza się również, że rozpoznanie choroby somatycznej stawiane jest w jej zaawansowanym stadium [3].

ZABURZENIA ODŻYWIANIA

Kolejną grupą zaburzeń psychicznych, na którą warto zwrócić uwagę w kwestii wpływu na zdrowie, są zaburzenia odżywiania. W przebiegu anoreksji zaburzony obraz własnego ciała powoduje, że pacjenci podejmują działania mające na celu zmniejszenie masy ciała [4]. Na skutek niedowagi dochodzi do rozwoju szeregu zaburzeń w funkcjonowaniu różnych narządów – rośnie ryzyko rozwoju osteoporozy, niewydolności nerek, zaburzeń odporności i częstszego występowania infekcji. Pacjenci chorujący na anoreksję nie współpracują i odmawiają leczenia, co dodatkowo pogarsza stan ich zdrowia [31]. Z kolei w bulimii – żarłoczności psychicznej – częstymi powikłaniami somatycznymi są: zaburzenia żołądkowo-jelitowe (biegunki, zaparcia), refluks żołądkowo-przełykowy [32], próchnica, uszkodzenie szklówki, a także zaburzenia elektrolitowe. Inne zaburzenia odżywiania, jak: zespół kompulsywnego objadania się, zespół jedzenia nocnego, mogą skutkować rozwinięciem się otyłości [33, 34].

INNE ZABURZENIA PSYCHICZNE

Kolejną grupą chorób ukazującą wpływ zaburzeń psychicznych na występowanie objawów somatycznych, są choroby psychosomatyczne. Zaburzenia sfery psychicznej indukują pojawienie się objawów somatycznych [35]. Przykładami takich jednostek chorobowych są zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, czyli somatoformiczne [36].

Także pacjenci cierpiący na zespół stresu pourazowego są obciążeni zwiększonym ryzykiem występowania chorób somatycznych – przede wszystkim chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy [37].

Znane są również choroby somatyczne, na których przebieg istotnie wpływają czynniki psychiczne; należą do nich: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba wieńcowa, atopowe zapalenie skóry [38].

WPŁYW CHORÓB SOMATYCZNYCH NA POWSTAWANIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Wiele chorób somatycznych może doprowadzić do pojawiania się różnych zaburzeń psychicznych [4].

Zespoły bólowe

Pacjenci cierpiący z powodu przewlekłego bólu są obciążeni zwiększonym ryzykiem rozwoju depresji [39], która może słabiej reagować na leczenie przeciwdepresyjne, charakteryzować się większym nasileniem i dłuższym czasem trwania [40]. Wśród pacjentów cierpiących na migrenę zaobserwowano częstsze występowanie depresji oraz zaburzeń lękowych [41].

Schorzenia kardiologiczne

Badanie przeprowadzone przez Moser i wsp. dowodzi, że występowanie niewydolności serca, zawału mięśnia sercowego wpływa na pojawianie się zaburzeń depresyjnych i lękowych. Zaburzenia depresyjne dotyczą głównie pacjentów z niewydolnością serca, a zaburzenia lękowe – pacjentów zarówno z niewydolnością serca, jak i po zawale mięśnia sercowego [42].

Schorzenia endokrynologiczne

Kolejną grupą chorób, w przebiegu których często pojawiają się zaburzenia psychiczne, są schorzenia endokrynologiczne. Pacjenci z niedoczynnością tarczycy często mają problemy z koncentracją oraz wykazują zwiększoną tendencję do występowania depresji [43]. Chorzy z nadczynnością tarczycy z powodu obecności zaburzeń psychicznych, przede wszystkim afektywnych, są często leczeni lekami przeciwpsychotycznymi, przeciwdepresyjnymi oraz przeciwłękowymi. W związku z obecnością zaburzeń psychicznych zdarza się, że pacjenci ci są hospitalizowani na oddziałach psychiatrycznych [44]. Kolejnym przykładem schorzenia endokrynologicznego prowadzącego do pojawienia się zaburzeń psychicznych jest zespół Cushinga, w przebiegu którego mogą występować zaburzenia afektywne – przede wszystkim depresja, ale również zaburzenia snu oraz rzadko – zespół paranoidalny i psychozy [45]. Także chorzy z akromegalią są obciążeni zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych: depresji, zaburzeń funkcji poznawczych i osobowości. Część objawów może wynikać z obniżenia jakości życia pacjentów z akromegalią oraz zmian w ich wyglądzie [46].

Choroby nerek i wątroby

Zaburzenia psychiczne mogą rozwijać się także w przypadku chorób wątroby [47] i nerek; są nimi najczęściej: depresja, lęk, psychozy, otępienie. W przebiegu tych schorzeń mogą pojawiać się także zaburzenia neurologiczne [4]. Przewlekła niewydolność wątroby może przebiegać z encefalopatią, której towarzyszą zaburzenia rytmu dobowego, zaburzenia zachowania, osobowości, zmiany nastroju. W przypadku zaawansowanej encefalopatii mogą pojawiać się także zaburzenia świadomości, otępienie, zaburzenia urojeniowe [48]. Ostatecznie encefalopatia wątrobowa może doprowadzić do śpiączki [49]. W chorobie Wilsona, skutek zaburzenia metabolizmu miedzi i jej odkładania się w różnych narządach, dochodzi do ich uszkodzenia, dotyczy to przede wszystkim wątroby. Objawy psychiatryczne stanowią drugą pod względem częstotliwości występowania grupę objawów. Należą do nich: zaburzenia osobowości i nastroju. Mogą także pojawiać się objawy psychotyczne i upośledzenie funkcji poznawczych [50]. W przebiegu przewlekłej choroby nerek często pojawiają się zaburzenia lękowe, dysforia, depresja, zaburzenia: świadomości, poznawcze i snu, w tym bezsenność, nadmierna senność i zespół niespokojnych nóg. Depresja może wpływać na przebieg choroby podstawowej. Współistnienie depresji często skutkuje tym, że pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarskich, co może pogarszać przebieg choroby [2].

Zaburzenia elektrolitowe

Towarzyszące różnym jednostkom chorobowym zaburzenia elektrolitowe, np. hiponatremia, mogą także prowadzić do pojawiania się różnych zaburzeń psychicznych. Z drugiej strony, warto tutaj zwrócić uwagę na fakt, że zaburzenia psychiczne mogą przyczyniać się do wystąpienia wspomnianej hiponatremii. Przykładem jednostki prowadzącej do hiponatremii może być polidypsja psychogenna, pojawiająca się np. w przebiegu schizofrenii, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych czy nerwicowych [51].

Choroby autoimmunologiczne

Także w przebiegu różnych chorób autoimmunologicznych może dochodzić do pojawienia się zaburzeń psychicznych. Mogą one stanowić jeden z objawów choroby – jak

w przypadku toczenia układowego rumieniowatego. Do objawów psychiatrycznych, które mogą pojawić się w przebiegu tej jednostki chorobowej, należą: objawy psychotyczne, zaburzenia poznawcze [52], zaburzenia lękowe i nastroju. Choroby autoimmunologiczne, podobnie jak pozostałe choroby przewlekłe, mogą prowadzić do rozwoju depresji. Badanie zrealizowane przez Asano i wsp. wskazuje na zwiększone ryzyko samobójstwa w tej grupie pacjentów [53]. Należy także zwrócić uwagę na potencjalne powikłania, które mogą pojawiać się wskutek leczenia chorób autoimmunologicznych sterydami. Ich stosowanie może prowadzić do pojawienia się objawów psychiatrycznych, takich jak: zaburzenia afektywne, psychozy i zaburzenia poznawcze [52].

Leki

Objawy psychiczne mogą być wywołane przez leki przyjmowane z powodu schorzeń somatycznych, takie jak: leki przeciwhistaminowe, leki przeciwnadciśnieniowe, hormonalne leki antykoncepcyjne czy glikokortykosteroidy. Przebiegają one zazwyczaj pod postacią majaczenia, zaburzeń depresyjnych [54].

ZAKOŃCZENIE

Z uwagi na częste współistnienie zaburzeń somatycznych i psychicznych i ich wzajemny wpływ, niezwykle ważny wydaje się skrupulatnie zebrany od pacjenta i członków jego rodziny wywiad, dokładne badanie fizykalne oraz zlecenie odpowiednich badań dodatkowych. Zdarza się bowiem, że w przebiegu chorób somatycznych pojawiają się zaburzenia psychiatryczne, których objawy zaczynają dominować, a podstawowa jednostka chorobowa, będąca przyczyną objawów psychiatrycznych, pozostaje nierozpoznana. Możliwe są również sytuacje odwrotne: zaburzenia sfery psychicznej mogą indukować pojawienie się różnych objawów psychiatrycznych, co sprawia, iż pacjenci chorzy na chorobę psychiatryczną stają się pacjentami lekarzy różnych specjalności, nim znajdą się pod opieką psychiatry. Grupą pacjentów, na którą należy zwrócić szczególną uwagę, są pacjenci z chorobami przewlekłymi oraz chorobami nowotworowymi, są oni bowiem silniej narażeni na wystąpienie zaburzeń psychicznych, głównie depresyjnych i lękowych. Ponadto należy pamiętać, że pacjenci obciążeni chorobą psychiczną często bagatelizują występujące u nich objawy somatyczne. W związku z powyższym lekarz przeprowadzający badanie psychiatryczne powinien również zwrócić uwagę na dodatkowe somatyczne dolegliwości u pacjenta i w razie ich występowania skierować go na dalszą szczegółową diagnostykę.

PIŚMIENNICTWO

1. Dornquast C, Tomzik J, Reinhold T, Walle M, Mönter N, Berghöfer A. To what extent are psychiatrists aware of the comorbid somatic illnesses of their patients with serious mental illnesses? – a cross-sectional secondary data analysis. *BMC Health Services Research* 2017; 17(162), s.1–8.
2. Jaracz J. Zaburzenia psychiczne i choroby nerek. *Psychiatria po Dyplomie* 2010; 7(5), s. 54–57.
3. Oud M, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Family Practice* 2009; 10(32), s. 1–9.
4. Dudek D, Sobański JA. Mental disorders in somatic diseases: psychopathology and treatment. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2012; 122(12), s. 624–628.

5. Kiejna A, Piotrowski P, Tomasz Adamowski T, Moskalewicz J, Wciórka J, Stokwiszewski J, Rabczenko D, Kessler RC. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(1), s. 15–27.
6. American Psychiatric Association. Zaburzenia depresyjne w DSM-5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Heitzman J (red.), wydanie piąte. Wrocław: EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.; 2015, s. 1–2.
7. Grover S, Ajit Avasthi S, Deka K. IPS multicentric study: Functional somatic symptoms in depression. *Indian Journal of Psychiatry* 2013; 55(1), s. 31–40.
8. Carney RM, Freedland KE. Are Somatic Symptoms of Depression Better Predictors of Cardiac Events than Cognitive Symptoms in Coronary Heart Disease? *Psychosom Med* 2012; 74(1), s. 33–38.
9. Kraszewska-Orzechowska A. Problem somatyzacji w przebiegu depresji i jej wpływ na zachowania osób dorosłych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio J* 2007; 20, s. 1–12.
10. Bridwell DA, Vaughn R, Steele VR, Maurer JM, Kent A, Kiehl KA, Calhoun VD. The relationship between somatic and cognitive-affective depression symptoms and error-related ERP's. *J Affect Disord* 2015; 1, 172, s. 89–95.
11. Robinson KM, Monsivais JJ. Depression, Depressive Somatic or Nonsomatic Symptoms, and Function in a Primarily Hispanic Chronic Pain Population. *ISSRN Pain* 2013; Article ID 401732, s. 1–8.
12. Penninx B, Milaneschi Y, Lamers F, Vogelzang N. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile. *BMC Medicine* 2013; 11(129), s. 1–14.
13. Skulimowska K. Wzajemne wpływy stanów somatycznego i psychicznego u pacjentów z rozpoznaniem choroby somatycznej i z zaburzeniem nerwowym. *Psychoterapia* 2011; 3(158), s. 41–59.
14. Hung CI, Yu NW, Liu CY, Wu KY, Yang CH. The impact of the duration of an untreated episode on improvement of depression and somatic symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2015; 11, s. 2245–2252.
15. Sep-Kowalikowa B, Badzio-Jagiello H, Mikolajczuk A. Wpływ leków z grupy hamujących wychwyt zwrotny serotoniny na masę ciała chorych z zespołami depresyjnymi. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 1998; 3, s. 43–54.
16. Kok GD, Bockting C, Burger H, Hannig W, Pijnenborg G, Cuijpers P, Hollon SD. Double Trouble: Does Co-Morbid Chronic Somatic Illness Increase Risk for Recurrence in Depression? A Systematic Review. *Plos One* 2013; 8(3), s. 1–7.
17. Kieszkowska-Grudny A. Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne. *Onco Review* 2013; 3(2), s. 119–128.
18. Pawłowski T, Baranowski P, Małyszczak K, Frydecka D, Chlebowska I. Zaburzenie lękowe z napadami lęku. *Adv Clin Exp Med* 2006; 15(1), s. 163–170.
19. Blumenthal JA, Smith PJ. Risk Factors: Anxiety and Risk of Cardiac Events. *Nat Rev Cardiol* 2010; 7(11), s. 606–608.
20. Kantorovich V, Eisenhofer G, Pacak K. Pheochromocytoma: an Endocrine Mimicking Disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 2009; 1148, s. 462–468.
21. Zardawi IM. Pheochromocytoma masquerading as anxiety and depression. *Am J Case Rep* 2013; 14, s. 161–163.
22. Nitka-Siemńska A. Zaburzenia lękowe – charakterystyka i zasady leczenia. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8(1), s. 37–43.
23. Jarema M, Rabe-Jabłońska J (red.). *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 2011, s. 123.
24. Dudek D. Zespół metaboliczny u pacjentów ze schizofrenią. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010; 1(3), s. 123–130.
25. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T. Schizofrenia. Perspektywa Społeczna. Sytuacja w Polsce. *Polskie Towarzystwo Psychiatryczne*, s. 18–21.
26. Ventriglio A, Gentile A, Stella E, Bellomo A. Metabolic issues in patients affected by schizophrenia: clinical characteristics and medical management. *Frontiers in Neuroscience* 2015; 9, s. 1–7.
27. Wysokiński A. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na występowanie zespołu metabolicznego. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14(4), s. 290–295.
28. Luks M, Rzewuska M, Ziółkowska A, Kuczyński W. Przyrost masy ciała związany z lekami antypsychotycznymi. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 2001; 1, s. 113–115.
29. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Jakość życia a doświadczanie schizofrenii. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4), s. 679–684.
30. Munk Laursen T, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic Somatic Comorbidity and Excess Mortality Due to Natural Causes in Persons with Schizophrenia or Bipolar Affective Disorder. *Plos One* 2011; 6(9), s. 1–7.
31. Erdur L, Kallenbach-Dermutz B, Lehmann V, Zimmermann-Viehoff F, Köpp W, Weber C, Deter HC. Somatic comorbidity in anorexia nervosa: First results of a 21-year follow-up study on female inpatients. *BioPsychoSocial Medicine* 2012; 6(4), s. 1–6.
32. Rzońca E, Bień A, Iwanowicz-Palus G. Zaburzenia odżywiania – problem wciąż aktualny. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12), s. 267–273.
33. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń odżywiania się w podstawowej opiece zdrowotnej. *Medycyna po Dyplomie* 2011; 20(7), s. 43–50.
34. Bąk-Sosnowska M. Zaburzenia odżywiania towarzyszące otyłości. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2010; 1(2), s. 92–99.
35. Grzywa A, Makara-Studzińska M, Grzywa-Celińska A. Zaburzenia psychiczne a choroby somatyczne. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12(1), s. 67–72.
36. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL 2011; s. 235–247.
37. Lok M, Byberg S, Carlsson J, Norredam M. Somatic comorbidity among migrants with posttraumatic stress disorder and depression – a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2016; 16(447), s. 1–12.
38. Tylka J. Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review* 2010; 12(1), s. 97–103.
39. Ziarko M. Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej. *Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*; 2014, s. 112–130.
40. Szukutnik-Fiedler D, Grześkowiak E, Wyrowski Ł. Ból przewlekły i depresja. *Farmacja współczesna* 2014; 7, s. 14–17.
41. Yavuz BG, Aydinlar EI, Dikmen PY, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *The Journal of Headache and Pain* 2013; 14(53), s. 1–6.
42. Moser DK, Dracup K, Evangelista LS, Zambroski CH, Lennie TA, Chung ML, Doering LV, Westlake C, Heo S. Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety and hostility in elderly heart failure, myocardial infarction and coronary artery bypass graft patients. *Heart Lung* 2010; 39(5), s. 378–385.
43. Sz wajkosz K, Wawryniuk A, Sawicka K, Łuczyk R, Tomaszewski A. Niedoczynność tarczycy jako skutek przewlekłego autoimmunologicznego zapalenia gruczołu tarczowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2017; 7(5), s. 41–54.
44. Brandt F, Thvilum M, Almind D, Christensen K, Green A, Hegedus L, Brix TH. Hyperthyroidism and psychiatric morbidity: evidence from a Danish nationwide register study. *European Journal of Endocrinology* 2014; 170(2), s. 341–348.
45. Ziółkowski J, Łucka I. Hiperkortyzolemia i zaburzenia psychiczne. *Psychiatria* 2009; 6(3), s. 111–115.
46. Baranowska-Bik A, Zgliczyński W. Zespół psychoendokryny w wybranych endokrynopatiach. *Postępy Nauk Medycznych* 2014; 27(12), s. 872–875.
47. Rietschel M. Mental disorders are somatic disorders, a comment on M. Stier and T. Schramme. *Frontiers in Psychology* 2014; 5(53), s. 1–3.
48. Rękas-Wójcik A, Prystupa A, Dzida G, Mosiewicz J. Zaburzenia zachowania oraz objawy psychotyczne w chorobach wątroby. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(2), s. 135–137.
49. Panasiuk A. Encefalopatia wątrobowa. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8(2), s. 64–75.
50. Litwin T, Członkowska A. Choroba Wilsona – obraz kliniczny, diagnostyka i leczenie. *Postępy Nauk Medycznych* 2012; 25(1), s. 34–44.
51. Załuska M. Diagnostyka i terapia hiponatremii u pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii* 2005; 2, s. 155–166.
52. Celińska-Löwenhoff M, Musiał J. Zaburzenia psychiczne w chorobach autoimmunologicznych – problemy diagnostyczno-terapeutyczne. *Psychiatria Polska* 2012; 46(6), s. 1029–1042.
53. Asano N, Graças Wanderley de Sales Coriolano M, Asano BJ, Lins OG. Psychiatric comorbidities in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review of the last 10 years. *Rev Bras Reumatol* 2013; 53(5), s. 431–437.
54. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL 2011; s. 253–268.

The concomitance of somatic and mental illnesses

■ Abstract

The objective of the study was to discuss the interrelationships between somatic and mental illnesses. Studies show that 20–35% of patients with a chronic somatic disease also suffer from at least one psychiatric disorder. Chronic somatic diseases associated with the development of mental disorders, are primarily various types of cancer, as well as chronic connective tissue diseases and chronic pain disorders. These conditions mainly lead to depression. On the other hand, the presence of mental illness can affect the course of somatic disease. This is due to improper lifestyle, including cigarette smoking, substance abuse, low physical activity and the use of certain medications. It should be remembered that these dependencies exist, as it often happens that the underlying disease, the second condition, remains unrecognized. Difficult contact and lack of cooperation with patients suffering from mental illness lead to the fact that their additional disorders often remain undiagnosed. Therefore, for this group of patients, objective medical history taking is especially important, collected from close relatives, as well as a thorough physical examination and planning of necessary additional tests. Also, in patients with a somatic disease, the additional mental diagnosis may remain undiagnosed. It should be remembered that in patients, especially those chronically ill, special attention should be paid to the mental state.

■ Key words

anxiety disorder, depression, heart disease, metabolic syndrome, schizophrenia